



Zorginstituut Nederland

# GI Peilingen

Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelegebruik 2012-2016, raming 2017-2021  
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project | maart 2018 | nr. 38



| Van goede zorg verzekerd |

# GI Peilingen



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>GIPeilingen</b>	<b>7</b>
Inleiding	7
Over het GIP	7
www.gipdatabank.nl	8
GIPdatabank gebruikerstips	9
<b>Kostenontwikkeling 2017 - 2021</b>	<b>11</b>
Raming hulpmiddelenzorg 2017 - 2021	11
Raming farmaceutische zorg 2017 - 2021	12
<b>Ontwikkelingen farmaceutische zorg 2012 -2016</b>	<b>14</b>
Prijsdruk zorgt voor lichte stijging uitgaven geneesmiddelen 2016	14
Generieke geneesmiddelen: groot marktaandeel, lage prijzen	16
Geneesmiddelen naar GVS-status	18
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis	19
<b>Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg 2012 -2016</b>	<b>21</b>
Daling uitgaven hulpmiddelenzorg 2016	21
<b>Bijlagen</b>	<b>27</b>
I. Toelichting kostencomponenten farmaceutische zorg	27
II. Begripsdefinities	28
III. Referenties	29



# Voorwoord

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

Via *GI Peilingen* geeft Zorginstituut Nederland inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het extramurale gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen in Nederland en de kosten. Het gaat om genees- en hulpmiddelen, die door de zorgverzekeraar in het kader van de Zorgverzekeringwet (basisverzekering) zijn vergoed. Ook geven we informatie over de geneesmiddelen die intramuraal worden verstrekt.

*GI Peilingen* is vernieuwd. We hebben ervoor gekozen om een aantal thematische overzichten die voorheen in *GI Peilingen* werden gepubliceerd over te hevelen naar onze website: [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl). Dit geldt in ieder geval voor de overzichten waarin we het gebruik binnen bepaalde groepen van geneesmiddelen in beeld brengen. Op de *GIPdatabank* kunnen wij de rapportages eerder actualiseren en gemakkelijk uitbreiden met meer informatie zodat iedereen zo snel mogelijk over actuele cijfers uit het GIP kan beschikken. Ook *GIPdatabank* is vernieuwd. Vooral het menu is overzichtelijker en toegankelijker. 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. *GI Peilingen* is een inhoudelijke aanvulling op de veelal cijfermatige overzichten die we presenteren op onze website.

De komende periode gaan wij het aantal rapportages op *GIPdatabank* verder uitbreiden. We gaan hiervoor een nieuwe rubriek 'Uitgelicht' inrichten, waarin we actuele rapportages onder de aandacht brengen. Ook gaan we via de *GIPdatabank* een open-dataset publiceren. Deze bevat over de afgelopen vijf jaar, per werkzame stof (ATC5-niveau) informatie over de aantallen uitgiftes, de aantallen standaarddagdoseringen, aantallen gebruikers en het vergoedingenbedrag. De open-dataset maakt het voor onze gebruikers en met name onderzoekers, nog gemakkelijker om over een lange periode eigen selecties te maken en hun rapportages hierop te baseren.





# GIPeilingen

## Inleiding

In dit nummer van *GIPeilingen* presenteren we de gerealiseerde ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen over de afgelopen vijf jaar. Voor zowel de hulpmiddelen als de geneesmiddelen geven we een meerjarenraming over de te verwachte kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar. De ontwikkelingen in de kosten en het gebruik van geneesmiddelen komen eerst op macroniveau aan bod en vervolgens aan de hand van een aantal beleidsmatige thema's, zoals de ontwikkelingen bij de generiek verstrekte geneesmiddelen. Ook geven we informatie over de kostenontwikkeling bij de (dure) geneesmiddelen die via de ziekenhuizen worden verstrekt. In de bijlagen staat nadere informatie over de door ons gehanteerde definities en gebruikte begrippen.

De gegevens in deze publicatie zijn afkomstig van vierentwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). De door hen aangeleverde gegevens zijn door het GIP opgehoogd naar een landelijk beeld. Bij deze extrapolatie houden we 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 96% is dit punt nu bijna bereikt.

De kosten van intramuraal verstrekte geneesmiddelen zijn afkomstig uit de gegevens die zorgverzekeraars in het kader van de financiële verantwoording jaarlijks aan het Zorginstituut verstrekken. De detaillering van deze uitgaven naar werkzame stof en geordend naar geneesmiddelengroepen is gebaseerd op de declaratiedata voor Medisch Specialistische Zorg die zorgverzekeraars via Vektis aan het Zorginstituut beschikbaar stellen.

## 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. Met deze gegevens brengt het Zorginstituut de ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen en de daarmee gepaard gaande kosten in kaart. Daarnaast voeren wij onderzoek en analyses uit en rapporteren daarover.

De opgebouwde gegevensbestanden zijn een belangrijke gegevensbron voor de pakketadviezen die Zorginstituut Nederland uitbrengt aan het Ministerie van VWS en voor de adviezen over de opname van nieuwe geneesmiddelen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Ook gebruiken wij de gegevens voor het maken van een mid-

dellange termijn raming (komende vijf jaar), het doorrekenen van beleidsscenario's en de evaluatie van het gevoerde beleid, waaronder het monitoren van de effecten en eventuele besparingsopbrengsten die voortvloeien uit de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid.

Aan het Ministerie van VWS bieden we ondersteuning bij het ramen van de effecten van nieuw beleid, zoals de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget, de effecten van het GVS en de prijsdruk die uitgaat van de WGP. Met het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) werken we samen bij het publiceren van landelijke referentiegegevens die worden ingezet om het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen te bevorderen. Met het IVM werken we ook aan rapportages waarin zichtbaar wordt hoe nieuwe geneesmiddelen in de dagelijkse voorschrijfp praktijk hun weg vinden. Aan het Lareb (Landelijke registratie van bijwerkingen van geneesmiddelen) stellen we landelijke gebruikscijfers beschikbaar zodat zij die 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. 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. Vanaf eind 2017 brengen wij de verschillen in geneesmiddelengebruik tussen de zorgkantoorregio's in Nederland in beeld op de *GIPdatabank*. Ook het RIVM publiceert dergelijke informatie op grond van de gegevensbestanden van het GIP op: [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info)

De gegevensbestanden van het GIP zijn gebaseerd op de declaratiegegevens voor de farmaceutische zorg (inclusief dieet- en voedingsmiddelen) en hulpmiddelenzorg, afkomstig van vierentwintig zorgverzekeraars (risicodragende labels). Het gaat daarbij om genees- en hulpmiddelen die extramuraal door de huisarts of de 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 Zorgverzekeringwet (basisverzekering) zijn vergoed. Bij de gegevensverwerking, het classificeren van de data en het opstellen van rapportages, maken we intensief gebruik van informatiesystemen van derden, waaronder de G-Standaard van Z-Index: [www.z-index.nl](http://www.z-index.nl), het Bever-hulpmiddelenbestand van Nigella: [www.nigella.nl](http://www.nigella.nl) en de ATC/DDD-indexen van de WHO: [www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](http://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 2016 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.

**Tabel 1.1 | Deelnemende zorgverzekeraars GIP, 2016**

Zorgverzekeraar	Concern	Verzekerden
Zilveren Kruis	Achmea	3.448.000
Avéro	Achmea	378.000
Interpolis	Achmea	255.000
OZF	Achmea	51.000
De Friesland	Achmea	621.000
FBTO (*)	Achmea	387.000
Menzis	Menzis	1.779.000
Anderzorg	Menzis	383.000
Azivo	Menzis	103.000
VGZ	VGZ	2.093.000
Univé	VGZ	874.000
IZA	VGZ	443.000
IZZ	VGZ	441.000
UMC	VGZ	117.000
Cares Gouda	VGZ	103.000
CZ	CZ	2.728.000
Ohra	CZ	541.000
Delta Lloyd	CZ	228.000
Zorg en Zekerheid	-	443.000
ONVZ	-	461.000
DSW	-	495.000
Eno	-	139.000
Stad Holland	-	93.000
ASR	-	338.000

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

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

Sinds 2004 zijn de gegevensbestanden van het GIP op een toegankelijke manier ontsloten via [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl). De *GIPdatabank* is een unieke openbare gegevensbron met gedetailleerde cijfers over het gebruik van genees- en hulpmiddelen in Nederland over de afgelopen vijf jaar. Hier 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.

Ook *GIPdatabank* is vernieuwd. Door het gebruik van een nieuw Content Management Systeem (CMS) kunnen wij u nog beter van dienst zijn. De grootste verandering is het

menu van de *GIPdatabank*, dat nu overzichtelijker en meer toegankelijk is. Daarnaast hebben wij een aantal rapportages toegevoegd die voorheen in *GIPeilingen* stonden. De komende periode gaan wij het aantal rapportages verder uitbreiden. Via een nieuwe rubriek 'Uitgelicht' gaan we actuele rapportages onder de aandacht brengen. Ook staan er verwijzingen naar andere websites over geneesmiddelen, hulpmiddelen en de zorgverzekering. 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. Wanneer u een vraag heeft over de *GIPdatabank*, vindt u het antwoord in veel gevallen bij de veelgestelde vragen. Als uw vraag daar niet staat, kunt u deze mailen via het contactformulier.

**Nieuw** op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) zijn de regionale kaarten per geneesmiddelengroep. Wilt u meer weten over de regionale verschillen in het gebruik van geneesmiddelen, kijk dan naar de rapportage: [Geneesmiddelgroepen](#). Bij de hulpmiddelen zijn er nu, naast de rapportages over de Top 10 hulpmiddelen en Top 10 stijgers, ook rapportages over de [Top 10 dalers](#).

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 NZa, het RIVM, het bijwerkingen centrum Lareb, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het IVM.

