

GIPeilingen 2011

Ontwikkelingen genes- en hulpmiddelengebruik

Genes- en hulpmiddelen Informatie Project | september 2012 | nr. 33



CVZ

College voor zorgverzekeringen

NETMACHINE

DOOSJES

ZAK

TISSUE

GIPeilingen 2011

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Inhoudsopgave

Voorwoord	5	Magistrale bereidingen, doorgeleverd	44
GIPeilingen 2011	6	Overheveling TNF-alpha blokkers naar ziekenhuisbudget	46
Inleiding	6	Weesgeneesmiddelen	47
Over het GIP	6		
www.gipdatabank.nl	7		
Macro-ontwikkelingen	9	Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg	48
Stijging geneesmiddelenkosten in 2011 beperkt: + 0,2%	9	Gebruikers hulpmiddelenzorg dalen in 2011 met 4% naar 2,3 miljoen verzekerden	45
Stijging geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status	12	Overzichten	55
Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2011-2016	14	Vooraf	55
		Unieke leveringen	55
Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen	16	Top 10 GVS-bijbetalingen	57
Regionale verschillen in kaart	16	Geneesmiddelengroepen van meer dan € 100 miljoen	58
Antidepressiva	17	Top 25 totale kosten	59
Cholesterolverlagende middelen	18	Top 25 gebruikers	60
Astma- en COPD-middelen	19	Top 10 gebruikers	61
Maagmiddelen	20	Top 25 uitgiftes	62
Diabetesmiddelen	21	Top 25 DDDs	63
Slaap- en kalmeringsmiddelen	22	Bijlagen	64
Antipsychotica	23	I. Toelichting kostencomponenten	64
HIV-middelen	24	II. Kostencomponenten	65
		III. Begripsdefinities	66
Uitgelicht	26	IV. Lijst met afkortingen	67
Generieke geneesmiddelen in opmars en fors in prijs verlaagd	26	V. Referenties	68
Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid	28	VI. Zorgkantoorregio's 2010 in beeld	69
Nieuwe geneesmiddelen: 31,4% van totale geneesmiddelkosten	30		
Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk	32		
Marktbescherming voor geneesmiddelen in Nederland: ruim 12 jaar	34		
Op weg naar vrije tarieven voor apothekhoudenden in 2012	35		
Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld	38		
Ruim 30.000 mensen behandeld met allergeenextracten	39		
Overzicht dure geneesmiddelen: alle 17 duur	40		
Stijgend gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen	41		

Voorwoord

Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik in beeld

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

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van vierentwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). De door hen aangeleverde gegevens zijn door het GIP opgehoogd naar een landelijk beeld. Bij deze extrapolatie houden we onder andere rekening met verschillen in geslacht, leeftijd en afleveraarsoort tussen de GIP deelnemers en de landelijke situatie. De dekking van het GIP is in 2011 opgelopen naar een landelijke dekking van 97%.

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

GIPeilingen 2011

Inleiding

Sinds 1992 brengt het CVZ de publicatie *GIPeilingen* uit met kengetallen (volume- en kostengegevens) over de in Nederland verstrekte farmaceutische zorg. Vanaf 2008 is de publicatie uitgebreid met kengetallen over de verstrekte hulpmiddelenzorg. Met de komst van de *GIPdatabank* (www.gipdatabank.nl) in 2004 is de verschijningsfrequentie van *GIPeilingen* teruggebracht van twee naar één keer per jaar. De gedetailleerde cijfermatige overzichten, vooral tabellen en grafieken, maakten 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 2011, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2011 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2011 hebben ontvangen en verwerkt.

GIPeilingen 2011 opent met de ontwikkelingen op macro-niveau. Hierin treft u samenvattende overzichten aan met kengetallen over het aantal afgeleverde voorschriften (uitgiftes) en de daarmee gepaard gaande kosten. Deze kengetallen worden op onderdelen nog verder uitgesplitst. Ook presenteren we een meerjarenraming over de te verwachte kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar bij ongewijzigd beleid. Deze macroraming voert het CVZ uit met behulp van het binnen het GIP ontwikkelde DKF-rekenmodel.

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. Ook voor de hulpmiddelenzorg presenteren we weer een meerjarenraming voor de komende vijf jaar, uitgaande van ongewijzigd beleid. Ten slotte presenteren we een aantal overzichten, waaronder de top 25 van meest voorgeschreven geneesmiddelen en de top 10 GVS-bijbetalingen. In de bijlagen vindt u nadere informatie en toelichting op de door ons gehanteerde definities en gebruikte begrippen.

Over het GIP

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

De opgebouwde gegevensbestanden zijn een belangrijke gegevensbron voor bijvoorbeeld de pakketadviezen, de advisering over opname van nieuwe geneesmiddelen in 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) en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Daarnaast stellen we via een besloten gedeelte van de *GIPdatabank* aan de deelnemende zorgverzekeraars op kwartaalbasis spiegelinformatie beschikbaar, waardoor zij het eigen gebruik van genees- en hulpmiddelen kunnen vergelijken met landelijke referentiecijfers.

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

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelenzorg, afkomstig van vierentwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven en vervolgens zijn afgeleverd door een apothekhoudende 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 97% van het totale aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2011 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en de concerns waartoe zij behoren. De twee zorgverzekeraars die nog niet deelnemen aan het GIP zijn rood gemarkeerd. We verwachten in 2012 een 100% dekkinggraad te kunnen realiseren.

www.gipdatabank.nl

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

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

TABEL 1.1 | DEELNEMENDE ZORGVERZEKERAARS GIP

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	2.498.000
Agis	Achmea	1.305.000
Avéro	Achmea	558.000
Interpolis	Achmea	208.000
OZF	Achmea	52.000
FBTO	Achmea	202.000
Menzis	Menzis	1.797.000
Anderzorg	Menzis	195.000
Azivo	Menzis	125.000
VGZ	UVIT	1.784.000
Univé	UVIT	836.000
IZA	UVIT	598.000
IZZ	UVIT	492.000
Trias	UVIT	380.000
UMC	UVIT	106.000
Cares Gouda	UVIT	32.000
CZ	CZ-groep	2.606.000
Ohra	CZ-groep	548.000
Delta Lloyd	CZ-groep	239.000
Zorg en Zekerheid	-	396.000
ONVZ	-	393.000
DSW	-	377.000
Eno	-	124.000
Stad Holland	-	81.000
De Friesland	-	509.000
ASR	-	175.000

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 2.200 bezoekers die samen circa 20.000 verschillende pagina's raadplegen. De belangrijkste groepen gebruikers zijn medewerkers van zorg-

verzekeraars, universiteiten en onderzoeksinstituten. Maar ook medewerkers van de farmaceutische industrie weten de weg naar de *GIPdatabank* te vinden. Ruim 300 mensen hebben zich geabonneerd op onze digitale nieuwsbrief. Via deze nieuwsbrief laten we onze gebruikers bijvoorbeeld weten als de gegevens op de site weer zijn geactualiseerd.

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 indicatietoelating en dosering presenteert het CVZ in het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze publicatie is ook via het internet te raadplegen, ga naar: www.fk.cvz.nl.

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

Macro-ontwikkelingen

Stijging geneesmiddelenkosten in 2011 beperkt: + 0,2 %

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2011 licht gestegen naar € 5,22 miljard. Ten opzichte van 2010 betekent dit een beperkte stijging met 0,2%. Gemeten in aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) is sprake van een daling met 3,8%. Het aantal uitgiftes steeg met 7,7% naar 199,6 miljoen, vooral veroorzaakt door de stijging van het aantal weekuitgiftes. De kostenstijging in 2011 is beperkt gebleven door verdere prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid alsook de beslissing van de minister van VWS om weer een leeftijdsbeperking (tot 21 jaar) te verbinden aan de vergoeding van anticonceptiemiddelen.

Het aantal uitgiftes is in 2011 gestegen naar 199,6 miljoen, een stijging van 7,7%. Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) dan is sprake van daling van 3,8%. We concluderen dat gemiddeld genomen het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per uitgifte sinds 2009 afneemt. Deze afname kan vooral worden toegeschreven aan de toename van het gebruik van weekuitgiftes. Sinds juli 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseersystemen (weekuitgiftes) afzonderlijk te declareren. Het gebruik van deze weekdoseersystemen is sinds 2008 aanzienlijk toegenomen.

Een belangrijk deel van de groei in het geneesmiddelengebruik in 2008 ten opzichte van 2007, kan worden toegeschreven

aan de pakketmaatregel om de leeftijdsbeperking voor de vergoeding van anticonceptie op te heffen. In de voorgaande periode 2004 t/m 2007 werd het gebruik van anticonceptie alleen vergoed voor vrouwen tot 21 jaar. In 2011 is deze pakketmaatregel weer teruggedraaid, en keren we weer terug naar de situatie van 2004. Dit verklaart ook waarom het aantal DDD's in 2011 (ten opzichte van 2010) weer is gedaald.

De (lichte) daling van het aantal DDD's in 2009 ten opzichte van 2008, is vooral toe te schrijven aan de beperking van de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. Deze maatregel is verantwoordelijk voor een vermindering van het aantal DDD's met circa 155 miljoen en een terugval van het aantal uitgiftes 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 uitgiftes. Voor 2011 geldt wederom een meer dan gemiddelde groei van het aantal uitgiftes gecombineerd met een daling van het aantal DDD's door het opnieuw introduceren van een vergoedingsbeperking voor anticonceptiva.

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 in 2008 naar € 3.547 miljoen in 2011. Terwijl het gebruik van geneesmiddelen is toegenomen zijn de uitgaven hiervoor 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. Ook de prijs-

TABEL 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG: AANTAL WMG-UITGIFTES EN DDD'S, 2007-2011

1 = 1 MILJOEN

	2007	2008	2009	2010	2011	Mutatie '10-'11
Standaarduitgiftes			125,6	127,7	132,0	3,4%
Weekafleveringen			44,7	57,7	67,6	17,1%
Totaal, uitgiftes	146,8	163,7	170,4	185,4	199,6	7,7%
DDD's WMG-uitgiftes	6.556	7.403	7.345	7.769	7.477	- 3,8%
DDD's per WMG-uitgifte	44,6	45,2	43,1	41,9	37,5	- 10,5%

TABEL 2.2 | FARMACEUTISCHE ZORG: TOTALE KOSTEN EN KOSTENOPBOUW, 2007-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2007	2008	2009	2010	2011	Mutatie '10-'11
Basisvergoeding WMG	3.801	3.843	3.603	3.574	3.547	- 0,8%
Basisvergoeding BWMG	69	81	92	99	105	6,5%
Afleververgoeding	918	953	1.099	1.244	1.276	2,5%
BTW	287	293	288	295	296	0,2%
Totale kosten	5.075	5.169	5.081	5.212	5.223	0,2%

verlagingen die worden afgedwongen op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) spelen hierbij een belangrijke rol. Dat desondanks de totale kosten voor farmaceutische zorg in de afgelopen jaren zijn gestegen kan worden verklaard door het feit dat de vergoedingen aan apothekhoudenden voor het afleveren van deze geneesmiddelen juist zijn gestegen.

Kijken we naar de kostengroei (tabel 2.2) en de kostenopbouw van de verleende farmaceutische zorg in 2011 ten opzichte van 2008, dan valt op dat de kostengroei gedomineerd wordt door de stijging in de vergoedingen aan apothekhoudenden voor het afleveren van geneesmiddelen.

Deze stijging is mede bedoeld ter compensatie van het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen als gevolg van de forse prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen.

De GVS-bijbetalingen daalden ten opzichte van 2010 met 18,1% naar in totaal € 40,0 miljoen.

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

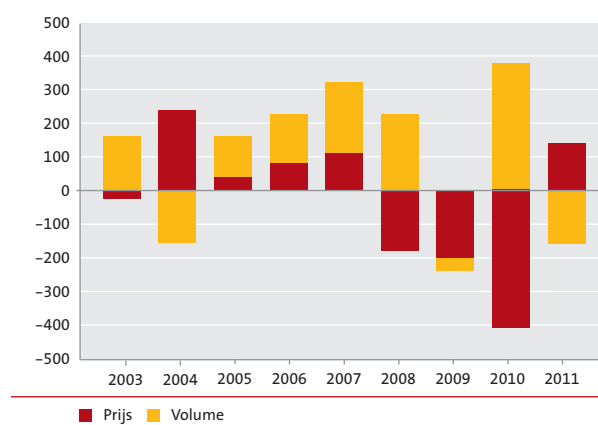
Sinds 2003 zien we een wijziging in de trends die ten grondslag liggen aan de stijging in de uitgaven voor geneesmiddelen. Tot en met 2003 wordt de kostengroei bepaald door een stijging van zowel de (gemiddelde) prijzen voor geneesmiddelen als een stijging in het gebruik van nieuwe, veelal ook duurdere geneesmiddelen; beide factoren hielden elkaar globaal in evenwicht. Sinds 2003 is het vooral de stijging in het gebruik (de volumecomponent) van geneesmiddelen die bepalend is voor de kostengroei. Voor de uitgaven aan geneesmiddelen geldt dat deze gemiddeld genomen langzamer stijgen dan de afgeleverde hoeveelheden. Het feit dat de uitgaven voor geneesmiddelen sinds 2003 langzamer zijn gestegen heeft natuurlijk alles te maken met de (vrijwillige)

prijsverlagingen, van vooral ook generieke geneesmiddelen. Dit zowel op grond van het geneesmiddelenconvenant, de prijsdruk vanuit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) als de prijsverlagingen die zorgverzekeraars hebben bewerkstelligd met hun preferentiebeleid.

In tabel 2.3 en figuur 2.1 laten we zien hoe de stijging in de geneesmiddelenkosten (we gaan hierbij uit van de basisvergoeding die door de zorgverzekeraars aan de apotheek worden vergoed, exclusief 6% BTW, en exclusief de afleververgoeding voor de apothekhoudende) voor WMG-geneesmiddelen kan worden opgesplitst in een volume- en een prijscomponent. Wat opvalt, is dat de prijscomponent een dalende trend laat zien; in 2008, 2009 en 2010 is zelfs sprake van een negatieve prijscomponent. De volumecomponent vertoont een iets stabiel beeld. In 2004 en 2009 is ook de volumecomponent negatief maar dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door pakketmaatregelen (2004: beperking aanspraken op anticonceptiemiddelen en 2009: beperking

FIGUUR 2.1 | FARMACEUTISCHE ZORG: VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT, 2003-2011

1 = 1 MILJOEN EURO



TABEL 2.3 | FARMACEUTISCHE ZORG: VOLUME- EN PRIJSCOMPONENT, 2003-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mutatie t.o.v. voorgaande jaar	132	81	154	220	319	42	-240	-29	-27
Prijscomponent	-23	234	36	80	103	-179	-210	-403	132
Volumecomponent	155	-153	118	140	216	221	-30	374	-159

aanspraken op slaap- en kalmeringsmiddelen). De negatieve prijscomponent wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars en de prijsdruk via de WGP.

Voor 2011 geldt dat de totale basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen ten opzichte van 2010 met € 27 miljoen is gedaald. Deze daling is de resultante van een positieve prijscomponent van € 132 miljoen en is een negatieve volumecomponent van € 159 miljoen. Zowel volume- als prijseffect worden sterk bepaald door de beperkingen in de aanspraak op anticonceptiemiddelen. Door deze pakketmaatregel was sprake van een daling in het volume van ruim 500 miljoen DDDs. Omdat de gemiddelde basisvergoeding voor deze anticonceptiemiddelen relatief laag ligt, heeft dit tot gevolg dat de gemiddelde basisvergoeding voor de overige geneesmiddelen iets stijgt. Indien we het effect van de pakketmaatregel zouden elimineren dan zou voor 2011 gelden dat er sprake is van een positieve volumecomponent en een negatieve prijscomponent, vooral veroorzaakt door de lagere prijzen van generieke geneesmiddelen.

Een andere manier om te kijken naar de kostenontwikkeling voor geneesmiddelen is deze uit te splitsen naar geneesmiddelen waarop nog patent berust (specialités) en geneesmiddelen waarvan het patent verlopen is en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (generieke geneesmiddelen). We doen deze confrontatie op het niveau van de apotheekinkoopprijs (tabel 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 voor specialités stijgt. We verwachten dat het prijsniveau van generieke geneesmiddelen in 2012 zal stabiliseren. Voor de specialité-geneesmiddelen verwachten we een verdere stijging.

We concluderen dat sinds 2010 (gemeten in aantallen DDDs) de geneesmiddelenmarkt in Nederland gedomineerd wordt door generieke geneesmiddelen; het marktaandeel van generieke middelen is in de afgelopen jaren gestegen van 43% in 2004 naar ruim 57% in 2011. Kijken we echter naar de apotheekinkoopprijs dan ontstaat een heel ander beeld en is het marktaandeel van generiek gedaald van 19% in 2004

TABEL 2.4 | FARMACEUTISCHE ZORG (WMG): APOTHEEKINKOOPWAARDE, 2004-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Specialités	2.666	2.763	2.898	3.160	3.392	3.349	3.384	3.336
Generiek	629	689	779	834	621	446	409	380

TABEL 2.5 | FARMACEUTISCHE ZORG (WMG): AANTAL DDDs, 2004-2011

1 = 1 MILJOEN

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Specialités	3.249	3.193	3.224	3.335	3.828	3.725	3.606	3.186
Generiek	2.464	2.736	2.956	3.221	3.576	3.620	4.163	4.291

TABEL 2.6 | FARMACEUTISCHE ZORG (WMG): GEMIDDELDE APOTHEEKINKOOPPRIJS PER DDD, 2004-2011

1 = 1 EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Specialités	0,82	0,87	0,90	0,95	0,89	0,90	0,94	1,05
Generiek	0,26	0,25	0,26	0,26	0,17	0,12	0,10	0,09

naar iets meer dan 10% in 2011. De oorzaak van deze tegen-gestelde ontwikkeling ligt in de prijsontwikkeling van generiek: de gemiddelde apotheekinkoopprijs voor generieke middelen is in de afgelopen jaren gedaald van € 0,26 (2004) naar € 0,09 per DDD in 2011. Voor de specialités was juist sprake van een stijging van de gemiddelde apotheekinkoop-prijs van € 0,82 (2004) naar € 1,05 per DDD in 2011.

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

Ook voor specialités waarop nog patent rust geldt dat er sprake is van concurrentie als gevolg van parallel import uit

andere Europese landen. Parallel import is aantrekkelijk als de prijzen in Nederland hoger liggen dan in andere Europese landen. Dit prijsverschil wordt uiteindelijk niet of nauwelijks vertaald in lagere prijzen voor de consument, maar komt vooral ten goede aan de parallelimporteur zelf en de apotheker in de vorm van kortingen. Want ook hier is het uiteindelijk de apotheker die bepaalt of het Nederlandse specialité of een parallel geïmporteerd product wordt afgeleverd. Parallel import richt zich vooral op specialités met een relatief hoge omzet.

Pas als zich generieke aanbieders aandienen zal het markt-aandeel van parallel import verdwijnen.

De markt voor parallel import in Nederland groeit. In 2004 ging het om in totaal € 522 miljoen op basis van de apotheekinkoopprijs (AIP), dit was toentertijd 16% van de totale markt voor WMG-geneesmiddelen. In 2011 is het marktaandeel opgelopen naar € 632 miljoen. Dit komt overeen met 17% van de totale markt voor WMG-geneesmiddelen. Hieronder (tabel 2.7) volgt een overzicht van de vijf specialités met de hoogste omzetten (gemeten in AIP) voor parallel import.

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

TABEL 2.7 | TOP 5 SPECIALITÉS VIA PARALLEL IMPORT OBV MARKTAANDEEL (AIP) IN 2011

1 = 1 MILJOEN EURO

Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	Marktaandeel	Procentueel
atorvastatine (Lipitor)	verhoogd cholesterol	67,5	51%
salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	astma & COPD	59,1	47%
rosuvastatine (Crestor)	verhoogd cholesterol	24,0	49%
formeterol & anti-astmatica (Symbicort)	astma & COPD	22,2	28%
ezetimibe (Ezetrol)	verhoogd cholesterol	16,6	63%

en waarvoor geen vergoedingslimiet is vastgesteld. Voor deze tweede groep geneesmiddelen, veelal gaat het om nieuwe geneesmiddelen, is naast een 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 en 2009 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 2007 tot en met 2011 is gestegen van 5.959 miljoen naar 6.840 miljoen standaard dagdoseringen (DDD's). Dat is een gemiddelde stijging van 3,5% per jaar. De basisvergoeding voor 1A-geneesmiddelen daalde, van € 3.129 miljoen in 2007 naar € 2.733 miljoen in 2011; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 3,3%. Deze daling kan in zijn geheel worden toegeschreven aan de prijsdalingen onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Voor de geneesmiddelen op 1B is het aantal standaard dagdoseringen (DDD's) in de periode 2007 tot en met 2011 gestegen van 597 miljoen naar 637 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,6%. De basisvergoeding voor 1B-geneesmiddelen steeg, van € 584 miljoen in 2007 naar 720 miljoen in 2011; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 5,3%. De toename in het gebruik en de uitgaven lopen niet synchroon. Dit wijst er op dat de gemiddelde prijs per DDD van 1B-middelen stijgt. Dit in tegenstelling tot de 1A-geneesmiddelen waar sprake is van een daling van de gemiddelde prijs per DDD.

TABEL 2.8 | FARMACEUTISCHE ZORG: DDDS WMG-GENEESMIDDELEN, 2004-2011

1 = 1 MILJOEN

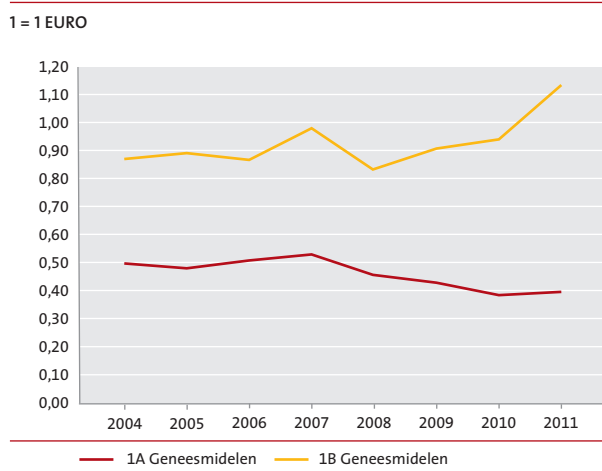
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1A geneesmiddelen	5.157	5.337	5.559	5.959	6.618	6.590	7.014	6.840
1B geneesmiddelen	555	592	620	597	785	755	754	637
Totaal	5.713	5.929	6.180	6.556	7.403	7.345	7.769	7.477

TABEL 2.9 | FARMACEUTISCHE ZORG: BASISVERGOEDING WMG-GENEESMIDDELEN, 2004-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1A geneesmiddelen	2.557	2.639	2.857	3.129	3.068	2.832	2.762	2.733
1B geneesmiddelen	484	529	543	585	663	690	708	720
Overige WMG-middelen	65	94	82	86	112	81	105	94
Totaal	3.107	3.262	3.482	3.801	3.843	3.603	3.574	3.547

FIGUUR 2.2 | FARMACEUTISCHE ZORG: VERGOEDING PER DDD, 2004-2011



Wat betreft de gepresenteerde DDD-tellingen merken we op dat deze zijn gebaseerd op de DDD-waarden zoals deze per 1 januari 2011 door de WHO zijn vastgesteld. Wijzigingen in deze DDD-waarden werken met terugwerkende kracht door in de DDD-tellingen over voorgaande jaren.

De forse stijging van het aantal DDDs in 2008 wordt in belangrijke mate verklaard door het feit dat toen de aanspraak op anticonceptiemiddelen werd verruimd. De forse afname van het aantal DDDs in 2011 hangt samen met het feit dat de aanspraken op anticonceptiemiddelen weer werden ingeperkt (alleen vergoeding voor vrouwen tot 21 jaar). 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 2004 tot en met 2011. Duidelijk zichtbaar is dat de gemiddelde basisvergoeding voor 1A middelen vanaf 2008 daalt, terwijl ze voor 1B middelen vanaf 2008 een stijgende lijn laat zien.

Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2011-2016

Het CVZ verwacht voor 2012 een daling van de kosten voor farmaceutische zorg, met circa 3%. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door de overheveling van de TNF alpha blokkers naar het ziekenhuisbudget (specialistische zorg). Om de extra kosten hiervan te kunnen opvangen is het ziekenhuisbudget in 2012 met een bedrag van € 450 miljoen opgehoogd. Corrigeren we voor het effect van deze overheveling dan is sprake van een stijging van de kosten voor farmaceutische

zorg van bijna 5%. In de periode 2008-2011 is sprake geweest van een gematigde kostengroei, vooral door de stevige prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en de prijsdruk op geneesmiddelen door de WGP. Voor 2011 is de groei gering gebleven, mede door de aanspraak op anti-conceptiemiddelen in te perken. Voor de periode 2013 tot en met 2016 verwachten we een gemiddelde groei van circa 7% per jaar. We baseren deze schatting op een gedetailleerde analyse van de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen zoals we deze binnen het GIP registreren.

Sinds 2000 presenteren we jaarlijks, ten behoeve van de begrotingscyclus van VWS een zo geheten middellangetermijnraming (MLT-raming) van de kostenontwikkeling voor de farmaceutische zorg. Ook het Centraal Planbureau (CPB) maakt gebruik van uitkomsten van deze MLT-raming, onder andere voor de jaarlijkse Macro Economische Verkenningen (MEV). Op grond van de binnen het GIP beschikbare gegevensverzameling is het mogelijk om over de afgelopen jaren een gedetailleerde uitsplitsing te maken van de kostenopbouw van de farmaceutische zorg die verstrekt is. Daarbij valt een onderscheid te maken in aan de ene kant volumeontwikkelingen zoals het aantal ingeschreven verzekerden, het aantal uitgiftes en het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen en aan de andere kant prijsontwikkelingen, zoals de prijs per standaarddosering en de prijs per uitgifte. 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 gegevens over 2011, heeft het CVZ de ramingsparameters voor 2012 vastgesteld en doorgeraamd naar de daaropvolgende jaren. In tabel 2.10 presenteren we de resultaten van de middellangetermijnraming voor 2012-2016 (actualisatie: 18 juli 2011), inclusief de reeks in de daaraan voorafgaande periode 2005-

2011. In deze raming is rekening gehouden met de overheveling van de TNF alpha blokkers naar het ziekenhuisbudget in 2012. Voor wat betreft het prijspeil gaan we uit van een continuering van het lagere prijspeil voor generieke geneesmiddelen onder invloed van preferentiebeleid, het afkomen van kortingen en bonussen (voorheen clawback) en de prijsdruk die voortvloeit uit de tweejaarlijkse herijking van de WGP.

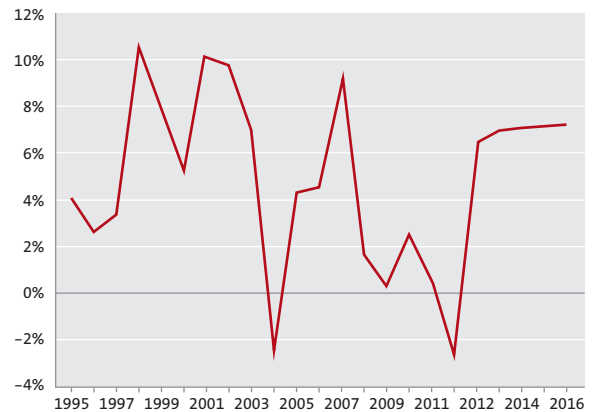
De MLT-raming gaat uit van de kosten voor farmaceutische zorg, gebaseerd op de binnen het GIP verzamelde steekproefgegevens, opgehoogd naar een macrobeeld. Deze raming verschilt in geringe mate van de makrokosten zoals die worden verantwoord in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De hier gepresenteerde uitkomsten van deze MLT-raming gaat uit van de kostenreeks zoals deze binnen de Zvw is vastgelegd. Voor 2011 geldt dat het bedrag nog zal worden bijgesteld door het verrekenen van nog naderende declaraties. De verwachting is dat de feitelijke kosten, na deze verrekening iets lager zullen uitvallen.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2016 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot ruim € 6,6 miljard. In figuur 2.3 volgt een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages vanaf 1995 tot en met 2011 en de verwachte groeipercentages voor de middellange termijn. De procentuele groei in de periode 1995-2011 betreft de realisatie, dus inclusief de effecten van het gevoerde beleid. Voor 2012 tot en met 2016 betreft het een raming, waarbij nog geen rekening gehouden is met de effecten van nieuw beleid (dit met uitzondering van de overheveling van de TNF alpha blokkers; de daling in de kosten is wel in de raming verdisconteerd).

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-vergoedings-

limieten (1999), de introductie en de verlenging van het geneesmiddelenconvenant (2004-2007) en de uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2008-2011).

FIGUUR 2.3 | JAARLIJKE GROEI KOSTEN FARMACEUTISCHE ZORG



realisatie: 1995-2011 en raming: 2012-2016

De effecten van het gevoerde beleid kunnen we ook in beeld brengen door de gerealiseerde kostenontwikkeling te confronteren met de kosten zoals deze zouden zijn opgetreden bij ongewijzigde prijzen. Gaan we uit van de prijzen zoals deze in januari 2004 werden gehanteerd, dan zouden de kosten voor geneesmiddelen in 2011 zijn opgelopen tot € 8,1 miljard, in plaats van de € 5,2 miljard aan gerealiseerde kosten. Dit komt overeen met een theoretische besparing van € 2,9 miljard. Elders in deze publicatie gaan we nog nader op de opbouw van deze besparing in.

TABEL 2.10 | MIDDELLANGETERMIJNRAMING FARMACEUTISCHE ZORG, 2011-2016

1 = 1 MILJOEN EURO

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kosten	4.362	4.559	4.979	5.063	5.079	5.304	5.223	5089	5.419	5.798	6.210	6.658
Mutatie	4,38%	4,51%	9,21%	1,69%	0,31%	2,47%	0,37%	-2,56%	6,48%	7,00%	7,10%	7,21%

Ontwikkelingen geneesmiddelengroepen

Regionale verschillen in kaart

Ook in deze uitgave van *GIPeilingen* worden de regionale verschillen van het geneesmiddelengebruik in Nederland weer in kaart gebracht. Voor de regio-indeling sluiten we aan bij de indeling van Nederland in 32 zorgkantorregio's (zie bijlage VI). Elders in deze publicatie zijn de dieetpreparaten/voedingsmiddelen en de hulpmiddelen in kaart gebracht, zodat we ons in deze paragraaf beperken tot de volgende geneesmiddelengroepen:

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

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

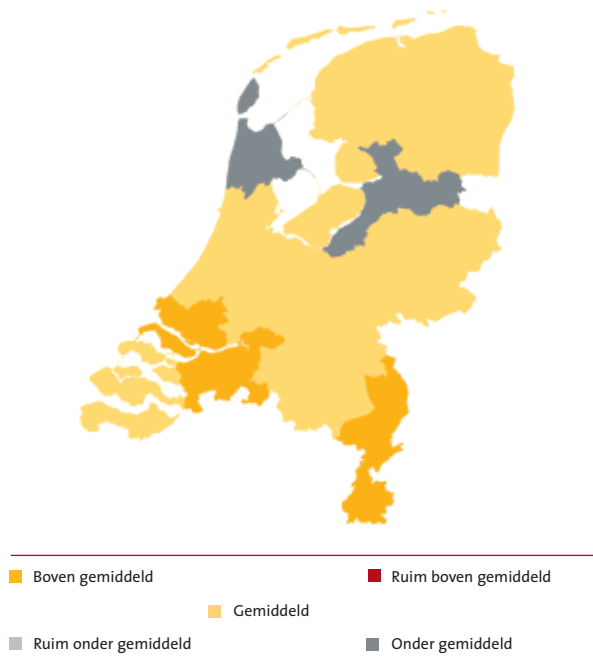
- | | | |
|--------------------|----------------------|-------------|
| • index ≥ 90 | ruim onder gemiddeld | lichtgrijs |
| • index 97,5 -90 | onder gemiddeld | donkergrijs |
| • index 97,5-102,5 | gemiddeld | lichtgeel |
| • index 102,5-110 | boven gemiddeld | donkergeel |
| • index ≥ 110 | ruim boven gemiddeld | donkerrood |

Voordat we een aantal geneesmiddelengroepen nader onder de loep nemen, geven we eerst een indruk van de regionale verschillen van het totaal aantal gebruikers van geneesmiddelen onder Zvw-verzekerden in Nederland.

De landelijke prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen in 2011 is 704 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden (figuur 3.1.). Of anders gezegd: in 2011 hebben van iedere

FIGUUR 3.1 | PREVALENTIE GEBRUIKERS VOEDINGSMIDDELEN 2011

PREVALENTIE NL 704 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



1.000 Zvw-verzekerden 704 verzekerden ten minste één keer een geneesmiddel verkregen dat werd vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet.

In verreweg het grootste gedeelte van Nederland ligt het aantal gebruikers van geneesmiddelen binnen de 5% rondom het gemiddelde (de lichtgele gebieden in figuur 3.1). Opvallend is dat er geen regio's zijn met een afwijking van meer dan 10%, zowel naar boven als naar beneden. In de regio's Noord-Holland noord, en Zwolle ligt het aantal gebruikers onder het landelijk gemiddelde (donkergrijze gebieden), in de regio's Noord-/Midden Limburg en Zuid-Limburg ligt het aantal gebruikers boven het gemiddelde, evenals in de regio's West Brabant, Zuid-Hollandse Eilanden, Rotterdam en Nieuwe Waterweg noord (donkergele gebieden).

Antidepressiva

Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau No6A) is in de afgelopen jaren met gemiddeld 1,1% gestegen van 922.000 in 2007 naar 961.000 in 2011. De kosten die gepaard gaan met het gebruik van antidepressiva zijn de afgelopen jaren sterk afgenomen. Deze kostendaling wordt vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen (onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en preferentie-beleid van zorgverzekeraars) van de generiek beschikbaar gekomen serotonine heropname-remmers: fluoxetine (Prozac), citalopram (Cipramil), sertraline (Zoloft) en paroxetine (Seroxat).

In het recept 3.1 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van antidepressiva door de gegevens van 2007 en 2011 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal uitgiftes per gebruiker, terwijl het gemiddelde aantal gebruiksdagen (DDD's per gebruiker) constant is; het aantal DDD's per uitgifte is gedaald. Een deel van deze daling kan worden toegeschreven aan de groei van het aantal uitgiftes via zogenoemde weekdoseringsverpakkingen voor één week of meerdere weken tegelijk. Deze ontwikkeling wordt mede gestimuleerd doordat voor deze weekafleveringen een apart aflevertarief is vastgesteld.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is toegenomen van 70% in 2007 naar 80% in 2011; 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 bijna 50% van het totale gebruik. Er lijkt in het gebruik van antidepressiva een lichte verschuiving naar de oudere leeftijdsklassen plaats te vinden.

In figuur 3.2 zijn de regionale verschillen van gebruikers van antidepressiva in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antidepressiva in 2011 is 58 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In de regio's in een strook die van Zeeland tot Groningen loopt, ligt de prevalentie boven het landelijk gemiddelde; in Zeeland, Waardenland en Friesland ligt de prevalentie er zelfs ruim boven. In de regio's het Gooi, Kennemerland, Zaanstreek/Waterland en Amstelland/De Meerlanden ligt het gebruik van anti-depressiva ruim onder het landelijke gemiddelde.

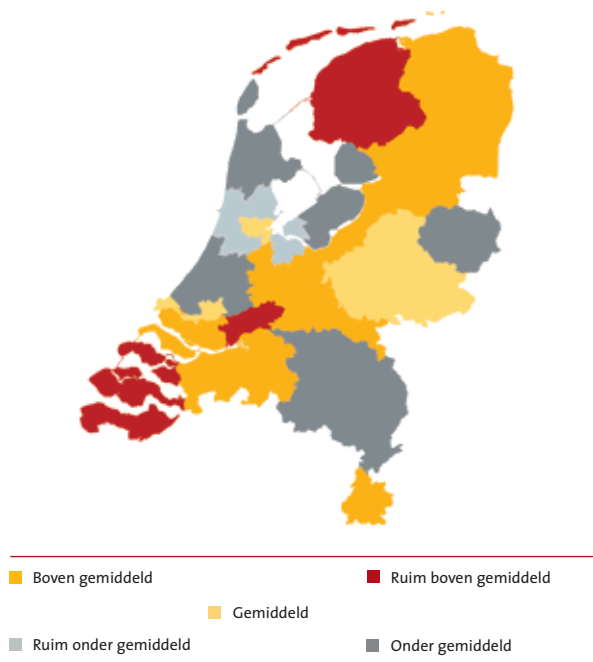
RECEPT 3.1 | ANTIDEPRESSIVA IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007		2011	
6.615.000		8.574.000	uitgiftes
238.453.000		254.763.000	dagdoseringen (DDDs)
921.800		961.400	gebruikers
€ 172.140.000		€ 96.091.000	kosten (all in)
7,2		8,9	uitgiftes per gebruiker
260		265	doseringen per gebruiker
€ 0,72		€ 0,38	kosten per dag (DDD)
€ 26,00		€ 11,20	kosten per uitgifte
€ 186,75		€ 99,95	kosten per gebruiker
70%		80%	aandeel generiek DDDs
66%		65%	aandeel vrouwen DDDs
34%		30%	aandeel 45-
45%		47%	aandeel 45-65 jaar
21%		23%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten			
		1.457.000	paroxetine (Seroxat)
		1.400.000	citalopram (Cipramil)
		1.133.000	amitriptyline (Tryptizol)

FIGUUR 3.2 | GEBRUIKERS ANTIDEPRESSIVA 2011

PREVALENTIE NL 58 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



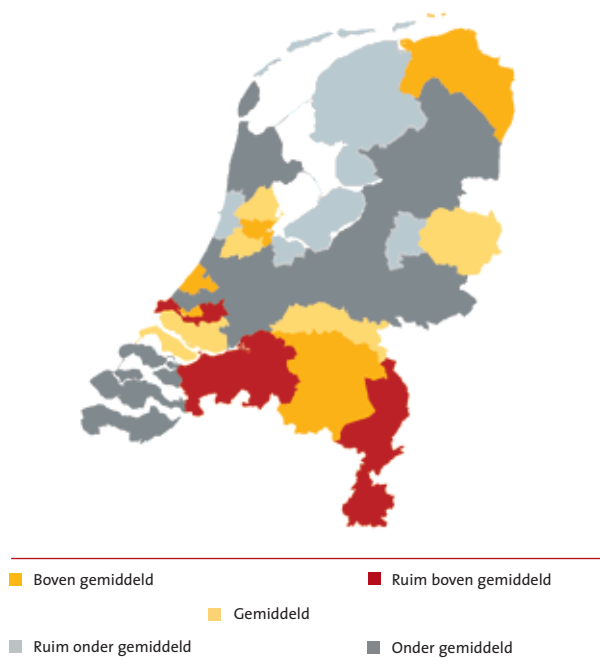
RECEPT 3.2 | CHOLESTEROLVERLAGERS IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
6.871.000	12.182.000	uitgiftes
475.247.000	612.171.000	dagdoseringen (DDDs)
1.481.000	1.747.000	gebruikers
€ 413.021.000	€ 310.765.000	kosten (all in)
4,6	7,0	uitgiftes per gebruiker
320	350	doseringen per gebruiker
€ 0,87	€ 0,51	kosten per dag (DDD)
€ 60,10	€ 25,50	kosten per uitgifte
€ 278,90	€ 177,90	kosten per gebruiker
	57%	aandeel generiek DDDs
45%	43%	aandeel vrouwen DDDs
42%	4%	aandeel 45-
5%	41%	aandeel 45-65 jaar
46%	55%	aandeel 65+
49%		
Top 3 aantal recepten		
	6.516.000	simvastatine (Zocor)
	2.453.000	atorvastatine (Lipitor)
	1.187.000	pravastatine (Selektine)

FIGUUR 3.3 | GEBRUIKERS CHOLESTEROLVERLAGERS 2011

PREVALENTIE NL 105 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



Cholesterolverlagende middelen

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is sinds 2007 met 250.000 gestegen tot bijna 1,75 miljoen in 2011. Dit is een stijging van gemiddeld 4,2% per jaar. De kosten voor het gebruik van cholesterolverlagers zijn in diezelfde periode echter met ruim 100 miljoen euro gedaald, naar € 310 miljoen in 2011. In 2011 koste een cholesterolverlager gemiddeld 51 cent per dag, en zijn de kosten per gebruiker ten opzichte van 2007 met € 100 gedaald tot 178 euro.

De belangrijkste oorzaken van de kostendaling zijn de (vrijwillige) prijsverlagingen voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolstremers: simvastatine (Zocor) en pravastatine (Selektine) en fluvastatine (Canef en Lescol). De toename van het aantal gebruikers wordt vooral veroorzaakt door een toename van het preventieve gebruik van statines ter voorkoming van hart- en vaatincidenten.

In recept 3.2 staan de bovenstaande en andere ontwikkelingen in de periode 2007-2011 in het gebruik van cholesterolverlagers weergegeven. Bij de gebruikers is het gemiddeld aantal gebruiksdagen gemeten in DDDs toegenomen van 320 DDDs in 2007 naar 350 DDDs per gebruiker in 2011. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is ook flink toegenomen, van 45% naar 57% in 2011. De verhouding tussen mannen en vrouwen is ongewijzigd: bijna 60% van het aantal DDDs wordt voorgeschreven aan mannen. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep; deze is verantwoordelijk voor meer dan de helft van het gebruik. Minder dan 5% van het gebruik is voor gebruikers jonger dan 45 jaar.

In figuur 3.3 zijn de regionale verschillen van gebruikers van cholesterolverlagers in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van cholesterolverlagers in 2011 komt uit op 105 gebruikers per 1.000 ZvW-verzekerden. Opvallend is dat in het zuiden van Nederland het aantal gebruikers boven het landelijk gemiddelde ligt; in de regio's West Brabant, Noord-/Midden-Limburg en Zuid-Limburg, en ook Rotterdam, zelfs ruim boven het gemiddelde. In de grootsstedelijke regio's Haaglanden, Amsterdam en Nieuwe Waterweg noord ligt het gebruik van cholesterolverlagers boven het landelijk gemiddelde. Dit geldt ook voor de regio's Midden-Brabant, Zuidoost-Brabant en de provincie Groningen.

In de overige delen van Nederland ligt het gebruik grotendeels onder het gemiddelde.

Astma- en COPD-middelen

Het aantal gebruikers van astma- en COPD-middelen (definitie op ATC-code niveau R03 en R05CB) in Nederland is sinds 2007 licht gestegen; met een gemiddelde stijging van 1% per jaar zijn er 1.569.000 gebruikers in 2011. De stijging van de kosten tot 467 miljoen euro in 2011 ligt met gemiddeld 2,0% per jaar iets hoger dan op grond van de toename van het volume zou kunnen worden verwacht. De kosten worden vooral bepaald door het gebruik van combinatie-preparaten (β -sympathicomimeticum met een inhalatie-corticosteroid). In 2011 is ruim 225 miljoen euro aan deze middelen uitgegeven, iets minder dan de helft van de totale kosten voor alle astma- en COPD-middelen. Voor de combinatiepreparaten liggen de kosten per DDD ongeveer drie keer hoger dan voor de enkelvoudige sympathicomimetica en corticosteroiden.

In het recept 3.3 zetten we de belangrijkste kengetallen van het gebruik van astma- en COPD-middelen in 2007 en 2011 naast elkaar. Hieruit komen geen opvallende ontwikkelingen naar voren: het gebruik van geneesmiddelen bij astma en COPD is vrij stabiel. Het gebruik van de combinatiepreparaten bepaalt voor ongeveer een derde het aantal uitgiftes en aantal DDDs, tegenover bijna 50% van de totale kosten. In 2011 zijn de gemiddelde kosten per gebruiker bijna € 300. Het aandeel in het gebruik van generiek beschikbare middelen is licht gedaald, van 12% in 2007 naar 9% in 2011. De verhouding tussen mannen en vrouwen blijft relatief stabiel, net zoals het gebruik naar leeftijd. In de leeftijdsgroep van 65+ is het gebruik met ruim 40% nog steeds het hoogst; ruim 20% van het aantal DDDs wordt gebruikt door verze-kerden jonger dan 45 jaar.

De landelijke prevalentie van gebruikers van astma en COPD-middelen in 2011 is 95 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde liggen de meeste regio's er net onder of net boven (zie figuur 3.4). De regio's Noord-Holland noord, Kennemerland, Amstelland/De Meerlanden (lichtgrijs gekleurd) kennen een prevalentie ruim onder het landelijk gemiddelde. De regio's Rotterdam en West-Brabant hebben een prevalentie die ruim boven het landelijk gemiddelde uitstijgt.

RECEPT 3.3 | GEBRUIKERS ASTMA- EN COPD-MIDDELEN 2011

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
7.259.000	7.361.000	uitgiftes
367.348.000	370.011.000	dagdoseringen (DDDs)
1.508.000	1.569.000	gebruikers
€ 430.067.000	€ 467.266.000	kosten (all in)
4,8	7	uitgiftes per gebruiker
245	235	doseringen per gebruiker
€ 1,17	€ 1,26	kosten per dag (DDD)
€ 59,25	€ 63,50	kosten per uitgifte
€ 285,15	€ 297,90	kosten per gebruiker
12%	9%	aandeel generiek DDDs
51%	53%	aandeel vrouwen DDDs
25%	22%	aandeel 45-
33%	35%	aandeel 45-65 jaar
42%	43%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	1.766.000	salbutamol (Ventolin)
	1.242.000	salmeterol & fluticason (Seretide)
	1.018.000	tiotropium (Spiriva)

FIGUUR 3.4 | GEBRUIKERS ASTMA- EN COPD-MIDDELEN 2011

PREVALENTIE NL 95 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



■ Boven gemiddeld	■ Ruim boven gemiddeld
■ Gemiddeld	
■ Ruim onder gemiddeld	■ Onder gemiddeld

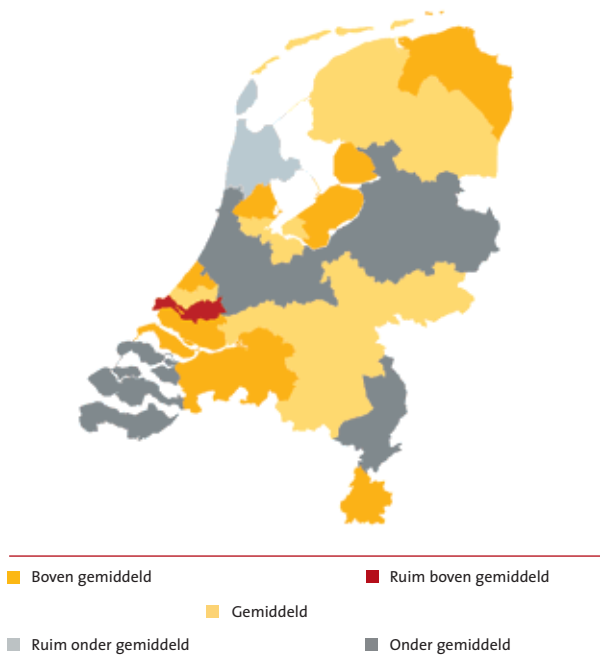
RECEPT 3.4 | MAAGMIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
7.548.000	14.683.000	uitgiftes
382.661.000	607.360.000	dagdoseringen (DDD's)
1.973.000	2.748.000	gebruikers
€ 332.590.000	€ 185.284.000	kosten (all in)
3,8	5,3	uitgiftes per gebruiker
195	220	doseringen per gebruiker
€ 0,87	€ 0,31	kosten per dag (DDD)
€ 44,05	€ 12,65	kosten per uitgifte
€ 68,55	€ 67,60	kosten per gebruiker
55%	88%	aandeel generiek DDD's
57%	57%	aandeel vrouwen DDD's
13%	11%	aandeel 45-
40%	39%	aandeel 45-65 jaar
47%	50%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	7.324.000	omeprazol (Losec)
	4.246.000	pantoprazol (Pantozol)
	1.997.000	esomeprazol (Nexium)

FIGUUR 3.5 | GEBRUIKERS MAAGMIDDELEN 2011

PREVALENTIE NL 165 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



Maagmiddelen

Het aantal gebruikers van maagmiddelen (definitie op ATC-code niveau A02) is de afgelopen periode met gemiddeld 8,6% per jaar gestegen naar ruim 2,75 miljoen in 2011. 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 2011 op gemiddeld 5,3 uitgiftes 220 standaard dagdoseringen afgeleverd.

