



Data en feiten 2011

Het jaar 2010 in cijfers

Stichting Farmaceutische Kengetallen



Data en feiten 2011

Het jaar 2010 in cijfers



Inhoudsopgave

	Inleiding	5
	Data en feiten 2011 in vogelvlucht	9
	1 Nederland	15
	1.1 Uitgavenontwikkeling	15
	1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven	18
	1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht	22
	1.4 Vergoeding apotheken	25
	1.5 Prijsontwikkeling geneesmiddelen	29
	1.6 Marktaandelen productgroepen	32
	1.7 Geneesmiddelenvergoedingssysteem	35
	1.8 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief	37
	2 Geneesmiddelen	41
	2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen	41
	2.2 Geneesmiddelvoorschriften	45
	2.3 Geneesmiddelen bij cardiovasculair risicomanagement	48
	2.4 Diabetesmiddelen	52
	2.5 Luchtwegmiddelen	55
	2.6 Antidepressiva	57
	2.7 Niet vergoedbare geneesmiddelen	59
	2.8 Voorwaardelijk vergoede geneesmiddelen	61
	3 Apotheekbedrijf	65
	3.1 Zelfstandige apotheken versus ketens	65
	3.2 Omzet openbare apotheek	67
	3.3 Receptregelvergoeding	69
	3.4 Praktijkkostenvergoeding	71
	3.5 Personeel en werkdruk	74
	3.6 Arbeidsmarkt apothekers	77
	3.7 Jonge apothekers	80
	3.8 Kwaliteitsindicatoren	82
	4 Kerncijfers 2010 farmaceutische hulp	87

Inleiding

Stichting Farmaceutische Kengetallen

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) houdt zich sinds 1990 bezig met het verzamelen, monitoren en analyseren van gedetailleerde gegevens omtrent het geneesmiddelengebruik in Nederland. De SFK betreft haar informatie rechtstreeks van een panel met apotheken. Bij dit panel zijn op dit moment 1.872 van de 1.980 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.872 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 15,3 miljoen Nederlanders die genees-, verband- of hulpmiddelen afnemen. Per verstrekking registreert de SFK gegevens over het middel dat is afgeleverd, de apotheek die het middel verstrekt heeft, de zorgverzekeraar die de verstrekking al of niet vergoedt, de arts die het middel heeft voorgeschreven en de patiënt die het middel voorgeschreven heeft gekregen. De SFK beschikt hiermee over de omvangrijkste en meest actuele gegevensverzameling op dit gebied in Nederland. Grondige validatieroutines en beproefde statistische procedures waarborgen de hoge kwaliteit en representativiteit van de SFK-gegevens.

De cijfers die vermeld zijn in deze uitgave geven het landelijk geneesmiddelengebruik via openbare apotheken weer. De cijfers zijn berekend met behulp van een door de SFK ontwikkelde stratificatietechniek. Deze techniek gaat niet alleen uit van de data die door de bij de SFK aangesloten apotheken zijn aangeleverd, maar benut ook de beschikbare informatie van apotheken die niet deelnemen aan de SFK. De techniek houdt onder meer rekening met de omvang van de patiëntenpopulatie en de locatie van de apotheekvestiging. Deze uitgave bevat geen gegevens over het gebruik van geneesmiddelen in ziekenhuizen of via apotheekhoudende huisartsen.

Privacy

Bij het registreren van de geneesmiddelengebruiksgegevens gaat de SFK uiterst zorgvuldig om met de privacy van betrokkenen. Een privacyreglement waarborgt de privacy van de deelnemende apothekers. Ten aanzien van de voorschrijvende arts en de patiënt verzamelt de SFK alleen geanonimiseerde gegevens. De identiteit van de arts wordt aan het zicht van de SFK ontnomen door een versleutelcode die alle deelnemende apothekers afzonderlijk in hun apotheekinformatiesysteem invoeren. De gegevens van verschillende artsen en apothekers kunnen alleen gekoppeld worden als alle betrokken personen de SFK hiertoe schriftelijk machtigen.

In steeds meer regio's ondersteunt de SFK samenwerkingsverbanden van apothekers en artsen. Bij deze samenwerkingsverbanden worden onderling geneesmiddelengebruikcijfers uitgewisseld via een Data Warehouse, dat via een voor buitenstaanders afgeschermd deel van de SFK-website kan worden geraadpleegd.

De identiteit van de patiënt blijft altijd voor de SFK verborgen, doordat de SFK gebruik maakt van het volgnummer dat de persoon in kwestie in de apotheek toegekend heeft gekregen. Koppeling tussen nummers en individuele personen is bij de SFK niet mogelijk. Uiteraard weet de apotheek wel de identiteit van de eigen patiënten, maar deze gegevens worden niet aan de SFK verstrekt.

Deelname aan de SFK

Deelname aan de SFK staat open voor alle openbare apotheken in Nederland en hieraan zijn geen kosten verbonden. Apothekers die gegevens aanleveren aan de SFK kunnen kosteloos maandelijks actuele monitorrapportages opvragen via de SFK-website. Daarnaast kunnen deze apothekers via het SFK Data Warehouse online kosteloos actuele en gedetailleerde geneesmiddelengebruikscijfers voor hun praktijk opvragen als managementinformatie voor het eigen bedrijf of als spiegelinformatie voor het farmacotherapieoverleg met de artsen. Voor het monitoren van de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik en ter ondersteuning van praktijkprogramma's op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg en het FTO biedt de SFK, al dan niet tegen vergoeding, thematische rapportages aan die zijn toegesneden op de individuele apotheek dan wel op het specifieke FTO-overleg. Bij de samenstelling van deze maatwerkrapportages werkt de SFK onder meer samen met het Wetenschappelijk Instituut van de KNMP en IVM, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Gehanteerde definities

Onder de geneesmiddelenkosten verstaat de SFK de kosten tegen de apotheekvergoedingsprijs (WMG-geneesmiddelen) respectievelijk de kosten tegen apotheekinkoopprijs (buiten-WMG geneesmiddelen) zoals geregistreerd in de G-Standaard van Z-Index. In de geneesmiddelenkosten zijn de eigen bijdragen door patiënten in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) inbegrepen.

Op 1 oktober 2006 is de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in werking getreden. De WMG vervangt de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Prestaties en tarieven die onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vielen, vallen ook onder de WMG.

De geneesmiddelenuitgaven betreffen het totaal van de geneesmiddelenkosten en de apotheekvergoeding, inclusief eigen bijdragen door patiënten in het kader van het (GVS).

Alle uitgaven in deze publicatie hebben betrekking op het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket en zijn exclusief BTW, tenzij anders vermeld. De BTW op recept-geneesmiddelen bedraagt 6%.

Data en feiten 2011

in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven met 3% beperkt gestegen

Voor de farmacie was het jaar 2010 evenals 2009 en 2008 opnieuw een jaar met een gematigde uitgavengroei. Via de openbare apotheken is in het afgelopen jaar € 4.923 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 134 miljoen ofwel 2,8% meer dan in 2009. In vergelijking met de 1% groei in 2009 is deze uitgavengroei enigszins hoger, maar nog altijd lager dan de gemiddelde groei in de eerste helft van het afgelopen decennium, toen de stijging gemiddeld uitkwam op 5%. Prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen als gevolg van het steeds uitgebreidere preferentiebeleid van zorgverzekeraars, en als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP), zijn de belangrijkste oorzaak van de gematigde uitgavengroei. Het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen is de belangrijkste oorzaak van de stijging van de uitgaven. Dure geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen.

Verwachting voor 2011

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2011 licht zullen afnemen tot € 4.886 miljoen.

Deze verwachting is gebaseerd op de gerealiseerde omzet in de eerste helft van 2011 en de verwachte omzet voor de tweede helft van dit jaar. Hierbij is rekening gehouden met de structurele toename van de geneesmiddelen-uitgaven, de prijsverlagingen als gevolg van de verdere uitbreiding van het preferentiebeleid, de verlaging van de maximumprijzen van geneesmiddelen in de landen om ons heen, de verlaging van de apotheektarieven door de NZa en de beperking van de aanspraak op anticonceptiva.

Prijsbeleid zorgt voor financiële druk

Onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de vrijwillige prijsverlagingen vanwege de geneesmiddelenconvenanten en het preferentiebeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 tot en met 2010 gehalveerd. Door de invoering van het individuele preferentiebeleid door verzekeraars Menzis, UVIT, CZ en Agis zijn de prijzen van een groot aantal generieke geneesmiddelen medio 2008 met 90% gedaald. Apotheken zagen hierdoor in één klap de inkoopvoor- delen verdwijnen die nodig waren om het tekort op de receptregelvergoeding te dekken. Toen het Ministerie van VWS het effect van deze prijsverlagingen verrekende door het inperken van de geneesmiddelenbudgetten voor de verzekeraars, introduceerde UVIT

in 2009 het couvertprijzenmodel. Hierbij ontvangt de verzekeraar onderhands een korting op de geneesmiddelenprijzen en blijven de publiek afgegeven geneesmiddelenprijzen ongewijzigd. Door verdere uitbreiding van het preferentie- en couvertebeleid in 2010 daalde het prijsniveau nog verder. Gevolg is dat veel apotheken in onzekerheid over de financiële continuïteit verkeerden.

Hogere receptregelvergoeding door lagere inkoopvoordelen

De vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken kwam in 2010 uit op een bedrag van € 1.269 miljoen, 14% meer dan in 2009. Belangrijkste oorzaak van deze stijging in inkomsten is de verhoging van de maximumtarieven voor het leveren van farmaceutische zorg van gemiddeld € 7,28 in 2009 tot € 7,91 in 2010. De tariefinkomsten moeten samen met de inkoopvoordelen (na aftrek van de claw back) en de marge/inkomsten uit de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen en handverkoop de dekking voor de praktijkkosten vormen. Hoewel het lijkt alsof openbare apotheken er met de inkomstentoe name gunstig voor staan, moet dit worden gezien in relatie tot de fors gedaalde inkomsten uit de inkoopfunctie van de apotheek. Per januari 2011 heeft de NZa de maximumtarieven voor apotheekhoudenden verlaagd tot gemiddeld € 7,50.

Meer merkloze geneesmiddelen

Evenals in voorgaande jaren leveren de Nederlandse apothekers steeds vaker een generiek geneesmiddel af. In 2010 betroffen 111 miljoen verstrekkingen een generieke middel, een stijging van 14%. Het aandeel generieke voorschriften nam hiermee toe tot net boven de 60%. Het preferentiebeleid

speelde zowel een belangrijke rol bij de groei van het aantal generiek verstrekkingen, als ook bij de afname van de kosten aan deze middelen. Ondanks de groei van het aantal generieke verstrekkingen, namen de geneesmiddeluitgaven van deze groep met 7,9% af tot € 388 miljoen.

Meer dure geneesmiddelen

De uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, zijn in de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2010 nam de omzet van deze dure geneesmiddelen met € 30 miljoen toe tot € 1.007 miljoen. Een steeds groter deel van de uitgaven aan deze middelen vindt zijn weg via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel unieke levering of exclusieve distributie van specialistische geneesmiddelen genoemd. Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet zijn sterk gegroeid. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen en niet via de reguliere openbare apotheken. Twee geneesmiddelen die worden gerekend tot de unieke leveringen (de TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept) staan bovenaan in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven. Ook laten ze de grootste stijging zien in de geneesmiddeluitgaven.

Metoprolol meest verstrekte middel

Apothekers verstrekten in 2010 191 miljoen keer een geneesmiddel dat binnen het wettelijk verzekerde pakket valt. Met 6,2 miljoen afleveringen is het geneesmiddel metoprolol, dat wordt toegepast bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen, koploper. Ook in 2009 stond dit middel al op de eerste

plaats. In de top 10 van meest voorgeschreven geneesmiddelen zijn er slechts enkele positiewisselingen en geen nieuwe binnenkomers.

Niet of onder voorwaarden vergoed

Geneesmiddelen bij erectiestoornissen, tegen malaria en ter ondersteuning van stoppen met roken zijn receptplichtige geneesmiddelen die standaard worden uitgesloten van vergoeding via het basispakket. Van de € 62 miljoen die in 2010 is uitgegeven aan receptplichtige nietpakket middelen, is het meeste geld besteed aan deze drie geneesmiddelgroepen. Een aantal geneesmiddelen is alleen vergoedbaar als aan aanvullende voorwaarden wordt voldaan. Hierdoor kwam 65% van de verstrekkingen van slaap- en kalmeringmiddelen in beginsel voor rekening van de gebruiker. Bij vergoedbare zelfzorggeneesmiddelen zijn het de chronisch gebruikte laxantia die de hoogste uitgaven uit de basisverzekering kennen.

Nederlander zuinig met geneesmiddelen

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen besteed. Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen. De Nederlander consumeerde in 2009 voor € 341 aan geneesmiddelen (inclusief de levering van dure geneesmiddelen). In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 406), Duitsland (€ 473) en Frankrijk (€ 570), wordt gemiddeld 19 tot 67% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. Door een stijgend geneesmiddelengebruik en door de toename in het gebruik van dure geneesmiddelen, die in sommige landen alleen via het ziekenhuis verkrijgbaar zijn, kruipt Nederland meer richting het West-Europees gemiddelde (€ 402).

Als deze dure geneesmiddelen worden uitgezonderd, is het uitgavenpeil in Nederland met € 276 fors lager dan het Europees gemiddelde. Het preferentiebeleid zorgt voor een tegengesteld effect door de demping van de prijzen van generieke geneesmiddelen.

Nauwelijks groei in apotheekvestigingen

Op 1 januari 2011 telde Nederland 1.980 apotheekvestigingen, netto slechts 4 meer dan het jaar daarvoor. De groei van het aantal openbare apotheken is hiermee nagenoeg tot een halt gekomen. De openbare apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van 92,2% van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts (doorgaans in plattelandsgebieden). De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 7.800 personen. In 2010 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 96.900 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.489.000, € 48.000 meer dan in 2009. Hoewel het hierdoor lijkt alsof openbare apotheken in 2010 meer inkomsten hebben gehad, is dit schijn. De inkomsten van een apotheek hebben geen rechtstreekse relatie met de omzet. De NZa voerde de tariefverhoging door ter compensatie van de verminderde inkomsten uit de inkoop van geneesmiddelen, veroorzaakt door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Meer werk met minder personeel

In ons land waren eind vorig jaar 25.989 personen werkzaam in een openbare apotheek, 93 minder dan in 2009. In 2010 daalde het aantal werkzame apothekersassistenten met 345 personen (-2,1%) tot 16.203. De meeste apothekersassistenten prefereren een parttime

dienstverband en de gemiddelde werkweek van 24,3 uur is verder teruggelopen. Doordat de groei van het landelijke geneesmiddelengebruik sterker is dan de groei van het werkzame apotheekpersoneel, loopt de druk op de arbeidsmarkt op. De verwerkingsgraad, een indicator voor de productiviteit en werkdruk in de apotheek, is in 2010 gestegen tot 20.600 voorschriften. De oplopende verwerkingsgraad is mede het gevolg van het feit dat apotheken noodgedwongen hebben moeten bezuinigen op de personeelskosten vanwege het niet-toereikende apotheektarief. Samen met de toenemende administratieve belasting (bijvoorbeeld als gevolg van het preferentiebeleid) stijgt de werkdruk en daalt de werktevredenheid, zoals blijkt uit werknemers-enquêtes.

Arbeidsmarkt krimpt

In 2010 studeerden 160 personen af als apotheker. Vanwege een groeiende belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, met aantrekkende aantallen eerstejaarsstudenten farmacie, is het aantal afgestudeerden vanaf 2008 aan het toenemen. Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% (112 personen) voor de openbare farmacie. Per saldo is het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar echter gedaald met 19 personen, doordat 131 apothekers het actieve vak verlieten. De financiële krapte onder apotheken heeft geleid tot forse bezuinigingen op personeel. In ogenschouw nemende dat de vraag naar farmaceutische zorg steeds verder stijgt, is dit een zorgwekkende ontwikkeling.



Nederland

1.1 Uitgavenontwikkeling

Gematigde groei geneesmiddelen-uitgaven

De uitgaven aan pakketgeneesmiddelen via openbare apotheken zijn in 2010 ten opzichte van 2009 met 3% toegenomen tot een bedrag van € 4.923 miljoen. De kosten voor de geneesmiddelen namen licht af. De door de NZa hoger vastgestelde maximum tarieven leidden tot een overall stijging van de totale uitgaven.

In 2010 bedroegen de uitgaven aan geneesmiddelen die via Nederlandse openbare apotheken zijn verstrekt en binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen € 4.923 miljoen. Het uitgavenniveau ligt hiermee € 134 miljoen (2,8%) hoger dan in 2009. Deze groei valt net iets hoger uit dan in 2008 en 2009, toen de totale uitgaven met respectievelijk 1,9% en 1,0% toenamen. In het licht van de verwachte structurele uitgavengroei voor de farmaceutische zorg van gemiddeld 7,5%, is de conclusie gerechtvaardigd dat in 2010 opnieuw sprake is van een gematigde uitgavengroei.

Geneesmiddelenkosten

De materiaalkosten voor de geneesmiddelen (AIP na aftrek van de clawback) kwamen in 2010 uit op € 3.654 miljoen en zijn daarmee € 27 miljoen lager dan in 2009. Het preferentiebeleid en de door de Wet Geneesmiddelenprijzen afgedwongen prijsverlagingen zijn

in belangrijke mate verantwoordelijk voor de lagere geneesmiddelenkosten. Het gemiddelde prijspeil van geneesmiddelen lag in december 2010 5% lager dan in december 2009. Voor generieke geneesmiddelen was dat zelfs 20% lager. Het blijvend toenemende aandeel van verstrekkingen van generieke geneesmiddelen zorgde daarnaast voor een versterkend kostenverlagend effect. Tegenover deze kostendempende effecten stond een stijging van het geneesmiddelgebruik. Uitgedrukt in standaarddagdoseringen (DDD's) bedroeg deze toename 3,9%. Dit is duidelijk hoger dan op grond van de vergrijzing en de bevolkingsgroei verwacht mocht worden. Een extra kostenstijgend effect ligt in het toenemend aantal verstrekkingen van dure geneesmiddelen. Hieronder verstaat de SFK geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen. De totale uitgaven aan dure geneesmiddelen die openbare apotheken verstrekken, namen in 2010 met € 30 miljoen toe

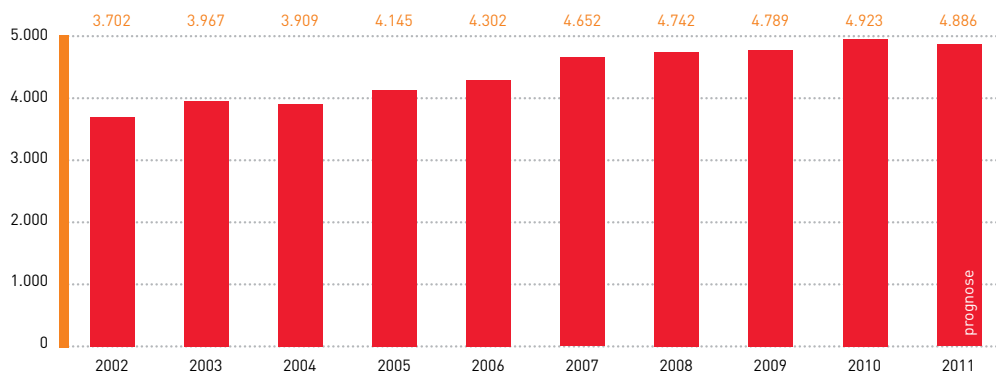
tot € 1.007 miljoen. Deze uitgavengroei gaat echter vrijwel geheel aan de reguliere (wijk) apotheek voorbij, omdat fabrikanten van dure geneesmiddelen er niet zelden voor kiezen om deze middelen selectief te distribueren.

Tariefinkomsten

De tariefinkomsten voor openbare apotheken voor geneesmiddelen die in het basispakket zijn opgenomen, kwamen in 2010 uit op een bedrag van € 1.269 miljoen. Met een totaal van € 1.232 miljoen bestaat dit bedrag voor verreweg het grootste deel uit receptregelvergoedingen voor WMG-geneesmiddelen. De rest bestaat uit marge op geneesmiddelen die een buiten-WMG status hebben. In vergelijking met 2009 namen de inkomsten uit receptregelvergoedingen voor apotheken met € 159 miljoen toe. De oorzaak van deze op het oog forse stijging van 14,9% ligt vooral in

de door de NZa verhoogde maximumtarieven. Deze tariefverhoging van gemiddeld € 7,28 in 2009 tot € 7,91 in 2010 voerde de NZa door om de verminderde inkomsten uit de inkoop voor apotheken te compenseren. Onder meer als gevolg van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid daalde voor de apotheken de inkomsten uit de inkoop. Deze inkoopvoordelen maken officieel onderdeel uit van de inkomsten van apothekers maar worden door de NZa verrekend in de tarieven die apothekers maximaal in rekening mogen brengen. Verder is de toename van de inkomsten uit receptregelvergoedingen vooral een volume-effect. Op basis van de ontwikkelingen van het aantal verstrekkingen en aanvullende prestaties zouden de inkomsten uit de receptregelvergoeding in 2010 met 4,1% zijn toegenomen. Dit percentage is vrijwel gelijk aan de toename van het aantal DDD's.

1.1 Totale uitgaven aan farmaceutische hulp: openbare apotheken (1 = 1 miljoen euro)



In 2010 namen de uitgaven aan pakketgeneesmiddelen opnieuw beperkt toe. Naar verwachting zullen de uitgaven in 2011 zelfs dalen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Prognose

De SFK verwacht dat de uitgaven aan geneesmiddelen binnen het wettelijk verzekerde pakket via openbare apotheken in 2011 licht zullen afnemen tot € 4.886 miljoen. Deze verwachting is gebaseerd op de gerealiseerde omzet in de eerste helft en de verwachte omzet voor de tweede helft van dit jaar. Hierbij is rekening gehouden met de structurele toename van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen als gevolg van de verdere uitbreiding van het preferentiebeleid, de verlaging van de maximumprijzen van genees-

middelen in de landen om ons heen, de verlaging van de apotheektarieven door de NZa en de beperking van de aanspraak op anticonceptiva. Vanaf 2011 komen vrouwen van 21 jaar en ouder nog slechts in aanmerking voor vergoeding van de pil bij toepassing van twee specifieke indicaties, waarbij anticonceptie niet het doel is. In het recente verleden was eerder een soortgelijke maatregel van kracht. In 2004 tot en met 2007 was de anticonceptiepil ook voor vrouwen van 21 jaar en ouder uitgesloten van vergoeding uit het wettelijk verzekerde pakket.

1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven

Sterke groei dure geneesmiddelen domineert

Door wijzigingen in de bevolkingssamenstelling en verschuivingen in het gebruik van geneesmiddelen is sprake van een structurele stijging van de geneesmiddelen-uitgaven van 9 tot 10% per jaar.

Onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de ophoging van de claw back, de geneesmiddelenconvenanten, het transitieakkoord en het preferentiebeleid is de afgelopen jaren sprake geweest van een beperkte toename van de geneesmiddelenuitgaven. Onderliggend spelen nog altijd een zestal factoren een rol die zorgen voor een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven van 9 tot 10% per jaar. Vanwege het structureel prijsdrukkende effect van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) gaat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voor de komende jaren uit van een groei van 7,5% per jaar.

Verschuiving in het gebruik naar duurdere geneesmiddelen

In de afgelopen jaren namen de uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, sterk toe. De omzet van deze middelen steeg van € 389 miljoen in 2004 naar € 1.007 miljoen in 2010. Over deze periode komt dat neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van 22%. Binnen de totale geneesmiddelenuitgaven zorgt de toename van de uitgaven aan dure geneesmiddelen voor een structurele groei van bijna 3% per jaar. Een steeds groter deel van deze dure

geneesmiddelen vindt zijn weg naar de patiënt via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel directe of unieke levering genoemd. De gemeenschappelijke kenmerken van de geneesmiddelen die op deze wijze hun weg naar de patiënt vinden, zijn dat ze bestemd zijn voor een relatief kleine patiëntengroep, dat ze meestal via injecties moeten worden toegediend en dat ze kostbaar zijn. Zonder uitzondering zijn de uitgaven van deze middelen hoger dan € 500 per voorschrift. Fabrikanten kiezen er voor om deze geneesmiddelen niet - zoals gebruikelijk - via iedere groothandel aan te bieden, maar om slechts met één partij in zee te gaan. Voorbeelden van landelijke leveranciers die zich op deze markt begeven, zijn Red Swan, ApotheekZorg, Klinerva, Medi-Zorg en Alloga. Zij leveren de geneesmiddelen rechtstreeks aan de patiënt. In dat geval is het voor de reguliere apotheek niet mogelijk om deze geneesmiddelen te leveren. Ook zijn er geneesmiddelen die tot de directe leveringen worden gerekend, waarbij het wel mogelijk is dat de patiënt het voorgeschreven geneesmiddel bij een apotheek naar eigen keuze kan betrekken, zoals bijvoorbeeld bij Enbrel®.

Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet groeien relatief sterk.

Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen.

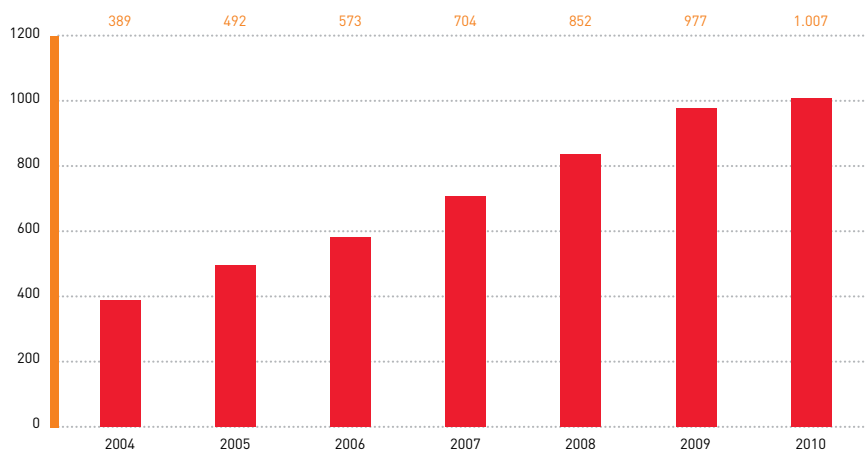
De uitgaven via de reguliere openbare apotheek namen in de periode 2004 tot en met 2010 nauwelijks toe.

Verandering van het voorschrijven en slikgedrag

Vanuit Europees perspectief gezien gebruikt de gemiddelde Nederlander relatief weinig geneesmiddelen. In ongeveer tweederde

van de gevallen dat een patiënt een huisarts consulteert, wordt er in ons land een geneesmiddel voorgeschreven. In meer zuidelijke landen in Europa kan dit percentage oplopen tot 90%. Volgens het onderzoeksinstituut IMS Health worden er in landen als België, Frankrijk en Spanje gemiddeld 15 tot 40% meer geneesmiddelen voorgeschreven per doktersbezoek dan in Nederland. Toch neemt het geneesmiddelengebruik per Nederlander duidelijk toe. Het gemiddelde aantal verstrekte standaarddagdoseringen (DDD's) per patiënt nam in de periode 2000 tot en met 2010 jaarlijks met ruim 4% toe. Het toenemende chronisch gebruik van geneesmiddelen blijkt ook uit de groeiende hoeveelheid herhalingsrecepten die apotheken verwerken.

1.2 Uitgaven geneesmiddelen van meer dan €500 per voorschrift (1 = 1 miljoen euro)



De uitgaven aan dure geneesmiddelen namen toe van € 389 miljoen in 2004 tot € 1.007 miljoen in 2010.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Veruit de meeste recepten die artsen uitschrijven, betreffen een herhaling van een eerder recept. In 82% van de gevallen wordt een recept-geneesmiddel afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. Gemeten in aantal DDD's bedraagt het aandeel herhaalrecepten zelfs 88%.

Vergrijzing

In Nederland wonen 2.567.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 15% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in 2020 toegenomen zijn tot 3.281.000 personen (20%). Bij het huidige gebruik en kosten van de geneesmiddelen zou de gewijzigde samenstelling van de bevolking ertoe leiden dat de totale geneesmiddelenuitgaven tot 2020 jaarlijks met 0,9% zullen toenemen. Als de toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de bevolkingsgroei ook wordt meegerekend, dan bedraagt de jaarlijkse stijging door demografische ontwikkelingen 1,2% per jaar. Indien de veranderingen in het voorschrijf- en slikgedrag doorzetten, zal dit nog eens een versterkend effect hebben. Volgens de bevolkingsprognose van het CBS bereikt de vergrijzing rond 2040 zijn hoogtepunt. Nederlanders van 65 jaar of ouder gebruiken ruim driemaal zo veel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen van 75 jaar of ouder loopt het consumptiepatroon zelfs op tot bijna 5 keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Ook worden geneesmiddelen in deze leeftijdsgroep overwegend chronisch gebruikt: ruim vier van de vijf recepten die 65-plussers inleveren bij de apotheek betreffen een herhaling van een geneesmiddel dat zij eerder voorgeschreven hebben gekregen. De doorsnee 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar.

Groei van bevolking en verzorgingsgebied

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking in 2010 met 0,5% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.575.000 in 2009 tot 16.654.000 op 1 januari 2011. Volgens het CBS zal de groei in de komende jaren afnemen tot 0,2% per jaar. Naast de groei van de bevolking neemt ook het verzorgingsgebied van de openbare apotheken toe. In dunbevolkte gebieden waar het niet rendabel is om een openbare apotheek te exploiteren, nemen apotheekhoudende huisartsen de farmaceutische zorgverlening waar. Zij bedienen samen 1,3 miljoen mensen, een kleine acht procent van de bevolking.

Nieuwe geneesmiddelen

Op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt de overheid haar beleid ten aanzien van het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. De nieuwe middelen die als onderling vervangbaar met bestaande middelen worden beoordeeld, worden in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) op de zogeheten 'Bijlage 1a' opgenomen. Geneesmiddelen die door het Ministerie van VWS op het betreffende moment als therapeutisch uniek worden beoordeeld, worden op de zogeheten 'Bijlage 1b' geplaatst. Hierbij gaat het vooral om nieuwe én vernieuwende geneesmiddelen die volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed.

In 2010 zijn de kosten van geneesmiddelen die op 'Bijlage 1b' staan, met 6,9% gestegen tot € 818 miljoen. Het geneesmiddel op Bijlage 1b met de hoogste omzet is de luchtwegverwijder tiotropium (Spiriva®). De uitgaven aan dit middel kwamen uit op € 83 miljoen.

De grootste kostenstijger in 2010 was een combinatiepreparaat van efavirenz, emtricitabine en tenofoviridisoproxil (Atripla®). Dit geneesmiddel wordt ingezet bij HIV infecties.

Verschuiving van ziekenhuis naar de thuissituatie

De daling in het aantal verpleegdagen en de reductie van het aantal bedden in ziekenhuizen gedurende de afgelopen jaren toont hoe de gezondheidszorg steeds meer verschuift van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Zo is ondanks de lichte bevolkingsgroei het totaal aantal verpleegdagen sinds 1990 sterk gereduceerd. In 1990 had Nederland nog een ziekenhuiscapaciteit van 4,3 bedden op 1.000 inwoners. Inmiddels is dit teruggelopen tot 2,8 bedden per 1.000 inwoners en verwacht

wordt dat dit aantal verder af zal nemen tot ongeveer 2 bedden per 1.000 inwoners in 2015. Via verkorting van de ziekenhuisopname (de gemiddelde verpleegduur is de afgelopen tien jaar met bijna 30% bekort) leidt deze ontwikkeling tot een verschuiving binnen de gezondheidszorg van de intramurale naar de extramurale sector. In financiële zin fungeert de geneesmiddelensector hiermee als een ventiel binnen de gezondheidszorg: besparingen en bezuinigingen elders in de gezondheidszorg leiden regelmatig tot meer kosten in de farmaceutische sector.

Sommige nieuwe geneesmiddelen dragen ook bij aan de verschuiving van het ziekenhuis naar de thuissituatie, omdat zij behandeling in het ziekenhuis in sommige gevallen kunnen vervangen.

1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht

Aantal verstrekkingen aan vrouwen 1,5 keer zo hoog

Het hogere geneesmiddelengebruik bij ouderen vertaalt zich in evenredig hogere geneesmiddelenuitgaven. Van de € 4,9 miljard die in 2010 is besteed aan geneesmiddelen via de openbare apotheken is € 1,9 miljard (40%) terug te voeren op personen van 65 jaar en ouder. Vooral door de hogere levensverwachting kennen vrouwen een hoger geneesmiddelengebruik dan mannen.

In 2010 leverden de openbare apotheken 117 miljoen keer een middel aan een vrouw, tegen 76 miljoen keer aan een man. Het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen aan vrouwen is hiermee 1,5 keer zo hoog als aan mannen. Dit heeft maar in beperkte te maken met het gebruik van anticonceptiva, maar komt vooral door de hogere leeftijdsverwachting bij vrouwen. Daarnaast gebruiken vrouwen onder andere meer antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen dan mannen, maar minder antithrombotica en cholesterolverlagers. Bij de geneesmiddelenuitgaven is het verschil tussen mannen en vrouwen minder groot, omdat mannen gemiddeld duurdere geneesmiddelen slikken. Hierdoor zijn de uitgaven aan geneesmiddelen bij vrouwen 1,2 keer zo hoog als bij mannen.

Ouderen

Ruim 53% van de verstrekkingen was bestemd voor iemand van 65 jaar of ouder. Tegenover ruwweg elke 10 verstrekkingen aan een 65-plusser stond er 1 aan kinderen

en jongeren in de leeftijdsgroep tot 20 jaar. Per inwoner leverden Nederlandse apotheken in 2010 gemiddeld 12 keer een geneesmiddel dat in het basispakket is opgenomen. Dit aantal loopt op van gemiddeld 2 keer per jaar voor 0- tot 10-jarigen tot gemiddeld 96 verstrekkingen voor de leeftijdscategorie van 90 jaar en ouder. Voor de groep van 65 jaar en ouder was dit gemiddeld 42 verstrekkingen per jaar.

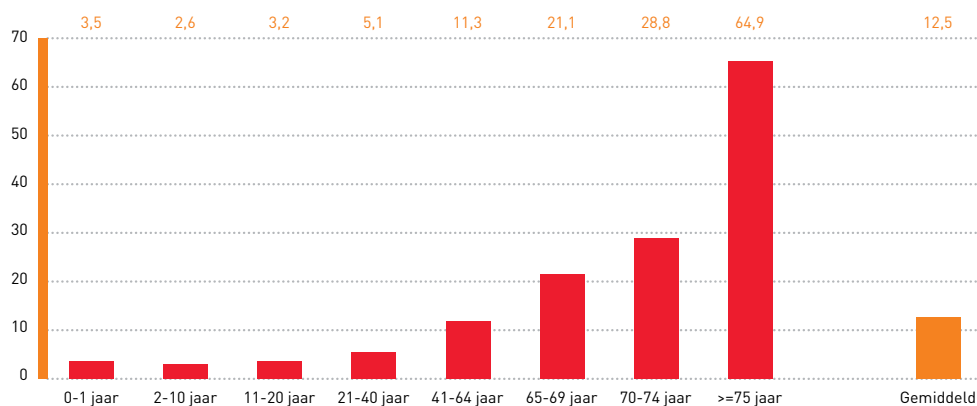
Uitgedrukt in standaarddagdoseringen (DDD's) laat het geneesmiddelgebruik een ander beeld zien. Van de in totaal 7,5 miljard DDD's die de apotheken vorig jaar verstrekten, was 'maar' 44,5% bestemd voor 65-plussers. Vrouwen ontvingen 58% van het totaal aantal verstrekte DDD's. Toch gebruikten de vrouwen niet in alle leeftijdscategorieën meer DDD's dan mannen. Het merendeel (55%) van de geneesmiddelen voor 65-plussers uitgedrukt in DDD's is weliswaar bestemd voor vrouwen, maar tot deze leeftijdscategorie behoren veel meer vrouwen dan mannen; ruim 1,43 miljoen versus 1,1 miljoen.

Meest verstrekt

Acetylsalicylzuur, dat de bloedplaatjesaggregatie remt, voert in 2010 de ranglijst aan van meest verstrekte geneesmiddelen aan 65-plussers. Bètablokker metoprolol volgt op plaats 2 en de cholesterolverlager simvastatine op 3. Maagzuurremmer omeprazol staat op de vierde plaats. In 2009 namen deze geneesmiddelen dezelfde posities in. Dat gold voor vrijwel de gehele top 10 van meest verstrekte geneesmid-

delen aan 65-plussers. Pas op plaats 9 vinden we de eerste wijziging. Daar staat de calcium-antagonist amlodipine, die ten opzichte van vorig jaar van plaats is gewisseld met de bloedplaatjesaggregatieremmer carbasalaatcalcium. Deze staat nu tiende. Bij de verstrekte geneesmiddelen met het hoogste aantal DDD's ligt dat anders. Daar voert omeprazol de seniorenlijst aan, gevolgd door respectievelijk simvastatine, acetylsalicylzuur en carbasalaatcalcium.

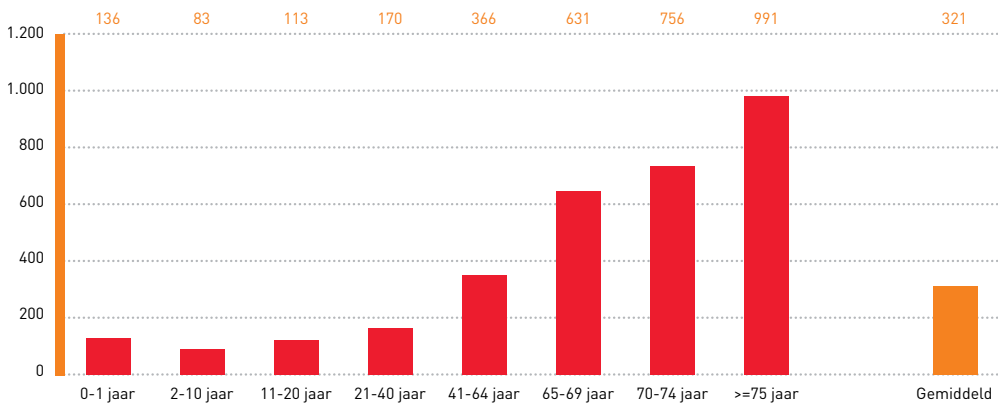
1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2010 (in voorschriften)



Openbare apotheken verstrekken aan personen van 75 jaar of ouder ruim 5 keer zo vaak een geneesmiddel als aan een gemiddelde Nederlander.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.4 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2010 (in euro's)



Het hogere geneesmiddelengebruik door ouderen vertaalt zich in navenant hogere uitgaven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Geneesmiddelengebruik (in voorschriften) en geneesmiddelenuitgaven (in euro's) naar geslacht in 2010

	VOORSCHRIFTEN	UITGAVEN
Mannen	10,0	298
Vrouwen	15,0	344
Gemiddelde Nederlander	12,5	321

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.4 Vergoeding apotheken

Hogere receptregelvergoeding door lagere inkoopvergoeding

De vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken kwam in 2010 uit op een bedrag van € 1.269 miljoen. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding voor WMG-geneesmiddelen (€ 1.232 miljoen) en de apotheekmarge op geneesmiddelen die niet vallen onder de WMG (€ 37 miljoen). De receptregelvergoeding is verreweg de belangrijkste component van de apotheekvergoeding.

Op 1 oktober 2006 is de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in werking getreden. De WMG vervangt de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en bepaalt welke tarieven een apotheek maximaal in rekening mag brengen bij de persoon die het middel gebruikt of de verzekeraar bij wie de gebruiker in kwestie verzekerd is. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een receptregelvergoeding voor de geleverde dienstverlening door de apotheek en een (inkoop)vergoeding voor de door de apotheek geleverde receptgeneesmiddelen.

Receptregelvergoeding

De receptregelvergoeding is een vast bedrag dat de apotheek in rekening mag brengen per verstrekt receptgeneesmiddel. Uitgangspunt bij de bepaling van de hoogte van de receptregelvergoeding is oorspronkelijk een reële vergoeding van de apotheekpraktijkkosten en het door de overheid vastgestelde norminkomen voor de gevestigde apotheker. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de receptregelvergoeding vast. Tot 1 juli 1998 was de receptregelvergoeding een vast bedrag per receptregel. Per 1 juli 2008 heeft de NZa

een gedifferentieerde receptregelvergoeding ingevoerd met een beoogd gewogen gemiddelde van € 6,10. Naast een basisvergoeding per behandelde receptregel, geldt dan een additionele vergoeding voor aanvullende prestaties zoals een eerste uitgifte en (bijzondere) apotheekbereidingen of een toeslag bij uitgifte gedurende een avond-, nacht of zondagsdienst. Daarnaast heeft de NZa een aparte afleververgoeding vastgesteld voor levering via een weekdoseersysteem.

Eind december 2008 verraste de NZa de sector met de introductie van een zogeheten flexibel tarief, variërend van een maximum tarief van gemiddeld € 7,28 tot een maximaal verhoogd tarief van € 7,91. Ook de hoogte van de claw back zou onderhandelbaar zijn. Dit maximaal verhoogde tarief of een tarief dat ligt tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief mag in rekening worden gebracht als hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheek ten grondslag ligt. De NZa heeft het maximumtarief ruim 8% lager vastgesteld dan het maximaal verhoogde tarief dat is gebaseerd

op de door de NZa berekende praktijkkosten bij een door de NZa gedefinieerde subselectie van openbare apotheken. De NZa heeft het maximumtarief bewust niet op kostendekkend niveau vastgesteld om apothekers 'te stimuleren te onderhandelen', tegelijkertijd zou het maximaal verhoogde tarief 'verzekeraars moeten prikkelen tot een lager tarief te komen', aldus de NZa. Door deze plotselinge aankondiging en de korte periode tot het nieuwe (contract)jaar konden apotheken en verzekeraars zich niet voorbereiden op dit flexibele tarief. Tijd om aan de hoogte van het flexibele tarief te wennen werd apotheken nauwelijks gegund. Eind april kondigde de NZa wederom nieuwe tariefbedragen aan die per 1 mei 2009 van kracht werden. Met name het tarief voor de eerste uitgifte werd opwaarts bijgesteld. De bedoeling was om hiermee meer recht te doen aan de extra werkzaamheden die horen bij een eerste uitgifte van een geneesmiddel. Door de verhoging van het tarief voor een eerste uitgifte daalden de overige tarieven navenant. Uitgangspunt van de NZa is namelijk dat het gemiddelde maximumtarief moet blijven sluiten op een bedrag van € 7,28. Begin december 2009 verhoogde de NZa de maximumtarieven voor farmaceutische diensten, die vanaf 1 januari 2010 van kracht werden, met 9% tot een gemiddelde van € 7,91. Naast het maximumtarief kende de tariefbeschikking van de NZa evenals in 2009 een maximaal verhoogd tarief. De maximaal verhoogde tariefbedragen lagen 26% hoger dan het maximumtarief met een beoogd gemiddelde van € 10,00. Daarmee nam de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toe van € 0,64 tot € 2,09. De NZa heeft geen reden voor deze aanzienlijke toename gegeven.

Evenals vorig jaar blijft ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar. Het is echter de vraag of apothekers volledig kunnen profiteren van de onderhandelingsruimte die zorgverzekeraars van de NZa hebben gekregen. Medio december 2010 heeft de NZa de maximumtarieven voor 2011 vastgesteld op een beoogd gemiddelde van € 7,50. Het gemiddelde tarief ligt daarmee 5,2% lager dan in 2010, toen het tarief op gemiddeld € 7,91 was vastgesteld. De verlaagde tarieven voor apothekers leiden gemiddeld per apotheek tot een vermindering van de tariefinkomsten van bijna € 35.000. Naast de lagere tariefinkomsten zullen apotheken opnieuw de gevolgen onder vinden van fors lagere prijzen vanwege uitbreiding van het preferentiebeleid door diverse verzekeraars. Het maximaal verhoogde tarief is niet verlaagd en komt evenals vorig jaar gemiddeld uit op een bedrag van € 10,00. Daarmee is de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toegenomen tot € 2,50. Onder dezelfde voorwaarden als bij het maximaal verhoogd tarief blijft ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar. Volgens de NZa zal het kostendekkend tarief voor de dienstverlening van de apotheek € 7,96 bedragen.

De inkomsten uit de receptregelvergoeding kwam in 2010 uit op € 1.232 miljoen. Dit is € 159 miljoen ofwel bijna 15% meer dan in 2009. Deze toename kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de verhoging van de maximumtarieven. Verder is de toename vooral een volume-effect.

Inkoopvergoeding

De inkoopvergoeding die een apotheek in rekening mag brengen voor verstrekte recept-geneesmiddelen is in beginsel gebaseerd op

de lijstprijs die de betrokken geneesmiddelenleverancier (de fabrikant of de importeur) voor het betreffende product heeft vastgesteld. In de praktijk kunnen apotheken bij hun toeleveranciers korting bedingen op deze lijstprijzen. Deze inkoopvoordelen zijn de afgelopen jaren regelmatig onderwerp van discussie geweest. Tot 1 oktober 1991 gold als wettelijke regeling dat apotheken bij de levering van receptgeneesmiddelen de daadwerkelijk betaalde netto inkoopprijs vermeerderd met een marge van 4% van de corresponderende lijstprijs in rekening mochten brengen. Op 1 oktober 1991 besloot de toenmalige Staatssecretaris Simons van Volksgezondheid uit bezuinigingsoverwegingen de receptregelvergoeding te verlagen. In samenhang met deze maatregel werd het apotheken toegestaan om voor de geleverde receptgeneesmiddelen de lijstprijzen in rekening te brengen en dus alle bedongen inkoopvoordelen te behouden. Op deze wijze konden de apotheken de gemiste inkomsten vanwege de verlaging van de receptregelvergoeding compenseren. Door de actieve handelsinstelling van apothekers en het verlopen van geneesmiddelenpatenten (hetgeen heeft geleid tot meer concurrentie door de komst van nieuwe aanbieders van generieke varianten van de betreffende geneesmiddelen) zijn de door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen toegenomen. Anderzijds is de hoogte van de receptregelvergoeding achtergebleven bij de ontwikkeling van de apotheekpraktijkkosten. De inkoopvoordelen werden daarmee een onmisbaar element binnen de praktijkfinanciering van apotheken. Toen in mei 2008 de forse prijseffecten van de invoering van het preferentiebeleid zichtbaar werden, deed de KNMP een dringend beroep op de NZa en het Ministerie van VWS om de receptregelvergoeding op kostendekkend niveau vast te stellen, nu de inkomsten uit inkoopvoordelen

in rap tempo verdampten. De overheid stelde zich echter op het standpunt dat eerst nieuw boekenonderzoek nodig was, alvorens een dergelijk besluit in overweging kon worden genomen. De KNMP gaf aan dat de continuïteit van het apotheekbedrijf dermate bedreigd werd door de gewijzigde marktomstandigheden dat directe aanpassing van de tarieven noodzakelijk was. De rechter van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) stelde de KNMP hierbij in het gelijk met als gevolg dat de claw backregeling vanaf 1 juli 2008 geschorst werd. Vervolgens liet de NZa in de periode juli-oktober 2008 nieuw boekenonderzoek uitvoeren – het derde boekenonderzoek in nauwelijks één jaar tijd. Zoals op voorhand voorspeld kon worden, gaf het onderzoek geen uitsluitsel over de gevolgen van de invoering van het preferentiebeleid in mei 2008. Het boekjaar 2008 was immers nog niet afgesloten. Aangezien boekenonderzoek uitsluitend een blik geeft op het verleden, extrapoleert de NZa de uit het onderzoek afkomstige gegevens op basis van aannames. Op basis van deze aannames besloot de NZa het apotheektarief per 1 januari 2009 in beperkte mate te verhogen. Tegelijkertijd was de NZa van mening dat de claw backregeling weer van kracht kon worden. Tevens stelde de NZa zich op het standpunt dat de schorsing van de claw back gedurende het tweede halfjaar van 2008 onterecht was en dat apotheken deze alsnog dienden in te leveren via een tijdelijke verhoging van de claw back in 2009 en 2010.

.....
Juist de aannames, maar ook de steeds wisselende uitgangspunten van de NZa zijn door de KNMP ter toetsing voorgelegd bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb).
.....

Hierbij heeft de rechter tot nu toe echter meestal het voordeel van de twijfel uitgesproken ten gunste van de NZa.