Andere websites van Zorginstituut Nederland over geneesmiddelen zijn:

- [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl) : Informatie over de vergoeding van geneesmiddelen en actuele prijzen
- [www.farmacotherapeutischkompas.nl](http://www.farmacotherapeutischkompas.nl) : Uitgebreide informatie over in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen als hulpmiddel bij het voorschrijven van geneesmiddelen
- [www.horizonscangeneesmiddelen.nl](http://www.horizonscangeneesmiddelen.nl) : Inzicht in verwachte markttoetreding van innovatieve geneesmiddelen

## GIPdatabank: gebruikerstips

Via de zoekfunctie kunt u een geneesmiddel zoeken op de merknaam (de handelsnaam die de fabrikant aan zijn middel geeft) of de stofnaam (de werkzame stof). Maak gebruik van de wildcard \*, om de zoekterm heen, voor een beter zoekresultaat. 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.

Het zoekmenu op de vernieuwde GIPdatabank is overzichtelijker en meer toegankelijk. Op de openingspagina vindt u vier selectiemenu's waarin u kunt aangeven welke informatie u wenst. In het eerste selectiescherm kiest u voor "geneesmiddelen" of "hulpmiddelen" waarna u in het volgende dropdown menu ziet welke overzichten u kunt raadplegen. In het derde selectiescherm staan de beschikbare gegevenssoorten bij het gekozen overzicht. In het laatste menu kunt u bij een aantal rapportages nog kiezen voor een specificatie, bijvoorbeeld "kosten per gebruiker". Hieronder, in de tabellen 1.2 (geneesmiddelen) en 1.3 (hulpmiddelen) geven we aan welke verschillende overzichten op de GIPdatabank beschikbaar zijn. U kunt aangeven of u de overzichten wel of niet direct bijgewerkt wilt hebben na elke selectiewijziging. De meeste rapportages presenteren gegevens over de afgelopen vijf jaren.

### Geneesmiddelen

Bij de geneesmiddelen kunt u meestal kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:

- DDDs (aantal standaard dagdoseringen)
- Gebruikers (aantal)
- Vergoeding (geneesmiddel)
- Uitgiftes (aantal terhandstellingen)

Bij een aantal rapportages kunt u nog een combinatie van deze gegevenssoorten opvragen. In het laatste keuzemenu kiest u dan voor een specificatie:

- per DDD
- per gebruiker
- per uitgifte

In het tweede selectiescherm op de GIPdatabank kunt u voor geneesmiddelen de volgende overzichten kiezen:

### Table 1.2 | Overzichten Geneesmiddelen op de GIPdatabank

Geneesmiddelen (van ATC1 tot en met ATCS niveau, werkzame stof)
Meerjarentabel
Leeftijd en geslacht, 2016
Doorgeleverde bereidingen
Weesgeneesmiddelen
Nieuwe geneesmiddelen
Bijlage-2 geneesmiddelen
Voedingsmiddelen
Zorgprestaties naar soort
Top 25 dalers, 2016/2015
Top 25 stijgers, 2016/2015
Top 100
Polyfarmacie leeftijd en geslacht
Polyfarmacie regionaal
Polyfarmacie top 10
Jaarlijkse groei kosten, 1983–2021 (raming)
Verzekerdenaantallen Zvw naar leeftijd en geslacht, 2012–2016
<b>Nieuw:</b>
• Intramurale dure- en weesgeneesmiddelen
• Extramurale dure geneesmiddelen
• Bijbetalingen
Geneesmiddelengroepen (meerjaren 2002 – 2016 + regionale kaarten)
Maagmiddelen
Cholesterolverlagers
Diabetesmiddelen
Astma- en COPD-middelen
Antidepressiva
Antipsychotica
Slaap- en kalmeringsmiddelen
ADHD-middelen
<b>Nieuw:</b>
• Pijnstillers
• HIV-middelen

In de *Monitor weesgeneesmiddelen* van 21 december 2017 op [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl) is te lezen dat de vergoeding van de niet-oncologische weesgeneesmiddelen tussen 2012 en 2015 met 31% is gestegen. De monitor geeft inzicht in de inzet van niet-oncologische weesgeneesmiddelen in de Nederlandse zorgpraktijk.

### Hulpmiddelen

Bij de hulpmiddelen kunt u kiezen tussen de volgende gegevenssoorten:

- Declaraties (aantal)
- Gebruikers (aantal)
- Totale kosten (inclusief BTW en afleververgoeding apotheker, respectievelijk hulpmiddelenleverancier)

Bij een aantal rapportages kunt u nog een combinatie van deze gegevenssoorten opvragen. In het laatste keuzemenu kiest u dan voor een specificatie:

- per declaratie
- per gebruiker

In het tweede selectiescherm op de *GIPdatabank* kunt u voor hulpmiddelen de volgende overzichten kiezen:

#### Tabel 1.3 | Overzichten Hulpmiddelen op de GIPdatabank

Hulpmiddelen (3 niveaus)
Meerjarentabel
Naar leeftijd en geslacht
Top 10 stijgers
Top 10 hulpmiddelen
Verzekerdenaantallen Zvw naar leeftijd en geslacht, 2012 - 2016
<b>Nieuw:</b>
• Top 10 dalers

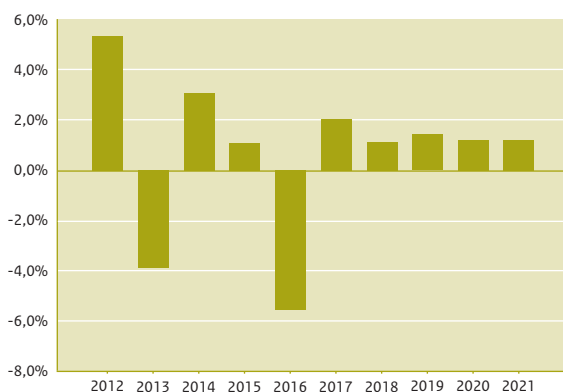
## Kostenontwikkeling 2017 – 2021

Ten behoeve van de begrotingscyclus van VWS publiceren we jaarlijks een middellange termijnraming (MLT-raming) voor de kostenontwikkeling voor farmaceutische zorg en hulpmiddelen zorg. De meest recente raming, waarvan we in deze GIPeilingen verslag doen, dateert uit oktober 2017. We verwachten in april 2018, deze MLT-raming te actualiseren en daarna ook via de GIPdatabank te publiceren.

### Raming hulpmiddelenzorg 2017 - 2021

Het Zorginstituut verwacht voor 2017 een stijging van de uitgaven met circa 1,9%, naar € 1.453 miljoen. De groei van de uitgaven wordt met name bepaald door een verwachte stijging van de uitgaven aan hoortoestellen, inrichtingselementen voor woningen (Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed) en ademhalingshulpmiddelen. Op basis van de ontwikkelingen van het aantal gebruikers en de kosten per gebruiker van de diverse categorieën binnen de hulpmiddelenzorg in de periode 2012 tot en met 2016 en de groeipercenages 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 2017-2021. Over de periode 2017 tot 2021 ramen wij een gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan hulpmiddelenzorg met circa 1,3%.

**Figuur 2.1 | Jaarlijkse groei kosten hulpmiddelenzorg, 2012-2021**



**Tabel 2.1 | Middellangetermijnraming kosten hulpmiddelenzorg, 2012-2021**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kosten	1.505	1.448	1.492	1.508	1.425	1.453	1.471	1.493	1.513	1.533
Mutatie	5,3%	-3,8%	3,0%	1,1%	-5,5%	2,0%	1,3%	1,4%	1,4%	1,3%

realisatie: 2012-2016 en raming: 2017-2021

### Maatregelen

Zowel per 1 januari 2017 als per 1 januari 2018 zijn er geen wijzigingen in de aanspraak op hulpmiddelenzorg.

### Kwaliteitskader hulpmiddelenzorg

In 2017 zijn in het Register van Zorginstituut Nederland het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en drie aparte modules voor hulpmiddelenzorg bij stoma, continëntie en diabetes opgenomen. Kern hierbij is dat het hulpmiddel past bij de behoeften van de patiënt en doelmatig is. Zo zal iemand met kinderen en een lichamelijk zware baan andere behoeften hebben dan iemand die minder actief is. Naast de fysieke beperking moet ook rekening gehouden worden met iemands dagelijks leven, zoals werk, sport en andere activiteiten. Daarvoor is een passend hulpmiddel nodig en voldoende keuzemogelijkheden om maatwerk te bieden bij het voorschrijven. Het perspectief van de patiënt staat hiermee centraal.

De afspraken komen voort uit het bestuurlijk overleg hulpmiddelen, met vertegenwoordigers van patiënten, verpleegkundigen, behandelaren, apothekers, producenten, leveranciers, zorgverzekeraars, de NZa, de IGJ en het Zorginstituut. Aanleiding waren signalen van patiënten, die behoefte hadden aan meer keuze en duidelijkheid.

Het Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is een kwaliteitsstandaard, waarin staat hoe de keuze van het juiste hulpmiddel voor een patiënt tot stand hoort te komen. Het geeft zorgverzekeraars houvast bij de zorginkoop en patiënten kunnen hun zorgverzekeraar hierop aanspreken.

De drie specifieke kwaliteitsstandaarden voor hulpmiddelenzorg die ontwikkeld zijn voor stoma, continëntie en diabetes, zijn gekoppeld aan het Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. Dit Kwaliteitskader dient ook als 'kapstok' voor toekomstige modules van andere hulpmiddelen. Wij zullen monitoren wat het effect is van de gemaakte afspraken.