In recept 3.4 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van de maagmiddelen in Nederland door de gegevens van 2007 en 2011 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers, terwijl tegelijkertijd de kosten stevig zijn gedaald. Binnen de groep protonpompremmers is sprake van een sterke groei van omeprazol (Losec), pantoprazol (Pantozol) en in mindere mate van esomeprazol (Nexium). De kostendaling kunnen we vooral toeschrijven aan de prijsverlagingen van het generiek beschikbaar komen van achtereenvolgens omeprazol, pantoprazol, en lansoprazol en esomeprazol. Het prijsniveau per DDD van de generieke preparaten ligt gemiddeld op ongeveer een derde van dat van een specialité.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gestegen van 55% in 2007 naar bijna 90% in 2011. Maagmiddelen worden over het algemeen vaker door vrouwen gebruikt; de man-vrouw verhouding bedraagt 43:57. In 2011 wordt de helft van het aantal DDD's gebruikt door 65-plussers.

De landelijke prevalentie van gebruikers van maagmiddelen in 2011 is 165 gebruikers per 1.000 verzekerden. Alleen in de regio Rotterdam ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde (zie figuur 3.5), terwijl Noord-Holland noord de enige regio is waar de prevalentie ruim onder het gemiddelde ligt. Het midden van Nederland omvat met name regio's met een prevalentie onder het landelijke gemiddelde (lichtgrijs).

Diabetesmiddelen

Het aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen oftewel diabetesmiddelen (definitie op ATC-code niveau A10) is de afgelopen jaren gestegen naar 771.000 in 2011. Dit is een gemiddelde stijging van 3,5% per jaar. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt met 4,4% per jaar iets hoger dan de toename (3,2%) van het aantal insulinegebruikers. Dit verschil hangt samen met een vergrijzende populatie en daarmee gepaard gaande een stijgende incidentie van diabetes mellitus type-II (ouderdomsdiabetes). De totale kosten voor diabetesmiddelen zijn ten opzichte van 2007 licht gestegen naar ruim 250 miljoen euro. De insulines zijn verantwoordelijk voor 68% van de totale kosten.

In recept 3.5 geven we inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van diabetesmiddelen door de gegevens van 2007 en 2011 naast elkaar te zetten. In het oog springt vooral de toename van het aantal gebruikers en een lichte daling van het gemiddeld aantal dagdoseringen per gebruiker. De kosten per DDD zijn iets gedaald.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is iets toegenomen van 61% naar 63% in 2011. 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 53:47. De leeftijdsgroep 65+ is de grootste gebruikersgroep gevolgd door de groep van 45-64 jaar. Zij zijn verantwoordelijk voor 55% respectievelijk 37% van het totale gebruik.

In figuur 3.6 zijn de regionale verschillen van gebruikers van diabetesmiddelen in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antidiabetica in 2011 is 46 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de regio's Groningen, Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam (donkerrood) ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde. In de regio's Zeeland, Noordoost-Brabant, Zuidoost-Brabant maar ook in de regio's Midden-Holland, Zuid-Holland noord en Kennemerland, ligt de prevalentie ruim onder het landelijk gemiddelde.

RECEPT 3.5 | DIABETESMIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
5.952.000	9.592.000	uitgiftes
409.765.000	447.440.000	dagdoseringen (DDDs)
672.500	771.300	gebruikers
€ 241.123.000	€ 253.842.000	kosten (all in)
8,9	12,4	uitgiftes per gebruiker
610	580	doseringen per gebruiker
€ 0,59	€ 0,57	kosten per dag (DDD)
€ 40,50	€ 26,45	kosten per uitgifte
€ 358,55	€ 329,10	kosten per gebruiker
61%	63%	aandeel generiek DDDs
50%	47%	aandeel vrouwen DDDs
8%	8%	aandeel 45-
39%	37%	aandeel 45-65 jaar
53%	55%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	4.831.000	metformine
	1.135.000	glimepiride (Amaryl)
	851.600	tolbutamide

FIGUUR 3.6 | GEBRUIKERS DIABETESMIDDELEN 2011

PREVALENTIE NL 46 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



■ Boven gemiddeld	■ Ruim boven gemiddeld
■ Gemiddeld	
■ Ruim onder gemiddeld	■ Onder gemiddeld

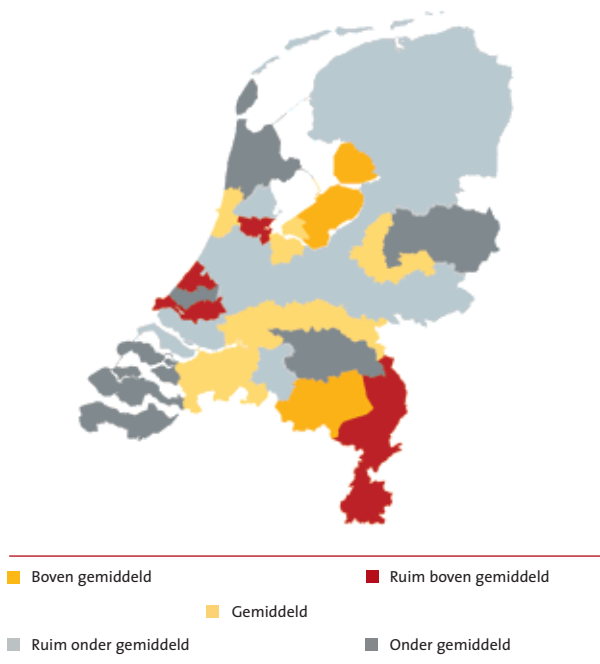
RECEPT 3.6 | BENZODIAZEPINEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
11.752.000	4.211.000	uitgiftes
212.561.000	70.038.000	dagdoseringen (DDD's)
1.758.000	396.000	gebruikers
€ 104.467.000	€ 31.038.000	kosten (all in)
6,7	10,6	uitgiftes per gebruiker
120	175	doseringen per gebruiker
€ 0,49	€ 0,44	kosten per dag (DDD)
€ 8,90	€ 7,35	kosten per uitgifte
€ 59,40	€ 78,30	kosten per gebruiker
92%	90%	aandeel generiek DDD's
66%	60%	aandeel vrouwen DDD's
15%	21%	aandeel 45-
41%	49%	aandeel 45-65 jaar
44%	30%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	1.064.700	oxazepam (Seresta)
	797.200	temazepam (Normison)
	497.600	diazepam (Stesolid)

FIGUUR 3.7 | GEBRUIKERS BENZODIAZEPINEN 2011

PREVALENTIE NL 24 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



Slaap- en kalmeringsmiddelen

Met ingang van januari 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen ingrijpend gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een beperkt 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% (van 18 miljoen in 2008 naar 0,4 miljoen in 2009). Ten opzichte van 2008. Op grond van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) schatten we in dat een substantieel deel (circa 70%) van de gebruikers niet zijn gestopt maar dat zij de niet vergoede kosten voor eigen rekening hebben genomen.

De beperkingen voor de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen, definitie op ATC-code niveau N05BA, N05CD en N05CF) zijn in recept 3.6 zichtbaar. Het aantal uitgiftes is gedaald met 7,6 miljoen, het aantal gebruikers nam af met 1,4 miljoen en het aantal afgeleverde DDD's daalde naar 70 miljoen. Vergelijken we 2009 met 2011 dan is sprake van een toename van het aantal gebruikers met circa 8% per jaar en een toename van het aantal DDD's met circa 9% per jaar.

In recept 3.6 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van benzodiazepinen voor 2007 en 2011 naast elkaar. De vergelijking met 2007 wordt natuurlijk gedomineerd door de effecten van de beperkingen in de aanspraak op deze middelen. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is hoog: 90%.

Wat opvalt, is dat zowel het aantal uitgiftes als het gemiddeld aantal dagdoseringen per gebruiker duidelijk is toegenomen. Het lijkt er op dat de beperkingen in de aanspraak vooral tot een uitstroom van incidentele gebruikers heeft geleid. 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 benzodiazepinen in beeld gebracht. De landelijke prevalentie in 2011 is 24 gebruikers per 1.000 ZvW-verzekerden. In de regio's Amsterdam, Rotterdam, Nieuwe Waterweg noord en Haaglanden plus de regio's Noord-/Midden-Limburg en Zuid-Limburg ligt de prevalentie ruim boven het landelijk gemiddelde. In het noorden en het midden van Nederland ligt de prevalentie veelal ruim onder het gemiddelde.

Antipsychotica

Het aantal gebruikers van antipsychotica (definitie op ATC-code niveau B05A) is de afgelopen jaren gestegen van 258.100 in 2007 naar 281.400 gebruikers in 2011. Deze toename is vooral toe te schrijven aan een verschuiving in het gebruik van klassieke middelen naar de nieuwe, atypische antipsychotica, vooral: quetiapine (Seroquel) en aripiprazol (Abilify).

Het aantal gebruikers van quetiapine steeg van 36.000 in 2007 naar bijna 71.000 in 2011. Het gebruikersaantal van aripiprazol steeg in die periode van 6.700 naar 14.900.

In recept 3.7 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van antipsychotica voor 2007 en 2011 naast elkaar.

Het aantal gebruikers van antipsychotica is in de periode 2007-2011 gestegen met 9%, het aantal dagdoseringen steeg met ruim 7% terwijl de kosten met 6% zijn gestegen.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gestegen van 14% naar 22% in 2011.

Het gemiddeld aantal DDDs per gebruiker is iets afgenomen.

Het leeuwendeel van de gebruikers van antipsychotica bevindt zich in de leeftijdsgroep 45-65 jaar.

In figuur 3.8 zijn de regionale verschillen van het gebruik van antipsychotica in Nederland in 2011 in beeld gebracht.

De landelijke prevalentie van gebruikers van antipsychotica bedraagt 17 per 1.000 verzekerden.

In de regio's Amsterdam, Rotterdam, Midden-Brabant en de provincies Zeeland en Friesland ligt het aantal gebruikers van antipsychotica ruim boven het gemiddelde. De prevalentie in regio's Noord-Holland noord, Zaanstreek/Waterland Amstelland/De Meerlanden, het Gooi en Flevoland alsook de regio's Delft/Waterland/Oostland, Midden-Holland en Waardenland, ligt daarentegen ruim onder het gemiddelde.

RECEPT 3.7 | ANTIPSYCHOTICA IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
2.456.000	3.718.000	uitgiftes
42.015.000	45.145.000	dagdoseringen (DDDs)
258.100	281.400	gebruikers
€ 121.760.000	€ 129.135.000	kosten (all in)
9,9	13,2	uitgiftes per gebruiker
165	160	doseringen per gebruiker
€ 2,90	€ 2,86	kosten per dag (DDD)
€ 47,80	€ 34,75	kosten per uitgifte
€ 471,70	€ 458,90	kosten per gebruiker
14%	22%	aandeel generiek DDDs
46%	46%	aandeel vrouwen DDDs
44%	40%	aandeel 45-
43%	46%	aandeel 45-65 jaar
13%	13%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	818.200	quetiapine (Seroquel)
	579.300	risperidon (Risperdal)
	572.100	olanzapine (Zyprexa)

FIGUUR 3.8 | GEBRUIKERS ANTIPSYCHOTICA 2011

PREVALENTIE NL 17 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



■ Boven gemiddeld	■ Ruim boven gemiddeld
■ Gemiddeld	
■ Ruim onder gemiddeld	■ Onder gemiddeld

HIV-middelen

Er is sprake van een forse stijging van het gebruik van middelen bij een infectie met HIV (humaan immunodeficiëntie virus). De HIV-middelen zijn geclassificeerd op ATC-code niveau J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX, waarbij de geneesmiddelen die worden ingezet bij een (chronische) Hepatitis-B infectie zijn uitgesloten. Het aantal gebruikers van HIV-middelen is toegenomen van 9.700 in 2007 naar 14.700 in 2011; een gemiddelde jaarlijkse toename van 11%. De kosten in verband met gebruik van HIV-middelen zijn gestegen naar ruim € 150 miljoen; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van bijna 16%. In recept 3.8 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van de middelen bij een HIV-infectie. Als gevolg van de behandelingsmogelijkheden is besmetting met HIV een meer chronische aandoening geworden.

In figuur 3.9 zijn de regionale verschillen van het gebruik van

RECEPT 3.8 | HIV-MIDDELEN IN NEDERLAND

GENEESMIDDELEN OP RECEPT VIA HUISARTS OF SPECIALIST

2007	2011	
114.200	175.300	uitgiftes
6.782.200	8.533.400	dagdoseringen (DDD's)
9.700	14.700	gebruikers
€ 84.547.000	€ 151.387.000	kosten (all in)
11,8	11,9	uitgiftes per gebruiker
700	580	doseringen per gebruiker
€ 12,47	€ 17,74	kosten per dag (DDD)
€ 828,05	€ 863,70	kosten per uitgifte
€ 8.701,00	€ 10.270,00	kosten per gebruiker
0%	0%	aandeel generiek DDD's
22%	21%	aandeel vrouwen DDD's
50%	40%	aandeel 45-
47%	54%	aandeel 45-65 jaar
4%	6%	aandeel 65+
Top 3 aantal recepten		
	31.700	emtricitabine & tenofovir (Truvada)
	18.700	nevirapine (Viramune)
	18.500	emtricitabine & tenofovir & efavirenz (Atripla)

HIV-middelen in Nederland in 2011 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van HIV-middelen is 0,9 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In de volgende regio's ligt de prevalentie – net als in voorgaande jaren – ruim boven het gemiddelde: Amsterdam, het Gooi, Rotterdam en Haaglanden.

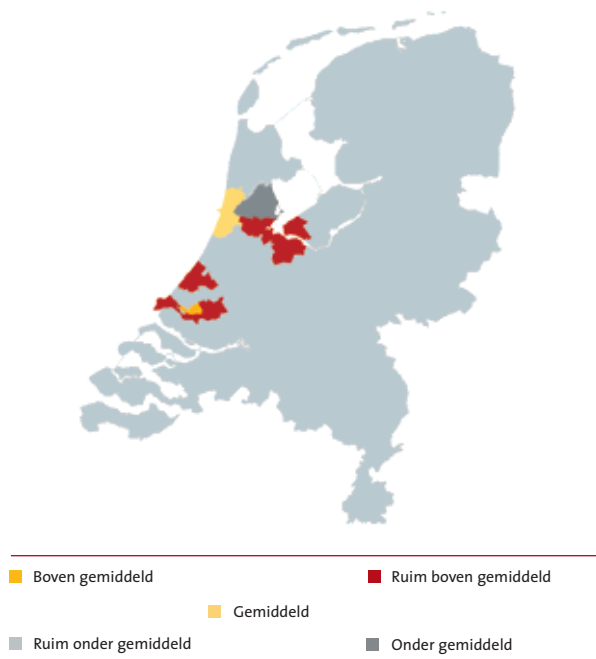
HAART, highly active antiretroviral therapy

Sinds de introductie in 1987 van zidovudine (Retrovir) zijn de behandelingsmogelijkheden van een infectie met HIV (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-geïnfecteerden inmiddels de normale levensverwachting benadert. Een besmetting met HIV is hierdoor veranderd in een chronische aandoening. In Nederland gaven we in 2011 ongeveer 150 miljoen euro uit aan de verstrekking van HIV-geneesmiddelen; dit komt neer op ruim 10.000 euro per gebruiker per jaar.

HIV-remmers worden op basis van hun werkingsmechanisme ingedeeld in verschillende groepen zoals de protease-

FIGUUR 3.9 | GEBRUIKERS HIV-MIDDELEN 2011

PREVALENTIE NL 0,9 PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN



TABEL 3.1 | KOSTENONTWIKKELING HIV-MIDDELEN NAAR WERKINGSMECHANISME, 2007-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

ATC	omschrijving	2007	2008	2009	2010	2011
Jo5AE	proteaseremmers (PI)	19,6	20,9	22,8	25,6	28,7
Jo5AF*	nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI)	19,7	16,8	12,9	11,3	10,8
Jo5AG	non-nucleoside reverse transcriptase-remmers (NNRTI)	16,4	16,5	14,7	14,9	14,7
Jo5AR	twee -of meervoudige combinatiepreparaten	37,6	49,2	68,0	80,2	87,5
Jo5AX	overige enkelvoudige middelen	1,2	3,4	6,1	8,2	9,6
Totaal		94,5	106,9	124,5	140,2	151,4

* Exl. middelen voor behandeling (chronische) hepatitis-B : adefovir (Hepsera) en entecavir (Baraclude).

TABEL 3.2 | GEBRUIKERS EN KOSTEN PER DDD MEEST VOORKOMENDE HAART*, 2009-2011

HAART*	2009		2010		Aandeel in 2011		Kosten per DDD in 2011**
	2009	2010	2011	2011			
1 emtricitabine & tenofovir & efavirenz	2.410	3.450	4.090	27,7%	€	29,53	
2 emtricitabine & tenofovir & nevirapine	1.090	1.480	1.750	11,8%	€	28,65	
3 zidovudine & lamivudine & lopinavir***	1.050	920	800	5,4%	€	31,66	
4 emtricitabine & tenofovir & lopinavir***	420	420	390	2,7%	€	36,13	
5 zidovudine & lamivudine & nevirapine	490	430	360	2,4%	€	24,18	
andere combinaties NRTI met NNRTI	1.430	1.280	1.230	8,3%			
andere combinaties NRTI met PI	1.880	2.270	2.930	19,9%			
overige behandel(combinaties)	3.420	3.370	3.200	21,7%			
Totaal	12.910	13.620	14.740				

* betreft zowel combinaties van enkelvoudige preparaten als vaste combinatiepreparaten

** som van gemiddelde kosten per DDD van enkelvoudige preparaten

*** de werking van de proteaseremmer wordt versterkt ofwel 'boosted' met ritonavir

remmers (PI), nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI), non-nucleoside reverse transcriptase-remmers (NNRTI) en een groep overige middelen waaronder een integrase-remmer, een fusie-remmer en een CCR5-antagonist. Het gaat hierbij om enkelvoudige middelen. Omdat de basis van de HAART een combinatietherapie is, worden ook steeds meer vaste combinaties als geneesmiddel geregistreerd 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 13%. Opvallend is de sterke stijging van de kosten van de vaste combinatiepreparaten met bijna 25% per jaar en de daling van de kosten van de NRTIs van bijna 15%. De daling van

NRTIs houdt direct verband met de toename van de combinatiepreparaten: deze middelen zijn een belangrijk onderdeel van de vaste behandelcombinaties.

In tabel 3.2 is een overzicht opgenomen van de meest voorkomende HAART combinatietherapieën: het aantal gebruikers in 2009, 2010 en 2011 en het procentuele aandeel in 2011. In 2011 wordt 50% van alle gebruikers voor hun HIV-infectie behandeld met één van de vijf meest voorkomende combinaties. In 2011 liggen de kosten van deze combinaties – ongeacht of het om combinaties van enkelvoudige preparaten of vaste combinatiepreparaten gaat – rond de € 30,00 (met een enkele uitschieter naar boven en beneden) per DDD; de gemiddelde kosten voor een onderhoudsbehandeling per gebruiker per jaar komen uit op circa 10.000 euro.

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-uitgiftes waarop een generiek geneesmiddel is afgeleverd is gestegen van 61,2 miljoen in 2004 naar 123,9 miljoen in 2011. Het marktaandeel, gemeten in aantal WMG-uitgiftes is in deze periode toegenomen van bijna 49% naar ruim 52%. 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 43% in 2004 naar ruim 57% in 2011. De stijging in het gebruik van generieke middelen wordt mede veroorzaakt door het patentverlies van veelgebruikte specialités. Sinds 2000 zijn er ruim 140 specialités uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke aanbieders.

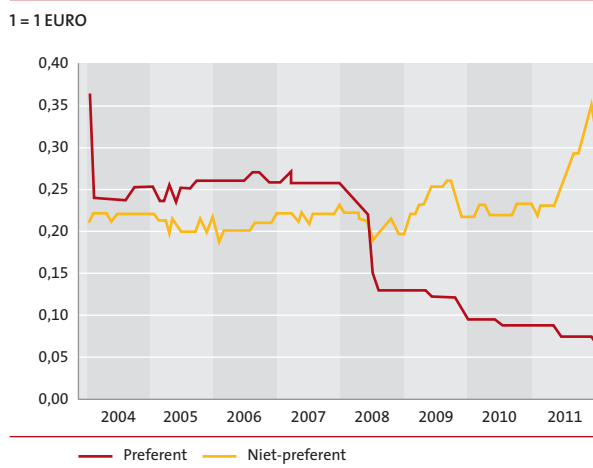
Daarnaast wordt de toename in het gebruik van generieke geneesmiddelen gestimuleerd doordat in Nederland de voorschrijvers standaard op stofnaam voorschrijven hetgeen het afleveren van een generiek middel vergemakkelijkt. Voorts zien we een tendens bij huisartsen en specialisten om zich

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 *GIPeilingen* geven we aan dat deze ontwikkeling zichtbaar is bij het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen en maagmiddelen, maar dat er ook nog veel doelmatigheidswinst kan worden gerealiseerd.

Wanneer we naar het marktaandeel in materiaalkosten (apothekinkooprijzen) kijken, is sprake van een tegenovergestelde verschuiving: het marktaandeel van generiek is sinds 2004 gedaald van 19,1% naar 10,2% in 2011. Deze ontwikkeling wordt primair veroorzaakt door de prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Voor het leeuwendel van de generieke geneesmiddelen (in 2011: ruim 95%, 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 € 0,09 in 2011.

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 2011 door zorgverzekeraars een preferentiebeleid gold en de overige generieke geneesmiddelen. Om de prijzen en de ontwikkeling daarbinnen onderling te kunnen vergelijken

FIGUUR 4.1 | PRIJS PER DDD GENERIEKE GENEESMIDDELEN, PER MAAND 2004-2011

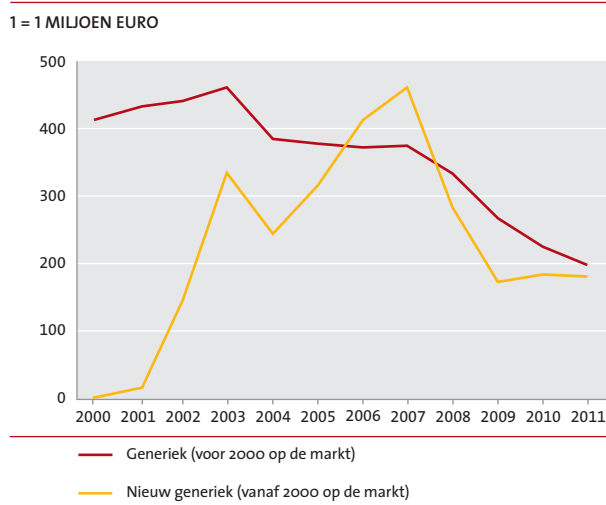


gaan we uit van de gewogen, gemiddelde apotheekinkooprijzen (AIP) per standaard dagdosering. De weging vindt plaats op basis van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen. Om te bepalen of een middel preferent is, gaan we uit van de situatie zoals deze gold eind 2011.

Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de prijzen in februari 2004 zijn gedaald van € 0,36 per DDD naar € 0,26 per DDD. Tot 2008 blijven de prijzen vervolgens redelijk stabiel. In de loop van 2008 en 2009 gaan de prijzen nog weer verder omlaag. In december 2011 zijn de gemiddelde prijzen gedaald naar € 0,07 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze generieke geneesmiddelen zijn in zes jaar tijd met ruim 80% gedaald. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. Deze prijzen zijn aanvankelijk stabiel gebleven en vanaf 2009 is zelfs sprake van een stijging: gemiddeld € 0,21 per DDD in januari 2004, tegenover € 0,31 per DDD in december 2011.

Het effect van deze prijsverlagingen op de uitgaven voor deze, preferente geneesmiddelen is enorm. Ondanks het feit dat ten opzichte van 2004 het aantal afgeleverde DDDs met bijna 88% is toegenomen, zijn de uitgaven op AIP-niveau met € 250 miljoen gedaald (van € 629,3 miljoen in 2004 naar € 379,6 miljoen in 2011). Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2011 en rekenen we de gerealiseerde prijsdalingen vanaf 2008 toe aan de uitbreidingen van het door zorgverzekeraars gerealiseerde preferentiebeleid, dan kan de besparing via dit preferentiebeleid voor het jaar 2011 worden berekend op ruim € 530 miljoen.

