

GI Peilingen

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
GIPeilingen	7
Inleiding	7
Over het GIP	7
www.gipdatabank.nl	8
GIPdatabank gebruikerstips	8
Kostenontwikkeling 2018 - 2022	10
Raming hulpmiddelenzorg 2018 - 2022	10
Raming farmaceutische zorg 2018 - 2022	11
Ontwikkelingen farmaceutische zorg 2013 -2017	13
Prijsdruk en zeer beperkte volumestijging zorgen voor lichte stijging uitgaven geneesmiddelen 2017	13
Generieke geneesmiddelen: groot marktaandeel, lage prijzen	15
Geneesmiddelen naar GVS-status	16
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis	18
Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg 2013 -2017	20
Daling uitgaven hulpmiddelenzorg 2016	20
Bijlagen	25
I. Toelichting kostencomponenten farmaceutische zorg	
II. Begripsdefinities	
III. Referenties	

Voorwoord

Ontwikkelingen in genees- en hulpmiddelen-gebruik in beeld

Via *GIPeilingen* geeft Zorginstituut Nederland, op hoofdlijnen inzicht in de belangrijkste ontwikkelingen in het extramurale gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen in Nederland. Het gaat om genees- en hulpmiddelen, die door de zorgverzekeraar in het kader van de Zorgverzekeringswet (basisverzekering) zijn vergoed. Via onze website: www.gip databank.nl worden deze ontwikkelingen nog weer verder gedetailleerd en wordt het gebruik van bepaalde geneesmiddelengroepen en hulpmiddelengroepen afzonderlijk in beeld gebracht.

De ontwikkeling die we in 2018 ingang hebben gezet, om een aantal thematische overzichten die voorheen in *GIPeilingen* werden gepubliceerd over te hevelen naar onze website, zullen we in 2019 verder doortrekken. Op de *GIPdatabank* kunnen wij deze rapportages namelijk eerder en frequenter actualiseren en ook gemakkelijk uitbreiden met aanvullende en/of toelichtende informatie, zodat iedereen zo snel mogelijk over actuele cijfers uit het GIP kan beschikken. De gegevens op onze website blijven eenvoudig te raadplegen en de gebruiker raakt snel vertrouwd met de zoekmogelijkheden om de gewenste gegevens op te vragen en desgewenst te exporteren naar bijvoorbeeld Excel.

Het komende jaar gaan wij het aantal rapportages op *GIPdatabank* nog weer verder uitbreiden. We gaan hiervoor een nieuwe rubriek 'Uitgelicht' inrichten, waarin we actuele rapportages onder de aandacht brengen en voorzien van een korte toelichting. Inmiddels hebben we via de *GIPdatabank* ook meerdere open-datasets gepubliceerd (www.gip databank.nl/servicepagina/open-data). Een beschrijving van deze open-datasets staat op de *GIPdatabank* onder het menu "Toelichting". De open-datasets maken het voor onze gebruikers en met name onderzoekers, nog gemakkelijker om over een lange periode eigen selecties te maken en deze in hun rapportages te verwerken.

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 daarnaast ook nog een raming voor de te verwachten kostenontwikkeling voor de komende vijf jaar. De ontwikkelingen in de kosten en het gebruik van geneesmiddelen komen eerst op macroniveau aan bod en vervolgens gaan we nader in op 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 middel-

lange 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 voorschrijfprikt 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 apotheekhoudenden 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 *GIPdata*bank. Ook het RIVM publiceert dergelijke informatie op grond van de gegevensbestanden van het GIP op: www.volksgezondheidzorg.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 Zorgverzekeringswet (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, het Bever-hulpmiddelenbestand van Nigella: www.nigella.nl en de ATC/DDD-indexen van de WHO: www.whocc.no/atc_ddd_index

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.

De *GIPdatabank* blijft vernieuwen. Rapportages die voorheen in *GIPeilingen* stonden, zijn nu op de *GIPdatabank* geplaatst. De komende periode gaan wij het aantal rapportages verder uitbreiden en zullen we via een nieuwe rubriek ‘Uitgelicht’ actuele rapportages onder de aandacht brengen. We zullen het komend jaar verschillende rapportages voorzien van een korte toelichting om u te helpen bij het verklaren van de cijfers. Op de *GIPdatabank* staan ook verwijzingen naar andere websites over geneesmiddelen, hulpmiddelen en de zorgverzekering. Bij de toelichting vindt u een beschrijving van de *GIPdatabank*, de open-data 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.

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 bijwerkingencentrum 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 : Informatie over de vergoeding van geneesmiddelen en actuele prijzen
- www.farmacotherapeutischkompas.nl : Uitgebreide informatie over in Nederland verkrijgbare geneesmiddelen als hulpmiddel bij het voorschrijven van geneesmiddelen
- 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 *GIPdatabank* is overzichtelijk en 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 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 vervolgens kiezen uit de volgende *algemene overzichten*:

- Geneesmiddelen: meerjarentabel, 2013 t/m 2017
- Geneesmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht, 2017

En de volgende *speciale rapportages*, 2013 - 2017:

- Dure, intramurale geneesmiddelen (add-ons in ziekenhuizen)
- Dure, extramurale geneesmiddelen (extramuraal)
- Doorgeleverde bereidingen
- Nieuw Generieke middelen top 10
- Nieuw Eerste generieke middelen (na patentverlies)
- Gebruik van (nieuwe) generieke geneesmiddelen
- Bijbetalingen door verzekerden
- Top 10 bijbetalingen naar werkzame stof
- Aantal medicaties per gebruiker
- Gebruik van weesgeneesmiddelen
- Gebruik van nieuwe geneesmiddelen
- Gebruik van bijlage-2 geneesmiddelen (vergoeding onder voorwaarden)
- Gebruik van voedingsmiddelen/dieetpreparaten
- Aantallen prestaties apotheekhoudenden, uitgesplitst
- Top 25, dalers
- Top 25, stijgers
- Top 100
- Polyfarmacie, naar leeftijd en geslacht
- Polyfarmacie, regionaal
- Polyfarmacie, top 10
- Jaarlijkse groei kosten farmaceutische zorg, 1985 t/m 2017 + raming 2018 - 2022
- Verzekerdenaantallen per leeftijdsgroepen en geslacht
- Verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar
- Gebruik van specifieke groepen geneesmiddelen (2003 - 2017)
 - ADHD-middelen
 - Slaap- en kalmeringsmiddelen
 - Astma- en COPD-middelen
 - Cholesterolverlagers
 - Antidepressiva
 - Diabetesmiddelen
 - Hepatitis C middelen
 - HIV-middelen
 - Maagmiddelen
 - Pijnbestrijding
 - Antipsychotica

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 vervolgens kiezen uit de volgende *algemene overzichten*:

- Hulpmiddelen: meerjarentabel, 2013 t/m 2017
- Hulpmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht, 2017

En de volgende *speciale rapportages*, 2013 - 2017:

- Top 10 stijgers
- Top 10
- Top 10 dalers
- Verzekerdenaantallen Zorgverzekeringswet naar leeftijd en geslacht, 2013-2017

Kostenontwikkeling 2018 - 2022

Ten behoeve van de begrotingscyclus van VWS publiceren we jaarlijks een middellange termijnraming (MLT-raming) voor de kostenontwikkeling voor farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. De meest recente raming, waarvan we in deze GIPeilingen verslag doen, dateert uit december 2018. We verwachten in april 2019, deze MLT-raming te actualiseren en daarna ook via de GIPdatabank te publiceren.