## Raming farmaceutische zorg 2017 - 2021

Voor 2017 verwacht Zorginstituut Nederland dat de kosten voor farmaceutische zorg zullen groeien met 0,8%, naar € 4.612 miljoen. Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een gemiddeld jaarlijkse groei van 2,5%. 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 2016 en de eerste helft van 2017 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 middellange termijnraming (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 standaarddagdosering en de prijs per uitgiftes. 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 (multi-source-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 2.2 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 2,5%. Deze groei werkt maar gedeeltelijk door in een stijging van de kosten als gevolg van lagere prijzen en continuering van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid alsook de prijsdruk die voortvloeit uit de herijking van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP). Daarnaast houden we rekening met de instroom van nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen. Beide ontwikkelingen zullen elkaar in evenwicht houden, zodat de gemiddelde jaarlijkse kostengroei zal uitkomen op circa 2,5%. Voor 2017 wijken we hiervan af en verwachten we een geringere groei, namelijk 0,8%. De verklaring hiervoor is dat de forse uitgavengroei in 2015 en 2016 door de introductie van een aantal nieuwe hepatitis C middelen in 2017 voor een deel weer teniet zal worden gedaan door de gunstige behandelresultaten die met deze nieuwe middelen worden geboekt. Ook de daling van het Britse pond (als gevolg van de Brexit) geeft in 2017 een extra druk op de prijzen via de WGP. Deze afwijking is specifiek voor 2017, voor 2018 verwachten we weer een gemiddeld jaarlijkse groei van 2,5%.

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 2016 en 2017 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 €5,1 miljard. Figuur 2.2 is een grafische weergave van de jaarlijkse groeipercentages; van 1995 tot en met 2016 op

**Tabel 2.2 | Middellangetermijnraming kosten farmaceutische zorg, 2012-2021**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Kosten	4.576	4.301	4.328	4.480	4.576	4.612	4.728	4.846	4.968	5.094
Mutatie	-11,2%	-6,0%	0,6%	3,5%	2,1%	0,8%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%

realisatie: 2012-2016 en raming: 2017-2021

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 apotheekhoudenden (clawback, in 1998/1999 en 2000), de herijking van de GVS-vergoedingslimieten (1999), de introductie en de verlenging van het geneesmiddelenconvenant (2004-2007), de uitbreiding van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (2008-2012) en de overheveling van geneesmiddelengroepen naar het ziekenhuisbudget (2012-2014). Door de koersdaling van het Britse pond als gevolg van de Brexit, en de doorwerking daarvan via de WGP, zijn de prijzen in Nederland in oktober 2016 en april 2017 sterker gedaald.

Wel zal de extra prijsdruk die van de WGP uitgaat de komende jaren waarschijnlijk minder spectaculair zijn dan voorheen 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.

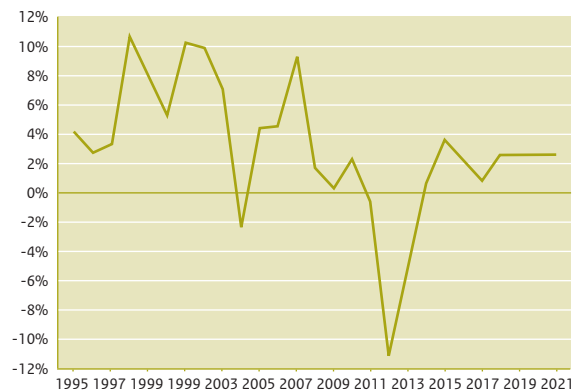
### Geneesmiddelentekorten

De afgelopen jaren is het meerdere malen voorgekomen dat geneesmiddelen in Nederland enige tijd niet of onvoldoende verkrijgbaar waren. Op de website:

[www.farmanco.knmp.nl](http://www.farmanco.knmp.nl) geeft de KNMP actuele informatie over (dreigende) tekorten in de levering van bepaalde geneesmiddelen.

Een van de oplossingsrichtingen die het Ministerie van VWS heeft onderzocht is de vergoeding van niet in Nederland geregistreerde geneesmiddelen die uit het buitenland zijn betrokken. Deze komen op dit moment, met uitzondering van geneesmiddelen voor weesaandoeningen, niet voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking. Wetgeving om dit wel mogelijk te maken is in voorbereiding. Als hiertoe wordt besloten dan is de verwachting dat de totale uitgaven aan extramurale geneesmiddelen die zorgverzekeraars uit het basispakket vergoeden beperkt zullen toenemen.

**Figuur 2.2 | Jaarlijkse groei van de totale kosten voor farmaceutische zorg, 1995-2021**



realisatie: 1995-2016 en raming: 2017-2021

### Horizonscan geneesmiddelen

In september 2017 heeft het Zorginstituut de eerste Horizonscan Geneesmiddelen gepubliceerd:

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

Deze zal periodiek worden geactualiseerd en de beschikbare informatie zal verder worden uitgebreid. De Horizonscan biedt een integraal, openbaar en objectief overzicht van innovatieve geneesmiddelen die op de markt verwacht worden. De Horizonscan monitort ook indicatieuitbreidingen van bestaande innovatieve geneesmiddelen en zorgt ervoor dat patiënten, behandelaren, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheidsorganen vroegtijdig op de hoogte zijn van de ontwikkelingen op het gebied van de innovatieve geneesmiddelen, zodat zij zich hier tijdig op kunnen voorbereiden. Zorginstituut Nederland werkt hierin samen met andere overheidsorganen en branchepartijen. De Horizonscan richt zich op de intramurale en extramurale geneesmiddelen en kijkt twee jaar vooruit. Op die manier is er ook voldoende zicht op de ontwikkelingen voor het aankomende inkoop-/contractjaar.

## Ontwikkelingen farmaceutische zorg 2012 - 2016

### Prijddruk zorgt voor lichte stijging uitgaven geneesmiddelen 2016

De uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2016 licht gestegen naar € 4.576 miljoen. Ten opzichte van 2015 gaat het om een stijging met 2,1%.

Voor de WMG-geneesmiddelen zien we een stijging van de kosten met 2,2%. Het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) stijgt met 5,1%. De kosten voor de dienstverlening door apothekers zijn in 2016 gestegen met 3,2%.

In de kostenontwikkeling in tabel 3.1 is te zien dat de vergoeding voor WMG-geneesmiddelen van 2012 tot 2014 is gedaald en daarna stijgt met 4,8% in 2015 en 2,2% in 2016. De eigen betalingen van verzekerden in het kader van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem zijn niet in de tabel opgenomen.

De stijging van de vergoeding is het gevolg van de jaarlijkse introductie van nieuwe geneesmiddelen. In 2016 gaat het met name om nieuwe middelen voor de behandeling van hepatitis C en ook NOAC's (antibloedstolling) en cholesterolverlagers. Daarnaast wordt de stijging veroorzaakt door een toename van het gebruik van geneesmiddelen.

Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2012 in het basispakket zijn opgenomen en de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan, zie [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)

De daling in 2012 en 2013 was het gevolg van de overheveling van geneesmiddelengroepen naar de medisch specialistische zorg (onder meer TNF-alfa-blokkers, groeihormonen en oncolytics). De inkoopmacht van de ziekenhuizen moet ervoor zorgen dat de jaarlijkse stijging van de kosten van deze veelal dure geneesmiddelen beter te beheersen is. Wat ook bijdraagt aan de kostenbeheersing zijn de financiële arrangementen die het ministerie van VWS sinds vijf jaar afsluit bij besluiten over opname in het basispakket van bepaalde dure nieuwe geneesmiddelen. Dit beleid leidt er toe dat dure geneesmiddelen tegen aanvaardbare prijzen toch beschikbaar kunnen komen voor de patiënt. De minister van VWS onderhandelt met de fabrikant over de in Nederland te hanteren prijzen. In 2015 en 2016 hebben deze financiële arrangementen gezamenlijk geleid tot een uitgavenverlaging van € 159,6 miljoen. Aanvankelijk werden alleen voor extramuraal geneesmiddelen financiële arrangementen afgesloten. Sinds 2015 worden ook

**Tabel 3.1 | Farmaceutische zorg: totale kosten en kostenopbouw, 2012-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2012	2013	2014	2015	2016	Mutatie '15-'16
Vergoeding WMG-geneesmiddelen	2.988	2.700	2.690	2.819	2.881	2,2%
Vergoeding Buiten-WMG middelen	99	99	104	90	95	6,1%
Tariefinkomsten apothekers (inclusief Marge)	1.266	1.281	1.327	1.323	1.365	3,2%
BTW	261	245	247	254	260	2,6%
<b>Totale kosten</b>	<b>4.614</b>	<b>4.324</b>	<b>4.368</b>	<b>4.486</b>	<b>4.602</b>	<b>2,6%</b>

**Tabel 3.2 | Farmaceutische zorg: kostenstijging uitgesplitst naar volume- en prijscomponent, 2007-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO

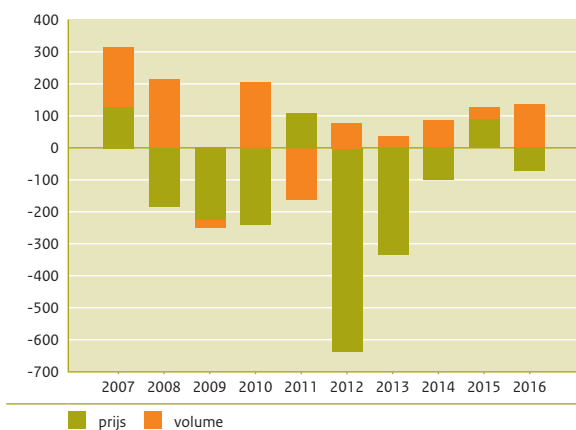
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mutatie t.o.v. vorig jaar	319	42	-240	-29	-43	-544	-288	-10	129	62
Prijscomponent	128	-179	-224	-239	114	-632	-324	-97	95	-73
Volumecomponent	191	221	-16	210	-156	88	37	87	33	135



voor nieuwe dure geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg prijsonderhandelingen gevoerd en financiële arrangementen afgesloten.

