



Data en feiten 2001

Inhoudsopgave

'Data en feiten 2001' in vogelvlucht	7
Hoofdstuk 1	
Uitgaven aan farmaceutische hulp	11
1.1 8% meer uitgegeven	11
1.2 De geneesmiddelenkosten	13
1.3 Oorzaken structurele groei	15
1.4 Hardlopers	21
1.5 Marktaandelen productgroepen	26
1.6 Vergoeding apotheken	30
Hoofdstuk 2	
Kostenbeheersing	33
2.1 Paars I: 1994-1998	33
2.2 Kostenbeheersing in 1999-2000	35
2.2.1 Aanscherping GVS	35
2.2.2 Buiten-WTG	37
2.2.3 'Claw back'	39
2.2.4 Stimulansregeling	40
2.2.5 Aanpak hardlopers	42
2.2.6 Haemostatica	43
2.2.7 SFK-prognose 2001	43
2.3 Lange-termijnbeleid	43
Hoofdstuk 3	
Geneesmiddelenconsumptie in Europa	46
Hoofdstuk 4	
De openbare apotheek in cijfers	49
4.1 Omzet openbare apotheek	50
4.2 Brutowinstpercentage	52
4.3 Apotheekpraktijkkosten	53
Hoofdstuk 5	
De geneesmiddelenuitgaven per persoon in 2000	61

Stichting Farmaceutische Kengetallen

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) houdt zich sinds 1990 bezig met het verzamelen 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 1.210 van de 1.611 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.210 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 11 miljoen Nederlanders die jaarlijks ongeveer 95 miljoen keer een genees-, verband- of hulpmiddel verstrekt krijgen. 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 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 respectievelijk gegevens omtrent de locatie van de apotheekvestiging van alle openbare apotheken in Nederland.

Privacy

Bij het registreren van de geneesmiddelengebruikgegevens 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 apotheekcomputersysteem 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 waarbij onderling geneesmiddelengebruikscijfers worden uitgewisseld via een Data Warehouse dat via het SFK-intranet kan worden geraadpleegd.

De identiteit van de patiënt blijft altijd voor de SFK verborgen, doordat de SFK gebruikmaakt 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. In samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers werkt de SFK momenteel aan het opstarten van een landelijk monitorsysteem voor intramurale geneesmiddelenverstrekkingen via ziekenhuisapotheken. Apothekers die gegevens aanleveren aan de SFK kunnen ieder kwartaal een monitorrapportage tegemoet zien. Daarnaast kunnen deze apothekers via het SFK Data Warehouse on-line kosteloos actuele en gedetailleerde geneesmiddelengebruikscijfers voor hun praktijk opvragen als managementinformatie voor het eigen bedrijf of als spiegelinformatie voor het farmacotherapieoverleg met de artsen.

Gehanteerde definities

Onder de geneesmiddelenkosten verstaat de SFK de kosten tegen de apotheekvergoedingsprijs (WTG-geneesmiddelen) respectievelijk de kosten tegen apotheekinkooprij (buiten-WTG-geneesmiddelen).

De geneesmiddelenuitgaven betreffen het totaal van de geneesmiddelenkosten en de apotheekvergoeding.

Onder verstrekkingen aan particulieren verstaat de SFK alle verstrekkingen aan niet-ziekenfondsverzekerden. Dit betekent dat verstrekkingen aan niet-verzekerden als particuliere verstrekking worden geregistreerd.

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

Euro

In deze uitgave van Data en Feiten zijn de bedragen in sommige gevallen aanvullend in euro's vermeld. In de grafieken staan de eurobedragen in wit weergegeven.

Lijst met gebruikte afkortingen

BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG	College voor Tarieven in de Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
FT(T)O	Farmacotherapeutisch (Transmuraal) Overleg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
PGEU	Pharmaceutical Group of the European Union
PWC	PriceWaterhouseCoopers
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg

'Data en feiten 2001' in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven stijgen met 8%

Via de openbare apotheek is er in 2000 *f* 6.813 miljoen (€ 3.092 miljoen) aan geneesmiddelen uitgegeven. Dit is *f* 491 miljoen (€ 223 miljoen) respectievelijk 7,8% meer dan in 1999. Deze toename is voornamelijk terug te voeren op de hart- en vaatmiddelen (*f* 97 miljoen), middelen gericht op het centrale zenuwstelsel (*f* 88 miljoen), maagmiddelen (*f* 82 miljoen) respectievelijk de oncolytica (kanker) en immunomodulantia (*f* 44 miljoen).

Verwachting voor 2001

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de geneesmiddelenuitgaven in 2001 met 11,6% zullen toenemen tot *f* 7.600 miljoen (€ 3.449 miljoen). Bij deze prognose is rekening gehouden met de bijstelling van de receptregelvergoeding van *f* 11,85 tot *f* 12,45 en een verder dalend marktaandeel van de apotheekhoudende huisartsen (thans 9,4%). Ten aanzien van de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten veronderstelt de SFK dat de onderliggende groei in 2000 (kostentoeename gecorrigeerd voor het kostendepend effect van de 'claw back'-ophoging en de '1 september'-maatregel ongeremd doorzet in 2001).

'Claw back'

Het 'claw back'-percentage is het kortingspercentage dat apothekers wettelijk verplicht zijn door te berekenen in de prijzen van receptgeneesmiddelen. Per 1 januari 2000 is dit kortingspercentage verhoogd van 3,5% tot 6,82%. Dit gebeurde in aansluiting op het 'Akkoord op Hoofdlijnen' dat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport op 8 oktober 1999 heeft gesloten met de KNMP, de beroepsorganisatie van apothekers in Nederland. Dit akkoord voorziet verder in een geleidelijk verhoging van de receptregelvergoeding voor apotheken in de periode 2000 tot en met 2002. Inclusief de besparingen bij apotheekhoudende huisartsen heeft de 'claw back'-maatregel *f* 355 miljoen (€ 161 miljoen) bespaard op de geneesmiddelenuitgaven in 2000. Dit is *f* 5 miljoen meer dan de inspanningsverplichting die de apothekers bij het bovengenoemde akkoord zijn aangegaan.

Oorzaken groei

Het stijgen van de geneesmiddelenuitgaven is een structureel verschijnsel dat toe te schrijven is aan demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing), een verschuiving in het geneesmiddelengebruik naar nieuwere, doorgaans duurdere geneesmiddelen, het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket en de verschuiving van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuisituatie. Van de totale uitgavengroei is alleen al 35% toe te schrijven aan geneesmiddelen

die vermeld staan op de zogeheten 'Bijlage 1B'. Dit zijn geneesmiddelen die door het Ministerie van Volksgezondheid als therapeutisch uniek worden beoordeeld en die volledig door de zorgverzekeraars worden vergoed. Verder is de toename van het marktaandeel van openbare apotheken ten koste van het marktaandeel van apotheehoudende huisartsen van invloed op de groei van de geneesmiddelenuitgaven bij openbare apotheken.

Haemostatica

Per 1 januari 2000 zijn de aanspraken voor haemostatica (middelen die worden gebruikt bij de behandeling van hemofiliepatiënten) onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen gebracht. Hiermee hevelt de overheid de gebruikskosten van deze middelen over van het budget farmaceutische hulp naar het budget voor ziekenhuisverpleging. Desalniettemin worden deze middelen nog steeds in belangrijke mate door openbare apotheken verstrekt. Volgens het College van Zorgverzekeringen (CVZ) bedragen de totale kosten van haemostatica in Nederland ongeveer f 85 miljoen. Via de openbare apotheken is er in 2000 ten minste voor f 28 miljoen aan dergelijke geneesmiddelen verstrekt. Deze kosten zijn begrepen in de door de SFK gepubliceerde cijfers omtrent de geneesmiddelenuitgaven via openbare apotheken. Het Ministerie van VWS overweegt ook de uitgaven voor AIDS- en HIV-remmers onder het ziekenhuisbudget te brengen.

Bijstelling GVS

In het kader van het GVS worden therapeutisch onderling vervangbare geneesmiddelen door VWS geclusterd. Per cluster stelt het Ministerie een vergoedingslimiet vast. Als de patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de prijs hoger is dan de bijbehorende limiet, dan moet de patiënt zelf het verschil bijbetalen. De meeste geneesmiddelenfabrikanten stemmen daar waar nodig hun prijzen af op de lagere vergoedingslimieten. Hierdoor komt het niet vaak voor dat een patiënt voor een geneesmiddel moet bijbetalen. De patiënt betaalt gemiddeld 3,5% van de totale geneesmiddelenuitgaven zelf. Naast een bedrag van f 205 miljoen voor geneesmiddelen die in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen, is er in 2000 f 43 miljoen bijbetaald in het kader van het geneesmiddelenvergoedingsysteem. In minder dan 1% van alle bijbetalingsgevallen is de patiëntenbijdrage per verstrekking f 25 of meer.

Afschaffen GVS is risicovol

Het Ministerie van VWS heeft een stappenplan opgesteld dat moet leiden tot het afschaffen van het GVS in 2002. Hierop vooruitlopend werkt het Ministerie momenteel aan een vereenvoudiging van het GVS in de zin van het herdefiniëren van de criteria die worden toegepast voor het indelen van

geneesmiddelen binnen het vergoedingssysteem en het vaststellen van een minder ingewikkelde berekeningssystematiek voor het vaststellen van de vergoedingslimieten. Als het GVS wordt afgeschaft is het niet onaannemelijk dat de geneesmiddelenprijzen substantieel gaan stijgen, doordat het prijsdempend effect van het GVS dan teniet wordt gedaan. Als de geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen optrekken tot het niveau van de maximumprijzen leidt dit tot een kostenstijging van meer dan een miljard gulden.

Zelfzorggeneesmiddelen op recept

Per 1 september 1999 worden zelfzorggeneesmiddelen die op recept worden afgeleverd alleen nog vergoed door de zorgverzekeraar, als de arts de middelen voor chronisch gebruik voorschrijft. De overheid heeft de bezuinigingsdoelstelling bij deze maatregel gesteld op f 145 miljoen (inclusief BTW). De SFK stelt vast dat de genoemde maatregel maximaal f 50 miljoen op de geneesmiddelenuitgaven bespaart. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de kostenverhogende effecten die voortvloeien uit het 'switch'-gedrag van artsen. De Universiteit van Nijmegen meldt naar aanleiding van een onderzoek bij huisartsen, dat 28% van de huisartsen bereid is te 'switchen' naar een (mogelijk duurder) receptgeneesmiddel dat wel volledig wordt vergoed.

Aanpak hardlopers

Reeds drie jaar lang kondigt het Ministerie van VWS aan maatregelen te treffen waardoor achtereenvolgens het gebruik van maagzuurremmers als ook het gebruik van cholesterolverlagers wordt teruggedrongen. Hoewel VWS in zijn begroting voor 2000 een bezuiniging van f 90 miljoen (inclusief BTW) heeft opgenomen voor de aanpak van het gebruik van deze hardlopers, zijn er tot op heden weinig concrete stappen op dit vlak gezet. Onlangs heeft het CVZ een richtlijn voor het voorschrijven van maagzuurremmers opgesteld. In 2000 droegen de maagzuurremmers en de cholesterolverlagers f 114 miljoen bij aan de groei van de geneesmiddelenuitgaven, bijna een kwart van de totale uitgavengroei. De Gezondheidsraad pleit juist voor meer preventief gebruik van cholesterolverlagers.

Meer merkloze geneesmiddelen

Buiten het akkoord met de apothekers om besloot de minister van Volksgezondheid aan het einde van 1999 dat de stimulansopbrengsten (de beloning bij het afleveren van goedkopere merkloze en parallelgeïmporteerde geneesmiddelen) in het vervolg worden meegenomen bij de vaststelling van de receptregelvergoeding.

De stimulanspremie blijft weliswaar als regeling bestaan, maar per 1 januari 2000 is de receptregelvergoeding met f 0,32 gekort. De minister bespaart hiermee f 35 miljoen op de apotheekvergoeding.

Ondanks het feit dat er steeds meer merkloze geneesmiddelen door apothekers worden afgeleverd (inmiddels 42% van alle verstrekte receptgeneesmiddelen), lopen de hiermee gepaard gaande besparingen terug. De verklaring voor deze schijnbare tegenstelling ligt bij de afnemende prijsverschillen tussen generieke geneesmiddelen en de originele specialités. Daar waar tot voor enkele jaren een prijsverschil van 20% tussen specialité en generiek regel was, bedraagt het gemiddelde prijsverschil op dit moment nauwelijks 5%.

Lage geneesmiddelenconsumptie

Vanuit Europees oogpunt gezien wordt er in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen uitgegeven. De Nederlander consumeerde in 1998 voor f 421 aan geneesmiddelen (inclusief handverkoop). Dit bedrag ligt 30 tot 45% onder het uitgavenpatroon in landen als België (f 600), Duitsland (f 618) en Frankrijk (f 750).

De gemiddelde apotheek

De gemiddelde openbare apotheek bedient een patiëntenpopulatie van 9.000 personen. De gemiddelde apotheekpraktijk verstrekt jaarlijks 76.000 geneesmiddelen voor een totaalbedrag van f 4,3 miljoen (€ 1,95 miljoen). Het gemiddelde brutowinstpercentage bedraagt ongeveer 23% (uitgaande van 8,9% aan inkoopvoordelen zoals begin 1999 vastgesteld door PriceWaterhouseCoopers).

Personeelstekort

Ongeveer de helft van alle apotheken kampt momenteel met een personeelstekort. In totaal bestaan er zo'n 1.360 vacatures voor apothekersassistenten. Verder hebben 250 openbare apotheken een vacature voor een tweede apotheker. Het tekort aan personeel leidt ertoe dat de werkdruk in de apotheek tot extreme hoogte is opgelopen. De beperkte toestroom tot de opleiding van apothekersassistent geeft aan dat de problematiek de komende periode eerder zal verslechteren dan verbeteren. Ook de belangstelling voor de studie farmacie loopt sterk terug. In 2000 meldden zich slechts 198 eerstejaarsstudenten aan. Dit steekt schril af tegen het aantal van 349 eerstejaarsstudenten in 1997.

1 Uitgaven aan farmaceutische hulp

1.1 8% meer uitgegeven

In 2000 is er via openbare apotheken f 6.813 miljoen (€ 3.092 miljoen) aan geneesmiddelen uitgegeven. Dit is 7,8% meer dan het jaar daarvoor. De stijging van de geneesmiddelenuitgaven is minder hoog dan in 1999. Toen namen de geneesmiddelenuitgaven nog met 11,2% toe. De belangrijkste verklaring voor het lagere groeipercentage is de ophoging van het zogeheten 'claw back'-percentage van 3,5% tot 6,82%. Dit is het kortingspercentage dat apothekers wettelijk verplicht zijn door te berekenen in de prijzen van receptgeneesmiddelen. Van de uitgaven-toename van f 491 miljoen is ruim 60% terug te voeren op vier groepen geneesmiddelen, namelijk hart- en vaatmiddelen (f 97 miljoen), middelen gericht op het centrale zenuwstelsel (f 88 miljoen), maagmiddelen (f 82 miljoen) respectievelijk de oncolytica (kanker) en immunomodulantia (f 44 miljoen).

