



Zorginstituut Nederland

GIPeilingen 2015

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | december 2016 | nr. 37



| Van goede zorg verzekerd |

GIPeilingen 2015

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik

Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | december 2016 | nr. 37

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
GIPeilingen 2015	6
Inleiding	6
Over het GIP	6
www.gipdatabank.nl	7
GIPdatabank gebruikerstips	8
Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg	10
Het aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg stijgt in 2015 met 3%	10
Ontwikkelingen farmaceutische zorg	17
In 2015 lichte stijging van de geneesmiddelenkosten	17
Geneesmiddelengebruik uitgesplitst naar GVS-status	21
Middellangetermijnraming farmaceutische zorg 2016-2021	23
Generieke geneesmiddelen: lagere prijzen door preferentiebeleid	25
Gematigde kostenontwikkeling door: WGP en preferentiebeleid	27
Nieuwe geneesmiddelen: aandeel van 22% in de vergoeding voor geneesmiddelen	29
Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk	30
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis	33
Vrije tarieven voor apotheehoudenden vanaf 2012	34
Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld	35
Magistrale bereidingen en doorgeleverde bereidingen	36
Uitgaven allergeenextracten dalen	37
Overzicht dure geneesmiddelen: alle 17 duur	38
Polyfarmacie	40
Dieetpreparaten en voedingsmiddelen	41
Geneesmiddelengebruik	43
Maagmiddelen	44
Cholesterolverlagende middelen	44
Diabetesmiddelen	45
Astma- en COPD-middelen	45
Antidepressiva	46
Antipsychotica	47
Slaap- en kalmeringsmiddelen	47
HIV-middelen	48
Bijlagen	51
I. Toelichting kostencomponenten	51
II. Begripsdefinities	52
III. Lijst met afkortingen	53
IV. Referenties	54

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, die door de zorgverzekeraar in het kader van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed.

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van vijftien- twintig 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. Het GIP streeft naar een landelijke dekking. Met een dekkingsgraad van 98% is dit punt nu bijna bereikt.

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

In voorgaande jaren verscheen *GIPeilingen* meestal aan het begin van de maand oktober. Dit jaar is de verschijning fors vertraagd. Dit komt vooral omdat de wijzigingen in de declaratiestandaard voor farmaceutische zorg hebben geleid tot een vertraging in de aanlevering en ook verwerking van de brongegevens.

Deze wijziging werkt ook door in de wijze waarop we de kosten voor farmaceutische zorg detailleren.

We maken voortaan onderscheid in:

- de vergoeding van het afgeleverde geneesmiddel (exclusief BTW, exclusief dienstverlening apotheek en exclusief eventuele GVS-bijbetaling);
- het tarief dat de apotheek in rekening brengt voor zijn dienstverlening (exclusief BTW).

Om de vergelijkbaarheid te waarborgen zijn deze aanpassingen over de gehele rapportageperiode doorgevoerd.

GIPeilingen 2015

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) in 2004 is de verschijningsfrequentie van *GIPeilingen* teruggebracht van twee naar één keer per jaar. De gedetailleerde cijfermatige overzichten, vooral tabellen en grafieken, hebben plaatsgemaakt 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 2015, geplaatst in het perspectief van de daaraan voorafgaande jaren. De gegevens over 2015 zijn nog wel voorlopig, omdat we nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over het hele jaar 2015 hebben ontvangen en verwerkt.

Per 1 juli 2015 heeft een wijziging plaatsgevonden in de declaratiestandaard voor farmaceutische zorg. De declaraties worden voortaan gesplitst: één declaratie met daarin het tarief (de vergoeding) voor het verstrekte geneesmiddel en één declaratie met daarin het tarief dat de apotheker in rekening brengt voor zijn dienstverlening. Dit kan een tarief zijn gekoppeld aan de uitgifte van een geneesmiddel maar ook een tarief dat daar los van staat, zoals bijvoorbeeld het uitvoeren van een medicijncheck bij patiënten die meerder geneesmiddelen gelijktijdig gebruiken. Deze splitsing van declaraties zullen we voortaan ook in onze rapportages volgen.

GIPeilingen 2015 opent met de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten van de hulpmiddelenzorg. De aantallen gebruikers en de kosten worden nader uitgesplitst naar hulpmiddelenssoort 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 beleidsmatige 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, de gebruikte hoeveelheden en verschuivingen in het gebruik naar bepaalde middelen binnen een deze geneesmiddelen-groepen.

De regionale verschillen in het geneesmiddelengebruik brengen we in kaart in samenwerking met het RIVM via de website: www.zorgatlas.nl/zorg/genees-en-hulpmiddelen/geneesmiddelengebruik

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 eventuele 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, 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 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 kostenoverzichten over het gebruik van geneesmiddelen en de door apothekhoudenden verleende zorgprestaties.

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelzorg, afkomstig van vijftieng zorgverzekeraars (risicodragende labels). Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door huisarts of specialist zijn voorgeschreven, vervolgens zijn afgeleverd door een apotheker, apothekhoudend huisarts of leverancier van hulpmiddelen. Het gaat om geneesmiddelen en hulpmiddelen die door de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed.

Bij de gegevensverwerking, het classificeren van de data en het opstellen van rapportages, maken we ook intensief gebruik van informatiesystemen van derden, waaronder de G-Standaard van Z-Index: www.z-index.nl, het Bever-hulpmiddelenbestand van Nigella: www.nigella.nl en de ATC/DDD-indexen van de WHO: www.whocc.no/atc_ddd_index

Onze gegevensbestanden zijn gebaseerd op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen van circa 16,4 miljoen verzekerden; dit betekent een dekking van circa 96% van het totale aantal verzekerden in Nederland. In tabel 1.1 staat een overzicht van de in 2015 aan het GIP deelnemende zorgverzekeraars (risicodragende labels) en de concerns waartoe zij behoren. Ons doel is om uiteindelijk toe te groeien naar een 100% dekkingsgraad.

www.gipdatabank.nl

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

Tabel 1.1 | Deelnemende zorgverzekeraars GIP, 2015

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	3.572.000
Avéro	Achmea	310.000
Interpolis	Achmea	245.000
OZF	Achmea	53.000
De Friesland	Achmea	569.000
FBTO (*)	Achmea	367.000
Menzis	Menzis	1.722.000
Anderzorg	Menzis	278.000
Azivo	Menzis	114.000
VGZ	VGZ	2.128.000
Univé	VGZ	835.000
IZA	VGZ	534.000
IZZ	VGZ	442.000
UMC	VGZ	113.000
Cares Gouda	VGZ	99.000
CZ	CZ	2.679.000
Ohra	CZ	544.000
Delta Lloyd	CZ	216.000
Zorg en Zekerheid	-	423.000
ONVZ	-	456.000
DSW	-	441.000
Eno	-	159.000
Stad Holland	-	89.000
ASR	-	283.000

(*) heeft over 2015 nog geen gegevens aangeleverd.

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 in oog springende ontwikkelingen in het gebruik van 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 (de 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* circa 1.200 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-hulpmiddelen/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 indicatiestelling en dosering, maar ook het farmacotherapeutische rapport aan de Minister van VWS, presenteert Zorginstituut Nederland in het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze publicatie is ook via het internet te raadplegen, ga daarvoor naar: www.fkzin.nl
Informatie over de vergoedingsstatus van geneesmiddelen en actuele prijsinformatie presenteert Zorginstituut Nederland op zijn internetsite 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. Hieronder, in de tabellen 1.2 (geneesmiddelen) en 1.3 (hulpmiddelen) geven we aan 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:

- vergoeding (geneesmiddel)
- aantal uitgiftes (terhandstellingen)
- 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 vergoeding 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 op de GIPdatabank

Geneesmiddelen (van ATC1 tot en met ATC5 niveau, werkzame stof)
Meerjarentabel
Naar leeftijd/geslacht, 2015
Doorgeleverde bereidingen
Weesgeneesmiddelen
Nieuwe geneesmiddelen
Bijlage 2 middelen
Voedingsmiddelen
Zorgprestaties naar soort
Top 25 stijgers en dalers, 2015/2014
Top 100
Polyfarmacie leeftijd en geslacht
Polyfarmacie regionaal
Polyfarmacie top 10
Jaarlijkse groei kosten, 1985–2021 (raming)
Verzekerdenaantallen (Zorgverzekeringswet), 2011–2015
Geneesmiddelengroepen (meerjaren 2002 – 2015 + grafische weergave)
Maagmiddelen
Cholesterolverlagers
Diabetesmiddelen
Astma- en COPD-middelen
Antidepressiva
Antipsychotica
Slaap- en kalmeringsmiddelen
ADHD-middelen

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, respectievelijk hulpmiddelenleverancier)
- 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.

Tabel 1.3 | Overzichten op de GIPdatabank

Hulpmiddelen (3 niveaus)
Meerjarentabel
Naar leeftijd en geslacht
Top 10 stijgers
Top 10 hulpmiddelen
Verzekerdenaantallen, 2010 - 2015

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg

Het aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg stijgt in 2015 met 3%.

Het aantal verzekerden wat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg groeit met 3% naar 2,3 miljoen gebruikers. In vergelijking met het voorgaande jaar blijven de totale uitgaven aan hulpmiddelenzorg in 2015 stabiel en bedragen €1,5 miljard.

Ten opzichte van het voorgaande jaar stabiliseren de uitgaven voor hulpmiddelenzorg en komen net als in 2014 uit op totaal €1,5 miljard. Het aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg neemt wel toe en groeit met 3% naar totaal 2,3 miljoen verzekerden.

Op macroniveau stijgen de kosten per declaratie. Het effect van deze toename van de prijs per declaratie wordt gecompenseerd door een daling van de aantallen declaraties en de declaraties per gebruiker. De andere prijscomponent, de kosten per gebruiker, daalt ook in 2015. Omdat

de kosten per gebruiker dalen, leidt de toename van het aantal gebruikers in 2015 niet tot een stijging van de totale uitgaven. De top 3 van hulpmiddelen met de grootste absolute afname van de kosten in 2015 bestaat uit testmaterialen voor diabetes, voorzieningen voor stomapatiënten en orthopedisch schoeisel. Van deze drie hulpmiddelen is de daling van de kosten per gebruiker voor de testmaterialen voor diabetes het grootst: -27%. Voor de voorzieningen voor stomapatiënten is de daling van de kosten per gebruiker -9% en voor orthopedisch schoeisel -1%.

In tabel 2.1 laten we de ontwikkelingen zien van het gebruik en uitgaven van de hulpmiddelenzorg in de jaren 2011 tot en met 2015.

Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2015?

In tabel 2.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2015. Op nummer 1 staan de hoor

Tabel 2.1 Kengetallen hulpmiddelenzorg, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Mutatie '11-'12	Mutatie '12-'13	Mutatie '13-'14	Mutatie '14-'15
Totale kosten (1 = €1 miljoen)	1.430	1.505	1.448	1.491	1.499	5,3%	-3,8%	3,0%	0,5%
Volumecomponent									
Gebruikers (1 = 1.000)	2.230	2.122	2.148	2.193	2.256	-4,8%	1,2%	2,1%	2,9%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	17,6	17,7	17,8	17,0	16,7	0,5%	0,8%	-4,5%	-1,8%
Declaraties per gebruiker (1 = 1)	7,9	8,3	8,3	7,8	7,4	5,6%	-0,2%	-6,0%	-5,1%
Prijsc component									
Kosten per gebruiker (1 = €1)	641	709	674	680	664	10,6%	-4,9%	0,9%	-2,4%
Kosten per declaratie (1 = €1)	81	85	81	88	90	4,9%	-4,7%	8,6%	2,3%

Tabel 2.1 Top 5 hulpmiddelenzorg: kosten, gebruikers en kosten per gebruiker in 2015

	Totale kosten (1 = € 1 mln)			Aandeel 65+ in totale kosten		Gebruikers (1 = 1.000)		Aandeel 65+ in gebruikers		Kosten/ gebruiker (1 = € 1)
	2015	man	vrouw	2015	man	vrouw	2015	man	vrouw	2015
1. hoortoestellen	188	29%	36%	186	39%	37%	1.010			
2. incontinentiemateriaal	153	17%	60%	480	20%	59%	320			
3. overige verzorgingsmiddelen	135	38%	18%	184	38%	28%	733			
4. stomamaterialen	127	32%	31%	75	36%	27%	1.690			
5. orthopedisch schoeisel	125	17%	32%	101	16%	33%	1.230			
Totaal Top 5 *	728	29%	36%	859	27%	46%	847			
Overige hulpmiddelen *	768	19%	25%	1.861	18%	27%	413			
Totaal *	1.495	24%	30%	2.256	20%	30%	664			

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

toestellen. De uitgaven aan hoortoestellen stijgen in 2015 met 15% ten opzichte van het voorgaande jaar naar totaal €188 miljoen. De plaatsen 2 tot en met 4 worden ingenomen door de verzorgingsmiddelen: incontinentie materialen, overige verzorgingsmiddelen (o.a. katheters en urine-opvangzakken) en voorzieningen voor stomapatiënten. Van deze 3 typen verzorgingsmiddelen is de daling van de kosten van voorzieningen voor stomapatiënten zowel in absolute als in relatieve zin opvallend: ruim €14 miljoen lager dan in 2014 (-10%). Vanwege deze daling in de uitgaven aan stomamaterialen, en een lichte stijging (1%) van de uitgaven aan overige verzorgingsmiddelen, wisselen deze twee categorieën van plaats in de top 5. Ook de kosten van orthopedisch schoeisel dalen ten opzichte van 2014 met -3% naar €125 miljoen. Hierdoor blijft de categorie orthopedisch schoeisel staan op plaats 5. Samen zijn de hulpmiddelengroepen uit de top 5 verantwoordelijk voor ruim 49% van de totale uitgaven. Een overzicht met daarin de hulpmiddelen die in 2015 het snelst in kosten zijn gestegen is te vinden op de *GIPdata-bank*: selecteer de top 10 stijgers op www.gipdatabank.nl.

Incontinentiematerialen

In 2015 daalt het aantal gebruikers van incontinentiematerialen verder naar 480.000 verzekerden (-4%). Ondanks deze daling van het aantal gebruikers, blijft de categorie incontinentiematerialen de grootste groep gebruikers van hulpmiddelenzorg. In tegenstelling tot 2014, leidt de afname van het aantal gebruikers niet tot een daling van de uitgaven aan incontinentiematerialen. In 2015 stijgen de uitgaven aan incontinentiematerialen met 2% naar € 153 miljoen. Deze stijging van de uitgaven lijkt vooral het gevolg van de toename van de kosten per gebruiker met 6% naar € 320 per gebruiker in 2015.

Voorzieningen voor stomapatiënten

Onder de categorie 'voorzieningen voor stomapatiënten' worden onder andere de volgende hulpmiddelen gerekend: opvangzakjes met kleefplaten, de daarbij benodigde hulp en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigingsgaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen. Ook de noodzakelijke huidbeschermende middelen en afdepleisters en katheters, bestemd voor een continent (blijvend) stoma, vallen onder de voorzieningen voor stomapatiënten.

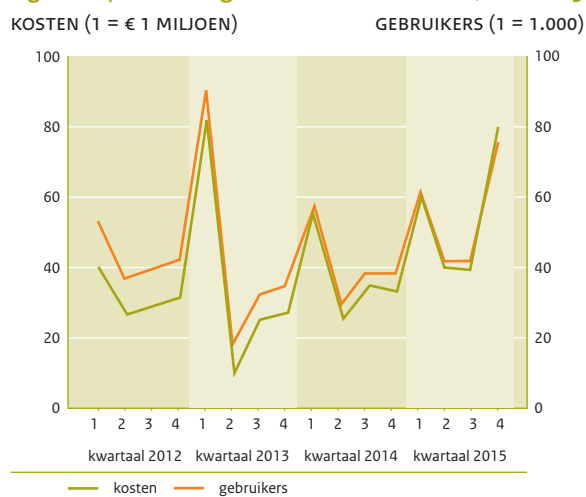
De uitgaven aan voorzieningen voor stomapatiënten dalen in 2015 ten opzichte van het voorgaande jaar met -10% naar € 127 miljoen. Het aantal gebruikers van stomamaterialen neemt nauwelijks af in 2015 (-1%), waardoor de daling van de kosten vooral het gevolg zijn van de daling van de kosten per gebruiker: met -9% naar € 1.690 per gebruiker. Mogelijk wordt de daling van de kosten per gebruiker veroorzaakt door veranderingen

van het inkoopbeleid van stomamaterialen door een aantal grote zorgverzekeraars in 2015.

Hoortoestellen

De hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie zijn per 1 januari 2013 functiegericht omschreven. Ook is vanaf deze datum de vergoedingssystematiek gewijzigd: er wordt in plaats van de maximale vergoedingslimiet een procentuele eigen bijdrage gevraagd (in 2015 = 25%). De stijging van de uitgaven met 33% in 2012 en de daarop volgende daling met 29% in 2013 lijken het gevolg te zijn van de extra aandacht die er op dat moment was voor de aangekondigde wijzigingen. In 2014 en 2015 stijgen de kosten weer met gemiddeld 25% per jaar naar totaal €188 miljoen in 2015. De stijging van de uitgaven aan hoortoestellen in de periode 2013 tot en met 2015 wordt voor vooral veroorzaakt door een toename van het aantal gebruikers, en in iets mindere mate door een groei van de kosten per gebruiker. 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 2015. 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. Het patroon van een piek in het gebruik en kosten in het laatste kwartaal van het kalenderjaar, gevolgd door een daling in het eerste kwartaal van het opvolgende jaar is ook in de jaren 2014 en 2015 zichtbaar. Hierbij valt op dat de piek in het laatste kwartaal in 2015 voor wat betreft de uitgaven bijna op hetzelfde niveau ligt als in het laatste kwartaal van 2012.