**FIGUUR 4.2 | OMZET GENERIEKE GENEESMIDDELEN 2000-2011
GEMETEN IN APOTHEEKINKOOPPRIJS (AIP)**



Voor de generieke geneesmiddelen die na 2000 op de markt zijn gekomen geldt dat hun omzet (gemeten in apotheekinkooprijzen) is opgelopen van € 1,5 miljoen in 2000 naar circa € 181 miljoen in 2011. De omzet van generieke geneesmiddelen die ook al voor 2000 op de markt waren daalde van € 413 miljoen in 2000 naar € 199 miljoen in 2011. In grafiek 4.2 laten we de omzetontwikkeling op jaarbasis zien. We 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.

TABEL 4.1 | TOP 10: GENERIEK AANTAL DDDs EN AANDEEL IN TOTAAL, 2011

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	Indicatiegebied	DDDs generiek	Aandeel
1	omeprazol	maagzuurklachten	321,4	90,2%
2	simvastatine	verhoogd cholesterol	288,1	98,6%
3	acetylsalicylzuur	trombose, infarct	191,5	96,1%
4	metoprolol	hartfalen, hypertensie	167,9	94,1%
5	enalapril	hypertensie, hartfalen	146,4	98,4%
6	metformine	diabetes	139,4	99,1%
7	amlodipine	hypertensie, angina pectoris	132,5	83,4%
8	hydrochloorthiazide	hypertensie	124,1	100,0%
9	pantoprazol	maagzuurklachten	102,2	82,8%
10	levonorgestrel & oestrogeen	anticonceptie	89,5	64,3%

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2011 staat weergegeven in tabel 4.3. 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 generieke geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel dat dicht tegen de 100% aankruipt. We concluderen dat na afloop van het patent de markt van het oorspronkelijke specialité nagenoeg geheel wordt overgenomen door de aanbieders van het generieke alternatief. Een uitzondering hierop vormt het anticonceptiemiddel Microgynon, dat zijn marktaandeel weliswaar terug zag lopen maar tot nu toe nog een marktaandeel van ruim 35% 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 met 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 10 zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 1.703 miljoen DDDs, dit komt overeen met bijna 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid

Kijken we terug op de periode 2004-2011, 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 de jaren 2008 tot en met 2011 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 2011 wordt de opbrengst geschat op € 2.856 miljoen. Of anders gezegd: als de prijzen van de geneesmiddelen in 2011 nog steeds op het niveau van januari 2004 zouden verkeren, dan zouden de uitgaven voor geneesmiddelen in 2011 bijna 55% hoger zijn uitgevallen dan thans het geval is. Dit percentage behoeft enige nuancering. Tussen 2004 en

2011 is sprake van een duidelijke toename in het gebruik van geneesmiddelen: gemeten in standaarddagdoseringen is sprake van een stijging met circa 30%. 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 wel een nieuw fenomeen: voor 2004 waren de prijsdalingen bij de komst van generieke middelen gering.

De fabrikanten van generieke geneesmiddel beconcurrerden elkaar via het verlenen van kortingen en bonussen aan de apothekers, ook wel marge concurrentie genoemd. Dit was effectief omdat de apotheker immers bepaalde welke van de verschillende generieke varianten werd afgeleverd. Het geneesmiddelenconvenant maar meer nog het preferentiebeleid van zorgverzekeraars hebben deze marketingstrategie doorbroken en er voor gezorgd dat er op prijs moest worden geconcurrerd. Was het tot 2004 vooral de apotheker die bepaalde welke fabrikant van generieke middelen de voorkeur kreeg vanaf 2004 hebben zorgverzekeraars deze rol overgenomen en hebben daarmee de betekenis van margeconcurrentie 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 generiek. Voor de geneesmiddelen waarop nog patent berust is de prijsdruk veel lager omdat fabrikanten steeds vaker kiezen voor een eenvormige prijsstelling binnen Europa.

Al deze prijsverlagingen hebben primair tot gevolg dat de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen (inkoopvoordelen) aan apotheekhoudenden wordt beperkt. In opdracht van de NZa is al een aantal jaren door ConQuaestor/Significant onderzoek gedaan naar de hoogte van de nog resterende kortingen en bonussen door apotheekhoudenden. Hieruit blijkt dat er inderdaad sprake is van een 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 werd door de NZa een verdere terugval naar circa € 320 miljoen geraamd. Daar tegenover staat dat de inkomsten van apothekers uit het door de NZa vastgestelde aflevertarief in 2009 en 2010 duidelijke is toegenomen, van € 923 miljoen in 2008 naar € 1.211 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 € 288 miljoen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de dienstverlening (aantal uitgiftes) door apotheekhoudenden in deze periode in omvang is toegenomen en dat ook nog niet gecorrigeerd is voor inflatie.

Een deel van deze inkoopvoordelen wordt nog afgeroomd via de clawback-maatregel (een procentuele verlaging van de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen) het resterende deel

is noodzakelijk om apothekers te compenseren voor de gemaakte praktijkkosten, omdat deze niet volledig door het aflevertarief worden afgedekt. Zorgverzekeraars en apothekers verschillen overigens van mening over de noodzaak tot deze compensatie. Apothekers vinden dat compensatie uit kortingen en bonussen onvoldoende is en dus ten onrechte wordt afgeroomd via een lager NZa-tarief. Zorgverzekeraars vinden dat de afroaming onvoldoende is en pleiten voor lagere NZa-tarieven. Wat hier ook van zij: vanaf 2012 zullen de aflevertarieven niet meer door de NZa worden vastgesteld en zullen beide partijen via onderhandelingen moeten komen tot overeenstemming over de door apothekers in rekening te brengen tarieven.

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 € 2,8 miljard. Wel moeten we hier opmerken dat de aldus berekende besparingsopbrengst nogal geflatteerd is. Immers we confronteren de gerealiseerde uitgaven met een verwacht uitgavenniveau bij constante prijzen op basis van het prijspeil januari 2004. Een belangrijk deel van de aldus berekende besparing kan worden toegeschreven aan een toename in het gebruik van geneesmiddelen.

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

TABEL 4.2 | OPBRENGST PRIJSMATREGELEN, 2004-2011: INCLUSIEF 6% BTW

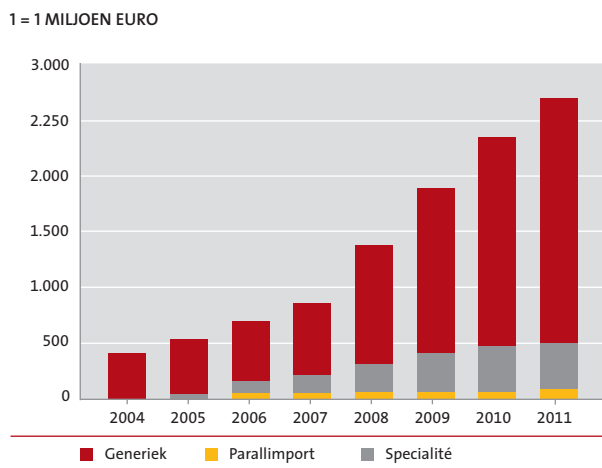
1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Clawback	181	182	187	206	131	202	192	160
Prijsverlagingen via WGP	- 7	65	271	522	868	1.243	1.634	1.898
Vrijwillige prijsverlagingen	412	452	436	354	488	620	689	799
Totaal	585	699	894	1.083	1.487	2.064	2.514	2.856

2004 toeneemt naar bijna €1,9 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 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 2011 gaat het om een bijdrage van circa €160 miljoen.

In figuur 4.3 is het gezamenlijke prijsdrukkende effect van WGP en de vrijwillige prijsverlagingen op basis van het convenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid, verdeeld naar inkoopkanaal weergegeven. De hier gepresenteerde opbrengst is inclusief 6% BTW maar exclusief de opbrengstbijdragen via de clawback. Duidelijk zichtbaar is dat de prijsverlagingen vooral hebben plaatsgevonden bij de generieke geneesmiddelen; zij zijn in 2011 verantwoordelijk voor 80% van de besparingsopbrengst.

FIGUUR 4.3 | OPBRENGST PRIJSMATREGELEN NAAR INKOOPKANAAL, 2004-2011



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 het specialité. Voor een belangrijk deel ging het hier ook om patentverloop van een aantal blockbusters, middelen met 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 achterblijven bij de prijsverlagingen van 75% zoals we die in de afgelopen jaren hebben gezien.

De prijsstelling van generieke middelen die na 2008 op de markt zijn gekomen laat ook zien dat de prijsverlagingen trager op gang komen en ook minder ver gaan. In onze MLT-raming gaan we daarom ook uit van een verdere groei in het gebruik van geneesmiddelen in relatie tot een lichte stijging van het gemiddeld prijsniveau van specialités en een stabilisering van het gemiddeld prijsniveau van generieke geneesmiddelen. Dit resulteert in de verwachte kostenstijging van gemiddeld 7% per jaar. De belangrijkste groei zal dan plaatsvinden bij de zogenoemde 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: 31,4 % van totale geneesmiddelkosten

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt. De minister van VWS beslist uiteindelijk of deze middelen ook voor vergoeding in het kader van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen - dat zijn geneesmiddelen die sinds 2000 op de markt zijn gekomen en zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket - in de totale kosten is gestegen van 0,4% in 2000 naar ruim 31% in 2011. Anders gezegd, ruim 31% van de kosten voor geneesmiddelen heeft betrekking op geneesmiddelen die vanaf 2000 nieuw zijn geïntroduceerd. Het aandeel van geneesmiddelen die sinds 2006 op de markt zijn gekomen is opgelopen tot 6,3%.

In tabel 4.3 geven we de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen weer in relatie tot het jaar waarin deze nieuwe middelen werden geïntroduceerd. Het marktaandeel van nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen stijgt sneller dan gemiddeld, vooral in de eerste (vijf/zes) jaren na introductie. Wat opvalt, is dat de kosten voor geneesmiddelen die vanaf 2004 op de markt zijn gekomen iets

TABEL 4.3 | KOSTENONTWIKKELING (TOTALE KOSTEN) NIEUWE GENEESMIDDELEN, 2000-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

Introductiejaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
2000	13,6	41,6	63,7	90,3	103,6	88,8	95,4	96,5	95,4	95,7	92,8	77,7
2001		16,9	69,6	143,8	211,0	244,0	275,9	310,8	326,1	337,4	342,6	340,3
2002			17,0	66,0	99,8	127,8	146,9	166,1	191,7	208,6	221,2	230,5
2003				22,8	113,6	170,1	226,9	277,2	349,6	388,2	429,0	444,4
2004					4,9	37,8	60,5	78,2	93,6	104,6	119,3	137,0
2005						7,7	31,3	51,9	66,4	70,0	75,6	80,4
2006							7,3	40,0	53,0	57,9	64,9	73,9
2007								14,8	40,7	54,7	70,6	87,8
2008									13,9	48,2	69,5	84,0
2009										3,8	20,7	35,2
2010											15,5	44,0
2011												3,9
Totaal	13,6	58,5	150,2	323,0	532,8	676,1	844,2	1.035,7	1.230,4	1.369,0	1.521,5	1.639,1
<i>Aandeel kosten</i>	<i>0,4%</i>	<i>1,5%</i>	<i>3,7%</i>	<i>7,4%</i>	<i>12,4%</i>	<i>15,0%</i>	<i>18,0%</i>	<i>20,4%</i>	<i>23,8%</i>	<i>26,9%</i>	<i>29,2%</i>	<i>31,4%</i>

minder hard stijgen dan voor de middelen die in de periode 2000-2003 zijn geïntroduceerd. Om tot een eerlijke vergelijking te komen, vergelijken we de marktaandelen vier jaar na afloop van de beide periodes.

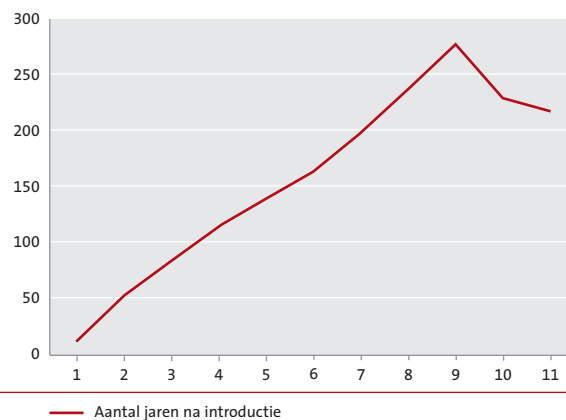
Het marktaandeel van middelen die in 2000 t/m 2003 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2007: 16,7%. Het marktaandeel van middelen die in 2004 t/m 2007 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2011: 7,3%.

Tabel 4.3 kan ook op een andere manier worden geanalyseerd, namelijk door te kijken naar de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen in relatie tot het aantal jaren dat deze nieuwe middelen op de markt zijn. Voor alle nieuwe geneesmiddelen kan dan worden berekend hoeveel extra kosten gemiddeld in het eerste jaar van introductie worden gemaakt en hoe deze extra kosten zich in de jaren daarna verder ontwikkelen.

De extra kosten over het eerste jaar worden dan berekend door alle kosten van alle nieuwe geneesmiddelen in het eerste jaar te sommeren en dan te delen over het aantal jaren waarop de gegevens betrekking hebben. Voor het tweede jaar en de daarop volgende jaren wordt dezelfde werkwijze gevolgd. Hieronder (figuur 4.4) geven we het resultaat van deze analyse weer. We concluderen dat de extra kosten voor nieuwe geneesmiddelen in de eerste

FIGUUR 4.4 | GEMIDDELTE KOSTEN NIEUWE GENEESMIDDELEN NA INTRODUCTIE; 2000-2011

1 = 1 MILJOEN EURO



zeven á acht jaar vrijwel lineair toenemen om daarna iets af te nemen en te stabiliseren. We merken op dat het berekende gemiddelde over de periode 2007-2011 op relatief minder jaarcijfers is gebaseerd dan in de voorgaande periodes.

Het aantal nieuwe geneesmiddelen (we beperken ons hierbij tot nieuwe middelen met een nieuwe werkzame stof en voor zover dit middel wordt vergoed binnen de basisverzekering) dat jaarlijks wordt geïntroduceerd laat een iets aflopende trend zien. In figuur 4.5 geven we het aantal nieuwe intro-

FIGUUR 4.5 | INTRODUCTIES NIEUWE GENEESMIDDELEN EN PATENTVERLOOP, 2000-2011



ducties weer in de periode 2000-2011. Ter vergelijking laten we het aantal middelen zien (eveneens op basis van werkzame stof) waarvan het patent in diezelfde periode verliep. Hier is sprake van een iets oplopende trend. Wat opvalt, is dat tot 2004 het aantal nieuwe introducties beduidend hoger ligt dan het aantal middelen waarvan het patent verliep. Vanaf 2004 is de afstand tussen beide kleiner geworden. Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2007 in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen, alsook de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan verwijzen we naar onze website: www.gip databank.nl.

Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk

Mede onder invloed van het preferentiebeleid van zorgverzekeraar zijn de prijzen voor generieke geneesmiddelen de afgelopen jaren fors verlaagd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlagers: simvastatine en pravastatine. De prijzen van deze middelen

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

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. Onderstaand (tabel 4.4) worden de behandelkosten over 2011 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde kosten per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine van € 40,63 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is. De behandeling met het veel duurdere atorvastatine (Lipitor) kost bijna 10 keer zoveel, namelijk 397,20 euro per gebruiker per jaar. De verschillen zijn opmerkelijk. Dit overzicht toont aan dat via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst is te bereiken. Immers de behandelend (huis)arts bepaalt welke van de vijf statines wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2011 aan circa 80% van alle gebruikers van de drie duurste statines het veel goedkopere simvastatine zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2011 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 145 miljoen.

TABEL 4.4 | STATINES: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2011

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
simvastatine (Zocor)	Ja, vanaf 2003	984.480	40,63
pravastatine (Selektine)	Ja, vanaf 2004	170.400	50,71
fluvastatine (Canef, Lescol)	Ja, vanaf 2008	21.771	104,40
atorvastatine (Lipitor)	Nee	366.350	397,20
rosuvastatine (Crestor)	Nee	192.460	287,60

TABEL 4.5 | PROTONPOMPREMERS: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2011

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
omeprazol (Losec)	Ja, vanaf 2002	1.700.000	36,94
pantoprazol (Pantozol)	Ja, vanaf 2009	699.060	43,89
lansoprazol (Prezal)	Ja, vanaf 2005	17.468	87,87
rabeprazol (Pariet)	Nee	56.654	233,40
esomeprazol (Nexium)	Ja, vanaf 2010	338.020	196,30

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 4.5). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpompremers beschikbaar. De behandeling met omeprazol is duidelijk het goedkoopst: € 36,94 per gebruiker per jaar. De behandeling met rabeprazol (Pariet) of esomeprazol (Nexium) kost meer dan vijf keer zoveel: € 233,40 respectievelijk € 196,30 per gebruiker per jaar.

De verschillen zijn wederom opmerkelijk, en geven aan dat via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Immers de behandelend (huis)arts bepaalt welke van de vijf protonpompremers wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2011 aan circa 80% van alle gebruikers van de drie duurste protonpompremers het veel goedkopere omeprazol zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2011 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 53 miljoen.

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

regelt. Beide beïnvloeden de werking van angiotensine II, een vaatvernauwende stof, maar op verschillende wijze.

ACE-remmers remmen een enzym dat angiotensine I omzet in angiotensine II en AT₁-antagonisten blokkeren een bepaald type receptor (type I 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 voor de patiënt een probleem vormt. Uit klinisch onderzoek met ACE-remmers blijkt dat minder dan 6% van de patiënten uitvalt als gevolg van hoest. Dit betekent dus eigenlijk dat iedere gebruiker van een AT₁-antagonist eerst een ACE-remmer moet hebben geprobeerd.

In de praktijk blijkt dat maar bij 30% van de nieuwe gebruikers van een AT₁-antagonist het geval te zijn. Deze keuze in de behandeling kan belangrijke consequenties hebben voor de kosten omdat de ACE-remmer goedkoper is en de behandeling vaak langdurig. Een AT₁-antagonist is ruim drie zo duur als een ACE-remmer (kosten per DDD: € 0,40 versus € 0,12).

TABEL 4.6 | AT₁-ANTAGONISTEN EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2011

Stofnaam (merknaam)	Generiek beschikbaar	Gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
losartan (Cozaar)	ja, vanaf 2010	210.290	59,33
eprosartan (Tevetan)	nee	4.767	238,10
valsartan (Diovan)	ja, vanaf 2011	146.260	245,90
irbesartan (Aprovel)	nee	132.560	246,40
candesartan (Atacand)	nee	69.720	225,20
telmisartan (Micardis)	nee	47.670	229,90
olmesartan (Olmetec)	nee	17.309	209,40

Indien dan toch voor een AT₁-antagonist wordt gekozen is ook hier sprake van een keuze tussen zeven, onderling vervangbare geneesmiddelen. In 2010 verliep het patent van het middel losartan, en werden ook generieke varianten van dit middel aangeboden. Dit heeft geleid tot veel lagere prijzen voor losartan. In tabel 4.6 presenteren we wederom een vergelijkend overzicht. De gemiddelde behandelkosten met losartan bedroegen in 2011 € 59,33 terwijl de behandeling met valsartan of irbesartan uitkomt op gemiddeld € 246 per jaar.

Ook hier is weer sprake van opmerkelijke verschillen, en ook hier laten we zien dat via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Of anders gezegd: als in het jaar 2011 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere middelen het veel goedkopere losartan zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2011 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 58 miljoen.

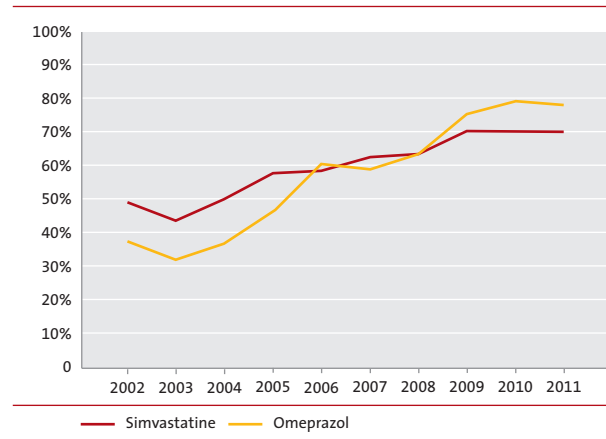
Zolang niet is aangetoond dat de duurdere middelen relevante verschillen vertonen, ligt het voor de hand dat bij de therapiekeuze, vooral ook in die gevallen waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet, de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Bovenstaande overzichten laten zien dat er door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

Het is bemoedigend te kunnen constateren dat voorschrijvers zich de afgelopen jaren hebben ingespannen om doelmatiger voor te schrijven. Artsen hebben de afgelopen jaren steeds vaker simvastatine en omeprazol voorgeschreven bij startende gebruikers (figuur 4.6). Bij gebruikers die starten met een cholesterolverlagend middel 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 32,0%. Bij de protonpompremmers is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar. In 2010 steeg het aantal startende gebruikers dat omeprazol kreeg voorgeschreven naar ruim 70%, 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 omgebogen. De cijfers over 2011 laten echter zien dat aan deze ombuiging een einde lijkt

te zijn gekomen; er is sprake van een stabilisering, zelfs een lichte daling ten opzichte van de percentages over 2010.

FIGUUR 4.6 | STARTENDE GEBRUIKERS SIMVASTATINE EN OMEPRAZOL, 2002-2011



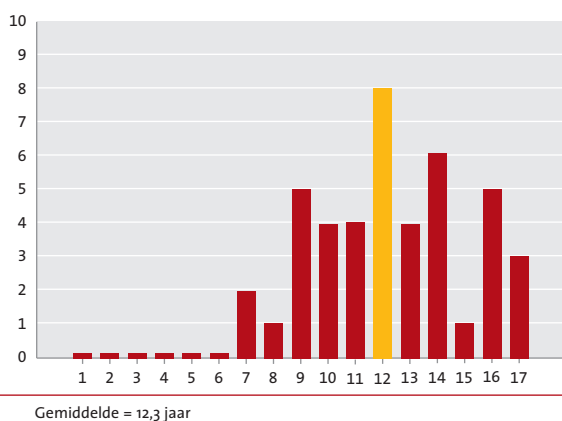
Cholesterolverlagers (aantal gebruikers in 2011: 2,6 miljoen) en maagzuurremmers (aantal gebruikers in 2011: 1,7 miljoen) behoren tot de meest voorgeschreven middelen in Nederland. Een groot deel van het geneesmiddelenbudget wordt aan deze middelen besteed. Voor beide geldt dat jaarlijks meer dan anderhalf miljoen mensen deze middelen gebruiken. De bestedingen aan deze middelen bedragen ruim € 460 miljoen per jaar; dit komt overeen met 8,8% van de totale uitgaven voor receptgeneesmiddelen. We concluderen dat met prijsbewust voorschrijven nog substantiële besparingen mogelijk zijn, zeker nu de nieuwe behandelrichtlijnen voor het verder terugdringen van de risico's op hart- en vaatziekten zullen leiden tot een nog verdere groei van het aantal behandelingen.

Marktbescherming voor geneesmiddelen in Nederland: ruim 12 jaar

De farmaceutische industrie besteedt jaarlijks veel geld aan de ontwikkeling en onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van nieuwe geneesmiddelen. Patentbescherming biedt de fabrikant de ruimte om gedurende een bepaalde periode deze investeringen terug te verdienen, doordat deze het **alleenrecht verkrijgt op productie en verkoop van het nieuwe geneesmiddel**. Volgens Nefarma (2012), de koepelorganisatie van de innoverende geneesmiddelenfabrikanten in Nederland, zit er twaalf jaar tussen de ontdekking van een nieuwe werkzame stof en het beschikbaar komen van een geneesmiddel voor de patiënt. Vier jaar gaat op aan preklinisch onderzoek, zes jaar aan klinisch onderzoek en twee jaar aan

FIGUUR 4.7 | EFFECTIEVE PATENTBESCHERMINGSPERIODE

1 = AANTAL MIDDELEN



het traject van registratie en vergoeding. De resterende octrooiperiode is dan nog een jaar of acht, waarna voor maximaal vijf jaar nog een aanvullend beschermingscertificaat (ABC) kan worden toegewezen. De Nederlandse situatie is gunstiger dan door Nefarma wordt verondersteld: de gemiddelde beschermingsduur bedraagt geen acht jaar maar ruim 12 jaar.

