



Stichting Farmaceutische Kengetallen

Data en feiten 2006

Data en feiten 2006

Stichting Farmaceutische Kengetallen

Data en feiten 2006

Inhoudsopgave

'Data en Feiten 2006' in vogelvlucht	7
Hoofdstuk 1	
Uitgaven aan farmaceutische hulp	11
1.1 4,6% meer uitgegeven	11
1.2 De geneesmiddelenkosten	14
1.3 Oorzaken structurele groei	15
1.4 Hardlopers	24
1.5 Marktaandelen productgroepen	32
1.6 Vergoeding apotheken	36
Hoofdstuk 2	
Kostenbeheersing	39
2.1 Wet Geneesmiddelenprijzen	39
2.2 Wet Tarieven Gezondheidszorg	39
2.2.1 Vrijgave inkoopvoordelen	40
2.2.2 Claw back	41
2.2.3 Akkoord op Hoofdlijnen	41
2.2.4 Maatregel De Geus	41
2.2.5 Convenant 2004	42
2.2.6 Verlenging convenant tot 2007	43
2.2.7 Afspraken voor de langere termijn	44
2.3 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel	46
Hoofdstuk 3	
Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief	48
Hoofdstuk 4	
De openbare apotheek in cijfers	51
4.1 Omzet openbare apotheek	53
4.2 Apotheekpraktijkkosten	55
Hoofdstuk 5	
De geneesmiddelenuitgaven per persoon in 2005	63

Stichting Farmaceutische Kengetallen

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) houdt zich sinds 1990 bezig met het verzamelen, monitoren en analyseren van gedetailleerde gegevens omtrent het geneesmiddelengebruik in Nederland. De SFK betreft haar informatie rechtstreeks van een panel met apotheken. Bij dit panel zijn op dit moment 1.615 van de 1.800 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.615 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 13,5 miljoen Nederlanders die jaarlijks 140 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 en de locatie van de apotheekvestiging.

Privacy

Bij het registreren van de geneesmiddelengebruiksgegevens gaat de SFK uiterst zorgvuldig om met de privacy van betrokkenen. Een privacyreglement waarborgt de privacy van de deelnemende apothekers. Ten aanzien van de voorschrijvende arts en de patiënt verzamelt de SFK alleen geanonimiseerde gegevens. De identiteit van de arts wordt aan het zicht van de SFK ontnomen door een versleutelcode die alle deelnemende apothekers afzonderlijk in hun apotheekinformatiesysteem invoeren. De gegevens van verschillende artsen en apothekers kunnen alleen gekoppeld worden als alle betrokken personen de SFK hiertoe schriftelijk machtigen. In steeds meer regio's ondersteunt de SFK samenwerkingsverbanden van apothekers en artsen waarbij onderling geneesmiddelengebruikscijfers worden uitgewisseld via een Data Warehouse dat via een voor buitenstaanders afgeschermd deel van de SFK-website kan worden geraadpleegd.

De identiteit van de patiënt blijft altijd voor de SFK verborgen, doordat de SFK 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 en in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 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 schriftelijke 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. Voor het monitoren van de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik en ter ondersteuning van praktijkprogramma's op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg en het FTO biedt de SFK, al dan niet tegen vergoeding, thematische rapportages aan die zijn toegesneden op de individuele apotheek dan wel op het specifieke FTO-overleg. Bij de samenstelling van deze maatwerkrapportages werkt de SFK onder meer samen met het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp) en DGV, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Gehanteerde definities

Onder de geneesmiddelenkosten verstaat de SFK de kosten tegen de apotheekvergoedingsprijs (WTG-geneesmiddelen) respectievelijk de kosten tegen apotheekinkoopprijs (Buiten-WTG-geneesmiddelen) zoals geregistreerd in de G-Standaard van Z-Index.

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%.

Lijst met gebruikte afkortingen

Bogin	Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland
BTW	Belasting Toegevoegde Waarde
CBB	College van Beroep voor het Bedrijfsleven
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/ZorgAutoriteit in oprichting
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DDD	Defined Daily Dose
FT(T)O	Farmaco Therapeutisch (Transmuraal) Overleg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
PMA	Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport
WINAp	Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

'Data en Feiten 2006' in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven 4,6% gestegen

Via de openbare apotheken is er in 2005 € 4.045 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 177 miljoen meer dan in 2004, ofwel een toename van 4,6%. Deze toename is voornamelijk terug te voeren op de middelen voor het maagdarmkanaal en metabolisme (+€ 52 miljoen). De uitgavengroei in deze groep komt voor de helft voor rekening van zelfzorgmiddelen die sinds 1 januari 2005 weer voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komen. Ook de gestegen uitgaven aan hart- en vaatmiddelen (+€ 32 miljoen) en oncolytica en immunomodulantia (+€ 32 miljoen) droegen bij aan de omzettoename in 2005.