Figuur 2.1 | Kosten en gebruikers hoortoestellen, 2012-2015



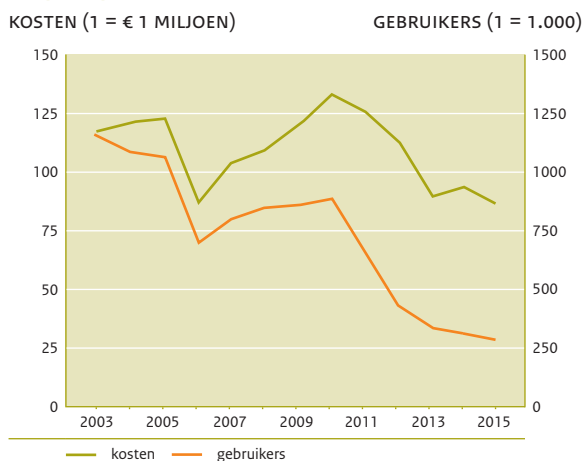
Diabetes testmaterialen

De in 2014 geconstateerde daling van de kosten per gebruiker van diabetes testmaterialen zet zich in 2015 verder door: een daling van bijna -27% naar € 238 euro per gebruiker. Het aantal gebruikers daalt met -4% naar ruim 262.000 verzekerden. De totale uitgaven aan diabetes testmaterialen komen hierdoor in 2015 uit op € 62,5 miljoen. Dit is een verschil van bijna € 26 miljoen (-29%) ten opzichte van 2014. Net als in 2014 zijn er ook in 2015 wijzigingen geweest met betrekking tot het inkoopbeleid van diabetes-hulpmiddelen door zorgverzekeraars. Mogelijk verklaren deze veranderingen van het inkoopbeleid de grote daling in de uitgaven aan diabetes testmaterialen. Lees voor meer achtergrondinformatie het artikel: 'Bloedglucosemateriaal: vergoeding & kwaliteit', Zorginstituut Nederland, mei 2016.

Verbandmiddelen

Als gevolg van diverse maatregelen (o.a. de introductie van het ZN-formulier verbandmiddelen en de herbeoordeling van verbandmiddelen in de Z-index door de werkgroep Verbandmiddelen van ZN), dalen in de periode 2010 tot en met 2013 de uitgaven met gemiddeld 11% per jaar en het aantal gebruikers met gemiddeld 26% per jaar. In 2014 neemt het aantal gebruikers nog verder af, maar stijgen de uitgaven met 4%. Ook in 2015 is er nog een sprake van een lichte daling van het aantal gebruikers van verbandmiddelen: met -1,6% naar totaal 310.000 verzekerden. In figuur 2.2 laten we de ontwikkelingen zien van de kosten en het aantal gebruikers van verbandmiddelen vanaf 2003. De figuur laat zien dat vanaf 2013 het aantal gebruikers stabiliseert. Ook de kosten blijven ongeveer op een gelijkwaardig niveau in de laatste 3 jaren. In 2015 dalen de uitgaven met -3% naar € 83 miljoen en komen ongeveer uit op het totaalbedrag in 2013.

Figuur 2.2 | Kosten en gebruikers verbandmiddelen, 2003-2015

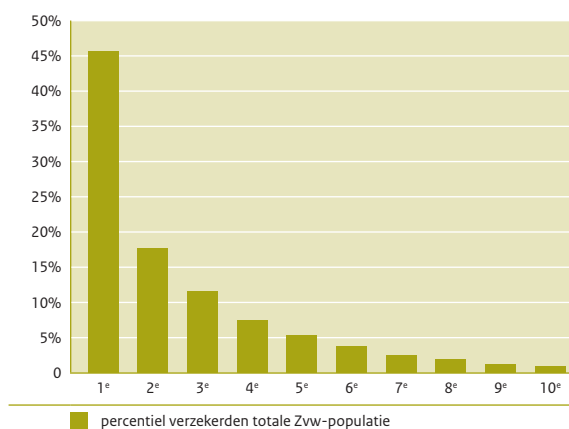


2003-2005 Ziekenfondswet- en particulier verzekerden
2006-2015 Zorgverzekeringswetverzekerden

Kleine groep gebruikers verantwoordelijk voor groot deel van de uitgaven

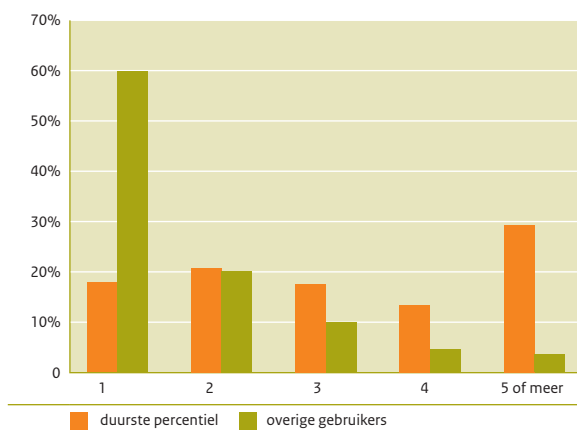
Figuur 2.3 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelen-zorg in 2015 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Ongeveer 86% van de totale verzekerdenpopulatie maakt geen kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,6 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de 14% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% (bijna 168.500 verzekerden) in 2015 verantwoordelijk voor 46% van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 683 miljoen). De leeftijd- en geslachtsopbouw van de gebruikers binnen het duurste percentiel wijkt iets af van de leeftijd- en geslachtsopbouw van de totale populatie van verzekerden wat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg. In het duurste percentiel zijn er naar verhouding meer mannelijke gebruikers en zijn er meer 65-plussers ten opzichte van de totale populatie.

Figuur 2.3 | Kostenaandeel gebruikers hulpmiddelenzorg, 2015



Dat een relatief kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor bijna de helft (46%) 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 7 declaraties vergoed. Een gebruiker uit het duurste percentiel krijgt in een jaar circa 25 declaraties vergoed. Dit is ruim drie keer hoger dan het landelijke gemiddelde. Het zijn vooral declaraties van verschillende soorten hulpmiddelen, terwijl de overige hulpmiddele gebruikers zich voornamelijk beperken tot 1 soort hulpmiddel. Dit is goed te zien in figuur 2.4.

Figuur 2.4 | Aandeel gebruikers naar aantal soorten hulpmiddelen per gebruiker, 2015



Hoe is het hulpmiddelengebruik 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 duurdere gebruikers dan vrouwen.

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 hulpmiddelenzorg 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 45%.

De groei van het aantal gebruikers zet zich in 2014 door met 2%. De toename van het aantal gebruikers is het grootst in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar, bij zowel de mannen als de vrouwen. Dit wordt met name veroorzaakt door de groei van het aantal gebruikers van voorzetkamers.

Ook in 2015 is er sprake van een toename van het totaal aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg. Ten opzichte van 2014 stijgt het aantal gebruikers met 3% naar 2,3 miljoen verzekerden. Voor het merendeel betreft het een toename van het aantal mannelijke gebruikers met een leeftijd tussen de 45 en 75 jaar. Het betreft grotendeels gebruikers van CPAP-apparaat, voorzetkamers en hoortoestellen.

Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelen-categorie vanaf 2008?

In 2012 heeft de werkgroep Verbandmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland alle verbandmiddelen in de G-Standaard van de Z-index opnieuw ingedeeld in de productgroepen verbandmiddelen of compressiematerialen. Hierdoor zijn er ZI-nummers verschoven van de productgroep verbandmiddelen naar de productgroep compressiematerialen. Deze wijzigin-

Tabel 2.3 | Aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht, 2011-2015

1 = 1000

	2011	2012	2013	2014	2015
Mannen	909	878	864	898	943
0-24 jaar	145	129	134	143	150
25-44 jaar	96	79	78	79	79
45-64 jaar	264	253	247	252	264
65-74 jaar	182	190	187	196	208
75-84 jaar	158	160	153	159	167
≥ 85 jaar	64	67	66	70	75
Vrouwen	1.320	1.244	1.284	1.294	1.313
0-24 jaar	127	109	119	126	130
25-44 jaar	165	139	203	197	194
45-64 jaar	353	327	316	317	324
65-74 jaar	235	234	229	235	241
75-84 jaar	264	258	243	243	244
≥ 85 jaar	175	177	174	176	181
Totaal	2.230	2.122	2.148	2.193	2.256

Tabel 2.4 | Kosten per gebruikers naar leeftijd en geslacht, 2011-2015

1 = €1

	2011	2012	2013	2014	2015
Mannen	700	774	757	755	732
0-24 jaar	531	605	542	506	481
25-44 jaar	648	791	765	758	728
45-64 jaar	703	765	757	751	718
65-74 jaar	762	824	815	823	806
75-84 jaar	766	829	829	849	835
≥ 85 jaar	809	835	849	869	854
Vrouwen	601	664	618	628	616
0-24 jaar	510	607	529	498	478
25-44 jaar	452	543	387	399	393
45-64 jaar	573	636	632	641	619
65-74 jaar	601	662	653	671	657
75-84 jaar	652	700	685	703	699
≥ 85 jaar	787	798	785	792	783
Totaal	641	709	674	680	664

gen zijn in 2016 met terugwerkende kracht in de door het GIP opgebouwde hulpmiddelenbestanden doorgevoerd. Ten opzichte van voorgaande publicaties zijn er door de herindeling van ZI-nummers kosten en aantallen gebruikers verschoven van de hoofdgroep Verzorgingsmiddelen (waaronder de verbandmiddelen worden gerekend) naar de hoofdgroep Transportondersteuners bloed en lymfe. Ook heeft de hercodering effect gehad op het totaal aantal unieke gebruikers waardoor deze cijfers ook iets afwijken in vergelijking met eerdere publicaties. Daarnaast is er voor een aantal ZI-nummers van materialen ter bescherming van wond en/of huid met terugwerken de kracht een hercodering doorgevoerd waardoor deze producten niet meer onder de stomamaterialen worden gerekend, maar onder de overige verzorgingsmiddelen. Omdat zowel de stomamaterialen als ook de overige verzorgingsmiddelen onder de hoofdgroep Verzorgingsmiddelen vallen, is op het niveau van de hoofdgroep Verzorgingsmiddelen geen effect zichtbaar ten opzichte van eerdere publicaties. Kijk op de *GIPdatabank* voor het effect van de hercoderingen op een lager detailniveau: selecteer de meerjarentabel op www.gipdatabank.nl.

Per 1 januari 2015 zijn er een aantal wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelen zorg doorgevoerd. Zo is de aanspraak op hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van de stembanden overgeheveld naar de medisch specialistische zorg. Verder zijn de aanspraken op hulpmiddelen die worden gebruikt bij stoornissen in de functies van de huid en hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van het bewustzijn functiegericht

omschreven. Onder deze functionele omschrijvingen vallen de huidige aanspraken op schoenvoorzieningen, verbandmiddelen en kappen ter bescherming van de schedel. Daarom zijn er geen wijzigingen in de indeling van de monitorcoderingen in 2015.

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 2009–2015. 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 ontwikkelingen van het aantal gebruikers en de kosten per gebruiker van de diverse categorieën binnen de hulpmiddelen zorg in de periode 2011 tot en met 2015 en de groeipercentages van het aantal gebruikers en kosten per gebruiker ten opzichte van het voorgaande jaar, komt het Zorginstituut tot een raming van de uitgaven voor de periode 2016–2020. Het Zorginstituut verwacht voor 2016 een krimp van de uitgaven met circa -3,6%. De vermindering van de uitgaven wordt met name bepaald door een verwachte daling van de uitgaven aan hoortoestellen, verzorgingsmiddelen en diabetesmaterialen. Over de periode 2017 tot 2020 ramen wij een gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan hulpmiddelen zorg met circa 0,9%. In figuur 2.6 staan de groeipercentages van de uitgaven voor Hulpmiddelen zorg op basis van de middellange termijn raming (MLT)

TABEL 2.5 | Kostenontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2009-2015

1 = €1.000.000

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	mutatie '14-'15	GJG '09-'15
Verzorgingsmiddelen	487,1	524,8	528,9	530,0	518,0	510,4	498,1	-2,4%	0,4%
Orthesen en schoenvoorzieningen	169,1	174,8	184,3	192,3	177,5	179,6	174,0	-3,1%	0,5%
Auditieve hulpmiddelen	136,7	142,4	146,4	200,3	131,3	175,7	201,9	14,9%	6,7%
Visuele hulpmiddelen	32,1	32,3	33,5	32,2	30,4	32,9	33,2	0,8%	0,6%
Diabetes hulpmiddelen	210,0	215,9	211,2	211,5	206,0	196,8	175,7	-10,7%	-2,9%
Inrichtingselementen woningen	49,2	40,2	40,2	38,7	88,9	87,8	91,4	4,1%	10,9%
Transportondersteuners bloed en lymfe	69,3	71,9	73,2	73,0	61,6	65,9	67,9	2,9%	-0,3%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	55,5	69,1	78,2	86,5	97,3	103,7	114,9	10,8%	12,9%
Prothesen	49,3	53,6	54,9	58,8	55,3	58,1	58,0	-0,1%	2,8%
Communicatie/informatie/signalering	11,6	11,7	10,9	11,7	11,7	11,8	12,9	9,3%	1,8%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	15,0	18,8	15,3	16,5	13,1	14,6	15,4	6,0%	0,5%
Hulpmiddelen toedienen voeding	13,8	14,2	13,0	14,6	13,7	15,3	14,8	-3,3%	1,3%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	21,6	24,7	24,5	25,0	27,4	26,8	27,3	1,8%	4,0%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	7,2	8,0	6,9	6,3	6,9	6,9	8,1	18,5%	1,9%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	65,8%	120,4%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,3	0,7	0,6	0,6	0,8	1,2	1,7	46,1%	30,6%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-41,6%	-32,3%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	8,6	4,3	8,0	7,4	7,7	3,4	3,5	3,5%	-13,9%
Totaal	1.337	1.407	1.430	1.505	1.448	1.491	1.499	0,5%	1,9%

Tabel 2.6 | gebruikersontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2009-2015

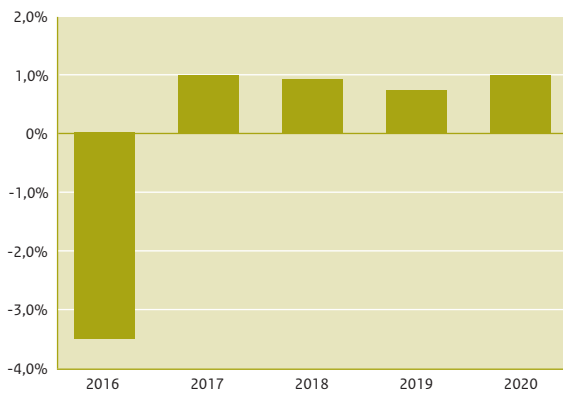
1 = 1.000

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	mutatie '14-'15	GJG '09-'15
Verzorgingsmiddelen	1.291,6	1.299,9	1.082,9	894,5	827,0	794,5	780,1	-1,8%	-8,1%
Orthesen en schoenvoorzieningen	198,3	209,3	214,9	208,5	179,7	173,2	166,1	-4,1%	-2,9%
Auditieve hulpmiddelen	190,8	191,6	191,5	225,4	159,2	183,6	200,9	9,4%	0,9%
Visuele hulpmiddelen	52,5	57,3	58,4	54,8	51,8	53,5	52,7	-1,6%	0,1%
Diabetes hulpmiddelen	285,6	293,4	298,2	306,2	301,2	297,9	299,9	0,7%	0,8%
Inrichtingselementen woningen	52,9	46,9	43,3	41,4	329,6	335,5	336,3	0,2%	36,1%
Transportondersteuners bloed en lymfe	531,5	549,9	500,5	441,8	360,1	367,1	369,3	0,6%	-5,9%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	93,3	253,2	333,0	376,5	441,5	509,2	608,1	19,4%	36,7%
Prothesen	65,9	70,8	71,4	74,6	66,5	70,1	68,2	-2,7%	0,6%
Communicatie/informatie/signalering	55,8	51,1	45,1	43,4	41,5	42,2	51,3	21,4%	-1,4%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	80,1	114,9	75,8	94,0	133,4	142,6	141,9	-0,5%	10,0%
Hulpmiddelen toedienen voeding	14,0	15,3	14,9	16,8	17,4	18,2	18,6	2,2%	4,8%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	128,3	140,9	132,7	139,7	141,1	142,8	146,6	2,7%	2,2%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	1,1	1,1	1,2	1,3	5,3	1,8	1,8	5,3%	8,4%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	7,1%	57,0%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	1,0	1,4	32,7%	21,1%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	7,1	7,4	1,8	1,6	0,7	0,6	0,5	-12,6%	-35,4%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	18,0	13,1	23,9	51,2	26,6	14,1	39,6	181,3%	14,0%
Totaal*	2.225	2.378	2.230	2.122	2.148	2.193	2.256	2,9%	0,2%

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

weergegeven. In de MLT-raming zijn, voor zover bekend, de effecten van een aantal (voorgenomen) beleidsmaatregelen meegenomen.

Figuur 2.6 | Groeipercentage uitgaven middellange-termijn hulpmiddelenzorg, 2016-2020



Maatregelen per 1 januari 2016

Vanaf 1 januari 2013 is de vergoedingssystematiek bij de verstrekking van hoortoestellen en tinnitusmaskeerders gewijzigd: er wordt in plaats van de maximale vergoedingslimiet een procentuele eigen bijdrage gevraagd (in 2014 = 25%). Deze eigen bijdrage wordt per 1 januari 2016 voor kinderen tot 18 jaar afgeschaft. Op basis van een analyse op GIP-gegevens over 2014 schatten wij in dat de financiële consequentie ongeveer €0,6 miljoen per jaar zal zijn.

Maatregelen per 1 januari 2017

Per 1 januari 2017 zijn er geen wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg.

Ontwikkelingen farmaceutische zorg

In 2015 lichte stijging van de geneesmiddelenkosten

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2015 licht gestegen naar € 4.493 miljoen. Ten opzichte van 2014 gaat het om een stijging met 3,9%. Voor de WMG-geneesmiddelen zien we een lichte stijging met 2,6% van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's). Ook het aantal WMG-uitgiftes steeg met 1,2% naar 229 miljoen. Ten opzichte van 2014 zijn de uitgaven met € 170 miljoen gestegen. Een belangrijk deel hiervan kan worden toegeschreven aan een toename in het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. De kosten voor de dienstverlening door apothekhoudenden zijn in 2015 niet gestegen, en liggen op het niveau van 2014.