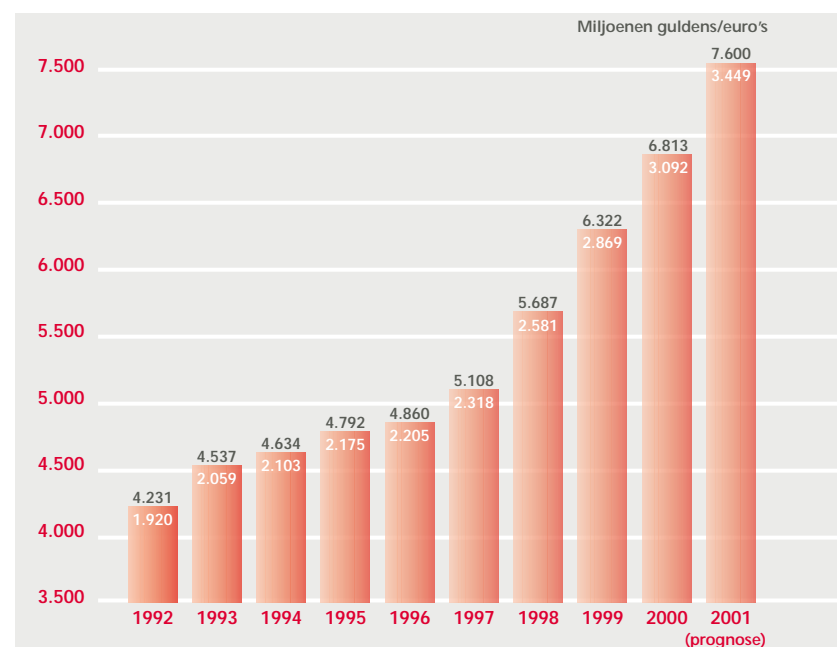
Bij middelen gericht op bloed en bloedvormende organen is de relatieve uitgavenstijging het hoogst. In 2000 werd er f 198 miljoen aan dergelijke middelen besteed tegenover f 168 miljoen in 1999. Dit is een stijging van f 30 miljoen ofwel 18%. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in dit bedrag ook de kosten van haemostatica begrepen zijn (f 28 miljoen). Per 1 januari 2000 zijn aanspraken voor haemostatica, die gebruikt worden bij de behandeling van hemofiliepatiënten, onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen gebracht. Hierdoor vallen de uitgaven voor deze middelen niet langer onder het budget voor de geneesmiddelenvoorziening via openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen, maar onder het budget voor ziekenhuizen. Desalniettemin worden deze middelen nog steeds in belangrijke mate door openbare apotheken verstrekt. Volgens het College van Zorgverzekeringen (CVZ) bedragen de totale kosten van haemostatica in Nederland ruim f 70 miljoen.

Behalve de hierboven vermelde uitgaven die uitsluitend betrekking hebben op geneesmiddelen die deel uitmaken van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket, leverden de openbare apotheken in 2000 ook nog voor f 205 miljoen aan (zelfzorg)geneesmiddelen. Dit zijn geneesmiddelen die niet direct voor vergoeding via de zorgverzekeraar in aanmerking komen (maar mogelijk wel via een aanvullende polis). Bovenaan de lijst van geneesmiddelen die de patiënt zelf moet betalen staan de potentiepil sildenafil (Viagra®) met f 15 miljoen, het vermageringsmiddel orlistat (Xenical®) met f 9 miljoen en het antirookmiddel bupropion (Zyban®) met f 8 miljoen.

De uitgavenontwikkeling in de ziekenfondssector loopt niet parallel aan de uitgavenontwikkeling van de particuliere sector, doordat 250.000 tot 300.000 personen zijn overgeheveld van de particuliere sector naar de ziekenfondssector. Dit betreft de zogeheten 'kleine zelfstandigen'. Omdat dit een relatief jonge groep betreft, is de verschuiving in kosten overigens niet evenredig aan de verschuiving in personen. Hierdoor stijgen de geneesmiddelenuitgaven per particulier verzekerde meer dan gemiddeld respectievelijk de geneesmiddelenuitgaven per ziekenfondsverzekerde minder dan gemiddeld. De geneesmiddelenverstrekkingen per ziekenfondsverzekerde dalen in 2000 zelfs ten opzichte van 1999 (zie hoofdstuk 5).

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp bij openbare apotheken in het jaar 2001 zullen oplopen tot f 7.600 miljoen (€ 3.449 miljoen). Dit komt overeen met een toename van 11,6%. Dit verwachte groeipercentage sluit aan bij de structurele groei van de geneesmiddelenuitgaven (zie paragraaf 1.3)

1.01 Totale uitgaven aan farmaceutische hulp: openbare apotheken



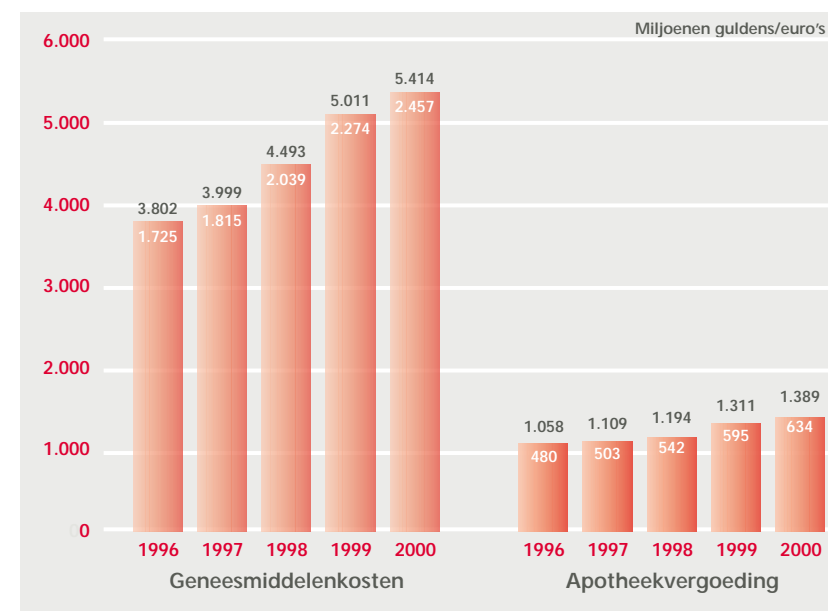
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.2 De geneesmiddelenkosten

Binnen de uitgaven aan farmaceutische hulp kan men twee componenten onderscheiden.

- 1 De kosten van de geneesmiddelen tegen de (inkoop)prijs die door de apotheek in rekening mag worden gebracht.
- 2 De vergoeding voor de dienstverlening van de apotheek; deze vergoeding is in belangrijke mate gerelateerd aan het aantal voorschriften.

1.02 Geneesmiddelenkosten en apotheekvergoeding: openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De geneesmiddelenkosten bepalen met 79,5% veruit het grootste deel van de totale uitgaven aan farmaceutische hulp. In 2000 zijn de geneesmiddelenkosten met ruim f 400 miljoen gestegen tot f 5.414 miljoen. Gedurende de periode 1995-2000 is er sprake geweest van een toename van de geneesmiddelenkosten van in totaal 43,6%. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van 7,5%. Diverse bezuinigingsmaatregelen hebben de groei van de geneesmiddelenkosten in de desbetreffende periode geremd. Belangrijke maatregelen waren de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen in 1996 (prijsverlagend effect

van 15%), de uitdunning van het geneesmiddelenpakket in 1996, de overheveling van de griepvaccinatiecampagne van de apotheken naar de huisartsen in 1997, de invoering van het 'claw back'-percentage in 1998 respectievelijk de ophoging hiervan in 1999 en 2000 (prijsverlagend effect 6%) en het niet langer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen voor incidenteel gebruik in 1999. De desbetreffende maatregelen hebben vooral effect gehad op het niveau van de geneesmiddelenuitgaven. Van een ombuiging van de structurele tendens in het geneesmiddelengebruik respectievelijk de geneesmiddelenuitgaven is geen sprake. Zonder bovengenoemde ingrepen zouden de kosten jaarlijks met 11% zijn gestegen.

In 2000 stegen de geneesmiddelenkosten met 8,0%. De ophoging van het 'claw back'-percentage bij receptgeneesmiddelen bespaarde f 160 miljoen. De aanscherping van de vergoedingsregels inzake zelfzorggeneesmiddelen per 1 september 1999 leidde in het jaar 2000 tot een besparing van circa f 35 miljoen op de geneesmiddelenkosten. Zonder deze maatregelen zouden de geneesmiddelenkosten met 12% zijn toegenomen.

De apotheekvergoeding kwam in 2000 uit op f 1.398 miljoen. Dit is f 87 miljoen ofwel 6,6% meer dan in 1999. De stijging van de apotheekvergoeding wordt voor het overgrote deel bepaald door de verhoging van de receptregelvergoeding voor apotheken met 5,8% van f 11,20 (€ 5,08) tot f 11,85 (€ 5,38). Naast de jaarlijkse correctie voor de inflatie is de receptregelvergoeding in 2000 verder bijgesteld in samenhang met het 'Akkoord op Hoofdlijnen' dat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) op 8 oktober 1999 heeft gesloten met de beroepsorganisatie van apothekers, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

1.3 Oorzaken structurele groei

De effecten van eventuele bezuinigingsmaatregelen daargelaten is er sprake van een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven van ongeveer 11% per jaar. Deze voortdurende stijging van de uitgaven aan farmaceutische hulp is in hoofdzaak terug te voeren op zes structurele groeifactoren, te weten:

- groei van de Nederlandse bevolking;
- vergrijzing van de Nederlandse bevolking;
- verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie;
- verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen;
- toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket;
- verandering van het voorschrijf- of slikgedrag.

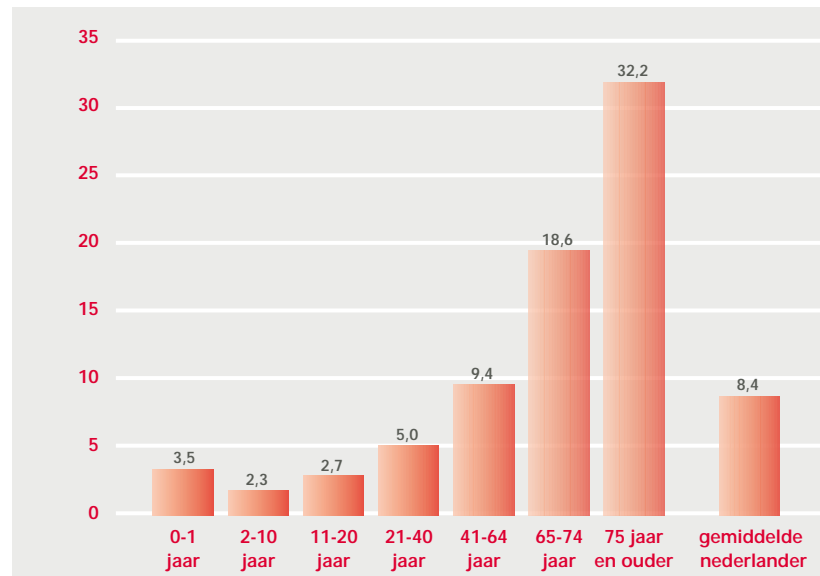
Groei van de Nederlandse bevolking

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt, dat de Nederlandse bevolking jaarlijks met 0,6% groeit.

Vergrijzing van de Nederlandse bevolking

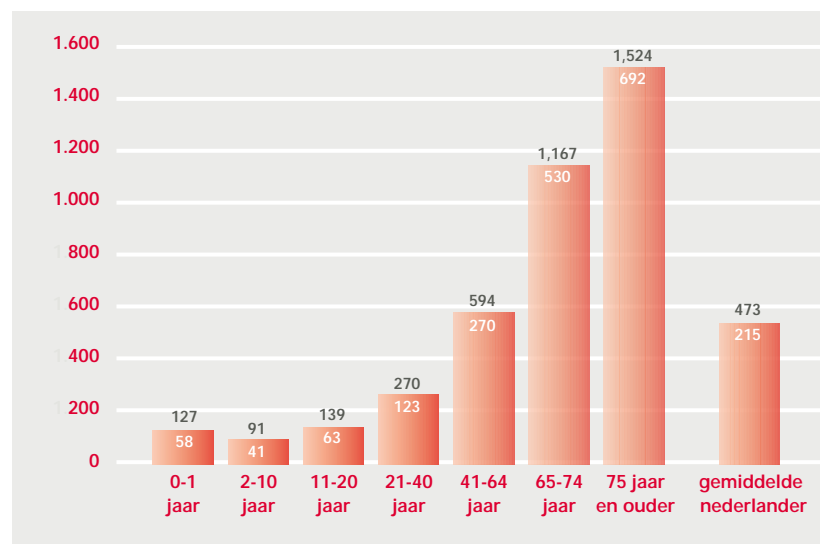
Op het ogenblik wonen er in Nederland 2.185.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 13,7% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in het jaar 2010 zijn toegenomen tot 2.466.000 personen. SFK-onderzoek wijst uit dat de vergrijzing van de Nederlandse bevolking leidt tot een jaarlijkse stijging van de uitgaven aan farmaceutische hulp van 0,6%. Nederlanders van 65 jaar of ouder gebruiken 2,9 keer zo veel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen van 75 jaar of ouder loopt het consumptiepatroon zelfs op tot 3,8 keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Het hogere geneesmiddelengebruik bij ouderen vertaalt zich in evenredig hogere geneesmiddelenuitgaven. Van de f 2.584 miljoen die 65-plussers in 2000 in de openbare apotheek hebben uitgegeven aan geneesmiddelen, is het meeste geld besteed aan middelen tegen overtollig maagzuur, cholesterolverlagers en middelen bij hoge bloeddruk. Absolute topper is het middel omeprazol (Losec®), waaraan f 221 miljoen is besteed door personen uit de desbetreffende leeftijdscategorie. Dit middel wordt gevolgd door simvastatine (Zocor®) met f 103 miljoen en enalapril/enalapriilaat (Renitec®) met f 60 miljoen. Tot de meest gebruikte geneesmiddelen bij ouderen behoren het slaapmiddel temazepam (1,3 miljoen voorschriften), de bloedverdunner acetylsalicylzuur (1,3 miljoen voorschriften), het kalmeringsmiddel oxazepam (1,1 miljoen voorschriften), de plaspil furosemide (1,1 miljoen voorschriften) en de pijnstillers paracetamol (1,1 miljoen voorschriften).

1.03 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in voorschriften in 2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.04 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in gulden/euro's in 2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

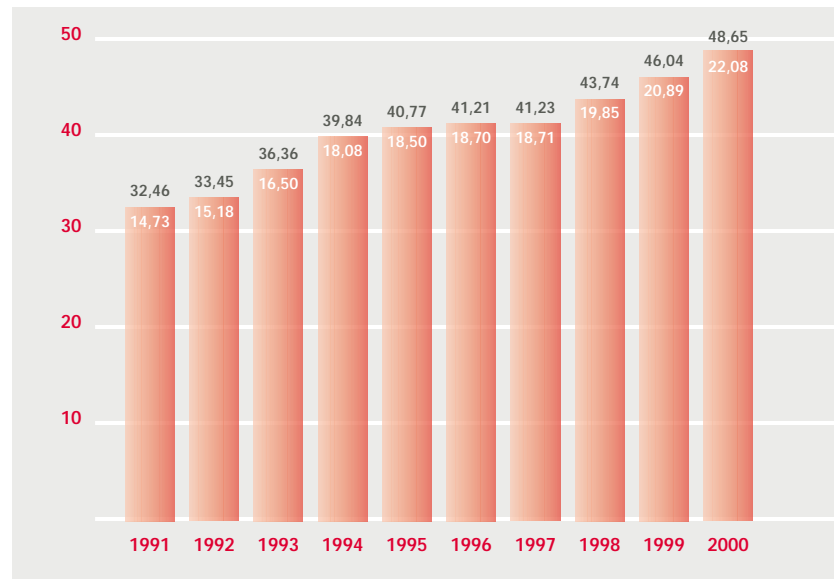
Verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie

Volgens het CBS is in 1999 het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen met 849.000 dagen (5,7%) afgenomen ten opzichte van het voorafgaande jaar. Ondanks de bevolkingsgroei van 0,6% per jaar is het totaal aantal verpleegdagen sinds 1990 met bijna 20% gereduceerd. Ruim tien jaar geleden had Nederland nog een ziekenhuiscapaciteit van 47 bedden op 10.000 inwoners. Inmiddels is deze capaciteit teruggebracht tot 36 bedden op 10.000 inwoners. Op termijn zal de capaciteit verder worden gereduceerd tot 25 bedden op 10.000 inwoners. Ten opzichte van de situatie aan het begin van de jaren tachtig betreft dit een halvering van de intramurale capaciteit. Via langere wachtlijsten en een verkorting van de ziekenhuisopnames (de gemiddelde verpleegduur is de afgelopen tien jaar met 20% 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. Het effect van deze verschuiving op de toename van het geneesmiddelengebruik in ons land wordt geraamd op zo'n 3% per jaar.

Verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurder geneesmiddelen

Bij WTG-geneesmiddelen zijn de geneesmiddelenkosten per voorschrift gestegen van gemiddeld f 32,46 (€ 14,73) in 1991 tot gemiddeld f 48,65 (€ 22,08) in 2000. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse toename van 4,6%.