Verwachting voor 2006

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2006 met 3,5% zullen stijgen tot € 4.185 miljoen. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen onder invloed van het convenant 2006-2007, alsmede de verlaging van de maximumprijzen naar aanleiding van prijsontwikkelingen in de landen om ons heen.

Oorzaken groei

Zonder ingrijpen door overheid of marktpartijen stijgen de geneesmiddelenuitgaven jaarlijks met 11%. 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 thuissituatie. Verder is de toename van het marktaandeel van openbare apotheken ten koste van het marktaandeel van apotheekhoudende huisartsen van invloed op de groei van de geneesmiddelenuitgaven bij openbare apotheken.

Convenant 2004

Om de ontwikkeling van de geneesmiddelenuitgaven te beheersen sloten het Ministerie van VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bogin op 13 februari 2004 een convenant. In dit convenant is onder meer afgesproken dat de consumentenprijzen van generieke receptgeneesmiddelen zullen dalen tot 40% onder het niveau van de lijstprijzen op 1 januari 2004. Doelstelling was om met de gemaakte afspraken € 622 miljoen (incl. BTW) te besparen op de geneesmiddelenuitgaven. De totale opbrengst van het convenant in 2004 is door de SFK becijferd

op € 591 miljoen (incl. BTW). Hoewel dit bedrag iets is achterbleven bij de verwachte besparingsdoelstelling, waren convenantpartijen niet ontevreden over het besparingsresultaat.

Convenant 2005 - 2007

In de loop van 2004 werd duidelijk dat bij ongewijzigd beleid niet de bezuinigingsdoelstelling van € 685 miljoen (incl. BTW) in 2005 zou worden gehaald. Dit vormde de aanleiding voor de toetreding van Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, als convenantpartij in 2005. Binnen het convenant 2005 is aanvullend afgesproken dat specialitéfabrikanten met ingang van 1 januari 2005 de prijzen verlagen van receptgeneesmiddelen waarvan vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar zijn, dan wel compenserende prijsverlagingen doorvoeren binnen het single source-segment. Dit op voorwaarde dat de overheid gedurende de looptijd van het convenant afziet van een aanscherping van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Mede onder invloed van de prijsverlagingen die voortvloeiden uit de aanpassing van de maximumprijzen is de bezuinigingsdoelstelling voor 2005 gehaald. De SFK heeft de besparingsopbrengst in 2005 berekend op € 730 miljoen (incl. BTW). Convenantpartijen zijn voor de jaren 2006 en 2007 verdere besparingsdoelstellingen overeengekomen van € 843 miljoen (incl. BTW) respectievelijk € 971 miljoen (incl. BTW).

Afspraken voor de langere termijn

Convenantpartijen zijn verder overeengekomen dat binnen de looptijd van het convenant 2006-2007 een kostendekkend tarief voor de apotheek zal worden ingevoerd. Hierbij wordt uitgegaan van een modulair tariefstelsel in aansluiting op het Basispakket Farmaceutische Zorg dat in het verleden is gedefinieerd door de KNMP en ZN. Het is de bedoeling dat apothekers en zorgverzekeraars vrij zijn om in aanvulling op het basispakket afspraken te maken over additionele (zorg)prestaties.

VWS, KNMP en ZN hebben binnen het kader van het convenant afgesproken dat de invoering van de nieuwe kostendekkende tariefstelselmatiek gelijktijdig plaats vindt met het vervallen of verrekenen van de door apotheken gerealiseerde bovenmatige inkoopvoordelen. Naar verwachting zal in de zomermaanden van 2006 onderzoek worden opgestart naar de praktijkkosten, de kosten die voortvloeien uit de specifieke uitoefening van het apotheekbedrijf en de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden.

Meer merkloze geneesmiddelen

De Nederlandse apothekers leveren steeds meer merkloze geneesmiddelen af. In 2005 werd in de helft van alle gevallen een generiek middel verstrekt. Het gesloten convenant met de inspanningsverplichting om zoveel mogelijk

gebruik te maken van goedkope generieke geneesmiddelen, heeft sterk bijgedragen aan de groei van het generieke segment. Het marktaandeel van de specialitémiddelen, uitdrukt in voorschriften, kwam het afgelopen jaar uit op 35%.