Het aantal uitgiftes is in 2015 gestegen naar 236 miljoen, een stijging van 1%. Het leeuwendeel van de uitgiftes heeft betrekking op WMG-uitgiftes: 229 miljoen. Daarnaast worden er nog 6,5 miljoen Buiten-WMG-artikelen afgeleverd, het gaat daarbij vooral om voedingsmiddelen. Kijken we naar het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) voor WMG-middelen dan is sprake van een stijging van 2,6%. Het gemiddeld aantal afgeleverde standaard dagdoseringen per uitgifte is sinds 2009 duidelijk afgenomen. 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. Weekdoseerverpakkingen dragen bij aan betere controle op de inname van geneesmiddelen, een vergroting van de therapietrouw en vermindering van spillage. Het gebruik van deze weekdoseerverpakkingen is sinds 2008 aanzienlijk toegenomen. In 2015 lijkt sprake te zijn van een stabilisering: het gemiddeld aantal DDD's per uitgifte is ten opzichte van 2014 weer iets gestegen.

Het geneesmiddelengebruik (gemeten in aantallen DDD's) neemt jaarlijks toe. In 2015 bedroeg de stijging 2,6%. Deze

trend is over de jaren heen redelijk stabiel en wordt alleen "verstoorde" door de effecten van pakketmaatregelen zoals de beperkingen op de aanspraken op anticonceptie (2011) en slaap- en kalmeringsmiddelen (2008).

Kijken we naar de uitgavenontwikkeling voor de verstrekte geneesmiddelen dan valt op dat de vergoeding (dit is de vergoeding voor de geneesmiddelen, exclusief 6% BTW en exclusief de vergoeding voor de dienstverlening van de apothek) voor WMG-geneesmiddelen gedaald is van €3.532 miljoen in 2011 naar €2.810 miljoen in 2015. 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 de afgelopen jaren afliep
- de prijsverlagingen die worden afgedwongen op grond van de WGP.
- de overheveling van groepen veelal dure geneesmiddelen (onder meer: biologicals, groeihormonen en oncolytica), naar het ziekenhuisbudget.

Ten opzichte van 2011 is de vergoeding voor WMG-geneesmiddelen gedaald met €722 miljoen. Het leeuwendeel hiervan, € 586 miljoen, kan worden toegeschreven aan de geneesmiddelengroepen die in 2012, 2013 en 2014 zijn overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. Hieronder een uitsplitsing van de soorten geneesmiddelen die in de afgelopen jaren zijn overgeheveld en de kosten in het jaar voorafgaand aan de overheveling:

2012	TNF-alfa-blokkers	€ 362 miljoen
2013	Groeihormonen	€ 52 miljoen
2013	Oncolytica	€ 97 miljoen
2013	Immunosuppressiva	€ 36 miljoen
2014	IVF-middelen	€ 39 miljoen

Tabel 3.1 | Farmaceutische zorg: aantal WMG-terhandstellingen en DDD's, 2011-2015

1 = 1 MILJOEN

	2011	2012	2013	2014	2015	Mutatie '14-'15
Standaardterhandstelling (WMG)	128,0	125,5	124,2	124,4	124,5	0,1%
Weekterhandstelling (WMG)	70,3	85,7	93,9	102,2	104,8	2,5%
Totaal terhandstellingen	198	211	218	227	229	1,2%
DDD's WMG-terhandstellingen	7.356	7.534	7.625	7.825	8.028	2,6%
DDD's per WMG-terhandstelling	37,1	35,7	35,0	34,5	35,0	1,4%

De tweede factor die verantwoordelijk is voor deze daling is het patentverlies van specialités in combinatie met het 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 vergoeding van €722 miljoen kan meer dan €360 miljoen worden toegeschreven aan geneesmiddelen die sinds 2011 hun patent kwijtraakten, gevolgd door aanwijzing van goedkopere, preferente aanbieders door zorgverzekeraars (preferentiebeleid). Het patentverlies van het geneesmiddel atorvastatine (merknaam: Lipitor) in combinatie met preferentiebeleid is alleen al verantwoordelijk voor een kostendaling van €115 miljoen. Patentverlies van meerdere geneesmiddelen die behoren tot de Angiotensine-ii-antagonisten, alsook hun combinatiepreparaten met diuretica, zijn verantwoordelijk voor een kostendaling van nog eens circa €65 miljoen. Door patentverlies en preferentiebeleid voor een tweetal antipsychotica (olanzapine en quetiapine) daalden de kosten de afgelopen jaren met €63 miljoen.

We concluderen dat de daling in de uitgaven voor geneesmiddelen substantieel is, maar geen structureel karakter kent. Immers, de omvang van de overhevelingseffecten van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget en prijsdalingen als gevolg van patentverlies van geneesmiddelen met een aanzienlijke omzet en een relatief hoog prijspeil zullen zich in de komende jaren niet meer in voordoen. We zullen daarom de komende jaren rekening moeten houden met stijgende uitgaven.

De vergoedingen aan apothekhoudenden (inclusief de marge voor buiten WMG-middelen) steeg van €1.277 miljoen in 2011 naar €1.317 miljoen in 2015. Deze stijging hangt samen met een toename van het

aantal uitgiftes en een wijziging in de tariefstructuur in 2012: 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 de daaropvolgende jaren geleid tot 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 vergoeding voor de dienstverlening (inclusief overige zorgprestaties) die apothekhoudenden ontvingen en de BTW (6%) over de verschillende kostencomponenten. Niet in dit overzicht staan de eigen betalingen van verzekerden in het kader van het GVS. De GVS-bijbetalingen laten een stijging zien van €39,7 miljoen (2011) naar €45,5 miljoen in 2015.

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 duurere 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

Tabel 3.2 | Farmaceutische zorg: totale kosten en kostenopbouw, 2011-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

	2011	2012	2013	2014	2015	Mutatie '14-'15
Vergoeding WMG-geneesmiddelen	3.532	2.983	2.700	2.687	2.810	4,6%
Vergoeding Buiten-WMG middelen	106	99	99	100	86	-14,1%
Tariefinkomsten apothekers (inclusief Marge)	1.277	1.266	1.281	1.326	1.317	-0,6%
BTW	295	261	245	247	253	2,4%
Totale kosten	5.210	4.609	4.324	4.360	4.466	2,4%

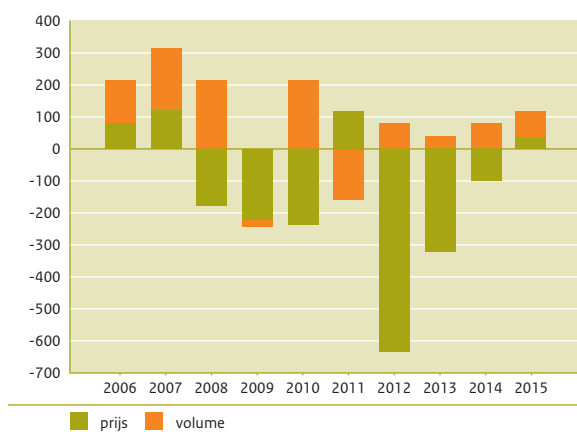
Tabel 3.3 | Farmaceutische zorg: kostenstijging uitgesplitst naat volume- en prijscomponent, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mutatie t.o.v. vorig jaar	220	319	42	-240	-29	-43	-549	-283	-13	123
Prijscomponent	85	128	-179	-224	-239	114	-637	-319	-98	52
Volumecomponent	135	191	221	-16	210	-156	88	37	85	71

Figuur 3.1 | Farmaceutische zorg: volume- en prijscomponent, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN EURO



geneesmiddelenconvenant (periode: 2004 t/m 2008), de prijsdruk vanuit de WGP (sinds 1996) als de prijsverlagingen die zorgverzekeraars hebben bewerkstelligd met hun preferentiebeleid (vanaf medio 2008). Dit laatste inclusief de uitbreidingen van dit preferentiebeleid naar geneesmiddelen waarvan het patent in deze periode is verlopen.

In tabel 3.3 en figuur 3.1 laten we zien hoe de stijging in de geneesmiddelenkosten kan worden opgesplitst in een volume- en prijscomponent. We beperken ons hierbij tot de door zorgverzekeraars betaalde vergoeding voor WMG-geneesmiddelen; dit is exclusief 6% BTW en exclusief de dienstverlening door de apotheek. Wat opvalt, is dat de prijscomponent een dalende trend laat zien. In de jaren 2008, 2009 en 2010 alsook in de jaren 2012 tot en met 2014 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 van 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 waarbij de aanspraken op anticonceptiemiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen werden beperkt. De overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget heeft maar een heel beperkt effect op de volumecomponent gehad.

Voor 2015 geldt dat de vergoeding voor WMG-geneesmiddelen ten opzichte van 2014 met €123 miljoen is gestegen. Deze stijging is de resultante van een positieve prijscomponent van €52 miljoen en een positieve volumecomponent van €71 miljoen. We verwachten dat deze ontwikkeling zich ook de komende jaren zal voortzetten, waardoor ook het prijseffect weer positief zal uitpakken.

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 vergoeding voor deze geneesmiddelen (tabel 3.4). Duidelijk zichtbaar is dat de vergoeding voor generieke geneesmiddelen daalt, dit ondanks een forse stijging van de afgeleverde hoeveelheden. Sinds 2012 is ook sprake van een daling van de vergoeding voor specialités, vooral veroorzaakt door patentverlies, de WGP alsook de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget; in 2015 is weer sprake van een stijging. Het prijsniveau van generieke geneesmiddelen is zich aan het stabiliseren. Voor 2016 verwachten we weer een heel geringe stijging. Ook voor de specialités verwachten we in 2016 weer een geringe stijging van de gemiddelde vergoeding 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 48% in 2006 naar 67% in 2015. Kijken we echter naar de vergoeding voor geneesmiddelen dan ontstaat een heel andere beeld en is het marktaandeel van

Tabel 3.4 | Farmaceutische zorg (WMG): Vergoeding WMG-geneesmiddelen en DDDs, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

Vergoeding geneesmiddelen	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Specialités	2.748	3.012	3.258	3.184	3.177	3.170	2.641	2.319	2.270	2.385
Generiek (1A)	734	789	584	420	398	362	342	380	417	425

1 = 1 MILJOEN

Aantal DDDs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Specialités	3.207	3.312	3.800	3.726	3.582	3.108	2.880	2.652	2.630	2.667
Generiek (1A)	2.991	3.218	3.573	3.617	4.077	4.248	4.654	4.974	5.195	5.361

1 = 1 EURO

Gemiddelde vergoeding	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Specialités	0,86	0,91	0,86	0,85	0,89	1,02	0,92	0,87	0,86	0,89
Generiek (1A)	0,25	0,25	0,16	0,12	0,10	0,09	0,07	0,08	0,08	0,08

generieke geneesmiddelen gedaald van 21% in 2006 naar 15% in 2015. De oorzaak van deze tegengestelde ontwikkeling ligt in de prijsontwikkeling van generieke middelen: de gemiddelde vergoeding voor deze middelen is in de afgelopen jaren gedaald van €0,25 (in 2006) naar €0,08 per DDD in 2015. Voor de specialités was sprake van een stijging van €0,86 (in 2006) naar €0,89 per DDD in 2015.

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 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 aangewezen is het de apotheker die bepaalt welke leverancier de voorkeur heeft. Deze keuze wordt in belangrijke mate bepaald door de hoogte van de kortingen die de leverancier aan de apotheker verstrekt. Een hoge apotheekinkoopprijs biedt dan de meeste ruimte voor het verlenen van kortingen. Pas als zorgverzekeraars gaan bepalen welke leverancier preferent is, wordt de ruimte voor kortingen aan de apotheker afgeroomd en omgezet in lagere prijzen voor de zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan 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 verzekeraar of 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 snel verdwijnen.

De vergoeding voor geneesmiddelen die via parallelimport in Nederland worden verhandeld is de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven. Vanaf 2013 is echter sprake van een daling. In 2015 bedroeg de vergoeding €307 miljoen tegenover €443 miljoen in 2011. Deze terugval kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan patentverlies van geneesmiddelen met een relatief groot marktaandeel waarbij de aanbieders van generieke producten de aanbieders van parallelimport uit de markt hebben gedrukt.

Het marktaandeel van parallelimport bedroeg in 2011 iets meer dan 12% van de totale markt voor WMG-geneesmiddelen, in 2015 is dit teruggelopen naar 10,6%. In tabel 3.5 staat een overzicht van de zeven specialités met een omzet (gemeten in de vergoeding voor deze geneesmiddelen) van meer dan €7 miljoen voor parallelimport. Deze zeven middelen zijn samen verantwoordelijk voor bijna 32% van de totale omzet van parallelimport.

Tabel 3.5 | Top 7: Parallelimport o.b.v. marktaandeel, 2015

1 = 1 MILJOEN EURO

rang	stofnaam (merknaam)	indicatiegebied	vergoeding	aandeel
1	rosuvastatine (Crestor)	verhoogd cholesterol	43,3	72,9%
2	simvastatine & ezetimibe (Inegy)	verhoogd cholesterol	10,5	51,9%
3	barnidipine (Cyress)	verhoogde bloeddruk	9,9	69,1%
4	formoterol en beclometason (Foster)	astma & COPD	9,4	30,9%
5	etoricoxib (Arcoxia)	artrose, reumatoïde artritis	8,5	86,0%
6	ciclesonide (Alvesco)	astma & COPD	8,1	80,2%
7	aripiprazol (Abilify)	psychose	7,6	34,3%

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. Vanuit de Tweede Kamer is de afgelopen jaren meerder malen aangedrongen op onderzoek naar de effecten van een herijking van de GVS-limieten naar het huidige, lage prijspeil. De verwachting is dat door de forse prijsverlagingen van vooral (nieuwe) generieke geneesmiddelen de vergoedingslimieten eveneens fors omlaag zullen gaan, waardoor de geneesmiddelenuitgaven verder omlaag kunnen worden gebracht. Van groot belang daarbij is 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 (DDD's) – in de periode 2011 tot en met 2015 is gestegen van 6.725 miljoen naar 7.445 miljoen; een gemiddelde stijging van 2,6% per jaar (zie tabel 3.6). De vergoeding voor 1A-geneesmiddelen daalde, van €2.718 miljoen in 2011 naar €1.983 miljoen in 2015; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 7,6% (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 DDD's in de periode 2011 tot en met 2015 gedaald van 631 miljoen naar 583 miljoen, een gemiddelde jaarlijkse daling van 2,0%. De vergoeding voor 1B-geneesmiddelen daalde van €718 miljoen in 2011 naar €700 miljoen in 2015; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse daling van 0,7%. 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 2015 door de WHO zijn vastgesteld. Wijzigingen in deze DDD-waarden werken met terugwerkende kracht door in de DDD-tellingen over voorgaande jaren. Ook de fluctuaties in de aantallen DDD's 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.

Tabel 3.6 | Farmaceutische zorg: DDDs WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1A geneesmiddelen	5.596	5.956	6.615	6.587	6.889	6.725	6.898	7.002	7.185	7.445
1B geneesmiddelen	602	574	758	756	770	631	636	623	640	583
Totaal	6.198	6.530	7.373	7.343	7.659	7.356	7.534	7.625	7.825	8.028

Tabel 3.7 | Farmaceutische zorg: Vergoeding WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1A geneesmiddelen	2.857	3.129	3.068	2.832	2.762	2.718	2.148	1.986	1.951	1.983
1B geneesmiddelen	543	585	663	690	708	718	747	631	626	700
Overige WMG-middelen	82	86	112	81	105	95	88	83	111	127
Totaal	3.482	3.801	3.843	3.603	3.574	3.532	2.983	2.700	2.687	2.810

Vergoeding WMG-geneesmiddelen: exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek.

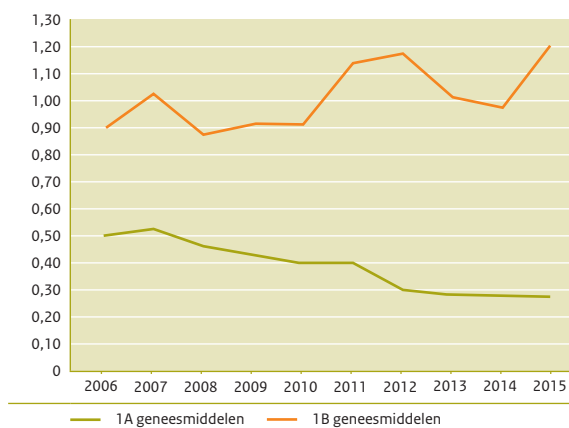
In figuur 3.2 geven we de ontwikkeling weer van de gemiddelde vergoeding per DDD over de periode 2006 tot en met 2015. Duidelijk zichtbaar is dat de gemiddelde vergoeding voor 1A middelen vanaf 2008 daalt, terwijl ze voor 1B middelen vanaf 2008 een stijgende lijn laat zien. Hierop is 2013 een uitzondering door de overheveling van relatief dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. De stijging in 2015 kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de nieuwe hepatitis C middelen die in het GVS zijn opgenomen.

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; echter in 2015 is sprake van een duidelijke stijging naar €45,5 miljoen (2014: €37,8 miljoen).

Ten opzichte van de totale uitgaven voor geneesmiddelen die via de basisverzekering worden vergoed is het totale bijbetalingsbedrag gering: circa 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 2015 het meest moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor 88% van het totaal aan GVS-bijbetalingen.

Figuur 3.2 | Farmaceutische zorg: vergoeding WMG-geneesmiddelen per DDD, 2006-2015

1 = 1 EURO



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.