1.05 Geneesmiddelenkosten per WTG-voorschrift in guldens/euro's



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Hierbij dient men in ogenschouw te nemen dat mede onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen en de invoering en ophoging van de 'claw back' bij apotheken het gemiddelde prijsniveau van receptgeneesmiddelen de afgelopen 5 jaar met 26% is verlaagd. Als de desbetreffende maatregelen zouden zijn uitgebleven, zouden de gemiddelde kosten van een geneesmiddel in 2000 niet zijn uitgekomen op f 48,65 maar op f 61,30. Met andere woorden, zonder ingrijpen van buitenaf verdubbelen de gemiddelde kosten per verstrekt geneesmiddel in 10 jaar tijd. De kostenstijging wordt voor een deel verklaard door het feit dat er voor een steeds langere periode geneesmiddelen worden afgeleverd. In 2000 kregen patiënten gemiddeld voor 45 dagen geneesmiddelen mee naar huis, terwijl in 1991 slechts een gemiddelde voorraad van 38 dagen werd meegegeven. Hieruit kan worden afgeleid dat het chronisch gebruik van geneesmiddelen toeneemt. Als iemand voor de eerste keer een bepaald geneesmiddel krijgt voorgeschreven, wordt het medicijn doorgaans voor 15 dagen meegegeven. Daarna geldt een maximale afleverduur van 30 of 90 dagen (bij anticonceptiva 6 maanden).

De belangrijkste verklaring voor de stijging van de kosten per voorgeschreven geneesmiddel is evenwel de verschuiving naar nieuwere, doorgaans duurdere, geneesmiddelen. Ter illustratie: de SFK constateert dat de geneesmiddelen die sinds 1 januari 1995 op de markt gebracht zijn in 2000 20% van de totale kosten van receptgeneesmiddelen bepalen. Nieuwe behandelingsmogelijkheden leiden hiermee tot een toename van de uitgaven aan farmaceutische hulp. Het ontwikkelen van een geneesmiddel is een kostbare aangelegenheid. Nieuwe geneesmiddelen hebben daarom doorgaans een hoge kostprijs. De kostprijs van de geneesmiddelen die sinds 1995 geïntroduceerd zijn, is met gemiddeld f 153 per voorschrift ruim drie keer zo hoog als de gemiddelde kostprijs voor de totale groep geneesmiddelen. Desalniettemin kan worden opgemerkt dat nieuwe geneesmiddelentherapieën elders in de gezondheidszorg tot kostenbesparingen kunnen leiden. In vergelijking met andere vormen van gezondheidszorg is geneesmiddelentherapie een zeer doelmatige behandelingsvorm.

Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket

De afgelopen jaren heeft de overheid een restrictief beleid gevoerd ten aanzien van het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. Sinds 1999 heeft het Ministerie van VWS het toelatingsbeleid verruimd. Dit heeft in dat jaar tot een spectaculaire kostengroei van 37% geleid bij de geneesmiddelen die op de zogeheten 'Bijlage 1B' geplaatst zijn. Dit zijn geneesmiddelen die door het Ministerie als therapeutisch uniek worden beoordeeld en die volledig door de verzekeraar worden vergoed. In 2000 zijn de kosten die met deze middelen gemoeid zijn met 23% vermeerderd tot f 755 miljoen (exclusief apotheekvergoeding). Hierbij gaat het vooral om nieuwe en vernieuwende geneesmiddelen. De kostentoe name van 23% op 'Bijlage 1B' komt overeen met een toename van de totale geneesmiddelenkosten van 2,8%. Anders gesteld van de totale kostengroei van 8,0% wordt 35% bepaald door de middelen die geplaatst zijn op 'Bijlage 1B'. Van de kostentoe name van f 141 miljoen op 'Bijlage 1B' is slechts een beperkt deel, te weten f 18 miljoen, toe te schrijven aan geneesmiddelen die sinds 1999 zijn geïntroduceerd. In de praktijk duurt het drie tot vijf jaar voordat nieuwe geneesmiddelen hun uiteindelijke marktaandeel bereiken. De grootste kostenstijgers op 'Bijlage 1B' zijn terbinafine (bij schimmel aan huid of nagels), interferon bèta-1a en interferon bèta-1b (beide middelen worden gebruikt bij multiple sclerose).

Verandering voorschrijf- of slikgedrag

Vanuit Europees perspectief gezien gebruikt de gemiddelde Nederlander weinig geneesmiddelen (zie ook hoofdstuk 3). In zo'n 60% 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 ruim 90%. Uit het feit dat de onderliggende groei van de geneesmiddelenuitgaven de afgelopen paar jaar tussen de 11 en 12% ligt ten opzichte van een onderliggende groei van 10% aan het begin van de jaren negentig leidt de SFK af dat er sprake is van een verandering van het voorschrijf- of slikgedrag. Mogelijk dat de mentaliteit van de Nederlandse arts/de Nederlander meer opschuift in de richting van het Europese patroon.

Hoger marktaandeel openbare apotheken

De SFK registreert alleen de geneesmiddelenuitgaven bij openbare apotheken. In dunbevolkte gebieden waar het niet rendabel is om een openbare apotheek te exploiteren nemen apotheekhoudende huisartsen de farmaceutische zorgverlening waar. Op basis van cijfers van het CVZ kan worden afgeleid dat het marktaandeel van openbare apotheken groeit ten koste van het marktaandeel van apotheekhoudende huisartsen. In 1997 stond 89,8% van de ziekenfondsverzekerden bij een openbare apotheek ingeschreven. In 2000 is dit aandeel gestegen tot 90,6%.

1.4 Hardlopers

Bijna tweederde van de totale geneesmiddelenuitgaven in ons land is terug te voeren op vier geneesmiddelengroepen.

1 Hart- en vaatmiddelen (cholesterolverlagende middelen en dergelijke)	f 1.449 miljoen
2 Maagmiddelen (maagzuurremmers en dergelijke)	f 1.223 miljoen
3 Middelen voor het centrale zenuwstelsel (antidepressiva, pijnstillers, slaapmiddelen en dergelijke)	f 975 miljoen
4 Middelen voor het ademhalingsstelsel (middelen bij astma, chronische longziekten en dergelijke)	f 722 miljoen
5. Overige middelen	f 2.444 miljoen
Totale uitgaven	f 6.813 miljoen

Verder gedetailleerd op stofniveau zijn de 10 geneesmiddelen met de grootste omzet in de openbare apotheken goed voor een uitgaventotaal van f 1.472 miljoen, 22% van de totale uitgaven in 2000.

Deze 10 geneesmiddelen bepalen ook nog eens 20% van de totale uitgavengroei in 2000. Voor een top-10-middel moet gemiddeld drie keer zo veel geld worden neergeteld als voor een doorsnee geneesmiddel. Het zijn deze hardlopers die voor een belangrijk deel de toename van de gemiddelde kosten van een receptgeneesmiddel van f 32,46 in 1991 tot f 48,65 in 2000 bepalen.

Losec

De maagzuurremmer omeprazol (Losec®) geldt al enige jaren als het middel waaraan in ons land het meeste geld wordt uitgegeven. Met dit geneesmiddel dat wordt geproduceerd door de Zweeds/Britse fabrikant AstraZeneca, is in 2000 een omzet van f 468 miljoen gemoeid. Dit is f 66 miljoen meer dan in 1999. Binnenkort zal dit middel overigens uit octrooi lopen. Met de introductie van de variant Losec Mups® tracht AstraZeneca een dreigend omzetverlies tegen te gaan. Doordat de apotheken het oorspronkelijke Losec® nauwelijks meer kunnen verkrijgen, is eind 2000 98% van de gebruikers op deze nieuwe variant overgezet.

Seretide

In procentuele zin valt het CARA-middel Seretide® op met een procentuele toename van 213 %. Seretide® is in 1999 in ons land op de markt gebracht door GlaxoWellcome (inmiddels gefuseerd tot het Brits/Amerikaanse GlaxoSmithKline). Het betreft een combinatie van het sympathicomimeticum salmeterol en de corticosteroïde fluticason die de betreffende geneesmiddelenproducent eerder heeft geïntroduceerd onder de merknamen Serevent® respectievelijk Flixotide®. Voor een deel is de omzettoename van Seretide® toe te schrijven aan een verschuiving in het gebruik van de afzonderlijke middelen naar dit combinatiepreparaat. Tegenover de omzettoename van f 37 miljoen bij Seretide® staan een omzetzdaling van f 10 miljoen bij Serevent® en een omzetzdaling van f 1 miljoen bij Flixotide®. Per saldo resteert bij deze middelen een omzetgroei van f 26 miljoen.

Lipitor

Atorvastatine (Lipitor®), een cholesterolverlager die in 1997 door het Amerikaanse Parke-Davis op de markt is gebracht, kende in 2000 een omzettoename van f 34 miljoen. De uitgaven voor atorvastatine zijn met 30% gestegen van f 115 miljoen tot f 149 miljoen.

Seroxat

Het gebruik van het antidepressivum paroxetine (Seroxat®) blijft toenemen. Seroxat® is al sinds 1991 in ons land verkrijgbaar. Doordat enerzijds het aantal voorschriften voor Seroxat® is toegenomen met 18% en anderzijds er per voorschrift grotere hoeveelheden van dit middel werden verstrekt, steeg de omzet van f 120 miljoen tot f 141 miljoen.

Oxazepam passeert paracetamol

Gemeten naar het aantal verstrekkingen is het paracetamolletje niet meer het populairste middel in de openbare apotheek. Paracetamol werd in 2000 2.542.000 keer verstrekt via de openbare apotheek; 533.000 keer minder dan in 1999. De belangrijkste verklaring voor deze teruggang ligt bij de '1 september'-maatregel. Per 1 september 1999 worden bepaalde zelfzorggeneesmiddelen alleen nog vergoed door de zorgverzekeraar als de arts ze voor chronisch gebruik voorschrijft. Bij incidenteel gebruik komen de kosten sinds die datum altijd voor rekening van de patiënt zelf. Voor de goede orde dient hierbij wel te worden aangetekend dat in bovengenoemde aantallen niet de doosjes paracetamol zijn meegenomen die contant door de klant worden afgerekend en die niet worden geregistreerd in het apotheekinformatiesysteem.

Het kalmeringsmiddel oxazepam geldt in 2000 als het meest verstrekte (genees)middel in de openbare apotheek. In totaal ging oxazepam 2.754.000 keer over de apotheekbalie; 99.000 keer meer dan in 1999. Oxazepam remt bepaalde prikkels af in de hersenen. Gevoelens van angst, spanning, rusteloosheid en bezorgdheid nemen af. Bij toepassing 's avonds bevordert het de slaap. Oxazepam, dat al sinds 1967 in ons land verkrijgbaar is, wordt vooral door ouderen gebruikt. In 42% van alle gevallen is de gebruiker 65 jaar of ouder.

1.06 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2000

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Uitgaven (f)
1 A02BC01	Omeprazol (1)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	468 miljoen
2 C10AA01	Simvastatine (2)	Zocor®	Cholesterolverlagend	217 miljoen
3 C10AA05	Atorvastatine (4)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	149 miljoen
4 N06AB05	Paroxetine (3)	Seroxat®	Bij depressie	141 miljoen
5 C09AA02	Enalapril/enalapriilaat(5)	Renitec®	Bij hoge bloeddruk	107 miljoen
6 A02BA02	Ranitidine (6)	Zantac®	Remt de maagzuurproductie	84 miljoen
7 R03BA02	Budesonide (7)	Pulmicort®	Bij aandoening luchtwegen	81 miljoen
8 A10AD01	Insuline humaan (8)	Diverse	Bij diabetes	78 miljoen
9 R03BA05	Fluticason (9)	Flixotide®	Bij aandoening luchtwegen	76 miljoen
10 C08CA01	Amlodipine (11)	Norvasc®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	76 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.07 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2000

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename uitgaven (f)
1 A02BC01	Omeprazol (1)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	66 miljoen
2 R03AK06	Salmeterol met andere caramiddelen(-)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	37 miljoen
3 C10AA05	Atorvastatine (2)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	34 miljoen
4 N06AB05	Paroxetine (3)	Seroxat®	Bij depressie	21 miljoen
5 D01BA02	Terbinafine (-)	Lamisil®	Bij schimmel aan huid of nagels	19 miljoen
6 M01AH02	Rofecoxib (-)	Vioxx®	Bij reumatische aandoeningen	18 miljoen
7 A02BC02	Pantoprazol (8)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	16 miljoen
8 C10AA03	Pravastatine (-)	Selektine®	Cholesterolverlagend	13 miljoen
9 B03XA01	Epoëtine (-)	Eprex®	Bij bijzondere anemie	11 miljoen
10 L03AB07	Interferon bèta-1a	Avonex® Rebif®	Bij multiple sclerose	11 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.08 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2000

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Voorschriften
1 N05BA04	Oxazepam (2)	Seresta®	Kalmeringsmiddel	2.754.000
2 N02BE01	Paracetamol (1)	Diverse	Pijnstiller	2.542.000
3 M01AB05	Diclofenac (3)	Voltaren®	Pijnbestrijding	2.390.000
4 N05CD07	Temazepam (4)	Normison®	Slaapmiddel	2.320.000
5 A02BC01	Omeprazol (6)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	1.975.000
6 B01AC06	Acetylsalicylzuur (7)	Aspirine®	Bloedverdunner	1.820.000
7 M01AE01	Ibuprofen (5)	Diverse	Pijnstiller	1.742.000
8 G03AA07	Oestrogeen (9) met levonorgestrel	Diverse	Anticonceptiva	1.664.000
9 C07AB02	Metoprolol (10)	Lopresor®, Selokeen®	Bij hypertensie en angina pectoris	1.605.000
10 R03AC02	Salbutamol (8)	Ventolin®	Bij astma of COL/COPD	1.585.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.09 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2000

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename voorschriften
1 N06AB05	Paroxetine (1)	Seroxat®	Bij depressie	247.000
2.A02BC01	Omeprazol (2)	Losec®	Tegen overtollig maagzuur	206.000
3 C07AB02	Metoprolol (7)	Lopresor®, Selokeen®	Bij hypertensie en angina pectoris	199.000
4 R03AK06	Salmeterol met andere caramiddelen (-)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	158.000
5 C10AA05	Atorvastatine (4)	Lipitor®	Cholesterol verlagend	139.000
6 R06AX26	Fexofenadine (-)	Telfast®	Bij allergische reacties	129.000
7 A10BA02	Metformine (6)	Glucophage®	Bij diabetes	126.000
8 G03AA07	Oestrogeen (9) met levonorgestrel	Diverse	Anticonceptiva	123.000
9 M01AB05	Diclofenac (-)	Voltaren®	Pijnbestrijding	116.000
10 A02BC02	Pantoprazol (-)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	109.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Marktaandeelen productgroepen

Bij receptgeneesmiddelen kunnen onder meer de volgende productcategorieën worden onderscheiden.

Specialités

Door de fabrikant ontwikkelde merkgeneesmiddelen waarop een octrooi rust of rustte.

Parallelimport

Merkgeneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de fabrikant geïmporteerd worden uit landen binnen de Europese Unie, waar het prijsniveau lager ligt dan in Nederland.

Generiek

Geneesmiddelen gemaakt naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen, die geen merknaam dragen, maar de naam van het werkzame bestanddeel. De generieke geneesmiddelen zijn te verdelen in:

- tabletten en capsules
- branded generics
Generieke geneesmiddelen waarbij de naam van de producent wordt gekoppeld aan de generieke naam van het geneesmiddel.
- farmaceutische preparaten
Generieke geneesmiddelen in een toedieningsvorm anders dan tabletten en capsules.

Apotheekbereidingen

Geneesmiddelen die in de openbare apotheek bereid worden.

Het aandeel van voorverpakte, merkloze geneesmiddelen, het zogeheten 'generiek' toont de laatste jaren een forse opmars. Het marktaandeel van deze groep steeg in 2000 tot 41,5%, daar waar in 1995 nog slechts in 27,8% van alle gevallen een generiek geneesmiddel werd verstrekt. In 2000 is 50 miljoen keer een generiek geneesmiddel op voorschrift afgeleverd via de openbare apotheek. Ten opzichte van 1999 is dit een toename van 6,2%. Dit is meer dan de groei die zich heeft voorgedaan bij de specialités (3,0%).