Lage geneesmiddelenconsumptie

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt er in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen uitgegeven. De Nederlander consumeerde in 2004 voor € 275 aan geneesmiddelen (inclusief handverkoop). Vanwege de bezuinigingen op het verzekerde geneesmiddelenpakket en de verlaging van de generieke geneesmiddelenprijzen in lijn met het convenant, is dit bedrag niet gestegen ten opzichte van 2003. In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 359), Duitsland (€ 394) en Frankrijk (€ 503), wordt gemiddeld 25 tot 45% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. Ten opzichte van Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land op een hoger niveau.

De gemiddelde apotheek

Nederland telde eind 2005 1.784 openbare apotheken. Deze apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van 91,9% van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts (doorgaans in plattelandsgebieden). De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 8.500 personen. In 2005 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 75.700 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.301.000. Vanwege de bezuinigingen op het verzekerde pakket, de lagere prijzen van generieke receptgeneesmiddelen en de sterke toename van het aantal openbare apotheken is de omzettoename in de gemiddelde apotheek beperkt gebleven tot 2%.

Arbeidsmarkt

Eind 2005 waren er 23.047 personen in ons land werkzaam in een openbare apotheek. Het afgelopen jaar steeg het aantal werkzame apothekersassistenten met 455 personen tot 15.096. In effectieve zin is de personele uitbreiding beperkt, omdat de meeste apothekersassistenten de voorkeur geven aan een parttime dienstverband. Slechts 27% van de apothekersassistenten werkt fulltime. Door het deels terugdraaien van de zelfzorgmaatregel op 1 januari 2005 loopt de groei van het geneesmiddelengebruik via de openbare apotheken gelijk aan de toename van het aantal werkzame apothekersassistenten. Het resultaat is dat de verwerkingsgraad, een indicator voor de werkdruk in de apotheek, in 2005 is gestabiliseerd.

Apothekers

Het afgelopen jaar studeerden 173 personen af als apotheker. Hiermee ligt het aantal afgestudeerden aanzienlijk lager dan in de jaren daarvoor. Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% voor de openbare farmacie. Per saldo is de toename van het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar uitgekomen op 55 apothekers. Er is veel belangstelling voor de studie farmacie. In 2005 zijn 443 studenten begonnen met een farmaceutische opleiding in Utrecht, Groningen of Leiden. Dit is het grootste aantal eerstejaars sinds medio jaren negentig. Met name vrouwen kiezen farmacie: 62% van de eerstejaars en 57% van alle ingeschreven studenten is vrouw.

1 Uitgaven aan farmaceutische hulp

1.1 4,6% meer uitgegeven

In 2005 is er via de Nederlandse openbare apotheken € 4.045 miljoen aan geneesmiddelen besteed. Dit is € 177 miljoen meer dan in 2004. In dat jaar lieten de geneesmiddelenuitgaven voor het eerst sinds jaren een daling zien. Deze uitgavendaling was toe te schrijven aan het verkleinen van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket en de verlaging van de prijzen van generieke geneesmiddelen in aansluiting op het convenant tussen het Ministerie van VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin). De voortzetting van het convenant in 2005 met Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, als nieuwe toetreders, heeft ertoe geleid dat de geneesmiddelenuitgaven het afgelopen jaar in beperkte mate zijn gestegen.

Spectaculair is de uitgaventoename bij de groep geneesmiddelen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme. In 2005 is hieraan € 620 miljoen besteed, € 52 miljoen meer dan in 2004. Deze toename maakt de uitgavendaling die zich in 2004 bij de maagmiddelen voordeed, voor een groot deel ongedaan. In dat jaar daalden de uitgaven aan maagmedicatie drastisch met € 87 miljoen. De sterke stijging in 2005 komt voor de helft voor rekening van zelfzorgmiddelen die sinds 1 januari 2005 weer voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komen. Het gaat hierbij om laxeremiddelen, calciumtabletten, motiliteitsbevorderende en motiliteitsremmende middelen, waaraan in totaal € 25 miljoen meer is uitgegeven dan in 2004. Daarnaast is € 19 miljoen meer besteed aan diabetesmedicatie, een stijging van 10% ten opzichte van een jaar eerder.

Andere geneesmiddelengroepen die een uitgaventoename kenden, zijn middelen voor het hart vaatstelsel (+€ 32 miljoen), oncolytica en immunomodulantia (+€ 32 miljoen), alsmede middelen gericht op het centrale zenuwstelsel (+€ 23 miljoen) en middelen voor het ademhalingsstelsel (+€ 22 miljoen).