Tabel 3.8 | Top 10: GVS-bijbetalingen in 2015

rang	stofnaam (merknaam)	ATC-code	indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = € 1 miljoen	Vergoeding vanuit GVS	gebruikers 1 = 1
1	methylfenidaat (Concerta)	N06BA04	ADHD	21,4	13,3	194.968
2	atomoxetine (Strattera)	N06BA09	ADHD	4,1	0,3	4.783
3	dimethylfumeraat (Tecfidera)	N07XX09	multiple sclerose	3,3	15,1	1.829
4	tinzaparine (Innohep)	B01AB10	trombose	2,4	3,5	10.997
5	solifenacine (Vesicare)	G04BD08	urine-incontinentie	2,3	13,2	69.637
6	mirabegron (Betmiga)	G04BD12	urine-incontinentie	1,3	3,0	24.550
7	c1 esteraseremmer (Cinryze)	B06AC01	angioedeem	1,1	3,1	116
8	rasagiline (Azilect)	N04BD02	ziekte van Parkinson	0,7	0,1	686
9	fosfomycine (Monuril)	J01XX01	antibioticum, urineweginfecties	0,6	0,4	120.745
10	digoxine (Lanoxin)	C01AA05	hartfalen	0,5	0,7	91.884
Totaal top 10				37,6	52,6	
Totaal alle GVS-bijbetalingen				42,6		

GVS bijbetaling: inclusief 6% BTW

Na de introductie van de WGP in 1996 zijn de GVS-vergoedingslimieten slechts één keer herijkt, namelijk in 1999. Over het algemeen leverde dit een verlaging van de vergoedingslimieten op, die in nagenoeg alle gevallen ook gevolgd werden met prijsverlagingen door de fabrikant. Op dit moment is de situatie zo dat de prijzen van geneesmiddelen in Nederland vooral worden bepaald door de WGP, waarbij de geneesmiddelenprijzen in Nederland gekoppeld zijn aan de veelal lagere prijzen in de ons omringende landen. Het prijspeil van de WGP ligt in veel gevallen nog onder de GVS-vergoedingslimiet. Onder invloed van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid liggen de prijzen van vooral generieke geneesmiddelen nog weer onder het WGP-niveau. 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 onderzoek naar de effecten van herijking van de vergoedingslimieten. Een herijking zal tot gevolg hebben dat er meer geneesmiddelen boven de bijgestelde (veelal 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 de verzekerde moeten bijbetalen 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 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. Echter uiteindelijk gaat het 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 2016-2021

Voor 2016 verwacht Zorginstituut Nederland dat kosten voor farmaceutische zorg zullen groeien met circa 3,9%, naar € 4.669 miljoen. Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een gemiddeld jaarlijkse groei van tussen de 4,1 en 4,4%. In deze raming houden we rekening met een lichte stijging in het geneesmiddelengebruik (zowel het aantal uitgiftes als het aantal DDDs) en een lichte stijging van de gemiddelde vergoeding per DDD. De prijsontwikkelingen in 2015 en de eerste helft van 2016 geven aan dat er weer sprake is van een licht stijgende lijn, daar waar in voorgaande jaren sprake was een dalende trend.

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 standaard-

Tabel 3.9 | Middellangetermijnraming totale kosten voor farmaceutische zorg, 2012-2021

1 = 1 MILJOEN EURO

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kosten	4.576	4.301	4.323	4.493	4.669	4.863	5.070	5.289	5.519	5.764
Mutatie	-11,2%	-6,0%	0,5%	3,9%	3,9%	4,2%	4,3%	4,3%	4,4%	4,4%

realisatie: 2012-2016 en raming: 2017-2021

dagdosering en de prijs per uitgifte. Ook is het mogelijk vanuit verschillende perspectieven naar deze kostenontwikkeling te kijken. Zo maken we bijvoorbeeld onderscheid in geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en die door meerdere leveranciers worden aangeboden (multisource-geneesmiddelen) en geneesmiddelen waarop nog patent rust en die door slechts één aanbieder worden geleverd (singlesource-geneesmiddelen).

In deze analyse houden we zo goed mogelijk rekening met de effecten van beleidsmaatregelen op zowel de volumes als de kosten. Zo ontstaat een beleidsneutrale kostenreeks die we vervolgens uiteenrafelen in prijs- en volumecomponenten. Deze vormen op hun beurt weer de input voor het ramingsmodel.

In tabel 3.9 presenteren we de resultaten van de middellangetermijnraming voor 2017 tot en met 2021, inclusief de (gerealiseerde) reeks in de daaraan voorafgaande periode van 2012-2016.

In onze raming hebben we rekening gehouden met de effecten van:

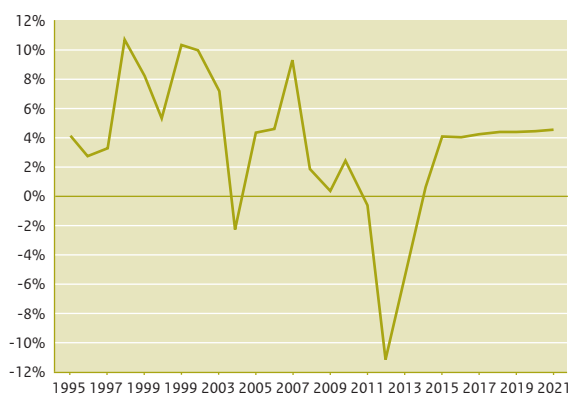
- een gemiddelde jaarlijkse toename in het gebruik van geneesmiddelen (gemeten in DDDs), van circa 3,2%;
- een beperkte toename van de gemiddelde prijzen voor zowel generieke generieke geneesmiddelen als niet-generieke geneesmiddelen, van circa 1,5% per jaar;
- continuering van de prijsdruk voor generieke geneesmiddelen onder invloed van preferentiebeleid, het afkomen van kortingen en bonussen (voorheen clawback) alsook de prijsdruk die voortvloeit uit de tweejaarlijkse herijking van de WGP;
- een beperkte toename van het aantal extra zorgprestaties (niet direct gebonden aan de uitgifte van een geneesmiddel), met circa 1%.

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 2015 en 2016 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 2021 bij ongewijzigd beleid zullen oplopen tot bijna €5,8 miljard. Figuur 3.3 is een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages; van 1995 tot en met 2016 op basis van gerealiseerde cijfers en voor 2017-2021 op basis van de uitkomsten van de MLT-raming.

De procentuele groei in de periode 1995-2016 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 apothekhoudenden (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 geneesmiddelen-groepen naar het ziekenhuisbudget (2012-2014).

Figuur 3.3 | Jaarlijkse groei van de totale kosten voor farmaceutische zorg, 1999-2021

realisatie: 1995-2016 en raming: 2017-2021

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/leveranciers 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, duurere 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 72,2 miljoen in 2006 naar 163,0 miljoen in 2015. Het marktaandeel, gemeten in uitgiftes, is in deze periode toegenomen van 59,1% naar 76,6%. Kijken we naar de ontwikkeling van het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) dan is een vergelijkbare trend waar te nemen. Het aandeel DDDs van generieke geneesmiddelen steeg van 53,5% in 2006 naar 72,0% in 2015.

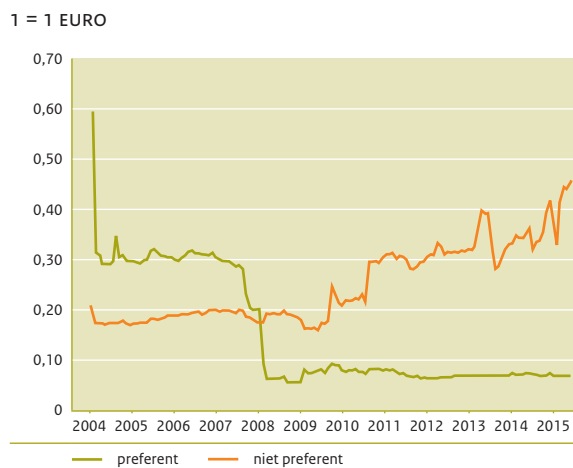
De stijging in het gebruik van generieke middelen wordt mede veroorzaakt door het patentverlies van veelgebruikte specialités. Sinds 2000 zijn er ruim 150 specialités uit patent gegaan waarvan de marktaandelen in belangrijke mate werden overgenomen door generieke aanbieders. Daarnaast wordt de toename 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 GIPeilingen 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 gemeten in vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen kijken, is sprake van een tegenovergestelde verschuiving: het marktaandeel van generiek is sinds 2006 gedaald van 21,1% naar 15,1% in 2015. 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 vergoeding van generieke geneesmiddelen per DDD daalde in deze periode van €0,23 in 2004 naar €0,08 in 2015.

Figuur 3.4 toont per maand de prijsontwikkeling van generieke geneesmiddelen sinds januari 2004. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2014 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 vergoeding 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 2015.

Figuur 3.4 | Vergoeding per DDD voor generieke WMG-geneesmiddelen, 2004-2015 per maand



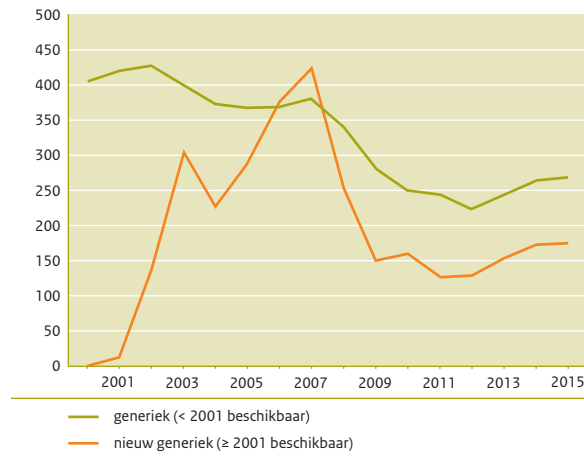
Duidelijk zichtbaar is dat voor de preferent aangewezen generieke geneesmiddelen de vergoeding in februari 2004 is gedaald van €0,58 per DDD naar €0,32 per DDD. Tot 2008 blijven de prijzen redelijk stabiel. In de loop van 2008 en 2009 gaan de prijzen nog weer verder omlaag naar uiteindelijk gemiddeld €0,08 per DDD. Of anders gezegd: de prijzen voor deze generieke geneesmiddelen zijn in deze periode gemiddeld met bijna 87% 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 duidelijk stijgende lijn.

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 meer dan verdubbeld is (+ 116%), zijn de vergoedingen voor geneesmiddelen met circa €180 miljoen gedaald naar €391 miljoen in 2015. Gaan we uit van de afgeleverde hoeveelheden in 2014 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 2015 worden berekend op circa €720 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 in zijn geheel toegerekend aan het preferentiebeleid.

Voor de generieke geneesmiddelen die vanaf 2001 op de markt zijn gekomen geldt dat hun omzet, uitgedrukt in de verleende vergoeding is opgelopen van €12,9 miljoen in 2001 naar €176,2 miljoen in 2015. De omzet van generieke geneesmiddelen die ook al voor 2001 op de markt waren daalde van €405,6 miljoen in 2000 naar €269,2 miljoen in 2015. In figuur 3.5 laten we de omzetontwikkeling op jaarbasis zien. De omzet in de tabel is uitgedrukt in de vergoeding

Figuur 3.5 | Vergoeding generieke geneesmiddelen (WMG), 2000-2015

1 = 1 MILJOEN EURO



(dit is exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). De tabel heeft betrekking op alle WMG-geneesmiddelen, dus alle middelen die op bijlage 1A dan wel 1B staan. Wat opvalt, is dat het totale vergoedingenbedrag in de jaren 2000 – 2003 een sterke groei laat zien. In 2004 is sprake van een stevige daling: het convenantseffect. Voor de jaren 2005 – 2007 stijgt de het vergoedingenbedrag weer, vooral onder invloed van de toename in het gebruik van deze middelen terwijl de prijzen dan nog vrij constant blijven. Vanaf 2007 en 2008, en de daarop volgende jaren, is weer sprake van een daling, onder invloed van het preferentiebeleid. Vanaf 2013 zien we weer een stijging. We verwachten dat deze stijging zich ook de volgende jaren zal voortzetten.

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2015 staat weergegeven in tabel 3.10. In de voorlaatste kolom is het aantal afgeleverde DDDs vermeld

Tabel 3.10 | Top 10: Generieke geneesmiddelen in DDDs, 2015

1 = 1 MILJOEN

rang	stofnaam	ATC-code	indicatiegebied	DDDs	aandeel
1	omeprazol	A02BC01	maagzuurklachten	411,1	97%
2	simvastatine	C10AA01	verhoogd cholesterol	349,6	99%
3	acetylsalicylzuur	B01AC06	trombose, infarct	226,7	99%
4	atorvastatine	C10AA05	verhoogd cholesterol	200,1	99%
5	amlodipine	C08CA01	hypertensie, angina pectoris	198,6	99%
6	foliumzuur	B03BB01	zwangerschap, ontwikkeling ongeboren	186,3	100%
7	pantoprazol	A02BC02	maagzuurklachten	181,4	99%
8	metoprolol	C07AB02	hartfalen, hypertensie	169,4	97%
9	metformine	A10BA02	diabetes	151,2	100%
10	enalapril	C09AA02	hypertensie, hartfalen	139,7	99%

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

De generieke middelen in de top zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor ruim 2.200 miljoen DDDs, dit komt overeen met bijna 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

Gematigde kostenontwikkeling door: WGP en preferentiebeleid

Kijken we terug op de periode 2004 – 2015, 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.

Het effect van alle, sinds 2004 gerealiseerde prijsdrukken- de maatregelen is aanzienlijk. Voor 2015 schatten we de totale opbrengst op €3.870 miljoen. Of anders gezegd: als de prijzen van de geneesmiddelen in 2015 nog steeds op het niveau van januari 2004 zouden verkeren, dan zouden de uitgaven voor de geneesmiddelen in 2015 ruim het dubbele zijn van wat we nu uitgeven.

Deze constatering behoeft wel enige nuancering. Tussen 2004 en 2015 is sprake van een duidelijke toename in het gebruik van geneesmiddelen: gemeten in standaard-dagdoseringen is sprake van een stijging met bijna 40%. 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 aanzienlijk lagere prijzen. Dit is op zich wel een nieuw fenomeen: tot 2004 waren de prijsdalingen, als gevolg van patentverlies en de komst van nieuwe gene-

rieke 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 van margeconcurrentie doorbroken en er voor gezorgd dat er op prijs moest worden geconcurrerd. Was het tot 2004 vooral de apotheker die bepaalde welke fabrikant van generieke middelen de voorkeur kreeg vanaf 2004 hebben zorgverzekeraars deze rol overgenomen en hebben daarmee de betekenis van margeconcurrentie aanzienlijk teruggebracht.

Zoals ook 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 66% van de hiervoor berekende opbrengst.

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

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

Al deze prijsverlagingen hebben tot gevolg dat de marges voor het verlenen van kortingen en bonussen aan apothekhoudenden wordt beperkt. In opdracht van de NZa is in het verleden 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 (inclusief marge uit niet-WMG-middelen) 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 2006. 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 bijna €3,9 miljard. Zoals ook al eerder opgemerkt: de aldus berekende besparingsopbrengst is 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 2006 toeneemt naar ruim €2,4 miljard in 2015. De WGP is daarmee een belangrijke 'stille kracht' achter deze besparingsopbrengst. Het effect van de vrijwillige prijsverlagingen kan

tot en met 2007 in belangrijke mate aan het convenant worden toegeschreven. In de jaren daarna wordt het effect vooral bewerkstelligd door het intensiveren het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, inclusief de uitbreiding daarvan naar geneesmiddelen waarvan het patent sinds 2008 is verlopen.

In de hieronder gepresenteerde tabel is vanaf 2008 een 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 €150 miljoen.

In formele zin is er vanaf 2012 geen sprake meer van een landelijk geldende clawback. Echter voor de jaren 2012-2015 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 2015 verantwoordelijk voor 79% 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 door patentverloop van het oorspronkelijke specialité. Voor een

Tabel 3.11 | Prijsdruk onder invloed van: preferentiebeleid, clawback en WGP, 2006-2015

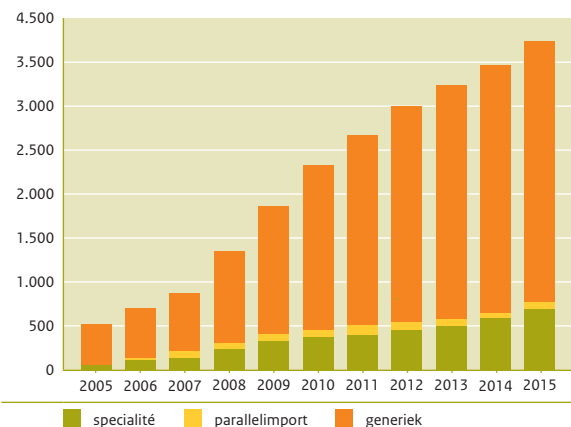
1 = 1 MILJOEN EURO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Clawback	177	194	123	190	181	150	144	133	129	130
Prijsdruk via WGP	256	493	819	1.172	1.541	1.787	1.827	2.068	2.247	2.415
Vrijwillige prijsverlagingen	411	334	280	233	159	190	353	323	357	425
Preferentiebeleid vanaf juli 2008			181	352	491	560	654	677	679	681
BTW (6%)	51	61	84	117	142	161	179	192	205	219
Totaal	894	1.083	1.487	2.064	2.514	2.849	3.156	3.393	3.617	3.870
<i>Aandeel generieke geneesmiddelen</i>	67%	66%	72%	72%	75%	77%	78%	78%	78%	76%

inclusief 6% BTW

Figuur 3.6 | Prijsdruk onder invloed van: preferentiebeleid, clawback en WGP, 2005-2015

1 = 1 MILJOEN EURO



inclusief 6% BTW, exclusief clawback

belangrijk deel ging het hier ook om patentverloop van een aantal blockbusters: middelen met een aanzienlijk marktaandeel zowel in kosten als volume. Ook na patentverloop bleef het gebruik van deze middelen nog verder toenemen, maar wel tegen veel lagere prijzen.

We constateren dat de daling van het prijsniveau van de thans beschikbare generieke geneesmiddelen zich in 2013 heeft gestabiliseerd en er sindsdien weer sprake is van een heel lichte stijging. We verwachten dat deze trendbreuk zich ook in de komende jaren verder zal voortzetten. Voor 2016 en volgende jaren verwachten we dat ook de volumes zullen blijven stijgen. Verdere prijsverlagingen zullen vooralsnog 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: aandeel van 22% in de vergoeding voor geneesmiddelen

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 2006 op de markt zijn gekomen en zijn opgenomen in het verstrekkingspakket - in de totale vergoeding voor geneesmiddelen is gestegen van 0,2% in 2006 naar bijna 22% in 2015. Anders gezegd, 22% van de vergoedingen voor geneesmiddelen heeft betrekking op geneesmiddelen die vanaf 2006 nieuw zijn geïntroduceerd en in het GVS zijn opgenomen.

In tabel 3.12 geven we de ontwikkeling in de vergoeding 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 vergoedingen (dit is exclusief BTW en exclusief de tarieven voor dienstverlening apothek) 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 2006 opgelopen tot €616 miljoen in 2015; dit is bijna 22% van de totale vergoeding voor geneesmiddelen in datzelfde jaar.