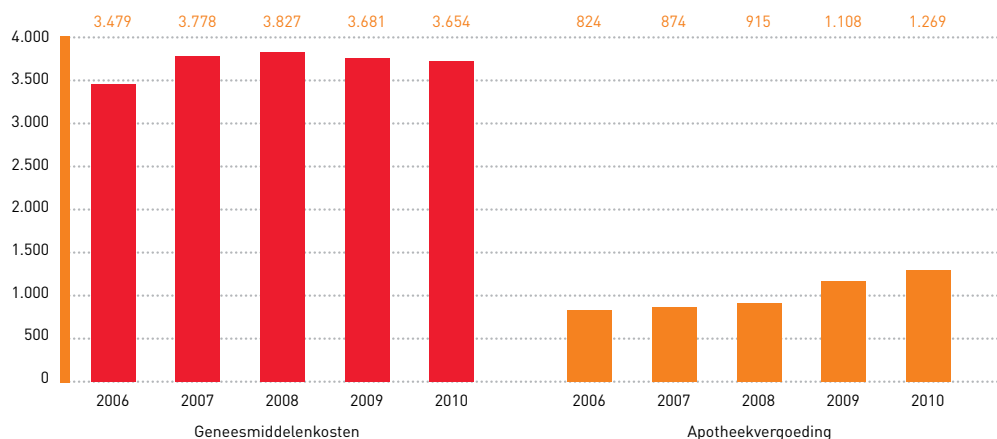
Claw back

In 1998 is de zogeheten claw back geïntroduceerd. Naar Engels voorbeeld voerde de toenmalige minister van Volksgezondheid mevrouw Borst een wettelijke regeling in waarbij apotheken werden verplicht een deel van de gerealiseerde inkoopvoordelen als prijsvoordeel door te berekenen aan de gebruiker respectievelijk de verzekeraar. Aanvankelijk was de claw back beperkt tot effectief 3%. In 1999 sloot de minister van Volksgezondheid een akkoord met de KNMP voor de periode 2000-2002. Het akkoord voorzag in een geleidelijke verhoging van de receptregelvergoeding in samenhang met een bijstelling van de claw back van 3% tot effectief 6% (formeel werd de claw back verhoogd tot 6,82% met een maximum van € 6,80 per verstrekt receptgeneesmiddel). Bij de vaststelling van de claw back werd uitgegaan van de uitkomsten van een onderzoek naar de omvang van door apotheken gerealiseerde inkoopvoor-

delen dat was verricht door het accountantskantoor PriceWaterhouseCoopers. Partijen onderschreven hierbij het uitgangspunt dat een handelsmarge van 4% als reële vergoeding wordt gezien voor de kosten en risico's die samenhangen met de bedrijfsvoering van een apotheek. Hiermee werd aangesloten bij de oorspronkelijke situatie aan het begin van de jaren negentig waarbij 4% aan inkoopvoordelen ook wettelijk als reguliere handelsmarge werd aangemerkt. Na de tijdelijke verhoging van de claw back in 2009 en 2010 tot 8,53% met een maximum van € 6,80 per verstrekking, is deze voor 2011 verlaagd tot 6,82% met een maximum van € 6,80 per verstrekking.

Na aftrek van de claw back namen de geneesmiddelenkosten in 2010 met € 146 miljoen af tot € 3.654 miljoen. De afname wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de prijsverlagingen als gevolg van verdere uitbreiding van het preferentiebeleid.

1.6 Geneesmiddelenkosten en apotheekvergoeding openbare apotheken (1 = 1 miljoen euro)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Prijsontwikkeling geneesmiddelen

Prijzen geneesmiddelen in 15 jaar gehalveerd

Onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de vrijwillige prijsverlagingen vanwege de geneesmiddelenconvenanten en het preferentiebeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 tot en met 2011 ruim gehalveerd.

De SFK bepaalt de ontwikkeling van het prijspeil door maandelijks de totale kosten van de door openbare apothekers verstrekte geneesmiddelen te vergelijken met de totale kosten van dezelfde hoeveelheid van dezelfde geneesmiddelen tegen de prijzen van de volgende maand. Wijzigingen in aantal en aard van de verstrekte geneesmiddelen hebben daardoor geen invloed op het prijspeil.

Maximumprijzen

Al vanaf de introductie in juni 1996 levert de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) een belangrijke bijdrage aan de dalende prijzen. Via deze wet kan de overheid aan leveranciers van receptgeneesmiddelen de verplichting opleggen om hun geneesmiddelen niet boven het gemiddelde niveau te prijzen van dat in vier ons omringende landen. Dit zijn België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. Vanaf 1996 stelt de overheid jaarlijks tweemaal de maximumprijzen vast. Door deze wet daalde het prijspeil de afgelopen jaren met gemiddeld 3 tot 4% per jaar. Daarmee is de WGP momenteel het belangrijkste instrument van de overheid om invloed uit te oefenen op de geneesmiddelenprijzen. De meest recente vaststellingen van de maximumprijzen hebben

in oktober 2010 geleid tot een daling van het prijspeil van receptgeneesmiddelen met 2,4%. In april 2011 leidden aanpassingen van de maximumprijzen tot een daling van 0,7%. De overheid heeft niet voor alle receptgeneesmiddelen een maximumprijs vastgesteld. Wel vallen er steeds meer geneesmiddelen onder de WGP. Begin 2008 waren maximumprijzen vastgesteld voor 1.250 geneesmiddelen op PRK-niveau. Dit niveau kenmerkt zich door een unieke combinatie van werkzame stof(fen), sterkte, toedieningsvorm en andere relevante eigenschappen. Begin 2011 is dat aantal geneesmiddelen opgelopen tot ruim 1.600.

Convenantsjaren

De periode 2004 tot en met 2009 kenmerkte zich door sectorale convenantsafspraken over verlaging van geneesmiddelenprijzen. Deze periode startte met de afspraak tussen het Ministerie van VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bogen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen zouden worden verlaagd tot gemiddeld 40% onder het niveau van de lijstprijzen van de betrokken fabrikanten op 1 januari 2004. Daarnaast zouden nieuwe generieke geneesmiddelen bij introductie op de markt tenminste 40% geprijsd worden

onder het prijsniveau van het corresponderende originele merkgeneesmiddel. Met ingang van 1 januari 2005 sloot ook Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, zich aan bij het geneesmiddelenconvenant. In aanvulling op de bepalingen in het convenant 2004 is toen afgesproken dat specialitéfabrikanten per 1 januari 2005 de prijzen verlaagden van receptgeneesmiddelen waarvan op 'stof- en toedieningsniveau' vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar waren, dan wel dat de specialitéfabrikanten compenserende prijsverlagingen zouden doorvoeren binnen het single source-segment (geneesmiddelen waarvan geen generieke alternatieven beschikbaar zijn). In de jaren 2006 en 2007 zijn deze afspraken gecontinueerd. In september 2007 sloot Minister Klink van Volksgezondheid andermaal een akkoord met Bogin, KNMP, Nefarma en Zorgverzekeraars Nederland. Enerzijds betrof dit een continuering en aanscherping van de bezuinigingsafspraken uit de eerdere convenanten. Zo kwamen partijen overeen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen in 2008 met nog eens 10% zouden worden verlaagd en dat nieuwe generieke geneesmiddelen in het vervolg voor maximaal de helft van de prijs van het corresponderende originele merk-geneesmiddel op de markt zouden worden gebracht. Daarnaast is afgesproken dat de claw back gedurende de maanden december 2007 tot en met juni 2008 tijdelijk verhoogd werd met een transitietoeslag van 6,82% tot 11,3%. Ondersteund door de verlaging van de maximumprijzen onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het verlopen van de geneesmiddelenpatenten van diverse geneesmiddelen zijn de in de convenanten overeengekomen besparingsdoelstellingen vanaf het jaar 2005 steeds gerealiseerd. In 2008 en 2009

zijn deze besparingsdoelstellingen zelfs met € 110 miljoen respectievelijk € 570 miljoen overschreden.

Preferentiebeleid

Begin 2008 gaf een aantal verzekeraars (Menzis, UVIT, CZ en AGIS) te kennen het preferentiebeleid, waarmee de afgelopen jaren zonder veel effect op landelijk niveau geëxperimenteerd was door Zorgverzekeraars Nederland, per 1 juli 2008 breedschalig uit te willen bouwen. Het preferentiebeleid houdt in dat een verzekeraar aangeeft dat een verzekerde met een basispolis binnen een bepaald geneesmiddelencluster slechts recht heeft op de vergoeding van één of enkele varianten. Geneesmiddelen van een leverancier (label) die niet door de verzekeraar zijn aangewezen, worden dan in het geheel niet vergoed. In afwijking van de bijbetalingsregeling binnen het geneesmiddelenvergoedingssysteem betekent dit dat de patiënt eventuele alternatieven volledig uit eigen portemonnee moet betalen. De landelijke "aanbesteding" van verzekeraars in juni 2008 heeft een ware prijzenslag tussen generieke geneesmiddelenleveranciers ontkend. De prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen daalden met 90%. Omdat verzekeraars naast het preferentiebeleid ook laagste-prijs-afspraken maken (verzekeraar betaalt apotheek maximaal de prijs van het goedkoopste alternatief voor een bepaald geneesmiddel ongeacht het geneesmiddel dat de apotheek verstrekt) of zogeheten 'bandbreedte afspraken' (verzekeraar vergoedt alleen geneesmiddelen die maximaal 3 tot 5% duurder zijn dan het goedkoopste alternatief) moesten alle generieke geneesmiddelenleveranciers hun prijzen tot het laagste niveau verlagen, wilde men zich niet compleet uit de markt prijzen. Per saldo leidde de prijzenslag

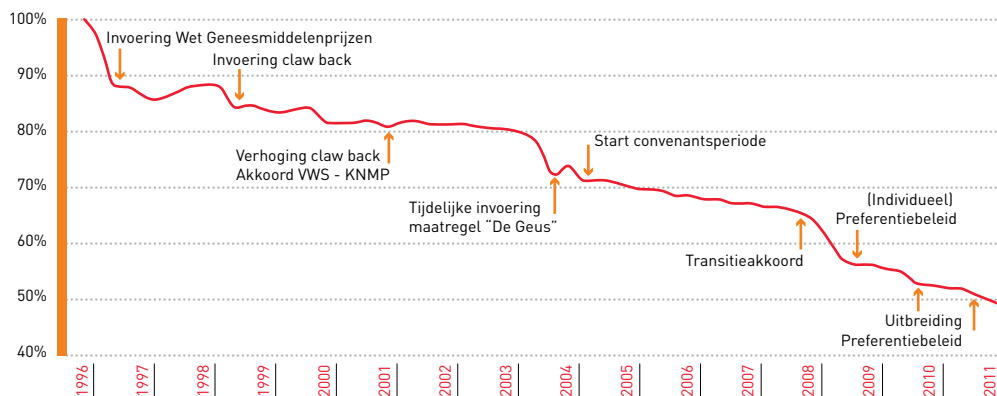
tot een kostenverlaging van € 355 miljoen op jaarbasis. Eerder dat jaar waren de prijzen van generieke geneesmiddelen al met € 125 miljoen verlaagd als gevolg van het Transitieakkoord dat minister Klink had gesloten met de geneesmiddelensector. Daarmee is de omzet van generieke geneesmiddelen in nauwelijks een half jaar tijd gehalveerd.

Couvertbeleid en pakjesprijs

Het Ministerie van Volksgezondheid “incasseerde” het effect van de prijsverlagingen door de geneesmiddelenbudgetten voor de verzekeraars navenant te laten zakken. Uit onvrede hierover introduceerde verzekeraar

UVIT in 2009 een onderhands systeem: het zogenaamde couvertprijzenmodel. Hierbij verlaagt een geneesmiddelenleverancier niet de geneesmiddelenprijzen die publiek afgegeven worden, maar biedt deze UVIT onderhands een korting. Het model wordt sterk bekritiseerd, omdat niet duidelijk is hoe het inkoopvoordeel van UVIT aan de premiebetalers ten goede komt en apotheken verplicht worden om generieke middelen af te leveren waarvan goedkopere varianten beschikbaar zijn. In de loop van 2009 maakte UVIT bekend dat in het couvertbeleid aangewezen geneesmiddelen niet meetellen voor het verplichte eigen risico.

1.7 Prijsontwikkeling receptgeneesmiddelen op basis van de SFK prijsindex (januari 1996 = 100), afzet gewogen gemiddelde



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.6 Marktaandelen productgroepen

Aandeel generieke verstrekkingen boven de 60%

Het aantal verstrekkingen van generieke geneesmiddelen nam in 2010 met 15% toe tot 111 miljoen. Het aandeel dat deze groep uitmaakt binnen het totaal aantal verstrekkingen kwam daarmee voor het eerst boven de 60%.

Generieke geneesmiddelen zijn gemaakt naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen. Ze dragen geen merknaam maar de naam van het werkzame bestanddeel, meestal aangevuld met de naam van de producent. Generieke geneesmiddelen zijn goedkoper dan de merk-geneesmiddelen (*spécialités*). Vooral de laatste jaren zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen onder druk van het preferentiebeleid sterk gedaald.

Sterke groei generiek

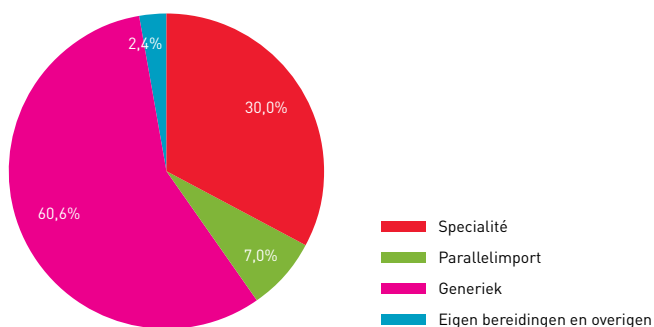
Het aandeel verstrekkingen van generieke geneesmiddelen ten opzichte van het totaal aantal receptplichtige pakketgeneesmiddelen, nam toe van 57,0% in 2009 tot 60,6% in 2010. Niet eerder was dit aandeel zo hoog. Dit komt vooral omdat voorschrijvers er steeds vaker voor kiezen om een multisource geneesmiddel voor te schrijven in plaats van een middel dat alleen als *spécialité* (singlesource) beschikbaar is. De toegenomen beschikbaarheid van nieuwe generieke varianten had een veel beperktere invloed. Het aantal verstrekkingen van generieke oorsprong kwam in 2010 uit op 111 miljoen. In vergelijking met 2009 is dit een stijging van 16,2%. Met een groei van 13,2% nam ook het

aantal verstrekte standaarddagdoseringen van generieke geneesmiddelen sterk toe. Dat beide groeipercentages geen gelijke tred vertonen, kan worden verklaard door de toename van het aantal uitgaven in weekdoseersystemen. Ondanks de groei van het aantal verstrekkingen van generieke geneesmiddelen, namen de geneesmiddeluitgaven van deze groep met 7,9% af tot € 388 miljoen.

Hogere substitutiegraad

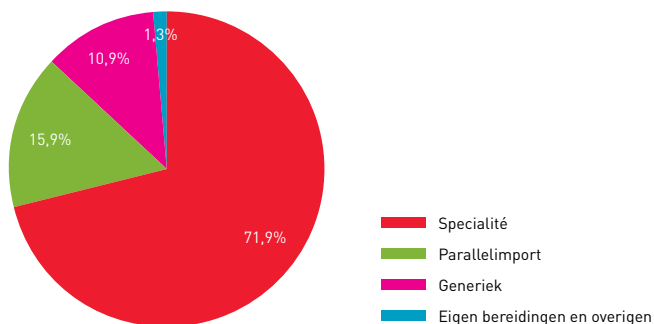
Als apothekers naast een *spécialité* de keus hebben uit één of meerdere merkloze, equivalente varianten, is er sprake van een multisource geneesmiddel. Nederlandse apothekers verstrekten in 2010 binnen de beschikbare multisource geneesmiddelen in 93,1% van de gevallen een generiek geneesmiddel. Dit noemen wij de substitutiegraad. Een jaar daarvoor bedroeg deze nog 91,8%. Hierbij vindt de indeling naar multisource geneesmiddelen op maandbasis plaats. Zorgverzekeraars oefenen via hun preferentiebeleid een sterke invloed uit op de substitutiegraad. Via het preferentiebeleid mag de verzekeraar de aanspraak van de verzekerde beperken tot door hen aangewezen geneesmiddelen. Vanwege de prijs zijn dit in de praktijk

1.8 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2010



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.9 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2010



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

vrijwel altijd generieke geneesmiddelen. Alleen als er op aangegeven van de arts sprake is van een medische noodzaak, heeft de verzekerde recht op vergoeding van een geneesmiddel dat niet in het preferentiebeleid is opgenomen. De voorschrijver moet dit dan op het recept vermelden. Ook het pakjesprijsmodel dat Achmea/Agis

in 2010 introduceerde, heeft een positieve invloed op het aandeel generiek. In dit model krijgen apothekers voor alle aangewezen multisource geneesmiddelen een vaste prijs per pakje. Voor een apotheker is binnen dat model het afleveren van een generiek geneesmiddel gunstiger.

Andere inkoopkanalen ongewijzigd

De toename van het aantal verstrekkingen van generieke middelen kwam vrijwel overeen met de groei van het totaal aantal verstrekkingen van receptplichtige geneesmiddelen uit de basisverzekering. Het aantal verstrekkingen van geneesmiddelen uit andere onderscheiden inkoopkanalen bleef nagenoeg ongewijzigd. Evenals in 2009 leverden de apotheken in 2010 55 miljoen keer een spécialité af. Het aantal verstrekkingen van parallel geïmporteerde geneesmiddelen bleef steken op 13 miljoen.

Parallel geïmporteerde geneesmiddelen zijn merkgeneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de fabrikant worden geïmporteerd uit landen binnen de Europese Unie, waar het prijsniveau lager ligt dan in Nederland. Tot slot bleef ook het aantal verstrekkingen in de categorie 'bereidingen en overige mid-

delen' met ongeveer 4,4 miljoen ongewijzigd. Tot deze categorie rekent de SFK bereidingen volgens een landelijk protocol van het Wetenschappelijk Instituut van de KNMP. Deze zijn in het algemeen met een landelijk identificatienummer in de G-Standaard van Z-Index opgenomen, de overige middelen hebben niet zo'n codering. Tot de meest afgeleverde eigen bereidingen behoren basis-crèmes en -zalven die worden toegepast bij huidaandoeningen zoals eczeem, jeuk, aambeien of bij ernstige droge huid. Aan deze crèmes kunnen desgewenst geneesmiddelen worden toegevoegd, zoals lidocaïne (met lokale anesthetische werking). Daarnaast wordt in de apotheek ook regelmatig natriumfluoride mondspoeling bereid en afgeleverd, evenals zure oordruppels voor de uitwendige gehoorgang en oogdruppels en -zalven.

1.7 Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Helpt bijbetalingen aan middelen bij ADHD

Het totaalbedrag aan bijbetalingen voor receptgeneesmiddelen was in 2010 voor het eerst meer dan € 50 miljoen. Bijna de helft daarvan is besteed aan middelen bij ADHD.

In Nederland geldt voor geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn een vergoedingslimiet. Deze limiet is door de overheid vastgesteld en in het Geneesmiddelvergoedings-systeem (GVS) opgenomen. Voor geneesmiddelen die door de fabrikant boven die limiet zijn geprijsd is een eigen bijdrage verschuldigd. Deze bijdrage is gelijk aan het verschil tussen de vergoedingslimiet en de officiële inkoopprijs van het geneesmiddel en behoort niet tot het basispakket van de zorgverzekering. Het aantal geneesmiddelen waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is, is relatief laag. Dat komt omdat de limieten van de meeste geneesmiddelen gebaseerd zijn op het prijspeil van oktober 1998 en nadien niet meer herijkt zijn. In 2010 nam de Tweede Kamer een motie aan om het GVS te herijken en dit voornemen is ook in het Regeerakkoord opgenomen. Nieuwe herberekende limieten zullen op basis van de huidige prijzen bij ongewijzigd voorschrijf- en aflevergedrag leiden tot forse bijbetalingen. De minister heeft aangegeven dat deze bijbetalingen onaanvaardbaar hoog te vinden.

Patiënten betalen de huidige GVS-bijdrage overigens lang niet altijd zelf. Zo bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan die de eigen bijdragen voor geneesmiddelen

geheel of gedeeltelijk vergoeden. Voor een aantal geneesmiddelen biedt de fabrikant aan om de bijbetaling voor zijn rekening te nemen. Uit strategische overwegingen (in internationaal perspectief) wensen de fabrikanten de betreffende producten niet onder de vergoedingslimiet te prijzen, maar willen ook niet dat de gebruikers van hun geneesmiddelen voor de bijbetaling opdraaien. Voor geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn, stelt de overheid geen limiet vast.

50 miljoen euro

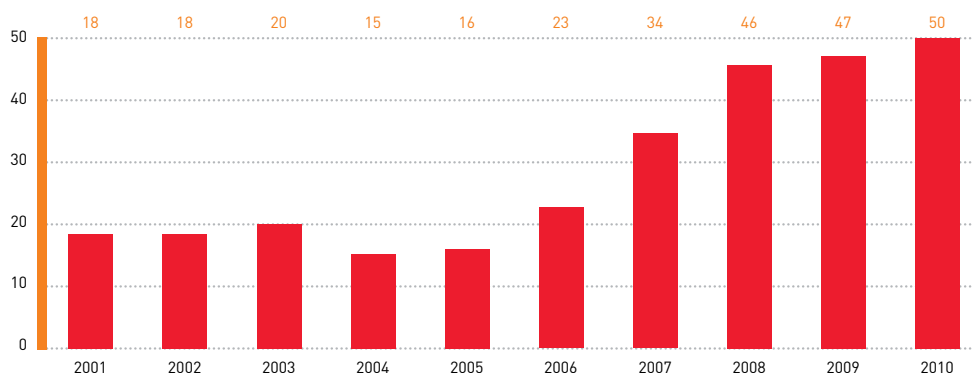
Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2010 2,9 miljoen keer een receptgeneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage was verschuldigd. Hiermee was € 50,2 miljoen gemoeid. Voor het eerst kwam dit bedrag boven de € 50 miljoen uit. Het bedrag ligt 8% hoger dan in 2009, toen de toename van de uitgaven aan GVS-bijdragen tot stilstand leek te zijn gekomen. Vrijwel de helft, € 24,1 miljoen, van het totaal aan eigen bijdragen komt op het conto van de ADHD-geneesmiddelen methylfenidaat en atomoxetine. De groep anticonceptiepillen nam in 2010 de tweede plaats in op de lijst van geneesmiddelgroepen met eigen bijdragen. Hierbij ging het om een totaalbedrag van € 9,4 miljoen. Het totaal-

bedrag aan eigen bijdragen voor de hormonale anticonceptie in de vorm van een vaginale ring (€ 3,5 miljoen) zijn hierin niet meegenomen. In de rangschikking staat dit middel op de vierde plaats, achter de groep spasmolytische geneesmiddelen die worden toegepast bij urineincontinentie. Het totaalbedrag aan eigen bijdragen in deze groep bedroeg vorig jaar € 5,5 miljoen. Hiervan namen solifenacine (Vesicare) en tolterodine (Detrusitol) met respectievelijk € 2,6 miljoen en € 2,3 miljoen het grootste deel voor hun rekening. Hoewel het totaalbedrag aan eigen bijdrage voor deze middelen in dezelfde orde van grootte ligt, geldt dat niet voor de hoeveelheid verstrekte geneesmiddelen. Van de eerstgenoemde zijn bijna 4 keer zoveel standaarddagdoseringen (DDD) verstrekt. De groep geneesmiddelen bij Parkinson maakt met € 1,7 miljoen de top 5 bijbetalers vol. Hiervoor zijn hoofdzakelijk rasagiline (Azilect) en pramipexol (Sifrol) verantwoordelijk.

ADHD

Voor de ADHD-geneesmiddelen bedroeg het totaal aan eigen bijdragen in 2010 € 24,1 miljoen. Dat is € 2,3 miljoen (11%) meer dan in 2009. Deze stijging komt geheel voor rekening van methylfenidaat. Van atomoxetine (Strattera) lag zowel het bedrag aan eigen bijdragen (€ 4,8 miljoen) als het aantal verstrekte DDD's (840.000) nagenoeg op hetzelfde niveau als in 2009. Gemiddeld is per dagdosering atomoxetine een eigen bijdrage van € 5,75 betaald. Aan de betaling van dit middel droeg de zorgverzekerswet in 2010 naar verhouding weinig bij: € 435.000. Hiervan was 20% voor de geneesmiddelkosten en de rest voor werkzaamheden in de apotheek. Voor methylfenidaat werd in 2010 € 19,3 miljoen aan eigen bijdragen neergeteld. Deze eigen bijdragen waren verschuldigd voor dat deel (47%) van de verstrekkingen die een vorm met vertraagde afgifte betrof (Concerta, Medikinet en Equasym). Dit percentage is vrijwel ongewijzigd ten opzichte van 2009. Het aantal verstrekkingen voor methylfenidaat in totaal is in 2010 met 20% gestegen tot 980.000.

