



Zorginstituut Nederland

# GIPeilingen 2013

**Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik**

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | oktober 2014 | nr. 35



| Van goede zorg verzekerd |



Zorginstituut Nederland

# GIPeilingen 2013

**Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik**

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | oktober 2014 | nr. 35



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>GIPeilingen 2013</b>	<b>6</b>
Inleiding	6
Over het GIP	6
www.gipdatabank.nl	7
GIPdatabank: gebruikerstips	8
<b>Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg</b>	<b>10</b>
De uitgaven voor hulpmiddelenzorg dalen in 2013 met 5%	10
<b>Ontwikkelingen geneesmiddelengebruik</b>	<b>17</b>
Ook in 2013 een verdere daling geneesmiddelkosten: -5,9%	17
Geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status	21
Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2014-2017	23
Generieke geneesmiddelen: lagere prijzen door preferentiebeleid	24
Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid	26
Nieuwe geneesmiddelen: 13,5% van totale geneesmiddelkosten	28
Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk	29
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis	32
Vrije tarieven voor apotheekehoudenden vanaf 2013	33
Kosten geneesmiddelgebruik bijzonder scheef verdeeld	34
Uitgaven voor niet-gergistreerde allergeenextracten dalen	35
Overzicht dure geneesmiddelen: alle 15 duur	36
Polyfarmacie	38
Dieetpreparaten en voedingsmiddelen	40
<b>Geneesmiddelengebruik op recept en in kaart</b>	<b>44</b>
Regionale verschillen in kaart	44
Maagmiddelen	46
Cholesterolverlagende middelen	46
Diabetesmiddelen	48
Astma- en COPD-middelen	49
Antidepressiva	50
Antipsychotica	51
Slaap- en kalmeringsmiddelen	52
HIV-middelen	53
<b>Bijlagen</b>	<b>55</b>
Toelichting kostencomponenten	55
Begripsdefinities	56
Lijst met afkortingen	57
Referenties	58
Zorgkantoorregio's 2013 in beeld	59



# Voorwoord

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

Via *GIPeilingen* geeft Zorginstituut Nederland 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 vijftientig zorgverzekeraars (risicodragende labels). De door hen aangeleverde gegevens zijn door het GIP opgehoogd naar een landelijk beeld. Bij deze extrapolatie houden we onder andere rekening met verschillen in leeftijdsopbouw en geslacht tussen de GIP deelnemers en de landelijke situatie. De dekking van het GIP is in 2013 opgelopen naar een landelijke dekking van bijna 98%.

De gegevensbestanden van het GIP hebben we ontsloten en voor een breed publiek toegankelijk gemaakt via onze website: [www.gipdatabank.nl](http://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](http://www.gipdatabank.nl).

We zijn nu vijftientig jaar verder. We beschikken over een kwalitatief hoogwaardige, actuele database, met gegevens over het gebruik van genees- en hulpmiddelen van 16,1 miljoen verzekerden. De gegevens zijn op een aantrekkelijke manier en voor een breed publiek ontsloten via een openbaar toegankelijke website. Het GIP heeft nagenoeg een landelijk dekkend beeld en is daarmee uniek in zijn soort.

# GIPeilingen 2013

## Inleiding

Sinds 1992 brengt Zorginstituut Nederland de publicatie *GIPeilingen* uit met kengetallen (volume- en kostengegevens) over de in Nederland verstrekte farmaceutische zorg. Vanaf 2008 is de publicatie uitgebreid met kengetallen over de verstrekte hulpmiddelenzorg. Met de komst van de *GIPdatabank* ([www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)) in 2004 is de verschijningsfrequentie van *GIPeilingen* teruggebracht van twee naar één keer per jaar. De gedetailleerde cijfermatige overzichten, vooral tabellen en grafieken, maakten plaats voor thematische bijdragen met een beschrijvend en vooral ook beschouwend karakter. *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 2013, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2013 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2013 hebben ontvangen en verwerkt.

*GIPeilingen* 2013 opent met de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten van de hulpmiddelenzorg. De aantallen gebruikers en de kosten worden nader uitgesplitst naar hulpmiddelensort en naar leeftijd en geslacht. Ook presenteren we een raming van de te verwachten kosten voor de komende vijf jaar.

Vervolgens gaan we in op de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen. Eerst op macroniveau en vervolgens komen een aantal specifieke (beleids)thema's aan bod, zoals de prijsdruk die uitgaat van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Ook voor de geneesmiddelen presenteren we een meerjarenraming over de te verwachte kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar.

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

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

## Over het GIP

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

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

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

Aan het Ministerie van VWS bieden we ondersteuning bij het ramen van de effecten van nieuw beleid, zoals bij de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget en de effecten van het GVS en de prijsdruk die uitgaat van de WGP. Ook werken we samen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), bijvoorbeeld door het in kaart brengen van regionale verschillen in het gebruik van geneesmiddelen en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) bij het publiceren van landelijke referentiegegevens die worden ingezet om het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen.

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

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelenzorg, afkomstig van vijftig zorgverzekeraars (risicodragende labels). Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven, vervolgens zijn afgeleverd door een apotheekhoudende of leverancier van hulpmiddelen, en op grond van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) door de zorgverzekeraar zijn vergoed. De gegevensbestanden zijn gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen van circa 16,1 miljoen verzekerden; dit betekent een dekking van bijna 98% van het totale aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2013 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en de concerns waartoe zij behoren. We verwachten in 2014, als ook FBTO zijn gegevens aan ons gaat aanleveren een 100% dekkingsgraad te realiseren.

**Tabel 1.1 | Deelnemende zorgverzekeraars GIP**

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	2.608.000
Agis	Achmea	1.196.000
Avéro	Achmea	455.000
Interpolis	Achmea	253.000
OZF	Achmea	52.000
De Friesland	Achmea	545.000
FBTO (*)	Achmea	330.000
Menzis	Menzis	1.698.000
Anderzorg	Menzis	229.000
Azivo	Menzis	120.000
VGZ	UVIT	2.186.000
Univé	UVIT	847.000
IZA	UVIT	557.000
IZZ	UVIT	464.000
UMC	UVIT	101.000
Cares Gouda	UVIT	25.000
CZ	CZ-groep	2.632.000
Ohra	CZ-groep	533.000
Delta Lloyd	CZ-groep	198.000
Zorg en Zekerheid	-	406.000
ONVZ	-	408.000
DSW	-	369.000
Eno	-	151.000
Stad Holland	-	87.000
ASR	-	297.000

(\*) heeft over 2013 nog geen gegevens aangeleverd.

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

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

Via de openingspagina krijgt u achtergrondinformatie over onze gegevensbronnen. Bij de toelichting vindt u een beschrijving van de *GIPdatabank* en de gebruikte begrippen en definities. De belangrijkste beleidsmaatregelen van de afgelopen twintig jaar laten we in een apart overzicht zien. Bij "Actueel" leest u onze laatste nieuwsbrief waarin u extra informatie krijgt over genees- en hulpmiddelen of over veranderingen op de *GIPdatabank*. Wanneer u een vraag heeft over de *GIPdatabank*, vindt u het antwoord misschien bij de veelgestelde vragen. Als uw vraag daar niet staat, kunt u deze mailen via het contactformulier.

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

Maandelijks trekt de *GIPdatabank* ruim 600 unieke bezoekers. De belangrijkste groepen gebruikers zijn medewerkers van zorgverzekeraars, universiteiten, onderzoeksinstituten en de rijksoverheid. Maar ook medewerkers van de farmaceutische industrie en journalisten weten de weg naar de *GIPdatabank* te vinden. Een groot aantal bezoekers heeft zich aangemeld voor onze digitale nieuwsbrief. Via deze nieuwsbrief laten we onze gebruikers bijvoorbeeld weten als de gegevens op de site weer zijn geactualiseerd.

Vanaf 2012 hebben we in samenwerking met het RIVM de verschillen in geneesmiddelengebruik tussen verschillende zorgkantoorregio's in beeld gebracht met behulp van landkaarten. Deze kaarten worden jaarlijks door het RIVM gepubliceerd en geactualiseerd op grond van de gegevensbestanden van het GIP. U kunt deze regionale overzichten



raadplegen via: [www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulp-middelen/geneesmiddelengebruik](http://www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulp-middelen/geneesmiddelengebruik).

Naast het openbaar toegankelijke gedeelte kent de *GIPdatabank* ook een besloten gedeelte, dat alleen toegankelijk is voor zorgverzekeraars en een beperkt aantal organisaties waarmee Zorginstituut Nederland een overeenkomst heeft gesloten. De zorgverzekeraars kunnen hun eigen cijfers vergelijken met landelijke referentiecijfers, de andere organisaties krijgen de landelijke referentiecijfers gepresenteerd tot een dieper niveau dan op het openbare gedeelte. De organisaties die toegang hebben tot het besloten gedeelte zijn: het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het Nederlands Bijwerkingen Centrum (Lareb), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

De *GIPdatabank* geeft inzicht in de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen. Inhoudelijke informatie over deze geneesmiddelen, bijvoorbeeld de adviezen van de Geneesmiddelen Commissie van de wetenschappelijke Adviesraad, de indicatiestelling en dosering presenteert Zorginstituut Nederland in het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze publicatie is ook via het internet te raadplegen, ga daarvoor naar: [www.farmacotherapeutischkompas.nl](http://www.farmacotherapeutischkompas.nl).

Informatie over de vergoedingsstatus van geneesmiddelen en actuele prijsinformatie presenteert Zorginstituut Nederland op zijn internetsite [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl).

## GIPdatabank: gebruikerstips

Op de openingspagina vindt u een drietal selectiemenu's waarin u kunt aangeven welke informatie u wenst. In het eerste dropdown menu kiest u voor "geneesmiddelen" of "hulpmiddelen" waarna u in het volgende dropdown menu ziet welke overzichten u kunt raadplegen. In het laatste dropdown menu staan de beschikbare gegevenssoorten bij het gekozen overzicht. In de tabellen 1.2 (geneesmiddelen) en 1.3 (hulpmiddelen) staat welke verschillende overzichten op de *GIPdatabank* beschikbaar zijn. Als u de gegevenssoort heeft geselecteerd, kunt u klikken op "Toon tabel". Vervolgens wordt het overzicht gepresenteerd.

De meeste tabellen zijn overzichten over de afgelopen vijf jaar en u kunt bij de geneesmiddelen meestal kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:

- totale kosten (inclusief BTW en afleververgoeding apotheker)
- aantal uitgiften
- aantal gebruikers
- aantal DDDs (standaard dagdoseringen)

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

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

**Tabel 1.2 | Overzichten die via de GIPdatabank kunnen worden geraadpleegd: geneesmiddelen**

Geneesmiddelen	
Meerjarentabel	van ATC1 tot en met ATC5 niveau
<b>Prestaties naar soort</b>	
Weesgeneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Doorgeleverde bereidingen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Dure geneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Voedingsmiddelen	naar indicatie en soort
Voorschrijver	grafisch op ATC1 niveau
Top 25 stijgers	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Top 100	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Nieuwe geneesmiddelen	op ATC5 niveau (werkzame stof)
Bijlage 2	op ATC5 niveau (werkzame stof)
<b>Geneesmiddelengroepen</b>	
- Maagmiddelen	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Cholesterolverlagers	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Diabetesmiddelen	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Astma- en COPD-middelen	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Antidepressiv	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Antipsychotica	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- Slaap- en kalmeringsmiddelen	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
- ADHD-middelen	2002-2013; grafisch, ATC5 niveau
Polyfarmacie top 10	2009-2013
Polyfarmacie leeftijd en geslacht	2009 en 2013
Polyfarmacie regionaal	2009-2013 per zorgkantorregio
Jaarlijkse groei kosten	1985-2018; grafische presentatie
Verzekerdenaantallen	2008-2013; tabel

Wanneer u kiest voor hulpmiddelen zijn ook de meeste tabellen meerjarenoverzichten over de afgelopen vijf jaar en u kunt bij de hulpmiddelen kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:

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

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

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

**Tabel 1.3 | Overzichten die via de GIPdatabank kunnen worden geraadpleegd: hulpmiddelen**

Hulpmiddelen	
Meerjarentabel	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Leeftijd en geslacht	man/vrouw en 65-/65+
Top 10 stijgers	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Top 10 hulpmiddelen	per hulpmiddelengroep (2 niveaus)
Jaarlijkse groei kosten	1997-2018; grafische presentatie
Verzekerdenaantallen	2008-2013; tabel

## Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

### De uitgaven voor hulpmiddelenzorg dalen in 2013 met 5%.

Voor het eerst sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de uitgaven aan hulpmiddelenzorg lager in vergelijking met het voorgaande jaar. De kosten in 2013 dalen met 5% naar totaal € 1,4 miljard. De daling van de uitgaven gaat niet gepaard met een vergelijkbare daling van het aantal mensen wat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg. Net als in 2012 deden in 2013 circa 2,1 verzekerden een beroep op de hulpmiddelenzorg.

De daling in de uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2013 is op macroniveau het gevolg van een gelijkblijvend volume (zowel in aantal gebruikers als in aantallen declaraties) in combinatie met een dalende prijscomponent (kosten per gebruiker en kosten per declaratie). Ondanks een vermindering van het aantal gebruikers van vooral verbandmiddelen, auditieve hulpmiddelen (hoortoestellen) en compressie-

hulpmiddelen (o.a. elastische kousen) en het niet meer voor vergoeding in aanmerking komen van eenvoudige loophulpmiddelen (rollators) daalt het totaal aantal gebruikers niet. Met name door de instroom van gebruikers van hulpmiddelen waarvan de aanspraak per 1 januari 2013 is overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw is er in 2013 sprake van een minimale groei van het aantal gebruikers met 0,7%. De kosten per gebruiker van deze AWBZ-uitleen-hulpmiddelen (o.a. aangepaste bedden/matrassen, anti-decubitushulpmiddelen en hulpmiddelen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang) zijn naar verhouding laag. Daarom is er ondanks een nagenoeg gelijkblijvend volume toch sprake van een daling van de totale kosten voor hulpmiddelenzorg in 2013 met 4,6% naar € 1,44 miljard.

In tabel 2.1 laten we de ontwikkelingen zien van het gebruik en uitgaven van de hulpmiddelenzorg in de jaren 2009 tot en met 2013.

Tabel 2.1 | Kengetallen Hulpmiddelenzorg, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Mutatie '09-'10	Mutatie '10-'11	Mutatie '11-'12	Mutatie '12-'13
Totale kosten (1 = € 1 miljoen)	1.336	1.407	1.430	1.505	1.436	5%	2%	5%	-5%
<b>Volumecomponent</b>									
Gebruikers (1 = 1.000)	2.205	2.368	2.230	2.125	2.141	7%	-6%	-5%	1%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	17,4	18,1	17,6	17,7	17,6	4%	-3%	1%	-1%
Declaraties per gebruiker (1 = 1)	7,9	7,6	7,9	8,3	8,2	-3%	3%	6%	-1%
<b>Prijscomponent</b>									
Kosten/gebruiker (1 = € 1)	606	594	641	708	671	-2%	8%	10%	-5%
Kosten/declaratie (1 = € 1)	77	78	81	85	82	1%	5%	5%	-4%

Tabel 2.2 | Top 5 hulpmiddelenzorg: kosten, gebruikers en kosten per gebruiker in 2013

	Totale kosten (1 = € 1 mln)		Aandeel 65+ in totale kosten		Gebruikers (1 = 1.000)		Aandeel 65+ in gebruikers		Kosten/ gebruiker (1 = € 1)
	2013	man	vrouw	2013	man	vrouw	2013		
1. incontinentiemateriaal	162	17%	61%	524	19%	59%	308		
2. stomamaterialen	146	30%	31%	117	31%	33%	1.247		
3. overige verzorgingsmiddelen	121	36%	19%	130	41%	24%	929		
4. orthopedisch schoeisel	120	15%	31%	100	15%	33%	1.205		
5. hoortoestellen	118	38%	37%	135	38%	37%	874		
<b>Totaal Top 5 *</b>	<b>668</b>	<b>27%</b>	<b>37%</b>	<b>836</b>	<b>25%</b>	<b>48%</b>	<b>799</b>		
Overige hulpmiddelen *	768	18%	24%	1.736	18%	27%	442		
<b>Totaal*</b>	<b>1.436</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>	<b>2.141</b>	<b>19%</b>	<b>30%</b>	<b>671</b>		

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

### Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2013?

In tabel 2.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2013. De eerste drie plekken in de top 5 worden ingenomen door de verzorgingsmiddelen: incontinentiematerialen, stomamaterialen en de overige verzorgingsmiddelen (o.a. katheters en urine-opvangzakken). Van deze 3 typen verzorgingsmiddelen stijgen kosten van de overige verzorgingsmiddelen het sterkst met 5% ten opzichte van het voorgaande jaar. Ondanks een daling van de kosten met 6% blijft de categorie orthopedisch schoeisel net als in 2012 op plek 4 staan. In tegenstelling tot 2012 toen de categorie hoortoestellen nog de grootste stijger was, dalen de hoortoestellen van plek 2 naar plek 5. Samen zijn de hulpmiddelengroepen uit de top 5 verantwoordelijk voor bijna 47% van de totale uitgaven. Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2013 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de GIPdata-bank: selecteer de top 10 stijgers op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

### Orthopedisch schoeisel

De totale uitgaven voor orthopedisch schoeisel dalen in 2013 met 6% naar € 120 miljoen. Er maken ongeveer 99.900 verzekerden gebruik van orthopedische schoenen. Over het algemeen zijn er meer vrouwelijke gebruikers van orthopedisch schoeisel. De verhouding man – vrouw is ongeveer 40%- 60%. Binnen de categorie orthopedisch schoeisel maken wij nog het onderscheid in orthopedisch schoeisel A, orthopedisch schoeisel B en aanpassingen aan confectieschoenen. Ook bijhorende voetorthesen en proefschoenen rekenen wij tot het orthopedisch schoeisel.

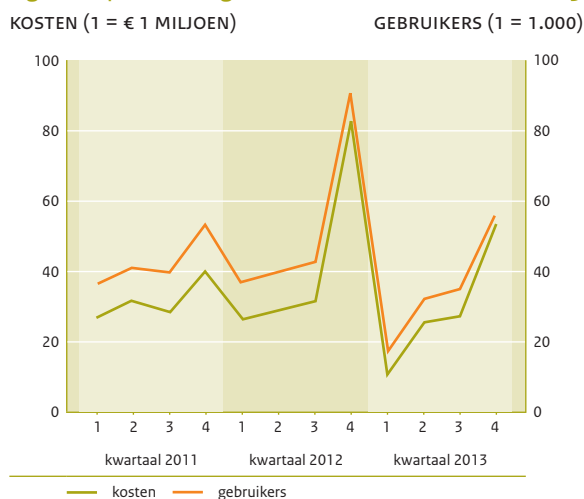
Ongeveer 66% van het gebruik van orthopedisch schoeisel betreft het type A. Deze schoenen worden helemaal op maat gemaakt voor de gebruiker en is daarom ook het schoeisel met de hoogste kosten per declaratie: € 1.130,- per declaratie in 2013. Orthopedisch schoeisel B wordt fabrieksmatig geproduceerd en vervolgens aangepast aan de gebruiker. De kosten per declaratie zijn een stuk lager: bijna € 500,-. Het aandeel gebruikers van orthopedisch schoeisel B is in 2013 ongeveer 24% van het totaal. De kosten per declaratie van een aanpassing aan een confectieschoen zijn circa € 350,-. Circa 10% van de gebruikers binnen de categorie orthopedisch schoeisel zijn verzekerden met een of meer declaraties voor aanpassingen aan confectieschoenen. Bij de genoemde kosten per declaratie hoort wel de opmerking dat dit bedragen zijn exclusief de eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel.

### Hoortoestellen

De hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn per 1 januari 2013 functiegericht omschreven. Ook is vanaf deze datum de vergoedings-systematiek gewijzigd: er wordt in plaats van de maximale vergoedingslimiet een procentuele eigen bijdrage

gevraagd (in 2013 = 25%). De stijging van de uitgaven met 33% in 2012 en de daarop volgende daling met 31% in 2013 lijken het gevolg te zijn van de extra aandacht die er op dat moment was voor de aangekondigde wijzigingen. Figuur 2.1 geeft een beeld van de ontwikkelingen van de totale kosten en aantallen gebruikers van hoortoestellen per kwartaal over de periode 2011 tot en met 2013. Het aannemelijk effect van de beleidswijziging op de uitgaven en aantallen gebruikers is in het figuur goed te zien: een flinke stijging in met name het laatste kwartaal van 2012, gevolgd door een terugval in het eerste kwartaal van 2013. In de loop van 2013 neemt het aantal gebruikers en de bijhorende uitgaven van hoortoestellen weer toe.

**Figuur 2.1 | Kosten en gebruikers hoortoestellen, 2011-2013**

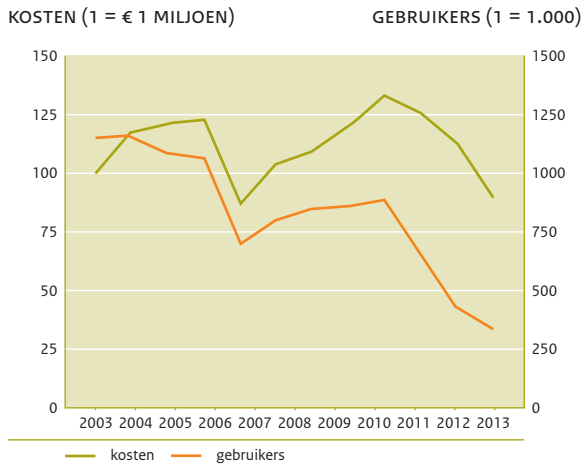


### Opnieuw een daling van de uitgaven en gebruik van verbandmiddelen

Begin 2011 is er met behulp van het zogenoemde aanvraagformulier verbandmiddelen een start gemaakt met de protocolontwikkeling van wondzorg. Het aanvraagformulier wordt gebruikt door zowel voorschrijvers als leveranciers en geeft antwoord op de vraag voor welke indicaties een verbandmiddel voor vergoeding in aanmerking komt op rond van de basisverzekering. Het gebruik van het aanvraagformulier lijkt in eerste instantie vooral effect te hebben op het aantal gebruikers met relatief weinig kosten. In 2011 daalt het aantal gebruikers flink, met 27% terwijl de bijhorende uitgaven dalen met 6%.

In 2012 zet de daling van het aantal gebruikers en de uitgaven verder door: het aantal gebruikers daalt met 35% en de uitgaven dalen met 10% in vergelijking met 2011. Ook in 2013 houdt de daling in het gebruik van verbandmiddelen aan. Zowel de uitgaven als het aantal gebruikers verminderen met 21% ten opzichte van het voorgaande jaar. De werkgroep Verbandmiddelen van ZN heeft in 2012 alle verbandmiddelen en compressiehulpmiddelen in de

**Figuur 2.2 | Kosten en gebruikers verbandmiddelen, 2003-2013**



2003-2005 Ziekenfondswet- en particulier verzekerden;  
2006-2013 Zorgverzekeringswetverzekerden

G-standaard van de Z-index herbeoordeeld naar juistheid van vergoedingsstatus. Op basis hiervan zijn er per 1 januari 2013 ruim 1.500 artikelen op 'niet vergoeden' gezet. Uit een analyse op de cijfers blijkt dat ongeveer een derde van de daling van de uitgaven in 2013 is toe te wijzen aan het op niet vergoeden zetten van artikelen uit de Z-index.

In figuur 2.2 laten we de ontwikkelingen zien van de kosten en het aantal gebruikers van verbandmiddelen vanaf 2003.

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

Figuur 2.3 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelenzorg in 2013 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Net als in de voorgaande jaren maakt bijna 90% van de verzekerden geen of maar heel weinig kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,6 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de ruim 10% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% (ruim 167.000 verzekerden) in 2013 verantwoordelijk voor bijna de helft van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 691 miljoen).

Dat een relatief kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor bijna de helft (48%) van de lasten is vooral het gevolg van een groter volume in het gebruik van hulpmiddelen. Een gemiddelde gebruiker van hulpmiddelenzorg krijgt in een jaar ongeveer 9 declaraties vergoed. Een gebruiker uit het duurste percentiel krijgt in een jaar circa 28 declaraties vergoed. Dit is drie keer hoger dan het landelijke gemiddelde. Het zijn vooral declaraties van verschillende soorten hulpmiddelen, terwijl de overige hulpmiddeengebruikers zich voornamelijk beperken tot 1 soort hulpmiddel. Dit is goed te zien in figuur 2.4.

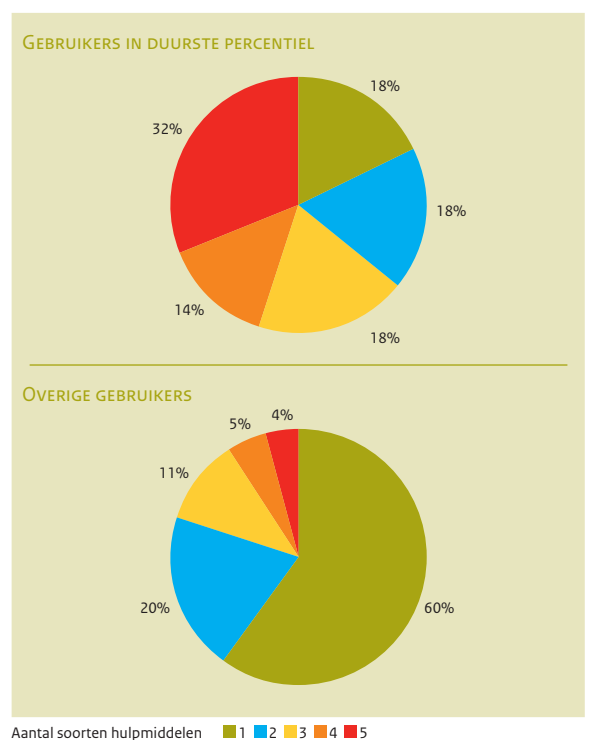
**Figuur 2.3 | Kostenaandeel gebruikers hulpmiddelenzorg, 2013**



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

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

**Figuur 2.4 | Aandeel gebruikers naar aantal soorten, 2013**



halingsstelsel 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.