Raming hulpmiddelenzorg 2018 - 2022

Het Zorginstituut verwacht voor 2018 een stijging van de uitgaven met circa 4,59%, naar €1.513 miljoen. De groei van de uitgaven wordt met name bepaald door een verwachte stijging van de uitgaven aan diabeteshulpmiddelen (Flash Glucose Monitoring). Op basis van de ontwikkelingen van het aantal gebruikers en de kosten per gebruiker van de diverse categorieën binnen de hulpmiddelenzorg in de periode 2013 tot en met 2017 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 2018-2022. Over de periode 2018 tot 2022 ramen wij een gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan hulpmiddelenzorg met circa 0,9%.

Maatregelen

Per 27 november 2017 valt voor bepaalde groepen patiënten de vergoeding voor Flash Glucose Monitoring (FGM) onder de aanspraak hulpmiddelenzorg¹. FGM biedt de gebruiker inzage in actuele glucosewaarden en het beloop van glucosewaarden met behulp van een trendlijn. De gebruiker moet zelf meerdere malen per dag actuele waarden en het beloop van de glucosewaarden scannen. Op basis hiervan kan de gebruiker (samen met zijn of haar behandelaar) de behandelstrategie bepalen. Het Zorginstituut raamt de kosten van de uitbreiding van het basispakket met FGM bruto tussen de €48,6 miljoen en €83,9 miljoen per jaar. In deze berekening is er geen rekening gehouden met eventuele substitutie-effecten en indirecte kosten omdat precieze gegevens hierover ontbreken. Verder zullen in werkelijkheid de maximale

bruto kosten lager zijn, omdat een klein deel van de potentiële populatie al een realtime-ContinuGlucose-Monitor (rt-CGM) gebruikt. Daarom is er bij het opstellen van de raming over de middellange termijn rekening gehouden met de geraamde kosten van €48,6 miljoen per jaar.

Kwaliteitskader hulpmiddelenzorg

In 2017 zijn in het Register van Zorginstituut Nederland het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en 3 aparte modules voor hulpmiddelenzorg bij stoma, continentie 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 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) 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 3 specifieke kwaliteitsstandaarden voor hulpmiddelenzorg die ontwikkeld zijn voor stoma, continentie 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.

Tabel 2.1 | Middellangetermijnraming kosten hulpmiddelenzorg, 2013-2022

1 = 1 MILJOEN EURO

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kosten	1.448	1.492	1.508	1.425	1.449	1.513	1.527	1.542	1.557	1.570
Mutatie	-3,8%	3,0%	1,1%	-5,5%	1,7%	4,5%	0,9%	0,9%	1,0%	0,8%

realisatie: 2013-2016 en raming: 2018-2022

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zin/documenten/standpunten/2018/04/30/standpunt-flash-glucose-monitoring-freestyle-libre-bij-diabetes/Standpunt+Flash+Glucose+Monitoring.pdf>

Raming farmaceutische zorg 2018 - 2022

Voor 2017 verwachten we dat de totale kosten voor farmaceutische zorg ten opzichte van 2016 zullen stijgen met circa 0,3%, naar € 4.562 miljoen. We baseren ons hierbij op de door de zorgverzekeraars meest recent aangeleverde raming voor 2017 zoals deze is opgenomen in de Kwartaalstaat 2018 Q3. Ten opzichte van 2016 is dit een stijging met € 16 miljoen.

Kijken we alleen naar de gedeclareerde vergoedingen voor geneesmiddelen (dus exclusief de tariefinkomsten van de apothekers en de BTW) dan zien we per saldo in 2017 een daling van € 26,2 miljoen.

Deze daling is de resultante van de volgende factoren.

1. Het geneesmiddelengebruik (gemeten in standaard-dagdoseringen: DDDs) is in 2017 gestegen met 0,6%. Ten opzichte van voorgaande jaren is dit een gematigde stijging. Deze stijging is vooral zichtbaar bij zogenoemde multi source geneesmiddelen, middelen waarvan het patent is verlopen en sprake is van generieke concurrentie.
2. De opname van nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen in het GVS, dragen eveneens bij aan een stijging van de kosten. Het aandeel in de kostenstijging van deze nieuwe geneesmiddelen (vijfjaarvenster: nieuwe geneesmiddelen die sinds 2013 in het GVS zijn opgenomen) is heel gematigd, en bedraagt in 2017 € 18,8 miljoen. Ten opzichte van vorig jaar is het aandeel van de nieuwe geneesmiddelen op de kostenstijging fors gedaald. Belangrijkste reden is de terugval in de uitgaven voor hepatitis C-middelen in 2017.
3. De prijsdalingen, met name voor middelen die door de zorgverzekeraars als preferent zijn aangewezen, zijn in 2017 substantieel. Ook de prijsdruk die uitgaat van de periodieke (twee keer per jaar) herijking van de maximumprijzenwet (WGP) leidt tot lagere prijzen van met name single source geneesmiddelen. Als gevolg van deze prijsdruk dalen de uitgaven voor deze middelen in 2017 met € 51,7 miljoen (vijfjaarvenster: geneesmiddelen waarvan sinds 2013 voor het eerst ook generieke varianten beschikbaar zijn).

Uitgaande van de ontwikkelingen in de uitgaven voor geneesmiddelen (exclusief BTW en exclusief tarieven apothekhoudenden) zoals we die in het GIP waarnemen zijn kosten voor WMG-geneesmiddelen in 2017 per saldo gedaald met € 26,2 miljoen. Dit bedrag is opgebouwd uit:

- meerkosten door de opname van nieuwe geneesmiddelen + € 18,8
- minderkosten door inkoopbeleid alsook preferentiebeleid van zorgverzekeraars en prijsdruk WGP - € 51,7
- overige factoren + € 6,7

Meer details over de ontwikkelingen in het geneesmiddelengebruik over de afgelopen vijf jaar zijn te vinden op onze website: www.gipdatabank.nl

Voor 2018 verwacht Zorginstituut Nederland dat de kosten voor farmaceutische zorg zullen groeien met 2,2%, naar € 4.663 miljoen. Voor de daaropvolgende jaren verwachten we een gemiddeld jaarlijkse kosten-groei van 2,3%. In deze raming houden we rekening met een gemiddelde jaarlijkse stijging van het geneesmiddelengebruik met 2,3% (zowel voor wat betreft het aantal uitgiftes als het aantal afgeleverde DDDs). Dit in combinatie met een continuering van de bestaande prijsdruk op de gedeclareerde vergoedingen voor geneesmiddelen via het inkoopbeleid en preferentiebeleid van zorgverzekeraars alsmede de prijsdruk die uitgaat van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP). Ook is trendmatig rekening gehouden met de effecten van de instroom van nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen in het GVS en de effecten van generieke concurrentie onder invloed van patentverlies. Mocht zich de situatie voordoen waarin de instroom van nieuwe geneesmiddelen substantieel afwijkt van de onderliggende trend dan zal de raming hiervoor, naar boven toe, moeten worden bijgesteld.