Evenals de middelen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme lieten de middelen voor het hart vaatstelsel na een daling in 2004 het afgelopen jaar weer een uitgavenstijging zien. De omzet steeg van € 839 miljoen naar € 871 miljoen. Binnen de hart vaatmiddelen zorgde het toegenomen gebruik van geneesmiddelen die behoren tot de groep angiotensine-II-antagonisten voor een uitgavengroei van € 23 miljoen. Angiotensine-II-antagonisten worden ingezet bij de behandeling van hoge bloeddruk en hartfalen. Ook het stijgende gebruik van cholesterolverlagende geneesmiddelen heeft geleid tot hogere uitgaven. De cholesterolverlagers nemen met € 309 miljoen 35% van de omzet aan hart vaatmiddelen voor rekening.

Bij de oncolytica en immunomodulantia liepen de uitgaven op van € 235 miljoen in 2004 tot € 267 miljoen in 2005. De toename van € 32 miljoen is voor het grootste deel (41%) toe te schrijven aan het geneesmiddel imatinib (Glivec®; +€ 13 miljoen) dat wordt toegepast bij leukemie.

Bij de middelen voor het centrale zenuwstelsel leverden met name de antipsychotica (+€ 10 miljoen) en anti-epileptica (+€ 7 miljoen) een belangrijke bijdrage aan de uitgaventoename.

De omzetsijging bij de middelen voor het ademhalingsstelsel is vooral toe te schrijven aan het toenemend gebruik van sympathicomimetica voor inhalatie (+€ 18 miljoen), waartoe onder meer salmeterol met andere astma/COPD-middelen (Seretide®) en formoterol met andere astma/COPD-middelen (Symbicort®) behoren.

Behalve de hierboven vermelde uitgaven die uitsluitend betrekking hebben op geneesmiddelen die deel uitmaken van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket, leverden de openbare apotheken in 2005 voor € 221 miljoen aan niet-pakketgeneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet direct voor vergoeding via de zorgverzekeraar in aanmerking komen (maar mogelijk wel via een aanvullende polis). Een groot deel van de uitgaven aan niet-pakket middelen is toe te schrijven aan de anticonceptiva (€ 65 miljoen). Per 1 januari 2004 krijgen vrouwen van 21 jaar en ouder het gebruik van anticonceptiemiddelen zoals de pil en het spiraaltje niet meer automatisch vergoed.

Na de anticonceptiva staat de potentiepil sildenafil (Viagra®) met € 9 miljoen op de tweede plaats in de top van de lijst van geneesmiddelen die de patiënt zelf moet betalen. Op de derde positie staan de gonadotrofinen follitropine bèta (Puregon®) en follitropine alfa (Gonal F®) die worden gebruikt bij In Vitro Fertilisatie (IVF), met in totaal € 8 miljoen. Vrouwen die voor IVF kiezen, betalen sinds 2004 de eerste behandeling zelf. De tweede en de derde behandeling worden echter volledig vergoed. Vanaf 2007 worden de eerste drie IVF-behandelingen en de bijbehorende medicatie weer volledig vergoed via de zorgverzekering.

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 ziekenhuisverpleging. Per 1 januari 2002 is de behandeling van hemofiliepatiënten voorbehouden aan speciaal aangewezen

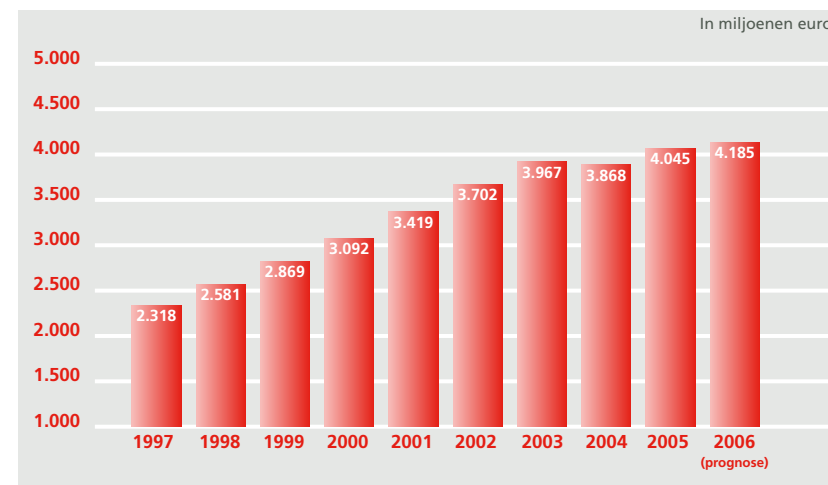
behandelcentra. De extramurale aanspraak op geneesmiddelen met bloedstollingsfactoren, een deelgroep binnen de haemostatica, is vervallen. In 2005 werd voor € 7 miljoen aan dergelijke middelen via de openbare apotheek verstrekt.