**Tabel 2.3 | Aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht, 2009-2013**

1 = 1.000

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Mannen</b>	<b>883</b>	<b>963</b>	<b>909</b>	<b>879</b>	<b>861</b>
0-24 jaar	117	152	145	129	134
25-44 jaar	113	117	96	79	78
45-64 jaar	269	287	264	254	246
65-74 jaar	170	182	182	191	186
75-84 jaar	153	162	158	160	152
≥ 85 jaar	59	63	64	67	66
<b>Vrouwen</b>	<b>1.323</b>	<b>1.405</b>	<b>1.320</b>	<b>1.246</b>	<b>1.280</b>
0-24 jaar	111	138	127	109	118
25-44 jaar	180	192	165	140	204
45-64 jaar	362	384	353	328	314
65-74 jaar	226	238	235	235	228
75-84 jaar	272	277	264	258	242
≥ 85 jaar	172	176	175	177	173
<b>Totaal</b>	<b>2.205</b>	<b>2.368</b>	<b>2.230</b>	<b>2.125</b>	<b>2.141</b>

**Tabel 2.4 | Kosten per gebruiker naar leeftijd en geslacht 2009-2013**

1 = 1 EURO

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Mannen</b>	<b>664</b>	<b>645</b>	<b>700</b>	<b>772</b>	<b>754</b>
0-24 jaar	607	489	531	604	540
25-44 jaar	535	541	647	790	761
45-64 jaar	652	647	702	763	754
65-74 jaar	715	717	762	822	812
75-84 jaar	726	728	766	828	825
≥ 85 jaar	771	774	809	835	846
<b>Vrouwen</b>	<b>567</b>	<b>559</b>	<b>601</b>	<b>663</b>	<b>615</b>
0-24 jaar	541	459	510	606	528
25-44 jaar	413	399	452	541	384
45-64 jaar	525	530	573	635	629
65-74 jaar	560	565	601	661	650
75-84 jaar	616	624	652	698	681
≥ 85 jaar	763	769	787	797	780
<b>Totaal</b>	<b>606</b>	<b>594</b>	<b>641</b>	<b>708</b>	<b>671</b>

De daling van het totaal aantal gebruikers in 2011 (-6%) en 2012 (-5%) wordt grotendeels veroorzaakt de daling van het aantal gebruikers van verbandmiddelen. Vooral in de leeftijdscategorieën 0 tot 25 jaar, 25 tot 45 jaar en 45 tot

65 jaar is de daling van het aantal gebruikers in 2012 goed zichtbaar. In 2013 neemt het totaal aantal verzekerden wat gebruik maakt van hulpmiddelen iets toe. Dit wordt veroorzaakt door de instroom van gebruikers van kortdurende uitleenhulpmiddelen die voorheen vergoed werden vanuit de AWBZ. Vooral het aantal vrouwen in de leeftijdscategorie 25 tot 45 jaar stijgen met 46%.

**Hoe is het hulpmiddeengebruik verdeeld naar regio?**

In 2013 maken ongeveer 2,1 miljoen verzekerden gebruik van de hulpmiddelen. Het landelijk gemiddelde komt daarmee uit op 128 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In figuur 2.5 brengen we regionale verschillen in het gebruik van hulpmiddelen in beeld. We vergelijken hier het regiogemiddelde – dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijd- en geslachttopbouw met het landelijke beeld - met het landelijk gemiddelde. Om de onderlinge vergelijking tussen de verschillende zorgkantoorregio's (zie ook bijlage V) te vergemakkelijken, is de regionale prevalentie geclassificeerd op basis van de procentuele afwijking van de landelijke prevalentie in Nederland; de landelijke prevalentie is als index op 100 gesteld. De procentuele afwijking ten opzichte van de index is als volgt in klassen ingedeeld, omschreven en van een kleurcode voorzien.

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

**Figuur 2.5 | Gebruikers hulpmiddelen 2013**  
Prevalentie NL = 128 per 1.000 Zvw-verzekerden



**Tabel 2.5 | Kostenontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2007-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	mutatie '12-'13	GJG '07-'13
Verzorgingsmiddelen	437,4	462,7	493,1	533,1	537,9	538,5	517,8	-3,9%	2,9%
Orthesen en schoenvoorzieningen	144,3	159,6	169,1	174,7	184,3	192,5	176,3	-8,5%	3,4%
Auditieve hulpmiddelen	125,4	136,4	136,7	142,4	146,4	200,6	129,7	-35,3%	0,6%
Visuele hulpmiddelen	23,6	27,0	32,1	32,3	33,5	32,3	30,1	-6,8%	4,1%
Diabetes hulpmiddelen	185,2	194,0	211,0	215,5	212,6	212,0	205,3	-3,1%	1,7%
Inrichtingselementen woningen	62,8	68,1	49,6	40,5	40,4	38,9	87,9	126,1%	5,8%
Transportondersteuners bloed en lymfe	52,8	58,2	61,4	62,3	63,5	63,7	57,1	-10,4%	1,3%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	57,4	59,1	56,6	69,9	79,3	87,5	97,1	10,9%	9,2%
Prothesen	42,6	45,6	48,5	53,0	53,9	57,7	54,6	-5,4%	4,2%
Communicatie/informatie/signalering	11,7	15,3	11,6	11,7	10,9	11,7	11,0	-6,3%	-1,1%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	18,2	17,4	15,0	18,8	15,3	16,5	13,0	-21,1%	-5,5%
Hulpmiddelen toedienen voeding	10,4	12,6	13,7	14,2	13,0	14,6	13,5	-7,7%	4,4%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	18,8	20,7	20,7	25,1	23,1	24,1	26,8	11,2%	6,1%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	6,1	6,7	7,2	8,0	6,9	6,3	6,7	5,3%	1,4%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-100,0%	-100,0%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,0	0,3	0,7	0,6	0,6	0,8	27,4%	117,7%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	-52,8%	-14,3%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	20,8	4,2	8,6	4,3	8,0	7,4	8,1	10,5%	-14,5%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,8	4,2	8,6	4,3	9,3	7,7	-17,0%	2,4%
<b>Totaal</b>	<b>1.218</b>	<b>1.288</b>	<b>1.336</b>	<b>1.407</b>	<b>1.430</b>	<b>1.505</b>	<b>1.436</b>	<b>-4,6%</b>	<b>2,8%</b>

Globaal gezien ligt de prevalentie (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) in de meeste regio's net onder of net boven het gemiddelde. Het hulpmiddelengebruik in enkele regio's van Noord-Holland ligt ruim onder het gemiddelde. Alleen in de regio Zuid Limburg wordt er ruim boven het landelijk gemiddelde gebruik gemaakt van hulpmiddelen.

### Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelen-categorie vanaf 2007?

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

Per 1 januari 2013 zijn er een aantal wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg doorgevoerd die gevolgen hebben voor de monitorcoderingen. De eenvoudige loop-hulpmiddelen (o.a. de rollator) en de redressiehelm komen niet meer voor vergoeding in aanmerking. De hulpmiddelen gerelateerd aan de hoorfunctie en hulpmiddelen voor het bewegingssysteem zijn functioneel omschreven. Ook is de vergoeding van kortdurende uitleenhulpmiddelen uit de

AWBZ overgeheveld naar de Zvw (zie ook: *Rapport Functionegerichte omschrijving hulpmiddelen voor het bewegings-systeem*, CVZ, mei 2012, nr. 2011107673).

Door de diverse maatregelen zijn er categorieën hulpmiddelen toegevoegd, hernoemt, anders ingedeeld of verwijderd. Op het niveau van de monitor-hoofdgroepen is één wijziging zichtbaar: er is geen aparte monitor-hoofdgroep meer voor geleidehonden. De signaalhonden zijn ondergebracht bij de auditieve hulpmiddelen, de blindengeleidehond valt onder de visuele hulpmiddelen en de ADL-honden zijn onderdeel geworden van de categorie 'hulpmiddelen ten behoeve van de arm-hand-vingerfunctie'.

Kijk op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) voor een chronologisch overzicht met beleidsmaatregelen met betrekking tot de hulpmiddelenzorg.

In de tabellen 2.5 en 2.6 laten wij de ontwikkelingen zien per hoofdcategorie van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2007-2013. 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

**Tabel 2.6 | Ontwikkeling gebruikers hulpmiddelenzorg, 2007-2013**

1 = 1.000

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	mutatie '12-'13	GJG '07-'13
Verzorgingsmiddelen	1.233,2	1.301,6	1.320,4	1.343,6	1.126,5	921,6	829,0	-10,0%	-6,4%
Orthesen en schoenvoorzieningen	173,8	188,4	198,2	209,1	214,8	208,7	178,8	-14,3%	0,5%
Auditieve hulpmiddelen	187,9	202,1	190,8	191,6	191,5	225,8	158,0	-30,0%	-2,8%
Visuele hulpmiddelen	51,3	53,8	52,7	57,3	58,4	54,8	51,1	-6,9%	-0,1%
Diabetes hulpmiddelen	254,1	276,5	285,9	294,1	299,1	307,4	300,7	-2,2%	2,8%
Inrichtingselementen woningen	84,2	97,6	56,6	49,9	44,5	42,3	329,3	679,2%	25,5%
Transportondersteuners bloed en lymfe	414,8	451,0	463,2	477,7	443,0	403,5	343,9	-14,8%	-3,1%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	78,9	80,8	98,3	255,2	335,1	379,1	441,1	16,3%	33,2%
Prothesen	59,9	63,2	64,6	69,3	69,4	72,5	65,5	-9,7%	1,5%
Communicatie/informatie/signalering	57,1	59,8	55,8	51,1	45,1	43,4	36,6	-15,8%	-7,2%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	81,8	85,8	80,1	114,9	75,8	94,1	132,6	40,8%	8,4%
Hulpmiddelen toedienen voeding	10,0	12,0	14,0	15,2	14,9	16,8	17,4	3,3%	9,7%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	100,4	116,8	132,8	151,6	133,8	144,8	145,7	0,6%	6,4%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	5,6	323,8%	30,7%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-100,0%	-100,0%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,0	0,1	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	7,9%	89,9%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	2,1	7,7	7,1	7,4	1,8	1,6	0,7	-58,4%	-16,9%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	54,6	21,1	18,0	13,1	23,9	50,4	28,7	-43,1%	-10,2%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	6,7	20,8	4,2	8,6	4,3	9,3	7,7	-17,0%	2,4%
<b>Totaal*</b>	<b>2.065</b>	<b>2.178</b>	<b>2.205</b>	<b>2.368</b>	<b>2.230</b>	<b>2.125</b>	<b>2.141</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,6%</b>

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

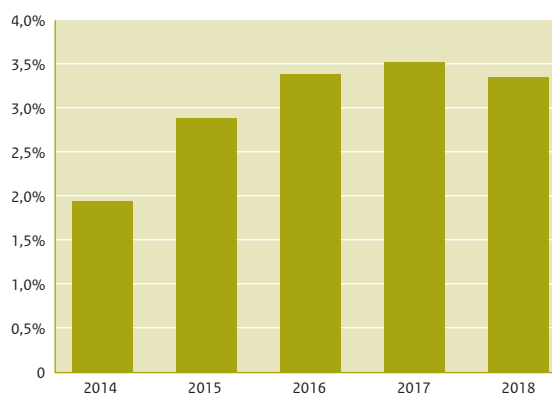
en met 2013 en de groeipercentages van de uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar, komt het Zorginstituut tot een raming van de uitgaven voor de periode 2014-2018. Het Zorginstituut verwacht voor 2014 een groei van de uitgaven met circa 1,9% en over de periode 2015 tot 2018 een gemiddelde jaarlijkse groei van circa 3%. In figuur 2.6 staan de groeipercentages van de uitgaven voor Hulpmiddelenzorg op basis van de middellange termijn raming (MLT) weergegeven. In de MLT-raming zijn, voor zover bekend, de effecten van een aantal (voorgenomen) beleidsmaatregelen meegenomen.

**Maatregelen per 1 januari 2014**

In het rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2' (zie ook: *Rapport Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2*, CVZ, november 2012, nr. 2011060289) adviseert het Zorginstituut om per 1 januari 2014 de thuisdialyseapparatuur, inclusief toebehoren, controle en onderhoud (en chemicaliën en vloeistoffen) en het toebehoren bij vacuumpompen die gebruikt worden bij negatieve druktherapie over te hevelen naar de medisch-specialistische zorg.

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is de aanspraak op thuisdialyseapparatuur overgeheveld naar de hulpmiddelenzorg. In de praktijk brengt

**Figuur 2.6 | Groeipercentage uitgaven middellange-termijn hulpmiddelenzorg, 2014-2018**



men de uitgaven voor thuisdialyseapparatuur echter nog steeds ten laste van de medisch specialistische zorg. Door de thuisdialyse weer terug te hevelen naar de medisch specialistische zorg, is de wet- en regelgeving weer meer in lijn met de praktijk gebracht.

De vergoeding van vacuumpompen die gebruikt worden bij negatieve druktherapie valt onder de medisch specialistische zorg. De aanspraak op het toebehoren bij deze pomp was tot 1 januari 2014 onderdeel van de hulpmiddelenzorg. In de praktijk leidt een splitsing tussen de



hoofdunit en toebehoren over twee soorten aanspraken tot uitvoeringsproblemen, perverse prikkels en versnippering van zorg. Door het toebehoren bij vacuümpompen over te hevelen naar de medisch specialistische zorg valt de hoofdunit en het bijbehorende toebehoren onder een te verzekeren prestatie. Op basis van gegevens uit het GIP blijkt dat het standpunt van het Zorginstituut grotendeels al ruim voor 1 januari 2014 is opgevolgd. Hierdoor zijn de bijkomende financiële gevolgen van de overheveling minimaal.

Ook de aanspraak op stemprothesen is per 1 januari 2014 formeel overgegaan naar de medisch-specialistische zorg. De zorgverzekeraars waren echter vanaf januari 2013 al voor het merendeel gestopt met het vergoeden van de stemprothese vanuit de prestatie hulpmiddelenzorg. Hierdoor zijn de financiële consequenties van deze maatregel in 2014 zeer beperkt.

#### **Maatregelen per 1 januari 2015**

Per 1 januari 2015 zijn er opnieuw twee aanspraken op hulpmiddelenzorg functioneel omschreven in de Regeling zorgverzekering. Dit zijn hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies van de huid (zie ook: *Rapport Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid*, CVZ, januari 2014, nr. 2013083259) en hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van het bewustzijn (zie ook: *Rapport Hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van het bewustzijn*, CVZ, januari 2014, nr. 2013091700). Onder deze functionele omschrijvingen vallen de huidige aanspraken op schoenvoorzieningen, verbandmiddelen en kappen ter bescherming van de schedel. Daarom verwachten wij geen bijkomende financiële gevolgen.

## Ontwikkelingen farmaceutische zorg

### Ook in 2013 een verdere daling geneesmiddelenkosten: -5,9%

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2013 verder gedaald naar € 4,3 miljard. Ten opzichte van 2012 betekent dit een daling met 5,9%. Gemeten in aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) is sprake van een lichte stijging met 1,4%. Het aantal uitgiftes steeg met 3,5% naar 225,7 miljoen. De kostendaling in 2013 wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de overheveling van een aantal oncolytica en groeihormonen naar het ziekenhuisbudget. Ook het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid heeft geleid tot verdere prijsverlagingen bij vooral generieke geneesmiddelen. De uitbreiding van het preferentiebeleid naar geneesmiddelen waarvan in 2012 en 2013 het patent verliep heeft eveneens bijgedragen aan verdere prijsverlagingen en daardoor aan de daling in de geneesmiddelenkosten. De kosten voor de zorgprestaties van apothekhoudenden zijn in 2013 iets gestegen, met 1,4%. Deze stijging blijft achter bij de groei van het aantal geleverde zorgprestaties; per saldo is er sprake van een lichte daling van de tarieven van apothekhoudenden.

Het aantal uitgiftes is in 2013 gestegen naar 225,7 miljoen, een stijging van 3,5%. Het leeuwendeel van de uitgiftes heeft betrekking op WMG-uitgiftes: 218,8 miljoen. Daarnaast worden er nog 6,9 miljoen Buiten-WMG-artikelen afgeleverd. Het gaat daarbij vooral om voedingsmiddelen en zogenoemde doorgeleverde bereidingen.

Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) voor WMG-middelen dan is sprake van een stijging van 1,4%. We concluderen dat gemiddeld genomen het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per uitgifte sinds 2009 afneemt. Deze afname kan vooral worden toegeschreven aan de toename van het gebruik van weekuitgiftes. Sinds juli 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseerverpakkingen (voor één week of voor meerdere

weken tegelijk) afzonderlijk te declareren. Het gebruik van deze weekdoseerverpakkingen is sinds 2008 aanzienlijk toegenomen.

Het geneesmiddelengebruik (gemeten in aantallen DDD's) is in 2013 toegenomen met 1,4%. De daling van het aantal DDD's in 2011 ten opzichte van 2009 kan voor een belangrijk deel (circa 500 miljoen DDD's en bijna 2 miljoen uitgiftes) worden toegeschreven aan de pakketmaatregel om de vergoeding van anticonceptie te beperken voor vrouwen tot 21 jaar. Deze leeftijdsbeperking gold ook voor de periode 2004 t/m 2008, maar werd in 2009 weer ongedaan gemaakt.

De (lichte) daling van het aantal 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.

Kijken we naar de uitgavenontwikkeling voor de verstrekte geneesmiddelen dan valt op dat de basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen gedaald is van € 3.603 miljoen in 2009 naar € 2.712 miljoen in 2013. Terwijl het gebruik van geneesmiddelen is toegenomen zijn de uitgaven juist gedaald. Deze daling kan in belangrijke mate worden toegeschreven aan:

- de prijsverlagingen van vooral generieke geneesmiddelen onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en de uitbreiding van dit preferentiebeleid naar middelen waarvan het patent afliep
- de prijsverlagingen die worden afgedwongen op grond van de WGP.
- de overheveling van groepen veelal dure geneesmiddelen, naar het ziekenhuisbudget.

Sinds 2011 is basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen gedaald van € 3.532 miljoen naar € 2.712 miljoen. Een daling van circa € 820 miljoen. Hiervan kan € 505 miljoen

Tabel 3.1 | Farmaceutische zorg: aantal WMG-terhandstellingen en DDD's, 2009–2013

1 = 1 MILJOEN

	2009	2010	2011	2012	2013	Mutatie '12-'13
Standaardterhandstelling	126,3	128,5	128,0	125,6	124,7	-0,7%
Weekterhandstelling	44,1	56,9	70,3	85,8	94,1	9,7%
<b>Totaal terhandstellingen</b>	<b>170,4</b>	<b>185,4</b>	<b>198,3</b>	<b>211,4</b>	<b>218,8</b>	<b>3,5%</b>
DDD's WMG-terhandstellingen	7.343	7.659	7.356	7.545	7.653	1,4%
DDD's per WMG-terhandstelling	43,1	41,3	37,1	35,7	35,0	-2,0%

**Tabel 3.2 | Farmaceutische zorg: totale kosten en kostenopbouw, 2009-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2009	2010	2011	2012	2013	Mutatie '12-'13
Basisvergoeding WMG	3.603	3.574	3.532	2.985	2.712	-9,1%
Basisvergoeding Buiten-WMG	92	99	106	99	96	-3,4%
Tarieven, geleverde zorgprestaties	1.099	1.246	1.277	1.267	1.284	1,4%
BTW	288	295	295	261	246	-5,9%
<b>Totale kosten</b>	<b>5.081</b>	<b>5.213</b>	<b>5.210</b>	<b>4.612</b>	<b>4.338</b>	<b>-5,9%</b>

worden toegeschreven aan de geneesmiddelengroepen die in 2012 en 2013 zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Hieronder een uitsplitsing van de soorten middelen die in 2012 en 2013 zijn overgeheveld en de kosten in het jaar voorafgaand aan de overheveling:

2012	TNF-alfa-blokkers	€ 360 miljoen
2013	Groeihormonen	€ 52 miljoen
2013	Oncolytica	€ 97 miljoen
2013	Immunosuppressiva	€ 36 miljoen

De tweede factor die verantwoordelijk is voor deze daling is het patentverlies van specialités in combinatie met preferentiebeleid. Patentverlies in combinatie met het feit dat het geneesmiddel dan door meerdere leveranciers wordt aangeboden, leidt op zich niet tot forse prijsdalingen. Deze prijsdalingen zijn pas zichtbaar als zorgverzekeraars overgaan tot het aanwijzen van preferente leveranciers. Van de hiervoor bedoelde daling in de basisvergoeding van € 820 miljoen kan circa € 210 miljoen worden toegeschreven aan geneesmiddelen die in 2012 of 2013 hun patent kwijtraakten, gevolgd door preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Het patentverlies van het geneesmiddel atorvastatine (merknaam: Lipitor) in combinatie met preferentiebeleid is verantwoordelijk voor een kostendaling van circa € 110 miljoen. We concluderen dat de daling in de uitgaven voor geneesmiddelen de afgelopen jaren substantieel is geweest. De daling heeft echter geen structureel karakter.

De inkomsten uit tarieven voor geleverde zorgprestaties door apothekhoudenden (inclusief de marge voor buiten WMG-middelen) steeg van € 1.190 miljoen in 2009 naar € 1.380 miljoen in 2013. Deze stijging hangt samen met een toename van het aantal uitgiftes en een wijziging in de tariefstructuur: de vaste aflevertarieven per uitgifte werden vervangen door gedifferentieerde tarieven, afhankelijk van de geleverde zorgprestatie.

Gemiddeld was tot en met 2011 sprake van een verhoging van het aflevertarief, mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen door apothekhoudenden in de periode 2008 t/m 2011.

Per 1 januari 2012 zijn de tarieven vrijgegeven en onderhandelbaar in de contracten tussen apothekers en zorgverleners. Deze tariefsonderhandelingen hebben voor zowel 2012 als 2013 geleid tot gemiddeld iets lagere tarieven.

In tabel 3.2 geven we een samenvattend overzicht van de kostenontwikkeling over de afgelopen vijf jaar. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de kosten voor WMG-geneesmiddelen en buiten-WMG-middelen, de afleververgoeding die apothekhoudenden ontvingen en de BTW (6%) over de verschillende kostencomponenten. Niet in dit overzicht staan de eigen betalingen van verzekeren in het kader van het GVS. De GVS-bijbetalingen laten een lichte daling zien van € 42,5 miljoen (2009) naar € 40,1 miljoen in 2013.

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

In tabel 3.3 en figuur 3.1 laten we zien hoe de stijging in de geneesmiddelenkosten kan worden opgesplitst in een volume- en prijscomponent. We beperken ons hierbij tot

**Tabel 3.3 | Farmaceutische zorg: volume- en prijscomponent, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mutatie t.o.v. vorig jaar	81	154	220	319	42	-240	-29	-43	-547	-273
Prijscomponent	224	41	85	128	-179	-224	-239	114	-640	-316
Volumecomponent	-142	114	135	191	221	-16	210	-156	93	43

**Figuur 3.1 | Farmaceutische zorg: volume- en prijscomponent, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO



de WMG-geneesmiddelen en gaan uit van de basisvergoeding die door de zorgverzekeraars aan de apotheek worden vergoed; dit is exclusief 6% BTW en exclusief de afleververgoeding voor de apotheker. Wat opvalt, is dat de prijscomponent een dalende trend laat zien. In de jaren 2008, 2009, 2010, 2012 en 2013 is zelfs sprake van een negatieve prijscomponent.

Zoals hiervoor al aangegeven wordt de negatieve prijscomponent vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het preferentiebeleid en de prijsdruk via de WGP. Voor 2012 en 2013 wordt de negatieve prijscomponent gedomineerd door de overheveling van relatief dure geneesmiddelen vanuit het GVS naar het ziekenhuisbudget.

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 die de aanspraken op anticonceptiemiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen hebben beperkt. De overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget (2012 en 2013) heeft maar een heel beperkt effect op de volumecomponent gehad.

Voor 2013 geldt dat de totale basisvergoeding voor WMG-geneesmiddelen ten opzichte van 2012 met € 273

miljoen is gedaald. Deze daling is de resultante van een negatieve prijscomponent van € 316 miljoen en een positieve volumecomponent van € 43 miljoen.

Een andere manier om te kijken naar de kostenontwikkeling voor geneesmiddelen is deze uit te splitsen naar geneesmiddelen waarop nog patent berust (specialités) en geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen. Geneesmiddelen uit deze laatste groep worden veelal door meerdere leveranciers aangeboden; men spreekt van generieke geneesmiddelen. We doen deze confrontatie op het niveau van de apotheekinkoopprijs (tabel 3.4). Duidelijk zichtbaar is dat de inkoopwaarde van de generieke geneesmiddelen daalt, en dit ondanks een forse stijging van de afgeleverde hoeveelheden. Sinds 2012 is ook sprake van een daling van de apotheekinkoopwaarde voor specialités, als gevolg van de overheveling. We verwachten dat het prijsniveau van generieke geneesmiddelen in 2014 zal stabiliseren. Voor de specialités verwachten we een geringe stijging van de gemiddelde apotheekinkoopprijs per DDD.