**Figuur 3.1 | Farmaceutische zorg: kostenstijging uitgesplitst naar volume- en prijscomponent, 2007-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO



Andere factoren die ervoor zorgen dat de uitgavenstijging wordt gedempt zijn prijsverlagingen onder invloed van het door de zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid en prijsverlagingen op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP).

Op grond van de WGP mogen de geneesmiddelenprijzen in Nederland niet hoger liggen dan het gemiddelde prijsniveau in de landen die ons omringen (België, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië). Twee keer per jaar (in april en oktober) berekent de overheid deze maximumprijzen opnieuw, waardoor de prijsontwikkelingen in de vier referentielanden doorwerken in de maximumprijzen die in Nederland gelden. Per saldo zijn de prijzen in de ons omringende landen de afgelopen jaren gedaald, waardoor ook de prijzen in Nederland via de WGP daalden. Nadat het Britse volk voor een Brexit stemde is de koers van het Britse pond ten opzichte van de euro gedaald. Als gevolg hiervan zijn de WGP-maximumprijzen in Nederland in oktober 2016 en april 2017 sterker gedaald.

Terwijl de prijzen de afgelopen tien jaren gemiddeld dalen, neemt het gebruik van geneesmiddelen (gemeten in aantallen DDDs) jaarlijks toe. Alleen in 2009 en 2011 was de volumecomponent negatief, maar dit werd veroorzaakt door pakketmaatregelen bij de anticonceptiemiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen. De stijging van het aantal DDDs bij WMG-geneesmiddelen met 5,1% in 2016 is groter dan in voorgaande jaren. Dit komt met name door een toename van het gebruik van geneesmiddelen waarvan het patent is verlopen, vooral maagmiddelen en cholesterolverlagers. Het aantal uitgiftes is in 2016 gestegen naar 241 miljoen, een stijging van 2,4%. Het grootste deel van de uitgiftes heeft betrekking op WMG-uitgiftes: 234 miljoen. Daarnaast worden er nog 7,1 miljoen Buiten-WMG-artikelen afgeleverd, het gaat daarbij vooral om voedingsmiddelen. De gemiddelde prijs per standaard terhandstelling is in 2016 wel toegenomen omdat het tarief voor het begeleidingsgesprek bij de uitgifte van een nieuw geneesmiddel niet meer afzonderlijk wordt gedeclareerd. Het aantal weekuitgiftes is vanaf 2012 toegenomen met 25%. Sinds 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseringsverpakkingen (voor één week of voor meerdere weken tegelijk) afzonderlijk te declareren. De weekverpakkingen dragen bij aan betere controle op de inname van geneesmiddelen, een vergroting van de therapietrouw en minder verspilling.

De stijging van het aantal DDDs wordt vooral bepaald door de generieke geneesmiddelen. De stijging is 5,9%, terwijl die van de specialités uitkomt op 3,6%. Bij de vergoeding is het juist andersom: een stijging van 1,8% bij de generieke geneesmiddelen en 2,3% bij de specialités. De gemiddelde vergoeding per DDD blijft voor beiden stabiel ten opzichte van 2015.

Parallelimport van specialités uit andere Europese landen 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

**Tabel 3.3 | Farmaceutische zorg: aantal WMG-terhandstellingen en DDDs, 2012-2016**

1 = 1 MILJOEN

	2012	2013	2014	2015	2016	Mutatie '15-'16
Standaard	125,7	124,2	124,5	123,9	126,6	2,1%
Week	85,9	93,9	102,3	104,9	107,1	2,1%
<b>Totaal terhandstellingen</b>	<b>212</b>	<b>218</b>	<b>227</b>	<b>229</b>	<b>234</b>	<b>2,1%</b>
DDD's WMG-terhandstellingen	7.534	7.625	7.821	7.917	8.321	5,1%
DDD's per WMG-terhandstelling	35,6	35,0	34,5	34,6	35,6	2,9%

**Tabel 3.4 | Farmaceutische zorg: Vergoeding WMG-geneesmiddelen en DDDs, 2007-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO

Vergoeding geneesmiddelen	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Specialités	3.012	3.258	3.184	3.177	3.170	2.646	2.319	2.273	2.387	2.441
Generiek (1A)	789	584	420	398	362	342	380	417	432	440
<b>Totaal</b>	<b>3.801</b>	<b>3.843</b>	<b>3.603</b>	<b>3.574</b>	<b>3.532</b>	<b>2.988</b>	<b>2.700</b>	<b>2.690</b>	<b>2.819</b>	<b>2.881</b>

1 = 1 MILJOEN

Aantal DDDs	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Specialités	3.312	3.800	3.726	3.582	3.108	2.880	2.652	2.619	2.619	2.714
Generiek (1A)	3.218	3.573	3.617	4.077	4.248	4.654	4.974	5.201	5.297	5.607
<b>Totaal</b>	<b>6.530</b>	<b>7.373</b>	<b>7.343</b>	<b>7.659</b>	<b>7.356</b>	<b>7.534</b>	<b>7.625</b>	<b>7.821</b>	<b>7.917</b>	<b>8.321</b>

1 = 1 EURO

Gemiddelde vergoeding	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Specialités	0,91	0,86	0,85	0,89	1,02	0,92	0,87	0,87	0,91	0,90
Generiek (1A)	0,25	0,16	0,12	0,10	0,09	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08

### Inkoopkanalen

- specialité: merkgeneesmiddel waarop nog patent (marktbescherming) rust en dat 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 in de apotheek

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.

Het marktaandeel van de spécialités, gemeten in aantallen DDDs, is de afgelopen tien jaren gedaald van 51% in 2007 naar 33% in 2016. Het marktaandeel van de gene-

Op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) staan gedetailleerde overzichten van de Top 100 van geneesmiddelen op basis van vergoeding (nr. 1 2016: Tiotropium, parasymphatholiticum/inhalatie), aantal gebruikers (nr. 1 2016: Diclofenac, NSAID), DDDs (nr. 1 2016: Omeprazol, protonpompremmer) en uitgiftes (nr. 1 2016: Metoprolol, bètablokker) en de Top 25 stijgers en dalers.

rieke middelen laat het tegenovergestelde beeld zien. De gemiddelde vergoeding van generieke geneesmiddelen is echter sterk gedaald, van €0,25 in 2007 naar €0,08 per DDD in 2016.

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. Pas wanneer zorgverzekeraars bepalen wie van de generieke aanbieders preferent gaat worden is sprake van forse prijsverlagingen, die kunnen oplopen tot wel 80%.

### Generieke geneesmiddelen: groot marktaandeel, lage prijzen

*Dat twee derde van alle extramurale geneesmiddelen nu generiek wordt verstrekt heeft te maken met het feit dat er de afgelopen tien jaar een belangrijk aantal veelgebruikte geneesmiddelen uit patent zijn gegaan.*

Aanvankelijk liggen de prijzen van de nieuwe generieke middelen over het algemeen iets lager (circa 15-20%) dan het specialité waarvan het patent is verlopen. Het preferentiebeleid dat de zorgverzekeraars vanaf 2008 voeren heeft ervoor gezorgd dat de prijzen van generieke geneesmiddelen veel meer zijn gedaald. Op het moment dat de zorgverzekeraars bepalen wie van de generieke aanbieders preferent gaat worden is er sprake van prijsverlagingen die kunnen oplopen tot wel 80%. Doorgaans duurt het ongeveer twee jaar voordat de prijsverlaging op het laagste niveau is uitgekomen.

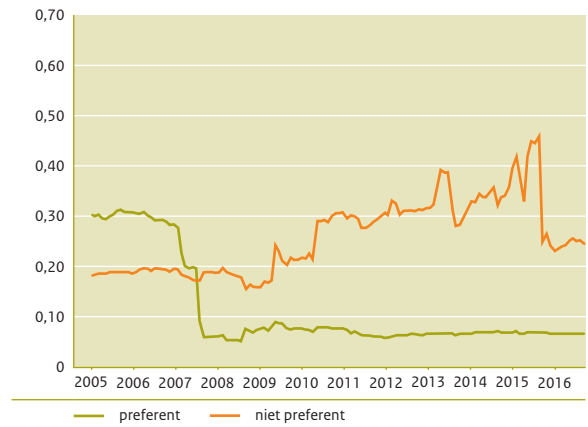
Met doelmatig voorschrijven kunnen verdere besparingen worden gerealiseerd. Als binnen een bepaalde groep geneesmiddelen zowel generieke middelen beschikbaar zijn als middelen waarop nog een patent rust, ontstaan er grote verschillen in de behandelkosten. Zolang niet is aangetoond dat de duurdere middelen relevante verschillen vertonen, ligt het voor de hand dat bij de keuze voor een (nieuwe) behandeling de behandelkosten een belangrijke rol zouden moeten spelen. Huisartsen en specialisten hebben de afgelopen jaren steeds vaker een generiek geneesmiddel voorgeschreven bij startende gebruikers. Aandacht voor besparingen door prijsbewust voorschrijven blijft belangrijk, ook omdat het aantal behandelingen de komende jaren zal blijven groeien.

Figuur 3.2 laat de prijsontwikkeling van generieke geneesmiddelen per maand zien vanaf januari 2005. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2016 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.

Duidelijk zichtbaar is de daling vanaf 2008 als gevolg van het preferentiebeleid. In de loop van 2008 en 2009 zijn de prijzen omlaag gegaan van gemiddeld €0,30 per DDD naar uiteindelijk gemiddeld €0,08 per DDD. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. De prijzen zijn aanvankelijk stabiel gebleven en vanaf 2009 is sprake van een stijgende lijn. In 2016 doet zich een trendbreuk voor en dalen de prijzen van gemiddeld €0,40 per DDD in 2015 naar €0,25 in 2016. Het volume is toegenomen omdat geneesmiddelen uit patent zijn gegaan, maar de prijzen zijn nog stabiel gebleven.