In 2000 zijn er minder parallelgeïmporteerde geneesmiddelen afgeleverd. Het aantal verstrekkingen daalde binnen deze groep met 12,4%. De parallelimport beleefde het hoogtepunt in het midden van de jaren 90. De stijgende tendens werd ingezet in 1994, het jaar waarin het apothekers werd toegestaan om inkoopvoordelen te bedingen in ruil voor een aftrek

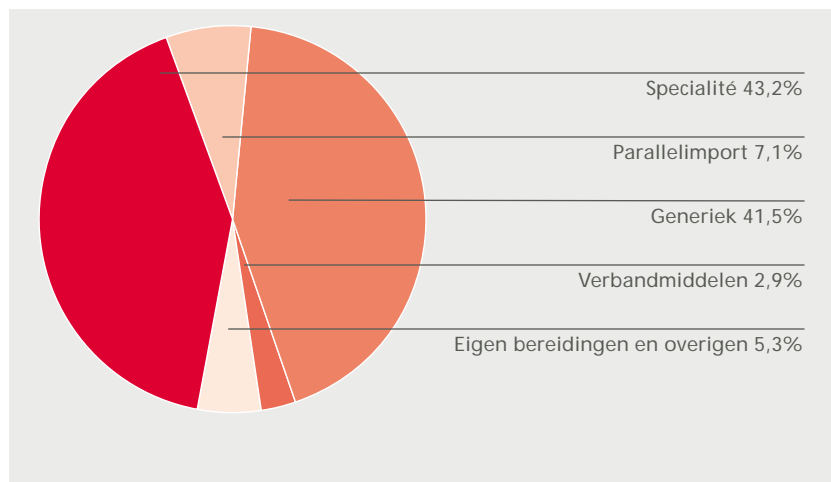
op de receptregelvergoeding, de vaste afleververgoeding die apotheken in rekening mogen brengen in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. De neergaande lijn werd ingezet gedurende de tweede helft van 1996. Als gevolg van de invoering van wettelijke maximumprijzen nam het prijsverschil tussen parallelimport en specialité af. Teneinde de omzetverliezen die voortvloeiden uit de aftopping van de geneesmiddelenprijzen te beperken, begon een aantal multinationale geneesmiddelenfabrikanten het aanbod van hun producten zodanig per land te limiteren, dat parallelimport moeilijker verkrijgbaar werd. Na een stabilisatie van het marktaandeel in de jaren 1998 en 1999, duiden de cijfers voor het jaar 2000 op een verdere teruggang.

Ondanks het feit dat er steeds meer merkloze geneesmiddelen door apothekers worden afgeleverd, lopen de hiermee gepaard gaande besparingen terug. De verklaring voor deze schijnbare tegenstelling ligt bij de afnemende prijsverschillen tussen generieke geneesmiddelen en de originele specialités. Daar waar tot voor enkele jaren een prijsverschil van 20% tussen specialité en generiek regel was, bedraagt het gemiddelde prijsverschil op dit moment nauwelijks 5%.

Het aantal door openbare apotheken zelf bereide geneesmiddelen is het afgelopen jaar opvallend verminderd. Het aantal verstrekte apotheekbereidingen daalde van 7,2 miljoen verstrekkingen (alleen de verstrekkingen die vallen binnen de kaders van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket) tot 6,4 miljoen verstrekkingen. Dit is een teruggang van 10%. Bij bepaalde apotheekbereidingen zoals chloorhexidinecrème en paracetamolzetpillen is de teruggang verklaarbaar door een afnemende vraag ten gevolge van een wijziging van de vergoedingsregels per 1 september 1999. Met ingang van die datum komen bepaalde (zelfzorg) geneesmiddelen niet meer voor vergoeding via de zorgverzekeraar in aanmerking, terwijl andere uitsluitend worden vergoed als de patiënt de middelen chronisch gebruikt. Mogelijk bestaat er ook een verband tussen de sterke teruggang van de apotheekbereidingen en de oplopende werkdruk in de apotheek (zie paragraaf 4.3).

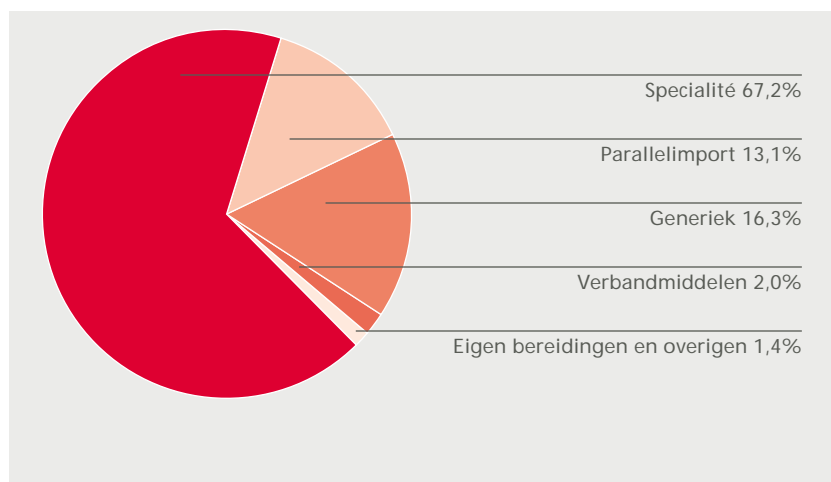
Tegenover de daling van het aantal apotheekbereidingen staat een toename van de bewerkelijkheid van apotheekbereidingen. Het aantal specialistische bereidingen zoals middelen voor parenterale pijnbestrijding en methotrexaatinjecties is de afgelopen jaren belangrijk gestegen. Tot de meest voorkomende bereidingen behoren vitamine K druppels, die door pasgeborenen gedurende de eerste drie levensmaanden worden

1.10 Gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: voorschriften 2000



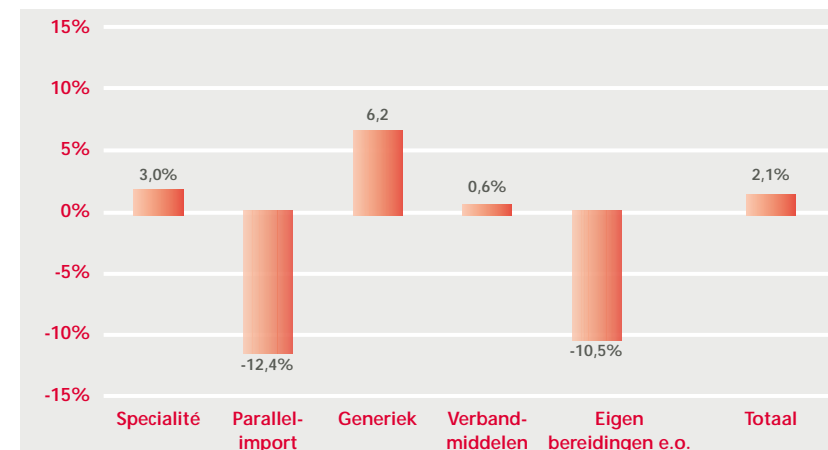
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.11 Gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2000



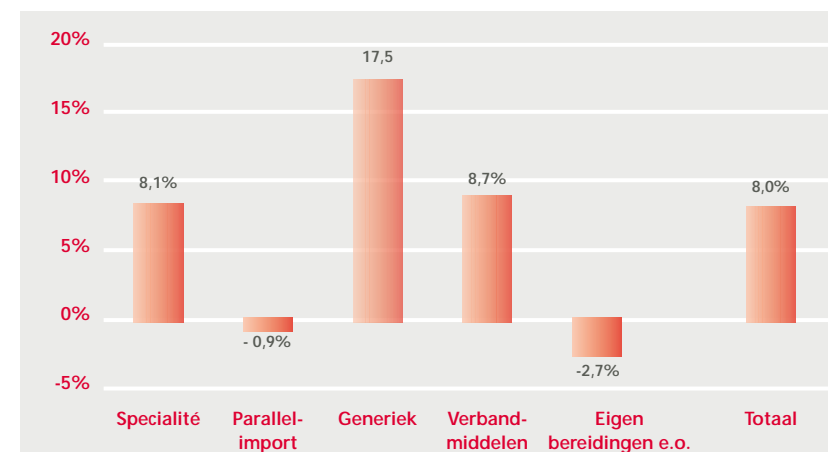
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.12 Ontwikkeling in het gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: voorschriften 1999-2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.13 Ontwikkeling in het gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 1999-2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

gebruikt, prednisoloncapsules in sterktes die niet door de industrie worden gemaakt en worden toegepast ter onderdrukking van afweer- of ontstekingsreacties, zoals bij sommige astmatische aandoeningen, en diverse huidproducten (indifferente en corticosteroïde-bevattende preparaten) die zijn afgestemd op de behoefte van de individuele patiënt.

Behalve geneesmiddelen omvat het begrip farmaceutische hulp ook de levering van verbandmiddelen. Met 3,5 miljoen verstrekkingen per jaar betreft het een relatief beperkte groep. Dit aantal is praktisch gelijk aan het niveau van 1999.

1.6 Vergoeding apotheken

In 2000 hebben openbare apotheken voor f 1.398 miljoen (€ 634 miljoen) aan vergoeding gerealiseerd. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding (f 1.232 miljoen, € 559 miljoen), de stimulansopbrengsten (f 34 miljoen, € 15 miljoen) en de apotheekmarge op (zelfzorg)geneesmiddelen (f 132 miljoen, € 60 miljoen) die niet vallen onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De toename van de apotheekvergoeding wordt met name verklaard door de bijstelling van de vaste receptregelvergoeding van f 11,20 naar f 11,85 per afgeleverd WTG-geneesmiddel en een voorschriftengroei van 2,1% (deels toe te schrijven aan een grotere patiëntenpopulatie en een groter marktaandeel van openbare apotheken ten koste van dat van apotheekhoudende huisartsen).

Vergoeding per voorschrift

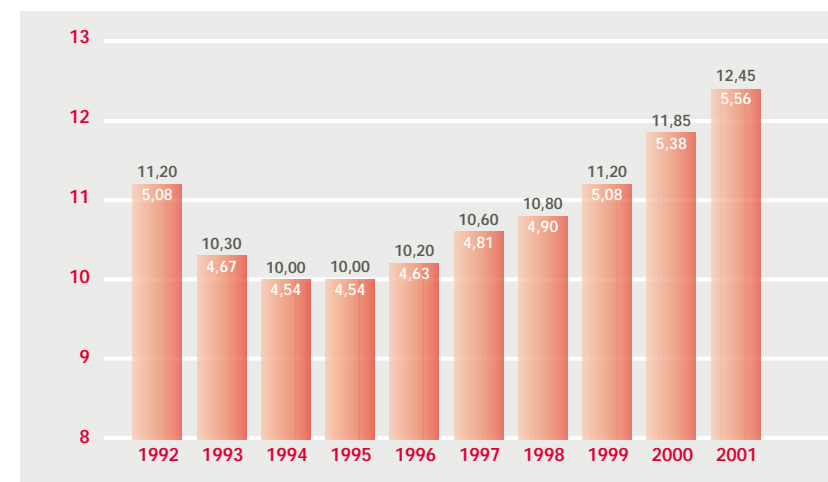
De inkomsten van de apotheek houden geen gelijke tred met de geneesmiddelenkosten, doordat de apotheekvergoeding voor het afleveren van WTG-geneesmiddelen gekoppeld is aan het artsvoorschrift en niet gerelateerd is aan de prijs van het af te leveren geneesmiddel. WTG-geneesmiddelen zijn receptgeneesmiddelen die uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn met een vaste vergoeding per voorschrift. De apotheker heeft derhalve geen belang bij het afleveren van (nodeloos) dure geneesmiddelen.

Per voorschrift ontvangt de apotheek een vaste afleververgoeding ongeacht de prijs en de hoeveelheid van het desbetreffende geneesmiddel. Afhankelijk van de situatie en het soort geneesmiddel geldt er wel een maximale afleverduur: 15, 30 of 90 dagen. Bij anticonceptiva geldt een maximale afleverduur van 6 maanden.

Voor 2000 heeft het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) de vaste apotheekvergoeding per WTG-voorschrift gelimiteerd tot f 11,85. Per 1 januari 2001 bedraagt de maximale receptregelvergoeding f 12,45.

In de jaren 2000 en 2001 is de receptregelvergoeding substantieel verhoogd. Dit houdt verband met het driejarenakkoord dat de minister van Volksgezondheid en de KNMP op 8 oktober 1999 hebben gesloten.

1.14 Apotheekvergoeding per WTG-voorschrift in gulden/euro's



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Tot en met 1999 was de receptregelvergoeding in oorsprong gebaseerd op de resultaten van een praktijkkostenonderzoek dat het accountantskantoor Ernst & Young in 1987 onder openbare apotheken heeft uitgevoerd. Sindsdien heeft het CTG (voorheen Centraal Orgaan Tarieven in de Gezondheidszorg) de receptregelvergoeding alleen gecorrigeerd voor inflatie. Hierdoor sloot de receptregelvergoeding niet meer aan bij de feitelijke apotheekpraktijkkosten. Sinds 1991 worden apothekers geacht dit tekort bij te verdienen vanuit de inkoopvoordelen. Deze zelfde inkoopvoordelen vormden aanleiding tot een langslpende politieke discussie over de aanvaardbaarheid van inkoopvoordelen als apotheekinkomsten. Het driejarenakkoord maakte aan deze discussie een einde. De apothekers en de minister stemden samen in met een wettelijk kortingspercentage op de apotheekprijzen voor WTG-geneesmiddelen van 6,82% in ruil voor een gefaseerde verhoging van de receptregelvergoeding gedurende de jaren 2000 tot en met 2002.

1.15 Totaalcijfers farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2000

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Totale uitgaven farmaceutische hulp	f 4.926 miljoen	f 1.886 miljoen	f 6.813 miljoen
• waarvan GVS-bijdragen	f 31 miljoen	f 13 miljoen	f 43 miljoen
Geneesmiddelenkosten	f 3.905 miljoen	f 1.509 miljoen	f 5.414 miljoen
• WTG-geneesmiddelen	f 3.667 miljoen	f 1.393 miljoen	f 5.060 miljoen
• Buiten-WTG-geneesmiddelen	f 238 miljoen	f 116 miljoen	f 354 miljoen
Apotheekvergoeding	f 1.022 miljoen	f 376 miljoen	f 1.398 miljoen
• Receptregelvergoeding	f 907 miljoen	f 325 miljoen	f 1.232 miljoen
• Stimulansopbrengst	f 25 miljoen	f 9 miljoen	f 34 miljoen
• Marge Buiten-WTG	f 90 miljoen	f 42 miljoen	f 132 miljoen
Voorschriften	87 miljoen	34 miljoen	121 miljoen
• WTG-geneesmiddelen	77 miljoen	27 miljoen	104 miljoen
• Buiten-WTG-geneesmiddelen	10 miljoen	7 miljoen	17 miljoen
Patiënten	9,3 miljoen	5,1 miljoen	14,4 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2 Kostenbeheersing

Het beheersen van de groei van de uitgaven aan farmaceutische hulp is één van de centrale thema's binnen het zorgbeleid van het tweede Paarse Kabinet dat in de zomer van 1998 is aangetreden. Reden is dat de extra middelen die dit Kabinet bij aanvang van deze regeerperiode beschikbaar heeft gesteld voor de gezondheidszorg als geheel volledig worden opgeslokt door het geneesmiddelenbudget, als de structurele groei die zich bij de geneesmiddelenuitgaven voordoet niet wordt afgeremd. Hoewel niemand het belang van het streven naar een doelmatiger geneesmiddelenvoorziening zal weerspreken, is het de vraag of de doelstelling die het Kabinet zichzelf én daarmee de sector heeft opgelegd, wel realistisch is. Bij de vaststelling van het geneesmiddelenbudget voor de periode 1999-2002 is het Kabinet uitgegaan van een toegestane jaarlijkse groei van 6 tot 7%, terwijl vaststaat dat structurele factoren ertoe leiden dat de geneesmiddelen uitgaven jaarlijks met 11% toenemen (zie ook paragraaf 1.3). Dit impliceert dat de komende jaren jaarlijks f 200 miljoen tot f 300 miljoen moet worden bezuinigd op de geneesmiddelen-uitgaven. Dit is een meer dan ambitieuze taakstelling. Het Kabinet heeft dit halverwege zijn zittingsperiode onderkend. Dankzij de nodige fiscale meevallers die het gevolg zijn van de aanhoudende (maar inmiddels tanende) economische groei heeft het Kabinet via de Voorjaarsnota Zorg die in mei 2000 is verschenen eenmalig f 400 miljoen extra beschikbaar kunnen stellen teneinde voor de korte termijn het tekort op het geneesmiddelenbudget te kunnen wegwerken.