1.10 Totale GVS-bijdrage via openbare apotheken (1 = 1 miljoen euro)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.8 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief

Nederlandse geneesmiddeluittgaven blijven laag

Het geld dat een Nederlander gemiddeld aan geneesmiddelen uitgeeft, is in 2009 gestegen tot € 341. Dit bedrag ligt 15% onder het West-Europees gemiddelde (€ 402). Het aandeel dat de Nederlandse geneesmiddeluittgaven uitmaken van de totale zorgkosten is wederom afgenomen en bedroeg 9,7%. Omdat van veel landen de cijfers over 2010 nog niet bekend zijn, hebben de cijfers in deze paragraaf betrekking op het jaar 2009.

Hoewel de uitgaven aan pakketmiddelen in Nederland in 2009 met 1% zijn gestegen ten opzichte van 2008, namen de uitgaven per hoofd van de bevolking toe met 1,7%. Dit is te verklaren doordat in laatstgenoemde uitgaven zowel de kosten van receptplichtige als niet-receptplichtige medicijnen zijn meegenomen, ongeacht of ze in het basispakket vallen. Aangezien de minister van VWS per januari 2009 benzodiazepines standaard heeft uitgesloten van vergoeding binnen de basisverzekering, tellen de € 56 miljoen uitgaven aan deze middelen die destijds in rekening zijn gebracht bij de patiënt niet mee voor de collectieve geneesmiddeluittgaven, maar wel voor de totale uitgaven in West-Europees perspectief.

Buurlanden

In onze buurlanden ligt de geneesmiddelenconsumptie 19 tot 67% hoger. In België is in 2009 gemiddeld € 406 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 473. In Frankrijk bedroegen de uitgaven € 570 per hoofd. Het land dat gemiddeld het meeste geld uitgeeft aan geneesmiddelen, is Zwitser-

land. Daar gaf de doorsnee inwoner € 611 uit aan medicijnen. Aan de andere kant van het uitgavenspectrum ligt Engeland. Bij gebrek aan actuele gegevens over heel Groot-Brittannië kan de SFK alleen rapporteren over Engeland, waar de uitgaven per hoofd van de bevolking in 2009 zijn uitgekomen op € 209. Net als vorig jaar is Engeland met deze relatief lage uitgaven per hoofd hekkensluiter binnen de West-Europese landen. Een belangrijke factor hierbij is wel dat dure geneesmiddelen in dat land zijn voorbehouden aan ziekenhuizen en deze uitgaven dus buiten de extramurale scope vallen. Bij de gemiddelde kosten per Nederlander zijn wél de kosten inbegrepen die zijn gemoeid met de levering van dure geneesmiddelen (gemiddeld € 65 per persoon in 2009). Van dure geneesmiddelen bedragen de kosten per voorschrift meer dan € 500. Deze middelen worden in ons land vaak via door de fabrikant geselecteerde apotheken op de markt gebracht. Als het Nederlandse uitgavenniveau hiervoor gecorrigeerd wordt, komt het gemiddelde in ons land uit op € 276.

In vergelijking met het van oudsher zuinige Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land zo'n 30% hoger. De Zuid-Europese landen hebben traditiegetrouw eveneens lage geneesmiddeluitgaven per inwoner. Nederland bevond zich in 2009 boven het niveau van Italië (€ 327), maar was goedkoper dan Portugal (€ 346) en Spanje (€ 357).

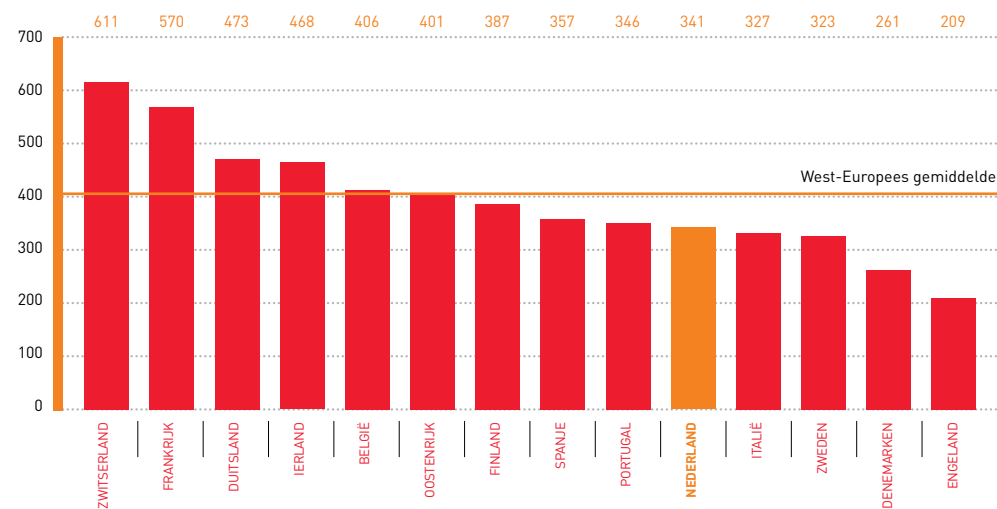
Aandeel in zorgkosten afgenomen

Als de uitgaven aan farmaceutische hulp worden gerelateerd aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland traditiegetrouw een bescheiden positie in te midden van de West-Europese landen. In 2009 had 9,7% van de totale zorgkosten in Nederland betrekking op geneesmiddelen uitgaven (pakket en niet-pakket) via apotheekhoudenden, 0,1 procentpunt minder dan in 2008. Dit terwijl de uitgaven aan dure middelen destijds stegen met 16%. Opvallend is dat Zwitserland, dat per inwoner het meeste geld aan geneesmiddelen uitgeeft, hiermee naar verhouding een laag aandeel in de totale zorgkosten heeft. Met 9,6% ligt het aandeel geneesmiddelkosten binnen de totale kosten aan gezondheidszorg in Zwitserland net wat lager dan in Nederland. In het algemeen is het aandeel van de uitgaven aan farmaceutische hulp groter naarmate het land zuidelijker ligt, waarbij Finland een uitzondering vormt.

Verklaringen

De verschillen in geneesmiddelenconsumptie zijn deels verklaarbaar door de vergrijzing. In Nederland is 15,3% van de bevolking 65 jaar en ouder. In Frankrijk, België en Duitsland ligt het aandeel 65-plussers met respectievelijk 16,6%, 17,2% en 20,5% een stuk hoger. Een persoon van 65 jaar of ouder gebruikt in ons land driemaal zo veel geneesmiddelen als gemiddeld. Een andere reden voor de relatief lage uitgaven in ons land is het gebruik van generieke geneesmiddelen. De Nederlandse apotheken leveren inmiddels in 61% van de gevallen een generiek middel. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland en Groot-Brittannië. In de meeste andere landen, waaronder België, Frankrijk, Spanje en Italië ligt dit aandeel binnen de range van 10 tot 25%. De belangrijkste verklaringen voor de relatief lage geneesmiddeluitgaven in ons land zijn enerzijds een terughoudend voorschrijfbeleid en slijkgedrag, typerend voor de Nederlandse situatie, en anderzijds de invloed van de prijsverlagingen in het kader van het preferentiebeleid.

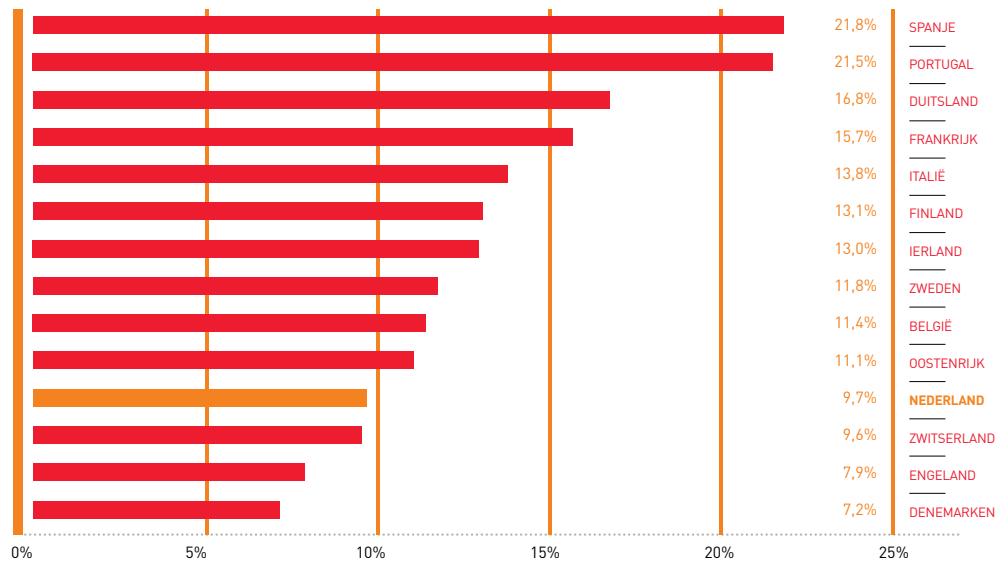
1.11 Geneesmiddelen­uit­ga­ven via apo­theek­hou­den­den per hoofd van de bevol­king in 2009



De geneesmiddel­be­ste­dingen in Nederland zijn van een vergelijkbaar laag niveau als die in de van oudsher zuinigste Zuid-Europese landen. Engeland heeft de laagste uitgaven per hoofd van de bevolking, echter dit is exclusief dure geneesmiddelen. Ook in Italië verstrekken regulier openbaar apotheken geen dure middelen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.12 Uitgaven farmaceutische hulp via apo­theek­hou­den­den als aandeel in de uitgaven aan gezondheids­zorg in 2009



Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen



Geneesmiddelen

2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen

Hoogste uitgaven voor TNF-alfaremmers

De TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept nemen de bovenste twee plaatsen in bij de geneesmiddelen met de hoogste uitgaven in 2010. Ook laten ze de grootste stijging zien in de geneesmiddeluitgaven. De omzet van de twee middelen gezamenlijk bedroeg € 324 miljoen. Vanaf 2012 komen deze uitgaven ten laste van het ziekenhuisbudget.

Adalimumab (Humira) en etanercept (Enbrel) staan met een uitgaventotaal van respectievelijk € 176 miljoen en € 148 miljoen bovenaan de lijst van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven in 2010. Deze middelen horen tot de groep TNF-alfaremmers die onder meer worden ingezet bij ernstige vormen van reuma. Met uitgavenstijgingen van € 28 miljoen en € 19 miljoen zijn het tevens de geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging in 2010. Beide middelen vinden hun weg naar de patiënt via zogenoemde unieke leveringen. Van adalimumab lopen nagenoeg alle verstrekkingen via één landelijke leverancier, terwijl dat bij etanercept voor het grootste deel van de verstrekkingen geldt.

Subtop

De cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor) daalt ten opzichte van 2009 in de uitgaven top 10 van de tweede naar de derde plaats.

De uitgaven aan dit middel namen met 8% af tot € 134 miljoen. De uitgavendaling is vooral het gevolg van prijsverlagingen die onder druk van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) zijn afgedwongen. De dalende afzet van de atorvastatine tabletten met doseringen van 10 mg (-10%) en 20 mg (-7%) draagt ook bij aan de uitgavendaling. De afzet van de 40 mg tabletten bleef nagenoeg gelijk. Reeds jaren bestaat de licht opwaartse trend in de uitgaven van de luchtweggeneesmiddelen. In de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven in 2010 bezetten middelen uit deze groep de plaatsen vier tot en met zes. Het zijn achtereenvolgens Seretide (combinaties van salmeterol met fluticason), Spiriva (tiotropium) en Symbicort (combinaties van formeterol met budesonide). Vooral de laatste twee middelen maakten met respectievelijk € 6,9 en € 6,8 miljoen grote uitgavenstijgingen door.

Pakjesprijs

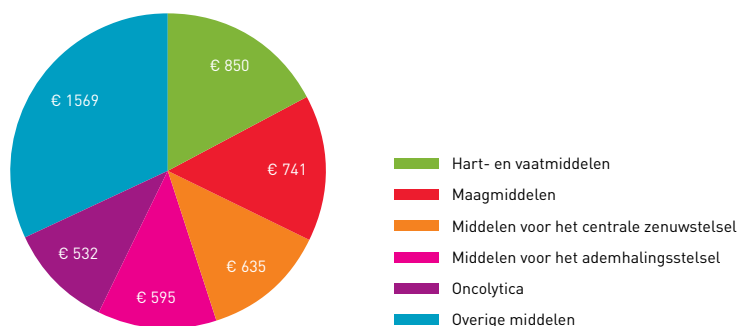
In publicaties over geneesmiddeluitgaven gebruikt de SFK altijd de prijsinformatie uit de G-Standaard van Z-Index. Deze prijzen vormen echter niet meer in alle gevallen de basis voor de afrekening van de zorgverzekeraar met de apothekers. Zo gaat het IDEA-contract, dat Achmea/Agis met veel apotheken heeft afgesloten, uit van een vaste pakjesprijs. Een fictief pakje bestaat daarbij uit een hoeveelheid geneesmiddel die overeenkomt met 27 gestandaardiseerde dagdoseringen (DDD). Apothekers die zo'n contract hebben getekend, ontvangen voor een op de IDEA-lijst voorkomend geneesmiddel € 2,40 per pakje ongeacht het middel. Van de middelen uit de top 10 stonden alleen metropolol en omeprazol, die de achtste respectievelijk negende positie innemen, in 2010 op de pakjesprijslijst. Esomeprazol (plaats 7) waarvan in november 2010 generieke varianten op de markt kwamen, staat op die lijst vanaf

januari 2011. De gevolgen van deze generieke introductie op de uitgaven zullen voor het eerst volledig in de jaarcijfers van 2011 zichtbaar zijn.

Overheveling TNF-alfaremmers

Per 1 januari 2012 zullen de kosten van TNF-alfaremmers niet langer tot die van de eerstelijns farmacie behoren, maar vallen ze onder het ziekenhuisbudget. Behalve voor de TNF-alfaremmers geldt dit ook voor geneesmiddelen met verwante indicaties, zoals abatacept, anakinra en ustekinumab. De minister verwacht dat ziekenhuizen voor de dure geneesmiddelen lagere prijzen kunnen bedingen. Om die reden brengt ze à priori € 50 miljoen in mindering op de budgetcompensatie die de ziekenhuizen voor deze overheveling ontvangen. De ziekenhuizen geven zelf overigens aan dat zij een dergelijke besparing op deze uitgaven niet houdbaar achten.

2.1 Uitgaven per geneesmiddelgroep (1 = 1 miljoen euro)



Net als in eerdere jaren is ruim 20% van deze uitgaven aan geneesmiddelen uit het verzekerde pakket toe te schrijven aan de top tien geneesmiddelen met de grootste omzet.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2010

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2009)	MERKNAAM	TOEPASSING	UITGAVEN (MILJOEN €)
1	Adalimumab (1)	Humira	Bij reuma	176 (19%)
2	Etanercept (3)	Enbrel	Bij reuma	148 (15%)
3	Atorvastatine (2)	Lipitor	Cholesterolverlagend	134 (-8%)
4	Salmeterol met fluticason (4)	Seretide	Bij luchtwegaandoeningen	123 (1%)
5	Tiotropium (6)	Spiriva	Bij luchtwegaandoeningen	83 (9%)
6	Formoterol met budesonide (9)	Symbicort	Bij luchtwegaandoeningen	71 (11%)
7	Esomeprazol (5)	Nexium	Remt de maagzuurproductie	70 (0%)
8	Metropolol (8)	Selokeen, Lopressor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	58 (-13%)
9	Omeprazol (-)	Losec	Remt de maagzuurproductie	55 (16%)
10	Rosuvastatine (-)	Crestor	Cholesterolverlagend	47 (1%)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.3 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2010

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2009)	MERKNAAM	TOEPASSING	TOENAME UITGAVEN (MILJOEN €)
1	Adalimumab (1)	Humira	Bij reuma	28,0
2	Etanercept (3)	Enbrel	Bij reuma	19,1
3	Emtricitabine met tenofovir en efavirenz (2)	Atripla	Bij HIV-infectie	8,3
4	Omeprazol (-)	Losec	Remt de maagzuurproductie	7,5
5	Formoterol met andere astma/ copd-middelen (-)	Symbicort	Bij luchtwegaandoeningen	6,9
6	Tiotropium (4)	Spiriva	Bij luchtwegaandoeningen	6,8
7	Calcium met andere middelen (-)	o.a. Calci Chew D3	Bij osteoporose	6,5
8	Simvastatine (-)	Zocor	Cholesterolverlagend	5,8
9	Tenofovir met emtricitabine (-)	Truvada	Bij HIV-infectie	5,3
10	Methylfenidaat (-)	Ritalin, Concerta	Bij ADHD	5,3

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De KNMP pleit ervoor dat de overheid bij deze middelen prijsafspraken maakt bij de leverancier, net als in omringende landen gebeurt. De overheveling lijkt derhalve vooral ingegeven te zijn door budgettaire reken-technische argumenten. De minister heeft aangekondigd in 2013 de overheveling voort te zetten voor meer groepen dure geneesmiddelen.

Grootste stijgers

Zoals eerder vermeld zijn in 2010 adalimumab en etanercept de grootste stijgers. Deze reuma-middelen worden gevolgd door emtricitabine in combinatie met tenofovir en efavirenz (Atripla), dat bij HIV-infecties wordt toegepast. In 2009 stond dit combinatiemiddel nog op de tweede plek van de top 10 uitgavengroei. Dit middel stijgt vooral doordat drie stoffen die voorheen apart verstrekt werden, sinds 2008 als combinatie beschikbaar zijn in een pil die eenmaal daags gebruikt wordt. Bij omeprazol (Losec) stegen de uitgaven met 16%, ondanks een kleine gemiddelde daling van de uitgaven per DDD. Bij het luchtwegmiddel formoterol daalden de uitgaven per DDD ook beperkt, waardoor de stijgende omzet ook hier komt doordat meer DDD's zijn verstrekt dan in 2009. Bij tiotropium (Spiriva) steeg het gebruik met 8%, wat resulteert in een uitgavenstijging van 9%. Ook de uitgaven van cholesterolverlager simvastatine (Zocor) stegen sterk door een toename van het gebruik, gemeten in aantal verstrekte DDD's. Het gebruik steeg met 17%, terwijl de gemiddelde uitgaven per DDD met 2,5% stegen.

Ook bij methyfenidaat is de stijging van het gebruik de oorzaak van de toegenomen uitgaven. Zowel het aantal DDD's als de uitgaven stegen met 18%.

.....
Bij veel geneesmiddelen met stijgende uitgaven is de omzetgroei dus voornamelijk het gevolg van het toegenomen gebruik (uitgedrukte in aantal verstrekte DDD's), en veel minder door de in 2010 gestegen gemiddelde receptregelvergoeding per verstrekking.
.....

Uitgavendalingen

Tegenover geneesmiddelen waarvan de uitgaven sterk stegen, staan ook middelen waar in 2010 de omzet sterk daalde. De omzet van maagzuurremmer pantoprazol (Pantozol) daalde het hardst. In 2009 werd al € 36 miljoen minder besteed aan dit middel, en in 2010 daalde de omzet met nog eens € 38 miljoen naar € 42 miljoen. De oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat van pantoprazol halverwege 2009 het patent verliep. Goedkopere generieke varianten van het middel kwamen beschikbaar, waardoor pantoprazol in 2010 uit de uitgaven top 10 verdwenen. De tweede grootste daler is de bloeddrukverlager losartan (Cozaar), dat sinds 2010 ook generiek beschikbaar is. Bij losartan halveerden de uitgaven tussen 2009 en 2010 van € 50 miljoen naar € 25 miljoen. Vanwege de beschikbaarheid van generieke varianten daalde ook bij trombocytenaggregatiemiddel clopidogrel (Plavix) de omzet hard met € 17,5 miljoen naar € 23 miljoen.

2.2 Geneesmiddelvoorschriften

Top 10 weinig verrassend

Apothekers verstrekten in 2010 6,2 miljoen keer het geneesmiddel metoprolol. Net als in 2009 is het middel hiermee het meest voorgeschreven geneesmiddel binnen het wettelijk verzekerd pakket. In vergelijking met de top 10 over 2009 zijn er slechts enkele positiewisselingen en geen nieuwe binnenkomers.

In 2010 leverden Nederlandse openbare apotheken 191 miljoen keer een geneesmiddel af dat binnen het wettelijk verzekerde pakket valt. Dit is 8% meer dan een jaar eerder. Van dit totale aantal voorschriften zijn 43 miljoen verstrekkingen (23%) toe te schrijven aan geneesmiddelen uit de top 10 van meest verstrekte middelen. Een deel van het toegenomen aantal verstrekkingen is toe te schrijven aan het toenemend gebruik van het verstrekken van geneesmiddelen in weekdoseersystemen. Deze wekelijkse verstrekkingen telt de SFK 1-op-1 mee bij de verstrekkingen. Door toename van het gebruik van deze systemen telt de SFK dus 'automatisch' een stijgend aantal voorschriften, terwijl geen sprake hoeft te zijn van een toenemend gebruik of een toenemend aantal gebruikers. In veel gevallen drukken wij in dit hoofdstuk de veranderingen in het gebruik van geneesmiddelen uit in de aantallen verstrekte DDD's, die een betere maat zijn om het gebruik van geneesmiddelen uit te drukken.

Metoprolol nog net koploper

Vorig jaar voorspelde de SFK dat, bij ongewijzigde ontwikkelingen, de protonpompremmer omeprazol wel eens de positie als Nederlands meest verstrekte geneesmiddel van bètablokker metoprolol zou kunnen overnemen.

Dat is op een haar na gelukt. Metoprolol bleef omeprazol met ongeveer 10.000 verstrekkingen voor, een bijna verwaarloosbaar aantal op een totaal van 6,2 miljoen. De stijging van het aantal verstrekkingen van metoprolol bedroeg 0,8 miljoen (14 %) ten opzichte van 2009. Het aantal verstrekkingen van omeprazol nam in dezelfde periode met 1,2 miljoen toe, een stijging van 24%.

In het algemeen geldt dat de groei van het aantal verstrekkingen voor een deel het gevolg is van het leveren van geneesmiddelen in weekdoseringverpakkingen. Deze trend is waarneembaar sinds de invoering van de gedifferentieerde tariefstructuur in juli 2008. Voor de ontwikkelingen in het gebruik van geneesmiddelen biedt, zoals gezegd, het aantal verstrekte standaarddagdoseringen (DDD's) een beter beeld. In 2010 werd van metoprolol 3% meer DDD's verstrekt dan in 2009. In dat jaar bedroeg de stijging 6%. Omeprazol laat een ander beeld zien. De toename van het aantal DDD's houdt met 22% ongeveer gelijke tred met de ontwikkelingen van het aantal verstrekkingen van dat middel. De meest voor de hand liggende verklaring voor dit verschil is een toename van het aantal DDD's per verstrekking tengevolge van een hoger doseeradvies. Het ligt namelijk niet voor de hand dat de toename

van het aantal weekdoseerleveringen van omeprazol naar verhouding lager ligt dan bij de andere geneesmiddelen.

Geen nieuwkomers

De top 10 geneesmiddelen kent in 2010 nieuwkomers noch verrassingen. Evenals bij de nummers één en twee staan op de derde en vierde plaats twee geneesmiddelen met nagenoeg evenveel verstrekkingen. Simvastatine bleef acetylsalicylzuur op een totaal van 5,5 miljoen verstrekkingen net ongeveer 5.000 voor en nam daarmee de derde positie in, één plaats hoger dan vorig jaar. Acetylsalicylzuur daalde daarmee een plaats. De twee nieuwkomers van 2009, het plasmiddel hydrochloorthiazide en het schildkliermiddel levothyroxine, hebben hun positie in de top 10 weten te behouden. Deze middelen namen in 2009 de posities in die ontstonden tengevolge van het wegvallen uit de top 10 van het kalmeringsmiddel oxazepam en het slaapmiddel temazepam. Deze verdwenen toen uit de top 10 van meest verstrekte middelen omdat de minister van VWS de vergoeding van benzodiazepines in 2009 beperkte tot een aantal specifieke indicaties. Hoewel het gebruik van deze middelen tengevolge van

de maatregel is gedaald, zou oxazepam met 2,7 miljoen verstrekkingen de tiende plaats in de top 10 opeisen als ook de receptplichtige geneesmiddelen zouden worden meegenomen die niet in het verzekerde pakket zijn opgenomen. Het zou daarmee diclofenac uit de top 10 gestoten hebben. Temazepam zou met 2,5 miljoen verstrekkingen op plaats 12 komen.

Top 10 stijgers

De lijst met grootste stijgers in aantallen voorschriften wordt aangevoerd door de nummer 2 uit de lijst met meest voorgeschreven middelen; omeprazol. Opvallend aan de middelen in de lijst met stijgers is dat het aantal voorschriften harder stijgt dan het aantal verstrekte DDD's. De oorzaak hiervan is in het algemeen niet dat er andere doseringen voorgeschreven worden, maar is gelegen in het feit dat het aantal weekuitgiften toeneemt. Een aantal bestaande gebruikers maakte in 2010 de overstap naar wekelijkse leveringen, waardoor het aantal verstrekkingen méér toenam dan het aantal DDD's. Bij de combinatiepreparaten met calcium nam het aantal verstrekte dagdoseringen zelfs af, ondanks een toename in weekleveringen.