In 2005 namen de geneesmiddelenuitgaven in de particuliere sector toe met 7,3%. Ook in de ziekenfondssector stegen de uitgaven, hier met 3,5%. Volgens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) daalde het aantal ziekenfondsverzekerden licht met 0,3% van 10.157.000 verzekerden in 2004 tot 10.129.000 verzekerden in 2005. Het aantal particulier verzekerden (in de zin van niet-ziekenfonds) steeg juist van 6.068.000 in 2004 tot 6.192.000 in 2005, een toename van 2,0%.

Van de totale Nederlandse bevolking worden 15 miljoen personen (91,9%) bediend door de openbare apotheken. In kleine dorpen op het platteland is de bevolking aangewezen op de diensten van een apotheekhoudende huisarts.

Op basis van de huidige inzichten (situatie juni 2006) verwacht de SFK dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2006 met 3,5% zullen stijgen tot € 4.185 miljoen. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen onder invloed van het convenant 2006-2007, alsmede de verlaging van de maximumprijzen naar aanleiding van prijsontwikkelingen in de landen om ons heen.

1.01 Totale uitgaven aan farmaceutische hulp: openbare apotheken



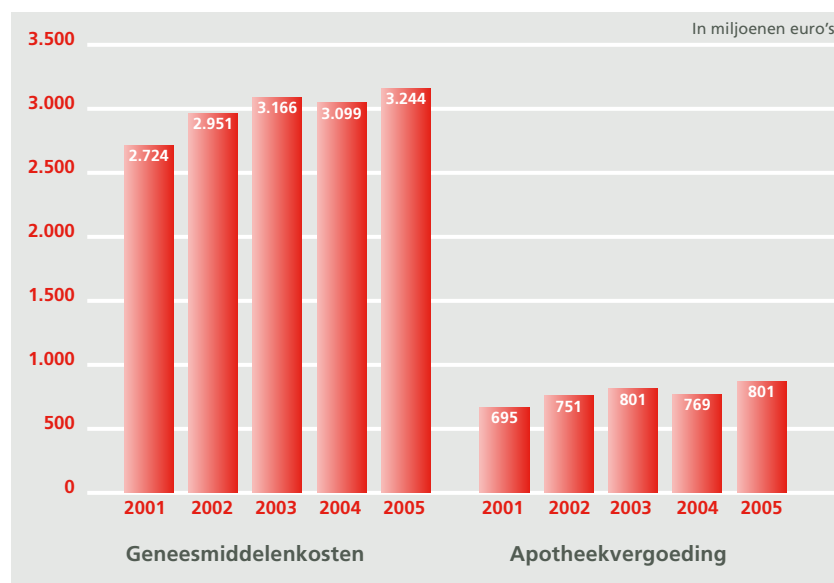
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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 ruim 80% veruit het grootste deel van de totale uitgaven aan farmaceutische hulp. In 2005 zijn de geneesmiddelenkosten met ongeveer € 145 miljoen gestegen tot € 3.244 miljoen, een toename van 4,7%. Gedurende de periode 1999-2005 is er sprake geweest van een toename van de geneesmiddelenkosten van in totaal 38%. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van 5,5%. De invoering van de claw back in 1998 en de ophoging hiervan in 1999 en 2000 (prijsverlagend effect 6%), evenals de verdere ophoging van de claw back in de laatste maanden van 2003 (maatregel De Geus) en de prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen in 2004 en 2005, hebben de groei van de geneesmiddelenkosten in deze periode afgeremd. Daarnaast leidden de overheveling van de griepvaccinatiecampagne van de apotheken naar de huisartsen in 1997, en het beperken van de vergoedingsaanspraken

op zelfzorggeneesmiddelen, middelen bij IVF en anticonceptiva in 2004 tot besparingen op het budget farmaceutische hulp. Zonder bovengenoemde maatregelen zouden de kosten jaarlijks met 11% zijn gestegen.

De apotheekvergoeding kwam in 2005 uit op € 801 miljoen. Dit is € 32 miljoen ofwel 4% meer dan in 2004. In 2004 daalde de apotheekvergoeding juist met 4%, met als belangrijkste oorzaak de uitdunning van het wettelijk verzekerde pakket. Hierdoor liep het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen en anticonceptiva via de apotheken sterk terug. De hoogte van de apotheekvergoeding in 2005 is weer gelijk aan het niveau in het jaar 2003. De belangrijkste component van de apotheekvergoeding is de receptregelvergoeding, de vaste vergoeding die een apotheek per verstrekt receptgeneesmiddel in rekening mag brengen. Per 1 januari 2005 bedroeg de receptregelvergoeding, die wordt vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg/ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio) € 6,10. Dit tarief is in 2006 niet gewijzigd.