In de jaren 2009 t/m 2011 kwamen er voor 45 geneesmiddelen generieke varianten beschikbaar op de Nederlandse geneesmiddelenmarkt. Voor 43 hiervan konden we nagaan hoeveel jaar verstreek tussen het moment waarop ieder middel voor het eerst via het verstrekkingenpakket werd vergoed en het moment waarop voor het eerst een generieke variant van het middel via het verstrekkingenpakket werd vergoed. De tussenliggende periode geeft het aantal jaren aan dat de fabrikant van het oorspronkelijke specialité daadwerkelijk heeft kunnen profiteren van zijn marktbescherming op basis van zijn patent(en). Voor deze 43 middelen bedroeg de gemiddelde beschermingsduur: 12,3 jaar. Ruimschoots meer dan de acht jaar die door Nefarma op zijn website wordt genoemd. Onze berekening is conservatief, omdat zowel de maanden in het jaar van introductie als de maanden in het jaar waarin de eerste generieke variant verscheen in de berekening buiten beschouwing zijn gelaten. Er is dus alleen gerekend met de jaren (12 maanden) waarin sprake was van volledige marktbescherming.

Deze conclusie is betekenisvol omdat fabrikanten in het verleden met succes hebben gepleit voor verlenging van de patentbeschermingsperiode met als argument dat in de praktijk slechts een korte effectieve periode van patent-

bescherming zou resteren. Ook de relatief hoge prijzen voor nieuwe geneesmiddelen worden met diezelfde argumentatie gerechtvaardigd: de investeringen in ontwikkeling en onderzoek zouden in een korte periode moeten worden terugverdiend. Bovenstaande analyse toont aan dat het beeld dat de fabrikanten schetsen kan worden bijgesteld.

Hiernaast (figuur 4.7) geven we de resultaten van onze analyse weer.

Op weg naar vrije tarieven voor apothekhoudenden in 2012

Met ingang van 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. Hiermee werd het eenheidstarief vervangen door een gedifferentieerde tariefstelling waarbij rekening werd gehouden met de inspanning van de apotheker 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. Tot 1 januari 2012 werden de hoogte van de tarieven vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en werd daarbij 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. Vanaf 1 januari 2012 zijn de aflevertarieven vrijgegeven en is het aan zorgverzekeraars en apothekers om te onderhandelen over de hoogte van de tarieven die in rekening worden gebracht.

In de nieuwe tariefstructuur is de NZa uitgegaan van twee basisprestatie: een standaarduitgifte en een uitgifte in een weekdoseringssysteem (weekuitgifte). Daarnaast is het mogelijk om in een aantal gevallen aanvullende prestaties in rekening te brengen. Hiervoor is het belangrijk om te bepalen of het gaat om een eerste uitgifte en/of een uitgifte in de avond/ nacht of in het weekend. Ook is het mogelijk om een extra vergoeding in rekening te brengen voor eigen apothek-bereidingen (magistrale bereidingen). De nieuwe tarief-structuur geldt zowel voor apothekers als voor apothekhoudende huisartsen. Met de introductie van dit nieuwe tarief is het abonnementshonorarium voor apothekhoudende huisartsen komen te vervallen. In tabel

TABEL 4.7 | TARIEVEN APOTHEEKHOUDENDEN VOOR AFLEVEREN WMG-GENEESMIDDELEN

	2008 t/m juni	2008 vanaf juli	2009 t/m april	2009 vanaf mei	2010 vanaf januari	2011 vanaf januari	2012 vanaf januari
Basisprestaties							
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	
Aanvullende prestaties							
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	
Clawback percentage	11,3%	0,0 %	8,53 %	8,53 %	8,53 %	6,82%	

vrije tarieven

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

4.7 geven we overzicht van de ontwikkeling van de tarieven vanaf 2008.

In tabel 4.8 geven we een specificatie van de in de periode 2008 tot en met 2011 afgeleverde WMG-uitgiftes, voor zover het gaat om geneesmiddelen die in het kader van de Zvw werden vergoed. We concluderen dat sprake is van een duidelijke toename in het aantal uitgiftes en dat deze groei vooral ook zichtbaar is in de groep van weekuitgiftes.

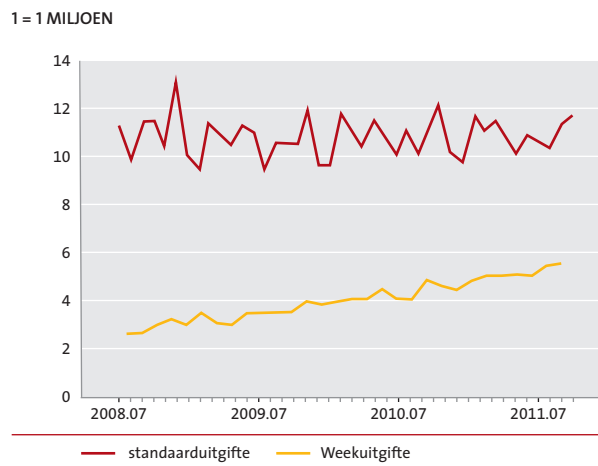
In figuur 4.8 laten we, op maandbasis (vanaf juli 2008 tot en met december 2011), de groei van het aantal basisprestaties zien, uitgesplitst naar standaarduitgiftes en weekuitgiftes. Het aantal standaarduitgiftes fluctueert per maand, maar de algemene trend is licht stijgend. Voor de weekuitgiftes geldt een nagenoeg ononderbroken stijgende trend. We verwachten dat het aantal weekuitgiftes ook in 2012 zal blijven stijgen.

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 (in absolute zin) over de afgelopen jaren iets toeneemt. In relatie tot het aantal basisprestaties is sprake van een lichte daling, van 21,0% in 2008 naar 19,1% in 2011. Mede als gevolg van deze wijziging in de tariefstructuur, de hoogte van de daaraan gekoppelde tarieven en de stijging van het aantal uitgiftes zijn de inkomsten van apothekhoudenden uit deze tarieven in de periode 2009 tot en met 2011 flink gestegen. Daar staat tegenover dat de extra inkomsten uit kortingen en bonussen

in diezelfde periode zijn gedaald. Deze stijging van de inkomsten uit het WMG-tarief is dan ook mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen.

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 € 582 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 prijs-

FIGUUR 4.8 | STANDAARD- EN WEEKUITGIFTES 2008-2011



TABEL 4.8 | INKOMSTEN APOTHEEKHOUDENDEN 2008-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011
Inkomsten uit WMG-tarief	922	1.072	1.215	1.210
Ontvangen inkoopvoordelen	582	428	332	323
Vermindering door afoming via clawback	124	191	182	152
Resultaat	1.380	1.309	1.365	1.381

TABEL 4.9 | AANTALLEN WMG PRESTATIES

1 = 1 MILJOEN UITGIFTES

	2008	2009	2010	2011
				<i>raming</i>
Basisprestaties				
Ongespecificeerd	78,9			
Standaarduitgifte	66,8	126,3	128,5	129,0
Weekuitgifte	18,1	44,1	56,9	70,6
Totaal	163,7	170,4	185,4	199,6
<i>Aandeel weekuitgiftes</i>	<i>21,3%</i>	<i>25,9%</i>	<i>30,7%</i>	<i>35,4%</i>
Aanvullende prestaties				
Eerste uitgifte	15,5	31,9	32,0	31,8
Avond/nacht/weekend uitgifte	0,8	1,6	1,5	1,5
Reguliere Magistrale bereiding	1,4	3,0	3,1	3,0
Bijzondere Magistrale bereiding	0,1	0,2	0,2	0,1
Totaal	17,8	36,8	36,7	36,5
<i>Aandeel aanvullende prestaties</i>	<i>21,0%</i>	<i>21,6%</i>	<i>19,8%</i>	<i>18,3%</i>

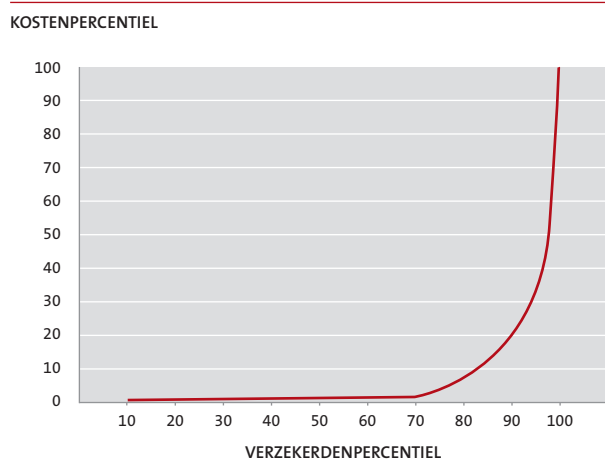
verlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentie-beleid. Door deze prijsverlagingen komen de handelsmarges onder druk te staan en is er minder ruimte om inkoop-kortingen te verlenen.

In tabel 4.8 staat een overzicht van de inkomsten van apothekhoudenden uit het WMG-tarief, een raming 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 lagere 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 werd het clawback-percentage weer verlaagd naar 6,82%.

Vanaf 2012 gelden vrije tarieven. In de middellange termijn raming houdt het CVZ voor 2012 nog rekening met een lichte daling van de tarieven zelf. Hiertegenover staat een toename van de aantallen prestaties. We verwachten dat per saldo de inkomsten van apothekhoudenden uit tarieven in 2012, in vergelijking met 2011, licht zullen toenemen.

FIGUUR 4.9 | VERDELING MATERIAALKOSTEN 2011 NAAR PERCENTIELEN VERZEKERDEN



Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld

In 2011 hebben circa 11,8 miljoen Nederlanders ten minste één geneesmiddel gebruikt dat werd vergoed via de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met 71% van alle verzekerden. Of vanuit een ander perspectief bekeken: dit betekent dat 29% 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 bijna 49% van de uitgaven aan geneesmiddelen.

In figuur 4.9 geven we een overzicht van de kosten van farmaceutische zorg verdeeld over de verzekerden populatie. We gaan hierbij uit van de materiaalkosten (apotheeinkooprijzen) van de gebruikte geneesmiddelen. De verzekerdenpopulatie van ruim 16,6 miljoen verzekerden verdelen we vervolgens in 100 even grote groepen (percentielen) van elk ruim 166.000 personen, die ook nog worden geordend op basis van de hoogte van de materiaalkosten van de aan hen afgeleverde geneesmiddelen. De gemiddelde materiaalkosten per verzekerde bedroegen in 2011 iets meer dan € 222.

Voor 29,2% van de bevolking (dit komt overeen met ruim 4,8 miljoen verzekerden) geldt dat zij het afgelopen jaar geen geneesmiddelen hebben gebruikt: zij vormen de eerste 29 percentielen. De kosten voor de daaropvolgende percentielen loopt maar heel langzaam op: de volgende 11% is verantwoordelijk voor iets meer dan 0,5% van de materiaalkosten, dit komt overeen met ruim € 16 miljoen.

De laatste 10% is verantwoordelijk voor ruim 77% van de totale materiaalkosten en daarbinnen is een kleine groep, de laatste 2% (het gaat hier dan om ruim 332.000 verzekerden) is verantwoordelijk voor bijna 49% van de geneesmiddelen-uitgaven. We constateren dat de elders gebruikte 80/20-regel (20% van de bevolking genereert 80% van de kosten) voor de geneesmiddelenuitgaven niet opgaat. Hier is eerder sprake van de 80/10-regel: 10 procent van de bevolking is verantwoordelijk voor 80% van de geneesmiddelenuitgaven. Overigens is bij de hulpmiddelen (zie elders in deze *GIPeilingen*) de verhouding nog extremer dan bij de geneesmiddelen. Het laatste percentiel is verantwoordelijk voor 39% van de totale materiaalkosten; dit komt overeen met een bedrag van ruim € 1,4 miljard. Kijken we nader naar de door deze groep gebruikte geneesmiddelen dan 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 2.737 euro. Dat wil zeggen dat elke verzekerde met meer dan 2.737 euro materiaalkosten aan geneesmiddelen in het hoogste percentiel terechtkomt.

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 belangrijk-

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	0,9%	1,2%	2,0%	13,1%	33,7%	23,8%	25,3%	100%
Hoogste percentiel	2,4%	2,9%	3,2%	21,2%	39,8%	17,5%	13,0%	100%

ste reden om in dit laatste percentiel terecht te komen. Wat betreft de verhouding mannen versus vrouwen in het hoogste percentiel constateren we dat de verschillen klein zijn: 50,8% mannen versus 49,2% vrouwen. 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 allergeenextracten

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld bedroeg in 2011 ruim 30.000, de kosten voor deze middelen bedroegen in 2011 ruim € 41 miljoen. Ten opzichte van de voorgaande jaren is sprake van een daling met globaal 10%. Het aantal gebruikers stabiliseert. Opvallend is dat de kostendaling zich concentreert binnen de groep van niet-geregistreerde producten: het aantal gebruikers neemt af ten gunste van het gebruik van de allergeenextracten die wel zijn geregistreerd. Niettemin, het marktaandeel van deze niet-geregistreerde middelen is nog steeds substantieel: circa 90% van de kosten heeft betrekking op het gebruik van deze niet-geregistreerde producten. De discussie en besluitvorming over de vergoedingsstatus van de niet-geregistreerde allergeenextracten sleept nu al een aantal jaren voort en zal mogelijk in de loop van 2012 kunnen worden afgerond.

De behandeling met allergeenpreparaten (hyposensibilisatie) is een vorm van immuuntherapie waarbij een patiënt langdurig wordt blootgesteld aan relatief lage doses van het allergie veroorzakende allergeen. Dit met als uiteindelijke doel de overgevoeligheidsklachten van het contact met het allergeen te verminderen of zelfs te doen laten verdwijnen.

De meest voorkomende typen allergieën waarvoor allergeenextracten worden 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 2004 tot met 2007 is een duidelijke stijging in de kosten van allergeenpreparaten zichtbaar; sinds 2007 lijken de kosten zich te stabiliseren, met in 2010 een duidelijke trendbreuk. Per saldo dalen de kosten. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door het feit dat de kosten per gebruiker voor de geregistreerde allergeenextracten beduidend lager liggen dan voor de niet geregistreerde producten. Het aantal gebruikers (zie tabel 4.11) neemt nauwelijks toe, maar er is wel sprake van een verschuiving in gebruik: een toename in het gebruik van geregistreerde producten ten koste van de niet-geregistreerde producten. Voor meer gegevens zie: www.gipdatabank.nl onder de ATC-code V01AA.

Opvallend is verder dat ruim 90% van de kosten (in 2011 ging het om een bedrag van iets meer dan € 35 miljoen) veroorzaakt wordt door het gebruik van officieel niet-geregistreerde allergeenpreparaten. Deze niet-geregistreerde producten worden op grond van een uitzonderingsbepaling (1993) niettemin vergoed op grond van de Zvw. Een aantal fabrikanten heeft uiteindelijk een registratie-

TABEL 4.11 | ALLERGEENEXTRACTEN: GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER, 2007-2011

Aantal gebruikers (1 = 1)	2007	2008	2009	2010	2011
Graspollenallergeen	1.121	2.137	3.158	4.132	6.380
Insectenallergeen	2.306	2.235	2.183	2.091	2.065
Allergeenextracten (overig)	30.678	29.368	28.537	25.157	22.963
Kosten per gebruiker (1 = 1 euro)	2007	2008	2009	2010	2011
Graspollenallergeen	407,50	681,20	681,60	705,70	658,30
Insectenallergeen	840,90	844,30	859,00	869,30	888,90
Allergeenextracten (overig)	1.529,00	1.640,00	1.637,00	1.611,00	1.524,00

TABEL 4.12 | DURE EXTRAMURALE GENEESMIDDELEN IN 2011

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	172,0	39,32	15.728
Lo4ABo1	etanercept (Enbrel)	reuma, psoriasis	2001	141,6	38,05	13.513
Ho1ACo1	somatropine (oa Norditropin)	groeistroomis	< 1994	52,4	27,81	5.119
Lo3AA13	pegfilgrastim (Neulasta)	neutropenie bij chemotherapie	2003	41,7	68,51	8.055
Lo3ABo7	interferon beta-1a (oa Avonex)	multiple sclerose	1997	39,1	16,34	3.510
Jo5ARo6	emtricitabine-tenofovir-efavirenz (Atripla)	HIV-infectie	2006	37,1	28,47	4.098
Bo3XAO2	darbepoëtime (Aranesp)	anemie, nierpatiënten	1999	35,2	10,35	12.960
Lo1XEo1	imatinib (Glivec)	leukemie	2002	35,1	80,36	1.460
Jo5ARo3	tenofovir & emtricitabine (Trueda)	HIV-infectie	2006	32,5	17,98	6.009
No5AHO4	quetiapine (Seroquel)	schizofrenie, bipolaire stoornis	1998	31,6	4,83	70.725
Lo4AXo4	lenalidomide (Revlimid)	multipel myeloom	2007	28,9	183,60	923
Jo6BAo2	immunoglobuline (oa Nanogam)	ondersteuning aan afweersysteem	< 1994	24,9	431,95	989
Lo4ADo2	tacrolimus (Advagraft, Prograft)	afstoting na transplantatie	1997	23,1	12,00	6.310
Ho1CBo2	octreotide (Sandostatine)	maag/darmkanker, acromegalie	< 1994	22,2	38,06	2.312
Co2KXo1	bosentan (Tracleer)	pulmonale arteriële hypertensie	2003	21,5	92,75	826
Lo2AX13	glatirameer (Copaxone)	multiple sclerose	2002	17,6	31,12	2.023
Bo3XAO1	epoëtime alpha (Eprex)	anemie, nierpatiënten	< 1994	17,3	8,00	9.698

dossier voorgelegd aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. We verwachten dat binnenkort een einde zal komen aan de overgangsbepaling en ook de werkzaamheid van allergeenextracten zal zijn beoordeeld volgens de normen voor bewezen effectiviteit en veiligheid, zoals deze voor geneesmiddelen nu eenmaal gelden.

Overzicht dure geneesmiddelen: 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 extramurale geneesmiddelen aan te sluiten bij de definitie die voor intramurale 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 17 in 2011.

Op basis van de GIP-gegevens over 2011 is berekend welke geneesmiddelen in 2011 als duur kunnen worden aange-merkt als we daarbij 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 afleververgoeding voor apothekhoudenden) en voor de kosten per dag gaan we uit van de gemiddelde basisvergoeding per DDD (de gestandaardiseerde dagdosering per geneesmiddel). Dit betekent concreet dat een geneesmiddel, om in aanmerking te komen voor de benaming “duur”, in 2011 een omzet moet hebben gehad van meer dan €17,2 miljoen en dat de kosten per DDD hoger waren dan €4,62.

Van het totale aantal middelen voldeden 44 geneesmiddelen aan het eerste criterium: een basisvergoeding van meer dan € 17,2 miljoen in 2011. Aan de andere kant voldeden 291 middelen aan het tweede criterium: een basisvergoeding van meer dan € 4,62 per DDD. Als we beide criteria combineren dan resteren er nog 17 middelen die we betitelen als duur. In overzicht 4.12 worden deze 17 middelen weergegeven. De totale uitgaven (basisvergoeding) voor deze 17 middelen bedroeg in 2011 € 773,8 miljoen.

Ten opzichte van 2008 is het aantal dure geneesmiddelen toegenomen van 13 naar 17. Er zijn in de afgelopen jaren vijf middelen bijgekomen (deze zijn rood gemarkeerd) en er is één middel uit de lijst komen te vervallen. Het gaat om het middel gosereline (Zoladex) een middel voor de behandeling van onder meer prostaatkanker. Dit middel is uit de top 17 weggevallen omdat in 2011 niet meer aan beide criteria werd voldaan.

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.

Voor een aantal producten, waaronder de TNF-alpha blokkers geldt dat de kostenstijging in de afgelopen vijf jaar vooral veroorzaakt wordt door een verbreding van het indicatiegebied, waarbij de prijzen in diezelfde periode stabiel zijn gebleven. Voor wat betreft de combinatiepreparaten emtricitabine met tenofovir en emtricitabine met tenofovir en efavirenz kan een kanttekening worden geplaatst. De behan-

deling 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 (zie elders in deze *GIPeilingen*). Bovendien heeft de afgelopen jaren een duidelijke daling plaatsgevonden in het gebruik van de afzonderlijke preparaten.

Stijgend gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen

Sinds 2009 publiceren we via onze website www.gipdata-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 voedings-supplementen* (editie 2011) en de indeling naar (hoofd)indicaties.

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

Het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen is sinds 2007 gestaag toegenomen van bijna 80.000 naar ruim 150.000 in 2011 (zie tabel 4.13). Dit is een

TABEL 4.13 | GEBRUIKERS DIEETPREPARATEN/VOEDINGSMIDDELEN NAAR INDICATIE, 2007-2011

1 = 1 GEBRUIKER

Hoofdindicatie	2007	2008	2009	2010	2011	Groei
A Slik- of passagestoornis	47.700	63.000	82.300	98.400	112.200	23,8%
B Resorptiestoornissen	5.840	7.330	8.740	9.460	10.700	16,3%
C Stofwisselingsstoornis	3.350	4.390	4.810	5.120	5.460	13,0%
D Voedselallergie	14.500	14.900	16.400	18.000	18.600	6,4%
E COPD / Cystische fibrose	6.710	7.820	7.380	7.590	7.430	2,6%
F Ondervoeding / oncologie	2.890	2.890	3.840	6.200	10.700	38,7%
G Diabetes	-	-	30	700	1.260	>500%
Combinatie BC	12.600	19.600	27.200	30.000	32.500	26,7%
Combinatie ABC	2.270	2.660	3.170	3.280	3.140	8,4%
Overig / onbekend	120	140	140	190	210	15,0%
Totaal*	78.500	96.500	118.300	137.000	151.600	17,9%

* Een verzekerde kan voedingsmiddelen met verschillende indicaties gebruiken: het totaal komt niet overeen met de som van de afzonderlijke categoriën.

TABEL 4.14 | KOSTEN DIEETPREPARATEN/VOEDINGSMIDDELEN NAAR INDICATIE, 2007-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

Hoofdindicatie		2006	2007	2008	2009	2010
A Slik- of passagestoornissen	26,2	34,0	43,9	50,4	56,9	21,4%
B Resorptiestoornissen	1,9	2,5	2,8	2,8	3,0	11,9%
C Stofwisselingsstoornissen	6,5	8,2	9,6	9,5	9,7	10,4%
D Voedselallergie	9,7	11,4	13,8	15,6	16,9	14,8%
E COPD / Cystische fibrose	3,6	4,2	4,8	5,2	5,1	9,6%
F Ondervoeding / oncologie	1,3	1,3	1,3	1,5	1,9	8,9%
G Diabetes	-	-	0,0	0,3	0,6	>500%
Combinatie BC	2,1	3,1	4,0	4,4	4,8	23,0%
Combinatie ABC	0,3	0,4	0,5	0,6	0,6	14,1%
Overig / onbekend	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	17,0%
Totaal	51,7	65,1	81,0	90,2	99,4	17,8%

gemiddelde toename van bijna 18% per jaar. De kosten zijn in dezelfde periode bijna verdubbeld van € 51,7 miljoen in 2007 naar € 99,4 miljoen in 2011 (zie tabel 4.14). Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 18% en houdt gelijke tred met de toename van het aantal gebruikers.

In tabel 4.13 geven de ontwikkelingen in aantal gebruikers weer, uitgesplitst naar hoofdindicatie. Voor bijna alle indicaties geldt een toename van het aantal gebruikers, maar opvallend is de blijvend grote jaarlijkse groei van het aantal gebruikers bij slik- of passagestoornissen, ziektegerelateerde ondervoeding en bij een combinatie van resorptie- en stofwisselingsstoornissen. De toename van het aantal gebruikers houdt gelijke tred met de toename van de daarmee

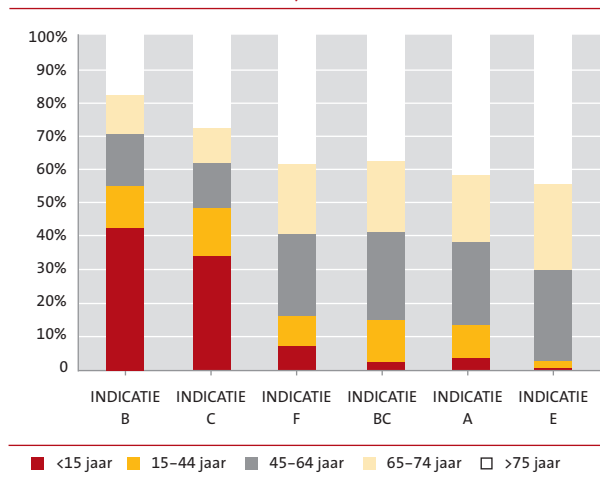
gemoeide kosten. Middelen bij slik- of passagestoornissen blijven met een aandeel van meer dan de helft (tabel 4.14) van de kosten de belangrijkste indicatie voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen. Ruim 15% van de kosten zijn voor middelen bij voedselallergie.