2.4 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2010

	STOFNAAM (RANGORDE 2009)	MERKNAAM	TOEPASSING	VOORSCHRIFTEN IN MILJOEN
1	Metoprolol (1)	Selokeen, Lopressor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	6,2 (+14%)
2	Omeprazol (2)	Losec	Remt de maagzuurproductie	6,2 (+24%)
3	Simvastatine (4)	Zocor	Cholesterolverlagend	5,5 (+22%)
4	Acetylsalicylzuur (3)	Aspirine	Remming bloedplaatjesaggregatie	5,4 (+16%)
5	Metformine (5)	Glucophage	Bij diabetes	4,1 (+17%)
6	Pantoprazol (6)	Pantozol	Remt de maagzuurproductie	3,5 (+15%)
7	Furosemide (7)	Lasix	Plasmiddel	3,3 (+11%)
8	Hydrochloorthiazide (8)	Diverse	Plasmiddel	3,0 (+12%)
9	Levothyroxine (10)	Diverse	Schildklierhormoon	2,9 (+11%)
10	Diclofenac (9)	Voltaren	Bij pijn	2,7 (+3%)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.5 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2010

	STOFNAAM (RANGORDE 2009)	MERKNAAM	TOEPASSING	TOENAME VOORSCHRIFTEN X DUIZEND
1	Omeprazol (3)	Losec	Remt de maagzuurproductie	1.200 (+24%)
2	Simvastatine (1)	Zocor	Cholesterolverlagend	970 (+22%)
3	Acetylsalicylzuur (2)	Aspirine	Remming bloedplaatjesaggregatie	760 (+16%)
4	Metoprolol (4)	Selokeen, Lopressor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	760 (+14%)
5	Metformine (5)	Glucophage	Bij diabetes	590 (+17%)
6	Calcium met andere middelen (9)	o.a. Calci Chew D3	Bij osteoporose	460 (+33%)
7	Pantoprazol (7)	Pantozol	Remt de maagzuurproductie	460 (+15%)
8	Hydrochloorthiazide (8)	Diverse	Plasmiddel	340 (+12%)
9	Amlodipine (10)	Norvasc	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	330 (+16%)
10	Furosemide (6)	Lasix	Plasmiddel	320 (+11%)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.3 Geneesmiddelen bij cardiovasculair risicomanagement

Gebruik CVRM medicatie blijft toenemen

Het gebruik van geneesmiddelen ten behoeve van cardiovasculair risicomanagement (CVRM) nam in 2010 toe met 4%. De uitgaven aan deze middelen zijn met 4% afgenomen en bedroegen in totaal € 970 miljoen. Grote winnaar is het nieuwe geneesmiddel aliskiren (Rasilez), waarvan de afzet in één jaar tijd verdubbelde.

Van alle receptplichtige geneesmiddelen is ongeveer 38% te beschouwen als geneesmiddelen die worden ingezet ten behoeve van cardiovasculair risicomanagement (CVRM). De laatste vijf jaren is dit percentage vrijwel ongewijzigd. De maat voor dit percentage is het aantal verstrekte standaarddagdoseringen (DDD), omdat dit de meest reële eenheid is om het gebruik van geneesmiddelen in uit te drukken. Als het aantal verstrekkingen als maat wordt gebruikt, ligt het percentage in 2010 een stuk lager, 33,3%. De reden hiervan is dat in de groep CVRM-geneesmiddelen het gemiddeld aantal DDD's per verstrekking hoger ligt dan voor het geheel van alle geneesmiddelen. Dat komt omdat CVRM-geneesmiddelen chronisch worden gebruikt, waardoor herhaalvoorschriften met vaak de hoogst toegestane hoeveelheid geneesmiddel een groot aandeel uitmaken van de recepten. In 2006 lag dat percentage met 27,2% nog een stuk lager. Deze ontwikkeling is te verklaren uit de toename van het aantal weekleveringen. Weekleveringen worden vaker ingezet naarmate de patiënten ouder worden en dat is juist de groep mensen die naar verhouding meer dan gemiddeld CVRM-geneesmiddelen gebruikt.

2.3.1 CVRM-middelen

Voor de aanduiding van de groep CVRM-geneesmiddelen hanteert de SFK een indeling die is gebaseerd op het tweede niveau van het ATC-classificatiesysteem. De CVRM-groep bestaat uit antistollingsmiddelen (B01), hartmiddelen (C01), cholesterolverlagers (C10) en middelen bij hoge bloeddruk. De laatstgenoemde groep omvat ruwweg plasmiddelen (C03), bèta-blokkers (C07), calciumantagonisten (C08), middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem (RAAS-remmers, C09) en specifieke antihypertensiva (C02).

Minder uitgaven

Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2010 bijna 64 miljoen keer een CVRM-geneesmiddel. Dat is bijna 7 miljoen (12%) keer vaker dan een jaar eerder. Deze trend is al enige jaren gaande. Over de laatste vijf jaar bedroeg deze stijging, die grotendeels wordt veroorzaakt door de bovengenoemde toename van het aantal weekleveringen, gemiddeld 14% per jaar. Met een toename van 4% komt het aantal dagdoseringen voor deze groep middelen in 2010 uit op drie miljard. Dit stijgings-

percentage komt precies overeen met het gemiddelde per jaar over de laatste 5 jaar. De totale uitgaven aan deze groep bedroegen in totaal € 970 miljoen, € 37 miljoen (3,7%) minder dan in 2009. De uitgaven komen daarmee op praktisch hetzelfde niveau uit als in 2005. In de tussenliggende jaren lagen de uitgaven hoger, met een maximum van € 1,13 miljard in 2007. Ook hier geldt dat het preferentiebeleid heeft gezorgd voor een kostendempend effect.

De primaire aandacht van voorschrijvers bij CVRM is gericht op het optimaliseren van het voorschrijven van cholesterolverlagende statines bij de preventie van hart- en vaatziekten. Iemand die een cholesterolverlagende statine gebruikt, gaat daar over het algemeen de rest van het leven mee door. De vergrijzende bevolking is één van de oorzaken van het toenemende aantal gebruikers van deze geneesmiddelen. De totale uitgaven aan cholesterolverlagers daalden beperkt van € 282 miljoen in 2009 naar € 270 miljoen in 2010. Het aantal verstrekte DDD's steeg met 7% naar 570 miljoen. Het aantal gebruikers van cholesterolverlagers steeg van 1,6 miljoen naar 1,7 miljoen (+6%).

De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is ook in 2010 weer atorvastatine (Lipitor). Na simvastatine, met 2,6 miljoen voorschriften, is atorvastatine met ruim 1 miljoen voorschriften de meest voorgeschreven statine. Net als in 2009 daalde ook in 2010 de omzet van dit middel, en wel van € 147 miljoen naar € 134 miljoen. De stijging in het gebruik van statines werd met name veroorzaakt door simvastatine (+17% DDD's).

Generieke cholesterolverlagers de voorkeur

In de periode van de tweede helft van 2008 tot en met de eerste helft van 2011 is het gebruik

van statines gestegen met 24%. Het aandeel generiek beschikbare statines (simvastatine, pravastatine en fluvastatine) steeg in die periode van gemiddeld 51% naar gemiddeld 62%. Deze stijging kan voor het grootste deel verklaard worden doordat nieuwe gebruikers multisource varianten voorgeschreven krijgen. Het absolute aantal specialité DDD's daalde maar zeer beperkt, van gemiddeld 18,0 miljoen naar gemiddeld 17,4 miljoen.

In 2009 kondigde de minister van VWS aan voorschrijvers vanaf 2011 te korten op hun budget als ze in 2010 niet hun verantwoordelijkheid namen in de beperking van de uitgaven door in plaats van dure (merk)geneesmiddelen ook merkloos beschikbare, goedkopere middelen voor te schrijven. Huisartsen reageerden daarop door te verklaren niet meer de verantwoordelijkheid te willen nemen voor de herhaalrecepten waarvan de behandeling begonnen werd door specialisten. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kondigde in december 2009 aan dat huisartsen dergelijk herhaalreceptuur terug zouden sturen naar de specialist, zodat de kosten in het vervolg ook aan de specialisten konden worden toegerekend.

Eerste uitgaven van geneesmiddelen geven een indruk van de verschuivingen in het voorschrijfpatroon van artsen. Er is hier sprake van een eerste uitgifte indien een tarief voor een eerste uitgifte bij de zorgverzekeraar in rekening is gebracht. Het aandeel multisource bij de eerste uitgaven van statines bij huisartsen bedroeg in de tweede helft van 2008 69%. In de eerste maanden van 2009 na de invoering van de maatregel is dat percentage eerst veel hoger (90% in januari), maar daalt langzaam naar 75% in december. Begin 2010 stijgt het percentage weer (een piek van 87% in maart), waarna het langzaam daalt naar 76%

in december 2010. De sterke pieken zijn niet het gevolg van minder eerste uitgaven van singlesource statines, maar van een toename van het aantal eerste uitgaven van multisource statines. Dit kan erop duiden dat huisartsen actief geweest zijn in het omzetten van gebruikers van singlesource naar multisource statines.

In 2010 steeg het aandeel nieuwe gebruikers van een multisource statine binnen alle nieuwe statinegebruikers naar 84%. In 2009 was dit 82%. Het aantal nieuwe gebruikers is hierbij geteld als het aantal mensen dat voor het eerst in minimaal 12 maanden een statine voorgeschreven kreeg via de huisarts.

2.3.2 Secundaire CVRM-medicatie

Secundair richt het CVRM-programma zich op optimalisering van andere preventieve medicatie zoals antithrombotica, antihypertensiva, bevordering van therapietrouw en optimalisering van het beleid bij bestaande patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 (DM2).

Antithrombotica

In 2010 steeg het gebruik van antithrombotica met 4%. Het meest voorgeschreven werd acetylsalicylzuur. Het gebruik van acetylsalicylzuur steeg ook met 4%. Eén van de redenen van de stijging kan zijn dat zowel in de CBO-richtlijn als in de NHG-standaarden wordt aanbevolen om alle patiënten met angina pectoris te behandelen met acetylsalicylzuur om de bloedplaatjesaggregatie te remmen.

Antihypertensiva

Diverse groepen geneesmiddelen worden gerekend tot de groep antihypertensiva: diuretica, bètablokkers, calciumantagonisten

en RAAS-remmers. Artsen zetten niet alle geneesmiddelen uit deze groepen in bij hoge bloeddruk, en bovendien hebben de middelen die zij daarvoor wel gebruiken ook nog andere toepassingen. Omdat de SFK niet op de hoogte is van de reden van voorschrijven, hanteert zij voor de antihypertensiva een enigszins arbitraire indeling op basis van ATC-coderingen¹. Het gebruik van antihypertensiva steeg in 2010 naar net boven de 1,5 miljard DDD's. Dat is 3% meer dan in 2009. De kosten van deze geneesmiddelen daalden van € 315 miljoen naar € 262 miljoen, een daling van 17%. Niet zelden dient een combinatie van antihypertensiva ter bestrijding van hoge bloeddruk. Sommige combinaties zijn beschikbaar als kant-en-klaar handelspreparaat. Vaak ook gebruiken patiënten verschillende antihypertensiva naast elkaar. Meer dan de helft van de gebruikers slikt een combinatie. Bij de rest volstaat een enkelvoudige behandeling.

Diuretica

Door uitscheiding van vocht en mineralen dragen diuretica bij aan de bloeddrukverlaging. Binnen de diuretica zijn twee belangrijke groepen te onderscheiden: de thiaziden (en aanverwanten) en de lisdiuretica. Alleen de eerstgenoemde groep wordt doorgaans bij hypertensie gebruikt, de lisdiuretica schrijven artsen veelal voor bij hartfalen. Veruit het meest voorgeschreven diureticum is hydrochloorthiazide. Het gebruik hiervan steeg in 2010 met 4%. De kosten daalden in dezelfde periode met 14%.

¹ Thiaziden en aanverwante middelen (C03A, C03B), combinaties van diuretica en kaliumsparende middelen (C03E), selectieve bètablokkers (C07AB), combinaties van bètablokkers en diuretica (C07B en C07C), dihydropyridines (C08CA) en RAAS-remmers inclusief combinaties (C09)

Bètablokkers

De toepassing van bètablokkers bij hypertensie berust op de verlaging van de hartfrequentie en vermindering van de hartslagkracht. Tot de groep antihypertensiva worden hier alleen de selectieve bètablokkers gerekend. Een andere toepassing van bètablokkers is angina pectoris. Veel van mensen die antihypertensiva gebruiken, slikken een selectieve bètablokker. Het middel metoprolol is het meest verstrekte middel in de Nederlandse openbare apotheek, en daarmee ook de meest verstrekte bètablokker. Ongeveer 1 miljoen Nederlanders gebruiken metoprolol.

Dihydropyridines

Artsen passen bij hypertensie vaker de dihydropyridines toe dan de calciumantagonisten die bij angina pectoris de voorkeur genieten. Ongeveer 650.000 mensen gebruiken een dihydropyridine. Het gebruik steeg met 5% naar 249 miljoen DDD's. Amlodipine maakt met 60% van alle dagdoseringen het grootste deel uit: 60%. De kosten van dihydropyridines daalden met 8% naar ruim € 25 miljoen.

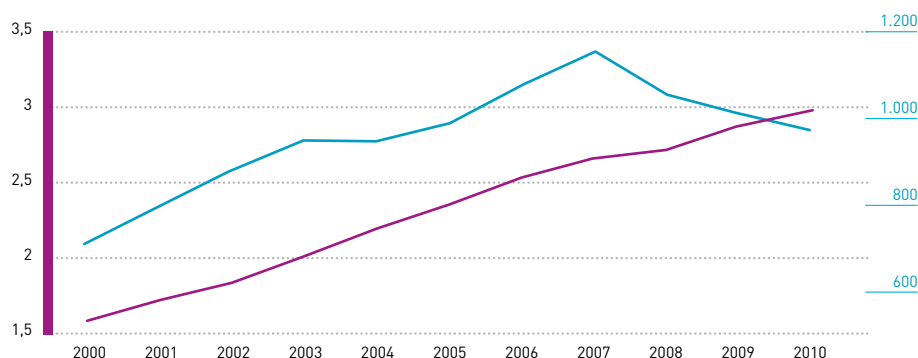
RAAS-remmers

RAAS-remmers remmen het renine angiotensine-aldosteronsysteem, wat via een complex mechanisme resulteert in bloeddrukverlaging. De groep is onder te verdelen in de ACE-remmers die in de jaren tachtig van de vorige eeuw op de markt kwamen, en angiotensine-II-antagonisten, die 10 jaar later volgden. In 2010 slikten 1,9 miljoen mensen in Nederland een RAAS-remmer. Het gebruik van RAAS-remmers steeg in dat jaar met 4%. De bijbehorende geneesmiddelenkosten daalden met 16% naar € 182 miljoen.

Aliskiren

Op het niveau van werkzame stoffen valt de opkomst van het in 2008 beschikbaar gekomen middel aliskiren (Rasilez) op. In 2010 is het gebruik verdubbeld en uitgekomen op 60.000 voorschriften. Aliskiren behoort tot een nieuwe generatie geneesmiddelen die aangrijpen op het renine-angiotensinesysteem. Van de combinatie aliskiren met het plasmiddel hydrochloorthiazide zijn het afgelopen jaar daarbovenop nog eens 7.800 voorschriften verstrekt.

2.6 CVRM-middelen in het laatste decennium: dagdoseringen (in miljarden, links) en uitgaven (in miljoenen €, rechts)



Aanvankelijk volgen beide lijnen dezelfde trend, tot in 2007 de uitgaven dalen ten gevolge van het preferentiebeleid.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.4 Diabetesmiddelen

Toenemend gebruik diabetesmiddelen

Het aantal gebruikers van orale antidiabetica nam in 2010 met bijna 37.000 toe. Bijna 88% van hen gebruikt metformine, het middel dat als eerste stap in de medicamenteuze behandeling van diabetes is voorgeschreven in de NHG-standaard. Het aantal gebruikers van insulines nam toe tot 285.000.

De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 noemt stapsgewijs de behandelopties met geneesmiddelen bij diabetes. Behandeling met geneesmiddelen komt in aanmerking bij patiënten met diabetes type 2 bij wie het niet lukt om door aanpassing van levensstijl het glucosegehalte te laten dalen naar acceptabele waarden. Metformine is dan het geneesmiddel van eerste keus. Bij onvoldoende resultaat adviseert de standaard om naast metformine een sulfonylureumderivaat (SUD) te gebruiken. De derde stap is het toevoegen van pioglitazon, een thiazolidinedion (TZD). Dit middel is overigens sinds maart 2011 onderwerp van studie door de European Medicines Agency (EMA), vanwege signalen over een mogelijk verhoogd risico op blaaskanker. De Franse registratieautoriteit heeft de handelsvergunning van dit middel om die reden opgeschort. Dit is opvallend omdat het andere TZD, rosiglitazon, in september 2010 door de EMA van de markt gehaald is vanwege een verhoogd risico op myocardinfarct. Volgens de NHG-Standaard is een eenmaal daagse toediening van insuline de volgende stap. Wel moet de patiënt dan eerst weer stoppen met pioglitazon.

Orale antidiabetica

Het aantal gebruikers van orale antidiabetica nam in 2010 met bijna 37.000 toe tot 688.000 (+6%). Aan deze gebruikers verstrekten apothekers 12,5 miljoen standaarddagdoseringen (DDD) méér dan in 2009, wat een stijging is van 4%. Bijna 88% van alle gebruikers van orale antidiabetica slikt metformine. Dit aantal is in een jaar tijd met bijna 44.000 toegenomen. Het gebruik van SUD's is in vergelijking met 2009 gelijk gebleven. Ruim 300.000 mensen gebruiken deze SUD's. Gezien het handelsverbod van rosiglitazon is het niet vreemd dat binnen de groep thiazolidinedionen een beperkte daling zichtbaar is. Apothekers verstrekten 8,3 miljoen DDD's aan bijna 30.000 gebruikers (-7%). De cijfers over het eerste kwartaal van 2011 wijzen erop dat de daling verder doorzet.

DPP-4 remmers

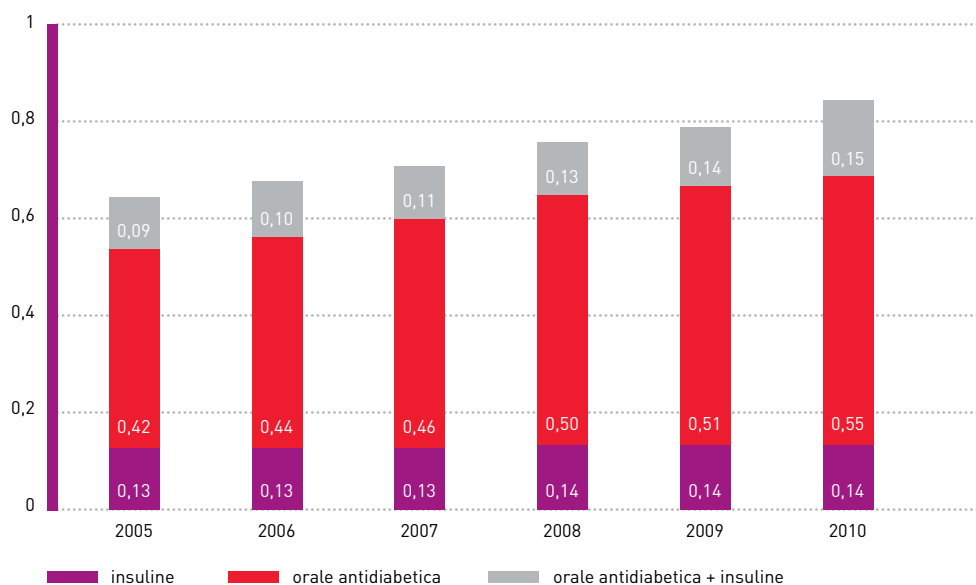
Eind 2007 deed de eerste DPP-4 remmer, sitagliptine (Januvia), zijn intrede in de markt. Vlak daarna kwam ook vildagliptine (Galvius) beschikbaar. In 2010 volgde saxagliptine (Onglyza). Van de twee eerstgenoemde middelen bestaan ook vaste combinaties met metformine. Ze remmen het enzym DPP4 dat op zijn beurt het hormoon GLP-1 afbreekt.

Dit hormoon, dat in de dunne darm wordt aanmaakt zodra er voedsel langskomt, stimuleert de afgifte van insuline. Het gebruik van DPP4-remmers verlengt daarmee de werking van GLP-1 en dat heeft een gunstig effect op het glucosegehalte. Behandelaren kunnen de overstap naar insuline uit stellen door een DPP4-remmer toe te voegen. Het NHG ontraadt vooralsnog het gebruik van zo'n middel in de huisartsenpraktijk. Apothekers verstrekten in 2010 94.000 voorschriften van DPP-4 remmers aan 27.000 gebruikers. Dat is bijna een verdubbeling ten opzichte van 2009. De middelen zitten duidelijk in de lift, want het aantal gebruikers is in 2010 met 85% gestegen. Gelet op het vooralsnog negatieve advies van het NHG is het opvallend dat 78% van de eerste voorschriften van DPP-4 remmers afkomstig was van een huisarts.

Insulinegebruik

Het aantal gebruikers van insulines nam in 2010 met 4% toe tot bijna 285.000. Uitgedrukt in DDD's bedroeg de stijging 2%. Sinds 2000 is het gebruik van insuline in totaal met 68% gestegen. De al enige jaren zichtbare trend dat het gebruik van humane insulines afneemt ten gunste van de nieuwste insuline-analogen, heeft zich in 2010 verder doorgezet. Het aantal verstrekkingen van humane insulines, is in 2010 met 27.000 duizend afgenomen tot 178.000 (-13%). Daartegenover staat een toename van het aantal voorschriften van insuline analogen met 80.000 tot 1,5 miljoen (+6%). In totaal verstrekten apotheken bijna 1,7 miljoen keer een insuline. In ruim 10 jaar tijd beslaan insuline analogen ongeveer 90% van de totale insulinemarkt.

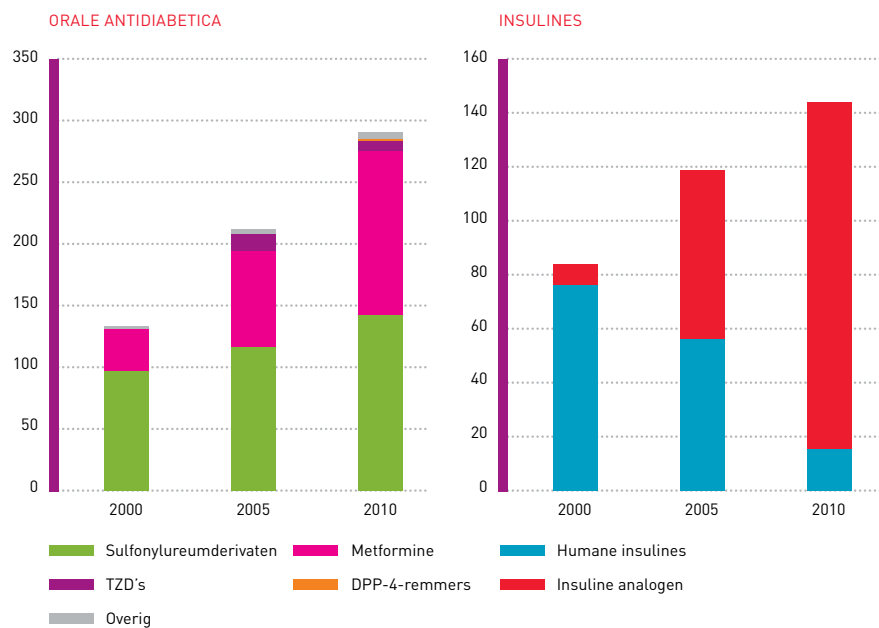
2.7 Aantal gebruikers van diabetesmiddelen (in miljoenen)



In 2010 gebruikten 830.000 mensen diabetesmedicatie. Bijna 150.000 personen gebruikten zowel insuline als orale antidiabetica.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.8 Toename en verschuiving in het gebruik van diabetesmiddelen (gemeten in miljoenen DDD's)



Naast het toegenomen gebruik van insuline valt de verschuiving van humane insulines naar insuline analogen op. Het stijgende gebruik van orale antidiabetica is met name toe te wijzen aan metformine.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.5 Luchtwegmiddelen

7 miljoen luchtwegmiddelen verstrekt

Het aantal gebruikers van luchtwegmiddelen nam in de afgelopen vijf jaar met gemiddeld 2,7% toe. Nederlandse openbaar apothekers verstrekten in 2010 7,1 miljoen keer een luchtwegmiddel. Deze middelen worden weinig geraakt door het preferentiebeleid, waardoor de uitgaven bovengemiddeld stegen. Luchtwegverwijder salbutamol was het meest verstrekte luchtwegmiddel.