2.1 Paars I: 1994-1998

De haalbaarheid van de politieke doelstelling ten aanzien van de groei van de geneesmiddelen-uitgaven wordt doorgaans onderbouwd door te verwijzen naar de kabinetsperiode van Paars I. In de periode 1994 tot en met 1998 bleef de gemiddelde jaarlijkse groei van de geneesmiddelen-uitgaven steken op zo'n 5,25%. De overheid heeft de uitgavenontwikkeling toen weten te beheersen met directe ingrepen in het prijsniveau en de samenstelling van het geneesmiddelenpakket.

De belangrijkste maatregelen in dezen waren:

Besparingseffect

1995	Naijlen effect prijsverlaging van 5% medio 1994 door farmaceutische bedrijfskolom	2%
1996	Uitdunning geneesmiddelenpakket	1%
1996	Invoering maximumprijzen voor geneesmiddelen	15%
1997	Overheveling van het griepvaccinatieprogramma naar de huisartsen	0,5%
1998	Invoering van een 'claw back'-percentage ter verrekening van de inkoopvoordelen bij apothekhoudenden	2%

Als bovengenoemde maatregelen niet zouden zijn doorgevoerd, zou de uitgavenstijging in de desbetreffende periode twee keer zo hoog zijn uitgevallen. De maatregelen hebben met elkaar gemeen dat ze ingrijpen op het niveau van de geneesmiddelenuitgaven. Van een ombuiging van de structurele stijging van de geneesmiddelenconsumptie is geen sprake. Voor de toekomst zal een dergelijke benadering niet voldoende zijn om de groei binnen de door de overheid gewenste kaders te houden. De mogelijkheden voor verdere prijsingrepen en een verdere inperking van het pakket geneesmiddelen waarop de verzekerden aanspraak kunnen maken, raken langzamerhand uitgeput. Vandaar dat het Ministerie van VWS de besparingen thans op een andere wijze tracht te realiseren, namelijk in de vorm van meerjarenafspraken met de diverse partijen in de zorgsector. Bij het geneesmiddelen dossier leunen deze meerjarenafspraken voor een deel op een intensievere samenwerking tussen artsen en apothekers. In de vorm van regionale proefprojecten, zogeheten 'proeftuinen' zijn de grenzen en mogelijkheden van dergelijke samenwerkingsverbanden verkend. Vooral nog kan geconstateerd worden dat een intensievere samenwerking tussen de diverse zorgdisciplines perspectief biedt op betere en doelmatiger zorg, maar dat het tot stand brengen van een dergelijke samenwerking wel de nodige tijd vereist. De grote vraag is of de politiek de sector deze tijd gunt.

2.2 Kostenbeheersing in 1999-2000

2.2.1 Aanscherping GVS

Het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) dateert uit 1991. In het kader van dit stelsel worden therapeutisch onderling vervangbare geneesmiddelen door het Ministerie van VWS geclusterd. Per cluster stelt het Ministerie een vergoedingslimiet vast. Als de patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de prijs hoger is dan de vergoedingslimiet in kwestie, komt het prijsverschil voor rekening van de patiënt. Sinds 1994 zijn de prijzen van geneesmiddelen met zo'n 20% gedaald. De vergoedingslimieten waren tot en met januari 1999 gebaseerd op het hogere prijsniveau van 1991. De invloed van het GVS op het kostenniveau was daardoor nihil. Per 1 februari van 1999 heeft het Ministerie van VWS de vergoedingslimieten geactualiseerd op basis van de toen geldende prijzen. De SFK heeft vastgesteld dat de bijstelling van de GVS-limieten op jaarbasis f 158 miljoen (inclusief BTW) op de geneesmiddelenuitgaven bespaart. Deze besparing kan vooral op het conto van de geneesmiddelenfabrikanten worden geschreven.

Verkapte prijzenwet

De verlaging van de vergoedingslimieten leidde tot een prijsbijstelling door de geneesmiddelenfabrikanten. In de praktijk heeft het GVS namelijk meer invloed op het gedrag van de leverancier dan dat van de patiënt. In feite is er sprake van een tweede verkapte prijzenwet. De Wet Geneesmiddelenprijzen maximeert de prijs van een receptgeneesmiddel in ons land op de gemiddelde prijs van datzelfde middel in de ons omringende landen: België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. De leverancier is wettelijk gebonden aan deze maximumprijs. Als daarnaast de vergoedingslimiet volgens het GVS lager is dan de maximumprijs in kwestie, dan stemmen de meeste geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen af op deze lagere vergoedingslimiet. Op deze wijze wil men een dreigend verlies aan marktaandeel voorkomen. De Nederlandse patiënt is namelijk niet gewend om zelf (bij) te betalen voor geneesmiddelen en is hier ook niet snel toe te verleiden.

Beperkt eigen risico

De patiënt betaalt gemiddeld 3,5% van de totale geneesmiddelenuitgaven zelf. Naast een bedrag van f 205 miljoen voor geneesmiddelen die in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen, is er in 2000 f 43 miljoen bijbetaald in het kader van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

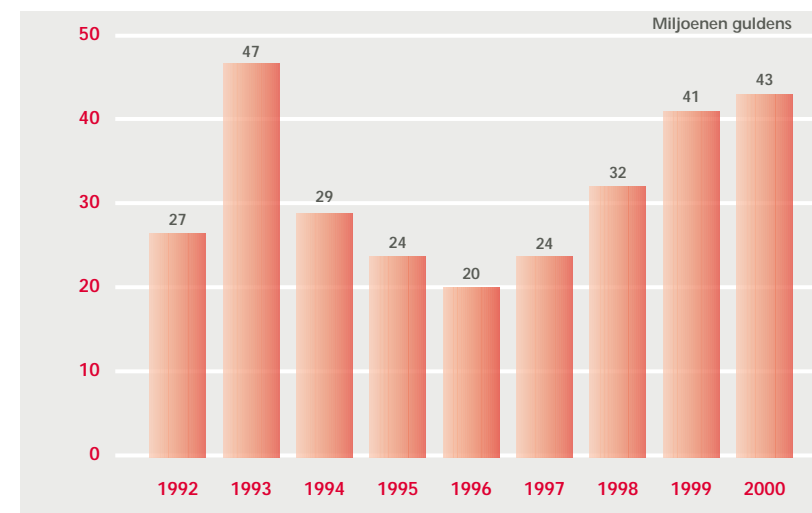
Naast diverse anticonceptiepillen (GVS-bijdrage van f 17 miljoen) is een groot bedrag aan bijbetaling toe te schrijven aan het antidepressivum Remeron® (GVS-bijdrage van f 7 miljoen). Producent Organon biedt gebruikers van hun geneesmiddel Remeron® overigens een teruggave-regeling voor het bedrag dat zij in eerste instantie in de apotheek hebben moeten voorschieten. Het op deze wijze omzeilen van de GVS-regeling komt ook bij andere middelen voor. De reden dat fabrikanten hun prijzen niet direct aanpassen aan de GVS-limieten is dat een prijsverlaging in Nederland gevolgen kan hebben voor de prijsstelling van hetzelfde product in andere landen.

Met het middel tolterodine (merknaam Detrusitol®), te gebruiken bij incontinentieproblemen door spanning, is f 4 miljoen aan GVS-bijbetalingen gemoeid. In minder dan 1 procent van alle bijbetalingsgevallen is de patiëntenbijdrage per verstrekking f 25 of meer. Extreme uitschieters zijn urofollitropine (bij vruchtbaarheidsstoornissen) met f 337 per verstrekking en het antistollingsmiddel tinzaparine met f 178 per verstrekking.

Afschaffen GVS is risicovol

Het Ministerie van VWS heeft een stappenplan opgesteld dat moet leiden tot het afschaffen van het GVS in 2002. Hierop vooruitlopend werkt het Ministerie momenteel aan een vereenvoudiging van het GVS in de zin van het herdefiniëren van de criteria die worden toegepast voor het indelen van geneesmiddelen binnen het vergoedingssysteem en het vaststellen van een minder ingewikkelde berekeningssystematiek voor het vaststellen van de vergoedingslimieten. Als het GVS wordt afgeschaft is het niet onaannemelijk dat de geneesmiddelenprijzen substantieel gaan stijgen, doordat het prijsdempend effect van het GVS dan teniet wordt gedaan. Als de geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen optrekken tot het niveau van de maximumprijzen leidt dit tot een kostenstijging van meer dan een miljard gulden.

2.01 Totale GVS-bijdragen via openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2.2 Buiten-WTG

Van alle geneesmiddelen die door de openbare apotheek op voorschrift worden afgeleverd, valt 86,1% onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Dit betreft geneesmiddelen die uitsluitend op recept in de apotheek verkrijgbaar zijn. Voor deze geneesmiddelen geldt de vaste receptregelingvergoeding per afgeleverd geneesmiddel (f 12,45 in 2001). Voor de overige (zelfzorg)geneesmiddelen geldt dat deze soms ook buiten de apotheek verkregen kunnen worden bij drogisterij of supermarkt. In 2000 was met dit soort middelen bij de openbare apotheken een bedrag van f 486 miljoen gemoeid bij in totaal 17 miljoen verstrekkingen.

'1 september'-maatregel

Sinds 1 september 1999 worden deze zelfzorggeneesmiddelen alleen nog vergoed door de zorgverzekeraar, als de arts de middelen voor chronisch gebruik voorschrijft. De artsen dienen dit op het recept aan te geven met de lettercombinatie 'c.g.' (chronisch gebruik). Voorheen werden deze middelen altijd vergoed mits voorschreven door een arts. Diverse partijen binnen de gezondheidszorg hebben kritiek geleverd op de bezuinigingsmaatregel. De kritiek richtte zich enerzijds op de uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van de maatregel. Anderzijds werden er vraagtekens geplaatst bij het realiteitsgehalte van de bezuinigingsdoelstelling van f 145 miljoen (inclusief BTW) die het Ministerie van VWS aan deze maatregel

heeft gekoppeld. Door verschuivingen in het geneesmiddelengebruik is de exacte besparing van de maatregel moeilijk te bepalen. Voor veel van de buiten-WTG-geneesmiddelen die niet meer vergoed worden, bestaat er een alternatief binnen het WTG-segment dat wel vergoed wordt en blijft. De Universiteit van Nijenrode meldt naar aanleiding van een onderzoek bij huisartsen, dat 28% van de artsen bereid is te 'switchen' naar een middel dat wel volledig vergoed wordt. Verder zou 26% van de onderzochte huisartsen bereid zijn om 'chronisch gebruik' op het recept te vermelden, terwijl het middel feitelijk slechts voor kortdurend gebruik bedoeld is. De SFK schat in dat in werkelijkheid het besparingseffect van deze maatregel nauwelijks half zo hoog is als de door VWS begrote besparing.

Beperkt effect

Voorafgaand aan de invoering van de '1 september'-maatregel namen de uitgaven voor buiten-WTG-geneesmiddelen jaarlijks met 10% toe. Bij ongewijzigd beleid zou deze tendens zich in 2000 hebben voorgezet. Uit de SFK-gegevens over de eerste drie kwartalen van 2000 blijkt echter dat de uitgaven voor buiten-WTG-geneesmiddelen met 1,6% gedaald zijn ten opzichte van dezelfde periode een jaar geleden. Hieruit kan men concluderen dat de '1 september'-maatregel een reducerend effect van ongeveer 12% heeft op de uitgaven aan buiten-WTG-geneesmiddelen. Op jaarbasis komt dit overeen met f 61 miljoen. Deze besparing is vrijwel volledig toe te schrijven aan de reductie in het gebruik van buiten-WTG-geneesmiddelen door ziekenfondsverzekerden. Bij particuliere verzekerden heeft de maatregel nauwelijks invloed gehad op het gebruik van deze geneesmiddelen.

Los van eventuele verschuivingen binnen het voorschrijfgedrag van artsen, signaleert de SFK dat een aantal producten overgeheveld is van het buiten-WTG-segment naar het WTG-segment en dat daarmee vergoeding van deze producten door de zorgverzekeraar veilig gesteld is. In het oog springen onder meer de Calci chew[®] kauwtablet 500 mg en de Denorex[®] Rx shampoo. Met deze twee middelen is inmiddels een totaal aan uitgaven van f 14 miljoen gemoeid. Dit bedrag moet in mindering worden gebracht op de ogenschijnlijke kostenreductie van f 61 miljoen. Hierna resteert een voorlopige netto besparing van f 47 miljoen. De SFK beschikt over onvoldoende gegevens om het 'switch'-gedrag van huisartsen waarvan de Universiteit van Nijenrode melding maakt, te bevestigen en te kwantificeren.

2.2.3 'Claw back'

Naast de receptregelvergoeding bij WTG-geneesmiddelen en de apotheekmarge bij buiten-WTG-geneesmiddelen vormen de inkoopvoordelen een legale en in de huidige situatie noodzakelijke aanvullende inkomstenbron voor apotheken. Desalniettemin vormden de inkoopvoordelen de afgelopen jaren aanleiding tot een langsepende politieke discussie omtrent de aanvaardbaarheid van inkoopvoordelen als apotheekinkomsten. Teneinde meer inzicht te krijgen in de omvang van de bonussen en kortingen die door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen worden gerealiseerd, heeft het Ministerie van VWS begin 1999 opdracht gegeven aan het accountantskantoor PriceWaterhouseCoopers (PWC) tot een grootschalig kortingenonderzoek. Uit het onderzoek bij 939 openbare apotheken en 276 apotheekhoudende huisartsenpraktijken volgt dat apotheekhoudenden in 1997 f 360 miljoen aan inkoopvoordelen hebben gerealiseerd. Dit komt overeen met een gemiddeld kortingspercentage van 8,9%. PWC stelt vast dat apotheekhoudende huisartsen in verhouding tot hun praktijkomvang even veel korting realiseren als openbare apothekers.

Driejarenakkoord

Naar aanleiding van de bevindingen van PWC maakte de minister van VWS in april 1999 bekend f 425 miljoen aan inkoopvoordelen bij apotheekhoudenden te willen terugvorderen. VWS kwam op dit bedrag uit door het geconstateerde totaal van f 360 miljoen voor 1997 te extrapoleren naar het uitgavenniveau in 1999. Veel apotheken zouden bij uitvoering van dit beleidsvoornemen in grote problemen zijn gekomen. De minister ging namelijk voorbij aan het feit dat de receptregelvergoeding die de apotheken voor hun diensten in rekening mogen brengen niet kostendekkend is. De Tweede Kamer keurde deze handelwijze dan ook af. Te meer omdat de apothekers in ruil voor het afkomen van bovenmatige kortingen juist een kostendekkende receptregelvergoeding in het vooruitzicht was gesteld. Na de nodige schermutselingen in de media probeerden VWS en de beroepsorganisatie KNMP gedurende de zomermaanden van 1999 tot een onderling vergelijk te komen. Dit overleg mondde uiteindelijk uit in het driejarenakkoord voor de periode 2000-2002 dat op 8 oktober 1999 tussen de minister van Volksgezondheid en de KNMP gesloten is. Partijen hebben elkaar gevonden in een gefaseerde benadering.

Gefaseerde benadering

Voor de periode van drie jaar zullen apothekers en apotheekhoudende huisartsen 6,82% korting doorberekenen in de prijzen van recept-geneesmiddelen tot een maximum van f 15 per verstrekt middel.

De aftopping op f 15 voorkomt dat apothekers (en patiënten) in de problemen komen bij het afleveren van zeer dure geneesmiddelen zoals AIDS-middelen en interferon bèta waarop géén kortingen verkregen kunnen worden. Uitgaande van een structurele groei van de geneesmiddelenuitgaven van 10% per jaar loopt het besparingseffect van deze zogeheten 'claw back'-maatregel op tot een verwachte f 350 miljoen in 2000, naar f 385 miljoen in 2001, tot uiteindelijk f 425 miljoen in 2002. Deze bedragen zijn inclusief BTW. De SFK constateert dat de apotheekehoudenden in 2000 de overeengekomen bezuinigingsdoelstelling hebben behaald. Per saldo heeft de 'claw back' in 2000 f 355 miljoen (inclusief BTW) aan besparing opgeleverd.