In tabel 4.15 is voor 2011 het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen weergegeven, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hieruit komt 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 rechter deel van de tabel geven we de bijbehorende prevalentie per 1.000 Zvw-verzekerden weer. Ten opzichte van vorig jaar (zie *GIPeilingen 2010*) is de toename

TABEL 4.15 | GEBRUIKERS EN PREVALENTIE NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT, 2011

Leeftijdsklasse	aantal gebruikers (1 = 1)			prevalentie per 1.000 Zvw-verzekerden		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
< 5 jaar	13.500	10.700	24.200	29,3	24,4	26,9
5 - 14 jaar	2.700	2.200	4.900	2,7	2,3	2,5
15 - 24 jaar	2.000	2.500	4.500	2,0	2,6	2,3
25 - 44 jaar	3.500	6.100	9.600	1,6	2,8	2,2
45 - 64 jaar	13.800	16.300	30.100	5,8	7,0	6,4
65 - 74 jaar	13.000	12.700	25.700	18,1	16,8	17,5
75 jaar e.o.	20.500	32.000	52.500	45,0	44,1	44,4
Gemiddeld	69.000	82.600	151.600	8,4	9,8	9,1

FIGUUR 4.10 | VERDELING UITGIFTES PER INDICATIE NAAR LEEFTIJDSCLASSE, 2011



in het gebruik vooral zichtbaar bij de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar en de groep ouderen (ouder dan 65 jaar)

Het gebruik van dieetpreparaten is zowel leeftijdsgebonden als indicatie-afhankelijk. Voor de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar, worden dieetpreparaten vooral gebruikt voor bij voedselallergie en bij prematuren ingeval van een combinatie van slik-/passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornissen. Voor ouderen, vanaf 65 jaar gaat het vooral om de ziektegerelateerde ondervoeding (bij kanker of bijvoorbeeld COPD), slik- en passagestoornissen en middelen die bij een combina-

tie van resorptie- of stofwisselingsstoornissen. Figuur 4.10 illustreert per indicatie de procentuele verdeling naar leeftijd van het aantal voorschriften voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen in 2011.

Zoals te verwachten, zijn de kosten per gebruiker van specifieke dieetpreparaten/voedingsmiddelen afhankelijk van de ernst van de aandoening en de soort middelen. Dit komt indirect tot uiting in de wijze waarop de middelen zijn ingedeeld in het *Compendium dieetproducten en voedingssupplementen (editie 2011)*, zoals gehanteerd in tabel 4.16 met de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar in de periode 2007-2011. Gebruikers van preparaten bij stofwisselingsstoornissen zijn in 2011 met bijna 8.500 euro per jaar aanzienlijk duurder dan bijvoorbeeld gebruikers van sondevoedingen (gemiddeld zo'n 1.500 euro per jaar), of gebruikers van drinkvoedingen. Specifieke voeding voor zuigelingen en kinderen kost in 2011 gemiddeld bijna 950 euro per jaar. Over de jaren heen is er met gemiddeld 660 euro weinig verandering in de gemiddelde kosten van een gebruiker van dieetpreparaten/voedingsmiddelen. Een aparte categorie binnen de dieetpreparaten/voedingsmiddelen wordt gevormd door de sondevoedingen. Ten opzichte van het totaal aantal voorschriften is hun aandeel met ca. 2% erg bescheiden. Door de relatief hoge kosten per voorschrift (zo'n 250 euro) is de bijdrage van deze middelen met 12,3 miljoen euro in 2011 in de totale kosten ruim 12%.

TABEL 4.16 | KOSTEN PER GEBRUIKER DIEETPREPARATEN/VOEDINGSMIDDELEN, 2007-2011

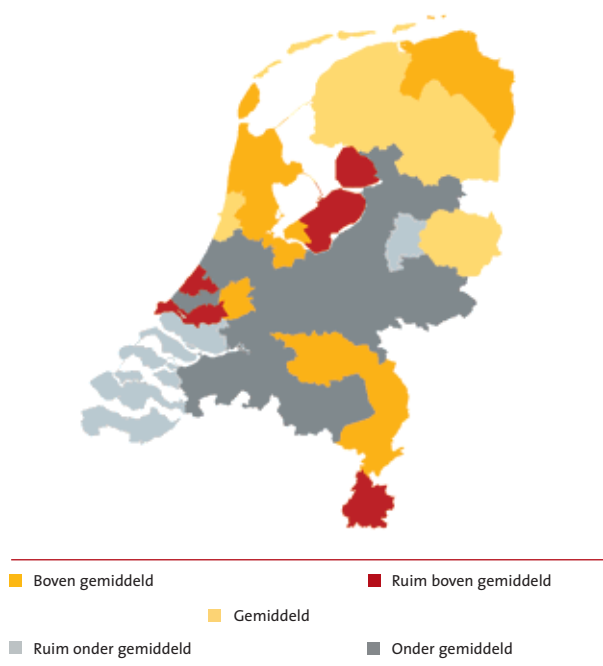
1 = 1 EURO

Indeling volgens Compendium	2007	2008	2009	2010	2011
Aminozuurstofwisselingsstoornissen	6.686	7.606	9.134	8.253	8.398
Sondevoeding	1.419	1.488	1.561	1.528	1.487
Sondevoeding, ziektespecifiek	766	840	921	988	1.036
Drinkvoeding, volledig	375	365	365	354	357
Drinkvoeding, aanvullend	176	179	190	197	210
Drinkvoeding, ziektespecifiek	478	480	550	550	556
Kauw- en slikstoornissen	124	121	124	110	109
Normale voeding, zuigeling en kind	163	169	182	181	181
Specifieke voeding, zuigeling en kind	753	864	934	944	942
Voedingsmiddelen, verrijkt	-	-	21	35	47
Voedingsmiddelen, overig	-	-	323	418	282
Gemiddeld	658	675	684	659	656

TABEL 4.17 | GEBRUIKERS EN KOSTEN VOOR SONDEVOEDINGEN EN HULPMIDDELEN, 2007-2011

	aantal gebruikers (t = 1)		groei	kosten (t=1 mln euro)		groei
	2007	2011	'07-'11	2007	2011	'07-'11
A Slik- of passagestoornissen	4.950	7.520	11,0%	6,8	10,1	10,1%
B Resorptiestoornissen	560	260	-17,2%	1,0	1,0	-0,2%
C Stofwisselingsstoornissen	300	520	15,0%	0,8	1,3	14,6%
Totaal sondevoedingen	5.800	8.300	7,3%	8,6	12,3	9,5%
Voedingssonde & toebehoren	5.980	12.600	20,5%	9,5	9,9	18,6%
Voedingspomp & toebehoren	4.210	3.040	-7,8%	4,2	2,0	-19,5%
Totaal hulpmiddelen	10.000	15.000	10,7%	13,7	11,9	4,9%

FIGUUR 4.11 | PREVALENTIE GEBRUIKERS VOEDINGSMIDDELEN 2011



Zoals weergegeven in tabel 4.17, wordt sondevoeding aan een relatief kleine groep gebruikers voorgeschreven, en met name voor gebruikers met slik- en passagestoornissen. Specifiek voor de sondevoedingen zijn er ook hulpmiddelen nodig, die op de *GIPdatabank* zijn ondergebracht in de categorie N “hulpmiddelen voor het toedienen van voeding”. Opvallend is dat het aantal gebruikers van de deze hulpmiddelen hoger ligt dan het aantal gebruikers van de sondevoedingen zelf. Net als het aantal gebruikers zijn de kosten voor het afleveren van voedingspompen in de loop der jaren

gedaald, terwijl de kosten en ook de gebruikers van voedingssondes een forse (jaarlijkse) groei laat zien. In 2011 maken ruim 150.000 verzekerden gebruik van dieetpreparaten en/of voedingsmiddelen. Dit is een prevalentie van 9,1 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden, het landelijk gemiddelde. In figuur 4.11 hebben we het regiogemiddelde – dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijd- en geslachttopbouw – vergeleken met het landelijk gemiddelde en de verschillen in beeld gebracht (zie ook elders in deze GIPeilingen de paragraaf “Regionale verschillen in kaart” en bijlage VI). Een aantal zorgkantoorregio’s, namelijk Zuid-Limburg, Flevoland, Rotterdam en Haaglanden kennen een prevalentie van meer dan 10% boven het landelijke gemiddelde. Het gehele middengedeelte van Nederland - van Zeeland tot aan Drenthe - is grijs gekleurd en kent dus een aantal gebruikers van dieetpreparaten/ voedingsmiddelen dat (ruim) onder het landelijke gemiddelde ligt.

Meer kengetallen over het gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen, die worden gepresenteerd naar indicatie en de (hoofdstuk)indeling volgens het Compendium dieetproducten en voedingsupplementen (editie 2011), zijn terug te vinden op onze website 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 voorgeschreven 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 plaats vinden 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. De voordelen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en ook een efficiënte en doelmatige productie zijn evident. De extra kosten voor het bereiden worden door de centrale apotheek doorberekend in de prijs van het geneesmiddel. Hier staat tegenover dat de apotheek die het middel aan de patiënt aflevert geen afzonderlijke bereidingstoelage (meer) in rekening mag brengen. In 2011 is deze bereidingstoelage vastgesteld op € 11,48 voor een eenvoudige bereiding, dan wel € 86,12 voor een complexe magistrale bereiding.

Sinds 2009 is het aantal doorgeleverde bereidingen gestegen van 589.000 naar 1.693.000 in 2011. 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 € 6,8 miljoen. De kosten zijn in 2011 opgelopen naar € 18,3 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 koste van het afleveren van afzonderlijke grond en hulpstoffen. Ook voor

TABEL 4.18 | MAGISTRALE BEREIDINGEN, GROND- EN HULPSTOFFEN EN DOORGELEVERDE BEREIDINGEN, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal uitgiftes (1 = 1 miljoen)					
Grond- en hulpstoffen	1,47	1,48	0,77	0,31	0,27
Magistrale bereidingen	1,71	2,39	1,83	1,92	2,03
Doorgeleverde bereidingen	-	-	0,59	1,44	1,69
Totaal	3,18	3,86	3,18	3,67	3,99
Totale kosten (1 = 1 miljoen euro)					
Grond- en hulpstoffen	13,21	12,51	8,70	5,56	4,41
Magistrale bereidingen	39,52	74,33	62,42	80,76	70,79
Doorgeleverde bereidingen	-	-	6,82	15,98	18,30
Totaal	52,73	86,84	77,94	102,31	93,51
Afleververgoeding (1 = 1 miljoen euro)					
Grond- en hulpstoffen	7,10	6,52	4,01	2,34	2,26
Magistrale bereidingen	26,89	47,15	18,13	40,69	33,42
Doorgeleverde bereidingen	-	-	2,86	6,00	7,26
Totaal	33,99	53,68	25,00	49,03	42,94

deze grond- en hulpstoffen geldt dat deze van oudsher in belangrijke mate als buiten-WMG-middelen zijn aange-merkt. Het aantal afleveringen van deze grond- en hulpstoffen daalde van 1,5 miljoen in 2008 naar 0,3 miljoen in 2011.

Ruim 90% van de doorgeleverde bereidingen wordt aange-merkt 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: € 6,81 per Buiten-WMG-uitgifte. De marge bedroeg gemiddeld 52%, wat overeenkomt met € 3,35 per voorschrift.

Overheveling TNF-alpha blokkers naar ziekenhuisbudget

Met ingang van 1 januari 2012 zijn de TNF-alpha blokkers (bedoeld voor de behandeling van verschillende auto-immuunziekten, zoals reuma, de ziekte van Crohn en psoriasis) overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. De kosten van deze specialistische geneesmiddelen kunnen de ziekenhuizen bij de zorgverzekeraars afzonderlijk (met behulp van een zogenoemde add-on DBC) declareren. Ter dekking van de kosten van deze dure geneesmiddelen is het ziekenhuisbudget voor 2012 met circa € 450 miljoen opgehoogd. Kijken we naar de uitgaven voor deze middelen: € 363,2 miljoen in 2011, dan lijkt het er op dat de ziekenhuizen ruimhartig zijn gecompenseerd voor deze extra uitgaven, ook als rekening wordt gehouden met een jaarlijkse uitgavengroei van circa 15% voor deze TNF-alpha blokkers over de voorgaande jaren.

Als we nauwkeuriger naar de cijfers kijken valt op dat in het vierde kwartaal 2011 de kosten voor TNF-alpha blokkers fors zijn gedaald. Dit, niet als gevolg van een daling van het aantal gebruikers maar als gevolg van een daling in de afgeleverde hoeveelheden (DDDs). Deze daling op haar beurt wordt veroorzaakt doordat meerdere zorgverzekeraars eind 2011 voorschrijvers en apothekers hebben geïnformeerd dat declaraties die in 2011 werden ingediend uitsluitend betrekking mochten hebben de hoeveelheden die nodig waren voor gebruik in 2011 en maximaal de eerste week van januari 2012. Daarna zouden de middelen alleen nog worden vergoed op basis van de declaraties vanuit het ziekenhuis.

Hierna geven we in tabel 4.19 een overzicht van de kostenontwikkeling van het gebruik van TNF-alpha blokkers over de periode 2007 tot en met 2011. Ook geven we aan om welke aantallen gebruikers het hier gaat en wat de gemiddelde kosten per gebruiker zijn. Door de overheveling van de TNF-alpha blokkers naar het ziekenhuisbudget zullen de kosten voor extramurale farmaceutische zorg in 2012 een daling laten zien. Deze daling zal vanzelfsprekend worden gecompenseerd door een stijging van de kosten voor medische specialistische zorg in het ziekenhuis. Op basis van de waargenomen trend over 2007 tot en met 2010, is de verwachting dat in totaal in 2011 403,7 miljoen euro en in 2012 459,7 miljoen euro aan TNF-alpha blokkers zal worden uitgegeven. De minister van VWS heeft al laten weten dat zij per 1 januari 2013 nog een aantal relatief dure geneesmiddelen zal overhevelen naar het ziekenhuisbudget.

TABEL 4.19 | KOSTENONTWIKKELING TNF-ALPHA BLOKKERS, 2007-2011

Stofnaam(merknaam)	totale kosten (1 = 1 miljoen euro)					gebruiker	kosten/ gebruiker
	2007	2008	2009	2010	2011	1=1	1=1 euro
etanercept (Enbrel)	95,0	115,3	137,3	157,7	150,8	13.513	11.162
infliximab (Remicade)	0,0	0,2	4,9	4,4	0,8	48	15.854
adalimumab (Humira)	80,4	126,5	158,0	185,0	183,0	15.728	11.635
certolizumab pegol (Cimzia)	0,0	0,0	0,0	0,9	3,1	370	8.349
golimumab (Simponi)	0,0	0,0	0,0	3,7	10,7	1.020	10.471
anakinra (Kineret)	2,0	1,8	2,0	2,1	2,1	266	7.908
ustekinumab (Stelara)	0,0	0,0	0,6	5,7	12,7	758	16.796
Totaal	177,4	243,9	302,8	359,6	363,2		

Weesgeneesmiddelen

Weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die zijn bedoeld voor de behandeling van zeldzame, veelal ernstige aandoeningen. Om het onderzoek en de ontwikkeling van geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen te stimuleren heeft de Europese Unie een speciale regeling in het leven geroepen. Fabrikanten verkrijgen daarbij voor weesgeneesmiddelen een vrijstelling van de registratiekosten, belastingaftrek voor de onderzoeks- en ontwikkelingskosten en marktexclusiviteit voor een periode van tien jaar. We spreken van zeldzame aandoeningen als de prevalentie lager ligt dan 5 per 10.000 inwoners. Voor Nederland komt dit overeen met 8.250 mensen.

In 2011 werd in Nederland ruim g 170 miljoen vergoed voor het gebruik van weesgeneesmiddelen. Ten opzichte van 2010 is dit een stijging van 12%. In totaal gaat het om 34 weesgeneesmiddelen, waarvan de vergoeding geregeld is via het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem (GVS). Daarnaast zijn er nog 11 weesgeneesmiddelen waarvoor de vergoeding plaatsvindt via het ziekenhuis, dit op basis van de NZa-beleidsregel dure geneesmiddelen. De uitgaven via de ziekenhuizen worden door ons in 2011 geraamd op ruim g 90 miljoen. De totale uitgaven voor weesgeneesmiddelen komen daarmee in 2011 uit op ruim g260 miljoen.

Hieronder presenteren we een overzicht van de uitgaven voor deze weesgeneesmiddelen die via het GVS werden vergoed (definitie weesgeneesmiddelen: bron KNMP). Het overzicht is dus exclusief de kosten van de weesgeneesmiddelen die via de ziekenhuizen zijn vergoed. Niet alle 34 weesgeneesmiddelen worden afzonderlijk genoemd. Alleen de eerste tien worden (op grond hun kostenaandeel) gespecificeerd op stofnaam, de resterende middelen zijn samen gevoegd.

TABEL 4.20 | KOSTENONTWIKKELING WEESGENEESMIDDELEN, 2007-2011

Rang	Stofnaam(merknaam)	totale kosten (1 = 1 miljoen euro)					kosten/ gebruiker 1=1 euro
		2007	2008	2009	2010	2011	
1	imatinib (Glivec)	33,4	36,6	38,2	37,8	37,3	25.516
2	lenalidomide (Revlimid)	0,6	14,0	20,2	25,4	30,7	33.266
3	bosentan (Tracleer)	13,2	17,5	20,9	23,1	22,8	27.619
4	pegvisomant (Somavert)	6,7	8,9	10,9	12,1	13,2	42.503
5	dasatinib (Sprycel)	2,4	5,3	6,0	8,3	8,6	28.692
6	tobramycine (Tobi)	7,0	7,2	7,1	7,2	8,0	6.283
7	sildenafil (Revatio)	2,2	3,1	4,1	5,3	5,8	5.780
8	deferasirox (Exjade)	4,7	5,6	5,4	5,1	5,4	10.195
9	everolimus (Afinitor)	-	-	-	1,7	5,2	14.940
10	nilotinib (Tasigna)	-	0,2	1,3	2,4	4,7	21.875
	overige weesgeneesmiddelen	6,5	7,8	12,7	23,9	29,1	
Totaal extramuraal (N = 34)*		76,6	106,3	126,8	152,4	170,8	

* vergoeding via GVS, dus exclusief de vergoeding via NZa-beleidsregel dure geneesmiddelen

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

Gebruikers hulpmiddelenzorg dalen in 2011 met 4% naar 2,3 miljoen verzekerden

In 2011 deden circa 2,3 miljoen verzekerden een beroep op de hulpmiddelenzorg, een daling van 4% in vergelijking met het jaar ervoor. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen ruim € 1,4 miljard, een stijging met 3%. Zowel de gemiddelde kosten per gebruiker als de gemiddelde kosten per declaratie stijgen.

Ondanks een afname van het aantal mensen dat gebruik maakt van een hulpmiddel en een daling van het aantal door de zorgverzekeraars afgehandelde declaraties, stijgen de

uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2011. Dit wordt vooral veroorzaakt door een toename in de kosten per gebruiker en kosten per declaratie (prijscomponent) van hulpmiddelen. De kosten per gebruiker groeien met ongeveer 7% naar 635 euro per gebruiker. De kosten per declaratie stijgen met 5% naar 81 euro per declaratie.

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.

TABEL 5.1 | KENGETALLEN HULPMIDDELENZORG, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Mutatie '06-'07	Mutatie '07-'08	Mutatie '08-'09	Mutatie '09-'10	Mutatie '10-'11
Totale Kosten (1 = 1 mln euro)	1.108	1.218	1.288	1.336	1.409	1.448	10%	6%	4%	6%	3%
Volumecomponent											
Gebruikers (1 = 1.000)	1.941	2.065	2.178	2.205	2.370	2.281	6%	5%	1%	8%	-4%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	14,8	15,8	17,0	17,4	18,2	17,8	7%	7%	3%	4%	-2%
Declaraties/gebruiker	7,6	7,6	7,8	7,9	7,7	7,8	0%	2%	1%	-3%	2%
Prijscomponent											
Kosten/gebruiker (1=1 euro)	571	590	591	606	595	635	3%	0%	2%	-2%	7%
Kosten/declaratie (1=1 euro)	75	77	76	77	77	81	3%	-2%	1%	1%	5%

TABEL 5.2 | TOP 5 HULPMIDDELENZORG: KOSTEN, GEBRUIKERS EN KOSTEN PER GEBRUIKER IN 2011

	Totale kosten 1 = 1 mln euro		Aandeel 65+		Gebruikers 1 = 1.000		Aandeel 65+		Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
	2011	M	V	2011	M	V	2011		
1. incontinentiemateriaal	168	16%	60%	578	17%	58%	292		
2. stomamaterialen	137	29%	30%	129	28%	31%	1.063		
3. verbandmiddelen	126	20%	34%	663	18%	29%	190		
4. orthopedisch schoeisel	120	14%	31%	108	13%	32%	1.112		
5. hoortoestellen	117	36%	40%	141	37%	38%	833		
Totaal Top 5*	669	23%	40%	1.292	20%	40%	518		
Overige Hulpmiddelen*	779	19%	22%	1.590	19%	28%	490		
Totaal Zvw*	1.448	21%	30%	2.281	18%	30%	635		

*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 zijn de grootste uitgavenposten in 2011?

In tabel 5.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2011. In vergelijking met het voorgaande jaar is de top 5 op 2 plaatsen gewijzigd: de stomamaterialen zijn een plek gestegen ten koste van de verbandmiddelen en de teststrips voor diabetespatiënten hebben plaats gemaakt voor het orthopedisch schoeisel. De overige categorieën hulpmiddelen uit de top 5 (incontinentiematerialen en hoortoestellen) staan op dezelfde plaats als in 2010. Samen zijn de hulpmiddelengroepen uit de top 5 verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven.

Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2011 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de GIPdatabank: selecteer de top 10 stijgers op www.gipdatabank.nl.

Orthopedisch schoeisel terug in de Top 5

In 2011 stijgen de uitgaven aan orthopedisch schoeisel met 8% ten opzichte van de uitgaven in 2010 naar € 120 miljoen. In 2010 was er nog sprake van een lichte stijging met 1% van de uitgaven ten opzichte van de uitgaven in 2009. Deze geringe stijging van de kosten werd vooral veroorzaakt door een daling van de kosten per gebruiker. In 2011 stijgen de kosten per gebruiker weer tot het niveau van 2009. Dit is vooral het gevolg van een toename in het gebruik van de duurdere, volledig individueel op maat gemaakte schoenen (orthopedisch schoeisel A).

Aantal gebruikers van incontinentiematerialen neemt af

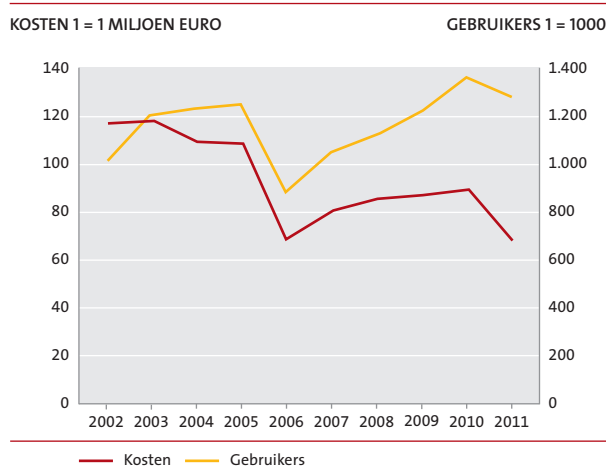
De hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2011 zijn net als in de voorgaande jaren de incontinentiematerialen. De kosten voor incontinentiematerialen stijgen met 2% naar 168 miljoen euro. Het aantal gebruikers daalt echter met 1%. Deze daling betreft vooral gebruikers van beschermende onderleggers. Per 1 januari 2011 is de aanspraak op incontinentiemateriaal functioneel omschreven. Hierdoor worden beschermende onderleggers alleen nog vergoed als er sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Uitgaven en gebruik van Verbandmiddelen dalen

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 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 inhaalslag: in 2009 zijn de uitgaven ongeveer gelijk aan het niveau van 2005 en het aantal gebruikers nadert het aantal dat we op basis van de ontwikkeling in de periode 2002-2005 zouden verwachten. Begin 2011 is er met behulp van het zogenoemde aanvraagformulier verbandmiddelen een start gemaakt met de protocolontwikkeling van wondzorg. Het aanvraagformulier wordt gebruikt door zowel voorschrijvers als leveranciers en geeft antwoord op de vraag of een verbandsmiddel voor deze indicatie in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Het gebruik van het aanvraagformulier lijkt vooral effect te hebben op het aantal gebruikers met relatief weinig kosten. In 2011 daalt het aantal gebruikers flink, met 25% terwijl de bijhorende uitgaven dalen met 5%.