**Figuur 3.2 | Vergoeding per DDD voor generieke WMG-geneesmiddelen, 2005-2016 per maand**

1 = 1 EURO



Overigens is het aandeel van de niet-preferente middelen in het totaal van de generieke geneesmiddelen nog steeds slechts 2,5%.

De top 10 van de meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2016 laat het aantal afgeleverde DDDs zien en het aandeel van deze generieke middelen in de totale markt (specialité, parallelimport en generieke middelen samen). De generieke geneesmiddelen in deze top 10 hebben allen een marktaandeel van bijna 100%. Dit betekent dat na afloop van het patent de markt van het oorspronkelijke specialité nagenoeg geheel wordt overgenomen door de aanbieders van generieke alternatieven.

De generieke middelen in de top 10 zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor iets minder dan 2.200 miljoen DDDs, dit komt overeen met bijna 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

**Tabel 3.5 | Top 10: Generieke geneesmiddelen in DDDs, 2016**

1 = 1 MILJOEN

rang	stofnaam	ATC-code	indicatiegebied	DDDs	aandeel
1	simvastatine	C10AA01	verhoogd cholesterol	353,0	99%
2	omeprazol	A02BC01	maagzuurklachten	312,0	70%
3	acetylsalicylzuur	B01AC06	trombose, infarct	228,5	99%
4	atorvastatine	C10AA05	verhoogd cholesterol	217,9	99%
5	amlodipine	C08CA01	hypertensie, angina pectoris	211,0	99%
6	pantoprazol	A02BC02	maagzuurklachten	208,1	99%
7	foliumzuur	B03BB01	zwangerschap, ontwikkeling ongeboren kind	196,4	100%
8	metoprolol	C07AB02	hartfalen, hypertensie	168,2	97%
9	metformine	A10BA02	diabetes	153,8	100%
10	enalapril	C09AA02	hypertensie, hartfalen	138,1	99%
<b>Totaal top 10</b>				<b>2.187,0</b>	

Nieuw op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) zijn de regionale kaarten per geneesmiddelen-groep. In één oogopslag zijn de regionale verschillen zichtbaar in de vergoeding en het gebruik van bijvoorbeeld de cholesterolverlagers, maagmiddelen en diabetesmiddelen.

## Geneesmiddelen naar GVS-status

Welke geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen regelt de overheid 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 in 1996 zijn de vergoedingslimieten nog één keer herijkt op grond van het prijspeil van februari 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.

In het regeerakkoord is opgenomen dat er in de komende kabinetsperiode een herijking van het GVS

zal gaan plaatsvinden. De verwachting is dat door de forse prijsverlagingen van vooral (nieuwe) generieke geneesmiddelen de vergoedingslimieten eveneens fors omlaag zullen gaan, waardoor de geneesmiddelen-uitgaven verder omlaag kunnen worden gebracht. De vraag is daarbij wel of deze kostendaling zal worden bereikt door verdere prijsverlagingen door de fabrikant, of een toename van de bijbetalingen door de verzekerden in combinatie met verschuiving naar geneesmiddelen waarvoor niet hoeft te worden bijbetaald.

Bij de geneesmiddelen op 1A is de vergoeding in de periode 2012 tot en met 2016 met 1,4% gedaald terwijl het gebruik met 2,9% is gestegen. De daling van de vergoeding is het gevolg van 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.

De geneesmiddelen op 1B laten in dezelfde periode een daling van de vergoeding zien van 0,7% en ook een daling

### Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

- 1A middelen: geneesmiddelen die zijn ondergebracht in een GVS-cluster met andere geneesmiddelen; binnen dit cluster zijn de middelen onderling vervangbaar en geldt een vergoedingslimiet.
- 1B middelen: geneesmiddelen die (nog) niet geclusterd kunnen worden met een ander geneesmiddel; er zijn geen andere middelen die onderling vervangbaar zijn en er geldt geen vergoedingslimiet.
- Overige middelen: geneesmiddelen die niet kunnen worden ingedeeld; veelal gaat het om magistrale bereidingen in de apotheek.

**Tabel 3.6 | Farmaceutische zorg: Vergoeding WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2007-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1A geneesmiddelen, WMG	3.129	3.068	2.832	2.762	2.718	2.148	1.986	1.953	1.995	2.031
1B geneesmiddelen, WMG	585	663	690	708	718	747	631	626	698	726
Overige WMG-middelen	86	112	81	105	95	93	83	112	127	124
<b>Totaal</b>	<b>3.801</b>	<b>3.843</b>	<b>3.603</b>	<b>3.574</b>	<b>3.532</b>	<b>2.988</b>	<b>2.700</b>	<b>2.690</b>	<b>2.819</b>	<b>2.881</b>

**Tabel 3.7 | Farmaceutische zorg: DDDs WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2007-2016**

1 = 1 MILJOEN

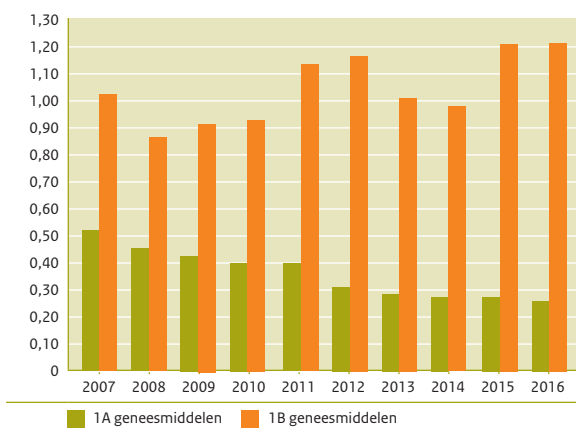
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1A geneesmiddelen, WMG	5.956	6.615	6.587	6.889	6.725	6.898	7.002	7.185	7.339	7.723
1B geneesmiddelen, WMG	574	758	756	770	631	636	623	636	577	598
<b>Totaal</b>	<b>6.530</b>	<b>7.373</b>	<b>7.343</b>	<b>7.659</b>	<b>7.356</b>	<b>7.534</b>	<b>7.625</b>	<b>7.821</b>	<b>7.917</b>	<b>8.321</b>

van het gebruik met 1,5%. De daling is vooral zichtbaar in 2013 en 2014 als gevolg van de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

Vanaf 2015 is zowel bij 1A middelen als bij 1B middelen weer een stijging zichtbaar die vooral te maken heeft met de nieuwe hepatitis C middelen die in het GVS zijn opgenomen.

**Figuur 3.3 | Farmaceutische zorg: Vergoeding WMG-geneesmiddelen per DDD, 2007-2016**

1 = 1 EURO



Voor geneesmiddelen die binnen het GVS als onderling vervangbaar worden beoordeeld (bijlage 1A) geldt een maximum vergoedingslimiet. Voor de meeste 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 er sprake van een bijbetaling door de verzekerde. Van 2011 tot 2015 zijn de bijbetalingen redelijk stabiel gebleven. Echter in zowel 2015 als

2016 is er sprake van een stijging van 10%. De bijbetalingen gaan van €37,7 miljoen in 2014 naar €46 miljoen in 2016. 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 2016 het meest moest worden bijbetaald. Deze tien middelen zijn samen verantwoordelijk voor 78% van het totaal aan GVS-bijbetalingen. De geneesmiddelen waarvoor het meest moest worden bijbetaald zijn middelen met de indicatiegebieden ADHD en multiple-sclerose.

De GVS-bijbetalingen mogen door de zorgverzekeraar in het kader van basisverzekering niet worden vergoed. Wel is het mogelijk dat de zorgverzekeraar bepaalde bijbetalingen via de aanvullende verzekering vergoedt. 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.

**Tabel 3.8 | Top 10: GVS-bijbetalingen in 2016**

rang	stofnaam (merknaam)	ATC-code	indicatiegebied	GVS-bijbetaling 1 = € 1 miljoen	Vergoeding vanuit GVS	gebruikers 1 = 1
1	methyfenidaat (Concerta)	N06BA04	ADHD	17,1	12,9	200.451
2	dimethylfumeraat (Tecfidera)	N07XX09	multiple sclerose	4,2	20,0	2.175
3	Insuline, degludec (Tresiba)	A10AE06	diabetes mellitus	4,0	7,1	17.993
4	atomoxetine (Strattera)	N06BA09	ADHD	3,5	0,2	4.502
5	tinzaparine (Innohep)	B01AB10	trombose	1,8	3,2	9.523
6	mirabegron (Betmiga)	G04BD12	urine-incontinentie	1,5	3,5	25.747
7	feneticilline (Broxil)	J01CE05	(luchtweg) infecties	1,1	1,2	102.905
8	c1 esteraseremmer (Cinryze)	B06AC01	angioedeem	1,1	4,1	114
9	selexipag (Uptravi)	B01AC27	pulmonale arteriële hypertensie	1,0	0,5	35
10	digoxine (Lanoxin)	C01AA05	hartfalen	0,9	0,6	88.816
<b>Totaal top 10</b>				<b>36,2</b>	<b>53,4</b>	
<b>Totaal alle GVS-bijbetalingen</b>				<b>46,0</b>		

GVS-bijbetaling: inclusief BTW, exclusief dienstverlening apotheker

**Tabel 3.9 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2012-2016**

1 = 1 MILJOEN EURO (EXCLUSIEF BTW)