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 verze-kerden, het aantal uitgiftes en het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDD's) en aan de andere kant de prijsontwikkelingen, zoals de gemiddeld gedeclareerde vergoeding per standaarddagdosering en/of uitgifte. Ook is het mogelijk vanuit verschillende perspectieven naar

Tabel 2.2 | Middellangetermijnraming, kosten farmaceutische zorg, 2013-2022

1 = 1 MILJOEN EURO

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kosten	4.301	4.328	4.463	4.546	4.562	4.663	4.767	4.874	4.985	5.099
Mutatie	-6,0%	0,6%	3,1%	1,9%	0,3%	2,2%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%

realisatie: 2012-2017 en raming: 2018-2022

de gerealiseerde en verwachte 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 middellange termijn raming voor de periode 2018 tot en met 2022, inclusief de (gerealiseerde) reeks in de daaraan voorafgaande jaren: 2013-2017.

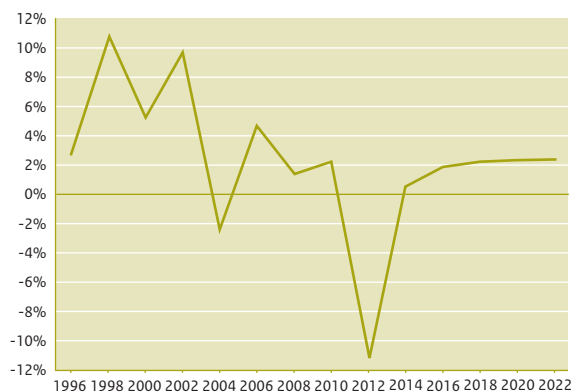
De MLT-raming gaat uit van de kosten voor farmaceutische zorg, gebaseerd op de binnen het GIP verzamelde gegevens, opgehoogd naar een macrobeeld. Deze raming verschilt in geringe mate van de macrokosten zoals die door zorgverzekeraars worden verantwoord in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De hier gepresenteerde uitkomsten van deze MLT-raming gaan uit van de kostenreeks zoals deze in de verantwoording door de zorgverzekeraars is vastgelegd. Voor 2016 en 2017 geldt dat het bedrag nog zal worden bijgesteld door het verrekenen van na-ijlende declaraties.

We verwachten dat de kosten voor geneesmiddelen in 2022 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 2017 op basis van gerealiseerde cijfers en voor 2018-2022 op basis van de uitkomsten van de MLT-raming.

De procentuele groei in de periode 1995-2017 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 apotheek-

houdenden (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), de overheveling van geneesmiddelengroepen naar het ziekenhuisbudget (2012-2014) en de prijsverlagingen door de koersdaling van de Britse pond als gevolg van de Brexit (2016-2017).

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.

Figuur 2.2 | Jaarlijkse groei kosten farmaceutische zorg, 1996-2022

realisatie: 1995-2017 en raming: 2018-2022

Ontwikkelingen farmaceutische zorg 2013 - 2017

Prijstdruk en zeer beperkte volumestijging zorgt voor lichte stijging uitgaven geneesmiddelen 2017

De totale uitgaven voor extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen die werden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) zijn in 2017 licht gestegen naar € 4.562 miljoen. Ten opzichte van 2016 gaat het om een stijging van 0,3%. De gedeclareerde vergoeding voor de WMG-geneesmiddelen daalt echter met 0,9% naar € 2.894 miljoen. Het aantal afgeleverde standaard dagdoseringen (DDDs) van deze WMG-middelen stijgt met 0,6%. De kosten voor de dienstverlening door apothekers zijn in 2017 gedaald met 2%.

In de kostenontwikkeling in tabel 3.1 is te zien dat de gedeclareerde vergoeding voor WMG-geneesmiddelen in 2014 met 0,5% daalt en daarna stijgt met 5,7% in 2015 en 2,7% in 2016. In 2017 zet weer een lichte daling in van 0,9%. De eigen betalingen van verzekerden in het kader van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem zijn niet in de tabel opgenomen. De daling van de vergoeding is het gevolg van de zeer gematigde groei van het geneesmiddelgebruik ten opzichte van voorgaande jaren. Ook de opname van nieuwe, veelal duurder geneesmiddelen, is in 2017 gematigd. De prijsdaling door het gebruik van preferente goedkopere middelen is in 2017 substantieel. En de prijsdruk door de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) zorgt ook voor lagere prijzen. 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 gemiddeld met 4,8% gedaald.

Voor een gedetailleerd overzicht van de nieuwe geneesmiddelen die sinds 2013 in het basispakket zijn opgenomen en de ontwikkelingen in het gebruik en de kosten hiervan, zie www.gip databank.nl

In de jaren 2012 t/m 2016 zijn geneesmiddelengroepen overgeheveld naar de medisch specialistische zorg (onder meer TNF-alfa-blokkers, groeihormonen, oncolytics en fertiliteitshormonen). 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 extramurale geneesmiddelen financiële arrangementen afgesloten. Sinds 2015 worden ook voor nieuwe dure geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg prijsonderhandelingen gevoerd en financiële arrangementen afgesloten.