We concluderen dat sinds 2010 (gemeten in aantallen DDDs) de geneesmiddelenmarkt in Nederland gedomineerd wordt door generieke geneesmiddelen; het marktaandeel van generieke middelen is in de afgelopen jaren gestegen van 43% in 2004 naar 65% in 2013. Kijken we echter naar de apotheekinkoopprijs (AIP) dan ontstaat een heel andere beeld en is het marktaandeel van generieke geneesmiddelen gedaald van 19% in 2004 naar ruim 14% in 2013. De oorzaak van deze tegengestelde ontwikkeling ligt in de prijsontwikkeling van generieke middelen: de gemiddelde apotheekinkoopprijs voor deze middelen is in de afgelopen jaren gedaald van € 0,25 (in 2004) naar € 0,08 per DDD in 2013. Voor de specialités was sprake van een stijging van de gemiddelde apotheekinkoopprijs van € 0,82 (in 2004) naar € 0,93 per DDD in 2013. De daling zichtbaar in 2012 en 2013 komt voor een belangrijk deel voor rekening van de overheveling van relatief dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

Voor specialités geldt dat nadat het patent is verlopen het marktaandeel snel afneemt ten gunste van de generieke varianten die op de markt verschijnen. De prijzen van deze

**Tabel 3.4 | Farmaceutische zorg (WMG): apotheekinkoopwaarde en DDDs, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

Apotheekinkoopwaarde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Specialités	2.666	2.763	2.897	3.159	3.391	3.348	3.383	3.317	2.812	2.465
Generiek	629	689	779	834	621	446	409	378	374	422

1 = 1 MILJOEN

Aantal DDDs	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Specialités	3.242	3.180	3.207	3.312	3.800	3.726	3.582	3.108	2.887	2.663
Generiek	2.505	2.775	2.991	3.218	3.573	3.617	4.077	4.248	4.658	4.989

1 = 1 EURO

Gemiddelde apotheekinkoopprijs per DDD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Specialités	0,82	0,87	0,90	0,95	0,89	0,90	0,94	1,07	0,97	0,93
Generiek	0,25	0,25	0,26	0,26	0,17	0,12	0,10	0,09	0,08	0,08

nieuwe generieke middelen liggen over het algemeen iets lager (circa 15–20%) dan het specialité. Echter 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 aangegeven is het de apotheker die bepaalt welke leverancier de voorkeur heeft. Deze keuze wordt in belangrijke mate bepaald door de hoogte van de kortingen die de leverancier aan de apotheker verstrekt. Een hoge apotheekinkoopprijs biedt dan de meeste ruimte voor het verlenen van kortingen. Pas als zorgverzekeraars gaan bepalen welke leverancier preferent is, wordt de ruimte voor kortingen aan de apotheker afgeroomd en omgezet in lagere prijzen voor de zorgverzekeraar en de verzekerde.

Ook voor specialités waarop nog patent rust is sprake van een zekere concurrentie, namelijk als gevolg van parallelimport van deze geneesmiddelen uit andere Europese landen. Parallelimport is aantrekkelijk als de prijzen in Nederland hoger liggen dan in andere Europese landen. Dit prijsverschil wordt echter niet of nauwelijks vertaald in lagere prijzen voor de consument, maar komt vooral ten

goede aan de importeur zelf en aan de apotheker in de vorm van inkoopkortingen. Want ook hier is het uiteindelijk de apotheker die bepaalt of het Nederlandse specialité of een parallel geïmporteerd product wordt afgeleverd. Parallelimport richt zich vooral op specialités met een relatief hoge omzet. Pas als zich generieke aanbieders aandienen zal het marktaandeel van parallelimport (als sneeuw voor de zon) verdwijnen.

De omzet (gemeten in AIP) voor geneesmiddelen die via parallelimport in Nederland worden verhandeld is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven. In 2013 is echter sprake van een trendbreuk. De omzet van parallelimport bedroeg in 2013, € 365,5 miljoen tegenover € 588 miljoen in 2012. Deze terugval kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan patentverlies.

Het marktaandeel van parallelimport bedroeg in 2012 iets meer dan 17% van de totale markt voor WMG-geneesmiddelen, in 2013 is dit teruggelopen naar 12,7%. In tabel 3.5 staat een overzicht van de vijf specialités met een omzet van meer dan € 8 miljoen (gemeten in AIP) voor parallelimport. Deze vijf middelen zijn samen verantwoordelijk voor circa 32% van de totale omzet van parallelimport.

**Tabel 3.5 | Top 5: Specialités via parallel import o.b.v. marktaandeel AIP, 2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

rang	stofnaam (merknaam)	indicatiegebied	AIP	aandeel
1	salmeterol en anti-astmatica (Seretide)	astma & COPD	45,4	43%
2	rosuvastatine (Crestor)	verhoogd cholesterol	44,2	75%
3	ezetimibe (Ezetrol)	verhoogd cholesterol	10,4	34%
4	mesalazine	chronische darmontsteking	8,6	36%
5	etoricoxib	artrose, reumatoïde artritis	8,1	75%

**Tabel 3.6 | Farmaceutische zorg: DDDs WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1A geneesmiddelen	5.200	5.377	5.596	5.956	6.615	6.587	6.889	6.725	6.903	7.023
1B geneesmiddelen	547	578	602	574	758	756	770	631	642	630
<b>Totaal</b>	<b>5.747</b>	<b>5.955</b>	<b>6.198</b>	<b>6.530</b>	<b>7.373</b>	<b>7.343</b>	<b>7.659</b>	<b>7.356</b>	<b>7.545</b>	<b>7.653</b>

**Tabel 3.7 | Farmaceutische zorg: basisvergoeding WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1A geneesmiddelen	2.557	2.639	2.857	3.129	3.068	2.832	2.762	2.718	2.150	1.991
1B geneesmiddelen	484	529	543	585	663	690	708	718	747	633
Overige WMG-middelen	65	94	82	86	112	81	105	95	88	88
<b>Totaal</b>	<b>3.107</b>	<b>3.262</b>	<b>3.482</b>	<b>3.801</b>	<b>3.843</b>	<b>3.603</b>	<b>3.574</b>	<b>3.532</b>	<b>2.985</b>	<b>2.712</b>

## Geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status

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

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

- **1A middelen:** geneesmiddelen die zijn ondergebracht in een GVS-cluster met andere geneesmiddelen; binnen dit cluster worden de middelen als onderling vervangbaar beschouwd en geldt een vergoedingslimiet.

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

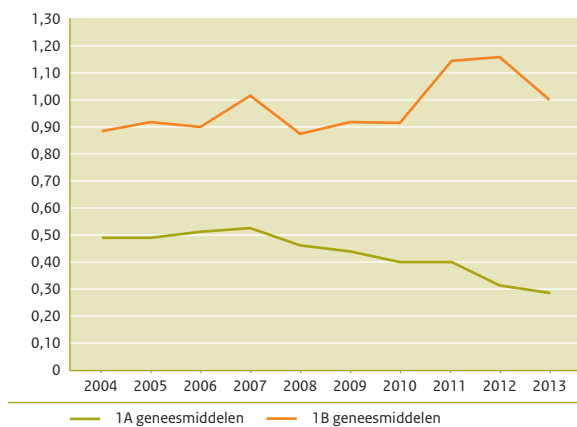
Voor de geneesmiddelen op 1A geldt dat het gebruik – gemeten in het aantal standaard dagdoseringen (DDDs) – in de periode 2009 tot en met 2013 is gestegen van 6.587 miljoen naar 7.023 miljoen; een gemiddelde stijging van 1,6% per jaar (zie tabel 3.6). De basisvergoeding voor 1A-geneesmiddelen daalde, van € 2.832 miljoen in 2009 naar € 1.991 miljoen in 2013; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 8,4% (zie tabel 3.7). Deze daling kan in zijn geheel worden toegeschreven aan de prijsdruk vanuit de WGP, het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid, een aantal beperkingen in de aanspraken (onder andere: anticonceptie en het gebruik van maagmiddelen) en de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

Voor de geneesmiddelen op 1B is het aantal DDDs in de periode 2009 tot en met 2013 gedaald van 756 miljoen naar 630 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse daling van 4,4%. De basisvergoeding voor 1B-geneesmiddelen steeg van € 690 miljoen in 2009 naar € 633 miljoen in 2013; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 2,2%. Deze daling is vooral geconcentreerd in 2013 (overhevelingsoperatie naar ziekenhuisbudget).

Wat betreft de gepresenteerde DDD-tellingen merken we op dat deze zijn gebaseerd op de DDD-waarden zoals deze per 1 januari 2013 door de WHO zijn vastgesteld. Wijzigin-

**Figuur 3.2 | Farmaceutische zorg: basisvergoeding per DDD, 2004-2013**

1 = 1 EURO



gen in deze DDD-waarden werken met terugwerkende kracht door in de DDD-tellingen over voorgaande jaren. Ook de fluctuaties in de aantallen DDDs kunnen teruggevoerd worden naar de verschillende pakketmaatregelen die in deze periode zijn genomen. Een uitgebreid overzicht van de verschillende pakketmaatregelen kunt u vinden op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

In figuur 3.2 geven we de ontwikkeling weer van de gemiddelde basisvergoeding per DDD over de periode 2004 tot en met 2013. 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. Hierop is 2013 een uitzondering door de overheveling van relatief dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

Voor geneesmiddelen die binnen het GVS als onderling vervangbaar worden beoordeeld (bijlage 1A) geldt een maximum vergoedingslimiet. Voor het leeuwendeel van

de geneesmiddelen ligt de prijs van deze geneesmiddelen onder de vergoedingslimiet, zodat deze middelen volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed. Voor een beperkt aantal middelen is dit niet het geval en is daardoor sprake van bijbetaling door de verzekerde. Ten opzichte van 2011 zijn de bijbetalingen de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven; in 2013: € 40,1 miljoen.

Ten opzichte van de totale uitgaven voor geneesmiddelen die via de basisverzekering worden vergoed is het totale bijbetalingsbedrag gering: minder dan 1,0% van de totale kosten. De bijbetalingen concentreren zich echter rond een beperkt aantal middelen, zodat voor individuele gebruikers het bijbetalingsbedrag per jaar toch nog fors kan oplopen. In tabel 3.8 staat de top 10 van geneesmiddelen waarvoor in 2013 het meest moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor 89% van het totaal aan GVS-bijbetalingen.

De GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar in het kader van basisverzekering niet worden vergoed. Wel is het mogelijk om bepaalde bijbetalingen via de aanvullende verzekering te vergoeden. Ons is niet precies bekend welk deel van de GVS-bijbetalingen alsnog via de aanvullende verzekering worden vergoed. Het is denkbaar dat verzekerden bij de keuze voor een zorgverzekeraar respectievelijk een aanvullende verzekering 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. De geneesmiddelen waarvoor het meest moest worden bijbetaald zijn middelen met de indicatiegebieden ADHD en urine-incontinentie.

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten slechts één keer herijkt, namelijk in

**Tabel 3.8 | Top 10: GVS-bijbetalingen in 2013**

rang	stofnaam (merknaam)	ATC-code	indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = € 1 miljoen	gebruikers 1 = 1
1	methylfenidaat (Concerta)	N06BA04	ADHD	23,1	183.690
2	atomoxetine (Strattera)	N06BA09	ADHD	3,4	5.022
3	solifenacine (Vesicare)	G04BD08	urine-incontinentie	2,2	74.468
4	tinzaparine (Logiparine)	B01AB10	trombose	1,9	8.691
5	drosiprenon en oestrogeen (Yasmin)	G03AA12	anticonceptie	2,2	26.727
6	rasagiline (Azilect)	N04BD02	ziekte van Parkinson	0,7	861
7	calcipotriol, combinaties (Dovobet)	D05AX52	psoriasis	0,6	66.801
8	colesevelam (Cholestagel)	C10AC04	verhoogd cholesterol	0,5	1.493
9	agomelatine (Valdoxan)	N06AX22	depressie	0,5	8.094
10	miconazol (Daktarin)	A07AC01	schimmelinfecties	0,4	51.141
<b>Totaal top 10</b>				<b>35,6</b>	
<i>Totaal alle GVS-bijbetalingen</i>				<i>40,1</i>	

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

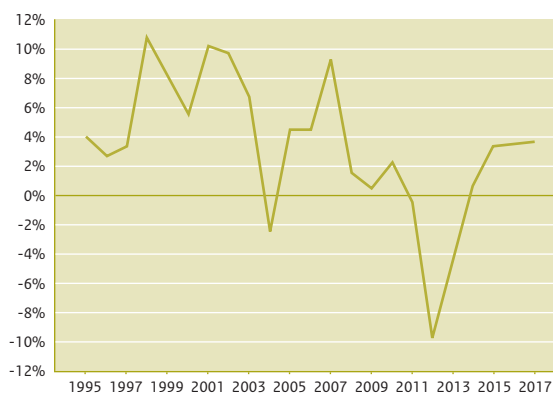
De afgelopen jaren is al een aantal keren, vanuit de Tweede Kamer, gepleit voor een herijking van de vergoedingslimieten. Een herijking zal tot gevolg hebben dat er meer geneesmiddelen boven de (nieuwe, lagere) vergoedingslimiet zullen uitkomen dan nu het geval is. Wanneer fabrikanten kiezen voor prijsverlagingen tot op, of net onder de nieuwe limiet, zullen de kosten voor geneesmiddelen dalen zonder dat dit direct zal leiden tot verschuivingen in het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Indien de fabrikanten hun prijzen handhaven zal door de verzekerde moeten worden bijbetaald en zal de verzekerde samen met de voorschrijver een afweging moeten maken tussen een geneesmiddel met bijbetaling, of een vergelijkbaar alternatief maar dan zonder bijbetaling. Dit laatste zal wel leiden tot verschuivingen in het gebruik naar geneesmiddelen die zonder bijbetaling beschikbaar zijn. Voor een beperkt aantal middelen zal overigens gelden dat de vergoedingslimiet stijgt, waardoor de kosten juist zullen stijgen. Per saldo zal een herijking de kosten doen dalen, maar het gaat uiteindelijk ook om de afweging tussen de opbrengst in relatie tot het aantal verzekerden dat met bijbetaling dan wel omzetting naar een ander geneesmiddel zal worden geconfronteerd.

### Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2014-2017

Voor 2014 verwacht Zorginstituut Nederland dat de kosten voor farmaceutische zorg zullen groeien met circa 0,6%. We hebben hierbij rekening gehouden met de overheveling van de kosten voor IVF-geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget (circa € 39 miljoen). Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een gemiddeld jaarlijkse groei van circa 3,5%.

Voor 2015 is nog geen rekening gehouden met eventuele verdere overheveling van geneesmiddelengroepen naar het ziekenhuisbudget, wel is rekening gehouden met een stijging van de vergoedingen aan apothekhoudenden als gevolg van een toename van de door zorgverzekeraar te contracteren extra zorgprestaties gericht op kwaliteitsverbetering van farmaceutische zorg.

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



realisatie: 1995-2013 en raming: 2014-2017

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 uitgiftes. Ook is het mogelijk vanuit verschillende perspectieven naar deze kostenontwikkeling te kijken.

Zo valt bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (multi-source-geneesmiddelen) en 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 volume-componenten. Deze vormen op hun beurt weer de input voor het ramingsmodel. Op grond van deze analyse en de gegevens over 2013, heeft Zorginstituut Nederland de ramingsparameters voor 2014 vastgesteld en doorgeraamd naar de daaropvolgende jaren.



**Tabel 3.9 | Middellangetermijnraming farmaceutische zorg, 2014-2017**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kosten	5.063	5.079	5.191	5.153	4.568	4.325	4.353	4.500	4.658	4.826
Mutatie	1,7%	0,3%	2,2%	-0,7%	-11,4%	-5,3%	0,6%	3,4%	3,5%	3,6%

realisatie: 2008-2013 en raming: 2014-2017

In tabel 3.9 presenteren we de resultaten van de middellangetermijnraming voor 2014 tot en met 2017, inclusief de reeks in de daaraan voorafgaande periode van 2008-2013. In deze raming is rekening gehouden met de effecten van:

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

De MLT-raming gaat uit van de kosten voor farmaceutische zorg, gebaseerd op de binnen het GIP verzamelde gegevens, opgehoogd naar een macrobeeld. Deze raming verschilt in geringe mate van de macrokosten zoals die worden verantwoord in het kader van de Zorgverzekeringswet. De hier gepresenteerde uitkomsten van deze MLT-raming gaat uit van de kostenreeks zoals deze binnen de Zvw is vastgelegd. Voor 2013 geldt dat het bedrag nog zal worden bijgesteld door het verrekenen van na-ijlende declaraties. De verwachting is dat de feitelijke kosten na deze verrekening iets lager zullen uitvallen.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2017 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot ruim € 4,8 miljard. Figuur 3.3 is een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages; van 1995 tot en met 2013 op basis van gerealiseerde cijfers en voor 2014-2017 op basis van de MLT-raming.

De procentuele groei in de periode 1995-2013 betreft de realisatie, dus inclusief de effecten van het gevoerde beleid. Duidelijk zichtbaar zijn hier de effecten van de in het

verleden getroffen beleidsmaatregelen, zoals de invoering van een Positieve lijst Geneesmiddelen (1995), de introductie van de Wet Geneesmiddelenprijzen (1996), de verlaging van de inkoopvergoedingen aan apotheehoudenden (clawback, in 1998/1999 en 2000), de herijking van de GVS-vergoedingslimieten (1999), de introductie en de verlenging van het geneesmiddelenconvenant (2004-2007), de uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2008-2012) en de overheveling van geneesmiddelengroepen naar het ziekenhuisbudget (2012-2013).

### Generieke geneesmiddelen: lagere prijzen door preferentiebeleid

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

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

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

We beperken ons tot de geneesmiddelen die op bijlage 1A van het GVS staan. Het aantal WMG-uitgiftes waarop een generiek geneesmiddel is afgeleverd, is gestegen van 61,2

Tabel 3.10 | Top 10: DDDs en aandeel in totaal generieke geneesmiddelen, 2013

1 = 1 MILJOEN

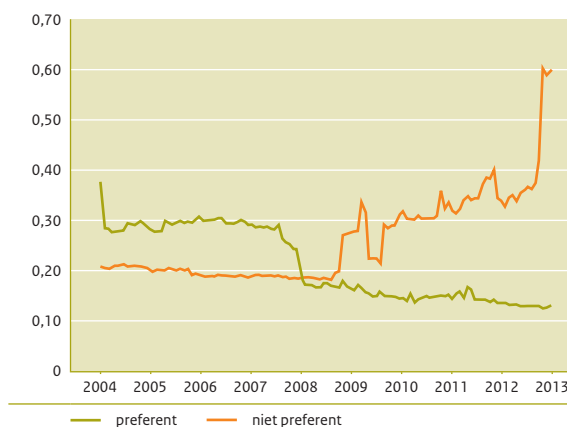
rang	stofnaam	indicatiegebied	DDD's	aandeel
1	omeprazol	maagzuurklachten	361,8	97%
2	simvastatine	verhoogd cholesterol	332,0	99%
3	acetylsalicylzuur	trombose, infarct	222,0	99%
4	metoprolol	hartfalen, hypertensie	180,3	99%
5	amlodipine	hypertensie, angina pectoris	173,8	97%
6	enalapril	hypertensie, hartfalen	162,1	98%
7	metformine	diabetes	149,8	100%
8	hydrochloorthiazide	hypertensie	147,0	99%
9	pantoprazol	maagzuurklachten	143,5	98%
10	levonorgestrel en oestrogeen	anticonceptie	126,6	100%

miljoen in 2004 naar 149,4 miljoen in 2013. Het marktaandeel, gemeten in uitgiftes, is in deze periode toegenomen van bijna 49% naar iets meer dan 68%. Kijken we naar de ontwikkeling van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) dan is een vergelijkbare trend waar te nemen. Het aandeel DDD's van generieke geneesmiddelen steeg van ruim 43% in 2004 naar ruim 65% in 2013. De stijging in het gebruik van generieke middelen wordt mede veroorzaakt door het patentverlies van veelgebruikte specialités. Sinds 2000 zijn er ruim 150 specialités uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke aanbieders. Daarnaast wordt de toename in het gebruik van generieke geneesmiddelen gestimuleerd doordat in Nederland de voorschrijvers standaard op stofnaam voorschrijven, wat het afleveren van een generiek middel door de apotheker vergemakkelijkt. Voorts zien we een tendens bij huisartsen en specialisten om zich bij het voorschrijven van geneesmiddelen te laten leiden door doelmatigheid: waarom een duurder middel voorschrijven als er een gelijkwaardig maar goedkoper alternatief voorhanden is. Elders in *GI Peilingen* geven we aan dat deze ontwikkeling zichtbaar is bij het voorschrijven van cholesterolverlagende middelen en maagmiddelen, maar dat er ook nog veel doelmatigheids-winst kan worden gerealiseerd.

Wanneer we naar het marktaandeel in apotheekinkooprijzen kijken, is sprake van een tegenovergestelde verschuiving: het marktaandeel van generiek is sinds 2004 gedaald van ruim 19% naar ruim 14% in 2013. Deze ontwikkeling wordt primair veroorzaakt door de prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Voor het leeuwendeel van de generieke geneesmiddelen geldt dat deze onderwerp zijn van dit preferentiebeleid. De gerealiseerde prijsdalingen zijn aanzienlijk: de gemiddelde apotheekinkooprijzen van

Figuur 3.4 | AIP per DDD generieke geneesmiddelen, 2004–2013 per maand

1 = 1 EURO



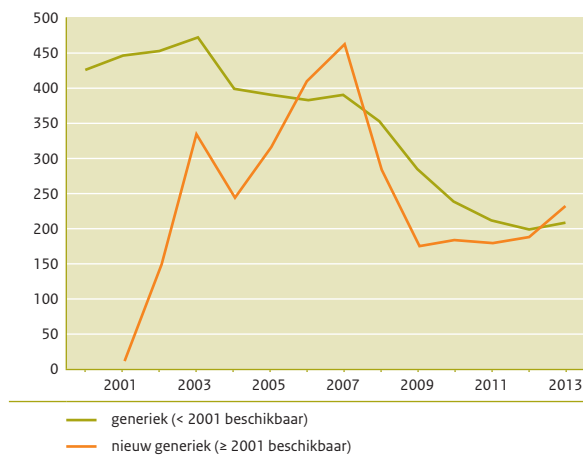
generieke geneesmiddelen per DDD daalde in deze periode van € 0,25 in 2004 naar € 0,08 in 2013. Het lijkt erop dat de gemiddelde prijzen voor generieke geneesmiddelen zich zijn gaan stabiliseren.

Figuur 3.4 toont per maand de prijsontwikkeling van generieke geneesmiddelen sinds januari 2004. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2013 door zorgverzekeraars een preferentiebeleid gold en de overige generieke geneesmiddelen. Om de prijzen en de ontwikkeling daarbinnen onderling te kunnen vergelijken gaan we uit van de gewogen, gemiddelde AIP per standaard dagdosering. De weging vindt plaats op basis van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen. Om te bepalen of een middel preferent is, gaan we uit van de situatie zoals deze gold eind 2013.

Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de prijzen in februari 2004

**Figuur 3.5 | Omzet AIP generieke geneesmiddelen, 2000-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO



zijn gedaald van € 0,36 per DDD naar € 0,24 per DDD. Tot 2008 blijven de prijzen redelijk stabiel. In de loop van 2008 en 2009 gaan de prijzen nog weer verder omlaag naar uiteindelijk gemiddeld € 0,08 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze generieke geneesmiddelen zijn in deze periode gemiddeld met meer dan 80% gedaald. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. De prijzen zijn aanvankelijk stabiel gebleven en vanaf 2009 is sprake van een stijgende lijn. In de tweede helft van 2013 is zelfs sprake van een zeer forse prijsstijging, oplopend naar € 0,60 per DDD.

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 99% is toegenomen, zijn de uitgaven op AIP-niveau met ruim € 200 miljoen gedaald naar € 422 miljoen in 2013. Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2013 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 2013 worden berekend op bijna € 900 miljoen. Een relativerende opmerking bij de hoogte van deze besparing is op zijn plaats: alle prijsverlagingen, dus ook de prijsverlagingen van middelen waarvan het patent sinds 2008 is verlopen, zijn hierbij toegerekend aan het preferentiebeleid.

Voor de generieke geneesmiddelen die vanaf 2001 op de markt zijn gekomen geldt dat hun omzet in AIP is opgelopen van € 13,7 miljoen in 2001 naar € 232 miljoen in 2013. De omzet van generieke geneesmiddelen die ook al voor 2001 op de markt waren daalde van € 426 miljoen in 2000 naar € 208 miljoen in 2013. In figuur 3.5 laten we de omzetontwikkeling op jaarbasis zien. Wat opvalt, is dat de

omzet in de jaren 2000 – 2003 een sterke groei laat zien. In 2004 is sprake van een stevige daling: het 'convenant-effect'. Voor de jaren 2005 – 2007 stijgt de omzet weer, vooral onder invloed van de toename in het gebruik van deze middelen terwijl de prijzen vrij constant blijven. Vanaf 2007 en 2008, en de daarop volgende jaren, is weer sprake van een omzetsdaling, onder invloed van het preferentiebeleid. In 2013 is weer sprake van een stijging. We verwachten dat deze stijging zich zal voortzetten.