1.3 Oorzaken structurele groei

De effecten van eventuele bezuinigingsmaatregelen en bijzondere omstandigheden (zoals het verlopen van het octrooi op de veel gebruikte geneesmiddelen omeprazol (2002), simvastatine (2003) en pravastatine (2004)) 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 thuisituatie;
- verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen;
- toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket;
- verandering van het voorschrijf- of slijkgedrag.

Groei van de Nederlandse bevolking

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking het afgelopen jaar met 0,3% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.258.000 in 2004 tot 16.306.000 op 1 januari 2005. Deze groei is de laagste van de afgelopen jaren en de trend lijkt door te zetten in 2006. Twee voornamelijk redenen voor de lage bevolkingsgroei zijn een sterke daling van het aantal geboorten en een forse terugloop van het aantal immigranten, terwijl de emigratie juist is gestegen. Volgens het CBS is de bevolkingsgroei sinds 1920 niet meer zo laag geweest als nu.

Vergrijzing van de Nederlandse bevolking

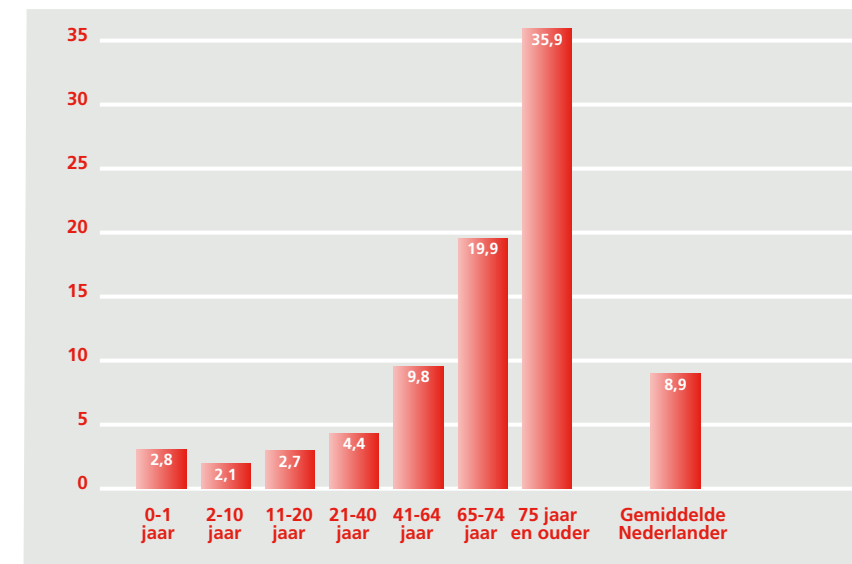
Op het ogenblik (2006) wonen er in Nederland 2.330.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 14% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in het jaar 2010 zijn toegenomen tot 2.500.000 personen (15%) en in 2020 tot 3.200.000 personen (19%). Onderzoek van de SFK wijst uit dat de vergrijzing ertoe leidt dat de totale geneesmiddelenuitgaven jaarlijks met € 26 miljoen, ofwel 0,6%, extra toenemen. Door de vergrijzing zal het medicijngebruik in Nederland de komende 15 jaar geleidelijk aan stijgen met 13%. Als de toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de bevolkingsgroei ook wordt meegerekend, dan bedraagt de structurele stijging door demografische ontwikkelingen 20%. Nederlanders van 65 jaar of ouder gebruiken driemaal zo veel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen van 75 jaar of ouder loopt het consumptiepatroon zelfs op tot bijna 4 keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Ook worden geneesmiddelen in deze leeftijdsgroep overwegend chronisch gebruikt: ruim vier van de vijf recepten die 65-plussers inleveren bij de apotheek betreffen een herhaling van een geneesmiddel dat zij eerder voorgeschreven hebben gekregen. De doorsnee 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar.

Het hogere geneesmiddelengebruik bij ouderen vertaalt zich in evenredig hogere geneesmiddelenuitgaven. Van de € 4 miljard die in 2005 is besteed aan geneesmiddelen via de openbare apotheken is € 1,6 miljard (40%) terug te voeren op personen van 65 jaar en ouder. Het meeste geld is besteed aan middelen tegen overtollig maagzuur, cholesterolverlagers en middelen bij astma/COPD. Op de eerste positie staat de cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor®) waarin in 2005 € 65 miljoen is uitgegeven door personen uit de desbetreffende leeftijdscategorie. Nummer twee is de maagzuurremming pantoprazol (Pantozol®) met € 45 miljoen. Op een gedeelte derde plaats staan salmeterol met andere astma/COPD-middelen (Seretide®) en omeprazol (Losec®) met ieder € 42 miljoen.