Tabel 3.1 | Farmaceutische zorg: totale kosten en kostenopbouw, 2013-2017

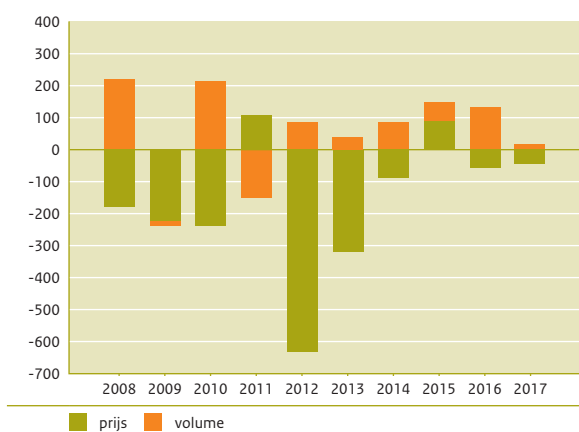
1 = 1 MILJOEN EURO

	2013	2014	2015	2016	2017	Mutatie '16-'17
Vergoeding WMG-geneesmiddelen	2.700	2.690	2.843	2.921	2.894	-0,9%
Vergoeding Buiten-WMG middelen	99	104	92	91	94	3,8%
Tariefinkomsten apothekers (inclusief Marge)	1.281	1.327	1.341	1.385	1.362	-1,6%
BTW	245	247	257	264	261	-1,0%
Nog te betalen/verrekenen *	-23	-40	-69	-114	-50	
Totale kosten	4.301	4.328	4.463	4.546	4.562	0,3%

Tabel 3.2 | Farmaceutische zorg: kostenstijging uitgesplitst naar volume- en prijscomponent, 2008-2017

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mutatie t.o.v. vorig jaar	42	-240	-29	-43	-544	-288	-10	153	77	-26
Prijscomponent	-179	-224	-239	114	-632	-324	-97	88	-56	-43
Volumecomponent	221	-16	210	-156	88	37	87	65	134	17

Figuur 3.1 | Farmaceutische zorg: kostenstijging uitgesplitst naar volume- en prijscomponent, 2008-2017

Terwijl de geneesmiddelenprijzen 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 0,6% in 2017 is kleiner dan in voorgaande jaren. In 2016 was de stijging groter dan gemiddeld en dit lijkt te worden gecompenseerd in 2017. Er is niet een specifieke groep geneesmiddelen te noemen waardoor de gematigde groei wordt veroorzaakt.

Het aantal uitgiftes is in 2017 gedaald naar 237 miljoen, een daling van 2,2%. Het grootste deel van de uitgiftes

heeft betrekking op WMG-uitgiftes: 231 miljoen. Daarnaast worden er nog 6,5 miljoen Buiten-WMG-artikelen afgeleverd, het gaat daarbij vooral om voedingsmiddelen. Het aantal weekuitgiftes is vanaf 2012 t/m 2016 toegenomen met 25%, het aantal weekuitgiftes steeg in deze jaren, sneller dan het aantal standaardterhandstellingen. In 2017 daalt het aantal weekuitgiftes vrijwel gelijk met het aantal standaardterhandstellingen (2,2%). Sinds 2008 is het mogelijk om de aflevering van geneesmiddelen in zogenoemde weekdoseerverpakkingen (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 gematigde stijging van het aantal DDDs wordt vooral bepaald door de specialités. De stijging is 0,6%, terwijl het aantal DDD's van de specialités daalt met 3,9%. De vergoeding van de specialités daalt in tegenstelling tot de stijging in voorgaande jaren, met 1,6%. De gemiddelde vergoeding per DDD stijgt hierdoor met 2,5%.

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 apotheker die bepaalt of het Nederlandse specialité of een parallel geïmporteerd product wordt afgeleverd. Parallelimport richt zich vooral op specialités met een

Tabel 3.3 | Farmaceutische zorg: aantal WMG-terhandstellingen en DDDs, 2013-2017

1 = 1 MILJOEN

	2013	2014	2015	2016	2017	Mutatie '16-'17
Standaard Week	123,6	124,5	125,4	126,5	123,6	0,9%
	94,5	102,3	107,3	109,8	107,3	2,3%
Totaal terhandstellingen	218	227	233	236	231	1,5%
DDD's WMG-terhandstellingen	7.625	7.821	8.008	8.398	8.447	4,9%
DDD's per WMG-terhandstelling	35,0	34,5	34,4	35,5	36,6	3,3%

Tabel 3.4 | Farmaceutische zorg (WMG): Vergoeding WMG-geneesmiddelen en DDDs, 2008-2017

1 = 1 MILJOEN EURO

Vergoeding geneesmiddelen	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Specialités	3.258	3.184	3.177	3.170	2.646	2.319	2.273	2.415	2.475	2.434
Generiek (1A)	584	420	398	362	342	380	417	429	446	460
Totaal	3.843	3.603	3.574	3.532	2.988	2.700	2.690	2.843	2.921	2.894

1 = 1 MILJOEN

Aantal DDDs	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Specialités	3.800	3.726	3.582	3.108	2.880	2.652	2.619	2.656	2.747	2.639
Generiek (1A)	3.573	3.617	4.077	4.248	4.654	4.974	5.201	5.352	5.651	5.808
Totaal	7.373	7.343	7.659	7.356	7.534	7.625	7.821	8.008	8.398	8.447

1 = 1 EURO

Gemiddelde vergoeding	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Specialités	0,86	0,85	0,89	1,02	0,92	0,87	0,87	0,91	0,90	0,92
Generiek (1A)	0,16	0,12	0,10	0,09	0,07	0,08	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

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 31% in 2017. Het marktaandeel van de generieke middelen laat het tegenovergestelde beeld zien. De gemiddelde vergoeding van generieke geneesmiddelen is echter sterk gedaald, van €0,16 in 2008 naar €0,08 per DDD in 2013. Vanaf 2013 is de gemiddelde vergoeding van generieke middelen stabiel, terwijl die van de *specialités* licht blijft stijgen.

Op www.gipdatabank.nl staan gedetailleerde overzichten van de Top 100 van geneesmiddelen die het meest zijn gebruikt en met de hoogste vergoeding en de Top 25 stijgers en dalers..

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 aan-

getoond 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.

Nieuw op de www.gipdatabank.nl is de rapportage met de eerste generieke middelen nadat een specialité uit patent is gegaan. Per jaar staat er een overzicht van de gedeclareerde vergoeding en het gebruik in DDD's.

Figuur 3.2 laat de prijsontwikkeling van generieke geneesmiddelen per maand zien vanaf januari 2005. We maken daarbij onderscheid tussen die middelen waarvoor in 2017 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 €0,07 per DDD. Een heel ander beeld laten de niet-preferente generieke geneesmiddelen zien. De prijzen zijn aanvankelijk stabiel gebleven en vanaf 2011 is sprake van een stijgende lijn.

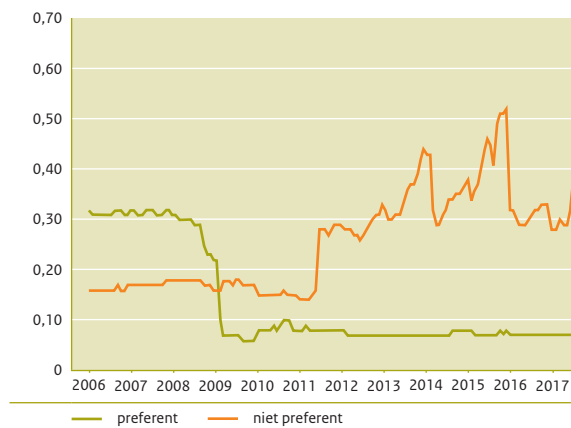
In 2016 doet zich een trendbreuk voor en dalen de prijzen van gemiddeld €0,40 per DDD in 2015 naar €0,25 in 2016. Het volume is toegenomen omdat geneesmiddelen uit patent zijn gegaan, maar de prijzen zijn nog stabiel gebleven. Overigens is het aandeel van de niet-preferente middelen in het totaal van de generieke geneesmiddelen in 2017 slechts 3,5%.