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2013 staat weergegeven in tabel 3.10. In de voorlaatste kolom is het aantal afgeleverde DDDs vermeld van het generieke geneesmiddel. In de laatste kolom is het aandeel vermeld van deze generieke middelen ten opzichte de totale markt (specialité, parallelimport en generieke middelen samen). De generieke geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel dat dicht tegen de 100% aankruipt. We concluderen dat na afloop van het patent de markt van het oorspronkelijke specialité nagenoeg geheel wordt overgenomen door de aanbieders van generieke alternatieven.

De generieke middelen in de top 10 zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 1.999 miljoen DDDs, dit komt overeen met 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

### Gematigde kostenontwikkeling door WGP en preferentiebeleid

*Kijken we terug op de periode 2004 – 2013, dan kunnen we constateren dat voor de geneesmiddelensector sprake is van een gematigde kostenontwikkeling en in 2012 en 2013 zelfs van een forse kostendaling. Dit in contrast met de daaraan voorafgaande periode (1997 – 2003), waarin de kosten juist sterk stegen. Deze gematigde kostenstijging is in belangrijke mate toe te schrijven aan de prijsdruk op generieke geneesmiddelen door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, de prijsdruk vanuit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en de overheveling van een aantal relatief dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Deze overheveling is in eerste instantie een verschuiving van de kosten en geen besparing. In tweede instantie heeft de overheveling wel tot doel om de jaarlijkse stijging van de kosten die met deze middelen gemoeid zijn in te perken door de ziekenhuizen hiervoor budgettair verantwoordelijk te maken. De verwachting is dat ziekenhuizen via hun inkoopmacht de (toekomstige) kostenstijging van deze veelal dure geneesmiddelen zullen weten te temperen. De effecten hiervan zullen nog door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden geëvalueerd.*

Het effect van alle, sinds 2004 gerealiseerde prijsdrukken- de maatregelen is aanzienlijk. Voor 2013 wordt de totale opbrengst geschat op € 3.405 miljoen. Of anders gezegd: als de prijzen van de geneesmiddelen in 2013 nog steeds

op het niveau van januari 2004 zouden verkeren, dan zouden de uitgaven voor geneesmiddelen in 2013 ruim het dubbele zijn van wat we nu uitgeven.

Deze constatering behoeft wel enige nuancering. Tussen 2004 en 2013 is sprake van een duidelijke toename in het gebruik van geneesmiddelen: gemeten in standaarddoseringen is sprake van een stijging met ruim 44%.

Voorts zien we dat de prijsverlagingen vooral waarneembaar zijn bij middelen die in deze periode uit patent zijn gegaan, waardoor generieke middelen op de markt kwamen met lagere prijzen. Dit is op zich wel een nieuw fenomeen: tot 2004 waren de prijsdalingen, als gevolg van patentverlies en de komst van nieuwe generieke middelen, zeer gering. De fabrikanten van generieke geneesmiddelen 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 marge-concurrentie aanzienlijk teruggebracht.

Zoals ook elders in deze publicatie is aangegeven moet ook de betekenis van de prijsverlagingen die door de overheid wordt afgedwongen via de WGP niet worden onderschat. De prijsdruk die via de WGP wordt uitgeoefend is substantieel: deze is verantwoordelijk voor bijna 65% van de geraamde opbrengst.

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

De extra prijsdruk die van de WGP uitgaat, zal de komende jaren nog voortduren maar waarschijnlijk minder spectaculair dan in de afgelopen jaren het geval is geweest. Dit heeft te maken met het feit dat de geneesmiddelenfabrikanten steeds vaker kiezen voor een Europese prijsstelling, waarbij de prijzen in de verschillende Europese landen op eenzelfde niveau liggen. De prijsdruk vanuit de WGP is vooral geconcentreerd op generieke middelen; omdat ook in de ons om-

ringende landen juist hier sprake is van forse prijsverlagingen werkt dit door in lagere maximumprijzen voor generiek. Voor de geneesmiddelen waarop nog patent berust is de prijsdruk veel lager omdat fabrikanten steeds vaker kiezen voor een eenvormige prijsstelling binnen Europa.

Al deze prijsverlagingen hebben tot gevolg dat de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen aan apothekhoudenden wordt beperkt. In opdracht van de NZa is al een aantal jaren door ConQuaestor/Significant onderzoek gedaan naar de hoogte van de nog resterende kortingen en bonussen door apothekhoudenden. Hieruit blijkt dat er inderdaad sprake is van een forse 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. Er zijn op dit moment geen recentere cijfers beschikbaar, maar gelet op de constante prijsdruk op generieke geneesmiddelen mag verwacht worden dat ook de inkoopkortingen verder onder druk zijn komen te staan, en daarmee zijn afgenomen.

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

In tabel 3.11 geven we een overzicht van de opbrengsten van de doorgevoerde prijsverlagingen vanaf 2004. Deze opbrengst wordt uitgesplitst naar de belangrijkste componenten waaruit deze is opgebouwd: clawback, WGP-effect, de vrijwillige prijsverlagingen onder invloed van het convenant en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. We concluderen dat de verschillende componenten samen verantwoordelijk zijn voor een kostendrukkend effect op de geneesmiddelenkosten van ruim € 3,4 miljard. Wel moeten we hier opmerken dat de aldus berekende besparingsopbrengst nogal geflatteerd is. Immers we confronteren de gerealiseerde uitgaven met een verwacht uitgavenniveau bij constante prijzen op basis van het prijspeil januari 2004.

Wat opvalt, is dat het aandeel van de prijsverlagingen die ook via de WGP zouden zijn afgedwongen vanaf 2004 neemt naar ruim € 2,2 miljard in 2013. De WGP is daarmee een belangrijke 'stille kracht' achter deze besparingsopbrengst. Het effect van de vrijwillige prijsverlagingen kan tot en met 2007 in belangrijke mate aan het convenant

**Tabel 3.11 | Prijsdruk via preferentiebeleid, clawback en WGP, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Clawback	181	182	187	206	131	202	192	159	152	141
Prijsverlagingen via WGP	-7	65	271	522	868	1.243	1.634	1.894	1.938	2.200
Vrijwillige prijsverlagingen	412	452	436	354	182	128	39	68	230	184
Preferentiebeleid	-	-	-	-	305	492	650	727	837	879
<b>Totaal</b>	<b>585</b>	<b>699</b>	<b>894</b>	<b>1.083</b>	<b>1.487</b>	<b>2.064</b>	<b>2.514</b>	<b>2.849</b>	<b>3.158</b>	<b>3.405</b>

worden toegeschreven. In de jaren daarna wordt het effect vooral bewerkstelligd door het intensiveren het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, inclusief de uitbreiding daarvan naar geneesmiddelen waarvan het patent sinds 2008 is verlopen.

In tabel 3.11 is vanaf 2008 in inschatting gemaakt van het effect van dit preferentiebeleid. Hierbij zijn de gerealiseerde prijsverlagingen vanaf 2008, voor zover het om preferente producten gaat, afzonderlijk berekend en toegerekend aan dit preferentiebeleid.

De derde component, de clawback (verlaging van de inkoopvergoedingen aan 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.

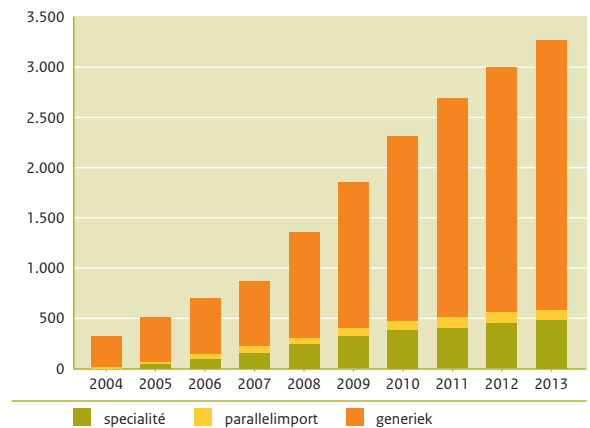
In formele zin is er vanaf 2012 geen sprake meer van een landelijk geldende clawback. Voor 2012 en 2013 geldt dat de zorgverzekeraars in hun contracten met apothekers deze verlaging van de inkoopvergoedingen over het algemeen hebben gehandhaafd. Feitelijk is er vanaf 2012 sprake van een voortzetting van de clawback.

In figuur 3.6 is het gezamenlijke prijsdrukkende effect van WGP en de vrijwillige prijsverlagingen op basis van het convenant en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid, verdeeld naar inkoopkanaal weergegeven. De hier gepresenteerde opbrengst is inclusief 6% BTW maar exclusief de opbrengstbijdragen via de clawback. Duidelijk zichtbaar is dat de prijsverlagingen vooral hebben plaatsgevonden bij de generieke geneesmiddelen. De generieke geneesmiddelen zijn in 2013 verantwoordelijk voor bijna 82% van de besparingsopbrengst.

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

**Figuur 3.6 | Opbrengst prijsmaatregelen naar inkoopkanaal, 2004-2012**

1 = 1 MILJOEN EURO



zowel in kosten als volume. Ook na patentverloop bleef het gebruik van deze middelen nog toenemen.

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

### Nieuwe geneesmiddelen: 13,5% van totale geneesmiddelkosten

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de Nederlandse markt. De minister van VWS beslist uiteindelijk of deze middelen ook voor vergoeding in het kader van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen - dat zijn geneesmiddelen die sinds 2004 op de markt zijn gekomen en zijn opgenomen in het verstrekkingenpakket - in de totale kosten is gestegen van 0,1% in 2004 naar ruim 13,5% in 2013. Anders gezegd, ruim 13% van de kosten voor geneesmiddelen heeft

**Tabel 3.12 | Nieuwe geneesmiddelen, ontwikkeling van de totale kosten, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

Introductiejaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2004	4,9	37,8	60,5	78,2	93,6	104,6	119,3	136,3	148,7	158,1
2005		7,7	31,3	51,9	66,4	70,0	75,6	80,1	83,0	83,9
2006			7,3	40,0	53,0	57,9	64,9	73,7	78,2	58,1
2007				15,0	40,7	54,7	70,6	95,3	102,9	62,3
2008					13,9	48,2	69,5	84,0	90,5	90,0
2009						3,8	20,7	35,1	28,9	26,4
2010							16,1	46,0	44,4	44,0
2011								3,9	21,9	31,4
2012									18,2	25,3
2013										4,4
<b>Totaal</b>	<b>4,9</b>	<b>45,5</b>	<b>99,1</b>	<b>185,2</b>	<b>267,6</b>	<b>339,2</b>	<b>436,7</b>	<b>554,4</b>	<b>616,7</b>	<b>583,8</b>
Aandeel in totale kosten	0,1%	1,0%	2,1%	3,6%	5,2%	6,7%	8,4%	10,6%	13,4%	13,5%

betrekking op geneesmiddelen die vanaf 2004 nieuw zijn geïntroduceerd en in het GVS zijn opgenomen.

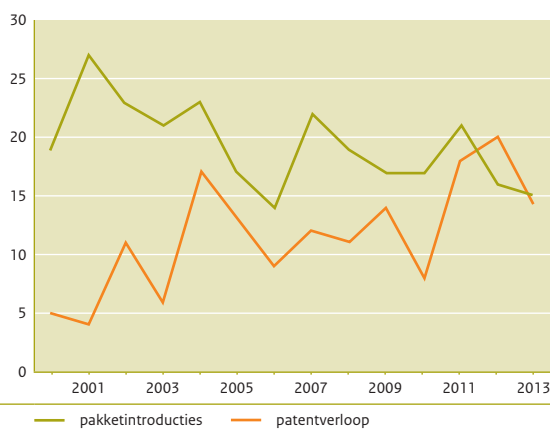
In tabel 3.12 geven we de kostenontwikkeling van deze nieuwe geneesmiddelen weer in relatie tot het jaar waarin ze werden geïntroduceerd. We beperken ons hierbij tot nieuwe middelen met een nieuwe werkzame stof, die zijn opgenomen in het GVS en worden vergoed op grond van de basisverzekering. Dit is dus exclusief nieuwe geneesmiddelen (werkzame stoffen) die uitsluitend in het ziekenhuis worden gebruikt. De kosten die gemoeid zijn met deze nieuwe geneesmiddelen stijgt sneller dan gemiddeld, vooral in de eerste vijf, zes jaar na introductie. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen is sinds 2004 opgelopen tot € 584 miljoen in 2013; dit is ruim 13% van de totale kosten voor de gehele extramurale farmaceutische zorg in datzelfde jaar.

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

Het aantal nieuwe geneesmiddelen laat een iets aflopende trend zien. In figuur 3.7 geven we het aantal nieuwe introducties weer in de periode 2000–2013. Ter vergelijking laten we ook het aantal middelen zien (eveneens op basis van werkzame stof) waarvan het patent in diezelfde periode verliep. Het aantal middelen waarvan het patent verliep laat een iets oplopende trend zien. Wat opvalt, is dat tot 2004 het aantal nieuwe introducties beduidend hoger ligt dan het aantal middelen waarvan het patent verliep. Vanaf

**Figuur 3.7 | Pakketintroducties versus patentverloop, 2000-2013**

1 = 1 WERKZAME STOF



2004 is de afstand tussen beide steeds kleiner geworden. Voor 2012 geldt dat het aantal nieuwe introducties achterblijft bij het aantal middelen dat het patent verloor. Kanttekening: nieuwe geneesmiddelen die uitsluitend intramuraal worden ingezet zijn niet in het overzicht verwerkt.

Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2009 in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen en de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan, verwijzen we naar onze website: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)

### Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk

Het preferentiebeleid heeft de prijzen van vooral generieke geneesmiddelen fors doen dalen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlagers: simvastatine

Tabel 3.13 | Statines: gebruikers en kosten per gebruiker, 2013

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
simvastatine (Zocor)	Ja, vanaf 2003	1.084.000	41,23
pravastatine (Selektine)	Ja, vanaf 2004	171.410	55,30
fluvastatine (Canef, Lescol)	Ja, vanaf 2008	20.937	69,39
atorvastatine (Lipitor)	Ja, vanaf 2012	412.580	67,93
rosuvastatine (Crestor)	Nee	221.690	294,60

Tabel 3.14 | Protonpomprenners: gebruikers en kosten per gebruiker, 2013

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
omeprazol (Losec)	Ja, vanaf 2002	1.042.000	46,49
pantoprazol (Pantozol)	Ja, vanaf 2009	589.480	49,55
lansoprazol (Prezal)	Ja, vanaf 2005	14.228	61,72
rabeprazol (Pariet)	Ja, vanaf 2012	35.274	129,90
esomeprazol (Nexium)	Ja, vanaf 2010	236.990	109,20

en pravastatine. De prijzen van deze middelen zijn ten opzichte van 2004 met bijna 95% verlaagd. De prijzen van middelen waarop nog patent rust, zoals bijvoorbeeld rosuvastatine (merknaam: Crestor) zijn nauwelijks verlaagd. Hierdoor zijn grote verschillen ontstaan in de behandelkosten tussen de verschillende statines. Dit is belangrijk omdat zolang niet is aangetoond dat deze duurdere middelen relevante therapeutische verschillen vertonen, het voor de hand ligt dat bij de therapiekeuze (vooral ook in die gevallen waar in een nieuwe behandeling wordt ingezet) de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt dat via doelmatig voorschrijven nog substantiële besparingen kunnen worden gerealiseerd. Dit geldt niet alleen voor de statines (indicatiegebied: verhoogd cholesterol), maar ook voor de groep van protonpomprenners (indicatiegebied: maagzuurklachten) en de AT<sub>1</sub>-antagonisten (indicatiegebied: hypertensie en hartfalen).

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. In tabel 3.13 worden de behandelkosten over 2013 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde kosten per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine van € 41,23 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is. De behandeling met het veel duurdere rosuvastatine (Crestor) is zeven keer duurder dan die met simvastatine. Deze verschillen zijn groot en beslaan inmiddels een periode van bijna tien jaar (in 2003 kwamen de eerste generieke aanbieders van simvastatine op de markt). Dit overzicht toont aan dat voorschrijvers, door vooral voor deze goedkopere generieke geneesmiddelen te kiezen, nog veel doelmatigheidswinst bereikt kan worden. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf statines wordt voorgeschreven en vervolgens door

de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2013 aan circa 80% van alle gebruikers van een statine het veel goedkopere simvastatine zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2013 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 56 miljoen.

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 3.14). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpomprenners beschikbaar. De behandeling met omeprazol is duidelijk het goedkoopst: € 46,49 per gebruiker per jaar. De behandeling met rabeprazol (Pariet) of esomeprazol (Nexium) zijn duidelijk duurder: € 129,90 respectievelijk € 109,20 per gebruiker per jaar. Deze verschillen bestaan ondanks het feit dat op alle vijf de protonpomprenners geen patent meer berust. De verschillen zijn wederom opmerkelijk, en geven aan dat ook hier via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf protonpomprenners wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2013 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere protonpomprenners het veel goedkopere omeprazol zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2013 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 16 miljoen.

Een derde groep waarbij sprake is van grote verschillen in behandelkosten zijn de AT<sub>1</sub>-antagonisten. AT<sub>1</sub>-antagonisten en ACE-remmers zijn geneesmiddelen die invloed hebben op een systeem, het renine-angiotensinesysteem (RAS), dat de electrolytenbalans, het vloeistofvolume en

Tabel 3.15 | AT<sub>1</sub>-antagonisten: gebruikers en kosten per gebruiker, 2013

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	kosten per gebruiker 1 = 1 euro
losartan (Cozaar)	Ja, vanaf 2010	225.050	51,13
eprosartan (Tevetan)	Ja, vanaf 2012	3.839	228,70
valsartan (Diovan)	Ja, vanaf 2011	161.050	70,39
irbesartan (Aprovel)	Ja, vanaf 2012	135.710	89,11
candesartan (Atacand)	Ja, vanaf 2012	73.075	79,51
telmisartan (Micardis)	Nee	47.703	227,50
olmesartan (Olmetec)	Nee	17.593	208,40
azilsartan (Edarbi)	Nee	32	116,70

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 AT<sub>1</sub>-antagonisten blokkeren een bepaald type receptor (type 1 angiotensine II receptor) en remmen daardoor de werking van angiotensine II. Beide groepen geneesmiddelen hebben nagenoeg dezelfde hoofdindicaties namelijk de behandeling van hypertensie en hartfalen. Richtlijnen van de beroepsgroep en het Farmacotherapeutisch Kompas adviseren een AT<sub>1</sub>-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 AT<sub>1</sub>-antagonist eerst een ACE-remmer moet hebben geprobeerd. In de praktijk blijkt dat maar bij 30% van de nieuwe gebruikers van een AT<sub>1</sub>-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 AT<sub>1</sub>-antagonist is twee tot drie keer zo duur als een ACE-remmer.

Indien dan toch voor AT<sub>1</sub>-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. In 2011 en 2012 volgden nog een viertal middelen met patentverlies. Dit heeft geleid tot veel lagere prijzen voor deze middelen. De kosten per gebruiker liggen nu op hetzelfde niveau als voor een ACE-remmer. Voor de overige middelen bleven de prijsverlagingen heel beperkt. In tabel 3.15 presenteren we een vergelijkend overzicht. De gemiddelde behandelkosten per gebruiker met losartan bedroegen in 2013 € 51,13 terwijl de behandeling met een duurdere AT<sub>1</sub>-antagonisten ruim vier keer zo hoog uitpakt.

Ook hier is weer sprake van opmerkelijke verschillen en dat via de voorschrijvers van deze middelen nog veel doel-

matigheidswinst kan worden bereikt. Of anders gezegd: als in het jaar 2013 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere middelen het veel goedkopere losartan zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2013 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa € 18 miljoen.

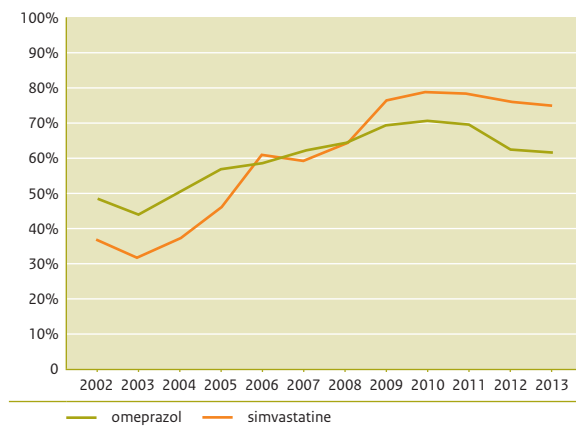
Zolang niet is aangetoond dat de duurdere middelen relevante verschillen vertonen, ligt het voor de hand dat bij de therapiekeuze, vooral ook in die gevallen waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet, de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Bovenstaande overzichten laten zien dat er door 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. Huisartsen en specialisten hebben de afgelopen jaren steeds vaker een generiek geneesmiddel voorgeschreven bij startende gebruikers. Zo wordt bij gebruikers die starten met een cholesterolverlagend middel in 2013 in 75% van de gevallen het generieke simvastatine voorgeschreven, tegenover 37% in 2002 (figuur 3.8). Opvallend is dat tot en met 2003 nog sprake was van een dalende trend naar 32%. Bij de protonpompremmers is een vergelijkbare ontwikkeling zichtbaar, voor wat betreft het voorschrijven van omeprazol bij startende gebruikers. De grafiek laat zien dat inmiddels het verzadigingspunt wel is bereikt, en de percentages weer dalen. Deze daling komt vooral doordat steeds meer middelen uit patent zijn gelopen. Op dit moment zijn vier van de vijf statines en alle vijf de protonpompremmers uit patent. De prijzen zijn fors gedaald (zie ook figuur 3.9).

Cholesterolverlagers (aantal gebruikers in 2013: 1,8 miljoen) en maagzuurremmers (aantal gebruikers in 2013: 1,8 miljoen) behoren tot de meest voorgeschreven middelen in Nederland. Een groot deel van het geneesmiddelenbudget wordt aan deze middelen besteed. De bestedingen aan deze

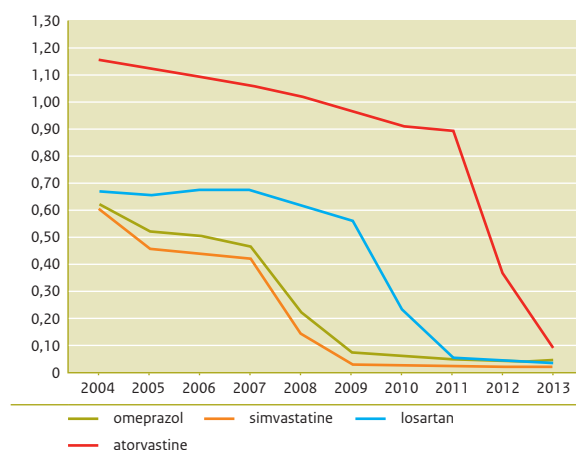


**Figuur 3.8 | Startende gebruikers simvastatine en omeprazol, 2002-2013**



**Figuur 3.9 | Prijsdalingen onder invloed van preferentiebeleid generieke geneesmiddelen, 2004-2013**

1 = 1 EURO



middelen bedragen € 258 miljoen per jaar; dit komt overeen met bijna 6% van de totale uitgaven voor receptgeneesmiddelen. We concluderen dat met prijsbewust voorschrijven nog substantiële besparingen mogelijk zijn, zeker nu de nieuwe behandelrichtlijnen voor het verder terugdringen van de risico's op hart- en vaatziekten zullen leiden tot een nog verdere groei van het aantal behandelingen.

In figuur 3.9 geven we voor de drie hiervoor genoemde geneesmiddelengroepen aan welke prijsverlagingen optraden toen het eerste middel uit de groep ook generiek beschikbaar kwam.

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

## Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis

Sinds 2004 is de NZa-beleidsregel dure geneesmiddelen van kracht. Normaal gesproken worden de geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegepast niet afzonderlijk vergoed, maar voor heel dure geneesmiddelen wordt hiervoor een uitzondering gemaakt. Het doel van deze beleidsregel is ziekenhuizen die deze dure geneesmiddelen toepassen, alsnog (gedeeltelijk) te compenseren voor de extra kosten die dit met zich mee brengt. In de loop der tijd is het aantal middelen dat onder deze beleidsregel valt toegenomen. Ook de kosten die hiermee zijn gemoeid namen toe. Met ingang van 2012 is de beleidsregel vervangen door een regeling waarbij deze geneesmiddelen door het ziekenhuis afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. De verrichtingen door het ziekenhuis worden op dit moment gedeclareerd via zogenaamde DBCs (diagnose behandelcombinaties); deze dure geneesmiddelen kunnen vanaf 2012 gedeclareerd door aan deze DBC-declaratie een zogenaamde add-on toe te voegen. Vanaf 2012 is het aantal middelen dat als add-on kan worden gedeclareerd nog verder toegenomen, door de overheveling van de TNF-alfa-blokkers in 2012 en de groeihormonen en oncolytica in 2013. Tot die tijd werden deze middelen nog vergoed vanuit het GVS. Deze overheveling impliceert dat de kosten voor het extramuraal geneesmiddelengebruik weliswaar zullen dalen maar deze kosten vervolgens verschuiven naar de ziekenhuiszorg. Zowel de overheid als de ziekenhuizen verwachten dat de kosten uiteindelijk wel lager zullen uitpakken en ook minder snel zullen stijgen vanwege de inkoopmacht van ziekenhuizen om lagere prijzen te bedingen.