De vierde plaats wordt ingenomen door simvastatine (Zocor®) met € 13 miljoen.

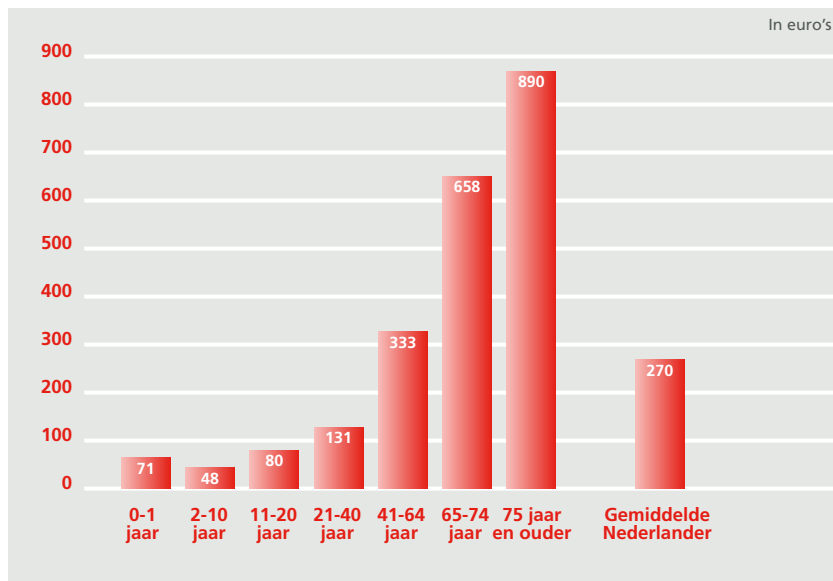
Het meest gebruikte geneesmiddel door ouderen in 2005 is metoprolol met 1,7 miljoen voorschriften. Dit middel wordt onder meer gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris. Op de tweede plaats staat de bloedplaatjesaggregatieremmer acetylsalicylzuur (1,6 miljoen voorschriften), gevolgd door het slaapmiddel temazepam (1,4 miljoen voorschriften). Op een gedeelte vierde positie staan de bloedplaatjesaggregatieremmer carbasalaatcalcium (Ascal®) en de plaspil furosemide (beide 1,3 miljoen voorschriften).

1.03 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2005 (in voorschriften)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

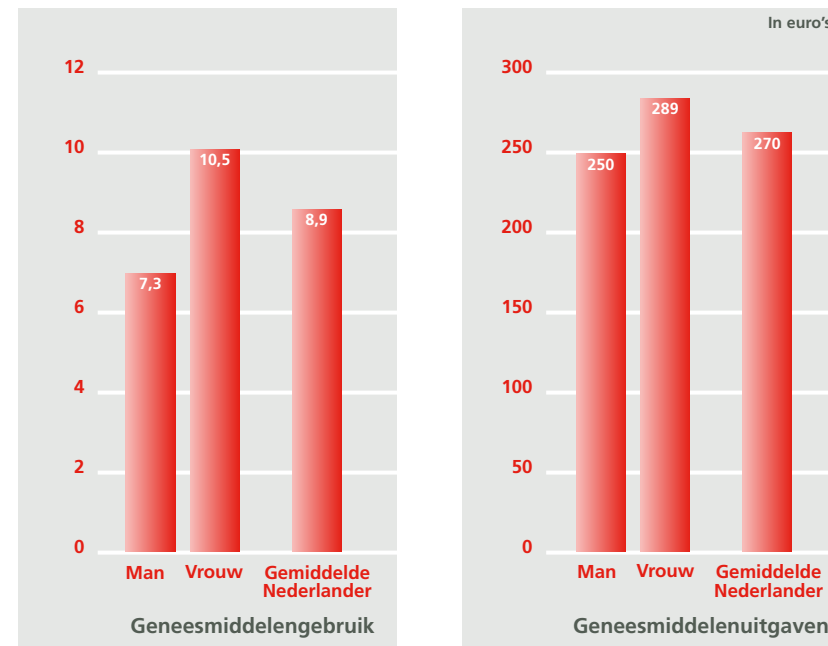
1.04 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2005