Op de GIPdatabank staat de rapportage met de top 10 van meest gebruikte generieke geneesmiddelen in 2017. Deze rapportage laat het aantal afgeleverde DDDs, de vergoeding en het aantal uitgiftes zien en het aandeel van deze generieke middelen in de totale markt (specialité, parallelimport en generieke middelen samen). De gene-

Op de www.gipdatabank.nl staan de regionale kaarten per geneesmiddelengroep. In één oogopslag zijn de regionale verschillen zichtbaar in de vergoeding en het gebruik van bijvoorbeeld de cholesterolverlagers, maagmiddelen en diabetesmiddelen.

Figuur 3.2 | Vergoeding per DDD voor generieke WMG-geneesmiddelen, 2006-2017 per maand

1 = 1 EURO



rieke 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 meer dan 2.300 miljoen DDDs, dit komt overeen met bijna 40% van de totale generieke geneesmiddelenmarkt.

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 het GVS gemoderniseerd zal worden. Bij sommige groepen van geneesmiddelen zijn de vergoedingen op dit moment mogelijk te laag, waardoor patiënten veel moeten bijbetalen. Bij andere groepen zijn de vergoedingen juist te hoog: Omdat er inmiddels veel concurrerende middelen op de markt zijn kan de vergoedingslimiet daar omlaag. Bij deze aanpak wordt ook gekeken naar de mogelijkheid van apothekersbereidingen, bereidingen van geneesmiddelen door de apotheek zelf. Met deze maatregelen wordt 140 miljoen euro per jaar bespaard. De bijbetaling door patiënten voor de geneesmiddelen waarbij de vergoeding te laag is, is per 1 januari 2019 gemaximeerd op 250 euro per jaar.

Bij de geneesmiddelen op 1A is de vergoeding in de afgelopen 10 jaar constant gedaald door allerlei maatregelen zoals de prijsdruk vanuit de WGP en het door de zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid. De uitgaven aan deze middelen zijn vanaf 2008 met 32% gedaald. Vanaf 2015 stijgt de vergoeding van de 1A middelen vrijwel gelijk met het gebruik, het gemiddelde tarief per DDD blijft daardoor de laatste 3 jaar redelijk stabiel op 0,27 euro per DDD. Het gebruik is daarentegen vanaf 2008 enorm gestegen met 19%. Door deze flinke toename in het gebruik van deze geneesmiddelen, daalt de gemiddelde vergoeding per DDD t/m 2014 met 43%. Daarna is de gemiddelde vergoeding per DDD stabiel.

De geneesmiddelen op 1B stijgen vanaf 2008 tot 2013, daarna dalen de uitgaven met 120 miljoen in de jaren 2013 en 2014 als gevolg van de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Vanaf 2015 stijgt de vergoeding weer als gevolg van het op de markt komen van nieuwe geneesmiddelen, zoals de nieuwe hepatitis C middelen. De afgelopen 10 jaar is de vergoeding van 1B geneesmiddelen

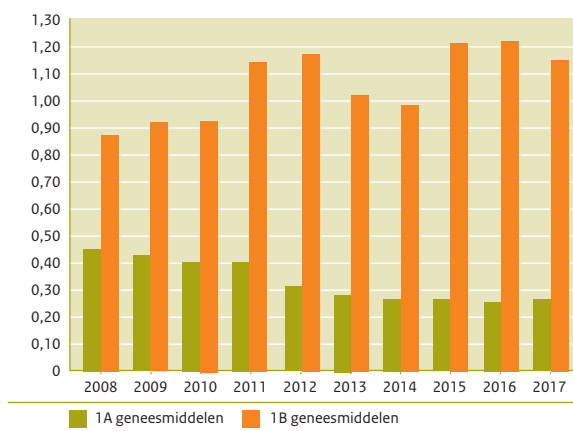
Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

- **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.

met 1% gedaald door deze overheveling en doordat het gebruik van 1B middelen in deze periode flink is gedaald (24%). De gemiddelde vergoeding per DDD is daarom met 30% gestegen naar 1,14 euro per DDD in 2017.

Figuur 3.3 | Farmaceutische zorg: vergoeding WMG-geneesmiddelen per DDD, 2008-2017

1 = 1 EURO



Tabel 3.5 | Farmaceutische zorg: vergoeding WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2008-2017

1 = 1 MILJOEN EURO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1A geneesmiddelen, WMG	3.068	2.832	2.762	2.718	2.148	1.986	1.953	2.009	2.060	2.093
1B geneesmiddelen, WMG	663	690	708	718	747	631	626	706	735	653
Overige WMG-middelen	112	81	105	95	93	83	112	128	126	148
Totaal	3.843	3.603	3.574	3.532	2.988	2.700	2.690	2.843	2.921	2.894

Tabel 3.6 | Farmaceutische zorg: DDDs WMG-geneesmiddelen naar GVS-status, 2008-2017

1 = 1 MILJOEN

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1A geneesmiddelen, WMG	6.615	6.587	6.889	6.725	6.898	7.002	7.185	7.420	7.794	7.874
1B geneesmiddelen, WMG	758	756	770	631	636	623	636	587	604	573
Totaal	7.373	7.343	7.659	7.356	7.534	7.625	7.821	8.008	8.398	8.447

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 de jaren 2015 - 2017 is er sprake van een stijging. In 2017 is de bijbetaling zelfs met 12% gestegen van €46 miljoen in 2016 naar €51 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. Op de *GIPdatabank* staat de rapportage met de top 10 van geneesmiddelen waarvoor in 2017 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

Op de www.gipdatabank.nl staan rapportages over de bijbetaling. De bijbetaling per bijbetalingscategorie in de afgelopen 5 jaar en de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste bijbetaling.

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.