Via het GIP beschikt Zorginstituut Nederland over een gedetailleerd inzicht in de volume- en kostenontwikkeling van het extramuraal geneesmiddelengebruik. Door de overheveling van geneesmiddel naar het ziekenhuisbudget dreigt de situatie te ontstaan dat een steeds groter deel van deze ontwikkelingen niet meer kan worden gevolgd. We zullen ons inspannen om deze ontwikkelingen in het intramuraal circuit ook in beeld te gaan brengen.

Als aanzet hiertoe geven we op macroniveau een overzicht met daarin de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten, uitgesplitst naar extramuraal en intramuraal. De kosten voor intramuraal geneesmiddelen over 2004 tot en met 2011 zijn afkomstig van de NZa. Vanaf 2012 zijn de gegevens afkomstig uit de verantwoordingsinformatie die zorgverzekeraars jaarlijks aan Zorginstituut Nederland verstrekken.

De cijfers over 2012 t/m 2013 zijn nog wel voorlopig en zullen mogelijk nog worden bijgesteld. Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de vertraging die is opgetreden bij het declareren van deze geneesmiddelen. De declaratiestromen zijn pas eind 2012 goed op gang gekomen en het zal pas in de loop van 2014 duidelijk worden welke kosten uiteindelijk hiervoor bij de zorgverzekeraars

**Tabel 3.16 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2004-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Intramuraal</b>										
Beleidsregel + nieuwe instroom	92,5	128,0	221,5	295,7	371,6	418,5	466,8	470,7	605,1	723,6
Overgeheveld vanuit GVS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	452,9	653,9
<b>Extramuraal</b>										
WMG-geneesmiddelen	3.107	3.262	3.482	3.801	3.843	3.603	3.574	3.532	2.985	2.712
<b>Totaal</b>	<b>3.200</b>	<b>3.390</b>	<b>3.703</b>	<b>4.096</b>	<b>4.215</b>	<b>4.022</b>	<b>4.041</b>	<b>4.002</b>	<b>4.043</b>	<b>4.090</b>
Intramuraal aandeel	3%	4%	6%	7%	9%	10%	12%	12%	26%	34%

exclusief BTW

zijn gedeclareerd. De intramurale kosten worden nog gecompenseerd met de kosten voor extramuraal (WMG-) geneesmiddelen. In 2012 en 2013 zijn duidelijk de overhevelingseffecten zichtbaar.

We constateren dat de kosten van geneesmiddelen de afgelopen jaren stabiel zijn gebleven: extramuraal is sprake van een daling en intramuraal stijgen de kosten. Het aandeel van de intramurale geneesmiddelen bedroeg in 2010 nog 12%, in 2013 zal dit zijn opgelopen tot 34%. De overheveling van geneesmiddelen vanuit het GVS naar het ziekenhuisbudget is hiervoor een belangrijke verklaring maar er is meer aan de hand. Ook zonder de overheveling zouden de kosten intramuraal zijn gestegen, als gevolg van de rechtstreekse instroom van nieuwe geneesmiddelen en een toename in het gebruik van deze middelen binnen het ziekenhuis.

### Vrije tarieven voor apothekhoudenden

Vanaf 2012 zijn de tarieven van apothekhoudenden vrij gegeven en worden deze niet meer landelijk en uniform door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgesteld. De NZa stelt nog wel de te verzekeren prestaties vast: de werkzaamheden die door de apotheker moeten worden verricht om een bepaald tarief in rekening te mogen brengen. In de praktijk wordt de hoogte van het tarief vastgesteld in de te sluiten overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekers. De inkomsten van apothekers uit de WMG-tarieven zijn de afgelopen jaren stabiel gebleven, ondanks een toename van de dienstverlening. Belangrijkste oorzaak is dat de tarieven in 2011 t/m 2013 door de zorgverzekeraars onder druk zijn gezet, en er gemiddeld sprake is van een lichte daling van het tarief.

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

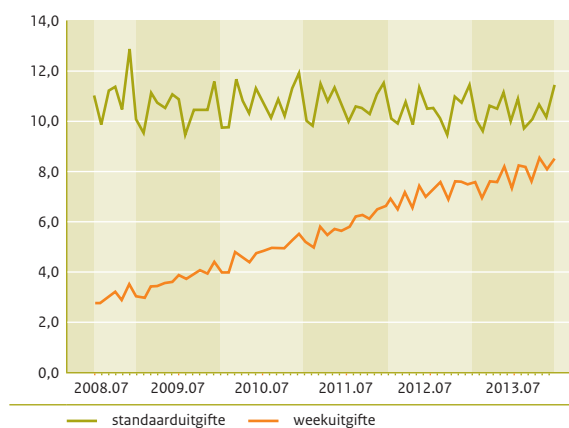
in het weekend. Ook is het mogelijk om een afzonderlijke toeslag in rekening te brengen voor eigen apothekbereidingen (onderscheid: eenvoudige- en complexe magistrale bereidingen). In tabel 3.17 staat een overzicht met de tarieven vanaf 2010. Tot en met 2011 zijn dit nog de landelijk vastgestelde tarieven. In 2012 zijn dit de gemiddelde tarieven zoals deze door de apothekhoudenden bij de zorgverzekeraars in rekening zijn gebracht.

In tabel 3.18 geven we een specificatie van de in de periode 2010 tot en met 2013 afgeleverde WMG-uitgiftes, voor zover het gaat om geneesmiddelen die in het kader van de Zvw werden vergoed. We concluderen dat de toename van het aantal uitgiftes voornamelijk wordt bepaald door een toename van het aantal weekuitgiftes.

In figuur 3.10 laten we per maand (vanaf juli 2008 tot en met december 2012) de groei van het aantal basisprestaties zien, uitgesplitst naar standaard- en weekuitgiftes. Het aantal standaarduitgiftes fluctueert per maand, maar de algemene trend is een stabiel beeld over de jaren heen. Voor de weekuitgiftes geldt een nagenoeg ononderbroken stijgende

**Figuur 3.10 | Standaard- en weekuitgiftes, 2008-2013**

1 = 1 MILJOEN



**Tabel 3.17 | Tarieven apothekhoudenden WMG-geneesmiddelen, 2009-2013**

1 = 1 EURO

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Terhandstellingen</b>					
Standaardterhandstelling	5,77	5,96	5,91	5,71	5,70
Weekterhandstelling	3,13	3,27	3,25	3,14	3,14
<b>Deelprestaties, in combinatie met een terhandstelling</b>					
Eerste uitgifte	4,03	5,96	5,91	5,71	5,70
Avond/nacht/weekend uitgifte	11,60	11,91	11,81	11,41	11,40
Reguliere Magistrale bereiding	11,56	11,91	11,81	11,41	11,40
Bijzondere Magistrale bereiding	86,78	89,31	88,62	85,60	85,53
Dienstverlening thuis				52,74	52,69
<b>Overige zorgprestaties</b>	-	-	-	5,55	5,55

exclusief 6% BTW

**Tabel 3.18 | WMG-geneesmiddelen naar soort prestatie, 2009-2013**

1 = 1 MILJOEN

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Terhandstellingen</b>					
Standaardterhandstelling	126,3	128,5	128,5	125,6	124,7
Weekterhandstelling	44,1	56,9	56,9	85,8	94,1
Ongespecificeerd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Deelprestaties, in combinatie met een terhandstelling</b>					
Eerste uitgifte	31,9	32,0	32,0	30,0	29,4
Avond/nacht/weekend uitgifte	1,6	1,5	1,5	1,4	1,3
Reguliere Magistrale bereiding	3,0	3,1	3,1	3,3	3,3
Bijzondere Magistrale bereiding	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Dienstverlening thuis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Overige zorgprestaties</b>	-	-	-	0,0	0,1

trend. In een periode van vijf jaar tijd is het aantal weekterhandstellingen bijna verviervoudigd. We verwachten dat het aantal weekuitgiftes ook in 2014 zal blijven stijgen.

Mede als gevolg van deze wijziging in de tariefstructuur per 1 juli 2008, de hoogte van de daaraan gekoppelde tarieven en de stijging van het aantal uitgiftes, zijn de inkomsten van apothekhoudenden uit deze tarieven in de periode 2009 tot en met 2011 flink gestegen (tabel 3.19). Daar staat tegenover dat de extra inkomsten uit kortingen en bonussen in diezelfde periode zijn gedaald. Deze stijging van de inkomsten uit het WMG-tarief was dan ook mede bedoeld als compensatie voor het verlies aan inkomsten uit kortingen en bonussen. Voor 2013 zijn de inkomsten uit het WMG-tarieven op hetzelfde niveau gebleven als in 2012 en 2011. Omdat het aantal prestaties

in 2012 en 2013 is toegenomen, betekent dit per saldo dat de tarieven een lichte daling vertonen. In dit overzicht zijn de clawback kortingen op de geneesmiddelenvergoeding aan apothekhoudenden niet verwerkt, evenals de extra inkomsten die zij verkregen uit kortingen en bonussen op inkoop van geneesmiddelen.

### Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld

*In 2013 hebben circa 11,6 miljoen Nederlanders ten minste één geneesmiddel gebruikt dat werd vergoed via de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met bijna 69% van alle verzekerden. Of vanuit een ander perspectief bekeken: 31% van de Nederlanders heeft het afgelopen jaar geen geneesmiddel gebruikt. De verdeling van de gemaakte kosten binnen de groep van geneesmiddelengebruikers*

**Tabel 3.19 | Inkomsten apothekhoudenden, 2009-2013**

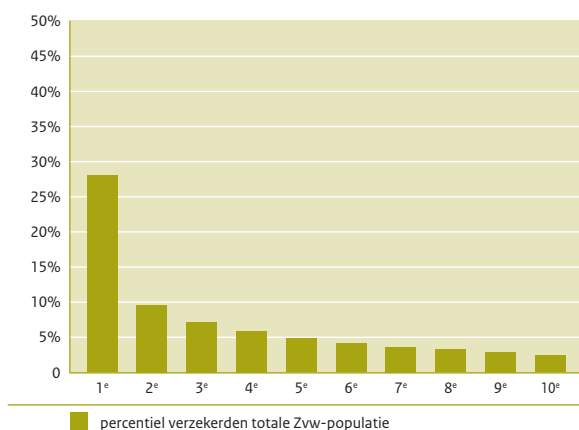
1 = 1 MILJOEN EURO

	2009	2010	2011	2012	2013
Terhandstellingen	866,3	950,5	991,8	989,4	1.009,3
Deelprestaties	201,1	260,1	245,4	234,1	228,1
Overige zorgprestaties				0,2	0,6
Marge, buiten-WMG	31,4	34,9	40,0	42,9	46,2
<b>Totaal</b>	<b>1.098,9</b>	<b>1.245,5</b>	<b>1.277,3</b>	<b>1.266,6</b>	<b>1.284,2</b>

is bijzonder scheef: 10% van de Nederlanders is verantwoordelijk voor ruim 71% van de uitgaven aan geneesmiddelen.

In figuur 3.11 presenteren we hoe de kosten van farmaceutische zorg zijn verdeeld over de verzekerden populatie. We gaan hierbij uit van de totale kosten (inclusief afleververgoeding en BTW) van de gebruikte geneesmiddelen. De verzekerdenpopulatie van ruim 16,7 miljoen verzekerden wordt verdeeld in 100 even grote groepen (percentielen) van elk ruim 167.440 personen, die daarna worden geordend op basis van de hoogte van de totaal gemaakte kosten voor de aan hen afgeleverde geneesmiddelen. De gemiddelde kosten per verzekerde bedroegen in 2013 iets meer dan € 259.

Voor circa 31% van de bevolking geldt dat zij het afgelopen jaar geen geneesmiddelen hebben gebruikt: zij vormen de eerste 31 percentielen. De kosten voor de daaropvolgende percentielen lopen maar heel langzaam op. De laatste 10% is verantwoordelijk voor circa 71% van de totale uitgaven en daarbinnen is een kleine groep, de laatste 2% (het gaat hier dan om circa 335.000 verzekerden) is verantwoordelijk voor circa 37% van de totale kosten voor geneesmiddelen. Het laatste percentiel is verantwoordelijk voor bijna 28% van de totale kosten; dit komt overeen met een bedrag van ruim € 1,2 miljard.

**Figuur 3.11 | Kostenaandeel gebruikers farmaceutische zorg, 2013**

De meeste gebruikers in het hoogste percentiel komen daarin terecht omdat zij een relatief duur geneesmiddel gebruiken. Op onze website [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) geven we een overzicht van deze dure geneesmiddelen, de gemiddelde kosten per gebruiker en het aantal gebruikers van deze middelen.

### Uitgaven voor niet-geregistreerde allergeenextracten dalen

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld bedroeg in 2013 ruim 23.000, de kosten voor deze middelen bedroegen in 2013 ruim € 32 miljoen. Ten opzichte van de voorgaande jaren is sprake van een daling in de kosten. Ook het aantal gebruikers neemt iets af. Opvallend is zowel de kostendaling als de daling in het aantal gebruikers voor rekening komt van de niet-geregistreerde producten. Voor de geregistreerde producten geldt dat zowel de kosten, als het aantal gebruikers in 2013 vergelijkbaar is met 2012: er is sprake van een stabilisering.

Niettemin, het marktaandeel van deze niet-geregistreerde middelen is nog steeds substantieel: bijna 80% van de kosten heeft betrekking op het gebruik van deze niet-geregistreerde producten. De discussie en besluitvorming over de vergoedingsstatus van de niet-geregistreerde allergeenextracten sleept nu al een aantal jaren voort en is nog steeds niet afgerond. Zorgverzekeraars overwegen om aan de vergoeding van niet-geregistreerde producten nadere voorwaarden te stellen.

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

Tabel 3.20 | Allergeenextracten: gebruikers en kosten per gebruiker, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Aantal gebruikers (1 = 1)</b>					
Graspollenallergeen	3.158	4.132	6.377	7.442	7.469
Insectenallergeen	2.183	2.091	2.067	1.938	1.752
Allergeenextracten (overig)	28.536	25.157	22.994	20.661	16.990
<b>Kosten per gebruiker (1 = 1 euro)</b>					
Graspollenallergeen	681,60	705,70	658,70	719,00	761,70
Insectenallergeen	859,00	869,30	887,40	926,30	899,30
Allergeenextracten (overig)	1.637,00	1.611,00	1.523,00	1.514,00	1.481,00

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; in de jaren daarop stabiliseren de kosten zich om vanaf 2010 een dalende lijn in te zetten. Deze daling wordt deels veroorzaakt door een daling van het aantal gebruikers van vooral de niet-geregistreerde allergeenextracten ten gunste van het gebruik van geregistreerde producten. Daarnaast liggen de gemiddelde kosten per gebruiker voor de geregistreerde allergeenextracten beduidend lager dan voor de niet-geregistreerde producten.

In tabel 3.20 laten we de ontwikkelingen zien over de periode 2009 tot en met 2013. Voor meer gegevens: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) onder de ATC-code V01AA.

In 2013 namen de niet-geregistreerde allergeenextracten nog bijna 80% van de totale kosten voor hun rekening. Het gaat daarbij om een bedrag van ruim € 25 miljoen. Deze niet-geregistreerde producten worden op grond van een uitzonderingsbepaling (1993) niettemin vergoed op grond van de Zvw. We verwachten dat binnen een aantal jaren een einde zal komen aan de overgangsbepaling en ook de werkzaamheid van allergeenextracten zal zijn beoordeeld volgens de normen voor bewezen effectiviteit en veiligheid, zoals deze voor geneesmiddelen nu eenmaal gelden. Dan zullen alleen nog die preparaten worden vergoed die kunnen beschikken over een positief oordeel van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

### Overzicht dure geneesmiddelen: alle 15 duur

Wanneer zijn geneesmiddelen duur? Heeft dat te maken met een hoge omzet, zoals we deze op de GIPdatabank presenteren in de "Top 100 totale kosten"? Of met de hoge kosten per behandeling of per gebruiker, zoals deze wordt gehanteerd voor o.a. de wees-

geneesmiddelen? In deze GI Peilingen hanteren we voor de definitie van een duur geneesmiddel een combinatie van twee eenduidige criteria: de totale kosten moeten in 2013 boven de € 15 miljoen uitkomen én de gemiddelde kosten per gebruiker moeten boven de € 1.000 per jaar liggen. Het resultaat van deze combinatie van twee criteria is dat er in 2013 vijftien geneesmiddelen kunnen worden beschouwd als duur.

Voor de definitie voor "dure geneesmiddelen" hebben we aansluiting gezocht bij de definitie die indertijd tijdens het symposium ter gelegenheid van 20 jaar GIP, door Adri Steenhoek (emeritus hoogleraar specialistisch geneesmiddelenbeleid) is voorgesteld. Hij stelde een combinatie voor van twee criteria: de totale omzet van het geneesmiddel is groter dan 0,5% van de totale omzet aan geneesmiddelen én de kosten per dag liggen hoger dan 10 keer de gemiddelde kosten per dag. Het principe van het hanteren van een combinatie van twee criteria hebben we overgenomen, waarbij de operationalisering, om pragmatische redenen, door ons enigszins is vereenvoudigd. We komen tot de volgende definitie: een geneesmiddel wordt aangemerkt als duur, als de totale kosten van dit geneesmiddel in 2013 groter is dan € 15 miljoen én de gemiddelde kosten per gebruiker in 2013 groter zijn dan € 1.000.

Van het totale aantal middelen voldeden 68 geneesmiddelen aan het eerste criterium. Daarnaast voldeden 157 geneesmiddelen aan het tweede criterium. Als we beide criteria combineren dan resteren er 15 geneesmiddelen die we betitelen als duur. In tabel 3.21 worden enkele kengetallen van deze 15 middelen weergegeven. De totale uitgaven voor deze 15 middelen bedroeg in 2013 € 396,5 miljoen; dit komt overeen met iets meer dan 9% van de totale kosten voor farmaceutische zorg.

Ten opzichte van 2011 en 2012 is het aantal middelen dat aan de definitie "duur" voldoet behoorlijk ingekrompen. Zo zijn er vijf geneesmiddelen uit het overzicht verdwenen omdat deze zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget.

Tabel 3.21 | Kengetallen dure extramurale geneesmiddelen in 2013

rang	ATC-code	stofnaam (merknaam)	totale kosten 1 = 1 miljoen euro					kosten per gebruiker	gebruikers
			2009	2010	2011	2012	2013	1=1euro	1=1
1	L03AB07	Interferon beta 1a (Avonex)	40,14	43,70	41,37	44,83	45,56	11.439	3.983
2	J05AR03	Emtricitabine en tenofovir (Truvada)	23,67	29,22	34,57	39,47	42,35	5.727	7.396
3	J05AR06	Emtricitabine en tenofovir en efavirenz (Atripla)	27,63	36,05	39,50	38,82	38,74	9.054	4.279
4	L03AA13	Pegfilgrastim (Neulasta)	42,14	44,79	44,46	40,24	35,93	4.309	8.340
5	J06BA02	Immunoglobuline normaal IV (Kiovig)	17,59	20,72	23,51	27,10	32,38	34.022	952
6	B03XA02	Darbepeëtine alfa (Aranesp)	38,75	35,41	37,62	34,32	30,27	2.443	12.390
7	L04AD02	Tacrolimus (Prograft)	20,98	23,40	24,60	24,81	25,64	3.253	7.884
8	H01CB02	Octreotide (Sandostatine)	21,67	22,91	23,55	23,55	23,15	10.310	2.245
9	C02KX01	Bosentan (Tracleer)	20,86	23,09	22,61	23,01	22,73	24.918	912
10	L03AX13	Glatirameer (Copaxone)	17,78	18,41	18,74	19,62	20,49	8.328	2.461
11	L01BC06	Capecitabine (Xeloda)	17,43	17,35	17,44	18,01	17,40	1.461	11.904
12	H01AX01	Pegvisomant (Somavert)	10,90	12,12	13,17	13,86	15,73	47.902	328
13	L02AE02	Leuproreline (Lucrin PDS)	18,68	18,89	15,06	16,13	15,60	1.088	14.335
14	J06BB16	Palivizumab (Synagis)	13,98	14,63	15,08	15,14	15,35	4.662	3.292
15	A09AA02	Multi-enzymen (Panzyltrat)	11,49	12,27	12,78	13,80	15,15	1.136	13.337
<b>Totaal</b>			<b>343,67</b>	<b>372,97</b>	<b>384,06</b>	<b>392,71</b>	<b>396,49</b>		
<i>Aandeel</i>			<i>6,8%</i>	<i>7,2%</i>	<i>7,4%</i>	<i>8,5%</i>	<i>9,1%</i>		

Tabel 3.22 | Geneesmiddelgroepen van meer dan €100 miljoen in 2013

rang	omschrijving (ATC-groep)	totale kosten 1 = 1 mln euro	gebruikers 1 = 1	kosten/gebruiker 1 = 1 euro
1	astma & COPD (R03)	429,1	1.516.000	283
2	diabetesmiddelen (A10)	268,7	809.050	332
3	cholesterolverlagers (C10)	213,3	1.913.000	112
4	antivirale middelen (J05)	199,6	95.051	2.100
5	antitrombotica (B01)	174,0	1.717.000	101
6	ACE-remmers & AT1-antagonisten (C09)	167,7	1.982.000	85
7	analgetica (N02)	148,4	1.140.000	130
8	psychoanaleptica (N06)	139,2	1.202.000	116
9	systemische antibacteriële middelen (J01)	120,4	3.721.000	32
10	immunostimulantia (L03)	120,3	17.851	6.741
11	maagmiddelen (A02)	117,9	1.944.000	61
12	psycholeptica (N05)	115,8	603.450	192
13	oogheelkundige middelen (S01)	101,1	1.661.000	61

In 2012 ging het om de volgende twee middelen: adalimumab (L04AB04) en etanercept (L04AB01). In 2013 ging het om de volgende drie middelen: somatropine (H01AC01), imatinib (L01XE01) en lenalidomide (L04AX04).

Een andere manier om te kijken naar dure geneesmiddelen is de deze in te delen in groepen met globaal eenzelfde indicatiegebied. In tabel 3.22 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waaraan in 2013 meer dan € 100 miljoen (totale kosten) is uitgegeven. De genees-

**Tabel 3.23 | Kengetallen dure extramurale geneesmiddelen in 2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
Gebruikers geneesmiddelen totaal	11.749.364	11.855.079	11.631.289	11.545.587	11.559.654
Polyfarmacie-patiënten	1.200.533	1.277.071	1.345.450	1.415.236	1.439.748
Polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder	755.393	810.608	877.765	918.115	958.025

middelen zijn gegroepeerd op het tweede niveau van de ATC-code. Dit niveau classificeert de geneesmiddelen in therapeutische hoofdgroepen. In tabel 3.22 zijn 13 hoofdgroepen opgenomen, welke samen verantwoordelijk zijn voor 53% van de totale kosten. Naast de totale kosten geven we ook het aantal gebruikers en de gemiddelde kosten per gebruiker weer. Het beeld is heel uiteenlopend. De gemiddelde kosten per gebruiker variëren van € 32 per gebruiker tot € 6.741 per gebruiker.

In vergelijking met 2011, zijn drie groepen geneesmiddelen uit het overzicht verdwenen. Belangrijkste oorzaak hiervan is de overheveling van daarvan naar het ziekenhuisbudget. In 2012 gaat het om de overheveling van middelen uit de groep van immunosuppressiva (Lo4). In 2013 gaat het om de overheveling van middelen uit de groepen oncolytica (Lo1) en hypofyse- en hypothalamushormonen (Ho1).

## Polyfarmacie

*In 2013 gebruiken 11,6 miljoen mensen een geneesmiddel dat vergoed is via de Zorgverzekeringswet (Zvw), dit is 69% van het totaal aantal Zvw-verzekerden in Nederland. Wanneer een patiënt vijf of meer verschillende geneesmiddelen slikt voor chronische aandoeningen, dan noemen we dit "Polyfarmacie". Volgens de definitie in de multidisciplinaire richtlijn (MDR) polyfarmacie bij ouderen van de NHG is er sprake van polyfarmacie als aan iemand 3 of meer keer per jaar hetzelfde geneesmiddel wordt verstrekt of als er minimaal één keer een hoeveelheid van een geneesmiddel wordt verstrekt voor een gebruiksduur van 90 dagen of meer. Het begrip "hetzelfde geneesmiddel" wordt ruim genomen, het aantal*

*verschillende geneesmiddelen moet op ATC3 niveau worden geteld, waardoor verschillende geneesmiddelen met dezelfde ATC3-code als "hetzelfde" geneesmiddel wordt gezien. Verder worden bij de bepaling voor het criterium polyfarmacie de dermatologische preparaten buiten beschouwing gelaten. In 2013 zijn ruim 1,4 miljoen verzekerden polyfarmacie-patiënt, dit is 8,6% van het totaal aantal Zvw-verzekerden. Het aantal polyfarmacie-patiënten per 1.000 verzekerden is in 2013 met 1,3% gestegen t.o.v. het aantal in 2009.*

## Leeftijd en Geslacht

Polyfarmacie komt door de vergrijzing en door een verbeterde overleving voornamelijk voor bij ouderen, 70% van alle polyfarmacie-patiënten is 65 jaar of ouder. Bijna 35% van de Zvw-verzekerden van 65 jaar en ouder, is in 2013 polyfarmacie-patiënt en gebruikt 5 of meer geneesmiddelen voor een chronische aandoening. Dit is een stijging van 3,8% ten opzichte van het aantal oudere polyfarmacie-patiënten in 2009. In de leeftijdscategorie 75+ gebruikt bijna de helft meer dan 5 geneesmiddelen voor een chronische aandoening.