Volgens gegevens van het Astmafonds hebben 1,6 miljoen (1 op de 10) Nederlanders luchtwegklachten. Luchtwegklachten zijn globaal onder te verdelen in twee categorieën: astma en COPD. Dit zijn twee verschillende aandoeningen met ongeveer dezelfde klachten, waaronder extra prikkelbare luchtwegen, benauwdheid, hoesten, piepen en kortademigheid. Uit informatie van het RIVM blijkt dat ongeveer 520.000 mensen in Nederland van de huisarts de diagnose astma hebben gekregen. Dit aantal gediagnosticeerden ligt een stuk lager dan het aantal personen met astmatische klachten. Meer dan 300.000 Nederlanders hebben de diagnose COPD. Naar verwachting zal het aantal personen met COPD de komende 20 jaar nog fors stijgen door de vergrijzing.

Uitgaven

De oorzaak van de al eerder genoemde stijging van de uitgaven aan luchtwegmiddelen moet voornamelijk worden gezocht in een toenemend aantal gebruikers van deze geneesmiddelen. De afgelopen vijf jaar is dit aantal met gemiddeld 2,7% per jaar toegenomen. De 7,1 miljoen verstrekkingen aan luchtwegmiddelen in 2010

vormen minder dan 4% van het totale aantal verstrekkingen aan pakketgeneesmiddelen, terwijl ze verantwoordelijk zijn voor bijna 10% van de totale uitgaven. Doordat de luchtwegmiddelen weinig geraakt worden door het preferentiebeleid zijn de uitgaven hieraan meer dan gemiddeld gestegen. Sinds 2007 bedraagt de stijging van de uitgaven in deze groep gemiddeld 2,9% per jaar. De ontwikkeling van de uitgaven voor alle geneesmiddelen gezamenlijk blijven hierbij achter.

Flinke stijging tiotropium

Luchtwegverwijders, ontstekingsremmers en combinatiepreparaten van beide zijn de meest toegepaste luchtweggeneesmiddelen. Openbare apotheken verstrekten in 2010 3,9 miljoen keer een luchtwegverwijdend middel. Dat is bijna 1% meer dan in 2009. Het totaal bedrag dat aan deze groep is besteed, steeg met 4% tot € 163 miljoen. Het toegenomen gebruik van het COPD-middel tiotropium (Spiriva) is met een uitgavenstijging van € 7 miljoen grotendeels verantwoordelijk voor de naar verhouding sterke stijging van de uitgaven in de deze groep. Het aantal voorschriften voor

ontstekingsremmers (corticosteroïden) in 2010 en de daarmee gepaard gaande uitgaven zijn praktisch ongewijzigd ten opzichte van 2009. De uitgaven aan de 1,1 miljoen verstrekkingen bedroegen in 2010 € 47 miljoen. Combinatiepreparaten van ontstekingsremmers met luchtwegverwijders zijn in 2010 met 2,1 miljoen voorschriften bijna 4% vaker verstrekt dan in 2009. De bijbehorende omzet nam navenant toe tot € 194 miljoen. Ook deze stijging komt voornamelijk op het conto van één geneesmiddel, namelijk het combinatiepreparaat van formoterol met budesonide (Symbicort), waarvan de omzettoename € 7 miljoen bedroeg.

Nieuw

Sinds juni 2010 neemt de SFK verstrekkingen van het nieuwe geneesmiddel indicatol

(Onbrez) waar. Het middel is geregistreerd voor de onderhoudsbehandeling van luchtwegobstructies bij volwassenen met COPD en behoort tot de groep van de langwerkende β_2 -sympathicomimetica. Hiertoe behoren ook formoterol en salmeterol. Het middel is ter beoordeling van de vergoedingslimiet ook ingedeeld in hetzelfde cluster als formoterol en salmeterol. Sinds de introductie kent dit middel een gestage groei tot bijna 3.000 verstrekkingen in mei 2011.

Montelukast, een luchtwegmiddel in opmars, is nu ruim 10 jaar op de markt en de afzet groeide in die periode met gemiddeld 22.000 verstrekkingen per jaar tot 232.000 in 2010. De bijbehorende omzet bedraagt € 15,7 miljoen. Het middel is een leukotrieenantagonist, dat luchtwegvernauwing voorkomt na specifieke prikkeling.

2.9 Top 10 verstrekkingen van luchtwegmiddelen in 2010

	WERKZAME STOF	TYPE	VERSTREKKINGEN	UITGAVEN (MILJOEN €)
1	Salbutamol (Ventolin)	Lu	1.700.000	26 (4)
2	Salmeterol met fluticason (Seretide)	Co	1.230.000	123 (1)
3	Tiotropium (Spiriva)	Lu	920.000	83 (2)
4	Formoterol met budesonide (Symbicort)	Co	820.000	71 (3)
5	Fluticason (Flixotide)	On	630.000	24 (5)
6	Ipratropium (Atrovent)	Lu	320.000	7,5 (10)
7	Montelukast (Singulair)	Le	230.000	16 (6)
8	Formoterol (Foradil, Oxis)	Lu	215.000	15 (7)
9	Beclometason (Becotide)	On	200.000	8,5 (9)
10	Budesonide (Pulmicort)	On	190.000	10 (8)

Lu = Luchtwegverwijder; On = Ontstekingsremmer (corticosteroïde); Co = Combinatie Lu + On;
Le = Leukotrienantagonist

Salbutamol heeft al jaren de meeste afzet, Seretide kent de grootste omzet.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.6 Antidepressiva

Kostendaling bij antidepressiva

Antidepressiva werden in 2010 8 miljoen keer verstrekt. De bijbehorende geneesmiddelkosten van deze middelen bedroegen € 42,2 miljoen. Dit is een daling van 5%. Het meest verstrekte antidepressivum was amitriptyline (Tryptizol).

De Nederlandse openbaar apothekers verstrekten in 2010 8 miljoen keer een antidepressivum, 5% meer dan in 2009. De stijging in het gebruik, gemeten in afgeleverde DDD's, bedroeg ruim 2% ten opzichte van 2009. Daarmee is de stijging iets groter dan die in de periode 2008-2009, toen de toename nauwelijks 1% bedroeg. Eind jaren negentig van de vorige eeuw nam het gebruik jaarlijks met 18% per jaar toe. Na de millenniumwisseling nam de groei af tot zo'n 7% per jaar en vanaf 2005 stagneerde de groei in het gebruik. Ondanks deze geringe toename daalden de uitgaven in de afgelopen jaren. In 2010 stegen de uitgaven beperkt ten opzichte van 2009 met bijna 3%.

Minder kosten

De kosten van antidepressiva zijn het afgelopen jaar met 5% gedaald tot € 42,2 miljoen. Ten opzichte van de halvering van het jaar ervoor is dat een beperkte daling. De geneesmiddelkosten van een behandeling met antidepressiva bedroegen in 2010 gemiddeld € 0,17 per standaard dagdosering. Dat is gemiddeld 1 cent minder dan in 2009. In 2001 was dit nog 4,5 keer zoveel, € 0,79. De prijsdaling komt voornamelijk voor rekening van de selectieve serotonine-heropname remmers (SSRI's). De gemiddelde kosten per DDD van een SSRI waren in 2001 nog € 0,87, terwijl deze in 2010,

net als in 2009, nog maar € 0,11 bedroegen. Een uitzondering hierop is escitalopram, dat in 2004 op de markt verscheen. Hiervan bedroegen de kosten per DDD in 2010 nog € 0,66, een paar cent hoger dan in 2009. Escitalopram is ook het middel met de grootste stijging in het aantal DDD's (+22%).

Opvallend is dat de prijsverlagingen voorbij gaan aan de klassieke antidepressiva, de niet selectieve monoamine-heropnameremmers. De kosten per DDD van deze groep antidepressiva zijn in de afgelopen jaren slechts licht gedaald, tot € 0,23 in 2010. Deze groep middelen werd in het verleden als goedkoop beschouwd, terwijl ze inmiddels bijna de duurste zijn. Het gebruik van klassieke antidepressiva steeg met ongeveer 3%.

Meest populair

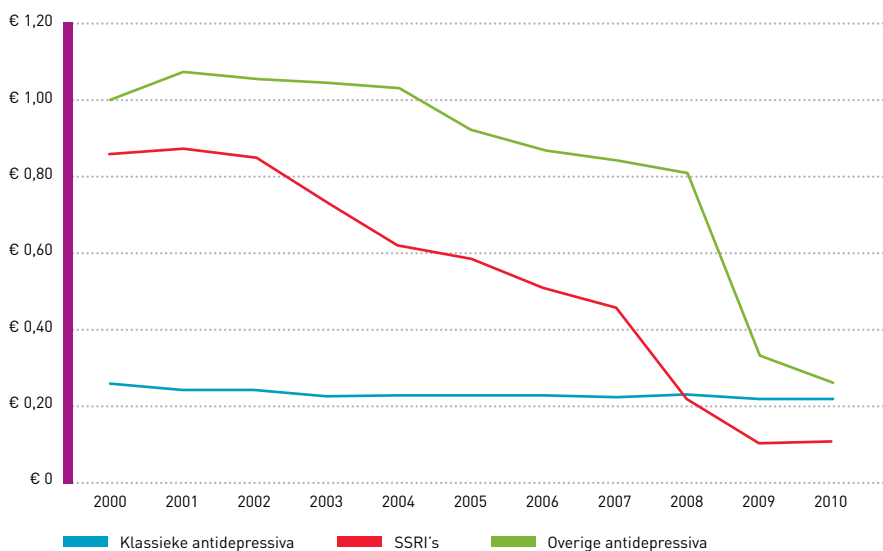
Het meest voorgeschreven antidepressivum is met 995.000 voorschriften amitriptyline (Tryptizol). Dit middel wordt echter hoofdzakelijk toegepast bij neuropatische pijn. Op de tweede plek staat nortriptyline (Nortrilen) dat met € 0,41 per DDD het duurste klassieke antidepressivum is.

Het meest toegepaste antidepressivum, gemeten in DDD's, is in Nederland al jaren de SSRI paroxetine (Seroxat).

Echter, net als in 2009 daalde het gebruik van dit middel ook in 2010, nu met 3%. Nummer twee is de SSRI citalopram (Cipramil) met een stijging in het gebruik van 3%. Met ingang van 2011 gelden nadere voor-

waarden voor de vergoeding van antidepressiva. De vergoeding is beperkt tot behandelingen die volgens de richtlijnen plaatsvinden of die voor een geregistreerde indicatie zijn voorgeschreven.

2.10 Ontwikkeling van de kosten per DDD voor de drie groepen antidepressiva, 2000-2010



Opvallend is dat de vroeger als goedkoop beschouwde klassieke antidepressiva inmiddels tot de duurdere behoren.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.7 Niet vergoedbare geneesmiddelen

Uitgaven buiten basisverzekering gelijk gebleven

De omzet van receptplichtige geneesmiddelen die in 2010 niet in het basispakket zijn opgenomen, bedroeg € 62 miljoen euro. Hiermee is de omzet gelijk gebleven aan die van het jaar ervoor.

In 2010 verstrekten openbare apotheken 1,1 miljoen keer een receptplichtig geneesmiddel dat geen deel uitmaakt van het wettelijk verzekerde pakket. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet voor vergoeding via het wettelijke basispakket van de zorgverzekeraars in aanmerking komen, maar mogelijk wel via een aanvullende polis. Hiermee is een omzetbedrag gemoeid van € 61,8 miljoen. Dit is vrijwel gelijk aan het bedrag dat in 2009 werd gerealiseerd.

Erectiemiddelen

Bijna een derde deel van de uitgaven aan niet-pakket middelen is toe te schrijven aan de geneesmiddelen bij erectiestoornissen. Het aantal verstrekkingen van deze geneesmiddelen nam in 2010 met 2% toe tot 300.000. Daarbinnen werd sildenafil (Viagra) nog altijd het vaakst verstrekt. Het aantal verstrekkingen bleef met 155.000 echter vrijwel gelijk aan dat 2009. De groei van de totaal aantal verstrekkingen van erectiemiddelen werd gerealiseerd door tadalafil (Cialis) en vardenafil (Levitra). Het aantal verstrekkingen van deze middelen nam toe tot 123.000 respectievelijk 22.500.

Malariamiddelen

Geneesmiddelen om malaria te voorkomen maken een zesde deel uit van de uitgaven van geneesmiddelen waarop geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering kan worden gemaakt. In 2010 verstrekten apothekers die middelen 160.000 keer, waarmee het aantal verstrekkingen weer een stijgende lijn vertoont. De dalende tendens in 2008 en 2009 lijkt daardoor meer het gevolg van de economische crisis dan van het terugdringen van de malariamug. Malarone, een combinatiepreparaat met proguanil en atovaquon, is met 130.000 verstrekkingen het vaakst afgeleverd.

Stoppen met roken

Receptplichtige geneesmiddelen ter ondersteuning van stoppen met roken werden in 2010 evenmin vergoed vanuit de basisverzekering en namen een achtste deel van de totale uitgaven aan niet-pakket middelen voor hun rekening. Het gaat hierbij om de middelen varenicline (Champix) en bupropion (Zyban). Samen waren ze in 2010 goed voor bijna 135.000 verstrekkingen. Dit is een toename van 10% ten opzichte van 2009. Met ingang van 1 januari 2011 behoort een stoppen met roken-therapie tot het basispakket van de

Zorgverzekeringswet. Bovengenoemde middelen komen echter uitsluitend voor vergoeding in aanmerking in combinatie met gedragsmatige ondersteuning. Bij de cijfers van geneesmiddelen ter ondersteuning van het stoppen met roken zijn

de verstrekkingen van Wellbutrin niet meegenomen. Wellbutrin is ook bupropion maar dan geregistreerd als antidepressivum. In die hoedanigheid en in vergelijkbare sterkte wordt het middel wel vergoed.

2.11 Top 5 uitgaven in 2010 aan receptplichtige geneesmiddelen buiten de basisverzekering (1=1 miljoen euro)

	GENEESMIDDELEN	UITGAVEN
1	Middelen bij erectiestoornissen (o.a. sildenafil, tadalafil, vardenafil)	19,4
2	Middelen bij malariaprofylaxe (o.a. proguanil met atovaquon, mefloquine)	10,3
3	Middelen bij stoppen met roken (varenicline, bupropion)	7,4
4	Haargroeimiddelen (finasteride, minoxidil)	2,9
5	Vaccins	2,5

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.8 Voorwaardelijk vergoede geneesmiddelen

Toename van onder voorwaarde vergoede geneesmiddelen

Een aantal geneesmiddelen is alleen vergoedbaar wanneer aan aanvullende voorwaarden is voldaan. Hierdoor kwam 65% van de verstrekkingen van de kalmerend werkende benzodiazepines in beginsel voor rekening van de gebruiker. Bij vergoedbare zelfzorggeneesmiddelen zijn het de chronisch gebruikte laxantia die de hoogste uitgaven uit de basisverzekering kennen.

Naast de geneesmiddelen die niet in het wettelijk verzekerde pakket zijn opgenomen, zijn er ook geneesmiddelen die zorgverzekeraars alleen vergoeden als aan (medische) voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden zijn per geneesmiddel wettelijk vastgesteld en staan vermeld op bijlage 2, horende bij de Regeling zorgverzekering. Tot deze laatste categorie middelen behoren sinds 2009 de benzodiazepines.

Slaap- en kalmeringsmiddelen

Op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft de minister de vergoedingsaanspraken van benzodiazepines per 1 januari 2009 ingeperkt. Met uitzondering van het gebruik bij een aantal strikte indicaties vallen de slaap- en kalmeringsmiddelen per die datum niet meer binnen het wettelijke verzekerde pakket. Voor de volgende indicaties blijft de vergoeding van benzodiazepines ongewijzigd: bij epilepsie, bij sommige ernstige vormen van angststoornissen, bij multiple psychiatrische problematiek, bij patiënten met spierspasmen die niet kunnen lopen en waarbij andere medicijnen niet (meer) werken, en als palliatieve sedatie. Aanspraak op vergoeding bij deze indicaties is uitsluitend

mogelijk op basis van een aanwijzing van de voorschrijver op het recept. Het doel van de beperking van vergoeding is volgens het CVZ primair gelegen in verbetering van de kwaliteit van zorg en niet in kostenbeheersing. Langdurig benzodiazepinegebruik wordt alom als onwenselijk beschouwd. Het resultaat van de aanspraakbeperking is dat het aantal gebruikers van benzodiazepines is gedaald van 1,61 miljoen in de tweede helft van 2008 tot 1,46 miljoen in dezelfde periode in 2009 en 1,43 miljoen in dezelfde periode in 2010.

65% voor eigen rekening

Openbaar apothekers verstrekten benzodiazepines in 2010 10,6 miljoen keer. In 35% van de gevallen is dat gebeurd vanuit het basispakket. In 2009 was dat nog 30% en in de eerste helft van 2011 lijkt dit verder op te lopen naar 37%. De overige 65% van de verstrekkingen in 2010 kwam in beginsel voor rekening van de gebruiker, tenzij deze een beroep kan doen op de aanvullende verzekering. Aan benzodiazepines is in 2010 € 80 miljoen uitgegeven, waarvan € 53 miljoen door de gebruikers zelf is betaald. Uitgedrukt in standaarddagdoseringen (DDD's)

nam het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in 2009 met 15% af ten opzichte van 2008. In 2010 gebruikten gebruikers nog geen 1% meer aan DDD's ten opzichte van 2009.

In zijn algemeenheid zijn er ruim tweemaal zoveel vrouwen als mannen die benzodiazepines gebruiken. Echter, bij onderscheid naar de vergoedbare benzodiazepines is dit verschil iets kleiner. Het aantal gebruikers van benzodiazepines die voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt, lag bij vrouwen in 2010 maar 1,6 keer hoger dan bij mannen. Voor de niet-vergoedbare slaap- en kalmeringsmiddelen was deze verhouding juist groter, een factor 2,2. Dit wijst erop dat naar verhouding meer vrouwen dan mannen op eigen kosten slaap- en kalmeringsmiddelen gebruiken.

Statines

Cholesterolverlagende statines kwamen al langer onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking, maar met ingang van 2009 zijn de vergoedingsvoorwaarden aangescherpt. Vanaf die datum vergoeden verzekeraars statines uitsluitend uit de basisverzekering als de verzekerde een verhoogde kans heeft op cardiovasculaire aandoeningen en daardoor is aangewezen op behandeling met statines. Bovendien moet de behandeling plaatsvinden overeenkomstig de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen. In die richtlijnen staat dat de behandeling moet beginnen met simvastatine of pravastatine. Deze aanscherping van de voorwaarden heeft wel geleid tot sterke verschuivingen in de marktaandelen van de verschillende statines, maar nauwelijks tot betalingen door verzekerden zelf. Overigens gelden deze voorwaarden ook voor cholesterolverlager ezetimibe.

Vergoedbare zelfzorg

In Nederland kennen we ruwweg twee categorieën geneesmiddelen: receptplichtige en niet-receptplichtige geneesmiddelen. Deze laatste categorie geneesmiddelen staat ook wel bekend als de groep zelfzorggeneesmiddelen. In Europese verband wordt bepaald of een geneesmiddel al dan niet receptplichtig is. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) deelt in Nederland niet-receptplichtige geneesmiddelen nader in ten behoeve van de verkrijgbaarheid. Het CBG staan daarvoor drie categorieën te beschikking. Sinds 1 juli 2007 kunnen zelfzorggeneesmiddelen in Nederland een van de volgende drie afleverstatussen hebben: Algemene verkoop (AV), Uitsluitend apotheek en drogist (UAD) en Uitsluitend apotheek (UA).

Middelen met afleverstatus AV zijn volgens het CBG niet alleen geschikt voor verkoop in de apotheek, maar ook bij de drogist, supermarkten en zelfs benzinestations. Zelfzorgmiddelen met UAD-status zijn bij de apotheek en de drogist verkrijgbaar, terwijl middelen met een UA-status onder meer vanwege de ernst van de mogelijke interacties en contra-indicaties en het belang van goede voorlichting bij het gebruik uitsluitend in de apotheek mogen worden verkocht. Per 1 januari 2010 werd deze laatste categorie uitgebreid met grotere verpakkingen van middelen die in een kleinere verpakking UAD of zelfs AV zijn. Het betreft hier NSAID's en acetylsalicylzuur. Van ibuprofen 200mg mogen verpakkingen met maximaal 12 stuks de AV-status hebben, met maximaal 48 stuks de UAD-status en grotere verpakkingen de UA-status. Naproxennatrium 220 en 275mg mogen tot 12 stuks ook door drogisten worden verstrekt, terwijl grotere verpakkingen tot de UA-categorie gaan behoren.

De basisverzekering vergoedt zelfzorggeneesmiddelen in het algemeen niet. Hierop zijn echter uitzonderingen. Laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen en maagledigingsmiddelen die zonder recept mogen worden verstrekt, worden onder voorwaarden wel vergoed. In 2009 werd acetylcysteïne nog wel door zorgverzekeraars vergoed, maar hiervan heeft de overheid de vergoeding per 1 januari 2010 beëindigd. Voorwaarde voor vergoeding van de genoemde zelfzorgmiddelen is dat een arts ze voorschrijft ten behoeve van patiënten die deze middelen chronisch gebruiken. Wanneer aan deze voorwaarden wordt voldaan, is rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar mogelijk. Indien zo'n middel voor de eerste keer aan

de verzekerde wordt voorgeschreven, komt het niet voor vergoeding in aanmerking.

Via de apotheek

In 2010 verstrekten apothekers 2,6 miljoen keer op recept een zelfzorggeneesmiddel dat onder voorwaarden wordt vergoed. De SFK gaat ervan uit dat 70% van deze verstrekkingen ook daadwerkelijk is vergoed omdat dat deel van de verstrekkingen door de apothekers bij een zorgverzekeraar in rekening is gebracht. De uitgaven die hiermee gepaard gingen, kwamen uit op € 27,6 miljoen. Apothekers hebben 785.000 keer een op recept voorgeschreven zelfzorgmiddel dat onder voorwaarden wordt, toch bij de patiënt zelf in rekening gebracht. In dat geval betreft het waarschijnlijk nieuwe of niet-chronische medicatie. Deze verstrekkingen kostten de patiënten gezamenlijk € 4,4 miljoen in 2010.

2.12 Verstrekkingen en bijbehorende uitgaven aan op recept voorgeschreven zelfzorggeneesmiddelen die onder voorwaarden worden vergoed uit de basisverzekering

	ZORGVERZEKERAAR		PATIËNT	
	VERSTREKKINGEN X 1.000	UITGAVEN X € 1.000*	VERSTREKKINGEN X 1.000	UITGAVEN X € 1.000*
Laxantia	920	17.420	400	2.260
Maagledigingsmiddelen	260	2.400	190	1.110
Middelen bij allergie	300	3.440	100	590
Kunsttranen	220	2.380	40	210
Middelen bij diarree	110	1.000	50	160
Kalktabletten	39	940	5	43

* Hierbij rekent de SFK met de advies verkoopprijs van de fabrikant. Zorgverzekeraars kunnen hiervan in hun contracten met apothekers afwijken.

Een derde van de vergoedbare zelfzorgvoorschriften wordt niet door verzekeraar vergoed, van de uitgaven wordt 14% door de verzekerde betaald.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3

Apotheekbedrijf

3.1 Zelfstandige apotheken versus ketens

Nauwelijks groei in aantal apotheken

Op 1 januari 2011 telde Nederland 1.980 apotheekestvestigingen, netto slechts 4 meer dan het jaar daarvoor. De groei van de openbare apotheken is hiermee tot een halt gekomen. In 2010 openden 35 nieuwe apotheken de deuren, het laagste aantal in de afgelopen tien jaar. Daartegenover stond een recordaantal van 31 apotheeksluitingen. Het aandeel openbare apotheken in eigendom van ketens is gelijk gebleven.

Nog niet eerder nam het aantal apotheken zo beperkt toe. De groei van het aantal apotheken bleef de afgelopen jaren al achter bij de vraag naar farmaceutische zorg, maar in 2010 bleef deze voor het eerst achter bij de bevolkingsgroei. De verwachte omzetsdaling door uitbreiding van het preferentiebeleid en de verlaging van de tarieven die apothekers voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen, zetten apotheken financieel extra onder druk. Daardoor is het niet uitgesloten dat het aantal apotheken in 2011 daadwerkelijk zal afnemen.