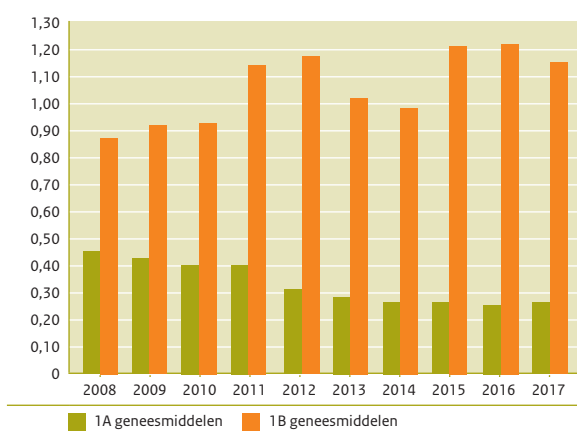
Dure geneesmiddelen in het ziekenhuis

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 oncolytica in 2013. In 2014 werden de fertiliteitshormonen bij IVF behandelingen overgeheveld en in 2015 nog de overige oncolytica. Tot die tijd werden deze middelen nog vergoed vanuit het

Figuur 3.3 | Farmaceutische zorg: Vergoeding WMG-geneesmiddelen per DDD, 2008-2017

1 = 1 EURO

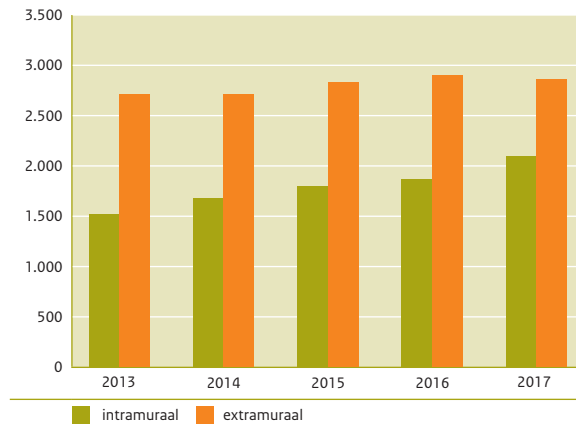


Tabel 3.7 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2013-2017

1 = 1 MILJOEN EURO (EXCLUSIEF BTW)

	2013	2014	2015	2016	2017	Mutatie '16-'17
Intramuraal, add-ons	1.403	1.527	1.662	1.770	1.942	9,7%
Intramuraal, stollingsfactoren	129	136	131	135	136	1,0%
Extramuraal, WMG geneesmiddelen	2.700	2.690	2.843	2.921	2.894	-0,9%
Totaal	4.232	4.353	4.636	4.826	4.973	3,0%
<i>Intramuraal, procentueel aandeel</i>	36%	38%	39%	39%	42%	

Figuur 3.4 | Vergoedingen geneesmiddelen extramuraal en intramuraal, 2013-2017



geneesmiddelen en een toename in het gebruik van deze middelen binnen het ziekenhuis. Na de overheveling bleef het aandeel van de intramurale geneesmiddelen in het totaal rond de 38%. In 2017 is het aandeel gestegen naar 42%. In de tabel zijn ook de stollingsfactoren afzonderlijk opgenomen.

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 2016 en 2017 zijn voorlopig en zullen mogelijk nog worden bijgesteld. Dit heeft te maken met verkeningen 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 zijn de ziekenhuizen en zorgverzekeraars gezamenlijk geneesmiddelen gaan inkopen om hun onderhandelingspositie te versterken. Ze zijn gestart met een pilot met een groep kankermedicijnen.

De vergoedingen voor intramurale- en extramurale geneesmiddelen zijn in 2017 gestegen met 3%, de afgelopen drie jaren, na de laatste overheveling in 2015, met ruim 7%. De stijging wordt vooral veroorzaakt door de intramurale geneesmiddelen. Dit is onder meer het gevolg van de rechtstreekse instroom van nieuwe, dure

Op www.gipdatabank.nl staan gedetailleerde overzichten van de Intramurale dure- en weesgeneesmiddelen met per geneesmiddel/ATC-code cijfers over de gedeclareerde vergoedingen, het aantal gebruikers en de gemiddelde vergoeding per gebruiker.

Ontwikkelingen hulpmiddelenzorg 2013 - 2017

Stijging gebruikers hulpmiddelenzorg 2017

Het aantal verzekerden dat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg stijgt met 4,9% naar 2,3 miljoen gebruikers. De totale uitgaven aan hulpmiddelenzorg stijgen in 2017 met 1,7% en bedragen €1,4 miljard.

De stijging van het aantal gebruikers wordt vooral veroorzaakt door de toename in het gebruik van hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (voorzetkamers) en hulpmiddelen in verband met behandeling (uitwendige electrostimulatoren en injectiematerialen). Deze toename in het volume zorgt ook voor een stijging van de uitgaven aan hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen en hulpmiddelen in verband met behandeling. Bij elkaar opgeteld is dit €10,7 miljoen, bijna de helft van de totale stijging van de uitgaven aan hulpmiddelenzorg in 2017. Verder stijgen ook vooral de uitgaven aan overige verzorgingsmiddelen (o.a. katheters en urine-opvangzakken) en verbandmiddelen. Omdat de gemiddelde kosten per gebruiker dalen met 3,1% ten opzichte van 2016, is de relatieve stijging van de uitgaven wat kleiner dan de toename van het aantal gebruikers.

Wat zijn de grootste uitgavenposten in 2017?

In tabel 4.2 staat de top 5 van hulpmiddelen met de grootste uitgaven in 2017. De top 5 is hetzelfde als in 2016 maar de volgorde is iets gewijzigd. De eerste 3 plaatsen zijn niet veranderd. In 2017 zijn de uitgaven aan incontinentiematerialen nog steeds het hoogste met €137 miljoen, gevolgd door orthopedisch schoeisel met €127 miljoen en hoortoestellen met €121 miljoen. Omdat de uitgaven aan overige verzorgingsmiddelen (o.a. katheters en urine-opvangzakken) met 5% zijn gestegen naar €116 miljoen, klimt deze categorie hulpmiddelen

een plaatsje in de top 5 ten koste van de voorzieningen voor stomapatiënten. De uitgaven aan voorzieningen voor stomapatiëntendalen blijven nagenoeg gelijk ten opzichte van 2016 en komen uit op €115 miljoen.

Op www.gip databank.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 2017 zijn verdeeld over de totale Zvw-populatie. Ongeveer 86% van de totale verzekerdenpopulatie maakt geen kosten voor hulpmiddelen. Dit zijn ruim 14,7 miljoen Zvw-verzekerden. Binnen de 14% van de verzekerden die wel gebruik maken van hulpmiddelenzorg is slechts circa 1% in 2017 verantwoordelijk voor 46% van de totale uitgaven voor hulpmiddelen (circa € 669 miljoen). De leeftijd- en geslachtsofbouw van de gebruikers binnen het duurste percentiel wijkt iets af van de leeftijd- en geslachtsofbouw van de totale populatie van verzekerden die gebruik maakt van hulpmiddelenzorg. In het duurste percentiel zijn er naar verhouding iets meer mannelijke gebruikers en zijn er minder 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