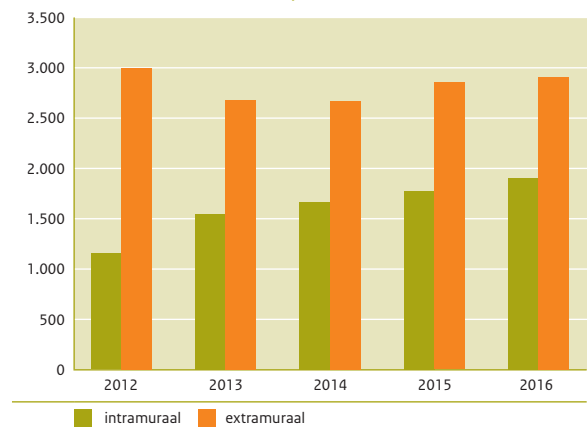
	2012	2013	2014	2015	2016	Mutatie '15-'16
Intramuraal, add-ons	1.028	1.403	1.527	1.662	1.809	8,8%
Intramuraal, stollingsfactoren	139	129	136	131	132	0,9%
Extramuraal, WMG geneesmiddelen	2.988	2.700	2.690	2.819	2.881	2,2%
<b>Totaal</b>	<b>4.154</b>	<b>4.232</b>	<b>4.353</b>	<b>4.612</b>	<b>4.822</b>	<b>4,6%</b>
<i>Intramuraal, procentueel aandeel</i>	28%	36%	38%	39%	40%	

### Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis

Sinds 2004 is de NZa-beleidsregel dure geneesmiddelen van kracht. Met deze beleidsregel worden ziekenhuizen die deze dure geneesmiddelen toepassen, alsnog (gedeeltelijk) gecompenseerd voor de extra kosten die hiermee zijn gemoeid. In de loop der tijd is het aantal middelen en ook de daarmee gepaard gaande kosten die onder deze beleidsregel vallen, toegenomen.

Met ingang van 2012 is de beleidsregel vervangen door een regeling waarbij het ziekenhuis deze geneesmiddelen afzonderlijk kan declareren. Het ziekenhuis declareert de verleende zorg via DBC's (diagnose behandeling combinaties); de dure geneesmiddelen declareert het ziekenhuis vanaf 2012 afzonderlijk door aan de DBC-declaratie een zogenoemde add-on toe te voegen.

Vanaf 2012 is het aantal middelen dat door het ziekenhuis wordt gedeclareerd toegenomen, door de overheveling van de TNF-alfa-blokkers in 2012 en de groeihormonen en oncolytics in 2013. Tot die tijd werden deze middelen nog vergoed vanuit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Deze overheveling betekent dat de kosten voor het extramurale geneesmiddelengebruik zijn gedaald, maar de kosten zijn verschoven naar de uitgaven voor ziekenhuiszorg. Achtergrond van de overheveling was de verwachting dat de kosten minder snel zullen stijgen door de inkoopmacht van ziekenhuizen om lagere prijzen te bedingen. De overheveling is zichtbaar in de cijfers. De cijfers van de intramuraal verstrekte geneesmiddelen over 2015 en 2016 zijn voorlopig en zullen mogelijk nog worden bijgesteld. Dit heeft te maken met verrekeningen die achteraf nog plaatsvinden tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen van de realisaties ten opzichte van de eerder gemaakte afspraken. Ook de financiële arrangementen die het ministerie van VWS sinds een aantal jaren afsluit met fabrikanten/leveranciers van bepaalde dure nieuwe geneesmiddelen verwerkt de zorgverzekeraar achteraf in de cijfers. In 2018 gaan ook ziekenhuizen en zorgverzekeraars gezamenlijk geneesmiddelen inkopen om hun onderhandelingspositie te versterken. Ze starten een pilot met een groep kankermedicijnen.

**Figuur 3.4 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2012-2016**

De vergoedingen voor geneesmiddelen zijn de afgelopen vijf jaren per saldo gestegen met bijna 4%, de afgelopen drie jaren, na de overheveling, met ruim 5%. De stijging wordt vooral veroorzaakt door de intramurale geneesmiddelen. Dit is onder meer het gevolg van de rechtstreekse instroom van nieuwe, dure, geneesmiddelen en een toename in het gebruik van deze middelen binnen het ziekenhuis. Na de overheveling blijft het aandeel van de intramurale geneesmiddelen in het totaal rond de 38%. In de tabel zijn ook de stollingsfactoren afzonderlijk opgenomen.

Op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) staan gedetailleerde overzichten van de Intramurale dure- en weesgeneesmiddelen met per geneesmiddel/ATC-code de vergoeding, het aantal gebruikers en de vergoeding per gebruiker.

# Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg 2012 - 2016

## Daling uitgaven hulpmiddelenzorg 2016

De totale uitgaven aan hulpmiddelenzorg dalen in 2016 met 5,5% en bedragen €1,4 miljard. Het aantal verzekerden dat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg daalt met 2,1% naar 2,2 miljoen gebruikers.

Ten opzichte van het voorgaande jaar stabiliseren de uitgaven voor de meeste hulpmiddelen. De daling wordt met name veroorzaakt door de auditieve hulpmiddelen, van €203 miljoen in 2015 naar €140 miljoen in 2016, en de verzorgingsmiddelen, van €501 miljoen naar €452 miljoen. De daling van het aantal gebruikers wordt vooral veroorzaakt door de daling bij het aantal gebruikers van auditieve hulpmiddelen. Deze laatste daling kan worden verklaard doordat zorgverzekeraars in 2016 strakkere afspraken met de branche hebben gemaakt over het voorschrijven van hoortoestellen.

Op macroniveau blijft het aantal declaraties stabiel, waardoor het aantal declaraties per gebruiker licht stijgt met 1,7%. Door de daling op macroniveau van de kosten en het aantal gebruikers dalen zowel de kosten per gebruiker als de kosten per declaratie. In de top 3 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven dalen de kosten per gebruiker bij de verzorgingsmiddelen met -8,6% en bij de auditieve hulpmiddelen met -11,9%. De kosten per gebruiker van de orthesen en schoenvoorzieningen stijgen licht met 1,4%.

### Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2016?

In tabel 4.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2016. De top 5 is hetzelfde als in 2015 maar de volgorde is gewijzigd. In 2016 zijn de uitgaven aan incontinentiematerialen het hoogste met €141 miljoen, terwijl dit in 2015 nog de hoortoestellen waren

met €188 miljoen. De daling van de uitgaven aan hoortoestellen met 35% ten opzichte van 2015 is het grootst binnen de top 5 en hierdoor gaan de hoortoestellen in 2016 van nummer 1 naar nummer 3. Ook de uitgaven aan overige verzorgingsmiddelen (o.a. katheters en urine-opvangzakken) dalen sterk, met -19%, waardoor deze middelen van plaats 3 naar 5 gaan. De kosten van voorzieningen voor stomapatiënten dalen met 9% en blijven staan op plaats 4. De enige categorie waarvoor de uitgaven niet dalen, maar gelijk blijven ten opzichte van 2015, zijn die van orthopedisch schoeisel; deze categorie stijgt van plaats 5 naar plaats 2 in de top 5.

Op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) staan gedetailleerde overzichten van de Top 10 van hulpmiddelen op basis van kosten, aantal gebruikers en aantal declaraties (nr. 1 2016: Incontinentiematerialen), kosten per gebruiker (nr. 1 2016: Robotmanipulator), declaraties per gebruiker (nr. 1 2016: Tracheo-stoma hulpmiddelen) en kosten per declaratie (nr. 1 2016: Armprothesen) en de Top 10 stijgers en dalers.

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

Figuur 4.1 laat zien hoe de lasten voor hulpmiddelenzorg in 2016 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Ongeveer 87% van de totale verzekerdenpopulatie maakt geen kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,7 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de 13% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% in 2016 verantwoordelijk voor 47% van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 670 miljoen). De leeftijd- en geslachtsopbouw van de gebruikers binnen het duurste percentiel wijkt iets af van de leeftijd- en

Tabel 4.1 Kengetallen hulpmiddelenzorg, 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Mutatie '12-'13	Mutatie '13-'14	Mutatie '14-'15	Mutatie '15-'16
Totale kosten (1 = €1 miljoen)	1.505	1.448	1.492	1.508	1.425	-3,8%	3,0%	1,1%	-5,5%
<b>Volumecomponent</b>									
Gebruikers (1 = 1.000)	2.122	2.148	2.193	2.267	2.221	1,2%	2,1%	3,4%	-2,1%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	17,7	17,8	17,0	16,9	16,8	0,6%	-4,3%	-0,7%	-0,4%
Declaraties per gebruiker (1 = 1)	8,3	8,3	7,8	7,4	7,6	-0,6%	-6,3%	-4,0%	1,7%
<b>Prijscomponent</b>									
Kosten per gebruiker (1 = €1)	709	674	680	665	642	-5,0%	0,9%	-2,2%	-3,5%
Kosten per declaratie (1 = €1)	85	81	88	89	85	-4,5%	7,7%	1,8%	-5,2%



Tabel 4.2 Top 5 hulpmiddelenzorg: kosten, gebruikers en kosten per gebruiker in 2016

	Totale kosten (1 = € 1 mln)	Aandeel 65+ in totale kosten		Gebruikers (1 = 1.000)	Aandeel 65+ in gebruikers		Kosten/ gebruiker (1 = € 1)
	2016	man	vrouw	2016	man	vrouw	2016
1. incontinentiemateriaal	141	18%	59%	459	21%	59%	307
2. orthopedisch schoeisel	125	18%	32%	102	17%	34%	1.235
3. hoortoestellen	123	38%	36%	145	39%	37%	851
4. stomamaterialen	116	33%	31%	74	37%	27%	1.564
5. overige verzorgingsmiddelen	110	38%	18%	183	39%	29%	604
<b>Totaal Top 5 *</b>	<b>616</b>	<b>28%</b>	<b>36%</b>	<b>806</b>	<b>28%</b>	<b>46%</b>	<b>764</b>
Overige hulpmiddelen *	809	19%	25%	1.856	19%	27%	435
<b>Totaal *</b>	<b>1.425</b>	<b>23%</b>	<b>30%</b>	<b>2.221</b>	<b>20%</b>	<b>30%</b>	<b>642</b>

\* 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

geslachtsopbouw van de totale populatie van verzekerden die 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.