Op grond van tabel 3.12 zou kunnen worden geconcludeerd dat de meerkosten voor deze nieuwe geneesmiddelen in het pakket een redelijk stabiel beeld laat zien. Het jaar 2015 is hier nadrukkelijk een uitzondering op. Ten opzichte van 2014 neemt per saldo, de vergoeding in 2015 toe met € 124 miljoen. De opname in het GVS van een aantal nieuwe middelen die in 2014 en 2015 beschikbaar zijn gekomen voor de behandeling van hepatitis C is hiervoor in belangrijke mate verantwoordelijk.

Deze afwijkende ontwikkeling in 2015 heeft ons er toe gebracht om de invloed van nieuwe geneesmiddelen op de uitgaven ook nog eens vanuit een ander gezichtspunt in beeld te brengen. Het resultaat is zichtbaar in figuur 3.7. Per jaar laten we afzonderlijk zien:

- de jaarlijkse toename (ten opzichte van voorgaand jaar) in de vergoeding als gevolg van de opname van nieuwe geneesmiddelen in het GVS; nieuwe geneesmiddelen in dat jaar zijn geneesmiddelen die in het betreffende jaar dan wel in de drie daaraan voorafgaande jaren nieuw in het GVS zijn opgenomen;
- de jaarlijkse toename (dan wel afname) in de vergoeding van geneesmiddelen die in dat jaar al langer dan vier jaar in het GVS zijn opgenomen.

De definitie van welke geneesmiddelen als nieuw worden beschouwd schuift daarmee steeds een jaar op. De tabel laat zien dat de invloed van nieuwe geneesmiddelen in de afgelopen jaren toeneemt, terwijl deze steeds minder wordt gecompenseerd door lagere prijzen en lagere vergoedingen voor geneesmiddelen die al langer dan vier jaar in het basispakket zijn opgenomen. We verwachten dat deze ontwikkeling zich in de komende jaren zal voortzetten. In de MLT-raming is hiermee ook rekening gehouden.

Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2011 in het verstrekkingspakket zijn

Tabel 3.12 | Nieuwe geneesmiddelen: vergoeding geneesmiddelen, 2006-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

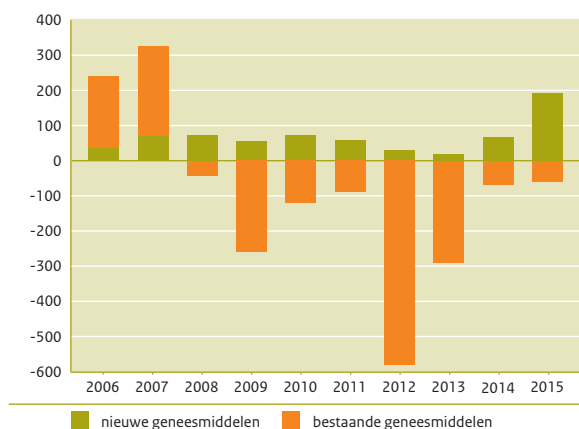
Introductiejaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vóór 2006	3.474,1	3.755,5	3.725,0	3.463,0	3.335,4	3.211,6	2.611,9	2.369,1	2.279,9	2.200,7
2006	7,3	38,7	51,0	55,5	61,7	70,1	74,4	56,1	57,9	58,3
2007		14,3	39,4	52,5	70,0	96,6	109,0	73,0	80,6	80,3
2008			12,8	44,5	63,0	76,1	81,4	81,5	83,1	81,2
2009				3,7	16,0	26,1	19,1	22,0	26,1	33,6
2010					18,2	47,5	45,9	40,5	42,3	42,2
2011						3,6	14,2	23,1	32,0	41,1
2012							23,9	30,7	42,1	50,1
2013								4,3	29,9	44,3
2014									19,2	127,7
2015										57,7
Totaal	3.481,4	3.808,4	3.828,1	3.619,2	3.564,4	3.531,6	2.979,8	2.700,2	2.693,1	2.817,0
Aandeel in totale vergoeding	0,2%	1,4%	2,7%	4,3%	6,4%	9,1%	12,3%	12,3%	15,3%	21,9%

opgenomen en de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan, verwijzen we naar onze website:

www.gipdatabank.nl

Figuur 3.7 | Bijdrage nieuwe geneesmiddelen aan de toename van de vergoeding, 2006 - 2015

1 = 1 MILJOEN EURO



Grote verschillen in behandelkosten, nog veel doelmatigheidswinst mogelijk

Het preferentiebeleid heeft de prijzen van vooral generieke geneesmiddelen fors doen dalen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de generiek beschikbaar gekomen cholesterolverlagers: simvastatine en pravastatine. De prijzen van deze middelen zijn ten opzichte van 2004 met bijna 95% verlaagd. 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 waarin een nieuwe behandeling wordt ingezet) de behandelkosten een belangrijke rol moeten spelen. Uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt dat via doelmatig voorschrijven nog substantiële besparingen kunnen worden gerealiseerd.

Dit geldt niet alleen voor de statines (indicatiegebied: verhoogd cholesterol), maar ook voor de groep van protonpompremmers (indicatiegebied: maagzuurklachten) en de AT₁-antagonisten (indicatiegebied: hypertensie en hartfalen).

Op dit moment zijn voor de behandeling van een verhoogd cholesterol vijf statines beschikbaar. In tabel 3.13 worden de behandelkosten over 2015 van de verschillende statines met elkaar vergeleken op grond van de gemiddelde vergoeding (dit is de vergoeding voor het geneesmiddel, exclusief BTW en exclusief de dienstverlening apothek) per gebruiker. We concluderen dat de behandeling met simvastatine van €6,98 per gebruiker per jaar verreweg het goedkoopst is.

De behandeling met het veel duurdere rosuvastatine (Crestor) is vijftig keer duurder dan die met simvastatine. Deze verschillen zijn groot en beslaan inmiddels een periode van tien jaar (in 2003 kwamen de eerste generieke aanbieders van simvastatine op de markt).

Dit overzicht toont aan dat voorschrijvers, door vooral door deze goedkopere generieke geneesmiddelen te kiezen, nog veel doelmatigheidswinst bereikt kan worden. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf statines wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2015 aan circa 80% van alle gebrui-

Tabel 3.13 | Statines: gebruikers en vergoeding per gebruiker, 2015

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	vergoeding per gebruiker 1 = 1 euro
simvastatine (Zocor)	Ja, vanaf 2003	1.095.607	6,98
pravastatine (Selektine)	Ja, vanaf 2004	164.589	18,66
fluvastatine (Canef, Lescol)	Ja, vanaf 2008	19.066	30,11
atorvastatine (Lipitor)	Ja, vanaf 2012	479.543	19,17
rosuvastatine (Crestor)	Nee	235.847	251,65

Vergoeding voor het geneesmiddel, exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek

Tabel 3.14 | Protonpompremmers: gebruikers en vergoeding per gebruiker, 2015

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	vergoeding per gebruiker 1 = 1 euro
omeprazol (Losec)	Ja, vanaf 2002	1.102.796	12,90
pantoprazol (Pantozol)	Ja, vanaf 2009	716.589	9,78
lansoprazol (Prezal)	Ja, vanaf 2005	12.727	22,66
rabeprazol (Pariet)	Ja, vanaf 2012	30.635	38,10
esomeprazol (Nexium)	Ja, vanaf 2010	223.465	50,71

Vergoeding voor het geneesmiddel, exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek

kers van een statine het veel goedkopere simvastatine zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2015 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van circa €53 miljoen.

Bij de maagmiddelen is een vergelijkbaar beeld zichtbaar (tabel 3.14). Op dit moment is een vijftal onderling vergelijkbare protonpompremmers beschikbaar. De behandeling met pantoprazol is duidelijk het goedkoopst: €9,78 per gebruiker per jaar. De behandeling met esomeprazol (Nexium) is duidelijk duurder: €50,71 per gebruiker per jaar. Deze verschillen bestaan ondanks het feit dat op alle vijf de protonpompremmers geen patent meer berust.

De verschillen zijn wederom opmerkelijk, en geven aan dat ook hier via de voorschrijvers van deze middelen nog doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Immers de behandelend (huis)arts en/of specialist bepaalt welke van de vijf protonpompremmers wordt voorgeschreven en vervolgens door de apotheek wordt afgeleverd. Of anders gezegd: als in het jaar 2015 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere protonpompremmers het veel goedkopere pantoprazol zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2015 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van bijna €11 miljoen. Laten we de gebruikers van omeprazol (het gaat om 1,1 miljoen gebruikers, terwijl omeprazol relatief al laag geprijsd is) hierbij buiten beschouwing dan zou de besparing op de geneesmiddelenuitgaven iets lager uitvallen, en uitkomen op circa €6 miljoen.

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

Indien dan toch voor AT1-antagonist wordt gekozen is ook hier sprake van een keuze tussen zeven, onderling vervangbare geneesmiddelen. In 2010 verliep het patent van het middel losartan, en werden ook generieke varianten van dit middel aangeboden. 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 2015 €11,43 terwijl de behandeling met een duurdere AT1-antagonisten ruim twee keer zo hoog uitpakt.

Ook hier is weer sprake van opmerkelijke verschillen en dat via de voorschrijvers van deze middelen nog doelmatigheidswinst kan worden bereikt. Of anders gezegd: als in het jaar 2015 aan circa 80% van alle gebruikers van de duurdere middelen het veel goedkopere losartan zou zijn voorgeschreven, dan zou dit in 2015 tot een besparing op de geneesmiddelenuitgaven hebben geleid van bijna €6 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.

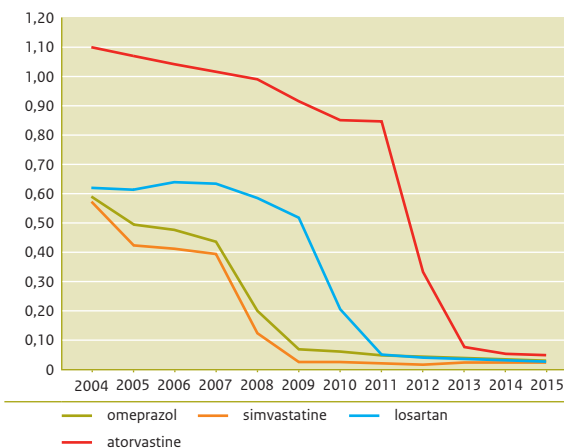
Het is bemoedigend te kunnen constateren dat voorschrijvers zich de afgelopen jaren hebben ingespannen om doelmatiger voor te schrijven. Huisartsen en specialisten hebben de afgelopen jaren steeds vaker een generiek geneesmiddel voorgeschreven bij startende gebruikers. Voor de drie hier genoemde geneesmiddelengroepen geldt dat tussen de 60% en 80% van de startende gebruikers een generiek geneesmiddel kreeg voorgeschreven.

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 3.8 geven we voor de drie hiervoor genoemde geneesmiddelengroepen aan welke prijsverlagingen (vergoeding per DDD) 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.

Figuur 3.8 | Prijsdalingen onder invloed van preferentie-beleid generieke geneesmiddelen, 2004-2015

1 = 1 EURO



Tabel 3.15 | AT1-Antagonisten: gebruikers en vergoeding per gebruiker, 2015

stofnaam (merknaam)	generiek beschikbaar	gebruikers 1 = 1	vergoeding per gebruiker 1 = 1 euro
losartan (Cozaar)	Ja, vanaf 2010	228.406	11,43
eprosartan (Tevetan)	Ja, vanaf 2012	3.447	160,09
valsartan (Diovan)	Ja, vanaf 2011	170.635	18,90
irbesartan (Aprovel)	Ja, vanaf 2012	129.593	26,99
candesartan (Atacand)	Ja, vanaf 2012	70.800	16,82
telmisartan (Micardis)	Ja, vanaf 2014	43.714	25,44
olmesartan (Olmotec)	Nee	16.127	169,98
azilsartanmedoximil (Edarbi)	Nee	11	90,91

Vergoeding voor het geneesmiddel, exclusief BTW en exclusief dienstverlening apothek

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 hiermee zijn gemoeid. In de loop der tijd is het aantal middelen en ook de daarmee gepaard gaande kosten, dat onder deze beleidsregel valt toegenomen.

Met ingang van 2012 is de beleidsregel vervangen door een regeling waarbij deze geneesmiddelen door het ziekenhuis afzonderlijk kunnen worden gedeclareerd. De verrichtingen door het ziekenhuis worden op dit moment gedeclareerd via zogenoemde DBCs (diagnose behandelcombinaties); deze dure geneesmiddelen kunnen vanaf 2012 afzonderlijk gedeclareerd worden door aan deze DBC-declaratie een zogenoemde add-on toe te voegen. Vanaf 2012 is het aantal middelen dat als add-on kan worden gedeclareerd nog verder toegenomen, door de overheveling van de TNF-alfa-blokkers in 2012 en de groeihormonen en oncolytica in 2013. Tot die tijd werden deze middelen nog vergoed vanuit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Deze overheveling impliceert dat de kosten voor het extramurale geneesmiddelengebruik zijn gedaald, maar de kosten zijn verschoven naar de uitgaven voor 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 extramurale geneesmiddelengebruik. Door de overheveling van geneesmiddel naar het ziekenhuisbudget dreigt de situatie te ontstaan dat een steeds groter deel van deze ontwikkelingen niet meer kan worden gevolgd omdat bepaalde geneesmiddelengroepen worden overgeheveld naar de ziekenhuisbudgetten. In *GIPeilingen* willen we ook de ontwikkelingen in het intramurale circuit in beeld brengen. Als aanzet hiertoe geven we op macro-niveau een overzicht met daarin de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten, uitgesplitst naar extramuraal en intramuraal. De kosten voor intramurale geneesmiddelen

over 2011 zijn nog afkomstig van de NZa. Vanaf 2012 zijn de totale uitgaven voor add-ons (dit is exclusief de kosten voor bloedstollingsproducten) afkomstig uit de gegevens die zorgverzekeraars in het kader van risicoverevening en de financiële verantwoording jaarlijks aan Zorginstituut Nederland verstrekken. De detaillering van deze uitgaven naar geneesmiddelengroepen is gebaseerd op de declaratiedata voor Medisch Specialistische Zorg die zorgverzekeraars via Vektis aan het Zorginstituut beschikbaar hebben gesteld.

De cijfers vanaf 2014 zijn nog wel voorlopig en zullen mogelijk nog worden bijgesteld. Dit wordt veroorzaakt door vertraging in het declaratieproces, maar ook door het feit dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken hebben gemaakt om ingeval van overschrijding van de aantallen gedeclareerde add-ons, de kosten onderling te verrekenen.

We constateren dat de vergoedingen voor geneesmiddelen de afgelopen jaren per saldo zijn gestegen: extramuraal is tot en met 2014 sprake van een daling maar, intramuraal stijgen de kosten. Het aandeel van de intramurale geneesmiddelen bedroeg in 2011 nog bijna 12%, in 2015 zal dit zijn opgelopen tot bijna 38%.

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. Dit, als gevolg van de rechtstreekse instroom van nieuwe geneesmiddelen en een toename in het gebruik van deze middelen binnen het ziekenhuis.

Voor de jaren 2011–2015 geven we in tabel 3.17 nog een nader uitsplitsing van de vergoedingen die zorgverzekeraars hebben betaald voor add-ons. De gegevens over 2015 zijn, zo blijkt ook het overzicht, nog onvolledig. We verwachten dat nog circa € 392 miljoen aan declaraties zal worden afgehandeld en nog zal worden toegedeeld naar de verschillende groepen geneesmiddelen.

Tabel 3.16 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2011-2015

1 = 1 MILJOEN EURO (EXCLUSIEF BTW)

	2011	2012	2013	2014	2015
Intramuraal, add-ons	471,0	1.058,0	1.404,0	1.529,5	1.705,9
Extramuraal, WMG geneesmiddelen	3.531,5	2.982,7	2.699,9	2.687,2	2.810,0
Totaal	4.002,5	4.040,7	4.103,9	4.216,7	4.515,9
Intramuraal, procentueel aandeel	12%	26%	34%	36%	38%

Tabel 3.17 | Vergoedingen geneesmiddelen (add-ons), 2011-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

Indicatiegebied	ATC-codes	2011	2012	2013	2014	2015*
Oncolytica	L01, L02, L04AX en V10	204,0	322,9	561,6	632,7	611,8
Biologicals	L04AA, L04AB en L04AC	91,0	617,0	626,0	641,8	510,0
Stofwisselingsstoornissen	H01AC01 en H01AC03	75,0	76,6	83,7	87,9	69,8
Immunoglobulinen	J06BA02	21,0	34,4	48,2	45,6	35,0
Groei stoornissen	A16AB	-	-	49,0	40,6	25,4
Overige Add-ons		80,0	50,9	50,8	69,8	62,2
Totaal		471,0	1.101,9	1.419,3	1.518,5	1.314,3
Nog te betalen/verrekenen (ongespecificeerd)		0,0	-43,9	-15,3	11,0	391,6
Totaal		471,0	1.058,0	1.404,0	1.529,5	1.705,9

Bron: Nza, Zorginstituut Nederland (verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars) en ZPD/MSZ-data (declaratiedata van zorgverzekeraars verstrekt via Vektis)

Vergoedingen: exclusief bloedstollingsproducten.

*Detaillering 2015 is voorlopig en nog niet volledig.

Vrije tarieven voor apothekhoudenden vanaf 2012

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 weliswaar iets gestegen, maar deze stijging is lang niet zo groot als de toename van de dienstverlening, het aantal WMG-prestaties. Belangrijkste oorzaak is dat de tarieven door de zorgverzekeraars onder druk zijn gezet.

De NZa onderscheidt twee basisprestaties: een standaard-uitgifte 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 3.18 geven we een specificatie van de aantallen verleende WMG-prestaties door apothekhoudenden in de jaren 2011 t/m 2015. Het gaat zowel om prestaties die gerelateerd zijn aan de uitgifte van een geneesmiddel als de zogenoemde overige zorgprestaties, voor zover deze 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.

De daling in 2014 en 2015 van het aantal aanvullende prestaties wordt veroorzaakt door het feit dat het begeleidingsgesprek bij de uitgifte van een nieuw geneesmiddel afzonderlijk moest worden gedeclareerd als een aanvullende zorgprestatie. Dit verklaart waarom de aantallen overige zorgprestaties en de inkomsten hieruit in 2014 en 2015 een forse stijging vertonen; maar in feite gaat het hier om een verschuiving.