Tabel 4.1 Kengetallen hulpmiddelenzorg, 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Mutatie '13-'14	Mutatie '14-'15	Mutatie '15-'16	Mutatie '16-'17
Totale kosten (1 = €1 miljoen)	1.448	1.492	1.508	1.425	1.449	3,0%	1,1%	-5,5%	1,7%
Volumecomponent									
Gebruikers (1 = 1.000)	2.148	2.193	2.267	2.221	2.329	2,1%	3,4%	-2,1%	4,9%
Declaraties (1 = 1 miljoen)	17,8	17,0	16,9	16,8	17,9	-4,3%	-0,7%	-0,4%	6,3%
Declaraties per gebruiker (1 = 1)	8,3	7,8	7,4	7,6	7,7	-6,3%	-4,0%	1,7%	1,4%
Prijsc component									
Kosten per gebruiker (1 = €1)	674	680	665	642	622	0,9%	-2,2%	-3,5%	-3,1%
Kosten per declaratie (1 = €1)	81	88	89	85	81	7,7%	1,8%	-5,2%	-4,4%

Tabel 4.2 Top 5 hulpmiddelenzorg: kosten, gebruikers en kosten per gebruiker in 2017

	Totale kosten (1 = € 1 mln)		Aandeel 65+ in totale kosten		Gebruikers (1 = 1.000)		Aandeel 65+ in gebruikers		Kosten/ gebruiker (1 = € 1)
	2017	man	vrouw	2017	man	vrouw	2017		
1. incontinentiemateriaal	137	18%	57%	443	22%	58%	310		
2. orthopedisch schoeisel	127	18%	32%	104	18%	34%	1.219		
3. hoortoestellen	121	39%	37%	136	39%	38%	890		
4. overige verzorgingsmiddelen	116	40%	18%	188	40%	28%	615		
5. stomamaterialen	115	33%	31%	74	37%	27%	1.548		
Totaal Top 5 *	616	29%	36%	722	30%	48%	853		
Overige hulpmiddelen *	833	20%	25%	2.025	19%	27%	411		
Totaal *	1.449	24%	30%	2.329	20%	29%	622		

* 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

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 (29%) vijf soorten hulpmiddelen of meer. Bij de overige hulpmiddelengebruikers is het aandeel gebruikers bij één soort hulpmiddel het grootst (62%).

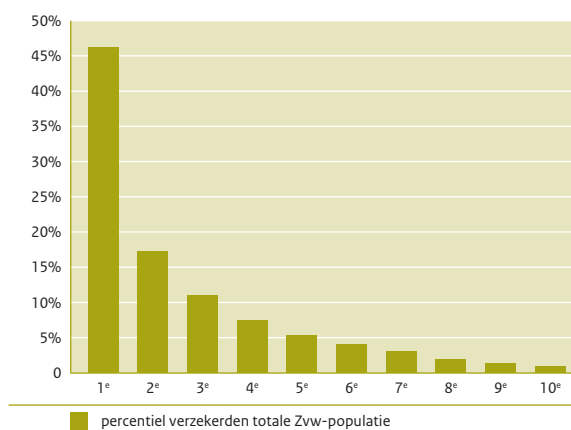
Hoe is het hulpmiddelengebruik verdeeld naar leeftijd en geslacht?

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.

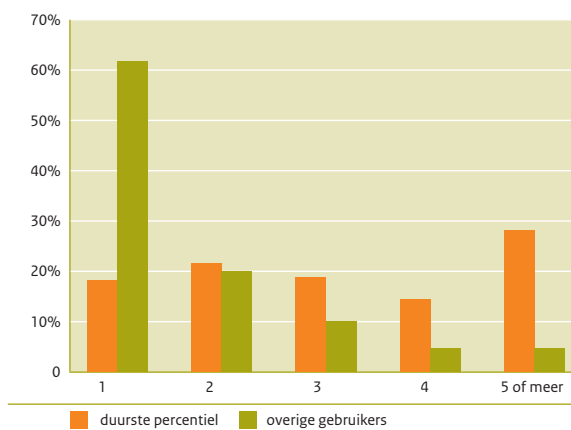
Tot en met 2015 steeg het aantal gebruikers ieder jaar. In 2016 is er sprake van een daling van het totaal aantal gebruikers van hulpmiddelenzorg met 2%. In 2017 neemt het aantal gebruikers weer toe en stijgt in vergelijking met 2016 met bijna 5% naar 2,3 miljoen verzekerden. De stijging van het aantal gebruikers is het grootst in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar, bij zowel de mannen (11%) als de vrouwen (10%).

De grootste daling van de kosten per gebruiker is te zien bij vrouwen in de leeftijdscategorie 0 tot 25 jaar (-18%). Dit wordt vooral veroorzaakt door de voorzieningen voor stomapatiënten en de hoortoestellen. Bij de hoortoestellen dalen de kosten sterker dan het aantal vrouwelijke gebruikers van 0 tot 25 jaar. Het aantal gebruikers van voorzieningen voor stomapatiënten uit dezelfde leeftijds- en geslachts categorie neemt iets toe terwijl de kosten dalen. Beide ontwikkelingen zorgen ervoor dat de kosten per gebruiker dalen.

Figuur 4.1 | Kostenaandeel gebruikers hulpmiddelenzorg, 2017



Figuur 4.2 | Aandeel gebruikers naar aantal soorten hulpmiddelen per gebruiker, 2017



Wat zijn de ontwikkelingen per hulpmiddelen-categorie vanaf 2011?

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 2011–2017. Naast het verschilpercentage ten opzichte van het voorgaande jaar wordt in de tabel ook de gemiddelde jaarlijkse groei (JGG) weergegeven. Voor het totaal van de hulpmiddelen is te zien dat de

gemiddelde groei van de kosten in zeven jaar tijd 0,2% is, € 19 miljoen. Het aantal gebruikers blijft over deze periode nagenoeg gelijk, circa 2,3 miljoen gebruikers.

Selecteer de meerjarentabel op 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.

Tabel 4.3 | Aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht, 2013-2017

1 = 1.000

	2013	2014	2015	2016	2017
Mannen	864	899	948	930	988
0-24 jaar	134	143	150	137	152
25-44 jaar	78	79	80	78	84
45-64 jaar	247	252	265	264	279
65-74 jaar	187	196	209	209	221
75-84 jaar	153	159	168	166	173
≥ 85 jaar	66	70	75	76	80
Vrouwen	1.284	1.294	1.320	1.291	1.342
0-24 jaar	119	126	130	121	132
25-44 jaar	203	197	195	191	201
45-64 jaar	316	317	326	320	337
65-74 jaar	229	235	242	240	251
75-84 jaar	243	243	246	239	241
≥ 85 jaar	174	176	181	180	180
Totaal	2.148	2.193	2.267	2.221	2.329

Tabel 4.4 | Kosten per gebruiker naar leeftijd en geslacht, 2013-2017

1 = 1 EURO

	2013	2014	2015	2016	2017
Mannen	757	755	732	699	676
0-24 jaar	542	506	482	512	471
25-44 jaar	765	758	728	727	686
45-64 jaar	757	752	718	686	655
65-74 jaar	815	823	806	752	738
75-84 jaar	829	850	835	759	760
≥ 85 jaar	849	869	853	777	774
Vrouwen	618	628	617	600	582
0-24 jaar	529	498	480	554	456
25-44 jaar	387	399	395	391	381
45-64 jaar	632	641	620	604	588
65-74 jaar	653	671	657	629	623
75-84 jaar	685	704	699	654	652
≥ 85 jaar	785	792	783	738	738
Totaal	674	680	665	642	622