Dat een relatief kleine groep verzekerden verantwoordelijk is voor bijna de helft van de kosten is vooral het gevolg van een groter volume in het gebruik van hulpmiddelen. Het zijn vooral declaraties van verschillende soorten hulpmiddelen, terwijl de overige hulpmiddelengebruikers zich voornamelijk beperken tot één soort hulpmiddel. Dit is goed te zien in figuur 4.2. Binnen het duurste percentiel heeft het grootste aandeel gebruikers (28%) vijf soorten hulpmiddelen of meer. Bij de overige hulpmiddelengebruikers is het aandeel gebruikers bij één soort hulpmiddel het grootst (62%).

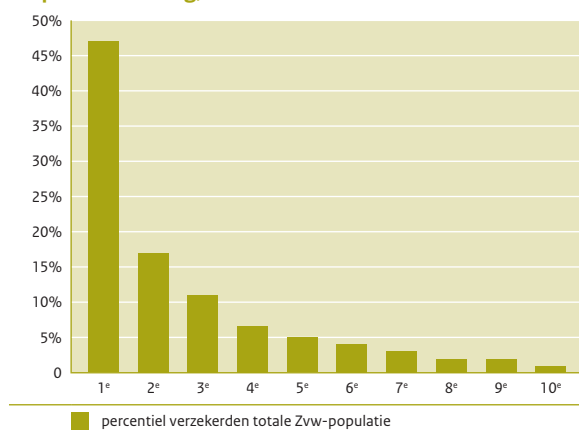
### Hoe is het hulpmiddelengebruik verdeeld naar leeftijd en geslacht?

In de tabellen 4.3 en 4.4 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 duurdere gebruikers dan vrouwen.

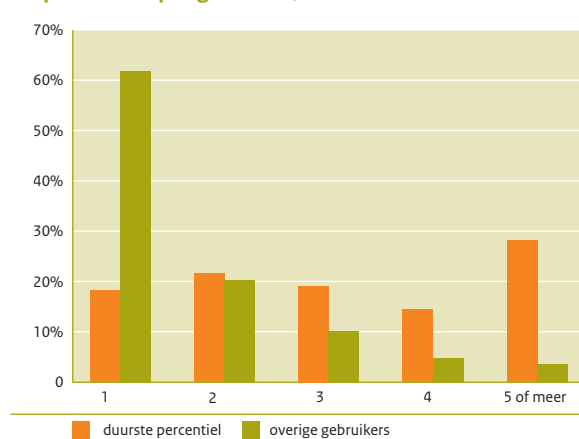
Tot en met 2015 steeg het aantal gebruikers ieder jaar. In 2016 is er sprake van een daling van het totaal aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg met 2% ten opzichte van 2015 naar 2,2 miljoen verzekerden.

De daling van het aantal gebruikers is het grootst in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar, bij zowel de mannen (9%) als de vrouwen (7%). Dit wordt met name veroorzaakt door de daling van het aantal gebruikers van voorzetkamers voor inhalatie van astma-middelen. Daarmee is

Figuur 4.1 | Kostenaandeel gebruikers hulpmiddelenzorg, 2016



Figuur 4.2 | Aandeel gebruikers naar aantal soorten hulpmiddelen per gebruiker, 2016



de stijging die in 2015 zichtbaar was in 2016 nagenoeg teniet gedaan. De tijdelijke toename in 2015 had te maken met de introductie van het nieuwe astmamiddel Salbutamol, en de daarmee gepaard gaande omzetting naar een andere inhalator, in combinatie met het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars.

Opvallend is verder dat de kosten per gebruiker in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar juist stijgen ten opzichte van 2015, terwijl de kosten per gebruiker in alle andere leeftijdscategorieën gelijk blijven of dalen. Deze stijging

wordt vooral veroorzaakt door de hoortoestellen. Per 1 januari 2016 is de eigen procentuele bijdrage in de kosten voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde tot 18 jaar afgeschaft. Het aantal gebruikers in de leeftijdscategorie tot 25 jaar daalt weliswaar, maar minder sterk dan de landelijk gemiddelde daling in het aantal gebruikers van hoortoestellen. De volumedaling in combinatie met de kostenstijging van de hoortoestellen verklaren met name de grote stijging van de kosten per gebruiker van hulpmiddelen bij gebruikers van 0 tot 25 jaar.

**Tabel 4.3 | Aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht, 2012-2016**

1 = 1.000

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Mannen</b>	<b>878</b>	<b>864</b>	<b>899</b>	<b>948</b>	<b>930</b>
0-24 jaar	129	134	143	150	137
25-44 jaar	79	78	79	80	78
45-64 jaar	253	247	252	265	264
65-74 jaar	190	187	196	209	209
75-84 jaar	160	153	159	168	166
≥ 85 jaar	67	66	70	75	76
<b>Vrouwen</b>	<b>1.244</b>	<b>1.284</b>	<b>1.294</b>	<b>1.320</b>	<b>1.291</b>
0-24 jaar	109	119	126	130	121
25-44 jaar	139	203	197	195	191
45-64 jaar	327	316	317	326	320
65-74 jaar	234	229	235	242	240
75-84 jaar	258	243	243	246	239
≥ 85 jaar	177	174	176	181	180
<b>Totaal</b>	<b>2.122</b>	<b>2.148</b>	<b>2.193</b>	<b>2.267</b>	<b>2.221</b>

**Tabel 4.4 | Kosten per gebruiker naar leeftijd en geslacht, 2012-2016**

1 = 1 EURO

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Mannen</b>	<b>774</b>	<b>757</b>	<b>755</b>	<b>732</b>	<b>699</b>
0-24 jaar	605	542	506	482	512
25-44 jaar	791	765	758	728	727
45-64 jaar	765	757	752	718	686
65-74 jaar	824	815	823	806	752
75-84 jaar	829	829	850	835	759
≥ 85 jaar	835	849	869	853	777
<b>Vrouwen</b>	<b>664</b>	<b>618</b>	<b>628</b>	<b>617</b>	<b>600</b>
0-24 jaar	607	529	498	480	554
25-44 jaar	543	387	399	395	391
45-64 jaar	636	632	641	620	604
65-74 jaar	662	653	671	657	629
75-84 jaar	700	685	704	699	654
≥ 85 jaar	798	785	792	783	738
<b>Totaal</b>	<b>709</b>	<b>674</b>	<b>680</b>	<b>665</b>	<b>642</b>

De grootste daling van de kosten per gebruiker is te zien in de leeftijdscategorieën 75 tot 85 jaar en 85 jaar en ouder bij zowel de mannen (-9% in beide categorieën) als de vrouwen (-6% in beide categorieën). Dit wordt vooral veroorzaakt door de verzorgingsmiddelen en de hoortoestellen. Het aantal gebruikers daalt in deze leeftijdsklassen minder sterk dan de kosten, waardoor de kosten per gebruiker dalen.

### Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelen-categorie vanaf 2010?

In de tabellen 4.5 en 4.6 laten wij de ontwikkelingen zien per hoofdcategorie van de kosten en het aantal gebruikers in de periode 2010-2016. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei (GJG) weergegeven. Voor het totaal van de hulpmiddelen is te zien dat de gemiddelde groei van de kosten in zeven jaar tijd 0,2% is, € 17 miljoen. Het aantal gebruikers daalt in die periode gemiddeld met 1,1%, dit zijn 157 duizend gebruikers.

Opvallend zijn de ontwikkelingen bij de hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen, met een gemiddelde stijging van de kosten met 9,7% en een van het aantal gebruikers met 14,8%. Dit wordt vooral veroorzaakt door de categorie CPAP-apparatuur (voor ondersteuning van de ademhaling), die in 2016 ook de eerste plaats inneemt in de top 10 stijgers. In 2016 bedragen de uitgaven aan

CPAP-apparatuur € 52,2 miljoen, van de totaal € 120,6 miljoen voor hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen, ten opzichte van € 20,8 miljoen in 2010. Het aantal gebruikers stijgt nog sterker van 56 duizend in 2010 naar 149 duizend in 2016.

In absolute zin wordt het aantal gebruikers echter gedomineerd door de voorzetkamers van 152 duizend in 2010 naar 432 duizend in 2015. In 2016 daalt het aantal gebruikers van voorzetkamers voor het eerst sinds de invoering van de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen in 2010 en komt uit op 385 duizend. Daarmee staan de Voorzetkamers in 2016 op de eerste plaats in de Top 10 dalers. Ook de uitgaven aan voorzetkamers dalen ten opzichte van 2015 en komen uit op € 12,1 miljoen.

Selecteer de meerjarentabel op [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) voor de ontwikkelingen op een lager detailniveau in de periode 2012 tot en met 2016 van de totale kosten en het aantal gebruikers en declaraties.