In tabel 3.18 wordt het aantal standaardterhandstellingen uitgesplitst naar standaard- en weekterhandstellingen. In de afgelopen vijf jaar is het aantal weekterhandstellingen fors gestegen, terwijl het aantal standaardterhandstellingen redelijk stabiel is.

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. 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. In de periode 2011 t/m 2015 is sprake van een stabiel beeld. Omdat het aantal prestaties in de afgelopen jaren wel 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 zij verkregen uit kortingen en bonussen op inkoop van geneesmiddelen.

Tabel 3.18 | WMG-prestaties apothekhoudenden, 2011-2015

1 = 1 MILJOEN

	2011	2012	2013	2014	2015
Terhandstellingen					
Standaardterhandstelling	128,0	125,5	124,2	124,4	124,5
Weekterhandstelling	70,3	85,7	93,9	102,2	104,8
Aandeel weekterhandstellingen	35%	41%	43%	45%	46%
Aanvullende prestaties					
Eerste uitgifte	31,59	30,02	29,28	0,00	0,00
Avond/nacht/weekend uitgifte	1,52	1,43	1,31	1,31	1,41
Reguliere Magistrale bereiding	3,03	3,31	3,28	1,00	0,33
Bijzondere Magistrale bereiding	0,14	0,12	0,13	0,10	0,08
Dienstverlening thuis	0,00	0,03	0,01	0,01	0,01
Overige zorgprestaties	0,00	0,03	0,13	22,65	22,54

Tabel 3.19 | Dienstverlening apothekhoudenden, 2011-2015

1 = 1 MILJOEN EURO

	2011	2012	2013	2014	2015
Terhandstellingen	975,2	987,8	1.000,3	1.085,7	1.082,6
Deelprestaties	262,1	234,8	233,0	46,6	40,0
Overige zorgprestaties	-	0,3	1,3	145,8	144,7
Marge, buiten-WMG	40,0	42,9	45,9	47,7	50,1
Totaal	1.277,3	1.265,7	1.280,6	1.325,8	1.317,4

Kosten geneesmiddelengebruik bijzonder scheef verdeeld

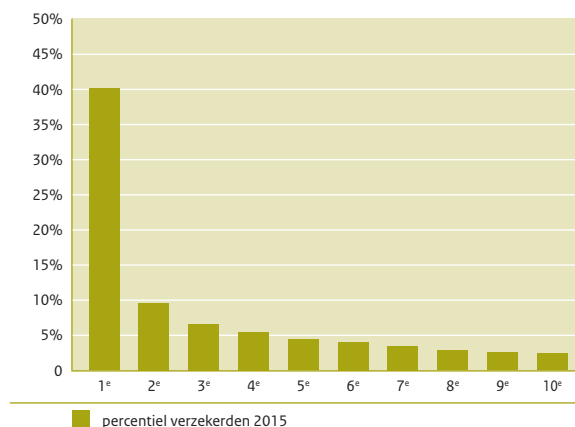
In 2015 hebben bijna 11,3 miljoen Nederlanders ten minste één geneesmiddel gebruikt dat werd vergoed via de Zorgverzekeringswet. Dit komt overeen met circa 67% van alle verzekerden. Of vanuit een ander perspectief bekeken: ruim 32% van de Nederlanders heeft het afgelopen jaar geen geneesmiddel gebruikt. De verdeling van de gemaakte kosten binnen de groep van genees-middelengebruikers is bijzonder scheef: 10% van de Nederlanders is verantwoordelijk voor bijna 82% van de vergoedingen (dit is exclusief BTW en exclusief de dienstverlening door de apotheek) voor geneesmiddelen.

In figuur 3.11 presenteren we hoe de vergoedingen voor geneesmiddelen zijn verdeeld over de verzekerden populatie; we beperken ons tot de laatste 10 percentielen. We gaan hierbij uit van de vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddel (dit is: exclusief BTW en dienstverlening apotheek). De verzekerdenpopulatie van ruim 16,8 miljoen verzekerden wordt verdeeld in 100 even grote groepen (percentielen) van elk ruim 168.430 personen, die daarna worden geordend op basis van de hoogte van de vergoedingenbedragen voor de aan hen afgeleverde geneesmid-

delen. De gemiddelde vergoeding per verzekerde bedroegen in 2015 ruim €257.

Voor iets meer dan 32% van de bevolking geldt dat zij het afgelopen jaar geen geneesmiddelen hebben gebruikt: zij vormen de eerste 32 percentielen. De kosten voor de

Figuur 3.11 | Kostenaandeel gebruikers farmaceutische zorg, 2015



daaropvolgende percentielen lopen maar heel langzaam op. De laatste 10% is verantwoordelijk voor 81,6% van de totale vergoeding voor geneesmiddelen en daarbinnen is een kleine groep, de laatste 2% (het gaat hier dan om circa 337.000 verzekerden) is verantwoordelijk voor iets meer dan 50% van de totale kosten voor geneesmiddelen. Het laatste percentiel is verantwoordelijk voor bijna 41%; dit komt overeen met een bedrag van bijna €1,2 miljard.

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

Magistrale bereidingen en doorgeleverde bereidingen

Een beperkt deel van de geneesmiddelen die door de apotheek worden afgeleverd zijn op recept bereide geneesmiddelen, ook wel apotheekbereidingen of magistrale bereidingen genoemd. Deze apotheekbereidingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van rationele farmacotherapie, dit ter beoordeling van de zorgverzekeraar. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid/effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt.

Een apotheekbereiding die (nagenoeg) gelijkwaardig is aan middelen die van vergoeding is uitgesloten (bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen) worden expliciet uitgesloten van vergoeding.

Het aantal afgeleverde apotheekbereidingen is de afgelopen jaren gestegen van 5,3 miljoen in 2011 naar 6,1 miljoen in 2015.

Tot 2009 werden magistrale bereidingen vooral in de eigen apotheek bereid, of werd dit uitbesteed aan een collega apotheek. Vanaf 2009 is er sprake van een omslag, steeds vaker worden magistrale bereidingen door grootbereiders gemaakt op een schaal die het individuele recept voor één patiënt ruim te boven gaat. Het centraal bereiden heeft onmiskenbaar economische schaalvoordelen en draagt ook bij aan de kwaliteit van de bereiding. Anderzijds is er sprake van een min of meer fabrieksmatige productie van geneesmiddelen die op grond van de wetgeving moeten worden beoordeeld en geregistreerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft richtlijnen vastgesteld, waarbij onder bepaalde voorwaarden deze doorgeleverde bereidingen toch mogen worden verhandeld. De afgelopen twee jaar zijn ook steeds meer doorgeleverde bereidingen opgenomen in de G-Standaard van Z-Index, waardoor de identificatie

van deze middelen en de inkooprijzen van deze middelen beter zichtbaar werden.

Vanuit de NZa werd vervolgens bepaald dat de toeslagen voor magistrale bereidingen niet in rekening mochten worden gebracht als er sprake was van een doorgeleverde bereiding: immers bij een doorgeleverde bereiding zitten deze kosten al verdisconteerd in de apotheekinkooprijzen.

Zoals al eerder aangegeven gaat het hier om niet-geregistreerde geneesmiddelen, waarbij zorgverzekeraars een individuele beoordeling moeten doen of de bereiding voldoet aan de criteria van rationaliteit, doelmatigheid en ook of het middel niet al is uitgesloten van vergoeding omdat het bijvoorbeeld om een zelfzorgmiddel gaat. Het feit dat doorgeleverde bereidingen in de G-Standaard zijn opgenomen maakt het mogelijk om deze vervolgens, net als bij geregistreerde geneesmiddelen vooraf te voorzien van een vergoedingsstatus. Er zijn dan drie mogelijkheden, zorgverzekeraars oordelen dat:

- de doorgeleverde bereiding kan worden vergoed (voldoet aan de criteria);
- de doorgeleverde bereiding niet kan worden vergoed (voldoet niet aan de criteria);
- niet tot een eensluidend oordeel kunnen komen; vergoeding wordt per geval door de zorgverzekeraar beoordeeld, net als bij een gewone apotheekbereiding

Zorgverzekeraars en Z-Index hebben hiervoor een beoordelingsprocedure ontwikkeld die moet waarborgen dat deze beoordeling zorgvuldig plaatsvindt.

Het aantal doorgeleverde bereidingen is de afgelopen jaren enorm toegenomen. Eind 2015 ging het al om bijna 3.100 producten. Een deel hiervan heeft betrekking op zelfzorgmiddelen: deze zijn uitgesloten van vergoeding. Maar het gaat ook om middelen waarvan het Zorginstituut in het verleden al heeft aangegeven dat er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor de werking en rationaliteit van dit middel. Ook deze zijn uitgesloten van vergoeding.

De beoordelingsprocedure is door de forse groei van het aantal doorgeleverde bereidingen onder druk komen te staan. Begin 2014 heeft dit ook tot ophef geleid omdat zorgverzekeraars plotseling besloten om 105 doorgeleverde bereidingen, die tot dan toe nog werden vergoed, opeens niet meer te vergoeden. Deze maatregel is onder druk van diverse organisaties in het veld weer teruggedraaid.

Er komt nu een zorgvuldiger beoordelingsprocedure, en zorgverzekeraars hebben toegezegd hun verzekerden tot voortaan beter en vooraf te informeren over wijzigingen in het vergoedingsbeleid.

Tabel 3.20 | Magistrale bereidingen en doorgeleverde bereidingen, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal uitgiftes (1 = 1 miljoen)					
Magistrale bereidingen	2,0	2,2	2,4	0,8	0,3
Magistrale receptuur	1,6	1,8	1,9	0,6	0,2
Doorgeleverde bereidingen	1,6	1,8	2,1	4,9	5,5
Totaal	5,3	5,8	6,3	6,3	6,1
Vergoeding (1 = 1 miljoen euro)					
Magistrale bereidingen	33,9	33,6	34,5	31,5	28,2
Magistrale receptuur	6,3	5,9	5,9	1,8	0,6
Doorgeleverde bereidingen	10,1	11,6	13,5	57,2	69,0
Totaal	50,4	51,2	53,9	90,5	97,7

In tabel 3.20 geven we een overzicht met daarin de aantallen uitgiftes voor magistrale bereidingen en de daarmee gemoeide kosten. We maken daarbij onderscheid in;

- magistrale bereidingen, dit zijn bereidingen in de eigen apotheek op grond van een artsrecept;
- magistrale receptuur, dit zijn magistrale bereidingen in de eigen apotheek op grond voorschriften die zijn vastgelegd in het Formularium der Nederlandse Apotheken (zogenoemde FNA/LNA-preparaten);
- doorgeleverde bereidingen, dit zijn magistrale bereidingen die centraal worden bereid en als "gereed product" door de apotheek worden afgeleverd.

Uit dit overzicht blijkt een duidelijke afname van het aantal bereidingen in de eigen apotheek ten gunste van de doorgeleverde bereidingen. Per saldo is wel sprake van een toename van 5,3 miljoen uitgiftes in 2011 naar 6,1 miljoen in 2015. Een toename van 15%. Ook de daarmee gemoeide vergoedingen zijn gestegen; ten opzichte van 2011 zijn de vergoedingen verdubbeld. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat in vergoedingen voor doorgeleverde bereidingen ook de bereidingskosten zijn verdisconteerd, terwijl deze voor de magistrale bereidingen en magistrale receptuur nog afzonderlijk (dienstverlening apotheek) in rekening worden gebracht. Het gemiddelde tarief voor een eenvoudig magistrale bereiding bedroeg in 2015 ruim € 10,00.

Uitgaven allergeenextracten dalen

Het aantal mensen dat met allergeenextracten wordt behandeld is in 2015 gedaald naar circa 5.700.

De vergoedingen voor deze middelen daalden van € 32,5 miljoen in 2011 naar € 6,3 miljoen in 2015. Ten opzichte van de voorgaande jaren is sprake van een substantiële daling van zowel het aantal gebruikers als de kosten.

Opvallend is dat zowel de kostendaling als de daling in het aantal gebruikers voor rekening komt van de niet-geregistreerde producten. De afgelopen jaren heeft het College ter Beoordeling van

Geneesmiddelen (CBG) de producenten van de producten gedwongen om een beoordelingsdossier in te dienen op grond waarvan het CBG een oordeel kon geven over de werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid van alle niet-geregistreerde allergeen extracten. Slechts voor een beperkt deel van de allergeenextracten die op de markt zijn is een positief oordeel geveld en een registratie afgegeven. Zorgverzekeraars hebben aangegeven om alleen nog geregistreerde allergeenextracten te vergoeden, en de vergoeding van niet-geregistreerde producten via een overgangsregeling, af te bouwen.

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, kattenallergie en in mindere mate bijen- of wespenallergie. Het Farmacotherapeutisch Kompas en de NHG-richtlijn Allergische en niet-allergische rhinitis zijn terughoudend met het aanbevelen van immunotherapie. Alleen voor patiënten met een duidelijk vastgestelde, ernstige allergie waarbij de symptomatische therapie met antihistaminica, cromoglicinezuur en corticosteroiden onvoldoende succes heeft, kan immunotherapie worden overwogen. De indicatie dient door een specialist te worden gesteld.

In de jaren 2004 tot met 2007 is nog 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 ligt dan voor de niet-geregistreerde producten.

Tabel 3.21 | Allergeenextracten: gebruikers en vergoeding per gebruiker, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal gebruikers (1 = 1)					
Graspollenallergeen	6.377	7.434	7.289	6.875	5.553
Insectenallergeen	2.067	1.935	1.703	1.339	1.062
Allergeenextracten (overig)	22.994	20.651	16.652	8.947	5.709
Vergoeding per gebruiker (1 = 1 euro)					
Graspollenallergeen	603,96	657,37	713,04	707,74	721,51
Insectenallergeen	824,19	851,96	847,63	819,51	865,87
Allergeenextracten (overig)	1.412,92	1.396,02	1.394,79	1.319,73	1.103,17

In tabel 3.21 laten we de ontwikkelingen zien over de periode 2011 tot en met 2015. Voor meer gegevens: www.gipdatabank.nl onder de ATC-code V01AA.

In 2011 namen de niet-geregistreerde allergeenextracten nog bijna 80% van de totale kosten voor hun rekening. In 2014 en 2015 is dit fors gedaald. Deze niet-geregistreerde producten werden op grond van een uitzonderingsbepaling (1993) niettemin vergoed op grond van de Zvw. In 2015 is een einde aan de overgangsbepaling gekomen omdat zorgverzekeraars hebben kenbaar gemaakt alleen nog die preparaten te vergoeden die kunnen beschikken over een registratie van het CBG.

Overzicht dure geneesmiddelen: alle 17 duur

Wanneer zijn geneesmiddelen duur? Heeft dat te maken met een hoge omzet, zoals we deze op de GIPdatabank presenteren in de "Top 100 Vergoedingen"? Of met de hoge kosten per behandeling of per gebruiker, zoals deze wordt gehanteerd voor o.a. de weesgeneesmiddelen? In deze GIPeilingen hanteren we voor de definitie van een duur geneesmiddel een combinatie van twee eenduidige criteria: de vergoeding (dit is exclusief BTW en exclusief de kosten voor dienstverlening van de apotheker) moet in 2015 boven de €15 miljoen uitkomen én de gemiddelde vergoeding per gebruiker moet in 2015 boven de €1.000 liggen. Het resultaat van deze combinatie van twee criteria is dat er in 2015 zeventien geneesmiddelen beschouwd worden 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 operationa-

lisering, om pragmatische redenen, door ons enigszins is vereenvoudigd.

We komen tot de volgende definitie: *een geneesmiddel wordt aangemerkt als duur, als de vergoeding voor dit geneesmiddel in 2015 groter is dan €15 miljoen én de gemiddelde vergoeding per gebruiker in 2015 groter is dan €1.000.*

In 2015 voldeden 41 geneesmiddelen aan het eerste criterium. Hiervan voldeden vervolgens 17 geneesmiddelen ook aan het tweede criterium. In tabel 3.22 worden enkele kengetallen van deze dure geneesmiddelen weergegeven. De totale vergoeding van deze middelen bedroeg in 2015 €441,3 miljoen; dit komt overeen met bijna 16% de totale vergoeding voor geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet (farmaceutische zorg).

Ten opzichte van 2014 is het aantal dure geneesmiddelen gelijk gebleven. Wel zijn er vier nieuwe middelen bijgekomen en dus ook vier middelen uit het overzicht verdwenen.

Een andere manier om te kijken naar dure geneesmiddelen is deze in te delen in groepen met globaal eenzelfde indicatiegebied. In tabel 3.23 presenteren we een overzicht van de geneesmiddelengroepen waarvan de geneesmiddelenvergoeding in 2015 meer dan €100 miljoen bedroeg. De geneesmiddelen zijn gegroepeerd op het tweede niveau van de ATC-code. Dit niveau classificeert de geneesmiddelen in therapeutische hoofdgroepen. In tabel 3.23 zijn 5 hoofdgroepen opgenomen, welke samen verantwoordelijk zijn voor 39% van het totale vergoedingenbedrag. Naast het vergoedingenbedrag geven we ook het aantal gebruikers en de gemiddelde vergoeding per gebruiker weer. Het beeld is heel uiteenlopend. De gemiddelde vergoeding per gebruiker varieert van €64 per gebruiker tot €3.007 per gebruiker.