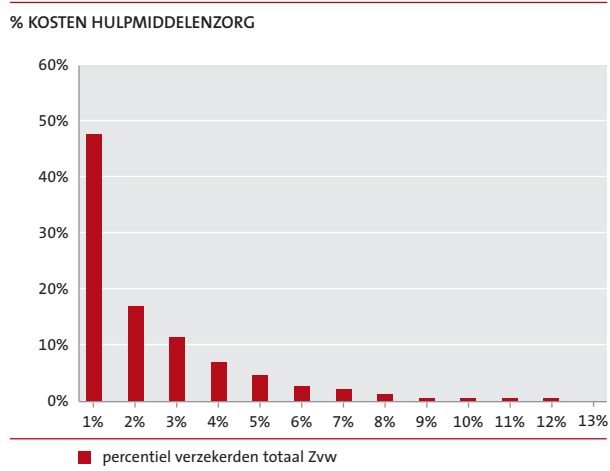
FIGUUR 5.1 | KOSTEN EN GEBRUIKERS
VERBANDMIDDELEN, 2002-2011



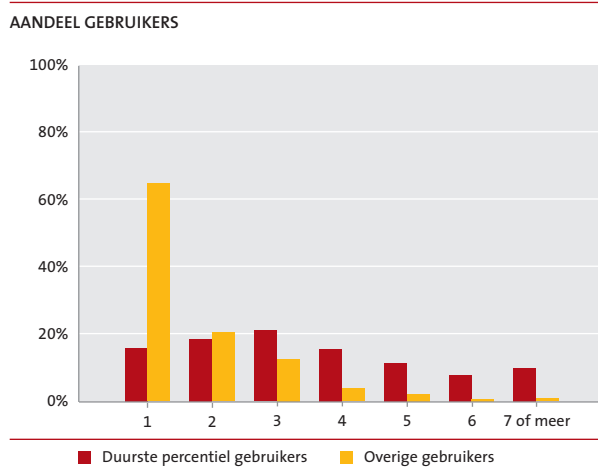
Kleine groep gebruikers verantwoordelijk voor groot deel van de uitgaven

Figuur 5.2 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelenzorg in 2011 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Bijna 90% van de verzekerden maakt geen of maar heel weinig kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,3 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de ruim 10% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% (ruim 166.000 verzekerden) in 2011 verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 690 miljoen).

**FIGUUR 5.2 | KOSTENAANDEEL GEBRUIKERS
HULPMIDDELENZORG 2011**



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



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 30 declaraties vergoed krijgt. Dit is bijna 4 keer hoger dan het landelijke gemiddelde van 8 declaraties per gebruiker. Het zijn vooral declaraties van meer dan 2 verschillende soorten hulpmiddelen. Dit is goed te zien in figuur 5.3.

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

De daling van het totaal aantal gebruikers in 2011 wordt grotendeels veroorzaakt de daling van het aantal gebruikers van verbandmiddelen (dit onder invloed van het toepassen van het aanvraagformulier verbandmiddelen). Vooral in de leeftijdscategorieën 25 tot 45 jaar en 45 tot 65 jaar is de daling van het aantal gebruikers in 2011 goed zichtbaar. Dat door het gebruik van het aanvraagformulier verbandmiddelen met name gebruikers met relatief lage kosten uitvallen blijkt uit de stijging van de kosten per gebruiker.

**TABEL 5.3 | AANTAL GEBRUIKERS NAAR LEEFTIJD
EN GESLACHT, 2006-2011**

1 = 1000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mannen	759	821	866	882	964	930
o-25 jaar	115	124	124	117	152	148
25-45 jaar	110	116	117	113	117	98
45-65 jaar	223	244	260	269	288	271
65-75 jaar	138	150	163	170	182	186
75-85 jaar	128	137	147	153	162	162
> 85 jaar	46	51	55	59	63	65
Vrouwen	1.182	1.245	1.312	1.323	1.407	1.351
o-25 jaar	104	113	115	111	138	130
25-45 jaar	163	174	182	180	192	169
45-65 jaar	313	334	355	362	385	362
65-75 jaar	200	209	223	226	238	240
75-85 jaar	255	262	272	272	277	270
> 85 jaar	146	153	165	172	176	179
Totaal	1.941	2.065	2.178	2.205	2.370	2.281

**TABEL 5.4 | KOSTEN PER GEBRUIKER NAAR LEEFTIJD
EN GESLACHT, 2006-2011**

1 = 1000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mannen	629	644	646	664	645	693
o-25 jaar	573	555	537	608	490	525
25-45 jaar	497	504	514	535	542	642
45-65 jaar	637	649	649	652	649	696
65-75 jaar	684	707	716	715	717	755
75-85 jaar	678	712	717	726	729	758
> 85 jaar	739	783	766	771	774	800
Vrouwen	534	554	555	567	560	595
o-25 jaar	438	457	489	541	460	503
25-45 jaar	401	404	403	413	399	449
45-65 jaar	498	514	520	525	531	569
65-75 jaar	531	552	550	560	565	596
75-85 jaar	591	615	611	616	624	644
> 85 jaar	733	779	759	763	769	778
Totaal	571	589	591	606	595	635

Hoe is het hulpmiddelgebruik verdeeld naar regio?

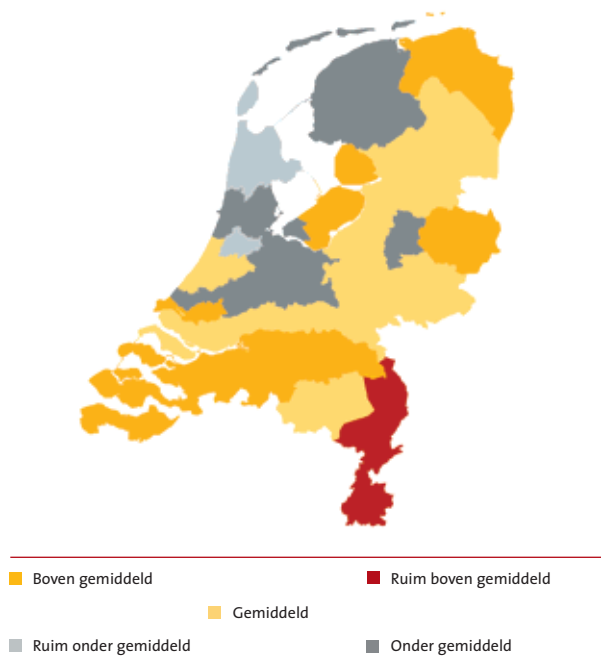
In 2011 maken ongeveer 2,3 miljoen verzekerden gebruik van de hulpmiddelenzorg. Het landelijk gemiddelde komt daarmee uit op 137 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden.

In figuur 5.4 brengen we regionale verschillen in het gebruik van hulpmiddelen in beeld. We vergelijken hier het regio-gemiddelde – dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijd- en geslachttopbouw met het landelijke beeld - met het landelijk gemiddelde.

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

- index ≤ 90 ruim onder gemiddeld lichtgrijs
- index 97,5 -90 onder gemiddeld donkergrijs
- index 97,5-102,5 gemiddeld lichtgeel
- index 102,5-110 boven gemiddeld donkergeel
- index ≥ 110 ruim boven gemiddeld donkerrood

FIGUUR 5.4 | PREVALENTIE GEBRUIKERS HULPMIDDELEN 2011



TABEL 5.5 | KOSTENONTWIKKELING HULPMIDDELENZORG, 2006-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Mutatie '10-'11	GJG '06-'11
Verzorgingsmiddelen	394,0	437,4	462,7	493,2	533,6	544,6	2,1%	6,7%
Orthesen en schoenvoorzieningen	142,0	146,7	162,4	171,3	176,8	190,1	7,5%	6,0%
Auditieve hulpmiddelen	113,8	122,9	132,9	133,6	138,7	143,9	3,7%	4,8%
Visuele hulpmiddelen	16,0	17,0	18,3	19,7	20,6	21,9	6,3%	6,5%
Diabetes hulpmiddelen	158,0	178,8	186,7	200,8	204,0	201,3	-1,3%	5,0%
Inrichtingselementen woningen	56,2	60,5	65,4	47,3	37,3	37,4	0,1%	-7,8%
Transportondersteuners bloed en lymfe	49,5	52,8	58,2	61,4	62,1	62,1	0,0%	4,6%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	54,8	57,4	59,1	56,6	69,7	79,3	13,7%	7,7%
Prothesen	41,4	42,6	45,6	48,5	52,9	54,2	2,5%	5,5%
Communicatie/informatie/signalering	19,8	20,8	27,7	25,7	24,9	24,0	-3,5%	4,0%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	17,3	18,4	17,5	15,0	18,8	15,5	-17,7%	-2,2%
Hulpmiddelen toedienen voeding	10,5	11,4	13,6	14,9	15,4	14,1	-8,7%	6,0%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	24,1	25,3	28,0	30,8	36,5	39,9	9,2%	10,6%
Geleidehonden	3,2	4,1	4,8	5,0	5,4	4,7	-12,0%	8,1%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	0,8	0,8	0,5	2,4	3,0	2,5	-14,3%	26,8%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	108,1%	-43,9%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,6	-5,5%	118,5%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,0	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	-73,5%	9,5%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,8	4,2	8,6	8,6	12,1	-41,3%	12,6%
Totaal	1.108,2	1.217,7	1.287,9	1.335,6	1.396,5	1.448,3	2,8%	5,5%

Globaal gezien ligt de prevalentie in de meeste regio's van Noord-Holland (gedeeltelijk), Utrecht en Friesland (ruim) onder het gemiddelde (grijs gekleurde regio's). Alleen in de regio's Noord- en Zuid-Limburg ligt het gebruik van hulpmiddelen per 1.000 verzekerden ruim boven het landelijk gemiddelde.

Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie vanaf 2006?

De diverse soorten hulpmiddelen die verstrekt worden in het kader van de zorgverzekeringswet deelt het CVZ in 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.

Per 1 januari 2011 zijn er een aantal wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg doorgevoerd. De aan-

spraken op o.a. incontinentiematerialen, stomavoorzieningen, urine-opvangzakken, katheters, zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden en diabeteshulp-middelen zijn functioneel omschreven. Verder krijgen alleen nog verzekerden tot 21 jaar hun hulpmiddelen voor anticonceptie vergoed uit de basisverzekering.

Door het functioneel omschrijven van de diabeteshulp-middelen brengt het CVZ de injectiematerialen die gebuikt worden door diabetici voortaan onder in de categorie van diabeteshulp-middelen. Deze materialen vielen eerder onder de hulpmiddelen in verband met behandeling. De verschuiving van het injectiemateriaal naar de categorie diabeteshulp-middelen is met terugwerkende kracht in het overzicht verwerkt.

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

TABEL 5.6 | ONTWIKKELING GEBRUIKERS HULPMIDDELENZORG, 2006-2011

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Mutatie '10-'11	GJG '06-'11
Verzorgingsmiddelen	1.138,3	1.233,4	1.301,7	1.320,4	1.343,8	1.154,7	-14,1%	0,3%
Orthesen en schoenvoorzieningen	172,9	174,6	189,2	198,6	209,7	219,6	4,7%	4,9%
Auditieve hulpmiddelen	173,7	184,2	197,5	186,3	186,0	187,4	0,8%	1,5%
Visuele hulpmiddelen	44,3	46,3	47,8	46,4	50,9	52,6	3,4%	3,5%
Diabetes hulpmiddelen	237,9	249,8	271,3	279,4	286,2	299,0	4,5%	4,7%
Inrichtingselementen woningen	74,9	83,3	96,7	55,3	48,3	44,1	-8,7%	-10,0%
Transportondersteuners bloed en lymfe	387,6	414,8	451,0	463,2	477,4	441,1	-7,6%	2,6%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	72,4	78,9	80,8	98,3	255,0	340,4	33,5%	36,3%
Prothesen	57,5	59,9	63,2	64,6	69,2	69,8	0,8%	4,0%
Communicatie/informatie/signalering	62,3	65,9	70,3	65,8	62,2	57,8	-7,1%	-1,5%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	79,3	82,6	86,6	80,8	115,2	77,4	-32,8%	-0,5%
Hulpmiddelen toedienen voeding	8,2	10,1	12,2	14,2	15,4	15,2	-1,3%	13,0%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	150,8	154,8	183,1	223,4	252,6	276,9	9,6%	12,9%
Geleidehonden	0,7	0,8	1,0	1,3	1,4	1,1	-17,7%	9,2%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	38,3%	42,7%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100%	-54,3%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,1	0,4	0,5	0,5	-0,2%	94,2%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	1,2	2,1	7,7	7,1	7,4	1,9	-74,0%	10,2%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	20,8	54,6	21,1	18,0	18,1	31,9	75,9%	8,9%
Totaal*	1.940,7	2.065,4	2.178,2	2.204,8	2.370,4	2.281,0	-3,8%	3,3%

*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.

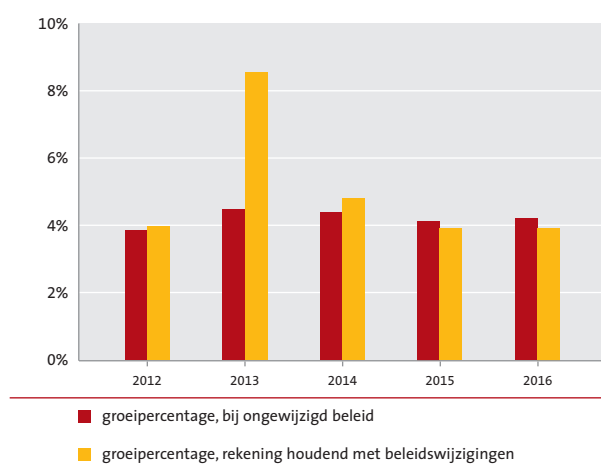
In de tabellen 5.5 en 5.6 laten wij de ontwikkelingen zien per hoofdcategorie van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2006-2011. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei (GJG) weergegeven.

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 2011 en de groeipercentages van de uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar, komt het CVZ tot een raming van de uitgaven voor de periode 2012-2016. Het CVZ verwacht voor 2012, bij ongewijzigd beleid, een groei van de uitgaven met circa 3,7% en over de periode 2013 tot 2016 een gemiddelde jaarlijkse groei van circa 4%.

Voor de jaren 2012 en 2013 zijn er echter een aantal (voorgenomen) beleidsmaatregelen bekend die van invloed zijn

FIGUUR 5.5 | RAMING GROEIPERCENTAGES UITGAVEN
MIDDELLANGE TERMIJN HULPMIDDELENZORG



op de ontwikkeling van de uitgaven voor hulpmiddelenzorg. Hoe groot deze gevolgen zijn voor de uitgaven staat weergegeven in figuur 5.5.

Maatregelen per 1 januari 2012

Per 1 januari 2012 zijn 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 spraakhulpmiddelen heeft naar verwachting geen gevolgen voor de uitgaven. Door het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen in verband met stoornissen in de visuele functie is 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 (zie ook: Pakketadvies, CVZ, april 2011, nr 296).

Verder is per 1 januari 2012 de te verzekeren prestatie 'vervanging van BAHA-hoortoestellen' vervallen. Zij maken vanaf die datum onderdeel uit van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden'. De uitgaven voor de hulpmiddelenzorg dalen hierdoor met ongeveer € 1,4 miljoen per jaar.

Maatregelen per 1 januari 2013

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

De eenvoudige loophulpmiddelen (o.a. de rollator) zijn vanaf 1 januari 2013 geen onderdeel meer van de basisverzekering. In het rapport Hulpmiddelenzorg 2010 (zie ook: deelrapport Pakketadvies 2010, CVZ, Diemen, april 2010, nr. 280) berekent het CVZ de financiële consequenties van deze maatregel op ongeveer € 20,5 miljoen.

Ook de redressiehelm komt vanaf 2013 niet meer voor vergoeding via de basisverzekering in aanmerking. Het CVZ raamt de financiële gevolgen hiervan op ongeveer € 3,5 miljoen.

De hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn per 1 januari 2013 functiegericht omschreven

en ook vervallen de vergoedingslimieten voor hoortoestellen. Dit betekent tevens dat gehoorhulpmiddelen die voorheen met een vergoedingsregeling vanuit de Wet werk en inkomen werden betaald, nu vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Tegelijkertijd wordt er een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor gehoorhulpmiddelen ingevoerd. Het CVZ adviseert deze eigen bijdrage zodat in ieder geval op korte termijn de financiële gevolgen van het functioneel omschrijven en het afschaffen van de vergoedingslimieten gering zijn.

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

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

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

Overzichten

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 standaarddagdosering 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 nadere toelichting.

De meeste van de hier gepubliceerde overzichten zijn ook te raadplegen via de *GIPdatabank* (zie: www.gipdatabank.nl), waarin we de top 25 nog verder hebben uitgebreid naar een top 100.

Hieronder geven we een overzicht van de verschillende tabellen (periode: 2007 t/m 2011) die u via de *GIPdatabank* kunt raadplegen.

Unieke leveringen

Dure en bijzondere geneesmiddelen - het gaat daarbij om geneesmiddelen bedoeld voor de behandeling van veelal zeldzame, niet veel voorkomende aandoeningen (voor meer informatie zie www.fk.cvz.nl) - worden zowel door openbare apotheken als door gespecialiseerde leveranciers afgeleverd. De omzet voor deze middelen is in de afgelopen jaren toegenomen van € 563 miljoen in 2007 naar € 835 miljoen in 2011. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 16%.

Deze unieke leveringen worden steeds vaker door gespecialiseerde leveranciers verstrekt; het marktaandeel van deze gespecialiseerde leveranciers (gemeten in totale kosten) is opgelopen van 51% in 2007 naar 54% in 2011. In Tabel 6.2 laten we zien om welke geneesmiddelen het hier gaat,

TABEL 6.1 | OVERZICHT TABELLEN GIPDATABANK

Farmaceutische zorg	
Meerjarentabel	Totale kosten, aantal gebruikers, DDDs en voorschriften (uitgiftes)
Dure geneesmiddelen	Gemiddelde totale kosten per gebruiker
Voedingsmiddelen	Totale kosten, aantal gebruikers en voorschriften (uitgiftes)
Voorschrijver	Grafische presentatie op ATC1-niveau
Unieke leveringen	Totale kosten
Startende gebruikers	Startende gebruikers: cholesterolverlagers en protonpompremmers
Top 25 stijgers	Totale kosten, aantal gebruikers, DDDs en voorschriften (uitgiftes)
Top 100	Totale kosten, aantal gebruikers, DDDs en voorschriften (uitgiftes)
Nieuwe geneesmiddelen	Totale kosten, aantal gebruikers, DDDs en voorschriften (uitgiftes)
Bijlage 2 geneesmiddelen	Totale kosten, aantal gebruikers, DDDs en voorschriften (uitgiftes)
Jaarlijkse kostengroei	Grafische presentatie kostengroei: 1983-2015 (raming) + verklaring
Verzekerdenaantallen	Gemiddeld aantal Zvw-verzekerden (2007-2011)
Hulpmiddelen zorg	
Meerjarentabel	Totale kosten, aantal gebruikers en declaraties
Leeftijd en geslacht	Totale kosten, aantal gebruikers en declaraties
Top 10 stijgers	Totale kosten, aantal gebruikers en declaraties
Top 10 hulpmiddelen	Totale kosten, aantal gebruikers en declaraties
Verzekerdenaantallen	Gemiddeld aantal Zvw-verzekerden (2007-2011)

TABEL 6.2 | UNIEKE LEVERINGEN VAN APOTHEKEN EN GESPECIALISEERDE LEVERANCIERS IN 2011

Stofnaam (merknaam)	Aantal gebruikers	Totale kosten	Kosten per gebruiker
	1 = 1	1 = 1 mln euro	1 = 1 euro
treprostinil (Remodulin)	42	7,6	180.617
pegvisomant (Somavert)	310	13,2	42.503
lenalidomide (Revlimid)	923	30,7	33.266
bosentan (Tracleer)	826	22,8	27.619
immunoglobuline normaal intravasculair (o.a. Nanogam)	989	26,4	26.743
sunitinib (Sutent)	826	14,5	17.591
ustekinumab (Stelara)	758	12,7	16.796
infiximab (Remicade)	48	0,8	15.854
sorafenib (Nexavar)	256	3,6	13.996
interferon beta 1a (o.a. Avonex)	3.510	41,6	11.841
adalimumab (Humira)	15.728	183,0	11.635
etanercept (Enbrel)	13.513	150,8	11.162
somatropine (Norditropin)	5.119	55,8	10.904
octreotide (Sandostatine)	2.312	23,6	10.214
interferon beta 1b (Betaferon)	1.214	12,3	10.092
emtricitabine met tenofovir en efavirenz (Atripla)	4.098	39,5	9.639
glatirameer (Copaxone)	2.023	18,8	9.277
colistine (Colistin)	926	8,3	8.922
temozolomide (Temodal)	1.000	6,3	6.323
pegfilgrastim (Neulasta)	8.055	44,4	5.517
apomorfine (Apo-go)	81	0,4	4.810
palivizumab (Synagis)	3.186	15,1	4.740
peginterferon alfa 2b (Pegintron)	367	1,6	4.486
peginterferon alfa 2a (Pegasys)	984	4,4	4.455
teriparatide (Forsteo)	1.443	6,1	4.215
parathyroidhormoon (Preatact)	160	0,5	3.372
ribavirine (Copegus)	908	2,9	3.192
darbepoetine alfa (Aranesp)	12.960	37,8	2.917
epoetine (Eprex)	9.698	18,5	1.912
gosereline (Zoladex)	13.794	15,6	1.128
leuproreline (o.a. Lucrin)	14.010	15,1	1.075
Totaal unieke leveringen		748,3	
<i>Aandeel (in totale kosten) van gespecialiseerde leveranciers</i>		54%	

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 worden beoordeeld geldt een maximum vergoedingslimiet. Voor het leeuwendeel van de geneesmiddelen ligt de prijs onder deze vergoedingslimiet, zodat deze middelen volledig door de zorgverzekeraar op grond van de basisverzekering worden vergoed. Voor een beperkt aantal middelen is dit niet het geval en is daardoor sprake van bijbetaling door de verzekerde. Ten opzichte van 2010 zijn de bijbetalingen gedaald van € 49,3 miljoen naar circa € 40 miljoen. Deze daling wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door het feit dat er in 2011 weer een leeftijdsgrens (tot 21 jaar) is ingevoerd voor de vergoeding van anticonceptiva.

De geneesmiddelen waarvoor het meest moest worden bijbetaald zijn: ADHD-middelen (Concerta en Strattera), middelen tegen urine incontinentie (Detrusitol en Vesicare) en anticonceptiemiddelen (Yasmin en Nuvaring).

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten slechts één keer herijkt, namelijk in 1999. Over het algemeen leverde dit een verlaging van de vergoedingsli-

mieten 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 ondanks dat nog een belangrijke rol bij de prijsbepaling van nieuwe geneesmiddelen op het moment dat deze geclusterd kunnen worden in een (nieuwe) groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

Ten opzichte van de totale uitgaven voor geneesmiddelen die binnen de Zvw worden gedaan is het totale bijbetalingsbedrag gering: minder dan 1,0% van de totale kosten. De bijbetalingen concentreren zich echter rond een beperkt aantal middelen, zodat voor individuele gebruikers het bijbetalingsbedrag fors kan oplopen. In tabel 6.3 staat de top 10 van geneesmiddelen waarvoor in 2011 het meest moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 87% van het totaal aan bijbetalingen.