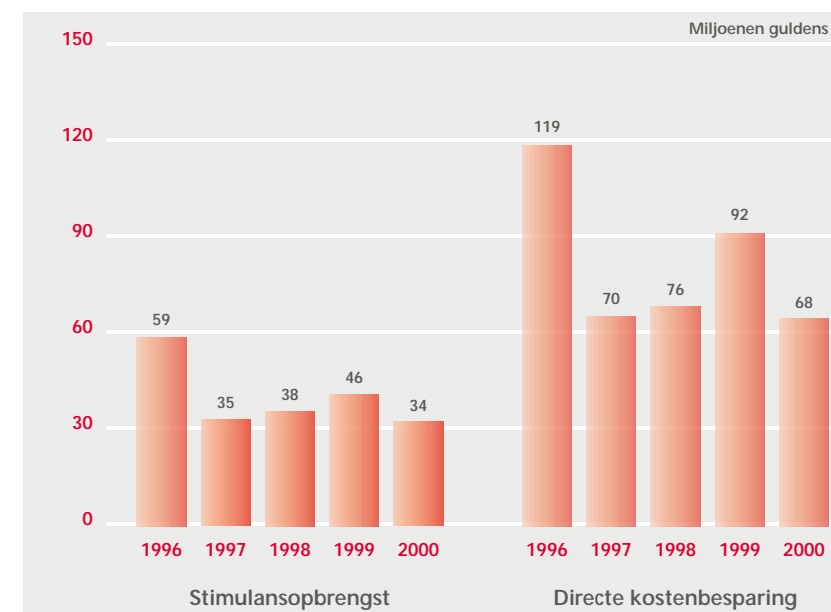
Tegenover het gefaseerd inleveren van meer inkoopvoordelen staat een gefaseerde verhoging van de receptregelvergoeding. Zo is de receptregelvergoeding per 1 januari 2000 verhoogd van f 11,20 naar f 11,85. Per 1 januari 2001 is de receptregelvergoeding verder bijgesteld tot f 12,45. Bij deze aanpassingen is ook een inflatiecorrectie meegenomen. Als het goed is zal per 1 januari 2002 de receptregelvergoeding verder worden verhoogd binnen de kaders van het driejarenakkoord. De uiteindelijke verhoging is hierbij afhankelijk gesteld van de toe- of afname van het aantal verstrekte receptgeneesmiddelen. Een stijging van het gebruik van receptgeneesmiddelen zal voor 60% worden doorberekend in de hoogte van de receptregelvergoeding. Deze aanpassingsmethodiek voorkomt enerzijds dat apothekers 'te veel' verdienen bij een stijgend geneesmiddelengebruik, maar zorgt er anderzijds wel voor dat apothekers gecompenseerd worden voor het extra werk en de extra kosten die gemoeid zijn met de afhandeling van méér receptregels.

2.2.4 Stimulansregeling

De stimulansregeling die sinds 1988 van kracht is, beoogt te bevorderen dat apothekers generieke (merkloze) geneesmiddelen respectievelijk parallelgeïmporteerde geneesmiddelen afleveren in plaats van het doorgaans duurdere originele merkgeneesmiddel. Hiertoe zijn de geneesmiddelen gegroepeerd naar generieke naam, farmaceutische vorm, toedieningsweg en sterkte. Op basis van een richtlijn van het CTG wordt maandelijks per groep een referentieprij vastgesteld. Als de apotheek een geneesmiddel aflevert waarvan de prijs lager is dan de referentieprij van de desbetreffende groep, dan mag de apotheek ter stimulans een derde van het prijsverschil behouden. Voorheen konden de stimulansopbrengsten als extra premieopbrengsten voor de apotheek worden aangemerkt. Eind 1999 besloot de minister van Volksgezondheid dat de stimulansopbrengsten als vaste apotheekinkomsten dienen te worden meegewogen bij de vaststelling

van de receptregelvergoeding. De stimulanspremie blijft weliswaar als regeling bestaan, maar per 1 januari 2000 is het apotheektarief gekort met f 0,32. Met deze maatregel bezuinigt de minister f 35 miljoen op de apotheekvergoeding.

2.02 Generieke substitutie door openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Nadat de substitutiebesparingen medio 1996 fors terugliepen in verband met de invoering van wettelijke maximumprijzen, wijzen de cijfers voor 2000 op een verdere teruggang. In beide gevallen is de teruggang terug te voeren op prijsnivellering. Apothekers leveren weliswaar steeds meer generieke geneesmiddelen af (zie paragraaf 1.5), maar doordat de onderlinge prijsverschillen tussen specialités en generieke/parallel geïmporteerde equivalenten steeds kleiner en kleiner worden lopen de substitutiebesparingen voor de patiënt respectievelijk de zorgverzekeraar desondanks terug.

Voor geneesmiddelenproducenten bestaan er op dit moment weinig prikkels om elkaar te beconcurreren via de geneesmiddelenprijs. Bepaalde wettelijke prijsregels zijn eerder remmend voor de prijsconcurrentie dan

bevorderlijk. Dit heeft onder meer tot gevolg dat het prijsverschil tussen merkgeneesmiddelen en merkloze geneesmiddelen de achterliggende jaren is teruggelopen van 20 tot 5%. Als gevolg hiervan levert het afleveren van generieke geneesmiddelen minder besparing op.

In 1995 toen er aanmerkelijk minder generieke geneesmiddelen werden verstrekt, realiseerden de apotheken nog een substitutiebesparing van 4,2% op de totale geneesmiddelenkosten. Terwijl er nu verhoudingsgewijs anderhalf keer zo veel generieke geneesmiddelen worden verstrekt, is de substitutiebesparing teruggelopen tot 1,4% van de geneesmiddelenkosten. Het Ministerie van VWS overweegt de wettelijke prijsregels die de prijsconcurrentie bij generiek (en parallelimport) hinderen binnenkort af te schaffen.

2.2.5 Aanpak hardlopers

Reeds in de Zorgnota 1999 die het Ministerie van VWS in september 1998 publiceerde, kondigde het Ministerie aan om maatregelen te treffen waardoor achtereenvolgens het gebruik van maagzuurremmers als ook het gebruik van cholesterolverlagers wordt teruggedrongen. Het Ministerie meldde in de Zorgnota dat deze geneesmiddelen alleen nog maar vergoed zullen worden, als de behandeling geschiedt volgens een door VWS vast te stellen protocol. In het verlengde hiervan heeft VWS in de begroting voor het jaar 2000 een bezuinigingsdoelstelling van f 90 miljoen (inclusief BTW) opgenomen. Tot op dit moment beperkt de stand van zaken zich tot een door het CVZ opgestelde richtlijn voor het voorschrijven van maagzuurremmers. Concrete besparingen zijn er nog niet gerealiseerd. Ondertussen blijven de uitgaven voor maagzuurremmers en cholesterolverlagers onveranderd sterk toenemen. Zo constateert de SFK dat er in 2000 f 664 miljoen aan maagzuurremmers is besteed (f 68 miljoen meer dan in 1999) en f 470 miljoen aan cholesterolverlagers (f 46 miljoen meer dan in 1999).

De Gezondheidsraad adviseerde de minister van Volksgezondheid medio 2000 juist het preventief gebruik van cholesterolsyntheseremmers (ofwel statines) te bevorderen bij mensen met een erfelijke storing in de vetstofwisseling, bij personen die lijden aan een hart- of vaatziekte, bij patiënten met suikerziekte en bij personen die een hoger dan gemiddeld cholesterolgehalte in het bloed hebben. De kans op een (nieuw) hartinfarct of op (verergering) van een hart- of vaatziekte zou bij deze categorie met 30% kunnen worden verminderd. Volgens de Gezondheidsraad gaat het hierbij om zo'n 200.000 personen.

2.2.6 Haemostatica

Per 1 januari 2000 zijn de aanspraken op haemostatica (middelen die worden gebruikt bij de behandeling van hemofiliepatiënten) onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen gebracht. Hiermee hevelt de overheid de gebruikskosten van deze middelen over van het budget voor farmaceutische hulp naar het budget voor ziekenhuisverpleging. Desalniettemin worden deze middelen nog steeds in belangrijke mate door openbare apotheken verstrekt. Volgens het CVZ bedragen de totale kosten van haemostatica in Nederland ongeveer f 85 miljoen. Via de openbare apotheken is er in 2000 ten minste voor f 28 miljoen aan dergelijke geneesmiddelen verstrekt. Deze kosten zijn begrepen in de door de SFK gepubliceerde cijfers omtrent de geneesmiddelenuitgaven via openbare apotheken. Het Ministerie van VWS overweegt ook de uitgaven voor AIDS- en HIV-remmers onder het ziekenhuisbudget te brengen.

2.2.7 SFK-prognose 2001

De SFK verwacht dat de geneesmiddelenuitgaven via openbare apotheken in 2001 met 11,6% zullen toenemen tot f 7.600 miljoen (€ 3.449 miljoen). Bij deze prognose is rekening gehouden met de bijstelling van de receptregelvergoeding van f 11,85 tot f 12,45 en een verder dalend marktaandeel van de apotheekhoudende huisartsen. De SFK voorziet voornamelijk geen substantiële kostenbesparingen voortvloeien uit de richtlijn voor maagzuurremmers. Ten aanzien van de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten veronderstelt de SFK ceteris paribus dat de onderliggende groei in 2000 (kostentoeename gecorrigeerd voor het kostendempend effect van de 'claw back'-ophoging en de '1 september'-maatregel) ongeremd doorzet in 2001.

2.3 Lange-termijnbeleid

In april 2000 heeft het Kabinet Paars II zijn bijgestelde standpunt geformuleerd omtrent het geneesmiddelenbeleid voor de lange termijn. Het Kabinet voert thans drie hoofdlijnen aan.

I *Het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid bij het voorschrijven van geneesmiddelen.*

Hieronder verstaat het Kabinet zaken als het geprotocolleerd voorschrijven in aansluiting op de afspraken die in FTTO-verband (het transmuraal farmacotherapieoverleg tussen huisartsen, medisch specialisten, openbare apothekers en ziekenhuisapothekers) gemaakt worden, een betere uitwisseling van relevante informatie tussen artsen en apothekers, als ook prescriptieterugkoppeling door apothekers en zorgverzekeraars.

II Het bevorderen van de marktwerking op het gebied van geneesmiddelen en de geneesmiddelendistributie.

De achterliggende periode heeft de overheid al de nodige maatregelen getroffen om de concurrentie op het gebied van de geneesmiddelendistributie te bevorderen: de introductie van maximumtarieven in plaats van landelijk geldende tarieven, het opheffen van eisen die voorheen aan apotheken gesteld werden op het gebied van 24-uurs-beschikbaarheid en het verzorgen van apotheekbereidingen, het toestaan dat ook niet-apothekers apotheken exploiteren en het toelaten dat ziekenhuizen en andere intramurale instellingen geneesmiddelen leveren aan patiënten voor thuisgebruik. Deze lijn wil het Kabinet verder doortrekken.

III Het overdragen van verantwoordelijkheid van de overheid naar de zorgverzekeraars.

De meest essentiële wijziging in het standpunt van het Kabinet betreft het feit dat men de regie van de geneesmiddelenvoorziening bij de zorgverzekeraars wil neerleggen. In lijn met het rapport van de interdepartementale MDW-werkgroep geneesmiddelen (Marktwerking, Distributie en Wetgevingskwaliteit) stelt men dat de zorgverzekeraars hiertoe wel de nodige instrumenten moeten hebben en dat er op onderdelen juridische belemmeringen dienen te worden weggenomen teneinde de zorgverzekeraars deze centralere rol te kunnen laten waarmaken. Voor dit traject van instrumentering en deregulering reserveert men de resterende kabinetsperiode. Dit traject behelst onderwerpen als: het registreren van specialistenreceptuur, modernisering van het GVS (herziene clustering van geneesmiddelen, onderzoeken of de vergoedingslimiet per cluster op de laagste prijs gesteld kan worden in plaats van de gemiddelde prijs), herziening honoreringssysteem apotheekhoudenden (in aansluiting op het driejarenakkoord dat is gesloten tussen de KNMP en de minister van Volksgezondheid) en het toestaan dat ziekenfondsen eigen apotheken exploiteren. Aan het einde van de regeerperiode in 2002 volgt er een evaluatiemoment. Dan wordt beoordeeld of men de ingeslagen weg voortzet of niet.

Het Kabinet stelt nadrukkelijk dat men niet het voornemen heeft de patiënt zelf meer te laten betalen voor de geneesmiddelen met uitzondering van de eigen bijdragen die voortvloeien uit het (eventueel gemoderniseerde) GVS.

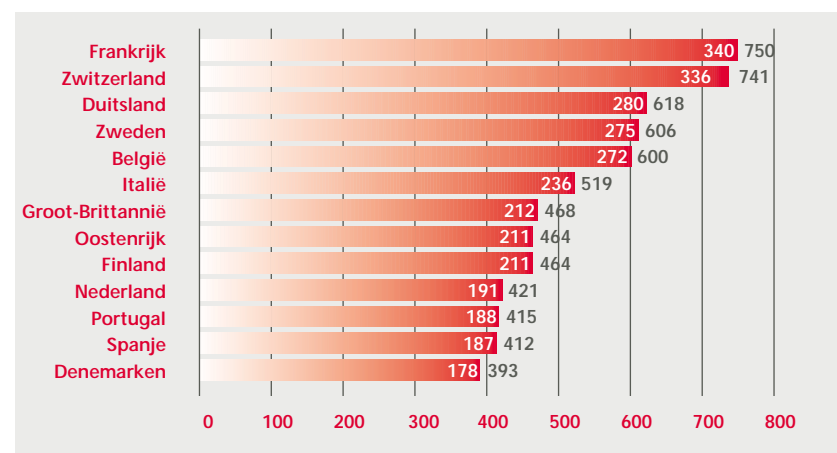
Data Warehouse

Tot slot onderstreept het Kabinet het belang van een goede informatievoorziening over geneesmiddelengebruik en geneesmiddelen-uitgaven. Men onderstreept dat de informatievoorziening in ons land internationaal gezien op een zeer hoog peil staat. Op onderdelen streeft men naar een verdere mate van detaillering van de beschikbare informatie. De SFK geeft mede invulling aan deze ambitie door het uitbreiden van het SFK Data Warehouse. Dit is een internettoepassing waarmee men het geneesmiddelengebruik niet alleen op landelijk, regionaal en lokaal niveau, maar ook op apotheek- en artspraktijkniveau kan monitoren. Inmiddels maken naast 1.200 openbare apotheken zestig samenwerkingsverbanden van apothekers (in sommige gevallen met artsen en zorgverzekeraars) gebruik van dit monitor- en informatieuitwisselingssysteem. Ook het Ministerie van VWS heeft sinds het najaar van 2000 toegang tot het SFK Data Warehouse voor monitoring van ontwikkelingen in het geneesmiddelengebruik en het plannen en evalueren van het geneesmiddelenbeleid.

3. Geneesmiddelenconsumptie in Europees perspectief

Ten opzichte van de meeste Europeanen gebruiken Nederlanders relatief weinig geneesmiddelen. Dit is reeds enige jaren een vertrouwd beeld. Na de prijsverlagingen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het terughalen van korting bij apotheken via de 'claw back' blijkt Nederland ook qua uitgavniveau te behoren tot de Europese staartgroep. Dit volgt uit een bewerking die de SFK uitvoerde op enquêtécijfers van de Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). In 1998 besteedde de Nederlander gemiddeld f 421 (€ 191) aan geneesmiddelen in de openbare apotheek (of bij de apotheekhoudende huisarts). De (zelfzorg)geneesmiddelen die niet worden vergoed door de zorgverzekeraar zijn in dit bedrag begrepen. Dit bedrag ligt 30 tot 45% onder het uitgavenpatroon in landen als België (f 600, € 272), Duitsland (f 618, € 280) en Frankrijk (f 750, € 340).