Polyfarmacie komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, maar in de hogere leeftijdscategorieën boven de 65 jaar is dit juist omgekeerd. Oudere mannen gebruiken vaker 5 of meer geneesmiddelen voor een chronische aandoening dan vrouwen van 65 jaar en ouder. Procentueel is de toename bij het aantal mannelijke polyfarmacie-patiënten in 2013 ook groter t.o.v. 2009 dan de toename bij vrouwelijke polyfarmacie-patiënten.

**Tabel 3.24 | Gebruikers polyfarmacie naar leeftijd en geslacht, 2009 en 2013**

PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN

Leeftijdsklasse	2009			2013		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
> 5 jaar	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
5-14 jaar	0,7	0,5	0,6	0,8	0,6	0,7
15-24 jaar	1,0	3,4	2,2	1,1	2,9	2,0
25-44 jaar	7,0	15,4	11,2	8,1	13,3	10,7
45-64 jaar	72,2	80,4	76,3	79,5	87,0	83,3
65-74 jaar	238,4	221,5	229,6	261,3	242,1	251,5
≥ 75 jaar	415,3	408,2	410,9	467,3	458,1	461,7
<b>Totaal</b>	<b>64,6</b>	<b>81,2</b>	<b>73,0</b>	<b>78,4</b>	<b>93,4</b>	<b>86,0</b>

**Tabel 3.25 | Top 10: Gebruikte geneesmiddelgroepen bij polyfarmacie 65+ in 2013**

PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN

rang	stofnaam	indicatiegebied	2009	2010	2011	2012	2013
1	B01A Antithrombotica	Thrombose, Infarct	210	216	224	226	230
2	C10A Antilipaemica	Verhoogd cholesterol	173	185	198	208	215
3	A02B Maagmiddelen	Maagklachten	156	173	192	197	212
4	C07A Beta-blokkers	Hartfalen, hypertensie	166	174	183	188	191
5	C09A ACE-remmers	Hartfalen, hypertensie	109	111	115	116	117
6	C08C Selectieve calciumantagonisten	Hypertensie, angina pectoris	85	89	95	99	102
7	A10B Bloedglucoseverlagende middelen	Diabetes	81	86	90	92	93
8	C09C AT1-antagonisten	Hartfalen, hypertensie	69	72	76	79	81
9	C03C Diuretica	Oedemen	84	83	83	81	79
10	A12A Calcium	Calciumtekort, osteoporose	33	39	47	55	60
<b>Aantal polyfarmacie-gebruikers 65+</b>			<b>312</b>	<b>323</b>	<b>337</b>	<b>343</b>	<b>350</b>

### Top 10 bij 65+

Polyfarmacie komt veel voor bij ouderen, 70% van de polyfarmacie-patiënten is 65 jaar of ouder. Om een indruk te krijgen welke geneesmiddelen deze ouderen gebruiken en voor welke aandoeningen deze geneesmiddelen voorgeschreven zijn, staat in tabel 3.25 de top 10 van meest gebruikte geneesmiddelgroepen bij polyfarmacie-patiënten van 65+. In 2013 wordt door 66% van de polyfarmacie-patiënten een antitromboticum gebruikt en dit geneesmiddel is daarmee het meest voorgeschreven medicijn aan de polyfarmacie-patiënt van 65 jaar en ouder. Dit geneesmiddel wordt ook wel een bloedverdunner genoemd en wordt voornamelijk voorgeschreven om trombose of een infarct te voorkomen.

Op de tweede plaats in de top 10 staan de geneesmiddelen die voorgeschreven worden bij een verhoogd cholesterol, de antilipaemica. Het aantal chronisch gebruikers dat een cholesterolverlager slikt, is vanaf 2009 met bijna 4% gestegen naar 211 gebruikers per 1.000 65+ verzekerden. Om maagklachten tegen te gaan, wordt er door oudere polyfarmacie-patiënten ook vaak een maagmiddel geslikt, 60% van deze patiënten krijgt een maagmiddel voorgeschreven.

Een grote groep van de polyfarmacie-patiënten krijgt geneesmiddelen voor hartfalen en hypertensie (hoge bloeddruk) voorgeschreven. De bètablokkers, ACE-remmers en angiotensine-ii-antagonisten worden door respectievelijk 55%, 34% en 23% van de polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder geslikt. Het geneesmiddel Selectieve calciumantagonisten met voornamelijk vasculaire werking wordt voorgeschreven als een patiënt "angina pectoris" heeft. Bijna 30% van de oudere polyfarmacie-patiënten heeft Angina pectoris. Angina pectoris is een drukkend pijnlijk gevoel op de borst doordat de hartspier tekort bloed en daarmee te weinig zuurstof krijgt

en verkrampst. Het geneesmiddel diuretica wordt ook vaak aan patiënten voorgeschreven met hypertensie en hartfalen. De diuretica wordt ook wel de plastablet genoemd en deze zorgt ervoor dat het teveel aan vocht door de nieren wordt afgevoerd. De druk op de bloedvaten neemt daardoor af. Ook dit geneesmiddel wordt door 23% van de oudere polyfarmacie-patiënten gebruikt.

Op de zevende plaats in de top 10 staan de orale bloedglucoseverlagende middelen. Mensen met diabetes type 2, ook wel ouderdomssuiker genoemd, gebruiken orale antidiabetica. Van de polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder heeft 27% diabetes type 2 en gebruikt een bloedglucoseverlagend middel.

Op de laatste plaats in de top 10 staat calcium, mensen met osteoporose en calciumtekort gebruiken dit geneesmiddel. In 2013 heeft 17% van de 65+ polyfarmacie-patiënten osteoporose en gebruikt calcium om het tekort aan te vullen.

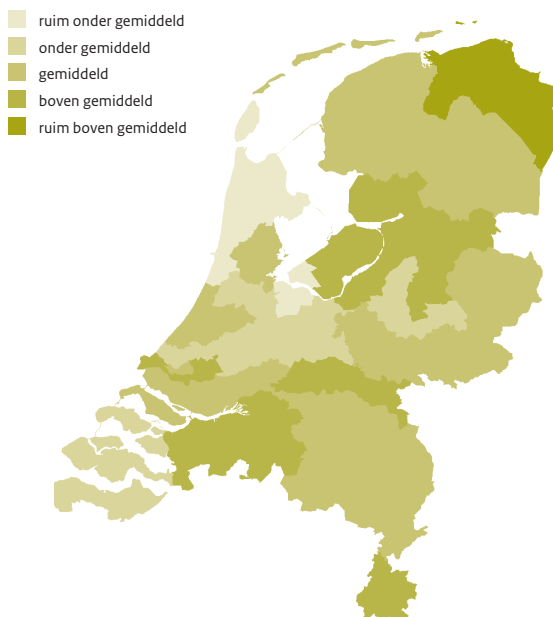
### Polyfarmacie in de regio

In 2013 is per regio het aantal polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder per 1.000 65+ Zvw-verzekerden berekend. Deze prevalentie is gecorrigeerd naar leeftijd en geslacht om de regio's met elkaar te kunnen vergelijken. Het landelijke aantal polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder stijgt de afgelopen jaren van 312 in 2009 naar 342 per 1.000 Zvw-verzekerden in 2013.

In de regio Groningen komt polyfarmacie bij ouderen het meest voor (10% boven het gemiddelde). In de regio's Zuid Limburg, Rotterdam en Nijmegen is het aantal polyfarmacie-patiënten ook boven gemiddeld terwijl in de regio's Noord Holland Noord en Het Gooi het aantal polyfarmacie-patiënten ruim onder gemiddeld is.



**Figuur 3.12 | Polyfarmacie-patiënten 65+ in 2013**  
Prevalentie NL = 342 per 1.000 Zvw-verzekerden



In het oosten van het land zijn veel regio's waar het aantal polyfarmacie-patiënten gemiddeld is, terwijl de westelijke regio's onder het gemiddelde scoren.

### Dieetpreparaten en voedingsmiddelen

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

deze middelen sluiten we aan bij de indeling volgens de hoofdstukken in het *Compendium dieetproducten en voedings-supplementen (editie 2013)* en de indeling naar 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 2009 gestaag toegenomen van 118.000 naar 161.000 verzekerden in 2013 (zie tabel 5.1); dit is een gemiddelde toename van 8,1% per jaar. De kosten zijn in dezelfde periode met gemiddeld 5,6% per jaar wat minder snel gestegen: van € 81,0 miljoen in 2009 naar € 100,6 miljoen in 2013.

In tabel 3.26 staan de ontwikkelingen in het aantal gebruikers en de kosten uitgesplitst naar hoofdindicatie. Voor bijna alle indicaties geldt een toename van het aantal gebruikers, maar opvallend is de aanhoudende grote jaarlijkse groei (ook absoluut) van het aantal gebruikers met slik- of passagestoornissen en ziektegerelateerde ondervoeding. De toename van het aantal gebruikers is procentueel gezien groter dan de toename van de daarmee gepaard gaande kosten. Slik- of passagestoornissen blijven met een aandeel van bijna 60% van de kosten, de belangrijkste indicatie voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen. Ruim 15% van de kosten zijn voor middelen bij voedselallergie.

Zoals verwacht zijn de kosten per gebruiker van specifieke dieetpreparaten/voedingsmiddelen afhankelijk van de

**Tabel 3.26 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen naar indicatie, 2009 en 2013**

indicatie	Gebruikers* (1 = 1)		gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €)		gemiddelde groei per jaar
	2009	2013		2009	2013	
A Slik- of passagestoornis	82.300	121.400	10,2%	43,9	59,1	7,7%
B Resorptiestoornissen	8.700	10.600	5,1%	2,8	3,1	1,8%
C Stofwisselingsstoornis	4.800	5.200	2,0%	9,6	9,9	0,6%
D Voedselallergie	16.400	17.700	1,9%	13,8	15,5	3,1%
E COPD / Cystische fibrose	7.400	6.800	-2,1%	4,8	4,3	-3,1%
F Ondervoeding	2.700	4.400	13,0%	1,3	1,8	8,0%
G Diabetes	70	2.600	147%	0,0	1,2	165%
Combinatie BC	27.200	29.700	2,2%	4,0	4,6	3,7%
Combinatie ABC	3.200	3.300	0,8%	0,5	0,5	-0,3%
Overig / onbekend	140	4.500	138,1%	0,0	0,6	91,8%
<b>Totaal</b>	<b>118.000</b>	<b>161.000</b>	<b>8,1%</b>	<b>81,0</b>	<b>100,6</b>	<b>5,6%</b>

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

Tabel 3.27 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen volgens Compendium, 2009 en 2013

indeling volgens 'Compendium'	Gebruikers* (1 = 1)		gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €)		gemiddelde groei per jaar
	2009	2013		2009	2013	
Aminozuurstofwisselingsstoornissen	660	820	5,6%	5,9	6,3	1,4%
Sondevoeding	7.000	7.400	1,4%	10,7	11,1	0,8%
Sondevoeding, ziektespecifiek	520	210	-20,3%	0,7	0,3	-14,7%
Drinkvoeding, volledig	66.000	95.900	9,8%	23,7	32,9	8,6%
Drinkvoeding, aanvullend	39.500	57.300	9,7%	8,4	13,4	12,4%
Drinkvoeding, ziektespecifiek	13.100	16.300	5,6%	7,2	6,8	-1,3%
Kauw- en slikstoornissen	10.900	14.300	7,0%	1,3	1,8	7,7%
Normale voeding, zuigeling en kind	1.150	1.280	2,7%	0,2	0,2	-2,0%
Specifieke voeding, zuigeling en kind	22.400	27.600	5,4%	20,8	24,6	4,3%
Voedingsmiddelen, verrijkt	13.600	13.200	-1%	0,3	0,9	28%
Voedingssupplementen	10.100	13.200	6,9%	1,7	2,2	7,1%
Voedingsmiddelen, overig	20	20	0,0%	0,0	0,0	11,9%
<b>Totaal</b>	<b>118.000</b>	<b>161.000</b>	<b>8,1%</b>	<b>81,0</b>	<b>100,6</b>	<b>5,6%</b>

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

Tabel 3.28 | Gebruikers en prevalentie voedingsmiddelen naar leeftijd en geslacht, 2013

leeftijdsklasse	Gebruikers (1 = 1)		gemiddelde totaal	Prevalentie (per 1.000 Zwv)		
	man	vrouw		man	vrouw	totaal
< 5 jaar	13.100	10.600	23.700	28,9	24,5	26,7
5 - 14 jaar	3.100	2.400	5.500	3,1	2,5	2,8
15 - 24 jaar	2.100	2.600	4.700	2,0	2,7	2,3
25 - 44 jaar	3.400	5.900	9.300	1,6	2,8	2,2
45 - 64 jaar	14.000	16.700	30.700	5,9	7,1	6,5
65 - 74 jaar	14.300	14.400	28.700	17,8	17,3	17,5
≥ 75 jaar	22.600	35.800	58.400	46,5	48,1	47,5
<b>Totaal / gemiddeld</b>	<b>72.600</b>	<b>88.400</b>	<b>161.000</b>	<b>8,7</b>	<b>10,4</b>	<b>9,6</b>

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 2013), zoals gehanteerd in tabel 3.27. De gebruikers van preparaten bij minozuurstofwisselingsstoornissen zijn in 2013 met bijna € 7.700 per persoon per jaar aanzienlijk duurder dan bijvoorbeeld gebruikers van sondevoedingen (gemiddeld ruim € 1.500 per jaar), of gebruikers van drinkvoedingen (gemiddeld tussen de 235 en 420 euro per jaar). Specifieke voeding voor zuigelings- en kinderen kost in 2013 gemiddeld bijna € 900 per jaar. Over de jaren heen zijn de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar met 2,3% afgenomen, van € 685 in 2009 tot € 621 in 2013.

Het gebruik van dieetpreparaten is zowel leeftijdsgebonden als indicatieafhankelijk. In de leeftijdsgroep jonger dan vijf jaar worden dieetpreparaten vooral gebruikt bij voedselallergieën. Bij prematuren betreft het een combinatie van slik-/passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornissen.

Voor de ouderen vanaf 65 jaar gaat het vooral om indicaties van ziektegerelateerde ondervoeding, slik- en passagestoornissen of een combinatie van resorptie- of stofwisselingsstoornissen.

In tabel 3.28 is voor 2013 het aantal gebruikers van dieetpreparaten en voedingsmiddelen weergegeven, gesplitst 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 staat de bijbehorende prevalentie per 1.000 Zwv-verzekerden. De prevalentie bij de allerjongsten en de oudere gebruikers is 3 keer hoger dan gemiddeld; bij 75+ is dit zelfs het vijfvoudige.

Ter voorbereiding van een advies door Zorginstituut Nederland, is het gebruik van specifieke middelen bij een koemelkallergie onder de loep genomen. Het betreft de volgende producten: (1) Nutrilon Pepti 1, Nutrilon Soya 1,

Tabel 3.29 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen bij koemelkallergie, 2009 en 2013

Indeling volgens "Compendium" Specifieke voeding, zuigeling en kind	Gebruikers (1 = 1)		gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €)		gemiddelde groei per jaar
	2009	2013		2009	2013	
<b>Voedingsmiddelen bij koemelkallergie</b>						
jonger dan 5 jaar	14.500	16.400	3,1%	12,2	14,5	4,4%
5 jaar en ouder	300	400	10,6%	0,4	0,7	10,2%
<b>Subtotaal</b>	<b>14.800</b>	<b>16.800</b>	<b>3,2%</b>	<b>12,6</b>	<b>15,1</b>	<b>4,6%</b>
<b>Overige specifieke voedingsmiddelen</b>						
jonger dan 5 jaar	5.500	5.800	1,6%	4,4	4,5	0,6%
5 jaar en ouder	2.100	5.900	23,2%	3,8	5,1	7,4%
<b>Subtotaal</b>	<b>7.600</b>	<b>10.700</b>	<b>9,0%</b>	<b>8,2</b>	<b>9,6</b>	<b>3,9%</b>
<b>Totaal</b>	<b>22.400</b>	<b>27.600</b>	<b>5,4%</b>	<b>20,8</b>	<b>24,7</b>	<b>4,3%</b>

Tabel 3.30 | Gebruikers en kosten sondevoedingen en voedingshulpmiddelen, 2009 en 2013

indicatie	Gebruikers (1 = 1)		gemiddelde groei per jaar	Kosten (1=1 miljoen €)		gemiddelde groei per jaar
	2009	2013		2009	2013	
A Slik- of passagestoornis	6.500	6.800	1,1%	9,0	9,2	0,7%
B Resorptiestoornissen	220	250	3,2%	0,9	0,9	0,8%
C Stofwisselingsstoornis	290	340	4,1%	0,8	0,9	1,8%
<b>Totaal* sondevoedingen</b>	<b>7.000</b>	<b>7.400</b>	<b>1,4%</b>	<b>10,7</b>	<b>11,1</b>	<b>0,8%</b>
Voedingssonde en toebehoren	10.000	16.600	13,5%	9,5	10,3	2,0%
Voedingspomp en toebehoren	5.300	1.300	-29,6%	3,9	0,7	-35,2%
Overig / niet gespecificeerd	200	4.150	113,4%	0,1	2,1	102,3%
<b>Totaal* voedingshulpmiddelen</b>	<b>13.800</b>	<b>17.500</b>	<b>6,1%</b>	<b>13,5</b>	<b>13,1</b>	<b>-0,9%</b>

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

Friso Pep 1, Friso Allergy Care 1, Nutramigen 1 LGG, Nutramigen AA en Neocate bestemd voor zuigelingen jonger dan 6 maanden, (2) Nutrilon Pepti 2, Nutrilon Soya 2, Friso Pep 2, Friso Allergy Care 1, Nutramigen 2 LGG bestemd voor zuigelingen ouder dan 6 maanden en (3) Neocate Active, Neocate Advance bestemd voor zuigelingen/kinderen ouder dan 12 maanden. Deze specifieke voedingsmiddelen zijn in het *Compendium* ondergebracht in hoofdstuk 5.C.10.C, getiteld "Zuigelingenvoeding met specifieke eisen, allergie en intolerantie".

In tabel 3.29 staan de kengetallen naar leeftijd van het gebruik en de kosten voor middelen bij een koemelkallergie in 2009 en in 2013 weergegeven. 61% van de gebruikers, namelijk bijna 17.000 in 2013, en 61% van de totale kosten van ruim 15 miljoen euro van het totaal aan specifieke voedingsmiddelen voor zuigelingen en kinderen, zijn toe te schrijven aan het gebruik van eerder genoemde middelen bij een koemelkallergie. Er zijn iets meer jongetjes (57%) dan meisjes (43%) die genoemde voedingsmiddelen bij koemelkallergie gebruiken; ca. 35% van deze gebruikers is jonger dan 12 maanden en cumulatief is zelfs 80% jonger dan 24 maanden. Met een aandeel van ruim 60% worden de kosten hoofdzakelijk gemaakt

voor voedingsmiddelen bestemd voor zuigelingen ouder dan 6 maanden, namelijk € 9,3 miljoen in 2013. Ongeveer 30% van de kosten (van € 4,5 miljoen in 2013) bij koemelkallergie zijn voor middelen bestemd voor zuigelingen jonger dan 6 maanden. Per jaar wordt gemiddeld ongeveer € 900 per gebruiker uitgegeven voor voedingsmiddelen bij een koemelkallergie.

Een aparte categorie binnen de dieetpreparaten/voedingsmiddelen wordt gevormd door de sondevoedingen. Ten opzichte van het totaal aantal uitgaves is hun aandeel met nog geen 2% erg bescheiden. Door de relatief hoge kosten per uitgifte (ongeveer 235 euro) is het aandeel van deze middelen met 11,1 miljoen euro in 2013 in de totale kosten 11%. Zoals weergegeven in tabel 3.30 wordt sondevoeding aan een relatief kleine groep gebruikers voorgeschreven, en zijn het vooral gebruikers met slik- en passagestoornissen.

Specifiek voor de sondevoedingen zijn er ook hulpmiddelen nodig, die op de *GIPdatabank* zijn ondergebracht in de categorie N "hulpmiddelen voor het toedienen van voeding". Opvallend is dat het aantal gebruikers van deze hulpmiddelen hoger ligt dan het aantal gebruikers

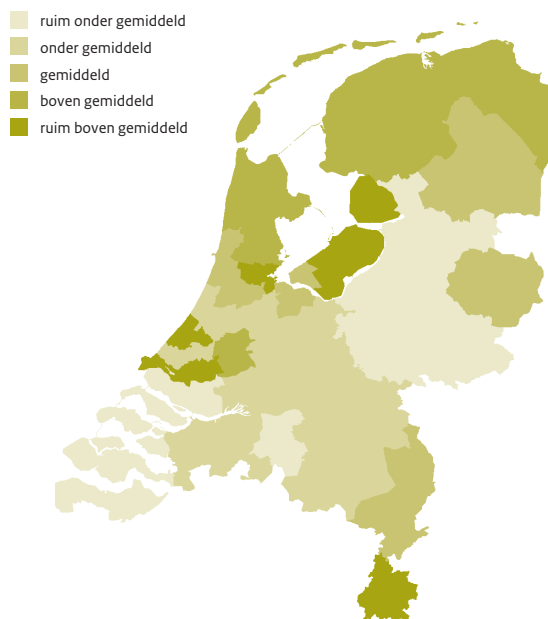
van de sondevoedingen zelf. Waarschijnlijk is de definitie van welke middelen tot sondevoeding worden gerekend te scherp (sommige dieet- en voedingsmiddelen kunnen namelijk zowel als sonde- als als drinkvoeding worden toegediend), met als gevolg een onderschatting van het aantal gebruikers van sondevoedingen. Net als het aantal gebruikers zijn de kosten voor het afleveren van de voedingspompen in de loop der jaren gedaald, terwijl de kosten en ook de gebruikers van de voedingssondes een forse jaarlijkse groei laat zien.

In 2013 maken ruim 160.000 verzekerden gebruik van dieetpreparaten en/of voedingsmiddelen. Dit is een prevalentie van 9,6 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In figuur 5.1 is het regiogemiddelde - dat is gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijd- en geslachttopbouw - vergeleken met de landelijk prevalentie en zijn de verschillen in beeld gebracht (zie elders in deze GIPeilingen "Regionale verschillen in kaart" en bijlage V).

Een aantal zorgkantorregio'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 licht gekleurd en kent dus een prevalentie van het aantal gebruikers van dieetpreparaten/voedingsmiddelen dat (ruim) onder het landelijke gemiddelde ligt.

Meer kengetallen over het gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen, die worden gepresenteerd naar indicatie en de indeling volgens het *Compendium dieetproducten en voedingssupplementen (editie 2013)*, zijn terug te vinden op onze website [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl).

**Figuur 3.13 | Gebruikers voedingsmiddelen 2013**  
Prevalentie NL = 9,6 per 1.000 Zvw-verzekerden








# Geneesmiddelengebruik op recept en in kaart

## Regionale verschillen in kaart

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

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

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

index $\leq 90$	ruim onder gemiddeld	
index 90 - 97,5	onder gemiddeld	
index 97,5-102,5	gemiddeld	
index 102,5-110	boven gemiddeld	
index $\geq 110$	ruim boven gemiddeld	

De landelijke prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen in 2013 is 677 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden (figuur 4.1). Of anders gezegd: in 2013 hebben van iedere 1.000 Zvw-verzekerden 677 verzekerden ten minste één keer een geneesmiddel, dat werd vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet, opgehaald bij een apotheekhoudende.

In verreweg het grootste gedeelte van Nederland ligt het aantal gebruikers van geneesmiddelen binnen een spreidingsbreedte van 5% rondom het gemiddelde. Er zijn geen regio's met een afwijking van meer dan 10%, zowel

naar boven als naar beneden. In de regio's Noord-Holland Noord, Utrecht, Apeldoorn, Zutphen e.o., Zwolle, Midden IJssel en Friesland ligt het aantal gebruikers onder het landelijk gemiddelde; in de regio's Zuid-Limburg, West-Brabant, Zuid-Hollandse Eilanden, Rotterdam en Nieuwe Waterweg Noord ligt het gemiddeld aantal geneesmiddelgebruikers juist boven het gemiddelde.

**Figuur 4.1 | Gebruikers geneesmiddelen 2013**  
Prevalentie NL = 677 per 1.000 Zvw-verzekerden



Er is sprake van een lichte daling van de landelijke prevalentie, zichtbaar wanneer het gebruik in de laatste drie jaar op een rijtje wordt gezet (tabel 4.1). De kengetallen per zorgkantoorregio laten in de loop der jaren weinig schommelingen zien: de regionale verschillen geven al jaren een vergelijkbaar beeld.

Via de Nationale Atlas Volksgezondheid (*Zorgatlas*) van het RIVM worden de prevalenties van het geneesmiddelengebruik naar zorgkantoorregio voor 2013 digitaal ontsloten met klikkaarten ([www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulpmiddelen/geneesmiddelengebruik](http://www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulpmiddelen/geneesmiddelengebruik)). Middels deze klikkaarten worden de prevalenties in 2011, 2012 en 2013 per zorgkantoorregio en per geneesmiddelengroep weergegeven. In aanvulling op het aantal gebruikers, wordt via de *Zorgatlas* ook het gebruik gemeten in standaard dagdoseringen met klikkaarten in beeld gebracht.