Openingen en sluitingen

Sinds de versoepeling van de wet- en regelgeving met betrekking tot de eisen die van overheidswegen zijn gesteld aan het exploiteren van een apotheek, zijn er ook steeds meer apotheken gekomen die zich richten op een specifieke vorm van dienstverlening. Waar eerder juist bij deze gespecialiseerde apotheken een sterke groei zat, lijkt dit in 2010 niet meer het geval. Het afgelopen jaar kwamen er relatief weinig specifieke apotheken bij. Onder de 35 nieuwe

vestigingen in 2010 bevonden zich 5 apotheken die in of dicht in de buurt van een ziekenhuis zijn gevestigd. Hiermee neemt het aantal poliklinische apotheken nog steeds toe, maar blijft duidelijk achter bij het aantal van 14 nieuwe poliklinische apotheken dat in 2009 hun deuren opende. Het aantal dienstapotheken bleef vrijwel ongewijzigd. Onder de nieuw geopende apotheken bevonden zich veel apotheken in een gezondheidscentrum. Na een recordaantal apotheeksluitingen in 2008 en 2009, heeft het aantal apotheken dat in 2010 de deuren voorgoed heeft gesloten een nieuw hoogtepunt bereikt. De SFK telde het afgelopen jaar 31 sluitingen, twee meer dan een jaar eerder. De helft van de gesloten apotheken bestond korter dan tien jaar.

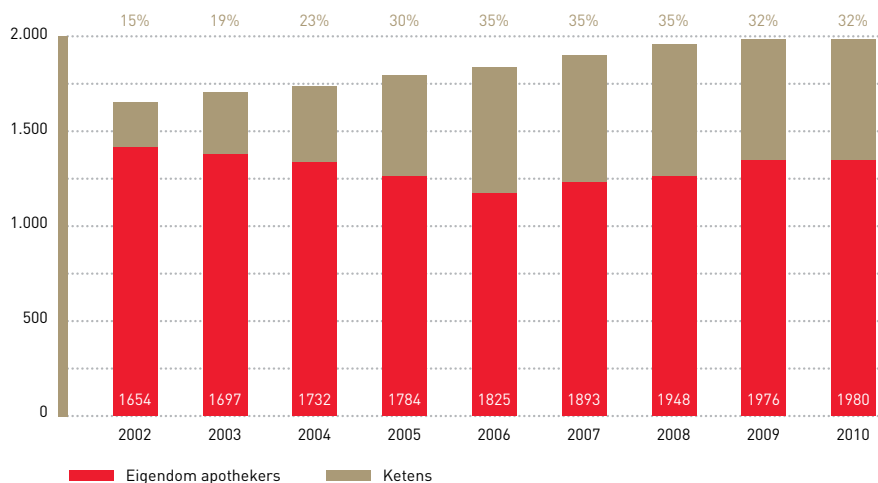
Ketens

Het aandeel van ketenapotheken in het totaal aantal openbare apotheekvestigingen is met 32% in 2010 gelijk gebleven aan het aandeel in 2009. Gemeten naar apotheekvestigingen in bezit van een keten, bleef MediQ de grootste keten met 210 eigen vestigingen. In novem-

ber 2010 heeft de NMa goedkeuring verleend aan de voorgenomen fusie tussen Escura en Lloyds apotheken. Hiermee ontstaat de tweede apotheekketen van Nederland met 115 apotheken in eigendom en 39 franchisenemers. In 2010 had Alliance Healthcare 73 apotheken in eigendom. Het aantal apotheken dat eigendom is van volgesorteerde groothandels bedraagt hiermee afgerond 400, 20% van alle vestigingen. De eigendomsapotheken van Alliance Healthcare zijn in het straatbeeld herkenbaar

als Kring-apotheek. Ook een aantal zelfstandige apotheken die bij Alliance zijn aangesloten hanteren deze naam. In totaal maken ruim 300 apotheken gebruik van de Kringformule. Daarnaast heeft Alliance het internationale Bootsapotheekconcept in Nederland uitgebreid tot 9 vestigingen. Bijna 300 zelfstandige apotheken nemen deel aan de Service-apotheekformule. In totaal is de helft van alle apotheken aangesloten bij een keten of een formule.

3.1 Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken, 2002 – 2010



Het aantal apotheekvestigingen is in 2010 nauwelijks gewijzigd. De verhouding ketenapotheken versus zelfstandige apotheken blijft gelijk.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.2 Omzet openbare apotheek

Apotheekvergoeding moet verlies inkoopvoordelen compenseren

De omzet aan pakketgeneesmiddelen van de gemiddelde apotheek nam in 2010 met € 48.000 toe tot € 2,5 miljoen. Terwijl de materiaalkosten aan geneesmiddelen met 1,5% afnamen, steeg de apotheekvergoeding met 13,9%, goeddeels vanwege het verhoogde tarief in 2010. Deze sterke groei in inkomsten moet gezien worden in relatie tot het verlies aan inkoopvoordelen.

Het afgelopen jaar verstrekten de gemiddelde openbare apotheek 96.900 keer een geneesmiddel dat in het basispakket is opgenomen. Dit zijn 6.400 voorschriften meer dan in 2009, ofwel een stijging van 7%. De omzet van de gemiddelde openbare apotheek aan pakketgeneesmiddelen bedroeg in 2010 € 2.489.000. Dit is een toename van € 48.000 ten opzichte van 2009. De materiaalkosten voor receptplichtige geneesmiddelen vormen de grootste component van de omzet en kwamen uit op € 1.848.000. Ten opzichte van het voorafgaande jaar is dat een daling van € 30.000, ofwel 1,6%. Deze afname is terug te voeren op verdergaande prijsverlagingen van generieke middelen in het kader van het preferentiebeleid.

Tariefverhoging tegenwicht voor verlies inkoopvoordelen

De NZa verhoogde de maximumtarieven voor het leveren van farmaceutische zorg van gemiddeld € 7,28 in 2009 tot € 7,91 in 2010. Hierdoor namen de tariefinkomsten voor het verstrekken van receptplichtige geneesmiddelen toe met € 76.000 tot € 623.000, een stijging van 13,9%. Deze tariefinkomsten moeten

samen met de inkoopvoordelen (na aftrek van de claw back) en de marge/inkomsten uit de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen en handverkoop de dekking voor de praktijkkosten vormen. Hoewel met de toename van de tariefinkomsten lijkt alsof openbare apotheken in 2010 fors meer inkomsten hebben gehad, is dit goeddeels schijn. De NZa voerde de tariefverhoging door ter compensatie van de verminderde inkomsten uit de inkoop van geneesmiddelen. Door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars verdwenen alle inkoopvoordelen op veelgebruikte generieke geneesmiddelen en daalden de totale inkomsten uit kortingen die apotheken realiseren. Deze kortingen maken officieel onderdeel uit van de inkomsten van apothekers maar worden door de NZa verrekend in de tarieven die apothekers maximaal in rekening mogen brengen (zie ook paragraaf 1.1).

Reguliere apotheek slechter af

In de afgelopen 10 jaar was er een sterke opkomst van apotheken die zich op specifieke segmenten richten, zoals dienstapotheken, poliklinische apotheken en apotheken die

zich richten op dure geneesmiddelen voor een specifieke patiëntenpopulatie. Alle apotheken samen, zowel de langer bestaande, hoofdzakelijk reguliere apotheken, als ook de nieuwere apotheken toegespitst op specifieke dienstverlening, vormen de basis voor de gemiddelde apotheek. Door de sterke invloed van de apotheken die zich richten op dure geneesmiddelen en de groei van het aandeel dienstapotheken en poliklinische apotheken zullen de al langer bestaande, reguliere apotheken zich maar in beperkte mate herkennen in het beeld van de gemiddelde apotheek. Deze reguliere apotheken hadden een sterkere daling van de geneesmiddelenkosten en realiseerden lagere tariefinkomsten dan de gemiddelde apotheek.

Zelfzorggeneesmiddelen

Naast de omzet aan receptplichtige geneesmiddelen verkrijgt een apotheek inkomsten uit de levering van (zelfzorg)geneesmiddelen die niet onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vallen en die vaak ook buiten de apotheek verkrijgbaar zijn bij drogisterij of supermarkt. Een deel van deze buiten-WMG geneesmiddelen komt in aanmerking voor vergoeding door de verzekeraar als ze worden toegepast bij chronisch gebruik en een arts ze voorschrijft. In 2010 verstreekte een apotheek gemiddeld 4.200 keer zo'n buiten-WMG-middel dat in het basispakket valt voor een totaalbedrag van bijna € 68.000. Op basis van de adviesverkoopprijzen zou € 18.000 hiervan tot de inkomsten (marge) van de gemiddelde apotheek behoren. In de praktijk is de vergoeding van de apotheken voor de verstrekking van deze geneesmiddelen minder omdat apotheken en verzekeraars lagere prijzen overeenkomen.

3.3 Receptregelvergoeding

NZa verlaagt tarief 2011

De NZa heeft de maximumtarieven voor apotheekhoudenden per 1 januari 2011 verlaagd van gemiddeld € 7,91 tot € 7,50. De lagere tariefinkomsten komen bovenop de te verwachten omzetzijding vanwege verdere uitbreiding van het preferentiebeleid.

Apothekers financieren hun praktijkkosten en hun inkomen in belangrijke mate via de inkomsten uit de receptregelvergoeding bij WMG-geneesmiddelen. Tot januari 2009 werd de receptregelvergoeding vastgesteld op basis van het kostenpatroon van de gemiddelde apotheek. Hiertoe liet de NZa en haar rechtsvoorgangers periodiek kostenonderzoek verrichten. Inmiddels is duidelijk dat het beleid van de NZa niet langer richt op de financiële continuïteit van afzonderlijke apotheken. Diverse apotheken zien hierdoor hun financiële continuïteit bedreigt; zeker nu zij inkoopvoordelen hebben zien verdwijnen als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid.

Transitietarief

De NZa heeft begin december 2010 maximumtarieven voor farmaceutische zorg vastgesteld die vanaf 1 januari 2011 van kracht zijn. Hierbij hanteert de NZa als uitgangspunt dat het gemiddelde maximumtarief uitkomt op een bedrag van € 7,50. Het gemiddelde tarief ligt daarmee 5,2% lager dan in 2010, toen het tarief op gemiddeld € 7,91 was vastgesteld. Naast het maximumtarief kent de tariefbeschikking van de NZa evenals vorig jaar ook een maximaal verhoogd tarief. In theorie wordt apotheken hiermee de mogelijkheid

geboden om met verzekeraars afspraken te maken tot het niveau dat de NZa als kostendekkend beschouwd (€ 7,96 in 2011 volgens de NZa). De NZa introduceerde dit systeem onder de noemer “flexibel tarief” teneinde de onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars te stimuleren. Er mag uitsluitend een verhoogd tarief in rekening worden gebracht als hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheker ten grondslag ligt. Het maximaal verhoogde tariefbedrag is niet verlaagd en komt evenals vorig jaar gemiddeld uit op een bedrag van € 10,00. Daarmee is de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief opnieuw toegenomen. Onder dezelfde voorwaarden als bij het maximaal verhoogd tarief blijft ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar. Gezien de late bekendmaking van dit tarief, is maar de vraag of apothekers volledig kunnen profiteren van deze onderhandelingsruimte die zorgverzekeraars van de NZa hebben gekregen. Het beleid van de NZa is erop gericht om in 2012 een stelsel van vrije prijzen in te voeren voor de extramurale farmacie. Dit betekent dat apothekers en verzekeraars dan samen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de geneesmiddelen en de dienstverlening. De NZa noemt het tarief voor 2011 daarom een transitietarief, dat erop gericht is om de

betrokken partijen voor te bereiden op de aankomende verandering in prijssystematiek.

Gedifferentieerd tarief

In juli 2008 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuw tariefsysteem voor apothekhoudenden. Voor openbare apotheken houdt dit systeem in dat de vaste vergoeding per afgeleverd receptgeneesmiddel is verlaten. Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende

maximumtarieven. Vanaf januari 2011 is de basisvergoeding voor een reguliere uitgifte verlaagd van € 5,99 naar € 5,74 en voor een weekuitgifte van € 3,29 naar € 3,16 per week. Daarnaast kunnen één of meer aanvullende prestaties van toepassing zijn als er sprake is van een (bijzondere) apotheekbereiding, een eerste uitgifte of een uitgifte tijdens een avond- nacht- of zondagsdienst. Ook de vergoeding voor deze aanvullende prestaties is over de hele linie verlaagd.

3.2 Prestatiebekostiging NZa-standaardapotheek per 1 januari 2011, maximumtarief en maximaal verhoogd tarief

	AANTAL	MAXIMUM TARIEF	MAXIMUM VERGOEDING	MAXIMAAL VERHOOGD TARIEF	MAXIMAAL VERHOOGDE VERGOEDING
Basisprestatie					
Standaarduitgifte	69.440	€ 5,74	€ 398.586	€ 7,65	€ 531.216
Weekuitgifte	28.766	€ 3,16	€ 90.900	€ 4,21	€ 121.104
Aanvullende prestaties					
Eerste uitgifte	17.863	€ 5,74	€ 102.535	€ 7,65	€ 136.654
ANZ-recept	755	€ 11,48	€ 8.665	€ 15,31	€ 11.556
Bijzondere bereiding	84	€ 86,10	€ 7.221	€ 114,82	€ 9.629
Reguliere bereiding	1.845	€ 11,48	€ 21.181	€ 15,31	€ 28.247
TOTAAL	98.206	€ 6,41	€ 629.088	€ 8,54	€ 838.406
TOTAAL NZA-REKENEENHEDEN	83.865	€ 7,50	€ 629.088	€ 10,00	€ 838.406

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.4 Praktijkkostenvergoeding

Verlaagd tarief leidt tot fors omzetverlies

De verlaagde tarieven per 1 januari 2011 en de uitbreiding van het preferentiebeleid zullen leiden tot een gemiddeld omzetverlies van meer dan € 50.000. De KNMP en andere apotheekorganisaties hebben gezamenlijk aan de NZa aangegeven het oneens te zijn met haar praktijkkostenberekeningen. Onder meer omdat de NZa niet alle apotheekkosten hierin meeneemt, en omdat de NZa haar rekenregels heeft aangepast ten opzichte van 2010 zonder hiervoor een sluitende argumentatie op te voeren.

Het maximumtarief is gebaseerd op de praktijkkostenvergoeding van een door de NZa gedefinieerde standaardapothek. Het betreft niet de totale praktijkkosten van een apotheek, maar het bedrag dat de NZa heeft toegerekend aan de aflevering van receptgeneesmiddelen. De systematiek van toerekening is voor 2011 evenals vorig jaar opnieuw gewijzigd. Deze wijziging is wederom in het nadeel van apotheekhoudenden.

Lagere praktijkkosten

De NZa heeft de praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2011 naar beneden toe bijgesteld van € 668.527 tot € 620.602. Deze bijstelling is vooral het gevolg van lagere praktijkkosten door in de apotheek doorgevoerde bezuinigingen, waaronder de voornaamste op personeel. Apotheken worden hiervoor door de NZa met een lager tarief gehonoreerd. Bij de vaststelling van het gemiddelde tariefbedrag gaat de NZa uit van een jaarlijkse productie van 83.865 rekeneenheden. Het aantal rekeneenheden

per apotheek bestaat uit het aantal standaard-uitgiftes vermeerderd met de helft van de weekuitgiftes. Deze kunstgreep wordt gehanteerd om de productie van de rekenapotheek te laten corresponderen met het aantal WMG-verstrekingen dat van toepassing zou zijn geweest bij de oude tariefsystematiek die gold tot 1 juli 2008. Deze door de NZa gehanteerde verhouding komt echter steeds verder van de werkelijkheid te staan.

Het norminkomen voor de apotheker, dat onderdeel is van de praktijkkosten, is met 1,25% geïndexeerd tot € 109.415. Het norminkomen omvat naast het bruto jaarsalaris ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage. Het bruto salaris voor de apotheker komt daarmee uit op € 80.000 per jaar. Vorig jaar werd de indexatie van het norminkomen op aanwijzing van de minister van VWS als bezuinigingsmaatregel achterwege gelaten.

3.3 Opbouw maximumtarief apotheek per 1 januari 2011*

	PRAKTIJKKOSTENVERGOEDING	RECEPTREGELVERGOEDING
Personeelskosten	312.228	3,72
Huisvestingskosten	63.037	0,75
Algemene kosten	92.585	1,10
ICT kosten	23.639	0,28
Financiële kosten	11.819	0,14
Auto- en bezorgkosten	7.880	0,09
Brutojaarsalaris apotheker	80.000	0,95
Aanvullende inkomensvergoeding	29.415	0,35
Totale vergoeding	620.602	7,40
Nacalculatie tarief 2010		0,10
Gewogen gemiddelde vergoeding		7,50

NZa verlaagt de praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2011 van € 668.527 naar € 620.602

*) Indicatieve raming op basis van NZa-gegevens

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Transitietarief leidt tot fors omzetverlies

NZa claimt dat het tarief voor 2011 op basis van kostenonderzoek is opgebouwd uit een kostendekkend tarief voor dienstverlening van € 7,96, min een verrekening van de ingeschatte inkoopvoordelen die apothekers ontvangen. De NZa heeft dit tarief een transitietarief genoemd.

Apotheekorganisaties zijn het oneens met de wijze waarop de NZa het tarief 2011 heeft berekend. De bezwaren richten zich onder meer de toerekening van de inkomsten en kosten aan de geneesmiddelen die onder de WMG vallen. Omdat apothekers zowel omzet in WMG als in buiten-WMG geneesmiddelen

realiseren rekent de NZa een deel van de praktijkkosten toe aan de WMG. De NZa heeft deze methodiek voor de tariefberekening van 2011 opnieuw aangepast en opnieuw in het nadeel van apothekers. Voor de tariefberekening van 2010 ging de NZa bij de toerekening uit van de omzetverhoudingen. Voor 2011 vond deze toerekening plaats op basis van de omzet tegen apotheekinkoopprijzen. Juist deze inkoopprijzen zijn gedaald door het preferentiebeleid. Ook heeft de NZa geen rekening gehouden met de door apothekers aan verzekeraars doorgegeven inkoopvoordelen die samenhangen met laagste prijsgaranties, bandbreedteafspraken en vaste prijzen per pakje. Daarnaast baseert de NZa het tarief op nieuwe “kostprijsprincipes”,

die er op neerkomen dat het inkomen van de zorgverlener - voor een apotheker gesteld op € 80.000 bruto per jaar - de sluitpost vormt voor de bedrijfsrisico's en investeringen van een apotheek.

Ook het inkoopbeleid van zorgverzekeraars is van groot belang voor de inkomsten van een apotheek. Verzekeraars beperken de zorgaanpraak voor veelgebruikte medicijnen tot één merk, waarmee de kosten van medicijnen dalen. Voor 2011 hebben de zorgverzekeraars een uitbreiding van het preferentiebeleid doorgevoerd. De gevolgen hiervan voor de apotheekinkomsten worden tot grote teleurstelling van de gezamenlijke apotheekorganisaties door de NZa niet meegenomen in de tarief-

berekening. Dit, terwijl de NZa zelf constateert dat 40% van de apotheken verlies maakt.

De verlaagde tarieven voor apothekers leiden gemiddeld per apotheek tot een vermindering van de tariefinkomsten van bijna € 35.000. Naast de lagere tariefinkomsten zullen apotheken opnieuw de gevolgen ondervinden van fors lagere prijzen vanwege uitbreiding van het preferentiebeleid door diverse verzekeraars. Naar verwachting zal het verlaagde tarief en de uitbreiding van het preferentiebeleid op jaarbasis tot een omzetsdaling van gemiddeld € 54.400 per apotheek leiden. Ook met dit voorschrijdend verzekeraarbeleid heeft de NZa geen rekening gehouden bij het vaststellen van het tarief.

3.5 Personeel en werkdruk

Meer werk, minder assistenten

De verwerkingsgraad is in 2010 gestegen tot 20.600 voorschriften per fulltime assistent. Ondanks een stijgend geneesmiddelgebruik zorgt de financiële krapte bij apotheken ervoor dat zij minder assistenten aantrekken. Samen met de toenemende administratieve lasten stijgt de werkdruk en daalt de werktevredenheid.

De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat een fulltime apothekersassistent op jaarbasis verwerkt, geeft een indruk van de productiviteit van de apotheek. Ook zegt het iets over hoe het personeelbestand zich verhoudt tot de werkdruk in de apotheek. Echter, in de afgelopen jaren zijn diverse andere factoren steeds meer van invloed geworden op de ervaren werkdruk. Het gaat hierbij om factoren als de mate waarin apothekers elektronisch voorbereide recepten van voorschrijvers ontvangen, de wijze waarop avond- en weekenddiensten zijn georganiseerd, het al dan niet voorhanden zijn van robotisering in de apotheek en de mate waarin apotheekbereidingen plaatsvinden. Maar ook actuele ontwikkelingen spelen een rol zoals het gebruikmaken van central filling, de mate waarin andere medewerkers dan apothekersassistenten worden ingezet in de apotheek en het feit dat verzekeraars de uitvoering van steeds meer uiteenlopende verzekeringsregelingen afwentelen op de apotheekpraktijk.

Hoogtepunt

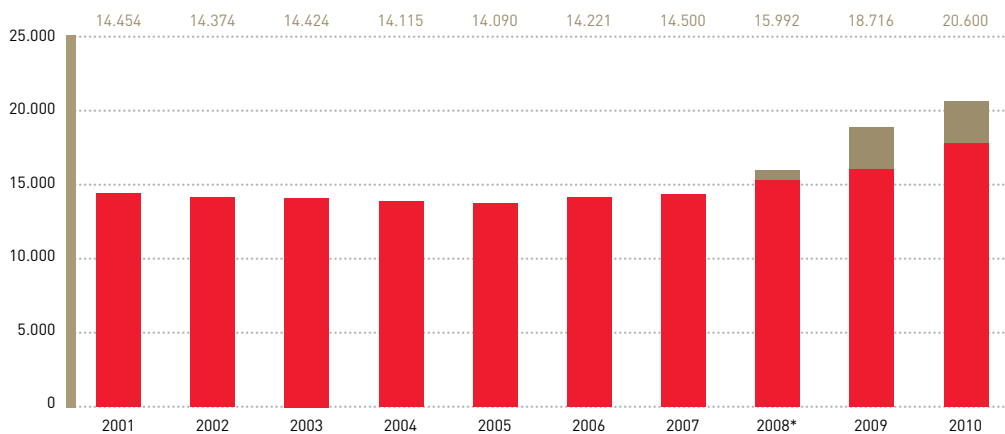
Sinds jaren stelt de SFK de verwerkingsgraad vast door uit te gaan van de verstrekte WMG- en Buiten-WMG-geneesmiddelen ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar.

Medische hulpmiddelen zoals diabetestestmaterialen, incontinentiematerialen en verbandmiddelen, alsmede niet-geneesmiddelen worden niet meegeteld bij de vaststelling van de verwerkingsgraad. Na invoering van de nieuwe tariefstructuur per 1 juli 2008 tellen uitgiften via een weekdoseersysteem één-op-één mee in de vaststelling van de verwerkingsgraad. In 2010 bedroeg de gemiddelde verwerkingsgraad 20.600 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Hiermee ligt de verwerkingsgraad 10% hoger dan in 2009; een nieuw record.

Personeel

Op 1 januari 2011 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken 16.203 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek. Voor het eerst sinds jaren neemt het aantal werkzame assistenten af. Ten opzichte van 2009 betreft dit een daling van 345 personen (-2,1%). Ook de gemiddelde werkweek is het afgelopen jaar verder teruggelopen van 24,4 uur naar 24,3 uur. Het aantal ondersteunende medewerkers in openbare apotheken is toegenomen van 6.657 tot 6.928 personen (+4,1%). Dit compenseert de daling in assistenten goeddeels, waardoor het totaal aantal apotheekmedewerkers in 2010 nagenoeg gelijk is aan dat in 2009.

3.4 Ontwikkeling verwerkingsgraad in de openbare apotheek

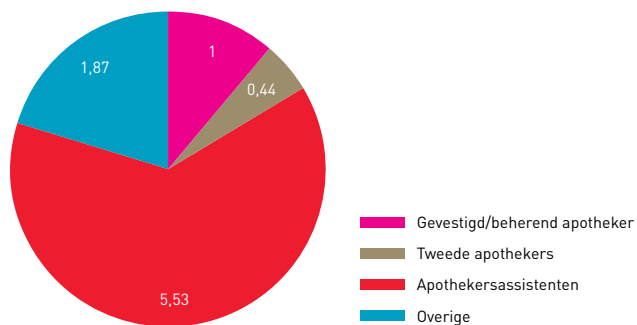


*Vanaf juli 2008 tellen weekafleveringen een-op-een mee in de vaststelling van de verwerkingsgraad. Het verschil dat dit met zich meebrengt ten opzichte van eerdere jaren wordt uitgedrukt middels de bruine delen van de kolommen.