Deze GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar in het kader van basisverzekering niet worden vergoed. Wel is het mogelijk om bepaalde bijbetalingen via de aanvullende verzekering te vergoeden. Ons is niet bekend welk deel van

TABEL 6.3 | TOP 10 GVS-BIJBETALINGEN IN 2011

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = 1 mln euro	Gebruikers 1 = 1
1	methyfenidaat (Concerta)	No6BA04	ADHD	19,3	158.000
2	atomoxetine (Strattera)	No6BA09	ADHD	4,3	5.690
3	drosiprenon & oestrogeen (Yasmin)	Go3AA12	anticonceptie	2,4	44.200
4	tolterodine (Detrusitol)	Go4BD07	urine-incontinentie	2,2	19.300
5	solifenacine (Vesicare)	Go4BD08	urine-incontinentie	2,2	70.600
6	tinzaparine (Logiparine)	B01AB10	trombose	1,3	6.120
7	calcipotriol, combinaties (Dovobet)	Do5AX52	psoriasis	1,2	60.400
8	rasagiline (Azilect)	No4BD02	ziekte v Parkinson	0,8	1.040
9	progestageen & oestrogeen (Nuvaring)	Go2BB01	anticonceptie	0,7	12.700
10	colesevelam (Cholestagel)	C10AC04	verhoogd cholesterol	0,6	1.490
Totaal top 10				34,9	
Totaal alle GVS-bijbetalingen				40,0	

de GVS-bijbetalingen alsnog via de aanvullende verzekering worden vergoed. Het is denkbaar dat verzekerden bij de keuze voor een zorgverzekeraar respectievelijk aanvullende verzekering hebben laten meewegen of de bijbetalingen voor bepaalde geneesmiddelen alsnog worden vergoed. 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 6.4 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waaraan in 2011 meer dan € 100 miljoen is uitgegeven. De geneesmiddelen zijn gegroepeerd op het tweede niveau van de ATC-code. Dit niveau classificeert de geneesmiddelen in therapeutische hoofdgroepen. Het overzicht telt 16 van deze hoofdgroepen. Samen zijn deze 16 groepen geneesmiddelen verantwoordelijk voor bijna 64 % van de totale kosten. Naast de totale kosten geven we ook het aantal gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker weer.

TABEL 6.4 | TOTALE KOSTEN MEER DAN € 100 MILJOEN IN 2011

Rang	Omschrijving (ATC-groep)	Totale kosten 1 = 1 mln euro	Aantal gebruikers 1 = 1	Kosten per gebruiker 1 = 1 euro
1	astma & COPD (R03)	459,8	1.569.500	293
2	immunosuppressiva (L04)	458,7	124.600	3.682
3	cholesterolverlagers (C10)	310,8	1.746.700	178
4	ace remmers & angiotensine II antagonisten (C09)	256,8	1.868.200	137
5	diabetesmiddelen (A10)	253,8	771.300	329
6	maagmiddelen (A02)	185,8	2.748.200	68
7	antivirale middelen (J05)	171,4	92.600	1.852
8	psycholeptica (N05)	161,9	608.900	266
9	analgetica (N02)	160,3	1.358.200	118
10	antitrombotica (B01)	151,3	1.629.300	93
11	psychoanaleptica (N06)	143,6	114.100	1.258
12	oncolytica (L01)	137,8	77.700	1.774
13	immunostimulantia (L03)	127,2	17.000	7.499
14	systemische antibacteriële middelen (J01)	127,0	3.934.700	32
15	oogheelkundige middelen (S01)	108,7	1.698.500	64
16	hypofyse- en hypothalamushormonen (H01)	106,9	39.500	2.707

Top 25 totale kosten

Hieronder presenteren we de top 25 voor geneesmiddelen waaraan we in 2011 het meeste geld hebben uitgegeven. De top 25 kosten wordt gedomineerd door geneesmiddelen gericht op de behandeling van reuma, astma en COPD, maagklachten en middelen voor de preventie van hart en

vaatziekten (cholesterolverlagers) en behandeling van hartfalen en hoge bloeddruk.

Deze 25 middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 32% van de totale kosten voor geneesmiddelen.

Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.5 | TOP 25 TOTALE KOSTEN IN 2011

1 = 1 MILJOEN EURO

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Totale kosten	Mutatie '10-'11
1	adalimumab (Humira)	Lo4AB04	reuma, psoriasis, Crohn	183,0	-1,1%
2	etanercept (Enbrel)	Lo4AB01	reuma, psoriasis, Bechterev	150,8	-4,4%
3	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	145,5	1,1%
4	salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	Ro3AKo6	astma & COPD	135,0	2,4%
5	tiotropium (Spiriva)	Ro3BB04	COPD	99,1	10,0%
6	formoterol & anti-astmatica (o.a. Symbicort)	Ro3AKo7	astma & COPD	85,6	11,2%
7	esomeprazol (Nexium)	Ao2BCo5	maagzuurklachten	66,4	-11,2%
8	omeprazol (Losec)	Ao2BCo1	maagzuurklachten	62,8	5,9%
9	somatropine (o.a. Norditropin)	Ho1ACo1	groeistoornis	55,8	1,1%
10	rosuvastatine (Crestor)	C10AAo7	verhoogd cholesterol	55,3	10,9%
11	metoprolol (Selokeen)	Co7ABo2	hartfalen, hypertensie	52,7	-12,4%
12	macrogol, combinatie (o.a. Movicolon)	Ao6AD65	obstipatie	48,6	16,1%
13	insuline glargine, langwerkend (Lantus)	A1oAEo4	diabetes	46,1	7,3%
14	pegfilgrastim (Neulasta)	Lo3AA13	neutropenie bij chemotherapie	44,4	-0,8%
15	insuline aspart, snelwerkend (Novorapid)	A1oABo5	diabetes	41,7	6,0%
16	interferon beta-1a (o.a. Avonex)	Lo3ABo7	multiple sclerose	41,6	-4,9%
17	olanzapine (Zyprexa)	No5AHo3	psychose	41,3	-0,4%
18	simvastatine (Zocor)	C10AAo1	verhoogd cholesterol	40,0	6,1%
19	emtricitabine & tenofovir & efavirenz (Atripla)	Jo5ARo6	HIV-infectie	39,5	9,6%
20	quetiapine (Seroquel)	No5AHo4	psychose	38,2	13,3%
21	darbepoëtine alfa (Aranesp)	Bo3XAo2	anemie, slechte nierfunctie	37,8	6,8%
22	insuline aspart, snel & middellang (Novomix)	A1oADo5	diabetes	37,4	-4,5%
23	imatinib (Glivec)	Lo1XEo1	leukemie	37,3	-1,5%
24	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	Bo1ACo6	trombose, infarct	37,2	13,1%
25	valsartan (Diovan)	Co9CAo3	hypertensie, hartfalen	36,0	7,8%
Aandeel top 25 in totale kosten			31,8%	1.659,0	

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. Het maagmiddel omeprazol staat net als vorig jaar op de eerste plaats: 1,7 miljoen gebruikers in 2011. De pijnstiller en ontstekingsremmer diclofenac staat op de

tweede plaats: ruim 1,5 miljoen mensen kregen dit middel het afgelopen jaar afgeleverd. Op de derde, zesde en zevende plaats staan drie antibiotica: amoxicilline, doxycycline en amoxicilline met een enzymremmer. Op de vierde plaats staat een middel tegen hartfalen en hypertensie: metoprolol. Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.6 | TOP 25 AANTAL GEBRUIKERS IN 2011

1 = 1

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Gebruikers
1	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	1.700.000
2	diclofenac (o.a. Cataflam)	M01AB05	artritis, artrose, pijn	1.537.000
3	amoxicilline	J01CA04	infecties	1.126.000
4	metoprolol (Selokeen)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	1.002.000
5	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	984.480
6	doxycycline (Efracea)	J01AA02	infecties	880.750
7	amoxicilline met enzymremmer (Augmentin)	J01CR02	infecties	803.510
8	salbutamol (o.a. Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	792.940
9	macrogol combinatiepreparaten (o.a. Movicolon)	A06AD65	obstipatie	786.040
10	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	699.060
11	ibuprofen (o.a. Brufen)	M01AE01	artritis, artrose, pijn	686.260
12	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	660.320
13	nitrofurantoin (Furabid)	J01XE01	urinewegsinfecties	645.980
14	codeïne	R05DA04	hoest	606.220
15	hydrochloorthiazide	C03AA03	hypertensie	594.430
16	desloratadine (o.a. Aeries)	R06AX27	allergische rhinitis, urticaria	592.370
17	metformine	A10BA02	diabetes	591.540
18	triamcinolon	D07AB09	eczeem, psoriasis	570.590
19	hydrocortison met overige middelen (o.a. Calmurid)	D07XA01	eczeem, psoriasis	564.580
20	fusidinezuur (Fucidin)	D06AX01	huidinfecties	546.980
21	kunsttranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	543.620
22	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	hartfalen, trombose	511.700
23	hydrocortison	D07AA02	eczeem	472.420
24	prednisolon	H02AB06	bijnierschorsinsufficiëntie	454.850
25	naproxen	M01AE02	artritis, artrose, pijn	451.350

Top 10 gebruikers

Hieronder presenteren we de Top 10 gebruikers op het tweede niveau van de ATC-code. Dit wil zeggen dat we primair kijken naar het therapeutisch doel waarvoor de verschillende geneesmiddelen worden ingezet en voorbijgaan aan verschillen in werkzame stoffen en het werkingsmechanisme van al deze geneesmiddelen.

Opvallend is dat dan de groep van antibacteriële middelen, voor de behandeling van infecties de grootste groep gebruikers kent: 3,9 miljoen Nederlanders. Op de tweede plaats staan de groep geneesmiddelen bedoeld voor pijnbestrijding en het remmen van ontstekingen: bijna 2,9 miljoen gebruikers.

TABEL 6.7 | TOP 10 AANTAL GEBRUIKERS THERAPEUTISCHE HOOFDGROEP IN 2011

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Gebruikers
1	antibacteriële middelen	J01	bacteriële infecties	3.935.000
2	anti inflammatoire middelen	M01	pijn, gewrichtsaandoeningen	2.851.000
3	maagmiddelen bij zuurgerelateerd afwijkingen	A02	maagzuurklachten	2.748.000
4	dermatologische corticosteroïden	D07	eczeem, psoriasis	2.160.000
5	RAS-remmers	C09	hypertensie, hartfalen	1.868.000
6	oogheelkundig gebruik	S01	oogaandoeningen	1.699.000
7	cholesterolverlagers	C10	verhoogd cholesterol	1.747.000
8	beta blokkers	C07	hartfalen, hypertensie	1.677.000
9	antitrombotica	B01	trombose, infarct	1.629.000
10	astma en COPD	R03	astma & COPD	1.570.000

Top 25 uitgiftes

Met 7,3 miljoen uitgiftes is omeprazol (een middel tegen maagzuurklachten), het meest afgeleverde geneesmiddel, op de voet gevolgd door metoprolol (een middel tegen hoge bloeddruk en hartfalen), simvastatine (een cholesterolverlager) en acetylsalicylzuur (een bloedverdunner, die bescherming biedt tegen trombose en hartfalen).

De top 25 middelen zijn samen verantwoordelijk voor 37,9% van het totaal aantal uitgiftes. Het leeuwendeel van de uitgiftes in deze top 25 betreft generieke geneesmiddelen, namelijk 77,9%.

Deze top 25 presenteren we hier zonder verdere toelichting.

TABEL 6.8 | TOP 25 AANTAL UITGIFTES IN 2011

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Voorschriften	Mutatie '10-'11
1	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	7,3	15,8%
2	metoprolol (Selokeen)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	7,2	14,0%
3	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	6,7	20,7%
4	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	6,5	17,8%
5	metformine	A10BA02	diabetes	4,8	15,6%
6	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	4,2	21,7%
7	furosemide (o.a. Lasix)	C03CA01	oedeem	3,7	9,9%
8	hydrochloorthiazide (Dichlotride)	C03AA03	hypertensie	3,5	12,2%
9	levothyroxine (o.a. Thyrax)	H03AA01	schildklierafwijking	3,2	11,4%
10	diclofenac (o.a. Cataflam)	M01AB05	artritis, artrose, pijn	2,8	1,7%
11	amlodipine (Norvasc)	C08CA01	angina pectoris, hypertensie	2,8	16,9%
12	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	2,5	10,0%
13	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	hartfalen, trombose	2,2	-8,3%
14	enalapril (Renitec)	C09AA02	hypertensie, hartfalen	2,1	8,3%
15	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	2,0	13,0%
16	isosorbide mononitraat (Mono cedocard)	C01DA14	angina pectoris	1,9	11,6%
17	perindopril (Coversyl)	C09AA04	hypertensie, hartfalen	1,9	16,9%
18	salbutamol (Ventolin)	R03AC02	astma & COPD	1,8	2,9%
19	macrogol, combinatie (o.a. Movicolon)	A06AD65	obstipatie	1,7	13,6%
20	kunstranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	1,6	8,5%
21	bisoprolol (Emcor)	C07AB07	hypertensie, hartfalen	1,6	13,9%
22	prednisolon	H02AB06	bijnierschorsinsufficiëntie	1,6	9,6%
23	losartan (Cozaar)	C09CA01	hypertensie	1,5	11,7%
24	paroxetine (Seroxat)	N06AB05	depressie	1,5	0,2%
25	lisinopril (Zestril)	C09AA03	hypertensie, hartfalen	1,4	13,7%
Aandeel top 25 in totaal aantal uitgiftes			37,9%	78,2	

Top 25 DDDs

Ten opzichte van vorig jaar is de Top 25 in aantal DDDs gewijzigd, en wordt deze nu gedomineerd door de maagzuurremmers omeprazol en cholesterolverlager simvastatine.

Daarnaast zien we verschillende middelen tegen hypertensie en hartfalen vertegenwoordigd.

De top 25-middelen zijn samen verantwoordelijk voor ruim 42% van het totaal aantal voorgeschreven standaard dagdo-

seringen. 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 wanneer het patent van een specialité is afgelopen, de substitutiegraad voor generieke varianten vaak boven de 90% uitkomt.

Deze top 25 presenteren we zonder verdere toelichting.

TABEL 6.9 | TOP 25 AANTAL STANDAARD DAGDOSERINGEN (DDDS) IN 2011

1 = 1 MILJOEN

Rang	Stofnaam (merknaam)	ATC-code	Indicatiegebied	Aantal DDDs	Mutatie '10-'11	Aandeel generiek
1	omeprazol (Losec)	A02BC01	maagzuurklachten	356,3	15,0%	90,2%
2	simvastatine (Zocor)	C10AA01	verhoogd cholesterol	292,2	10,8%	98,6%
3	acetylsalicylzuur (Aspirine-protect)	B01AC06	trombose, infarct	199,3	6,1%	96,1%
4	metoprolol (Selokeen)	C07AB02	hartfalen, hypertensie	178,4	3,4%	94,1%
5	amlodipine (Norvasc)	Co8CA01	angina pectoris, hypertensie	158,9	6,5%	83,4%
6	kunsttranen en dergelijke (o.a. Duratears)	S01XA20	droge ogen	153,4	7,2%	4,1%
7	carbasalaatcalcium (o.a. Ascal-cardio)	B01AC08	trombose, infarct	153,2	-2,0%	50,4%
8	enalapril (Renitec)	C09AA02	hypertensie, hartfalen	148,8	0,9%	98,4%
9	atorvastatine (Lipitor)	C10AA05	verhoogd cholesterol	147,5	1,2%	0,0%
10	metformine	A10BA02	diabetes	140,7	6,0%	99,1%
11	levonorgestrel & oestrogeen (o.a. Microgynon)	G03AA07	anticonceptie	139,2	-62,5%	64,3%
12	hydrochloorthiazide	C03AA03	hypertensie, hartfalen	124,1	3,8%	100,0%
13	pantoprazol (Pantozol)	A02BC02	maagzuurklachten	123,4	16,6%	82,8%
14	losartan (Cozaar)	C09CA01	hypertensie, hartfalen	92,1	3,3%	80,0%
15	levothyroxine (Thyrax)	H03AA01	schildklierafwijking	91,2	5,1%	2,4%
16	furosemide (o.a. Lasix)	Co3CA01	oedeem	89,3	-0,8%	89,2%
17	perindopril (Coversyl)	C09AA04	hypertensie, hartfalen	88,3	15,3%	84,3%
18	esomeprazol (Nexium)	A02BC05	maagzuurklachten	86,3	11,1%	21,4%
19	lisinopril (Zestril)	C09AA03	hypertensie, hartfalen	85,1	7,2%	98,0%
20	rosuvastatine (Crestor)	C10AA07	verhoogd cholesterol	70,6	8,6%	0,0%
21	valsartan (Diovan)	C09CA03	hypertensie, hartfalen	70,2	7,6%	0,0%
22	glimepiride (Amaryl)	A10BB12	diabetes	69,0	0,5%	97,5%
23	salmeterol & anti-astmatica (Seretide)	R03AK06	astma & COPD	68,2	0,0%	0,0%
24	nifedipine (Adalat)	Co8CA05	angina pectoris, hypertensie	66,2	0,6%	89,8%
25	hydroxocobalamine (Hydrocobamine)	B03BA03	vitamine B12-gebrek	62,1	9,9%	31,5%
Aandeel top 25 in totaal aantal DDDs				3.254		
				40,7%		

Bijlagen

Bijlage I. Toelichting kostencomponenten

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

A. Basisvergoeding (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)

De basisvergoeding is het bedrag dat via de zorgverzekeraars aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen wordt vergoed voor de materiaalkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit bedrag is gebaseerd op de inkoopprijs van het afgeleverde middel, waarbij de eventuele clawback (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.

Tarieven per	2010	2011
Basisprestaties		
Standaardaflevering	€ 5,99	€ 5,74
Aflevering van verpakkingen in weekdosering	€ 3,29	€ 3,16
Aanvullende prestaties		
<i>Aflevering geneesmiddel:</i>		
• voor het eerst voorgeschreven	€ 5,99	€ 5,74
• 's avonds, op zon- of feestdag	€ 11,97	€ 11,48
<i>Aflevering door apotheker:</i>		
• eenvoudige eigen bereiding	€ 11,97	€ 11,48
• complexe eigen bereiding	€ 89,78	€ 86,12

B. WMG-tarief (WMG-uitgiftes)

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

C. Marge (buiten-WMG-uitgiftes)

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

D. Module tarief apotheekhoudende huisartsen: abonnementshonorarium

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

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

E. BTW

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

F. Bijbetaling (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)

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

G. BTW over bijbetaling

Over het bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

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

Bijlage II. Kostencomponenten

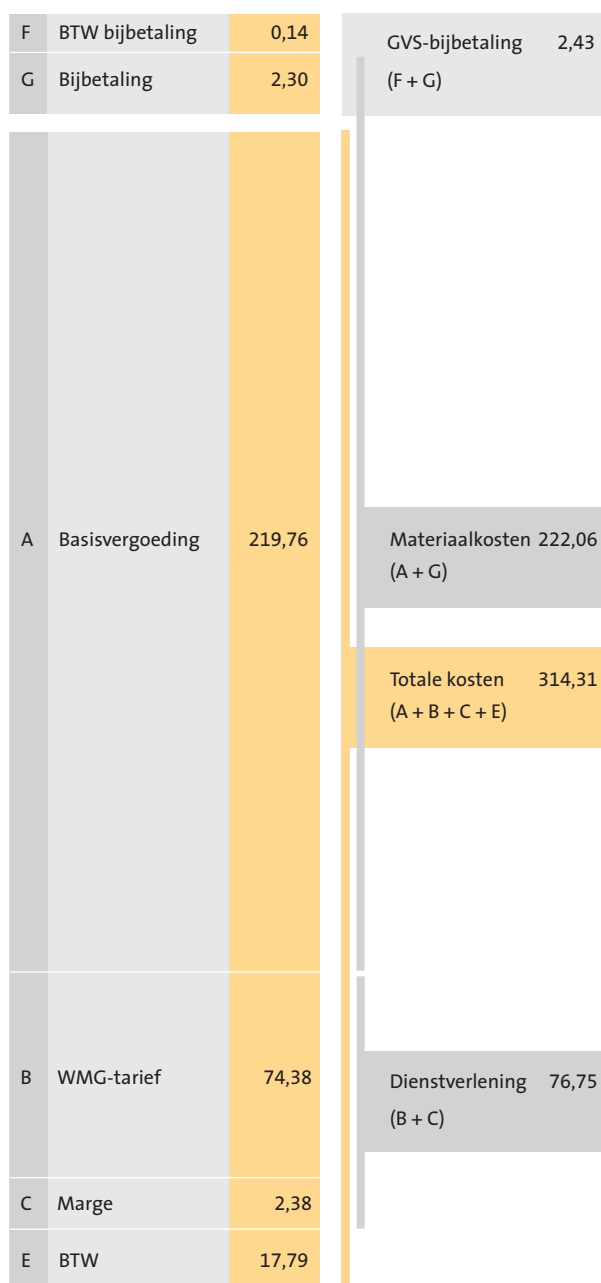
Grofweg splitsen we de totale kosten voor farmaceutische zorg op in twee componenten, te weten (1) de kosten die samenhangen met de prijs van het afgeleverde geneesmiddel en (2) de kosten die samenhangen met het afleveren ervan: de vergoeding voor de dienstverlening door de apotheker.

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 2011 per (bij een zorgverzekeraar ingeschreven) verzekerde. We maken daarbij onderscheid in de materiaal-kosten, dienstverlening, 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 }
dienstverlening	= { B + C }
totale kosten	= { A + B + C + E }
bijbetaling	= { F + G }

FIGUUR 7.1 | KOSTENCOMPONENTEN FARMACEUTISCHE ZORG
2011, 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 inhoudelijke informatie over de WGP, ga naar: 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. Vanaf 2012 zijn de tarieven voor dienstverlening door de apothekhoudende vrijgegeven; de hoogte van het tarief is een uitkomst van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker.

Voor meer informatie over tarieven voor apothekers ga naar: www.nza.nl.

Clawback

Een door de NZa opgelegde procentuele verlaging van de inkoopvergoeding die 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%. Vanaf 2012 zijn ook de vergoedingen voor geneesmiddelen vrijgegeven en wordt deze bepaald door de uitkomst van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker. De clawback is hiermee in formele zin komen te vervallen, maar

blijkt nog wel een rol te spelen in de prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker.

Preferentiebeleid

Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog bepaalde variant(en) te vergoeden. Veelal gaat het daarbij om de laagstgeprijsde varianten. Naast een gezamenlijk preferentiebeleid (het betreft drie generiek beschikbare geneesmiddelen: simvastatine, pravastatine en omeprazol) voeren sinds medio 2008 een groot aantal zorgverzekeraars ook een individueel preferentiebeleid. Om preferent te worden zullen leveranciers hun prijzen moeten verlagen in ruil voor een hoger omzetvolume. Lagere prijzen vertalen zich in lagere kosten voor de zorgverzekeraar en zijn verzekeren en minder kortingen en bonussen voor apothekhoudenden.

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

Transitieakkoord

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

Dit akkoord is deels een vervolg op het in 2004 gesloten geneesmiddelenconvenant. Hierin werd overeengekomen om de prijzen van geneesmiddelen vrijwillig te verlagen om zo de kortingen en bonussen aan 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 veilig gesteld door de WGP en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Bijlage IV. Lijst met afkortingen

AIP	Apotheek InkoopPrij
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
BWVG	Buiten-WVG
CBG	College 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
WVG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage V. Referenties

GIPeilingen 2010, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-gebruik, Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, oktober 2011, nr. 32

GIPdatabank (www.gipdatabank.nl), Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2012

G-Standaard (www.z-index.nl), Z-Index, 's-Gravenhage, 2011

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2011 (www.whooc.no/atc_ddd_index), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2010

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

Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2011 (www.dieetconsult.nl), Houten, 2011

Bijlage VI. Zorgkantoorregio's 2011 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

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

Flip Franssen, Hollandse Hoogte

Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

Adres

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

Abonnement

Voor een gratis abonnement kunt u zich schriftelijk
aanmelden bij:

College voor zorgverzekeringen
t.a.v. Abonnementenadministratie
Antwoordnummer 1192
1110 VB Diemen

Bronvermelding

Het is toegestaan gegevens uit deze publicatie te gebruiken
mits steeds volledige bronvermelding plaatsvindt:

*GIPeilingen 2011, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-
gebruik* GIP / College voor zorgverzekeringen, Diemen,
september 2012, nr. 33

Internet

www.gipdatabank.nl