**Tabel 4.1 | Gebruikers per zorgkantoortje, 2011 en 2013**  
Prevalentie per 1.000 Zvw-verzekerden

Zorgkantoortje	2011	2012	2013
5501 Groningen	705	685	681
5502 Friesland	686	672	663
5503 Drenthe	704	691	679
5504 Zwolle	684	671	656
5505 Twente	705	688	679
5506 Apeldoorn, Zutphen e.o.	688	669	663
5507 Arnhem	689	673	667
5508 Nijmegen	696	676	668
5509 Utrecht	687	667	658
5510 Flevoland	705	692	679
5511 't Gooi	703	685	669
5512 Noord-Holland Noord	665	648	636
5513 Kennemerland	688	669	653
5514 Zaanstreek/Waterland	710	691	677
5515 Amsterdam	689	674	661
5516 Amstelland en De Meerlanden	694	673	660
5517 Zuid-Holland Noord	699	680	670
5518 Haaglanden	705	685	693
5519 Delft Westland Oostland	704	684	677
5520 Midden-Holland	700	681	674
5521 Rotterdam	736	720	702
5522 Nieuwe Waterweg Noord	735	724	715
5523 Zuid-Hollandse Eilanden	725	708	701
5524 Waardenland	716	698	694
5525 Zeeland	710	695	689
5526 West-Brabant	734	712	703
5527 Midden-Brabant	713	696	689
5528 Noordoost Brabant	715	695	687
5529 Zuidoost Brabant	710	688	682
5530 Noord- en Midden-Limburg	727	707	699
5531 Zuid-Limburg	736	716	720
5532 Midden IJssel	690	672	662
<b>Nederland</b>	<b>704</b>	<b>687</b>	<b>677</b>

Op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) geeft het overzicht 'geneesmiddelgroepen' toegang tot meerjarenoverzichten van 2002 tot en met 2013 met diverse kengetallen - per ATC-code, per jaar - van elke hiervoor genoemde geneesmiddelengroep.

In recept 4.1 zijn enkele kengetallen van het totale geneesmiddelengebruik in Nederland in 2013 opgenomen. Ter vergelijking zijn deze kengetallen afgezet tegen die van 5 jaar eerder, in 2009. Het aantal gebruikers is in de vijf jaar met gemiddeld 0,4% per jaar afgenomen, terwijl het volume gemeten in het totaal aantal DDD's jaarlijks met 1,4% blijft toenemen. De daling (gemiddeld 4,3% per jaar) van de totale kosten van 4,9 miljard naar 4,1 miljard euro is het gevolg van diverse ontwikkelingen en maatregelen; deze ontwikkelingen worden in hoofdstuk 3 in deze GIPeilingen vanuit verschillende invalshoeken specifiek toegelicht.

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

2009	2013
171.385.000	218.691.000 uitgiftes
7.788.693.000	8.225.663.000 dagdoseringen (DDDs)
11.749.000	11.560.000 gebruikers
€ 4.915.319.000	€ 4.115.281.000 kosten (all in)
15,0	19,4 uitgiftes per gebruiker
663	712 DDDs per gebruiker
€ 0,65	€ 0,53 kosten per dag (DDD)
€ 28,90	€ 19,27 kosten per uitgifte
€ 432,57	€ 374,23 kosten per gebruiker
50%	64% aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
556	513	< 5 jaar
444	429	5-14 jaar
434	714	15-24 jaar
502	685	25-44 jaar
675	763	45-64 jaar
869	894	65-74 jaar
1.046	1.138	≥ 75 jaar
<b>606</b>	<b>733</b>	<b>totaal</b>

Duidelijk is dat de toename van het aantal generiek afgeleverde geneesmiddelen – het aandeel gemeten in aantal DDD's stijgt van 50% in 2009 naar 64% in 2013 – een belangrijke bijdrage in de daling van de totale kosten heeft. In vijf jaar tijd zijn de gemiddelde kosten per gebruiker van ruim € 430 in 2009 met bijna 60 euro gedaald naar bijna € 375 in 2013. De prevalentie van het geneesmiddelgebruik naar leeftijd en geslacht laat zien dat het gebruik bij vrouwen iets hoger dan bij mannen is. Met het klimmen der leeftijd neemt de prevalentie ook toe; het gebruik van verzekerden van 75 jaar en ouder is het hoogst en ligt ca. anderhalf keer hoger dan het gemiddelde.

**Recept 4.2 | Maagmiddelen in Nederland**

Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

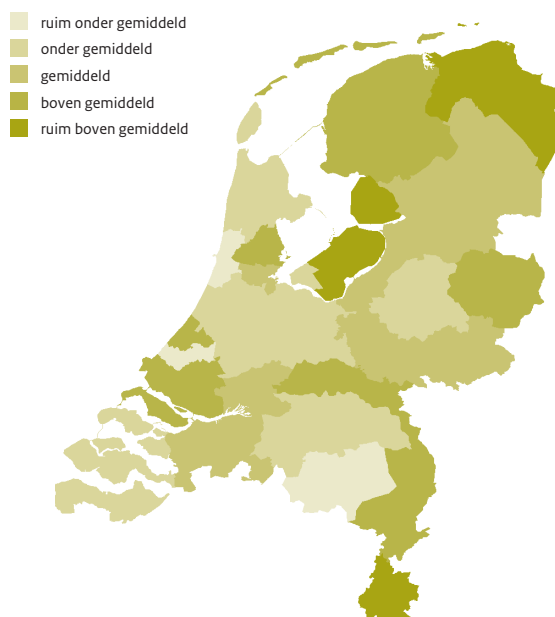
2009		2013	
10.899.000		15.697.000	uitgiftes
472.447.000		639.922.000	dagdoseringen (DDDs)
2.355.000		1.919.000	gebruikers
€ 238.442.000		€ 118.672.000	kosten (all in)
4,6		8,2	uitgiftes per gebruiker
201		333	DDDs per gebruiker
€ 0,50		€ 0,19	kosten per dag (DDD)
€ 21,88		€ 7,56	kosten per uitgifte
€ 101,25		€ 61,83	kosten per gebruiker
65%		94%	aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw	
man	vrouw		
13,2	10,6	< 5 jaar	
3,1	3,0	5-14 jaar	
9,2	16,6	15-24 jaar	
41,1	52,4	25-44 jaar	
130,7	158,5	45-64 jaar	
263,5	300,8	65-74 jaar	
422,7	438,0	≥ 75 jaar	
<b>100,5</b>	<b>128,5</b>	<b>totaal</b>	

**Figuur 4.2 | Gebruikers maagmiddelen 2013**

Prevalentie NL = 114,6 per 1.000 Zvw-verzekerden

**Maagmiddelen**

Per 1 januari 2012 is de aanspraak op de maagzuurremmers beperkt. Alleen mensen met een chronische (maag)aan-doening krijgen deze geneesmiddelen nog uit de basisverzekering vergoed (zie voorwaarde 71 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering). Het effect van deze maatregel is duidelijk in de kengetallen op recept 4.2 terug te vinden.

Steeg tot 2012 het aantal gebruikers van maagmiddelen (definitie op ATC-code niveau A02) nog met bijna 9% per jaar, in 2012 werd een daling van bijna 1 miljoen gebruikers geconstateerd. In 2013 is het aantal gebruikers van 1,8 miljoen in 2012 licht gestegen naar ruim 1,9 miljoen. De kengetallen voor 2013 geven, zeker in vergelijking met die van 2009, duidelijk aan dat er nu hoofdzakelijk sprake is van chronisch gebruik. Werd voorheen gemiddeld ruim een half jaar (200 DDD's per gebruiker) gebruikt, in 2013 is dat met 11 maanden (333 DDD's per gebruiker) aanzienlijk hoger. Uit de prevalentiecijfers valt af te lezen dat maagmiddelen gemiddeld ca. 30% vaker door vrouwen dan mannen (128 versus 100) worden gebruikt. Het gebruik en daarmee de prevalentie neemt toe vanaf de 45 jaar; vanaf 65 jaar wordt zelfs 3 tot 3,5 keer vaker dan gemiddeld (chronisch) maagmiddelen gebruikt.

De kostendaling van de maagmiddelen werd al eerder ingezet, als gevolg van het generiek beschikbaar komen van diverse protonpompremmers. Het aandeel gemeten in DDD's van generieke middelen is met 94% in 2013 zelfs nog licht toegenomen (4%) ten opzichte van 2012. Gemiddeld kostte het gebruik van een maagmiddel nog geen 20 eurocent in 2013, terwijl dit in 2009 nog twee kwartjes was. De gemiddelde kosten per gebruiker van € 62 in 2013 liggen daarmee bijna 40% lager dan in 2009.

Door de beperking in de aanspraak op maagmiddelen is de prevalentie in 2012 (115 gebruikers per 1.000) aanzienlijk lager dan in 2011 (165 gebruikers per 1.000). De landelijke prevalentie van gebruikers van maagmiddelen in 2013 is vergelijkbaar aan 2012: 115 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. In de regio's Zuid-Limburg, Flevoland en Groningen ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde (zie figuur 4.2), terwijl in Kennemerland, Delft Westland Oostland en Zuidoost Brabant de prevalentie ruim onder het gemiddelde ligt.

**Cholesterolverlagende middelen**

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is sinds 2009 met meer dan 300.000 gestegen tot ruim 1,8 miljoen gebruikers in 2013 (zie recept 4.3); een gemiddelde stijging van 4,5% per jaar. Naast een toename van het aantal gebruikers, zijn deze gebruikers gemiddeld ook meer cholesterolverlagers

gaan gebruiken: ten opzichte van 2009 stijgt het aantal DDD's elk jaar met ruim 6% tot bijna 700 miljoen in 2013. Er is duidelijk sprake van chronisch gebruik, want in 2013 is het gemiddeld aantal DDD's 366 per gebruiker per jaar. De toename van het aantal gebruikers kan vooral worden toegeschreven aan een toename van het preventieve gebruik van statines, in navolging van de NHG-standaard met behandelrichtlijnen voor Cardiovasculair Risicomanagement.

In tegenstelling tot de ontwikkeling in het aantal gebruikers, zijn de kosten voor het gebruik van cholesterolverlagers sinds 2009 met bijna € 90 miljoen gedaald naar € 214 miljoen in 2013. In 2013 kostte een cholesterolverlager gemiddeld nog 31 eurocent per dag, een kwartje minder dan in 2009. Waren de kosten in 2009 nog bijna 200 euro per gebruiker, in 2013 is dat nog geen € 115 per gebruiker per jaar. De belangrijkste redenen van de kostenreductie zijn de (vrijwillige) prijsverlagingen voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolstudiesremmers. Sinds 2012 is ook atorvastatine generiek verkrijgbaar.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen is flink toegenomen: van 52% naar 81% in 2013. Net als in voorgaande jaren zijn er relatief meer mannelijke (123 per 1.000) dan vrouwelijke (100 per 1.000) gebruikers. Het gebruik en daarmee de prevalentie neemt duidelijk ten opzichte van de lagere leeftijdsklassen vanaf 45 jaar toe; vanaf 65 jaar wordt zelfs 3 tot 3,5 keer vaker dan gemiddeld (chronisch) cholesterolverlagers gebruikt.

In de *Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2013* van het IVM worden een aantal indicatoren gedefinieerd waarin de statines een rol spelen. In de Monitor is de gemiddelde score voor 2012 voor de indicator 'behandeling HVZ-patiënten met statines' 70%; op grond van de GIP-gegevens zou er voor 2013 sprake zijn van een lichte stijging, naar 72%. Vergelijkbare uitkomsten zijn er voor de indicator 'behandeling diabetespatiënten met statines': een gemiddelde score van 76% voor 2013, hetgeen een lichte stijging is ten opzichte van de 73% zoals dat door het IVM voor 2012 werd berekend.

In figuur 4.3 zijn de regionale verschillen van gebruikers van cholesterolverlagers in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van cholesterolverlagers in 2013 komt uit op 112 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Opvallend is dat in de regio's in het zuiden van Nederland het aantal gebruikers boven het landelijk gemiddelde ligt; in de regio's Zuid-Limburg, West Brabant, Zuidoost Brabant en Rotterdam zelfs ruim boven het gemiddelde. In midden- en noord Nederland – met uitzondering van Groningen – ligt het gebruik in de meeste regio's onder het landelijk gemiddelde.

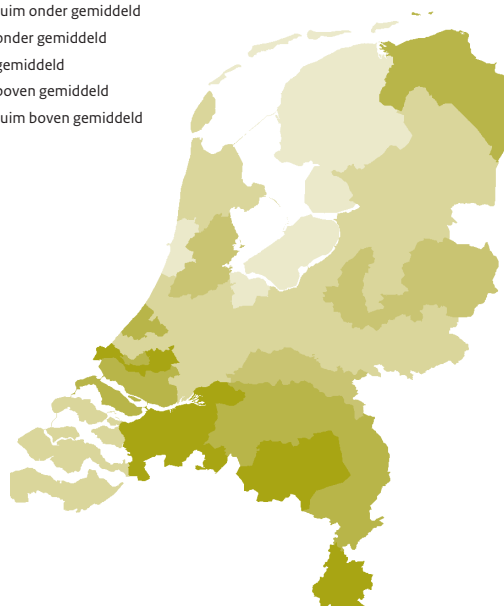
#### Recept 4.3 | Cholesterolverlagers in Nederland Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2009		2013	
9.168.000		15.038.000	uitgiftes
532.622.000		688.089.000	dagdoseringen (DDD's)
1.575.000		1.878.000	gebruikers
€ 302.993.000		€ 213.828.000	kosten (all in)
5,8		8,0	uitgiftes per gebruiker
338		366	DDD's per gebruiker
€ 0,57		€ 0,31	kosten per dag (DDD)
€ 33,05		€ 14,22	kosten per uitgifte
€ 192,38		€ 113,85	kosten per gebruiker
52%		81%	aandeel generiek (DDD's)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
0,0	0,0	< 5 jaar
0,4	0,4	5-14 jaar
1,2	1,6	15-24 jaar
18,4	10,6	25-44 jaar
173,9	119,7	45-64 jaar
419,8	330,8	65-74 jaar
484,8	363,2	≥ 75 jaar
<b>123,6</b>	<b>100,9</b>	<b>totaal</b>

#### Figuur 4.3 | Gebruikers cholesterolverlagers 2013 Prevalentie NL = 112,2 per 1.000 Zvw-verzekerden

- ruim onder gemiddeld
- onder gemiddeld
- gemiddeld
- boven gemiddeld
- ruim boven gemiddeld





#### Recept 4.4 | Diabetesmiddelen in Nederland

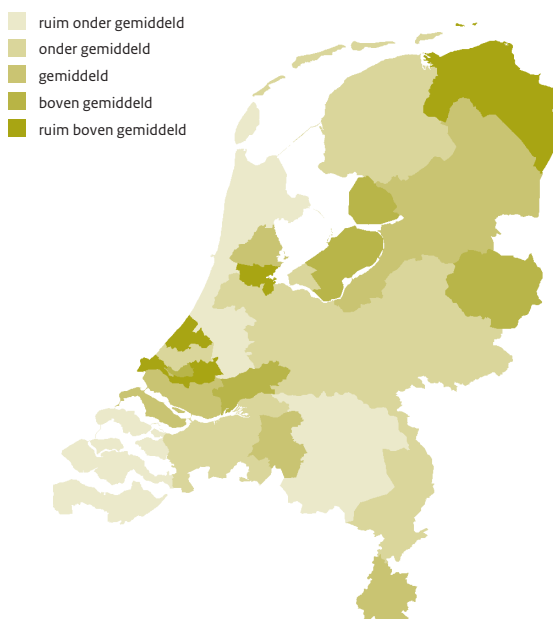
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2009		2013	
7.696.000		11.125.000	uitgiftes
425.614.000		461.706.000	dagdoseringen (DDDs)
715.100		796.200	gebruikers
€ 229.108.000		€ 270.334.000	kosten (all in)
10,8		14,0	uitgiftes per gebruiker
595		580	DDDs per gebruiker
€ 0,54		€ 0,59	kosten per dag (DDD)
€ 29,77		€ 24,30	kosten per uitgifte
€ 320,38		€ 339,51	kosten per gebruiker
62%		63%	aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
0,3	0,2	< 5 jaar
2,2	2,1	5-14 jaar
4,4	4,4	15-24 jaar
12,0	11,2	25-44 jaar
66,7	50,5	45-64 jaar
160,6	124,9	65-74 jaar
194,6	172,8	≥ 75 jaar
<b>49,9</b>	<b>45,2</b>	<b>totaal</b>

**Figuur 4.4 | Gebruikers diabetesmiddelen 2013**  
prevalentie NL = 47,6 per 1.000 Zvw-verzekerden



## Diabetesmiddelen

In recept 4.4 staan de belangrijkste kengetallen van het gebruik van diabetesmiddelen voor de jaren 2009 en 2013 weergegeven. Het aantal gebruikers van bloedglucoseverlagende middelen oftewel diabetesmiddelen (definitie op ATC-code niveau A10) is de afgelopen jaren gestegen naar bijna 800.000 gebruikers in 2013; een gemiddelde stijging van 2,7% per jaar. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt met 3,7% per jaar wat hoger dan de toename van het aantal insulinegebruikers (2,7%). Dit verschil hangt samen met een vergrijzende populatie en daarmee gepaard toename van diabetes mellitus type-II (ouderdomsdiabetes).

De totale kosten voor diabetesmiddelen zijn ten opzichte van 2009 met gemiddeld 4,2% per jaar gestegen naar € 270 miljoen in 2013. De gemiddelde kosten per gebruiker zijn minder snel gestegen, gemiddeld met 2,1% per jaar van € 320 in 2009 naar € 340 in 2013. De insulines zijn voor een bedrag van € 178 miljoen verantwoordelijk voor tweederde van de totale kosten van alle diabetesmiddelen. Dit is precies het omgekeerde van de verhouding tussen gebruikers van alleen insuline en gebruikers van alleen orale antidiabetica. Derhalve liggen de kosten per gebruiker ver uit elkaar: in 2009 is een gebruiker van insuline met € 670 per jaar ruim 6 keer duurder dan de orale gebruiker; in 2013 is dat verschil (€ 645 respectievelijk € 131) wat kleiner geworden.

De totale kosten voor orale antidiabetica zijn sinds 2009 met 9,5% per jaar gestegen naar € 91 miljoen in 2013. Deze bovengemiddelde stijging is direct het gevolg van een aantal nieuwe middelen. Sinds producten die rosiglitazon bevatten vanwege een verhoogd risico op myocardinfarct in het najaar van 2010 van de Europese markt werden genomen, is het aandeel van de thiazolidinedionen in de totale kosten sterk teruggelopen. De toename in de totale kosten is met name toe te schrijven aan liraglutide (Victoza®), sinds 2010 op de markt. Ook de dipeptidylpeptidase-4 remmers (DPP-4) maken een sterke ontwikkeling door, want na introductie van sitagliptine (Januvia®) in 2007 kwamen daar vildagliptine (Galvus®) in 2007, saxagliptine (Onglyza®) in 2009 en linagliptine (Trajenta®) in 2011 bij. Van al deze middelen zijn ook combinatiepreparaten met metformine op de markt gebracht.

Aan al deze middelen zijn voorwaarden zijn op Bijlage 2 gesteld aan het voorschrijven, en worden in 2013 aan een relatief klein aantal gebruikers voorgeschreven. Ondanks het relatief kleine aantal gebruikers leggen de totale kosten die hiermee gemoed gaan een veel groter beslag. Deze nieuwe middelen zijn aanzienlijk duurder dan de gebruikelijke behandeling met metformine en sulfonyleureum-derivaten, die samen ca. € 0,35 per DDD kosten.

DPP-4 remmers zijn bijna 5 keer zo duur, en liraglutide is met € 3,40 bijna 10 keer zo duur per DDD in vergelijking met een orale gebruikelijke behandeling bij diabetes.

Het aandeel van generiek beschikbare middelen ligt net boven de 60%; hierin is in de loop der jaren weinig veranderd. Dit zijn allemaal orale antidiabetica, want voor de insulines zijn nog geen generieke preparaten beschikbaar. Uit de gemiddelde prevalentie per geslacht blijkt dat zijn wat meer mannen (49,9 per 1.000) dan vrouwen (45,2 per 1.000) antidiabetica gebruiken. Aangezien de prevalentie van 65-plussers circa drie keer hoger dan gemiddeld ligt en bij 75-plussers zelfs vier keer hoger, kan worden geconcludeerd dat gebruikers van antidiabetica hoofdzakelijk als diabetes mellitus type-II patiënten kunnen worden gekenmerkt.

Met een gemiddelde score van 95% voor de IVM-indicator 'behandeling diabetespatiënten met metformine' in 2012 kan nauwelijks meer verbetering worden verwacht. Dat blijkt ook uit de gegevens van het GIP, want voor 2013 wordt voor deze indicator een gelijke score berekend. Dus conform de NHG-standaard *Diabetes Mellitus type 2* krijgen vrijwel alle nieuwe gebruikers van orale bloedglucoseverlagende in eerste instantie het middel van de eerste keuze, metformine, voorgeschreven. Conform de NHG-standaard *Cardiovasculair Risicomanagement* krijgt 76% van de gebruikers van orale bloedsuikerverlagende middelen in 2013 ook een statine afgeleverd, een lichte stijging ten opzichte van 2012 (73%).

Figuur 4.4 toont de regionale verschillen van gebruikers van diabetesmiddelen in Nederland in 2013. Ten opzichte van eerdere jaren is het beeld nauwelijks gewijzigd. De landelijke prevalentie in 2013 van gebruikers van antidiabetica is 48 gebruikers per 1.000 verzekerden. In de regio's Groningen, Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam ligt het aantal gebruikers ruim boven het landelijk gemiddelde. Maar ook Twente, Flevoland, Nieuwe Waterweg Noord en Waardenland scoren boven het gemiddelde.

### Astma- en COPD-middelen

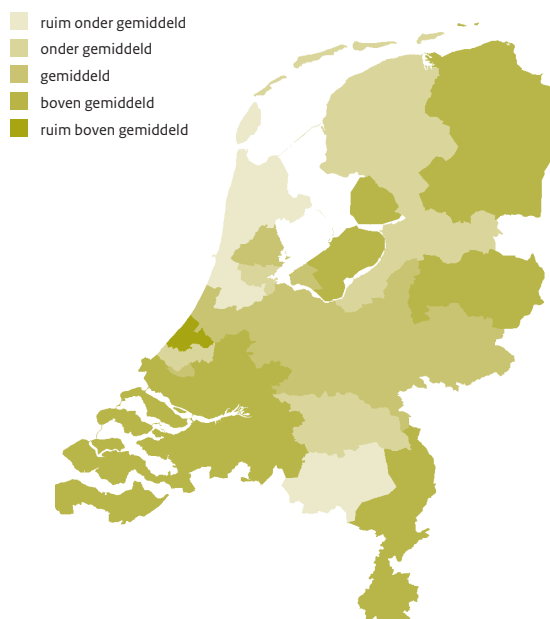
Het gebruik van astma- en COPD-middelen (definitie op ATC-code niveau Ro3 én Ro5CB) in Nederland is al jaren vrij stabiel (zie recept 4.5) met een gemiddelde jaarlijkse toename van nog geen 1%. Het aantal gebruikers wordt in 2013 op ruim 1,5 miljoen geraamd. De totale kosten komen uit op bijna € 440 miljoen. De kosten worden voor een groot bepaald door het gebruik van combinatiepreparaten (een  $\beta$ -sympathicomimeticum met een inhalatie-corticosteroid). In 2013 is bijna € 210 miljoen aan deze middelen uitgegeven, iets minder dan de helft van de totale kosten voor alle astma- en COPD-middelen. Voor de combinatiepreparaten liggen de kosten per DDD ongeveer drie keer

### Recept 4.5 | Astma en COPD-middelen in Nederland Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2009		2013	
	7.344.000	7.142.000	uitgiftes
	364.984.000	372.384.000	dagdoseringen (DDDs)
	1.582.000	1.507.000	gebruikers
€	438.056.000	€	438.525.000 kosten (all in)
	4,6	4,7	uitgiftes per gebruiker
	231	247	DDDs per gebruiker
€	1,20	€	1,18 kosten per dag (DDD)
€	59,65	€	61,40 kosten per uitgifte
€	276,92	€	291,04 kosten per gebruiker
	12%	11%	aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
124,6	83,7	< 5 jaar
78,0	52,5	5-14 jaar
46,8	60,6	15-24 jaar
47,7	72,0	25-44 jaar
81,7	113,6	45-64 jaar
133,0	148,6	65-74 jaar
212,9	169,3	≥ 75 jaar
<b>83,1</b>	<b>96,8</b>	<b>totaal</b>

Figuur 4.5 | Gebruikers astma en COPD-middelen 2013  
Prevalentie NL = 90,0 per 1.000 Zvw-verzekerden



### Recept 4.6 | Antidepressiva in Nederland

Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2009		2013	
7.611.000		9.265.000	uitgiftes
239.765.000		266.316.000	dagdoseringen (DDD's)
917.000		982.400	gebruikers
€ 89.650.000		€ 98.550.000	kosten (all in)
8,3		9,4	uitgiftes per gebruiker
261		271	DDD's per gebruiker
€ 0,37		€ 0,37	kosten per dag (DDD)
€ 11,78		€ 10,64	kosten per uitgifte
€ 97,76		€ 100,32	kosten per gebruiker
80%		82%	aandeel generiek (DDD's)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw	
man	vrouw		
0,0	0,0	< 5 jaar	
1,4	1,1	5-14 jaar	
12,3	26,1	15-24 jaar	
41,0	75,0	25-44 jaar	
65,2	114,0	45-64 jaar	
57,5	109,1	65-74 jaar	
73,5	130,1	≥ 75 jaar	
<b>40,9</b>	<b>76,2</b>	<b>totaal</b>	

**Figuur 4.6 | Gebruikers antidepressiva 2013**  
Prevalentie NL = 58,7 per 1.000 Zvw-verzekerden



hooger dan voor de enkelvoudige sympathicomimetica en corticosteroïden. In 2013 zijn de gemiddelde kosten per gebruiker bijna € 300, met een jaarlijkse groei van 1,3% ongeveer € 15 meer dan in 2009. Het aandeel in het gebruik van generiek beschikbare middelen blijft – gemeten in het aantal DDD's – stabiel rond de 12%.