Tabel 3.22 | Kengetallen dure extramurale geneesmiddelen, in 2015

rang	ATC-code	stofnaam (merknaam)	vergoeding*					vergoeding/ gebruiker	gebruikers
			2011	2012	2013	2014	2015		
								1 = 1 miljoen euro	1 = 1
1	J05AX15	sofosbuvir (Sovaldi)	-	-	-	1,9	63,0	44.581	1.413
2	J06BA02	immunoglobuline normaal IV (Nanogam)	22,1	25,6	30,4	35,5	41,7	36.931	1.130
3	J05AR03	emtricitabine/tenofovir (Truvada)	32,4	37,1	40,1	41,3	39,8	5.017	7.936
4	L03AB07	interferon beta 1a (Avonex)	38,9	42,2	42,8	39,8	30,4	10.519	2.894
5	J05AR06	efavirenz/emtricitabine/tenofovir (Atripla)	37,1	36,7	36,6	34,1	29,1	8.294	3.512
6	L04AD02	tacrolimus (Prograft)	22,9	23,1	23,9	24,9	26,6	2.835	9.375
7	H01CB02	octreotide (Sandostatine)	22,1	22,0	21,8	23,2	24,2	10.567	2.288
8	B03XA02	darbepoëetine alfa (Aranesp)	35,1	32,1	28,2	26,0	24,1	3.890	6.205
9	L03AA13	pegfilgrastim (Neulasta)	41,7	37,9	33,5	29,5	24,1	3.803	6.332
10	L04AA27	fingolimid (Gilenya)	-	3,2	9,9	18,2	21,2	18.533	1.143
11	L03AX13	glatirameer (Copaxone)	17,6	18,3	19,3	19,4	18,6	8.771	2.121
12	C02KX01	bosentan (Tracleer)	21,3	21,6	21,4	20,5	18,1	24.504	739
13	J05AX14	daclatasvir (Daklinza)	-	-	-	-	17,9	25.657	698
14	J05AR13	dolutegravir/abacavir/lamivudine (Triumeq)	-	-	-	0,5	15,9	6.475	2.463
15	A09AA02	multi-enzymen (Panzylrat)	11,7	12,6	13,8	14,9	15,8	1.111	14.256
16	J05AR08	emtricitabine/rilpivirine/tenofovir (Eviplera)	-	2,7	10,9	16,1	15,5	7.969	1.946
17	N07XX09	dimethylfumaraat (Tecfidera)	-	-	-	2,4	15,1	8.255	1.829
Totaal			302,78	314,99	332,59	348,24	441,28		
percentage			8,6%	10,6%	12,3%	13,0%	15,7%		

* Exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek.

Tabel 3.23 | Geneesmiddelengroepen van meer dan €100 miljoen in 2015

rang	omschrijving (ATC-groep)	vergoeding	gebruikers	vergoeding/gebruiker
		1 = 1 mln euro	1 = 1	1 = 1 euro
1	astma & COPD (R03)	322,5	1.512.000	213
2	antivirale middelen (J05) (*)	307,9	102.370	3.007
3	diabetesmiddelen (A10)	203,4	802.820	253
4	antitrombotica (B01)	129,5	1.739.000	74
5	cholesterolverlagers (C10)	125,7	1.965.000	64

(*) definitie op ATC2-niveau, dit is inclusief middelen voor de behandeling van (chronische) hepatitis-B en hepatitis-C

Polyfarmacie

In 2015 gebruiken 11,3 miljoen mensen een geneesmiddel dat vergoed is door de Zorgverzekeringswet (Zvw), dit is ruim 67% 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 voor al de vijf middelen afzonderlijk geldt dat 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 "eenzelfde" geneesmiddel wordt gezien. Verder worden bij de bepaling voor het criterium polyfarmacie de dermatologische preparaten buiten beschouwing gelaten.

In 2015 zijn er 1,57 miljoen verzekerden polyfarmacie-patiënt, dit is 9,3% van het totaal aantal Zvw-verzekerden. Het aantal polyfarmacie-patiënten in 2011 bedroeg 1,35 miljoen. Er is een duidelijke toename van het aantal polyfarmacie patiënten.

Leeftijd en Geslacht

Polyfarmacie komt door de vergrijzing en door een verbeterde overleving voornamelijk voor bij ouderen, bijna 65% van alle polyfarmacie-patiënten is 65 jaar of ouder. Bijna 34% van de Zvw-verzekerden van 65 jaar en ouder, is in 2015 polyfarmacie-patiënt en gebruikt 5 of meer geneesmiddelen voor een chronische aandoening. Ten opzichte

van 2011 is duidelijk sprake van een stijging van het aantal oudere polyfarmacie-patiënten. 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.

Top 10 bij 65+

Polyfarmacie komt veel voor bij ouderen, 65% 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 3.26 de top 10 van meest gebruikte geneesmiddelgroepen bij polyfarmacie-patiënten van 65+.

In 2015 wordt door 66% van de polyfarmacie-patiënten een maagmiddel gebruikt; deze worden voorgeschreven bij maagklachten maar ook als maagbescherming bij het gebruik van pijnstillers en ontstekingsremmers. Op de tweede plaats staan de antithrombotica; 65% gebruikt een antitromboticum. Dit geneesmiddel wordt ook wel een bloedverdunner genoemd en wordt voornamelijk voorgeschreven om trombose of een infarct te voorkomen.

Het aantal polyfarmacie-patiënten dat een cholesterolverlager slikt bedraagt bijna 63%.

Tabel 3.24 | Geneesmiddelgebruik en polyfarmacie, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Gebruikers geneesmiddelen totaal	11.550.714	11.406.962	11.299.515	11.228.380	11.245.356
Polyfarmacie-patiënten	1.352.478	1.415.236	1.439.748	1.501.176	1.569.740
Polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder	881.017	923.564	965.395	1.016.303	1.022.222

Tabel 3.25 | Gebruikers polyfarmacie naar leeftijd en geslacht, 2011 en 2015

PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN

Leeftijdsklasse	2011			2015		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
0-4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
5-14	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7
15-24	1,1	3,1	2,1	1,3	3,2	2,2
25-44	8	13,9	10,9	8,6	14,7	11,6
45-64	78,5	86,8	82,6	83,3	93	88,1
65-74	260,1	244,3	251,9	267,6	249,3	258,3
75 +	450,1	442	445,1	486	474,9	479,4
Totaal	73,2	89,5	81,4	85,5	100,7	93,2

Tabel 3.26 | Top 10: Gebruikte geneesmiddelgroepen bij Polyfarmacie 65+ in 2015

PER 1.000 ZVW-VERZEKERDEN

rang	Geneesmiddel	Indicatie	2011	2012	2013	2014	2015
1	A02B Maagmiddelen	Maagklachten	192	197	208	222	233
2	B01A Antithrombotica	Thrombose, Infarct	224	227	225	226	228
3	C10A Antilipaemica	Verhoogd cholesterol	198	208	211	216	222
4	C07A Beta-blokkers	Hartfalen, hypertensie	183	189	187	188	189
5	C09A Ace-remmers	Hartfalen, hypertensie	115	116	115	115	115
6	C08C Selectieve calciumantagonisten	Hypertensie, angina pectoris	95	99	100	101	104
7	A10B Bloedglucoseverlagende middelen	Diabetes	90	92	92	91	92
8	C09C Angiotensine-ii-antagonisten	Hartfalen, hypertensie	76	79	79	80	80
9	A11C Vitaminen A en D (incl. combina-	Osteoporose	19	25	43	64	77
10	C03C Diuretica	Oedemen	83	81	77	75	73
Totaal* uniek aantal polyfarmacie-gebruikers 65+			339	344	343	348	353

* Omdat één verzekerde gebruik maakt van meerdere geneesmiddelen met verschillende ATC3-codes en omdat bovenstaande lijst alleen de Top 10 van meest gebruikte geneesmiddelen presenteert, is het totaal aantal gebruikers niet gelijk aan de som van de bovenstaande tabel.

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 54%, 33% en 23% van de polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder geslikt. De Selectieve calciumantagonisten met voornamelijk vasculaire werking worden voorgeschreven als een patiënt "angina pectoris" heeft. Bijna 30% van de oudere polyfarmacie-patiënten gebruikt deze middelen. Angina pectoris is een drukkend pijnlijk gevoel op de borst doordat de hartspier tekort bloed en daarmee te weinig zuurstof krijgt en verkramp.

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 21% van de oudere polyfarmacie-patiënten gebruikt.

Op de zevende plaats in de top 10 staan de orale bloedglucose verlagende middelen. Mensen met diabetes type 2, ook wel ouderdomssuiker genoemd, gebruiken orale antidiabetica. Van de polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder gebruikt 26% een bloedglucoseverlagend middel.

Op de voorlaatste plaats in de top 10 staan preparaten die vitamine a en d (of combinaties van beiden) bevatten; mensen met osteoporose en calciumtekort gebruiken dit geneesmiddel. In 2015 gebruikt 22% van de 65+ polyfarmacie-patiënten deze middelen.

Polyfarmacie in de regio

Ook voor 2015 is weer de regionale spreiding van het aantal polyfarmacie-patiënten van 65 jaar en ouder per 1.000

65+ Zvw-verzekerden in beeld gebracht. De gepresenteerde prevalenties zijn 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 339 in 2011 naar 353 polyfarmacie-patiënten per 1.000 Zvw-verzekerden in 2015.

Het regionale overzicht kunt u raadplegen via onze website: www.gipdatabank.nl

Kies in het keuzemenu achtereenvolgens voor: geneesmiddelen, polyfarmacie regionaal en gebruikers.

Dieetpreparaten en voedingsmiddelen

De vergoeding voor dieetpreparaten en voedingsmiddelen vindt plaats op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is nader uitgewerkt in het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering. De vergoeding is beperkt tot verzekerden met bepaalde aandoeningen (stofwisselingsstoornissen, voedselallergie, resorptiestoornissen 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 2011 gestaag toegenomen van bijna 151.000 naar bijna 171.000 verzekerden in 2015 (zie tabel 3.27); dit is een gemiddelde toename van 3,1% per jaar. De vergoeding voor deze middelen is in dezelfde periode gedaald, met gemiddeld 2,9% per van €69,3 miljoen in 2011 naar €61,7 miljoen in 2015. Deze daling komt in zijn geheel voor rekening van het jaar 2015.

De vergoeding is exclusief BTW en exclusief de marge (opslag voor dienstverlening apotheek) voor buiten-

Tabel 3.27 | Gebruikers en kosten voedingsmiddelen volgens compendium, 2011-2015

indeling volgens 'Compendium'	Gebruikers* (1 = 1)		gemiddelde groei per jaar	Vergoeding (1=1 miljoen €)		gemiddelde groei per jaar
	2011	2015		2011	2015	
Aminozuurstofwisselingsstoornissen	692	943	8,0%	3,9	4,2	1,9%
Sondevoeding	8.058	8.618	1,7%	8,1	7,5	-1,8%
Sondevoeding, ziektespecifiek	81	77	-1,3%	0,1	0,1	-1,9%
Drinkvoeding, volledig	89.872	96.805	1,9%	21,9	15,1	-8,9%
Drinkvoeding, aanvullend	53.034	69.630	7,0%	7,8	7,9	0,1%
Drinkvoeding, ziektespecifiek	13.147	11.811	-2,6%	5,0	3,2	-10,8%
Kauw- en slikstoornissen	17.819	14.552	-4,9%	1,3	1,2	-2,4%
Normale voeding, zuigeling en kind	1.312	1.169	-2,8%	0,2	0,1	-6,7%
Specifieke voeding, zuigeling en kind	27.342	29.046	1,5%	19,1	20,3	1,6%
Voedingsmiddelen, verrijkt	15.486	11.044	-8,1%	0,4	0,4	-4,1%
Voedingssupplementen	12.845	11.187	-3,4%	1,4	1,8	5,4%
Voedingsmiddelen, overig	54	28	-15,1%	0,0	0,0	-8,9%
totaal	150.961	170.773	3,1%	69,3	61,7	-2,9%

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

WMG-middelen. In 2015 bedroeg de marge op dieetpreparaten en voedingsmiddelen in totaal bijna €30 miljoen. Dit is circa 50% van het vergoedingenbedrag.

In tabel 3.27 zijn de gebruikersaantallen en ook de vergoedingen voor voedingsmiddelen nader uitgesplitst uitgesplitst naar de indeling op grond van het Compendium dieetproducten en voedingssupplementen.

Zoals verwacht zijn de vergoedingen per gebruiker van specifieke dieetpreparaten/voedingsmiddelen afhankelijk van de ernst van de aandoening en de soort middelen. De gebruikers van preparaten bij aminozuurstofwisselingsstoornissen zijn in 2015 met gemiddeld €4.474 per persoon per jaar aanzienlijk duurder dan bijvoorbeeld gebruikers van sondevoedingen (gemiddeld €869 per jaar), of gebruikers van drinkvoedingen (gemiddeld tussen de 113 en 268 euro per jaar). Specifieke voeding voor zuigelingen en kinderen kost in 2015 gemiddeld €700 per jaar. Over de jaren heen zijn de gemiddelde vergoeding per gebruiker per jaar met 1,4% afgenomen, van €459 in 2011 tot €361 in 2015.

In 2015 maken bijna 171.000 verzekerden gebruik van dieetpreparaten en/of voedingsmiddelen. Dit is een prevalentie van 10,1 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden. Voor 2011 bedroeg de prevalentie 9,1 gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden.

Meer kengetallen over het gebruik van dieetpreparaten en voedingsmiddelen, alsook de regionale verschillen in het gebruik van voedingsmiddelen publiceren we op onze website: www.gipdatabank.nl

Geneesmiddelengebruik

Ook in deze uitgave van *GIPeilingen* worden de ontwikkelingen in het gebruik van een aantal geneesmiddelengroepen nader in beeld gebracht. De regionale verschillen in het geneesmiddelengebruik brengen we in kaart in samenwerking met het RIVM. Deze kunt u raadplegen via de website van het RIVM. Meer specifiek luidt het webadres: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/genees-en-hulpmiddelen-en-lichaamsmaterialen/regionaal-internationaal/geneesmiddelen

Via de Nationale Atlas Volksgezondheid (Zorgatlas) van het RIVM worden de prevalenties van het geneesmiddelengebruik naar zorgkantoorregio digitaal ontsloten met klikkaarten. Middels deze klikkaarten worden de prevalenties (aantallen gebruikers) over de afgelopen jaren per zorgkantoorregio en per geneesmiddelengroep weergegeven. In aanvulling op het aantal gebruikers, wordt ook het gebruik gemeten in standaard dagdoseringen (DDDs) met de klikkaarten in beeld gebracht.

Op onze website www.gipdatabank.nl geven we voor een aantal geneesmiddelengroepen een meerjarenoverzicht (van 2002 tot en met 2015) met daarin diverse kengetallen, uitgesplitst naar ATC5- code. Het gaat om de volgende geneesmiddelengroepen:

- ADHD-middelen
- Astma- en COPD-middelen
- Slaap- en kalmeringsmiddelen
- Cholesterolverlagers
- Antidepressiva
- Diabetes middelen
- Maagmiddelen
- Antipsychotica

Via een link onderin het overzicht, is het mogelijk om direct naar de bijbehorende klikkaart op de RIVM-site te switchen.

De gegevens, afkomstig uit het GIP, die nodig zijn om de overzichten op te stellen worden door het Zorginstituut aan het RIVM beschikbaar gesteld. Per geneesmiddelengroep is per regio door ons 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. Om de onderlinge vergelijking tussen de regio's te vergemakkelijken, is de regionale prevalentie geïndiceerd op basis van de procentuele afwijking van de landelijke prevalentie in Nederland, die als index op 100 is gesteld. De procentuele afwijking is vervolgens in 5 klassen ingedeeld, omschreven en van een oplopende kleurcode voorzien.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de landelijke ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen die behoren tot de volgende geneesmiddelengroepen:

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

In tabel 4.1 zijn enkele kengetallen van het totale geneesmiddelengebruik in Nederland over de afgelopen vijf jaar opgenomen.

Het aantal gebruikers is in de vijf jaar met gemiddeld 0,7% per jaar afgenomen, terwijl het volume gemeten in het totaal aantal DDD's jaarlijks met 2,4% toeneemt. De daling (gemiddeld 5,5% per jaar) van de vergoeding voor geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) van 3,6 miljard naar 2,9 miljard euro is het gevolg van diverse ontwikkelingen en maatregelen;

Tabel 4.1 | Geneesmiddelengebruik Nederland 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	11,55	11,41	11,30	11,23	11,25
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	7.936	8.164	8.340	8.521	8.737
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	3.637,8	3.082,1	2.798,5	2.787,6	2.896,2
Jaargemiddelden						
DDDs per gebruiker	1 = 1 DDD	687	716	738	759	777
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,46	0,38	0,34	0,33	0,33
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	314,94	270,19	247,66	248,27	257,55
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		695,2	683,2	674,8	668,7	667,7

(*) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek)

deze ontwikkelingen worden in hoofdstuk 3 in deze GIPeilingen vanuit verschillende invalshoeken specifiek toegelicht.

Duidelijk is dat de toename van het aantal afgeleverde generieke geneesmiddelen – het aandeel gemeten in aantal DDDs stijgt van 58% in 2011 naar 67% in 2015 – een belangrijke bijdrage in de daling van de totale kosten heeft. In vijf jaar tijd is de gemiddelde vergoeding per gebruiker van bijna €315 in 2011 met circa €57 euro gedaald naar ruim €257 in 2015.

Een nadere detaillering van de hier gepresenteerde gegevens, bijvoorbeeld een uitsplitsing naar leeftijd en geslacht, kunt u vinden op onze website:

www.gipdatabank.nl

Maagmiddelen

Per 1 januari 2012 is de aanspraak op de maagzuurremmers beperkt. Alleen mensen met een chronische maagaandoening krijgen deze medicijnen nog uit de basisverzekering vergoed. Voor alle patiënten geldt bovendien dat ze bij nieuw gebruik het eerste recept zelf moeten betalen.

Het effect van deze maatregel is duidelijk zichtbaar in tabel 4.2: het aantal gebruikers van maagmiddelen daalt van 2,7 miljoen in 2011 naar 1,8 miljoen in 2012. Vanaf 2013 is weer sprake van een lichte stijging. Het gemiddelde aantal van 346 DDDs per gebruiker in 2015 geeft aan dat de maagmiddelen langdurend worden gebruikt.

Er is sprake van een forse daling in de vergoeding (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor deze middelen, dit ondanks een duidelijke toename in het aantal DDDs. Deze daling wordt voor een substantieel deel veroorzaakt door patentverlies van

de esomeprazol (Nexium[®]), gevolgd door generieke concurrentie en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Op onze website: www.gipdatabank.nl kunt u meer informatie vinden over het gebruik van maagmiddelen. Zo worden de aantallen gebruikers uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

Cholesterolverlagende middelen

Het aantal gebruikers van cholesterolverlagende middelen (definitie op ATC-code niveau C10) is sinds 2011 met 220.000 gestegen tot bijna 2,0 miljoen gebruikers in 2015. De gebruikte hoeveelheden per gebruiker nemen ook toe; er is duidelijk sprake van chronisch gebruik; in 2015 is het gemiddeld aantal DDDs 380 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 vergoedingen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor deze geneesmiddelen fors gedaald. De gemiddelde vergoeding per DDD is in 2015 gedaald naar € 0,18 per DDD. De gemiddelde vergoeding voor cholesterolverlagers per gebruiker daalde in 2015 naar €69,08.