TABEL 4.5 | Kostenontwikkeling hulpmiddelenzorg, 2011-2017

1 = 1 MILJOEN EURO

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	mutatie '16-'17	GJG '11-'17
Verzorgingsmiddelen	528,9	530,0	518,0	510,5	501,2	451,7	457,1	1,2%	-2,4%
Orthesen en schoenvoorzieningen	184,3	192,3	177,5	179,5	174,9	175,8	177,8	1,1%	-0,6%
Auditieve hulpmiddelen	146,4	200,3	131,3	175,8	203,1	140,2	136,9	-2,4%	-1,1%
Visuele hulpmiddelen	33,5	32,2	30,4	32,9	33,1	33,7	36,6	8,8%	1,5%
Diabetes hulpmiddelen	211,2	211,5	206,0	196,6	176,8	177,5	173,5	-2,2%	-3,2%
Inrichtingselementen woningen	40,2	38,7	88,9	87,8	91,1	99,8	100,8	1,0%	16,5%
Transportondersteuners bloed en lymfe	73,2	73,0	61,6	66,6	68,7	71,4	73,8	3,4%	0,1%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	78,2	86,5	97,3	103,8	114,8	120,6	127,9	6,1%	8,5%
Prothesen	54,9	58,8	55,3	58,1	58,5	61,0	64,0	4,8%	2,6%
Communicatie/informatie/signalering	10,9	11,7	11,7	11,8	13,0	12,2	13,1	7,6%	3,2%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	15,3	16,5	13,1	14,6	15,2	20,7	21,5	4,0%	5,8%
Hulpmiddelen toedienen voeding	13,0	14,6	13,7	15,3	15,6	16,6	17,0	2,7%	4,6%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	24,5	25,0	27,4	26,9	27,2	28,1	31,6	12,1%	4,3%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	6,9	6,3	6,9	6,9	8,1	7,4	7,7	3,3%	1,9%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-21,0%	91,5%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,6	0,6	0,8	1,2	1,8	1,6	1,8	9,1%	18,8%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	61,1%	-4,5%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	8,0	7,4	7,7	3,4	4,8	6,4	7,5	18,1%	-1,0%
Totaal	1.430	1.505	1.448	1.492	1.508	1.425	1.449	1,7%	0,2%

Tabel 4.6 | Ontwikkeling gebruikers hulpmiddelenzorg, 2011-2017

= 1.000

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	mutatie '16-'17	GJG '11-'17
Verzorgingsmiddelen	1.082,9	894,5	827,0	794,7	786,2	775,2	777,9	0,3%	-5,4%
Orthesen en schoenvoorzieningen	214,9	208,5	179,7	173,2	167,8	166,3	168,9	1,6%	-5,0%
Auditieve hulpmiddelen	191,5	225,4	159,2	183,7	206,0	161,4	150,2	-7,0%	-3,4%
Visuele hulpmiddelen	58,4	54,8	51,8	53,5	52,7	48,0	50,9	6,1%	-3,8%
Diabetes hulpmiddelen	298,2	306,2	301,2	297,9	302,6	299,9	302,1	0,7%	0,1%
Inrichtingselementen woningen	43,3	41,4	329,6	335,5	338,3	338,6	344,4	1,7%	50,9%
Transportondersteuners bloed en lymfe	500,5	441,8	360,1	367,2	372,1	380,6	386,9	1,7%	-5,3%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	333,0	376,5	441,5	509,3	608,5	578,8	687,2	18,7%	11,7%
Prothesen	71,4	74,6	66,5	70,1	68,2	68,3	69,5	1,8%	-0,9%
Communicatie/informatie/signalering	45,1	43,4	41,5	42,2	52,0	52,3	52,6	0,7%	3,0%
Hulpmiddelen mobiliteit van personen	75,8	94,0	133,4	142,6	141,8	143,1	142,7	-0,3%	13,6%
Hulpmiddelen toedienen voeding	14,9	16,8	17,4	18,2	19,8	20,5	24,3	18,5%	6,5%
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	132,7	139,7	141,1	143,5	148,4	151,3	170,7	12,8%	2,7%
Hulpmiddelen hand/arm/vingerfunctie	1,2	1,3	5,3	1,8	1,8	1,8	1,9	4,3%	8,6%
Zelfmeetapparatuur bloedstollingstijden	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,1	0,0	-51,3%	140,2%
Hulpmiddelen thuisdialyse	0,6	0,6	0,7	1,0	1,4	1,2	1,1	-7,8%	17,4%
Hulpmiddelen anticonceptionele doeleinden	1,8	1,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,9	46,9%	-18,6%
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	23,9	51,2	26,6	14,1	44,5	23,1	39,9	72,8%	-0,7%
Totaal*	2.230	2.122	2.148	2.193	2.267	2.221	2.329	4,9%	-0,1%

* 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

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 gedeclareerde vergoeding is het bedrag dat via de zorgverzekeraars aan apothekers en apothekhoudende huisartsen wordt vergoed voor de materiaalkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Dit bedrag is gebaseerd op de inkoopprijs van het afgeleverde middel, waarbij de eventuele clawback (afkomen van genoten kortingen en bonussen door apothekhoudenden) 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 gedeclareerde 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 apothekhoudende 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

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).

Met ingang van 1 januari 2019 is het BTW-percentages verhoogd naar 9%.

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 bijbetalingsbedrag wordt eveneens 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

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 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 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 verzekerden en minder kortingen en bonussen voor apothekhoudenden.

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

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

Add-on

Een door de NZa vastgestelde prestatie voor medisch specialistische zorg die naast de DBC kan worden gedeclareerd. Een add-on is een zogenoemd 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 apothekinkoopprijs (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 en is inclusief BTW.

Bijlage III. Referenties

GIPeilingen, Ontwikkelingen genes- en hulpmiddelengebruik 2012-2016, raming 2017-2021,
Genes- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, maart 2018, nr. 38

GIPdatabank, www.gipdatabank.nl
Genes- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) / Zorginstituut Nederland, Diemen, 2018

G-Standaard, www.z-index.nl
Z-Index, 's-Gravenhage, 2017

Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs) 2017, www.whocc.no/atc_ddd_index
WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2017

Farmacotherapeutisch Kompas, www.fkzin.nl
Wetenschappelijke Adviesraad, Commissie Farmacotherapeutisch Kompas (CFK), Zorginstituut Nederland, Diemen, 2018

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

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

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
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, Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelen-gebruik 2013-2017, raming 2018-2022
GIP / Zorginstituut Nederland, Diemen, februari 2019 | nr. 39

Internet

www.gip databank.nl