De hogere verwerkingsgraad in 2010 is het gevolg van stijgend geneesmiddelengebruik en minder assistenten.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.5 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2010 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Ondersteunende medewerkers kunnen worden ingezet bij werkzaamheden in de apotheek die de werkdruk, zoals uitgedrukt in de verwerkingsgraad, verlichten. Als we de verwerkingsgraad uitdrukken als het aantal voorschriften per fulltime apotheekmedewerker, komt deze in 2009 uit op 14.300 en in 2010 op 15.400. Hiermee laat de verwerkingsgraad nog steeds een sterke stijging van 8% zien. Deze is toe te schrijven aan de forse groei in geneesmiddelgebruik (+5,5% in DDD's pakketgeneesmiddelen) en de toename van weekafleveringen.

De verlaging van de tarieven die apothekers voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen en de uitbreiding van het preferentiebeleid, zullen de financiële en administratieve druk op apotheken fors vergroten.

Onderzoek van de Stichting Bedrijfsfonds Apotheken waaruit blijkt dat 80% van de apotheken verwacht een gelijke of lagere omzet te genereren, bevestigt deze bevindingen. De financiële krapte noopt apotheken tot bezuinigingen op personeel en activiteiten. Terwijl de vraag naar geneesmiddelen en farmaceutische zorg verder oploopt, blijkt dat de werkgelegenheid afneemt. Daarnaast is de uitstroom van personeel groot en zijn er weinig vacatures. Na een grote ontslagronde onder apothekers-assistenten in periode 2009/2010 (1.600 assistenten ontslagen) dreigen ook in 2011 opnieuw (gedwongen) ontslagen in de branche. Daarnaast zorgt de ervaren hogere werkdruk en de toenemende administratieve belasting voor minder tevredenheid met het werk.

3.6 Arbeidsmarkt apothekers

Lichte krimp in arbeidsmarkt

Terwijl het aantal afgestudeerde apothekers gestaag stijgt, krimpt de arbeidsmarkt binnen de openbare farmacie. Deze ontwikkeling loopt niet in de pas met de alsmear groeiende zorgvraag. Dalende aantallen eerstejaarsstudenten farmacie lijken te duiden op een afnemende populariteit van de opleiding.

Sinds 2002 mag de studie farmacie en farmaceutische wetenschappen zich verheugen in een grote mate van belangstelling. Eind 2009 liet het aantal eerstejaarsstudenten voor het eerst een kleine terugloop zien. In 2010 is de animo voor de studie farmacie en farmaceutische wetenschappen verder gezakt. Met 449 personen is het aantal ingeschreven eerstejaarsstudenten aan de farmaceutische opleidingen in Utrecht (198), Groningen (154) en Leiden (97) weliswaar nog steeds aanzienlijk, maar wel afgenomen tot het niveau van 2005–2006. De drie opleidingsplaatsen hebben alle een lichte terugloop in de aantallen eerstejaars farmacistudenten moeten accepteren. Niet bekend is in hoeverre de minder gunstige carrièreperspectieven binnen de openbare farmacie hier debet aan zijn.

Ingeschreven studenten

Volgens opgave van de universiteiten stonden aan het begin van dit jaar 2.737 studenten aan de drie farmaceutische opleidingen in Nederland ingeschreven. De faculteit farmaceutische wetenschappen in Utrecht is de grootste opleidingsplaats in ons land en telde in 2010 1.474 studenten. In Groningen bedroeg het aantal studenten aan de farmaceutische opleiding 907 ingeschrevenen. Het aantal studenten dat

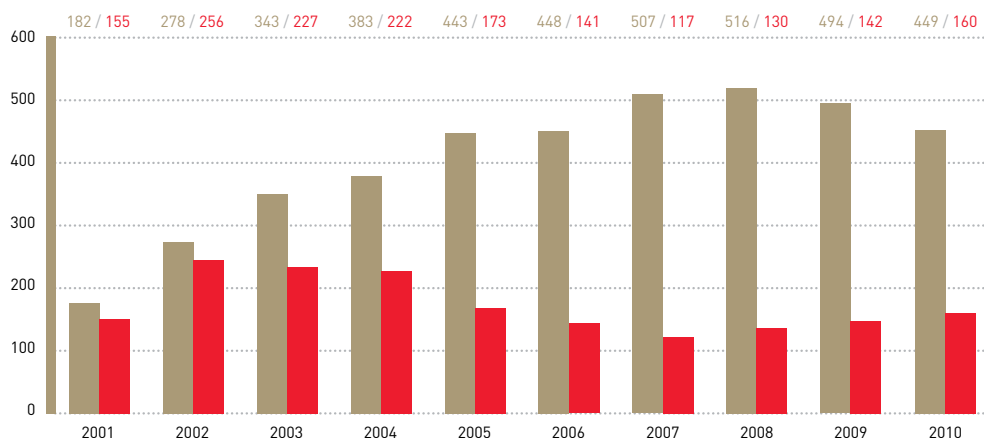
de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen in Leiden volgt, kwam het afgelopen jaar uit op 356. De Leidse opleiding leidt niet op tot apotheker, maar tot wetenschappelijk onderzoeker op het terrein van geneesmiddelen. Dit is een studierichting die farmacistudenten in Groningen en Utrecht ook kunnen kiezen. Er studeren meer vrouwen dan mannen farmacie. Sinds enkele jaren vormen vrouwen 60% van de studentenpopulatie farmacie. Dit komt ook tot uiting in de sekseverhouding binnen de nieuwbakken apothekers: zo'n 62% van de in 2010 afgestudeerde apothekers is een vrouw.

Populariteit studie farmacie werpt vruchten af

Het aantal personen dat de farmaceutische faculteiten in Utrecht en Groningen met een apothekersdiploma verlaat, is vanaf 2008 aan het stijgen. Het afgelopen jaar bedroeg het aantal studenten dat succesvol hun master examen farmacie aflegde 160, dat is 18 personen meer dan in 2009. De stijging volgt uit de toegenomen belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, na een dip in de periode van 1999 tot 2001. Velen van de recent afgestudeerde apothekers zijn hun studie in 2004 begonnen. Vanwege de toegenomen popula-

riteit van de studie in de jaren daarna, is te verwachten dat de instroom van apothekers op de arbeidsmarkt ook de komende jaren nog verder zal groeien.

3.6 Aantallen eerstejaarsstudenten farmacie en afgestudeerde apothekers (periode 2001-2010)



Het toegenomen aantal eerstejaarsstudenten sinds 2002 heeft geleid tot een toename in het aantal afgestudeerde apothekers vanaf 2008 die naar verwachting de komende jaren zal voortduren. Na de topjaren 2007 en 2008 loopt het aantal eerstejaarsstudenten farmacie verder terug.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Zorg onder druk

Van de afgestudeerde apothekers kozen 112 personen (zo'n 70%) voor de openbare farmacie. Het is de vraag in hoeverre deze apothekers een passende functie vinden binnen de openbare farmacie. Sinds 2009 is de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers aan het krimpen. Het aantal werkzame beherend en tweede apothekers in 2010 bedroeg 2.858, dat is 19 apothekers minder dan in 2009. Hiermee is het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar verder afgenomen.

Naast een instroom van 112 personen verlieten het afgelopen jaar 131 openbaar apothekers het actieve vak. De arbeidsmarkt verslechtert niet alleen voor openbaar apothekers, maar ook voor apothekersassistenten (zie paragraaf 3.7). In het algemeen zorgt de financiële krapte onder apotheken tot forse bezuinigingen op personeel. De behoefte aan geneesmiddelen en farmaceutische zorg neemt evenwel verder toe. Als zorgvraag en zorgaanbod te ver uit balans raken, dreigt een neerwaartse spiraal met

verlies van kwaliteit van de farmaceutische dienstverlening en afnemende belangstelling voor het vak van apotheker en apothekers-assistent. De KNMP is van mening dat er vanwege de toenemende zorgvraag een tekort aan openbaar apothekers is. Door de druk die ontstaat vanwege de korting op het tarief voor 2011 wordt het apotheken onmogelijk gemaakt

om verder te investeren in hun farmaceutische diensten door bijvoorbeeld vaker medicijn-gesprekken te houden met patiënten die veel geneesmiddelen gebruiken en door meer aandacht te besteden aan de medicatie van patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis of daaruit terugkeren.

3.7 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	2006	2007	2008	2009	2010
Apotheken	1.825	1.893	1.948	1.976	1.980
Apothekers	2.825	2.871	2.912	2.877	2.858
Apothekersassistenten	15.427	16.027	16.312	16.548	16.203
Overige	5.457	5.809	6.436	6.657	6.928

De werkgelegenheid voor tweede apothekers in de openbare apotheek loopt sinds 2009 terug.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.7 Jonge apothekers

Jonge apotheker minder tevreden

Gegeven de grote financiële druk waaronder apotheken gebukt gaan en de krimpende arbeidsmarkt binnen de openbare farmacie, zijn de perspectieven voor jonge apothekers verslechterd. De mate van tevredenheid van jonge apothekers over hun functie en arbeidsvoorwaarden is dan ook afgenomen.

In mei 2010 heeft de Vereniging van Jonge Apothekers (VJA) een enquête gehouden onder haar 600 leden. De SFK heeft de resultaten van dit onderzoek bewerkt en geanalyseerd. Van alle VJA-leden hebben 175 personen (30% van de totale populatie) de vragenlijst geretourneerd. Zoals de naam van de vereniging al aangeeft, gaat het hier om apothekers die nog niet zo lang werkzaam zijn. De helft van de respondenten geeft aan minder dan 5 jaar apotheker te zijn. Een ruime meerderheid (70%) geeft aan in loondienst te zijn bij een zelfstandige apotheker of een maatschap van individuele apothekers. De overige 30% is in dienst bij een keten. Dit beeld komt overeen met de eigendomsverhouding tussen zelfstandige apotheken en ketens (zie paragraaf 3.1). Van de respondenten is 55% werkzaam als tweede apotheker en 45% als beherend apotheker.

Contract en salariëring

Ruim 60% van de respondenten heeft een contract voor onbepaalde tijd. De overigen hebben overwegend ofwel een contract voor maximaal een jaar, ofwel een contract voor de duur van de registratiefase (2 jaar). Gezien de financiële druk is het de vraag in hoeverre met name de tijdelijke contracten zullen worden verlengd. Het aandeel jonge apothekers waarbij

het salaris volgens de KNMP-richtlijn wordt vastgesteld, is 70%. De rest krijgt meer dan de KNMP-richtlijn, een enkeling krijgt minder. Maar liefst 87% van de jonge apothekers geeft aan jaarlijks automatisch een salarisverhoging van 5% te krijgen. Een kleine minderheid van 13% maakt gebruik van het Beoordelingsstelsel Apothekers in Loondienst.

Minder franje, meer gedeelde kosten

In vergelijking met voorgaande jaren valt op dat een aantal secundaire arbeidsvoorwaarden die frequent voorkwamen nu veel minder vaak toegepast worden. Opvallend is de daling van de vergoeding van nascholing en cursussen en van het registratiecurriculum. Nascholing en cursussen worden nog wel vergoed, maar minder vaak vergeleken met 2007. De kosten voor het registratiecurriculum worden sinds 2007 volgens de richtlijn gelijkmatig verdeeld tussen werkgever en werknemer. De tegemoetkoming in de kosten voor kinderopvang vervalt nagenoeg sinds de overheid de werkgeversbijdrage sinds 2007 verplicht heeft gesteld (via de Belastingdienst). Het betrekken van genees- en hulpmiddelen uit de apotheek tegen inkoopprijs wordt steeds minder gebruikelijk. Tenslotte komt ook de vergoeding voor het draaien van diensten steeds meer in de knel.

In 2001 kreeg 48% daarvoor nog een vergoeding in een of andere vorm. Dat is in 2010 gedaald tot 22%. Meer jonge apothekers krijgen een vergoeding van hun pensioenpremie door de werkgever voor meer dan 2/3 deel: dit aandeel is gestegen van 16% in 2007 tot 25% in 2010. Nieuw is dat werkgevers meer dan in het verleden bereid zijn jonge apothekers in loondienst een bonus te geven bij het behalen van vooropgestelde doelen (19%).

Tevredenheid neemt af

Jonge apothekers zijn minder tevreden met hun huidige functie. Waar ze in eerdere jaren gemiddeld consequent een 7,7 (schaal 1-10)

hiervoor gaven, is dit in 2010 gedaald tot en 7,4. Jonge apothekers in dienst van een keten zijn iets minder tevreden over hun functie dan de overige apothekers. De tevredenheid met de arbeidsvoorwaarden is afgenomen van gemiddeld 7,2 in 2007 naar 7,0 in 2010. Opvallend is dat de jonge ketenapothekers (6,7) duidelijk veel minder tevreden zijn met hun arbeidsvoorwaarden dan jonge apothekers in dienst van zelfstandige apothekers (7,1). Wat betreft tevredenheid met hun toekomstperspectief zitten de jonge apothekers allen op één lijn: met gemiddeld een 6,9 beoordelen ze hun toekomstperspectieven als voldoende, maar zeker niet als goed.

3.8 Prevalentie secundaire arbeidsvoorwaarden onder jonge apothekers (in procenten)

	2001	2004	2007	2010
Vergoeding nascholing en cursussen	89	93	94	87
Betrekken van genees- en hulpmiddelen uit de apotheek tegen inkoopprijs	87	83	69	56
Vergoeding registratiecurriculum	70	93	54	48
Vergoeding WGA-gat verzekering (WAO hiatenverzekering)	52	52	36	26
Pensioenpremie vergoeding voor meer dan 2/3e deel	21	31	16	25
Vergoeding voor het draaien van diensten	48	35	29	22
Bonus bij het behalen van vooropgestelde doelen	0	0	0	19
Reiskostenvergoeding hoger dan op basis van 2e klasse OV	18	25	24	17
Verhuiskostenvergoeding	23	15	16	17
Vergoeding WGA excedent verzekering	0	0	14	14
13e maand	18	10	16	12
Mogelijkheid tot overname van de apotheek of medeparticipatie	17	7	12	11
Lease auto	10	5	7	6
Tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang	10	16	19	5
Winstdeling	6	1	8	5
Goedkope privé huisvesting	4	3	1	0

Met uitzondering van de vergoeding van de pensioenpremie zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden in 2010 enigszins teruggeschoefd voor de jonge apothekers ten opzichte van eerdere jaren.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.8 Kwaliteitsindicatoren

Meten is verbeteren

In 2010 heeft de SFK in samenwerking met de KNMP apothekers ondersteund bij het berekenen van hun scores op de Kwaliteitsindicatoren Basisset. Deze indicatoren, die de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening inzichtelijk maken, vullen apothekers jaarlijks in voor de IGZ. Kwaliteitsindicatoren werden ook weer in 2010 gebruikt door zorgverzekeraars voor het beoordelen van de prestaties van apotheken gekoppeld aan een extra vergoeding.

Met de door SFK verzamelde gegevens kunnen indicatoren op basis van aflevergegevens berekend worden. Op basis van deze informatie is niet duidelijk of bijvoorbeeld een ongewenste geneesmiddelcombinatie wellicht was voorzien van het advies om een middel tijdelijk te staken. In de toekomst zal dit met gebruik van de zorgregistratie wel meegenomen kunnen worden.

De kwaliteitsindicatoren geven niet alleen een beeld van de kwaliteit van de farmaceutisch-inhoudelijke dienstverlening van de apotheek maar worden tevens bepaald door het voorschrijven door artsen en de keuzes van de patiënt.

Kwaliteitsindicatoren apotheken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft begin 2011 openbare en poliklinische apotheken voor de derde maal gevraagd om de resultaten van de geleverde farmacotherapeutische zorg zichtbaar te maken door 45 indicatoren van de Kwaliteitsindicatoren Basisset over 2010 in te vullen. De IGZ wil op basis hiervan potentiële risico's in kaart brengen en hierop extra toezicht houden, de KNMP streeft op basis van de uitkomsten naar het

bevorderen van continue verbetering. De SFK en KNMP ondersteunen apothekers hierbij met de webrapportage KISS, waarin gegevens voor 23 van de 45 indicatoren voor medicatieveiligheid en farmacotherapie kant-en-klaar worden gepresenteerd.

'Verbeter'-indicatoren

Om te kunnen sturen op verbetering van hun resultaten, zijn in de webrapportage KISS naast de Basisset Kwaliteitsindicatoren – die gaan over een heel kalenderjaar – op basis van de meest recente data de indicatoren per maand doorgerekend. Hiermee kunnen apothekers rechtstreeks de patiënten opsporen die niet optimaal worden behandeld en de farmacotherapie in overleg met de arts verbeteren. Uiteindelijk kan dit leiden tot een beter resultaat over het betreffende kalenderjaar. Deze maandelijkse indicatoren worden door sommige zorgverzekeraars gebruikt om de kwaliteit tussen apotheken te vergelijken. Dit wordt afgeraden omdat deze indicatoren bedoeld zijn voor interne kwaliteitsverbetering. De aantallen per maand zijn vaak klein per indicator en hierdoor gevoelig voor toevallige schommelingen. Bovendien worden 'sensitieve' selectie-

criteria gehanteerd om geen patiënt te missen. Bij de Kwaliteitsindicatoren Basisset wordt juist heel 'specifiek' gekeken naar de patiënten die daadwerkelijk suboptimaal worden behandeld zodat patiënten niet ten onrechte voor mindere kwaliteit meetellen.

Zorgverzekeraars

Een aantal zorgverzekeraars baseren zich op kwaliteitsindicatoren om te kijken of apotheken in aanmerking komen voor een extra vergoeding. Bij het beoordelen of apotheken in aanmerking komen voor een additionele vergoeding stelt de zorgverzekeraar een norm vast waarboven deze vergoeding van toepassing is. Bij het vaststellen van deze normen is de SFK niet betrokken. Voor zorgverzekeraar Achmea heeft de KNMP in 2010 het zogenaamde mandjesmodel ontwikkeld om te beoordelen of apotheken in aanmerking komen voor een intensieve contractuele relatie, waardoor ze in 2011 een bonus ontvangen in de vorm van een opslag op de receptregel. In dit mandjesmodel zijn meerdere indicatoren op het gebied van medicatieveiligheid en therapietrouw geclusterd in een zestal mandjes. De scores van de indicatoren zijn per mandje gemiddeld berekend om een bredere spreiding van de uitkomsten te borgen. Zorgverzekeraar Menzis hanteert de scores op de kwaliteitsindicatoren van IGZ/KNMP ten opzichte van het landelijk gemiddelde bij de beoordeling van apotheken die in aanmerking kunnen komen voor een extra vergoeding per basisprestatie in 2011.

Geschikte indicatoren

De ontwikkelde indicatoren zijn in meerdere of mindere mate geschikt voor het vergelijken van de kwaliteit tussen apotheken en het beoordelen hiervan. Bij het bepalen van geschikte indicatoren voor het meten van

kwaliteit hebben KNMP en SFK ervaring opgedaan dankzij de kritische commentaren van apothekers. Het streven is om steeds beter ervoor te zorgen dat een indicator de daadwerkelijk in de apotheek geleverde kwaliteit weergeeft. Dit proces is nog in volle gang. De geschiktheid van een indicator wordt bepaald door een aantal aspecten. Ten eerste moet een relevant aspect gemeten worden die onderbouwd is door richtlijnen en standaarden. Tevens speelt de grootte van de patiënten aantallen waarop de indicator is gebaseerd een grote rol voor de betrouwbaarheid en validiteit van de gemeten uitkomst. Bij een indicator over een kleine patiëntengroep kan één patiënt meer of minder al het verschil maken of een apotheek een afspraak haalt of niet; toeval kan dan een grote rol spelen in het resultaat. Voor vergelijkingen tussen apotheken is het onderscheidend vermogen een belangrijk aspect van een indicator, dat wil zeggen dat er genoeg verschil is tussen de uitkomsten die apotheken op de indicator behalen. Hiervan is geen sprake als het gros van de apotheken eenzelfde score heeft en er sprake is van weinig spreiding tussen de scores. Tenslotte dient er voldoende verbeterpotentieel mogelijk te zijn, wat inhoudt dat de gemiddelde scores van apotheken nog ver genoeg verwijderd zijn van de optimale uitkomst.

Meetmethode

Indien de indicatoren worden bepaald per apotheek, zonder dat het geneesmiddelengebruik van de patiënten over apotheken heen wordt gevolgd, hoeven de gemeten uitkomsten niet volledig gebaseerd te zijn op de daadwerkelijke situatie. Zo wordt een patiënt die in een andere dan de eigen apotheek een geneesmiddel ophaalt, bijvoorbeeld een maagbeschermer, terwijl hij al een NSAID (pijnstiller) gebruikt

via zijn eigen apotheek, voor zijn eigen apotheek ten onrechte aangemerkt als een patiënt met NSAID zonder maagbescherming. Deze gevallen kunnen worden ondervangen door aanvullende informatie bij een aflevering in

het apotheekinformatiesysteem vast te leggen. Met de huidige registratiemethoden kan hier nog geen rekening mee gehouden worden. Het streven is om deze registraties in de toekomst mee te nemen in de bepaling van de score.

3.9 Indicatoren uit de Kwaliteitsindicatoren Apotheken, Basisset 2010

NR.	OMSCHRIJVING INDICATOR
4	Percentage gebruikers bloedglucoseverlagende middelen met een vastgelegde indicatie diabetes, ter bewaking op contra-indicaties
6	Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers
9	Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline
12a	Aantal gebruikers van coumarinen in combinatie met co-trimoxazol
12b	Aantal gebruikers van coumarinen in combinatie met miconazol (oraal, vaginaal)
16	Percentage geregistreerde intern geconstateerde fouten binnen de receptregels
18a	Percentage patiënten met een eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven
18b	Percentage patiënten inhalatiecorticosteroiden met antimycotica
19	Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid
20	Percentage patiënten dat bij een vervolgutgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid
21	Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (>65 jaar)
22a	Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte van antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect
22b	Percentage stoppers binnen 6 maanden (voor eerste uitgiftes in de eerste helft van het meetjaar)
23	Percentage patiënten in de thuissituatie met geïndividualiseerde distributievormen
27	Percentage klachten van patiënten
28	Aantal bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten
36	Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastroprotectie gebruikt
37	Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt
38	Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia
39	Percentage patiënten met overmatig gebruik bronchusverwijders en inhalatiecorticosteroiden
40	Percentage patiënten met een eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen en keuze voor metformine
41	Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica
42	Percentage afleveringen van derde-generatie-chinolonen

De jaarscores voor bovengenoemde indicatoren zijn berekend in de SFK webrapportage KISS.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen



Kerncijfers 2010

farmaceutische hulp

Kerncijfers farmaceutische hulp binnen het wettelijk verzekerde pakket in 2010

	NEDERLAND	GEMIDDELD PER APOTHEEK	GEMIDDELD PER PERSOON
Omzet farmaceutische hulp	€ 4.923 miljoen	€ 2.489.000	€ 321
waarvan GVS-bijdragen	€ 50 miljoen	€ 25.000	€ 3
Geneesmiddelenkosten	€ 3.654 miljoen	€ 1.848.000	€ 239
WMG-geneesmiddelen	€ 3.557 miljoen	€ 1.799.000	€ 232
Buiten-WMG-geneesmiddelen	€ 97 miljoen	€ 49.000	€ 7
Apotheekvergoeding	€ 1.269 miljoen	€ 641.000	€ 82
Receptregelvergoeding	€ 1.232 miljoen	€ 623.000	€ 80
Marge Buiten-WMG*	€ 37 miljoen	€ 18.000	€ 2
Voorschriften	191 miljoen	96.900	12,5
WMG-geneesmiddelen	183 miljoen	92.700	12,0
Buiten-WMG geneesmiddelen	8 miljoen	4.200	0,5
Patiënten	15,3 miljoen	7.800	-

* Marge Buiten-WMG op basis van de in de G-Standaard vermelde adviesverkoop prijs. In de praktijk komen apothekers en zorgverzekeraars lagere prijzen overeen, waardoor de gerealiseerde marge in de praktijk lager is dan hierboven genoemd.



Colofon

Data en feiten 2011 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2011.

ISBN 978-90-817780-0-8

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens
ir. J.M. Janssen
drs. J.D.L. Kroon
drs. ing. J.S. Lukaart
R.J. van der Vaart

Ontwerp

Basement Graphics, Den Haag

Druk

DeltaHage

Redactieadres

Stichting Farmaceutische Kengetallen
Postbus 30460
2500 GL Den Haag
T 070 373 74 44
F 070 373 74 45
info@sfk.nl
www.sfk.nl