Bij het ontbreken van een diagnose, is het op grond van alleen medicatie lastig om de astma-patiënten en de COPD-patiënten te onderscheiden. Toch komen de bekende verschillen in leeftijd en geslacht tussen astma en COPD wel naar voren in de prevalentiecijfers over 2013. Zo komt onder volwassenen astma bijvoorbeeld vaker voor onder vrouwen dan onder mannen, terwijl dit bij kinderen juist omgekeerd is. Bij kinderen tot 15 jaar is de prevalentie onder jongens ca. anderhalf keer hoger dan onder meisjes. De meeste mensen krijgen pas op latere leeftijd COPD, de prevalentie vanaf 45 jaar is anderhalf tot twee keer hoger dan het gemiddelde. Komt astma bij volwassenen vaker voor onder vrouwen dan onder mannen, voor de diagnose COPD ligt dat omgekeerd.

De landelijke prevalentie van gebruikers van astma en COPD-middelen in 2013 is 90 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde liggen de meeste regio's er net onder of net boven (zie figuur 4.5). De regio's Noord-Holland Noord, Kennemerland, Amstelland en De Meerlanden en Zuidoost Brabant kennen een prevalentie ruim onder het landelijk gemiddelde. Alleen de regio Haaglanden heeft een prevalentie die ruim boven het landelijk gemiddelde uitstijgt.

### Antidepressiva

Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau No6A) is in de afgelopen jaren met gemiddeld 1,7% gestegen naar 980.000 gebruikers in 2013. In 2009 wordt de kostendaling ten opzichte van 2008 vooral veroorzaakt door de prijsverlagingen onder invloed van het geneesmiddelenconvenant en preferentiebeleid van zorgverzekeraars van de generiek beschikbaar gekomen serotonine heropname-remmers: fluoxetine (Prozac®), citalopram (Cipramil®), sertraline (Zoloft®) en paroxetine (Seroxat®). Na deze forse kostendaling in 2009, is de laatste 5 jaar een gematigde groei waarneembaar. De kosten van bijna € 90 miljoen in 2009 zijn met ruim 9 miljoen euro gestegen naar ongeveer € 100 miljoen in 2013; een gemiddelde stijging die hoger is dan die van het aantal gebruikers, namelijk 2,4% per jaar.

De kengetallen van de belangrijkste parameters rond antidepressiva staan in het recept 4.6 weergegeven. Na de relatief grote wijzigingen van 2008 naar 2009, zijn de ontwikkelingen van de laatste 5 jaar vrij stabiel. Al vanaf

jonge leeftijd ligt het gebruik van antidepressiva onder vrouwen twee keer hoger dan onder mannen. Daarnaast is de prevalentie onder zowel mannen als vrouwen vanaf 45 jaar en ouder anderhalf tot twee keer (indien 75 jaar of ouder) hoger dan zij die jonger dan 45 jaar zijn.

In figuur 4.6 zijn de regionale verschillen van gebruikers van antidepressiva in Nederland in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van antidepressiva in 2013 is met 58 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden gelijk aan de prevalentie in 2012. In de regio's in een strook die van Zeeland tot Groningen loopt, ligt de prevalentie boven het landelijk gemiddelde; in Zuid-Limburg, Zeeland, Waardenland en Friesland ligt de prevalentie er zelfs ruim boven. In de regio's 't Gooi, Kennemerland, Zaanstreek/Waterland, Amstelland en De Meerlanden ligt het gebruik van antidepressiva juist ruim onder het landelijke gemiddelde. In het stroomgebied van de grote rivieren ligt het gebruik van antidepressiva op of rond het gemiddelde.

### Antipsychotica

Het aantal gebruikers van antipsychotica (definitie op ATC-code niveau N05A) is de afgelopen jaren met gemiddeld 3% per jaar gestegen naar 293.000 gebruikers in 2013. Deze toename is vooral toe te schrijven aan een verschuiving in het gebruik van klassieke geneesmiddelen naar de nieuwe, atypische antipsychotica zoals quetiapine (Seroquel®). Zo steeg het aantal gebruikers van quetiapine van 51.000 in 2009 naar 85.000 in 2013, terwijl voor de overige middelen het aantal gebruikers door de jaren heen vrij stabiel is.

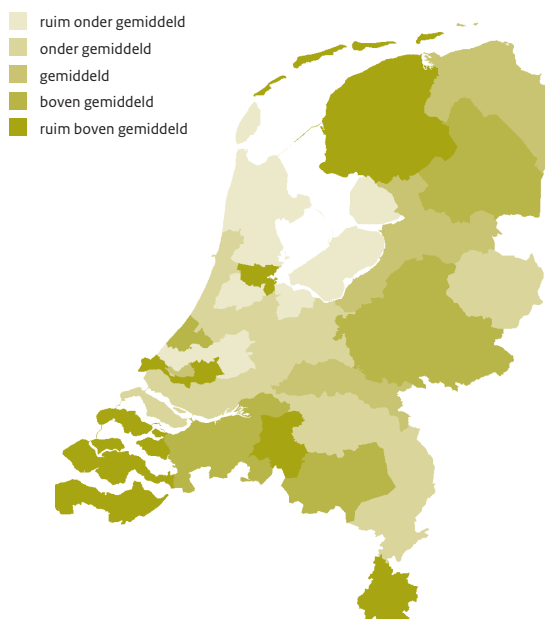
In recept 4.8 staan de belangrijkste kengetallen in het gebruik van antipsychotica voor 2009 en 2013 naast elkaar. Het aandeel van generiek beschikbare middelen is gestegen van 20% naar 47% in 2013; dit is het gevolg van het generiek beschikbaar komen van olanzapine in 2011 en quetiapine in 2012. Gezien de veel lagere kosten per DDD voor deze generieke preparaten, zijn de kosten per gebruiker met bijna € 160 afgenomen van € 450 in 2009 tot circa € 290 in 2013. In 2013 is er bijna € 85 miljoen uitgegeven voor het afleveren van antipsychotica; ten opzichte van 2009 een gemiddelde jaarlijkse daling van bijna 8%. De landelijke prevalentie van antipsychotica is gemiddeld 17,5 per 1.000 Zvw-verzekerden, en zowel onder mannen als vrouwen. Tot een jaar of 45 is het gebruik van antipsychotica onder mannen wat hoger dan onder vrouwen, vanaf 45 jaar is dit precies omgekeerd. Opvallend is dat de prevalentie in de leeftijd van 75 jaar of ouder 2,5 keer (onder mannen) tot drie keer (onder vrouwen) hoger ligt dan gemiddeld.

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

2009		2013	
3.161.000		4.261.000	uitgiftes
42.746.000		47.204.000	dagdoseringen (DDDs)
261.200		293.000	gebruikers
€ 117.577.000		€ 84.454.000	kosten (all in)
12,1		14,5	uitgiftes per gebruiker
164		161	DDDs per gebruiker
€ 2,75	€	1,79	kosten per dag (DDD)
€ 37,19	€	19,82	kosten per uitgifte
€ 450,09	€	288,28	kosten per gebruiker
20%		47%	aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
0,2	0,1	< 5 jaar
8,6	2,3	5-14 jaar
11,3	7,8	15-24 jaar
19,5	16,2	25-44 jaar
20,8	22,0	45-64 jaar
16,8	20,2	65-74 jaar
41,8	46,3	≥ 75 jaar
<b>17,5</b>	<b>17,5</b>	<b>totaal</b>

**Figuur 4.7 | Gebruikers antipsychotica 2013**  
Prevalentie NL = 17,5 per 1.000 Zvw-verzekerden



### Recept 4.8 | Benzodiazepinen in Nederland

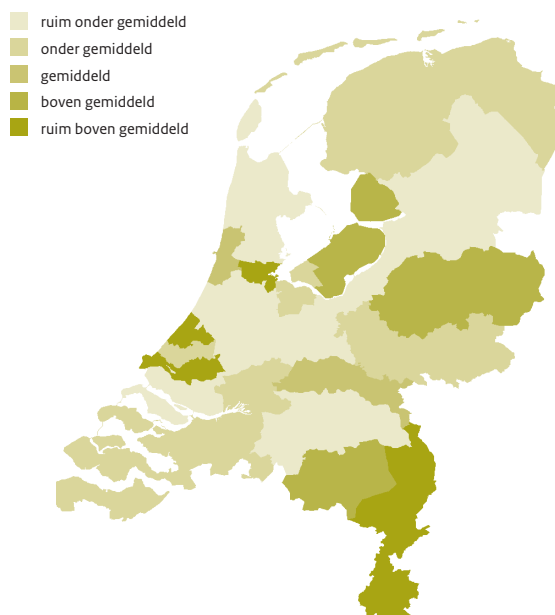
Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

2009		2013	
	3.350.000	4.582.000	uitgiftes
	59.434.000	73.496.000	dagdoseringen (DDD's)
	340.500	386.500	gebruikers
€	25.985.000	€ 31.441.000	kosten (all in)
	9,8	11,9	uitgiftes per gebruiker
	175	190	DDD's per gebruiker
€	0,44	€ 0,43	kosten per dag (DDD)
€	7,76	€ 6,86	kosten per uitgifte
€	76,32	€ 81,34	kosten per gebruiker
	90%	91%	aandeel generiek (DDD's)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw	
man	vrouw		
5,5	3,8	< 5 jaar	
2,4	1,8	5-14 jaar	
4,9	6,9	15-24 jaar	
16,0	21,7	25-44 jaar	
25,5	36,9	45-64 jaar	
27,6	44,7	65-74 jaar	
46,8	75,6	≥ 75 jaar	
<b>18,0</b>	<b>28,1</b>	<b>totaal</b>	

**Figuur 4.8 | Gebruikers benzodiazepinen 2013**  
Prevalentie NL = 23,1 per 1.000 Zvw-verzekerden



In figuur 4.7 zijn de regionale verschillen van het gebruik van antipsychotica in Nederland in 2013 weergegeven. De landelijke prevalentie van gebruikers van antipsychotica bedraagt 17,5 per 1.000 Zvw-verzekerden. In de regio's Amsterdam, Rotterdam, Midden-Brabant, Zuid-Limburg en de provincies Zeeland en Friesland ligt het aantal gebruikers van antipsychotica ruim boven het gemiddelde, terwijl de rest van west Nederland ruim onder het gemiddelde scoort.

### Slaap- en kalmeringsmiddelen

Met ingang van januari 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen ingrijpend gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een klein aantal indicaties (o.a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie en de behandeling van psychiatrische problematiek). Als gevolg hiervan is er een drastische terugval in het aantal gebruikers, het aantal DDD's en de daarmee gepaard gaande kosten. De terugval van de 1,7 miljoen gebruikers in 2008 naar 340.000 in 2009 is in de daaropvolgende jaren gestabiliseerd; de gemiddelde jaarlijkse groei in de laatste vijf jaar is 3,2% naar 385.000 gebruikers in 2013.

De gevolgen van de beperkingen in de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen (oftewel benzodiazepinen, definitie op ATC-code niveau N05BA, N05CD en N05CF) zijn niet meer in recept 4.8 zichtbaar; de kengetallen geven over de periode van 2009-2013 een relatief stabiel beeld weer. Het aantal gebruikers is met ruim 3% licht toegenomen, al stijgen de totale kosten met bijna 5% per jaar van € 26 miljoen in 2009 naar € 31 miljoen in 2013. Het aantal DDD's houdt gelijke tred met de kosten, want de gemiddelde kosten per dag zijn in 5 jaar tijd in feite ongewijzigd. De kosten en het aantal DDD's per gebruiker zijn met gemiddeld 2% licht gestegen; van € 76 in 2009 naar € 81 in 2013, en 175 DDD's in 2009 naar 190 DDD's in 2013. De benzodiazepinen worden hoofdzakelijk (90%) generiek voorgeschreven en afgeleverd.

De prevalentie in 2013 van 23 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden is vrijwel gelijk aan die van het voorgaande jaar. Het gebruik onder vrouwen ligt met een prevalentie van 28 per 1.000 aanzienlijk hoger dan onder mannen (18 per 1.000). Is de prevalentie onder de 25 jaar duidelijk lager dan gemiddeld, deze ligt circa anderhalf keer hoger in de leeftijd van 45 tot 65 jaar, twee keer hoger indien 65 tot 75 jaar en zelfs drie keer hoger onder de 75-plussers; dit geldt zowel voor de mannen als de vrouwen.

In figuur 4.8 zijn de regionale verschillen van het gebruik van benzodiazepinen in Nederland in 2013 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie in 2013 is 23 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Opvallend is dat de meeste

regio's in Nederland ruim onder het gemiddelde scoren, terwijl de grote steden (zorgkantorregio's Amsterdam, Haaglanden en Rotterdam) plus de regio's Noord- en Midden-Limburg en Zuid-Limburg juist de prevalentie kennen die ruim boven het landelijk gemiddelde ligt.

### HIV-middelen

Er is sprake van een forse stijging van het gebruik van middelen tegen een infectie met HIV (humaan immunodeficiëntie virus). De HIV-middelen zijn geclassificeerd op ATC-code niveau J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX, waarbij de geneesmiddelen die worden ingezet bij een (chronische) hepatitis-B of C infectie zijn uitgesloten. In recept 4.9 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van de middelen bij een HIV-infectie. Het aantal gebruikers van HIV-middelen is toegenomen van 12.900 in 2009 naar bijna 18.000 gebruikers in 2013; een gemiddelde jaarlijkse toename van 8,5%. De kosten in verband met gebruik van HIV-middelen zijn gestegen in 5 jaar tijd van bijna 125 miljoen naar ruim € 175 miljoen; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 9%. De gemiddelde kosten per gebruiker liggen rond de 10.000 euro.

De landelijke prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen bij een HIV-infectie ligt net boven de 1 per 1.000 Zvw-verzekerden. De verhouding tussen mannen en vrouwen is scheef verdeeld: het gebruik door mannen komt vier keer vaker voor dan door vrouwen (1,70 respectievelijk 0,45 per 1.000). Is de prevalentie onder mannen tussen 45 en 65 jaar het hoogst en twee keer zo hoog als gemiddeld, bij de vrouwen wordt de hoogste prevalentie (twee keer hoger dan gemiddeld) vastgesteld in de leeftijd van 25 tot 45 jaar.

Sinds de introductie in 1987 van zidovudine zijn de behandelmogelijkheden van een infectie met HIV enorm toegenomen. De huidige behandeling bestaat uit een combinatie van meerdere middelen, die cART (combination antiretroviral therapy) wordt genoemd. Deze therapie is zo effectief, dat in de Westerse wereld de levensverwachting van HIV-geïnfecteerden inmiddels de normale levensverwachting benadert. Een besmetting met HIV is hierdoor veranderd in een chronische aandoening (zie ook *Monitoring Report 2013*, Stichting HIV Monitoring). In het verleden werd de cART meestal ingezet met het gebruik van meerdere enkelvoudige preparaten. In recente jaren zijn diverse combinatiepreparaten met twee of meer werkzame stoffen in vaste verhoudingen op de markt gebracht, die al snel bij de cART werden voorgeschreven. Als gevolg van een toegenomen gebruik van de combinatiepreparaten is het gemiddeld aantal DDD's per gebruiker in 2013 ten opzichte van 2009 licht afgenomen.

### Recept 4.9 | HIV-middelen\* in Nederland Geneesmiddelen op recept via huisarts of specialist

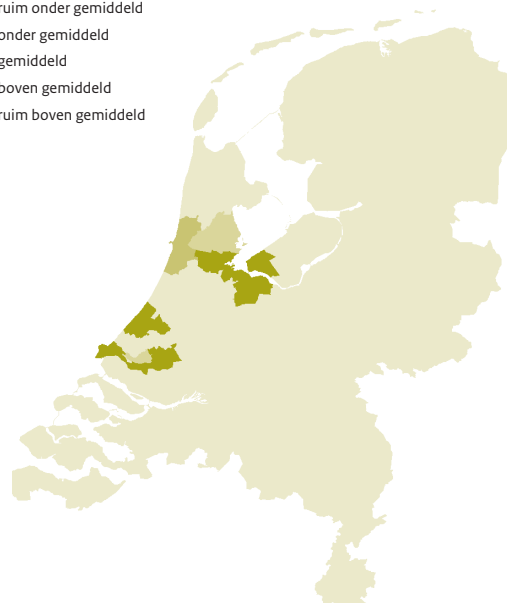
2009		2013	
	145.400	205.100	uitgiftes
	7.398.000	9.615.000	dagdoseringen (DDDs)
	12.900	17.900	gebruikers
€	124.280.000	€	175.719.000
			kosten (all in)
	11,3	11,5	uitgiftes per gebruiker
	573	538	DDDs per gebruiker
€	16,80	€	18,28
			kosten per dag (DDD)
€	854,96	€	856,78
			kosten per uitgifte
€	9.627	€	9.831
			kosten per gebruiker
	0%	2%	aandeel generiek (DDDs)

2013		Prevalentie NL per 1.000 Zvw
man	vrouw	
0,0	0,1	< 5 jaar
0,1	0,1	5-14 jaar
0,3	0,2	15-24 jaar
2,3	0,9	25-44 jaar
3,3	0,6	45-64 jaar
1,1	0,2	65-74 jaar
0,3	0,1	≥ 75 jaar
<b>1,7</b>	<b>0,5</b>	<b>totaal</b>

\* exclusief middelen voor behandeling hepatitis-B en hepatitis-C

### Figuur 4.9 | Gebruikers HIV-middelen 2013 Prevalentie NL = 1,07 per 1.000 Zvw-verzekerden

- ruim onder gemiddeld
- onder gemiddeld
- gemiddeld
- boven gemiddeld
- ruim boven gemiddeld



**Tabel 4.2 | Kostenontwikkeling HIV-middelen naar werkingsmechanisme, 2009-2013**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2009	2010	2011	2012	2013	Groei
J05AE* proteaseremmer (PI)	13,2	16,9	21,3	24,2	26,7	19,4%
J05AF* nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI)	12,7	11,1	10,7	10,3	10,0	-5,8%
J05AG non-nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI)	14,7	14,9	14,7	15,7	15,4	1,2%
J05AR antivirale middelen HIV-infectie, combinatiepreparaten	77,6	88,9	94,8	101,0	111,6	9,5%
J05AX overige antivirale middelen	6,1	8,2	9,7	10,8	11,9	18,2%
<b>totaal</b>	<b>124,3</b>	<b>140,0</b>	<b>151,1</b>	<b>161,9</b>	<b>175,7</b>	<b>9,0%</b>
aantal gebruikers (1 = 1)	12.900	13.600	14.700	16.000	17.900	8,5%
gemiddelde kosten per gebruiker per jaar (1 = € 1)	9.600	10.300	10.300	10.100	9.800	0,5%
gemiddelde kosten per gebruiker per dag (1 = € 1)	26,40	28,20	28,15	27,75	27,00	0,6%

\* exclusief middelen voor behandeling van (chronische) hepatitis-B en hepatitis-C

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

In tabel 4.2 is de kostenontwikkeling opgenomen van deze groepen HIV-geneesmiddelen in de afgelopen vijf jaar. Er is sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van 9%, vrijwel gelijk aan die van de gebruikers. Opvallend is de stijging van de kosten voor de proteaseremmers en de overige antivirale middelen (ca. 19% per jaar), en de gelijktijdige daling van de kosten van de NRTI's met bijna 6% per jaar. Bijna tweederde van de kosten bij de behandeling van een HIV-infectie worden gemaakt voor de combinatiepreparaten.

In figuur 4.9 zijn de regionale verschillen van het gebruik van HIV-middelen in Nederland in 2013 in beeld gebracht. De landelijke prevalentie van gebruikers van HIV-middelen is 1,07 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden is in 2013 vergelijkbaar met het voorgaande jaar. Net als in voorgaande jaren ligt de prevalentie in Amsterdam, t Gooi, Rotterdam en Haaglanden ruim boven het gemiddelde.

# 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:

### Basisvergoeding (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)

De basisvergoeding is het bedrag dat via de zorgverzekeraars aan apothekers en apotheehoudende 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 apotheehoudenden) en de eigen betaling in het kader van het GVS reeds in mindering zijn gebracht op de officiële apotheek inkoopprijs.

### WMG-tarief

Het WMG-tarief is de vergoeding die de apotheek in rekening brengt voor zijn dienstverlening. Vanaf 2012 is het systeem van een landelijke, uniforme WMG-tarieven losgelaten. Apothekers en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over welke zorgprestaties worden gecontracteerd en welke tarieven hiervoor mogen worden gehanteerd. Voor de zorgverzekeringswet zijn de volgende, door de NZa vastgestelde zorgprestaties van belang:

### Terhandstelling receptgeneesmiddel

- standaardterhandstelling
- weekterhandstelling (uitgifte in weekdoseersysteem)

### Deelprestaties (alleen in combinatie met een terhandstelling)

- geneesmiddel is voor de eerste keer voorgeschreven
- uitgifte vindt plaats: 's avonds, op zon- of feestdag
- eenvoudige eigen bereiding door apotheker
- complexe eigen bereiding door apotheker
- dienstverlening thuis

### Overige zorgprestaties

- instructie patiënt voor aan het geneesmiddelen gerelateerd hulpmiddel
- medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik
- medicatieoverdracht naar ziekenhuis/andere zorgverlener
- eerste terhandstellingsgesprek

### Marge (buiten-WMG-uitgiftes)

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

### BTW

Over alle kostencomponenten die hiervoor zijn genoemd, wordt 6% BTW geheven.

### 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. Over het bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

Voor nadere informatie over de door de NZa vastgestelde zorgprestaties: [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



## Bijlage II. Begripsdefinities

### Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

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

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

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

### WMG-tarief

Tarief dat apothekhoudenden in rekening brengen voor de door hen verleende zorg: zorgprestaties. De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de verschillende zorgprestaties. De tarieven die daarvoor in rekening worden gebracht zijn veelal het resultaat van onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars.

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

### Clawback

Een door de NZa opgelegde procentuele verlaging van de inkoopvergoeding die apothekhoudenden op grond van de WMG in rekening mogen brengen. Doel is de verkregen kortingen en bonussen bij apothekhoudenden af te romen. Deze procentuele verlagingen (in 2009 en 2010: 8,53%) is gekoppeld aan een maximum van €6,80 per afgeleverd recept (aftoppingsbedrag). Met ingang van 1 januari 2010 is het clawbackpercentage weer teruggebracht naar 6,82%. 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 zorgverzekeraars en apothekers.

### Preferentiebeleid

Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog bepaalde variant(en) te vergoeden. Veelal gaat het daarbij om de laagstgeprijsde varianten. Naast een gezamenlijk preferentiebeleid (het betreft drie generiek beschikbare geneesmiddelen: simvastatine, pravastatine en omeprazol) voeren sinds medio 2008 een groot aantal zorgverzekeraars ook een individueel preferentiebeleid. Om

preferent te worden zullen leveranciers hun prijzen moeten verlagen in ruil voor een hoger omzetvolume. Lagere prijzen vertalen zich in lagere kosten voor de zorgverzekeraar en zijn verzekerden en minder kortingen en bonussen voor 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 III. Lijst met afkortingen

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

## Bijlage IV. Referenties

GIPeilingen 2012, *Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik*,  
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / College voor zorgverzekeringen, Diemen, september 2013, nr. 34

GIPdatabank, [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)  
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, 2014

G-Standaard, [www.z-index.nl](http://www.z-index.nl)  
Z-Index, 's-Gravenhage, 2013

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2013  
([www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whocc.no/atc_ddd_index)), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2012

Farmacotherapeutisch Kompas 2013, [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)  
Wetenschappelijke Adviesraad, Commissie Farmacotherapeutisch Kompas (CFK), Zorginstituut Nederland, Diemen, 2013

*Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2013*, [www.dieetconsult.nl](http://www.dieetconsult.nl)  
Houten, november 2012

## Bijlage V. Zorgkantorregio's 2013 in beeld

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



# Colofon

## Uitgave

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)  
van Zorginstituut Nederland

## ISSN

1382-4821

## Informatie

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

## Redactie

Afdeling Verzekering Zakelijk

## Tekst en inhoud

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

## Vormgeving

Afdeling Strategie, Communicatie &  
Bestuursondersteuning (SC&B)

## Fotografie

Peter Hilz / Hollandse Hoogte

## Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

## Adres

Zorginstituut Nederland  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN  
Telefoon (020) 797 85 55  
Telefax (020) 797 85 00  
E-mail [infogip@zinl.nl](mailto:infogip@zinl.nl)  
Website [www.zinl.nl](http://www.zinl.nl)

## Abonnement

Voor een gratis abonnement kunt u zich schriftelijk aanmelden bij:  
Zorginstituut Nederland  
t.a.v. Abonnementenadministratie  
Antwoordnummer 1192  
1110 VB Diemen

## Bronvermelding

Het is toegestaan gegevens uit deze publicatie te gebruiken mits volledige bronvermelding plaatsvindt: *GI Peilingen 2013, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik*  
GIP / Zorginstituut Nederland, Diemen, oktober 2014, nr. 35

## Internet

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