3.01 Geneesmiddelenconsumptie via de apotheek per hoofd van de bevolking in 1998 in guldens/euro's

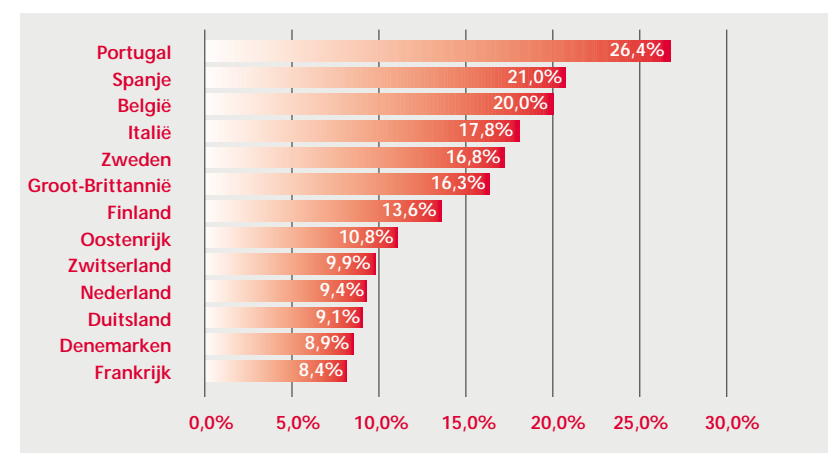


Bron: Pharmaceutical Group of the European Union
Stichting Farmaceutische Kengetallen

Als men de (extramuraal) uitgaven aan farmaceutische hulp relateert aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland wederom een bescheiden positie in te midden van de West-Europese landen. Volgens de Zorgnota, een publicatie van het Ministerie van VWS, had in 1998 9,4% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland betrekking op uitgaven aan farmaceutische hulp. Dit percentage is vergelijkbaar met het uitgavenaandeel in landen als Frankrijk, Denemarken, Duitsland en

Zwitserland. Afgezien van Denemarken zijn de geneesmiddelen uitgaven in deze landen verhoudingsgewijs beduidend hoger dan in Nederland. Anders gesteld: in deze landen wordt in zijn algemeenheid meer geld besteed aan gezondheidszorg. Dit verschil is voor een klein deel terug te voeren op de mate van vergrijzing in de verschillende landen. In Nederland is 18% van de bevolking 60 jaar en ouder tegenover 20% in Frankrijk en 22% in Duitsland.

3.02 Aandeel uitgaven aan farmaceutische hulp in de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 1998



Bron: Pharmaceutical Group of the European Union
Stichting Farmaceutische Kengetallen

Afgaand op de cijfers van andere Europese landen kan men zich afvragen of het wel terecht is dat de geneesmiddelen uitgaven in Nederland de afgelopen jaren tot zo veel politieke discussie hebben geleid. De Nederlandse uitgavencijfers steken in zijn algemeenheid immers gunstig af tegen de cijfers van andere West-Europese landen. Anderzijds kan worden geconstateerd dat de geneesmiddelen uitgaven fors zullen stijgen als de Nederlandse mentaliteit rond het geneesmiddelengebruik zich de komende jaren conformeert aan het Europese patroon. Bij het beheersen van de geneesmiddelen uitgaven in ons land zijn de ogen vaak gericht op de laatste schakel in de farmaceutische bedrijfskolom: de apotheken. Het huidige Kabinet stelt zich op de lijn dat het stimuleren van marktwerking door het scheppen van meer distributiepunten zal bijdragen aan het beheersen van de geneesmiddelen uitgaven. Een standpunt dat niet wordt bevestigd door de Europese cijfers. Een apotheek in Nederland bedient gemiddeld 9.000 personen. In Frankrijk (1 apotheek per 2.500

4 De openbare apotheek in cijfers

personen), Duitsland (1 apotheek per 4.000 personen) en Italië (1 apotheek per 3.500 personen) is de apotheekdichtheid 2 tot 3 keer zo hoog als in ons land. In deze landen wordt er niet alleen meer uitgegeven aan geneesmiddelen, ook de kosten van de distributie en de dienstverlening door apotheken zijn verhoudingsgewijs hoger dan in Nederland. Na de ophoging van het 'claw back'-percentage tot 6,82% per 1 januari 2000 bedraagt het gemiddelde brutowinstpercentage (inclusief netto inkoopvoordelen) van een gemiddelde apotheek in ons land 23%. In de meeste landen is een brutowinstpercentage van 25% gebruikelijk. De Franse apotheken spannen met gemiddeld 30% de kroon.

3.03 Apotheekvergoeding per persoon in 1998 in guldens/euro's



Bron: Pharmaceutical Group of the European Union
Stichting Farmaceutische Kengetallen

Nederland telde aan het eind van het jaar 2000 1.602 openbare apotheken. Ondanks de sluiting van 21 apotheken (waaronder 12 Boots-vestigingen) zijn dit er per saldo 14 meer dan aan het einde van 1999. Dit betekent een toename van 0,9%. Ook in 2001 blijft het aantal apotheekvestigingen zich uitbreiden. Begin april registreerde de SFK 1.611 openbare apotheken. De liberalisering van de wet- en regelgeving rond het vestigen van een apotheek en de ontwikkeling van nieuwbouwoorden op VINEX-locaties zijn de belangrijkste verklaringen voor de toename van het aantal apotheken. Daarnaast steeg het marktaandeel van openbare apotheken ten koste van de apotheekhoudende huisartsen. Op dit moment is 9,4 procent van de bevolking voor de farmaceutische zorgverlening aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. Twee jaar geleden was dit nog 10 procent van de bevolking.

Vanuit de gedachte dat het ontstaan van meer distributiepunten leidt tot meer concurrentie en dat meer concurrentie leidt tot lagere prijzen (en daarmee lagere geneesmiddelenkosten) heeft de overheid een beleid ingezet, dat erop gericht is dat meer partijen zich gaan bezighouden met het exploiteren van apotheken. Eisen die vroeger aan apotheken gesteld werden, zijn niet langer van kracht. Deze eisen hadden onder meer betrekking op de 24-uurs-beschikbaarheid van de apotheek en de faciliteiten voor eigen apotheekbereidingen. Bovendien kunnen sinds begin 1999 ook niet-apothekers apotheken exploiteren. Voorwaarde blijft wel dat de geneesmiddelenvoorziening plaatsvindt onder het toezicht van een apotheker. Afgezien van de tijdelijke komst van de Britse apotheekketen Boots heeft de liberalisering tot op heden niet echt geleid tot de komst van nieuwe marktpartijen in ons land. De Boots-apotheken bleken verre van rendabel. Hierop besloot Boots in augustus 2000 al haar vestigingen te sluiten.

Het belangrijkste gevolg van de liberalisering is dat bestaande marktpartijen, in het bijzonder de farmaceutische groothandels, hun marktpositie trachten te versterken door het opkopen van apotheken en het opzetten van apotheekketens. Zo berichtte de OPG-groep in maart 2001 inmiddels 110 apotheken in Nederland te exploiteren. OPG streeft ernaar om eind 2002 150 apotheken te bezitten. Met de voorwaartse integratie proberen de farmaceutische groothandels de onderhandelingspositie te versterken met het oog op de veranderende rol van zorgverzekeraars zoals wordt voorgestaan door het huidige Kabinet.

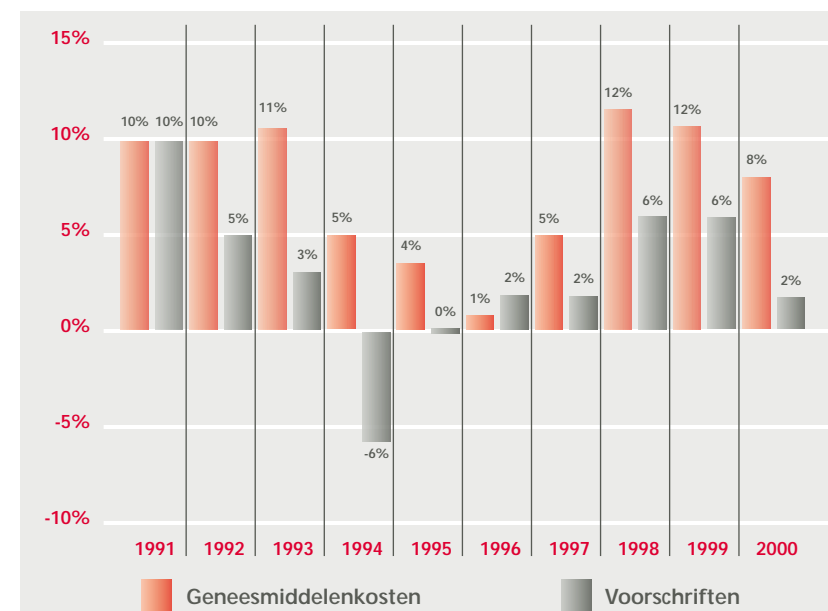
Sinds 1 april van het jaar 2000 is het ziekenhuizen en andere intramurale instellingen toegestaan om geneesmiddelen te leveren aan patiënten die niet (meer) in het ziekenhuis verblijven. Deze verruiming van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening leidt tot een verdere uitbreiding van het aantal distributiepunten. In november 2000 werd de eerste poliklinische apotheek in Nederland geopend in het Wilhelminaziekenhuis te Assen.

4.1 Omzet openbare apotheek

De gemiddelde openbare apotheek in ons land bedient een patiëntenpopulatie van 9.000 personen. In vergelijking met de meeste andere Europese landen is de patiëntenpopulatie van een Nederlandse apotheek omvangrijk te noemen. In Duitsland verzorgt een doorsnee-apotheek 4.000 patiënten, terwijl in Frankrijk de teller op zo'n 2.500 patiënten blijft steken. Alleen in sommige Scandinavische landen zijn de openbare apotheken minder dicht gezaaid dan in Nederland.

In 2000 verstrekte de gemiddelde openbare apotheek 75.700 keer een geneesmiddel op voorschrift. Met deze geneesmiddelen is een omzet van f 4.271.000 (€ 1.938.000) gemoeid. Van de totale omzet van f 4.271.000 is 20,5%, ofwel f 877.000 (€ 398.000), bestemd als vergoeding voor de apotheek. De materiaalkosten voor geneesmiddelen bedragen f 3.394.000 (€ 1.540.000). De belangrijkste inkomstenbron voor de apotheek is de receptregelvergoeding (gemiddeld f 773.000, € 351.000). Dit betreft de vaste apotheekvergoeding die de apotheek in rekening mag brengen bij het verstrekken van een WTG-geneesmiddel (geneesmiddelen die uitsluitend op recept en uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn). Voor 2000 is deze vaste receptregelvergoeding vastgesteld op f 11,85. Sinds 1 januari 2001 bedraagt de receptregelvergoeding f 12,45.

4.01 Ontwikkeling geneesmiddelenkosten en aantal voorschriften



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De omzet van een apotheek geeft op zichzelf nog geen indicatie van de winstgevendheid van een apotheek. De inkomsten van de apotheek worden in belangrijker mate bepaald door het aantal receptregels. Een duurder WTG-geneesmiddel levert de apotheek niet meer geld op. Doordat de geneesmiddelenomzet met een structurele groei van 11 tot 12% doorgaans sterker stijgt dan het aantal voorgeschreven geneesmiddelen (structurele groei van 4 tot 5%) neemt normaal gesproken het aandeel van de apotheekvergoeding in de tijd af.

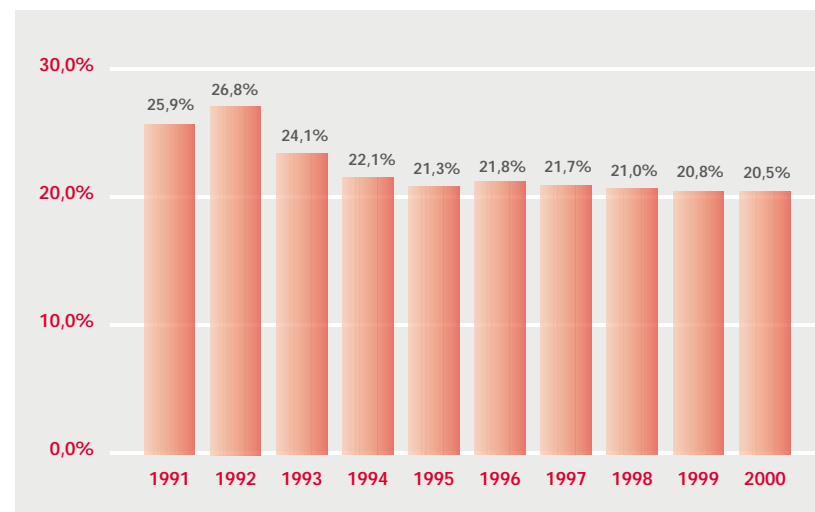
Tijdens de jaren 1993-1997 steeg het aantal voorschriften met minder dan 5% per jaar door diverse pakketmaatregelen van de overheid:

- het niet langer vergoeden van homeopathie (1993);
- het niet langer vergoeden van diverse zelfzorggeneesmiddelen (1994);
- verdere uitdunning van het geneesmiddelenpakket (1996);
- het overhevelen van het griepvaccinatieprogramma naar de huisartsen (1997).

Gedurende de periode 1996-2000 is er sprake van een stabilisatie van het aandeel van de apotheekvergoeding door de diverse prijsmaatregelen die de overheid genomen heeft zoals de invoering van de maximum-geneesmiddelenprijzen en de invoering van het 'claw back'-percentage.

De gematigde voorschriftengroei in 2000 wordt onder meer verklaard door de invoering van de '1 september'-maatregel. Sinds 1 september 1999 kunnen patiënten de kosten van diverse zelfzorggeneesmiddelen alleen nog bij de zorgverzekeraar declareren, als de arts het middel voor chronisch gebruik voorschrijft. Met name bij ziekenfondsverzekerden daalde daardoor de vraag naar dergelijke middelen in de apotheek.

4.02 Aandeel apotheekvergoeding in de uitgaven aan farmaceutische hulp



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.2 Brutowinstpercentage

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid heeft het accountants- en advieskantoor PriceWaterhouseCoopers in 1999 onderzoek verricht naar de inkoopvoordelen die apothekers naast bovengenoemde apotheekvergoeding realiseren. Uit de resultaten van dit onderzoek volgt dat apothekers en apotheekhoudende huisartsen toen gemiddeld 8,9% korting op de inkoopwaarde van geneesmiddelen realiseerden. In dit percentage zijn alle op geld waardeerbare vormen van korting

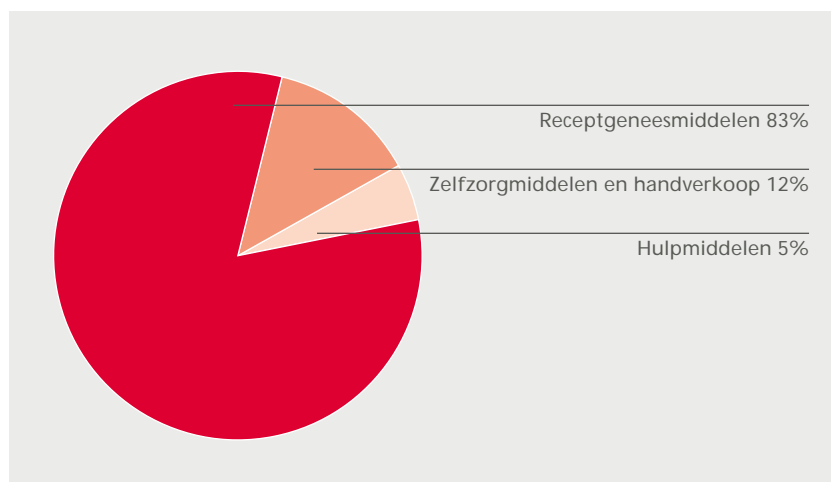
meegenomen. Hiervan werd in 1999 ruim 3% (f 90.000 per apotheek) doorberekend via een wettelijk verplichte korting op de apotheekprijzen voor WTG-geneesmiddelen: de zogeheten 'claw back'. Hoewel het 'claw back'-percentage wel ten koste gaat van de inkomsten van de openbare apotheek, komt dit niet tot uiting in de componenten van de apotheekvergoeding (receptregelvergoeding, stimulans en buiten-WTG-marge).