Binnen de extramurale hulpmiddelenzorg is de hoofdcategorie verzorgingsmiddelen gedurende de periode 2010 tot en met 2016 verreweg de grootste kostenpost, en daarbinnen hebben de incontinentiematerialen met €141 miljoen in 2016 het grootste aandeel. Wel is een gemiddelde jaarlijkse daling zichtbaar bij alle subcategorieën

Tabel 4.5 | Kostenontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2010-2016

1 = 1 MILJOEN EURO

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	mutatie '15-'16	GJG '10-'16
Verzorgingsmiddelen	524,8	528,9	530,0	518,0	510,5	501,2	451,7	-9,9%	-2,5%
Orthesen en schoenvoorzieningen	174,8	184,3	192,3	177,5	179,5	174,9	175,8	0,5%	0,1%
Auditieve hulpmiddelen	142,4	146,4	200,3	131,3	175,8	203,1	140,2	-31,0%	-0,3%
Visuele hulpmiddelen	32,3	33,5	32,2	30,4	32,9	33,1	33,7	1,6%	0,7%
Diabetes hulpmiddelen	215,9	211,2	211,5	206,0	196,6	176,8	177,5	0,4%	-3,2%
Inrichtingselementen woningen	40,2	40,2	38,7	88,9	87,8	91,1	99,8	9,6%	16,4%
Transportondersteuners bloed en lymfe	71,9	73,2	73,0	61,6	66,6	68,7	71,4	4,0%	-0,1%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	69,1	78,2	86,5	97,3	103,8	114,8	120,6	5,1%	9,7%
Prothesen	53,6	54,9	58,8	55,3	58,1	58,5	61,0	4,3%	2,2%
Communicatie/informatie/signalering	11,7	10,9	11,7	11,7	11,8	13,0	12,2	-5,9%	0,7%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	18,8	15,3	16,5	13,1	14,6	15,2	20,7	35,6%	1,6%
Hulpmiddelen toedienen voeding	14,2	13,0	14,6	13,7	15,3	15,6	16,6	5,8%	2,6%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	24,7	24,5	25,0	27,4	26,9	27,2	28,1	3,3%	2,2%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	8,0	6,9	6,3	6,9	6,9	8,1	7,4	-8,5%	-1,3%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	58,5%	130,5%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,7	0,6	0,6	0,8	1,2	1,8	1,6	-7,6%	15,7%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	37,6%	-30,0%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	4,3	8,0	7,4	7,7	3,4	4,8	6,4	34,0%	6,9%
<b>Totaal</b>	<b>1.407</b>	<b>1.430</b>	<b>1.505</b>	<b>1.448</b>	<b>1.492</b>	<b>1.508</b>	<b>1.425</b>	<b>-5,5%</b>	<b>0,2%</b>

Tabel 4.6 | Ontwikkeling gebruikers hulpmiddelenzorg, 2010-2016

1 = 1.000

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	mutatie '15-'16	GJG '10-'16
Verzorgingsmiddelen	1.299,9	1.082,9	894,5	827,0	794,7	786,2	775,2	-1,4%	-8,3%
Orthesen en schoenvoorzieningen	209,3	214,9	208,5	179,7	173,2	167,8	166,3	-0,9%	-3,8%
Auditieve hulpmiddelen	191,6	191,5	225,4	159,2	183,7	206,0	161,4	-21,6%	-2,8%
Visuele hulpmiddelen	57,3	58,4	54,8	51,8	53,5	52,7	48,0	-8,8%	-2,9%
Diabetes hulpmiddelen	293,4	298,2	306,2	301,2	297,9	302,6	299,9	-0,9%	0,4%
Inrichtingselementen woningen	46,9	43,3	41,4	329,6	335,5	338,3	338,6	0,1%	39,0%
Transportondersteuners bloed en lymfe	549,9	500,5	441,8	360,1	367,2	372,1	380,6	2,3%	-5,9%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	253,2	333,0	376,5	441,5	509,3	608,5	578,8	-4,9%	14,8%
Prothesen	70,8	71,4	74,6	66,5	70,1	68,2	68,3	0,1%	-0,6%
Communicatie/informatie/signalering	51,1	45,1	43,4	41,5	42,2	52,0	52,3	0,5%	0,4%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	114,9	75,8	94,0	133,4	142,6	141,8	143,1	0,9%	3,7%
Hulpmiddelen toedienen voeding	15,3	14,9	16,8	17,4	18,2	19,8	20,5	3,5%	5,0%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	140,9	132,7	139,7	141,1	143,5	148,4	151,3	1,9%	1,2%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	1,1	1,2	1,3	5,3	1,8	1,8	1,8	-3,1%	7,7%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,1	433,3%	107,6%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,5	0,6	0,6	0,7	1,0	1,4	1,2	-9,5%	14,9%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	7,4	1,8	1,6	0,7	0,6	0,5	0,6	24,7%	-33,5%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	13,1	23,9	51,2	26,6	14,1	44,5	23,1	-48,1%	10,0%
<b>Totaal*</b>	<b>2.378</b>	<b>2.230</b>	<b>2.122</b>	<b>2.148</b>	<b>2.193</b>	<b>2.267</b>	<b>2.221</b>	<b>-2,1%</b>	<b>-1,1%</b>

\* 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

binnen de verzorgingsmiddelen zowel bij de kosten als het aantal gebruikers. De gemiddelde daling van 8,6% van het aantal gebruikers wordt vooral veroorzaakt door de gebruikers van 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. Tot en met 2015 neemt het aantal gebruikers verder af. In 2016 is er sprake van een stijging van het aantal gebruikers van verbandmiddelen: met 6% naar totaal 330 duizend verzekerden. De kosten van verbandmiddelen zijn in 2016 gestegen ten opzichte van 2013 met 2,3% naar € 84 miljoen.



## Bijlagen

### Bijlage I. Toelichting kostencomponenten farmaceutische zorg

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 inkoopprijs 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 zorgverzekeraars 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 apotheekhoudende in rekening brengt voor zijn dienstverlening als zorgverlener. Vanaf 2012 is het systeem van landelijke, uniforme WMG-tarieven losgelaten. Apothekers en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over welke zorgprestaties worden gecontracteerd en welke tarieven de apotheker hiervoor in rekening mag brengen. Voor de Zorgverzekeringswet zijn de volgende, door de NZa vastgestelde, prestaties voor farmaceutische zorg van belang:

*Terhandstelling receptgeneesmiddel:*

- standaard terhandstelling
- weekterhandstelling (uitgifte in weekdoseersysteem)
- terhandstelling plus begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel

*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*

- instructie patiënt voor aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel
- medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek
- 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 en begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

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

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

#### 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 rondom 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 inkoopprijs en de voor dat middel geldende vergoedingslimiet. Over het bijbetalingbedrag wordt 6% BTW geheven.

## Bijlage II. Begripsdefinities

### Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

Op grond van deze wet kan de Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor bepaalde geneesmiddelen(groepen) een maximumprijs vaststellen. De maximumprijs is het gemiddelde van de prijzen die voor deze producten worden gehanteerd in de ons omringende landen (referentielanden voor prijsbepaling: België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk). Twee keer per jaar (april en oktober) worden de maximumprijzen geactualiseerd en gepubliceerd in de Staatscourant. De WGP is een bijzonder succesvol instrument gebleken om het relatief hoge prijsniveau van de geneesmiddelen in Nederland terug te schroeven.

Voor meer inhoudelijke informatie over de WGP, ga naar:

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

### Clawback

Een indertijd door de NZa opgelegde procentuele verlaging van de inkoopvergoeding die apotheekehoudenden op grond van de WMG in rekening mogen brengen. Doel is de verkregen kortingen en bonussen bij apotheekehoudenden af te romen. Deze procentuele verlaging (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 worden 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 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 laagst geprijsde 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 verzerden en minder kortingen en bonussen voor apotheekehoudenden.

In 2010 hebben een aantal zorgverzekeraars hun preferentiebeleid aangepast. Daarbij worden rechtstreeks af-

spraken 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.

### Add-on

Een door de NZa vastgestelde prestatie voor medisch specialistische zorg die naast de DBC kan worden gedeclareerd. Een add-on is een overig zorgproduct (ozp) dat uiteen valt in twee categorieën:

- zorg op de intensive care
- een limitatief aantal geregistreerde geneesmiddelen, elk gekoppeld aan een ZI-nummer

In deze publicatie zijn uitsluitend de add-ons geneesmiddelen opgenomen en niet de add-ons intensive care. Naast de add-ons geneesmiddelen zijn bij de informatie over de geneesmiddelen, die intramuraal worden verstrekt, ook gegevens opgenomen over de ozp stollingsfactoren.

De NZa stelt maximumtarieven vast voor add-on geneesmiddelen en ozp stollingsfactoren. De apotheekeinkoopprijs (AIP) vormt de basis voor de maximumtarieven. Op de AIP is de WGP van toepassing. Het vastgestelde maximumtarief van de NZa is nooit hoger dan de Wgp-maximumprijs.



### Bijlage III. Referenties

GIPeilingen 2015, *Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik*,  
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, december 2016, nr. 37

GIPdatabank, [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl)  
Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, 2018

G-Standaard, [www.z-index.nl](http://www.z-index.nl)  
Z-Index, 's-Gravenhage, 2017

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2016, [www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index](http://www.whooc.no/atc_ddd_index)  
WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2016

Farmacotherapeutisch Kompas, [www.fkzin.nl](http://www.fkzin.nl)  
Wetenschappelijke Adviesraad, Commissie Farmacotherapeutisch Kompas (CFK), Zorginstituut Nederland, Diemen, 2017

Compendium dieetproducten en voedingssupplementen 2015  
Houten, 2015



# Colofon

## Uitgave

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

## ISSN

1382-4821

## Informatie

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

## Redactie

Afdeling Informatiemanagement

## Tekst en inhoud

de volgende medewerkers van Zorginstituut Nederland hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze publicatie: Barry Holwerda, Mariëlle Hagen, Christa Hooijkaas, Hans Piepenbrink, Elze Schoutsen, Misja Speur, Monique van Toorenborg en Vincent de Valk

## Vormgeving

Afdeling Communicatie & Bestuursondersteuning (C&B)

## Fotografie

Hollandse Hoogte

## Druk

De Bondt grafimedia communicatie bv, Barendrecht

## Adres

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

## Abonnement

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

## Bronvermelding

Het is toegestaan gegevens uit deze publicatie te gebruiken mits volledige bronvermelding plaatsvindt: *GIPeilingen*, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-gebruik 2012-2016, raming 2017-2012  
GIP / Zorginstituut Nederland, Diemen, maart 2018, nr. 38

## Internet

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