Net als bij de maagmiddelen is deze daling bij de cholesterolverlagers (ondanks een toename in het aantal gebruikte DDDs) in belangrijke mate toe te schrijven aan patentverlies van atorvastatine (Lipitor[®]) in 2012, gevolgd door generieke concurrentie en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Tabel 4.2 | Maagmiddelen 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	2,73	1,83	1,92	2,02	2,09
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	606,0	581,4	638,0	681,9	721,9
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	93,9	57,0	44,6	40,9	39,3
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	222	318	333	338	346
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,15	0,10	0,07	0,06	0,05
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	34,34	31,15	23,30	20,30	18,82
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		164,5	109,5	114,4	120,0	123,9
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		8,2%	7,7%	8,4%	8,7%	9,0%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		2,7%	1,9%	1,7%	1,5%	1,4%

(*) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC2-niveau: A02

Tabel 4.3 | Cholesterolverlagers 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	1,74	1,83	1,88	1,92	1,96
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	611,1	655,4	685,7	716,3	746,4
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	232,0	164,8	134,1	134,0	135,7
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	351	358	366	374	380
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,38	0,25	0,20	0,19	0,18
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	133,38	89,99	71,50	69,96	69,08
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		104,7	109,7	112,0	114,1	116,6
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		8,3%	8,7%	9,0%	9,2%	9,3%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		6,6%	5,5%	5,0%	5,0%	4,8%

(**) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC2-niveau: C10*

Meer informatie over het gebruik van cholesterolverlagers, waaronder een uitsplitsing van de aantallen gebruikers naar leeftijd en geslacht, kunt u vinden op onze website: www.gipdatabank.nl

Diabetesmiddelen

In tabel 4.4 staan de belangrijkste kengetallen van het gebruik van diabetesmiddelen voor de jaren 2011 tot en met 2015 weergegeven. Het aantal gebruikers van bloed-glucoseverlagende middelen (diabetesmiddelen; definitie op ATC-code niveau: A10) neemt, net als de vergoeding (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor deze middelen, licht toe. De toename in het gebruik van de orale middelen ligt iets hoger dan de toename van het aantal insulinegebruikers. Dit verschil hangt samen met een vergrijzende populatie en daarmee gepaard toename van diabetes mellitus type-II (ouderdomsdiabetes).

Op onze website: www.gipdatabank.nl gaan we nader in op de verschillen in gebruik naar leeftijd en geslacht. Ook kunt u hier verder inzoomen op de ontwikkelingen rondom het gebruik van de nieuwe middelen binnen deze groep, zoals de glitazonen en de dipeptidylpeptidase-4 remmers (DPP-4). Voor deze laatste groep geldt dat inmiddels ook combinatiepreparaten met metformine op de markt zijn gebracht.

Astma- en COPD-middelen

Het gebruik van astma- en COPD-middelen (definitie op ATC-code niveau R03 én R05CB) in Nederland is al jaren vrij stabiel (zie tabel 4.5). Het aantal gebruikers wordt in 2015 op 1,5 miljoen geraamd. De vergoeding (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor deze geneesmiddelen daalde naar € 339 miljoen.

Tabel 4.4 | Diabetesmiddelen 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	0,77	0,79	0,80	0,80	0,80
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	444,3	454,3	460,4	461,5	468,6
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	190,4	196,8	204,0	203,4	203,4
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	580	579	578	577	584
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,43	0,43	0,44	0,44	0,43
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	248,73	250,62	256,29	254,50	253,31
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		46,1	47,0	47,5	47,6	47,7
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		5,4%	6,6%	7,6%	7,6%	7,2%

(**) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC2-niveau: A10*

Tabel 4.5 | Astma en COPD-middelen 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	1,56	1,54	1,50	1,50	1,51
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	367,8	376,1	371,2	371,0	374,6
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	386,1	377,6	364,2	352,9	339,1
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	236	244	248	248	248
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	1,05	1,00	0,98	0,95	0,91
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	247,43	244,93	243,04	235,64	224,24
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		93,9	92,3	89,5	89,2	89,8
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		5,0%	5,0%	4,9%	4,7%	4,7%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		10,9%	12,7%	13,5%	13,1%	12,1%

(* Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC₂-niveau en ATC_A-niveau: Ro3 en Ro5CB

Ook de gemiddelde vergoeding per gebruiker daalde. De hoogte van de vergoeding wordt voor een groot deel bepaald door het gebruik van combinatiepreparaten (een β -sympathicomimeticum met een inhalatie-corticosteroid). Gemiddeld liggen de uitgaven voor de combinatiepreparaten hoger dan voor de enkelvoudige sympathicomimetica en corticosteroiden.

Op onze website: www.gipdatabank.nl kunt u gedetailleerdere informatie vinden over de ontwikkelingen in het gebruik van Astma- en COPD-middelen, bijvoorbeeld de ontwikkelingen in het gebruik van combinatiepreparaten en de verschillen in gebruik naar leeftijd en geslacht.

Antidepressiva

Het aantal gebruikers van antidepressiva (definitie op ATC-code niveau No6A) is in de afgelopen jaren licht gestegen naar iets meer dan 1 miljoen gebruikers in 2015. De vergoeding (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor antidepressiva laten een vergelijkbare stijgende lijn zien.

Op onze website: www.gipdatabank.nl kunt u meer, gedetailleerdere gegevens over de ontwikkelingen in het gebruik van antidepressiva vinden, waaronder ook de verschillen in gebruik naar leeftijd en geslacht.

Tabel 4.6 | Antidepressiva 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	0,96	0,97	0,98	1,00	1,01
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	253,7	260,3	265,5	272,6	279,7
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	44,8	44,3	46,6	48,6	49,8
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	265	269	271	272	277
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,18	0,17	0,18	0,18	0,18
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	46,85	45,72	47,46	48,46	49,27
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		57,5	58,0	58,6	59,7	60,0
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		3,4%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		1,3%	1,5%	1,7%	1,8%	1,8%

(* Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC₄-niveau: No6A

Antipsychotica

Het aantal gebruikers van antipsychotica (definitie op ATC-code niveau No5A) is de afgelopen jaren licht gestegen naar 310.000 gebruikers in 2015. Deze toename is vooral toe te schrijven aan het gebruik van twee middelen: quetiapine (Seroquel®) en aripiprazol (Abilify®). Zo steeg het aantal gebruikers van beide middelen van bijna 85.000 in 2011 naar ruim 110.000 in 2015, terwijl voor de overige middelen het aantal gebruikers door de jaren heen vrij stabiel is gebleven. In tabel 4.7 staan de belangrijkste kengetallen rondom het gebruik van antipsychotica voor 2011 tot en met 2015 naast elkaar. We zien een lichte stijging van het aantal gebruikers en een daling van de vergoedingen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Deze daling is vooral het gevolg door patentverlies van olanzapine (Zyprexa®) en

quetiapine (Seroquel®), gevolgd door generieke concurrentie en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Op onze website: www.gipdatabank.nl geven we meer gedetailleerde cijfers over de ontwikkelingen in het gebruik van antipsychotica, onder andere de verschillen in gebruik naar leeftijd en geslacht.

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Met ingang van januari 2009 zijn de aanspraken op het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen; definitie op ATC-code niveau No5BA, No5CD en No5CF) ingrijpend gewijzigd en is de vergoeding beperkt tot een klein aantal indicaties (o.a. als onderhoudsbehandeling bij epilepsie en de behandeling van psychiatrische proble-

Tabel 4.7 | Antipsychotica 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	0,28	0,29	0,29	0,30	0,31
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	44,6	45,6	47,1	46,8	48,0
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	101,6	72,1	59,8	60,2	55,5
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	161	159	161	154	155
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	2,28	1,58	1,27	1,28	1,16
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	365,68	251,88	204,21	197,90	179,11
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		16,7	17,1	17,5	18,1	18,4
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		2,9%	2,4%	2,2%	2,2%	2,0%

(*) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC3-niveau: No5A

Tabel 4.8 | Slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	0,39	0,40	0,39	0,40	0,41
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	69,4	71,8	73,4	73,3	75,2
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	7,3	6,7	7,2	8,8	10,0
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	176	181	190	184	183
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	0,10	0,09	0,10	0,12	0,13
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	18,45	16,80	18,67	22,01	24,32
Aantal gebruikers per 1.000 Zvw-verzekerden		23,7	23,8	23,1	23,8	24,4
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		0,9%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%

(*) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek). Definitie op ATC4-niveau: No5BA, No5CD en No5CF

matiek). Als gevolg hiervan was er in 2009 een drastische terugval in het aantal gebruikers, het aantal DDDs en de daarmee gepaard gaande vergoedingen. Het aantal gebruikers is in de daaropvolgende jaren gestabiliseerd. De vergoeding (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) neemt toe.

Op onze website: www.gipdatabank.nl gaan we nader in op de verschillen in gebruik naar leeftijd en geslacht en zijn de ontwikkelingen in het gebruik ook op stofnaam in beeld gebracht.

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 geïnclassificeerd op ATC-code niveau J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX, waarbij de geneesmiddelen die worden ingezet bij een (chronische) hepatitis-B of C infectie in het overzicht buiten beschouwing zijn gelaten.

In Tabel 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 14.700 in 2011 naar 20.300 gebruikers in 2015; een gemiddelde jaarlijkse toename van 8,5%.

De vergoedingen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek) voor deze middelen zijn in de afgelopen vijf jaar gestegen van €141 miljoen naar ruim €183 miljoen; dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 6,6%. De gemiddelde vergoeding per gebruiker zijn licht gedaald en bedroegen in 2015 iets minder dan €9.000.

De landelijke prevalentie van gebruikers van geneesmiddelen bij een HIV-infectie bedraagt 1,2 per 1.000 Zwv-verzekerden. De verhouding tussen mannen en vrouwen is scheef verdeeld: het gebruik door mannen komt vier keer vaker voor dan door vrouwen.

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 DDDs per gebruiker in de afgelopen jaren licht afgenomen.

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

Tabel 4.9 | HIV-middelen 2011 - 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Landelijke kengetallen						
Aantal gebruikers	1 = 1 miljoen gebruikers	14.684	16.142	17.549	18.923	20.338
Aantal DDDs	1 = 1 miljoen DDDs	8,5	9,1	9,6	10,0	10,4
Vergoeding geneesmiddel	1 = 1 miljoen €	141,4	151,4	164,4	173,0	182,9
Jaargemiddelden						
DDD's per gebruiker	1 = 1 DDD	580	566	547	526	509
Vergoeding per DDD	1 = 1 €	16,62	16,58	17,12	17,39	17,65
Vergoeding per gebruiker	1 = 1 €	9.632	9.382	9.368	9.145	8.992
Aantal gebruikers per 1.000 Zwv-verzekerden		0,88	0,97	1,05	1,13	1,21
Aandeel DDDs ten opzichte van totaal		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Aandeel vergoeding ten opzichte van totaal		4,0%	5,1%	6,1%	6,4%	6,5%

(*) Vergoeding = vergoeding voor de afgeleverde geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief dienstverlening apotheek).

Definitie op ATCq-niveau: J05AE, J05AF, J05AG, J05AR en J05AX (exclusief middelen voor behandeling van (chronische) hepatitis-B en hepatitis-C).

Tabel 4.10 | Vergoeding hiv-middelen (*), naar werkingsmechanisme, 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
J05AE * proteaseremmer (PI)	19,9	22,5	24,9	26,5	22,8
J05AF * nucleoside reverse transcriptaseremmers (NRTI)	9,9	9,6	9,3	8,8	8,6
J05AG non-nucleoside reverse transcriptaseremmers (NNRTI)	13,7	14,6	14,4	11,9	9,5
J05AR antivirale middelen HIV-infectie, combinatiepreparaten	88,9	94,6	104,7	113,3	126,4
J05AX * overige antivirale middelen	9,1	10,1	11,2	12,5	15,6
totaal	141,4	151,4	164,4	173,0	182,9

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

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 4.10 is de kostenontwikkeling opgenomen van deze groepen HIV-geneesmiddelen in de afgelopen vijf jaar. Er is sprake van een gemiddelde jaarlijkse groei van 6,6%, iets minder dan de groei van het aantal gebruikers. Een substantieel deel van de vergoedingen voor HIV-middelen heeft betrekking op het gebruik van combinatiepreparaten.

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:

Vergoeding (WMG- en buiten-WMG-uitgiftes)

De vergoeding is het bedrag dat via de zorgverzekeraars aan apothekers en apotheekhoudende huisartsen wordt vergoed voor de materiaalkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit bedrag is gebaseerd op de inkoop-prijs van het afgeleverde middel, waarbij de eventuele clawback (afnemen van genoten kortingen en bonussen door apotheekhoudenden) en de eigen betaling door de verzekerde in het kader van het GVS, reeds in mindering zijn gebracht op de apotheek inkoopprijs.

Vanaf 2012 gelden vrije tarieven en kunnen zorgverze- keraars en apothekers nadere afspraken maken over de hoogte van deze vergoeding voor geneesmiddelen.

De vergoeding is exclusief BTW, exclusief de vergoeding voor de dienstverlening van de apotheek en exclusief eventuele GVS-bijbetaling door de verzekerde.

WMG-tarief

Het WMG-tarief is de vergoeding die de apotheek in rekening brengt voor zijn dienstverlening als zorgverle- ner. Vanaf 2012 is het systeem van landelijke, uniforme WMG-tarieven losgelaten. Apothekers en zorgverze- keraars kunnen onderhandelen over welke zorgprestaties worden gecontracteerd en welke tarieven de apotheker hiervoor in rekening mag brengen. Voor de zorgverze- keringswet zijn de volgende, door de NZa vastgestelde prestaties voor farmaceutische zorg van belang:

Terhandstelling receptgeneesmiddel:

- standaard terhandstelling
- weekterhandstelling (uitgifte in weekdoseersysteem)

Aanvullende prestaties (alleen in combinatie met een terhandstelling):

- uitgifte vindt plaats: 's avonds, op zon- of feestdag
- eenvoudige eigen bereiding door apotheker
- complexe eigen bereiding door apotheker
- dienstverlening thuis

Overige zorgprestaties

- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel (voorheen: aanvullende prestatie "eerste uitgifte gesprek")
- instructie patiënt voor aan een geneesmiddel gerela- teerd hulpmiddel
- medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/poli- kliniekbezoek
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname
- farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

Met ingang van 2016, wordt de prestatie terhandstelling receptgeneesmiddel uitgebreid met een nieuwe prestatie: terhandstellingsgesprek én begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

In 2014 en 2015 maakt de prestatie: begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel, nog onderdeel uit van de categorie: Overige zorgprestaties.

Marge (buiten-WMG-uitgiftes)

De marge is een (procentuele) opslag op de inkoopkosten, en is alleen van toepassing op buiten-WMG-artikelen. De marge is bedoeld ter dekking van de praktijkkosten rond- om het afleveren van deze buiten-WMG-middelen.

BTW

Over alle kostencomponenten die hiervoor zijn genoemd, wordt 6% BTW geheven. Dit met uitzondering van een aantal zogenoemde overige zorgprestaties, indien deze prestatie niet samenhangt met de uitgifte van een genees- en/of hulpmiddel (voorbeeld: medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik).

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. De bijbetaling is het verschil tussen officiële apotheek inkoop- prijs en de voor dat middel geldende vergoedingslimiet. Over het bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

Voor nadere informatie over de door de NZa vastgestelde zorgprestaties: 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

WMG-tarief

Tarief dat apothekhoudenden in rekening brengen voor de door hen verleende zorgprestaties (farmaceutische zorg). De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van de verschillende zorgprestaties. Vanaf 2012 is het systeem van een landelijke, uniforme WMG-tarieven losgelaten. Apothekers kunnen zelf hun tarieven vaststellen; in de praktijk onderhandelen apothekers en zorgverzekeraars over de hoogte van de tarieven en welke zorgprestaties worden gecontracteerd.

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

Voor een voorbeeld van de tarieven die door de apotheek in rekening worden gebracht, ga naar:

www.zorggroep-almere.nl/apotheken/prijslijst_apotheek.php

Clawback

Een indertijd 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 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 speelt in de praktijk nog wel een substantiële rol in de prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekers.

Preferentiebeleid

Voorkeursbeleid van zorgverzekeraars om voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog bepaalde varianten te vergoeden. Veelal gaat het daarbij om de laagstgeprijsde varianten. Aanvankelijk trokken zorgverzekeraars gezamenlijk op bij de aanwijzing van preferente middelen, maar dit werd in 2008 door de rechter verboden. Gezamenlijk optrekken werd beschouwd als kartelvorming. Wel oordeelde de rechter dat het zorgverzekeraars is toegestaan individueel preferentiebeleid te voeren.

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

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

Transitieakkoord

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

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

Bijlage 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 2014, *Ontwikkelingen genees- en hulpmiddeleengebruik*,
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, oktober 2015, nr. 36

GIPdatabank, www.gipdatabank.nl
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, 2016

G-Standaard, www.z-index.nl
Z-Index, 's-Gravenhage, 2016

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2015
www.whocc.no/atc_ddd_index, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2015

Farmacotherapeutisch Kompas, www.fkzin.nl
Wetenschappelijke Adviesraad, Commissie Farmacotherapeutisch Kompas (CFK), Zorginstituut Nederland, Diemen, 2016

Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2015, www.dietconsult.nl
Houten, november 2014

Colofon

Uitgave

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

ISSN

1382-4821

Informatie

Hans Piepenbrink, teammanager Informatie Management
Telefoon (020) 797 86 86
E-mail hpiepenbrink@zinl.nl

Redactie

Afdeling Informatie Management

Tekst en inhoud

de volgende medewerkers van Zorginstituut Nederland hebben meegewerkt aan de totstand-koming van deze publicatie: Barry Holwerda, Christa Hooijkaas, Johan van Luijn, Hans Piepenbrink, Elze Schoutsen, Misja Speur, Monique van Toorenborg en Vincent de Valk

Vormgeving

Afdeling Communicatie & Bestuursondersteuning (C&B)

Fotografie

Jacqueline de Haas / 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
Website 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:
GIPeilingen 2015, Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik
GIP / Zorginstituut Nederland, Diemen, december 2016, nr. 37

Internet

www.gipdatabank.nl