Met ingang van 1 januari 2000 is het 'claw-back'-percentage verhoogd tot 6,82% (tot een maximum van f 15 per af te leveren geneesmiddel). Met andere woorden: uitgaande van de gemiddeld 8,9% aan inkoopvoordelen die zijn vastgesteld door PriceWaterhouseCoopers blijft er een kleine 3% aan netto inkoopvoordelen over voor de apotheek. Vanuit deze inkomsten betaalt de apotheek onder meer de praktijkkosten die (nog) niet vergoed worden via de receptregelvergoeding. Als deze netto inkoopvoordelen worden opgeplust bij het totaal van de apotheekvergoeding volgt een gemiddeld brutowinstpercentage van 23%. In Europa is een gemiddeld brutowinstpercentage van 25% bij apotheken gebruikelijk.

4.3 Apotheekpraktijkkosten

In beginsel dienen de apothekers hun praktijkkosten en hun inkomen te financieren vanuit de receptregelvergoeding die geldt voor WTG-geneesmiddelen. Bij de vaststelling van de hoogte van de receptregelvergoeding wordt rekening gehouden met de inkomsten vanuit de hulpmiddelen, de vrij verkrijgbare geneesmiddelen en de overige handverkoopartikelen. Het is een wijd verbreide (politieke) misvatting dat vanuit de receptregelvergoeding de overige (handels)activiteiten van de apotheek gesubsidieerd worden. In de praktijk gebeurt juist het tegenovergestelde, doordat de inkomsten die hiermee gemoeid zijn in mindering worden gebracht op de receptregelvergoeding.

4.03 Omzet van de apotheek uitgesplitst naar productcategorie, 2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In aansluiting op het driejarenakkoord dat op 8 oktober 1999 is gesloten tussen de KNMP en de minister van Volksgezondheid is per 1 januari 2001 de apotheekpraktijkkostenvergoeding bijgesteld tot f 925.000 (€ 420.000). In dit bedrag is het norminkomen voor de apotheker-eigenaar van f 192.000 (€ 87.000) begrepen. Het norminkomen omvat ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage. Het norminkomen voor de apotheker-eigenaar komt overeen met een brutojaarsalaris van f 141.000 (€ 64.000). De totale praktijkkostenvergoeding van f 925.000 vormt de basis voor de berekening van de vaste receptregelvergoeding per afgeleverd WTG-geneesmiddel. De vergoeding is niet kostendekkend. Binnen het kader van het driejarenakkoord zal de praktijkkostenvergoeding het komende jaar met tenminste f 25.000 worden verhoogd. Op dit moment moet de apotheek deze kosten financieren vanuit extra te verwerven inkoopvoordelen.

4.04 Opbouw praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2001

	Praktijkkostenvergoeding (f)	Receptregelvergoeding (f)
Personeelskosten	437.544	5,94
Huisvestingskosten	106.654	1,44
Algemene kosten	94.130	1,27
Computerkosten	31.376	0,43
Rente	28.569	0,39
Afschrijvingen	23.958	0,33
Autokosten (bezorging e.d.)	10.923	0,15
Norminkomen	191.736	2,61
Totale vergoeding	924.890	12,56
Verrekening stimulansopbrengst		- 0,31
Naverrekening 2000		0,20
Receptregelvergoeding		f 12,45 (€ 5,65)

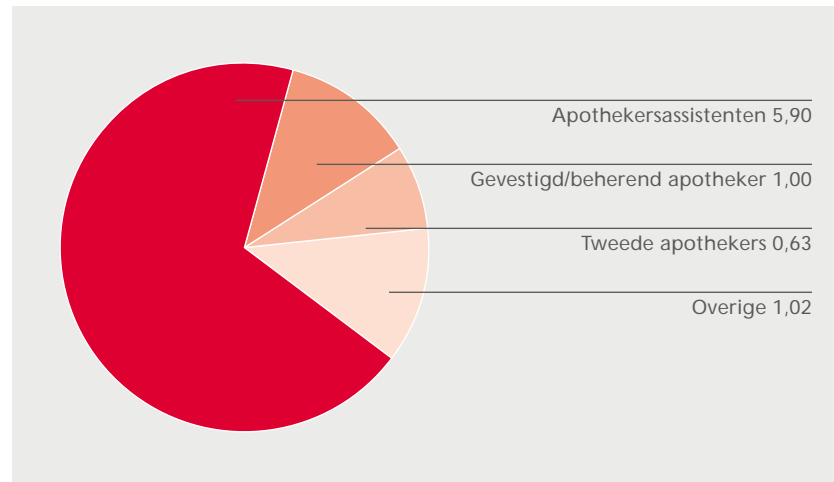
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.05 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Jaarlijkse toename
Apotheken	1.518	1.530	1.547	1.571	1.588	1.602	1,2%
Apothekers	2.198	2.319	2.381	2.439	2.472	2.611	3,0%
Apothekersassistenten	10.789	11.239	11.589	11.931	12.189	12.600	2,9%
Overige	2.000	2.042	2.123	2.280	2.549	3.080	10,8%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.06 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2000



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Werkdruk loopt op

Het schaarse aanbod van apothekersassistenten en het toenemend geneesmiddelengebruik hebben ertoe geleid dat de werkdruk in de openbare apotheken het afgelopen jaar opnieuw verder is opgelopen. Historisch gezien is de werkdruk nog niet zo hoog geweest als nu. Diverse apotheken kampen met een groot aantal vacatures die moeilijk vervulbaar zijn. Uit een enquête die de SFK in september 2000 onder de bij haar aangesloten apotheken heeft gehouden, blijkt dat 40% van de apotheken op zoek is naar een apothekersassistent. In totaal bleken er op dat moment 1.360 vacatures (hierbij is rekening gehouden met de deeltijdfactor) voor apothekersassistenten in openbare apotheken te bestaan. Door het aantrekken van tweede apothekers en hulpmedewerkers als bezorgend personeel en administratieve krachten proberen sommige apothekers de problemen voor een deel op te vangen. Ondanks de hoge instroom vanaf de universiteit is er inmiddels ook een tekort aan (tweede) apothekers ontstaan. 250 openbare apotheken hadden in september 2000 een vacature voor een tweede apotheker.

Verwerkingsgraad

De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften in relatie tot het aantal apothekersassistenten (omgerekend naar fulltime basis), is een goede maatstaf om te beoordelen of het personeelsbestand zich verhoudt tot de

werkdruk in de apotheek. In 2000 is de gemiddelde verwerkingsgraad opgelopen tot 13.932 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Dit is 1,6% hoger dan in 1999. De oplopende verwerkingsgraad is een direct gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt. Bij de berekening van de verwerkingsgraad wordt uitgegaan van de verstrekte WTG- en Buiten-WTG-geneesmiddelen ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar. Medische hulpmiddelen zoals stoma- en incontinentiematerialen als ook pure handverkoopartikelen die ook vrij verkrijgbaar zijn in drogisterij of supermarkt worden niet meegeteld bij de vaststelling van de verwerkingsgraad.

Geen absolute norm

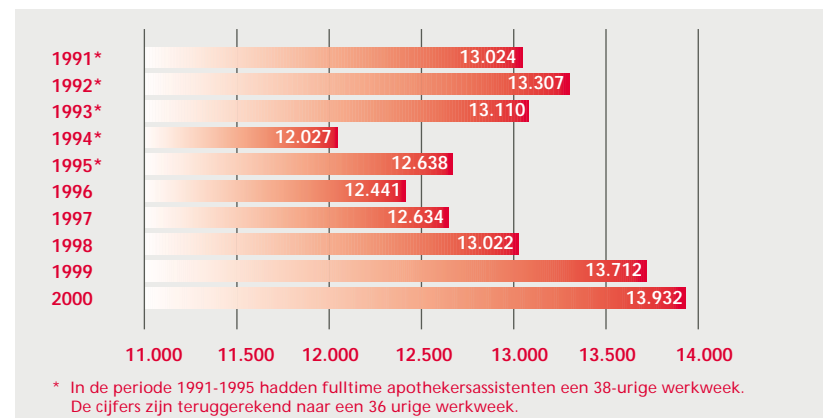
Hoewel de landelijke verwerkingsgraad een goed beeld geeft van de productiviteitsontwikkeling binnen de openbare apotheek, mag men dit cijfer niet klakkeloos als absolute norm hanteren bij de beoordeling van de situatie in de eigen apotheek. Van apotheek tot apotheek kunnen er grote verschillen optreden in het aantal verstrekkingen per assistent. Bij apotheken die in grote steden gevestigd zijn is de gemiddelde verwerkingsgraad met 13.570 voorschriften lager dan het landelijk gemiddelde. Plattelandsapotheken scoren daarentegen een hogere verwerkingsgraad: 14.322 voorschriften per fulltime apothekersassistent. De belangrijkste verklaring voor dit verschijnsel is het feit dat apotheken op het platteland te maken hebben met een beperktere groep voorschrijvers. De apothekers zijn daardoor beter in staat om afspraken te maken met de betrokken huisartsen omtrent het te voeren formularium en het vooraf doorgeven van recepten via fax of computer. Doordat de schaarste aan apothekersassistenten in de grote steden sterker voelbaar is, is het verschil met de verwerkingsgraad voor de plattelandssituatie minder groot dan in het verleden. In bepaalde verstedelijkte gebieden is het tekort zo nijpend dat de verwerkingsgraad daar inmiddels boven het landelijke gemiddelde ligt.

Andere factoren die van invloed zijn op de hoogte van de verwerkingsgraad zijn onder meer de wijze waarop de avond- en weekenddiensten zijn georganiseerd en de mate waarin er in apotheekbereidingen wordt voorzien. In toenemende mate gaan openbare apothekers onderling samenwerkingsverbanden aan ten aanzien van deze niet-rendabele onderdelen van de apotheekdienstverlening.

Begin jaren negentig gold voor apothekersassistenten een 38-urige werkweek. Medio 1996 is hun werkweek verkort tot 36 uur. Om historisch een goed perspectief op de ontwikkeling van de verwerkingsgraad te

hebben zijn de cijfers in de bijgaande grafiek genormaliseerd op een 36-urige werkweek. De grafiek maakt duidelijk dat de verwerkingsgraad het achterliggende decennium nog nooit zo hoog geweest is als nu.

4.07 Ontwikkeling verwerkingsgraad



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De tussentijdse schommelingen van de verwerkingsgraad zijn met name veroorzaakt door pakketingrepen van de overheid: het niet langer vergoeden van bepaalde geneesmiddelen, met als gevolg dat de vraag naar deze middelen daalt. Op dergelijke maatregelen kan de markt alleen met enige vertraging reageren. Het aanpassen van de personeelsbezetting is immers in de praktijk niet van het ene op het andere moment realiseerbaar.

Aanhoudende schaarste

De cijfers van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken geven aan dat het aantal werkzame apothekersassistenten het afgelopen jaar met 411 personen (3,4%) is toegenomen tot 12.600 assistenten. Doordat steeds meer apothekersassistenten de voorkeur geven aan een kortere werkweek is de effectieve toename van het aantal apothekersassistenten per apotheek echter beperkt gebleven tot een half procent. Omgerekend naar fulltime eenheden werken er in een openbare apotheek op dit moment gemiddeld 5,90 apothekersassistenten. Van alle apothekersassistenten werkt slechts 38,6% fulltime. Dit betreft overwegend jonge apothekersassistenten tot een leeftijd van 26 jaar. Vanaf 33 jaar gaat de voorkeur van veel apothekersassistenten uit naar een dienstverband van maximaal 3 dagen in de week. De gemiddelde werkweek bij apothekersassistenten bedraagt

27 uur. Het ziet er de eerstkomende jaren niet naar uit dat de instroom van apothekersassistenten toereikend zal zijn om te voldoen aan de huidige en toekomstige vraag naar apothekersassistenten. De beperkte toestroom tot de opleiding van apothekersassistent duidt eerder op een te verwachten toename van het tekort aan apothekersassistenten.

Apothekers

Nadat het aantal afstuderende apothekers was teruggefallen van 254 personen in 1998 tot 143 personen in 1999, is er in 2000 sprake geweest van een (tijdelijke) opleving. 192 personen legden het apothekersexamen met goed gevolg af. Hiervan kozen ongeveer 130 apothekers voor een functie binnen de openbare farmacie. Per saldo is de toename van het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar uitgekomen op 139 apothekers. Dit betekent dat er in 2000 niet sprake is geweest van een hoge uitstroom van apothekers, zoals in het daaraan voorafgaande jaar het geval was.

De belangstelling voor de studie farmacie loopt op dit moment sterk terug. In 2000 meldden zich slechts 198 eerstejaarsstudenten aan. In 1997 waren dit er nog 349. De daling houdt verband met het verruimen van de numerus fixus voor de studie geneeskunde. Veel scholieren die in het verleden werden uitgeloot voor de studie geneeskunde kozen als alternatief voor de studie farmacie.

Als gevolg van de beperkte netto instroom, kunnen vacatures voor de functie van tweede apotheker steeds moeilijker worden vervuld. Per openbare apotheek is er thans gemiddeld 0,63 tweede apotheker werkzaam. Ook de grotere apotheekketens kampen met problemen bij het zoeken van apothekers voor de apotheken die zij in eigendom hebben. Voor de Britse apotheekketen Boots was dit zelfs een van de redenen om hun activiteiten in ons land te staken. Uit een enquête die het afgelopen jaar is uitgevoerd door de Vereniging van Jonge Apothekers blijkt dat slechts 11% van de nieuwe generatie apothekers interesse heeft in een dienstverband bij een apotheekketen van een farmaceutische groothandel.

4.08 Kerncijfers uitgaven farmaceutische hulp per apotheek in 2000

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Totale uitgaven farmaceutische hulp	f 3.089.000	f 1.183.000	f 4.271.000
• waarvan GVS-bijdragen	f 19.000	f 8.000	f 27.000
Geneesmiddelenkosten	f 2.448.000	f 946.000	f 3.394.000
• WTG-geneesmiddelen	f 2.299.000	f 873.000	f 3.172.000
• Buiten-WTG-geneesmiddelen	f 149.000	f 73.000	f 222.000
Apotheekvergoeding	f 640.000	f 237.000	f 877.000
• Receptregelvergoeding	f 569.000	f 204.000	f 773.000
• Stimulansopbrengst	f 15.000	f 6.000	f 21.000
• Marge Buiten-WTG	f 56.000	f 27.000	f 83.000
Voorschriften	54.300	21.400	75.700
• WTG-geneesmiddelen	48.000	17.200	65.200
• Buiten-WTG-geneesmiddelen	6.300	4.200	10.500
Patiënten	5.800	3.200	9.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5 De geneesmiddelen uitgaven per persoon in 2000

Ziekenfondsverzekerde

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (f)	Uitgaven per persoon (f)
WTG	8,23	Materiaalkosten 47,91 Receptregelvergoeding 11,85 Stimulans 0,33 Totaal 60,08	494
Buiten-WTG	1,08	Materiaalkosten 23,66 Apotheekmarge 8,91 Totaal 32,57	35
Totaal	9,31		529

Particulier verzekerde

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (f)	Uitgaven per persoon (f)
WTG	5,38	Materiaalkosten 50,73 Receptregelvergoeding 11,85 Stimulans 0,33 Totaal 62,91	338
Buiten-WTG	1,32	Materiaalkosten 17,23 Apotheekmarge 6,30 Totaal 23,53	31
Totaal	6,70		369

Gemiddelde Nederlander

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (f)	Uitgaven per persoon (f)
WTG	7,22	Materiaalkosten 48,65 Receptregelvergoeding 11,85 Stimulans 0,33 Totaal 60,83	439
Buiten-WTG	1,17	Materiaalkosten 19,97 Apotheekmarge 7,76 Totaal 27,73	34
Totaal	8,39		473

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Colofon

Data en Feiten 2001 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, mei 2001.

Samenstelling

drs. J.L. Tinke
drs. A.M.G.F. Griens

Ontwerp

2D3D, Den Haag

Drukwerk

Zwaan offset, Wormerveer

Redactie-adres

Stichting Farmaceutische Kengetallen
Postbus 30460
2500 GL Den Haag
Telefoon 070 3737444
Fax 070 3737445
E-mail info@sfk.nl
Website www.sfk.nl