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Vrouwen kennen een hoger geneesmiddelengebruik dan mannen. In 2005 leverden de openbare apotheken 79 miljoen keer een middel aan een vrouw, tegen 54 miljoen keer aan een man. De geneesmiddelenconsumptie bij vrouwen is hiermee 1,5 keer zo hoog als bij mannen. In het verleden speelde het gebruik van anticonceptiva nog een beperkte rol in het hogere geneesmiddelengebruik door vrouwen. Vanaf 1 januari 2004 wordt 'de pil' voor vrouwen van 21 jaar en ouder echter niet meer automatisch vergoed (tenzij men zich hiervoor heeft bijverzekerd). Het gebruik van anticonceptiva speelt hiermee nauwelijks nog een rol bij de onderlinge vergelijking. Het feit dat de levensverwachting bij vrouwen hoger ligt, speelt wel een belangrijke rol. Voor alle leeftijdsgroepen – met uitzondering van de categorie 'jonge kinderen' – geldt dat vrouwen een hoger geneesmiddelengebruik kennen dan mannen. Het verschil in geneesmiddelengebruik tussen de seksen is voor 58% een vrouweneffect en 42% een leeftijdseffect. Gelet op de geneesmiddelenuitgaven, is het verschil tussen mannen en vrouwen minder groot. Vrouwen geven 1,2 keer zoveel geld uit aan geneesmiddelen dan mannen. Vrouwen gebruiken meer antidepressiva, ontstekingsremmers (NSAID's), slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen dan mannen, maar minder cholesterolverlagers.

1.05 Geneesmiddelengebruik (in voorschriften) en geneesmiddelenuitgaven naar geslacht in 2005



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

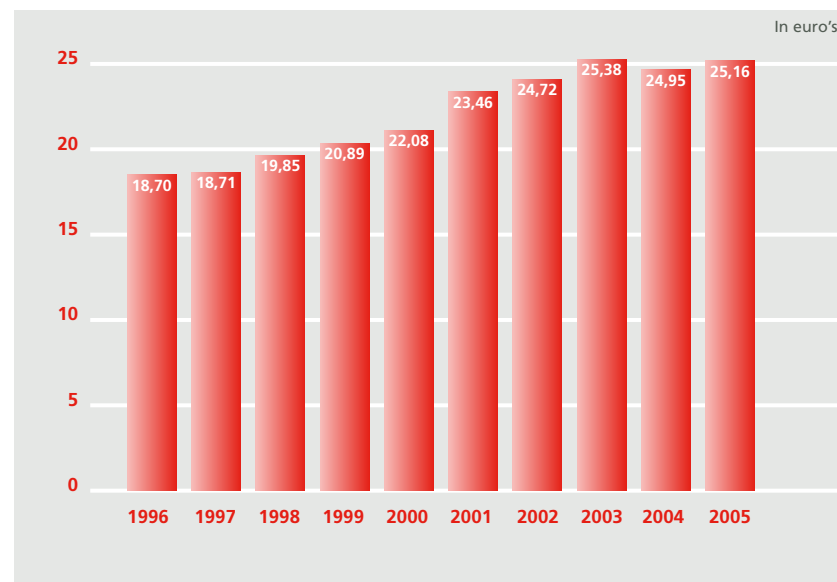
Verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie

De daling in het aantal verpleegdagen en de reductie van het aantal bedden in ziekenhuizen gedurende de afgelopen jaren toont hoe de gezondheidszorg steeds meer verschuift van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Zo is ondanks de gemiddelde bevolkingsgroei van 0,55% per jaar het totaal aantal verpleegdagen sinds 1990 met ongeveer een kwart gereduceerd. In 1990 had Nederland nog een ziekenhuiscapaciteit van 43 bedden op 10.000 inwoners. Inmiddels is dit teruggelopen tot 32 bedden per 10.000 inwoners. Op termijn zal deze capaciteit verder worden gereduceerd tot 25 bedden op 10.000 inwoners. 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 duurdere geneesmiddelen

Bij WTG-geneesmiddelen zijn de geneesmiddelenkosten per voorschrift gestegen van gemiddeld € 18,70 in 1996 tot € 25,16 in 2005. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse toename van 3,4%. In de periode tot 2004 namen de kosten per WTG-voorschrift toe met ongeveer 4,5% per jaar. In 2004 namen de kosten per WTG-voorschrift niet verder toe, maar daalden zelfs. Deze kostendaling was een direct gevolg van het convenant 2004 tussen VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bogin. Het afgelopen jaar zijn de kosten per WTG-voorschrift weer gestegen, maar slechts met 0,8%. Qua volume is het aantal verstrekte receptgeneesmiddelen in 2005 met 5,2% toegenomen ten opzichte van voorgaand jaar.

1.06 Geneesmiddelenkosten per WTG-voorschrift



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de invoering en ophoging van de claw back, het convenant 2004 en de verlenging hiervan tot 2007 (zie paragraaf 2.2.5 en 2.2.6), zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen de afgelopen 10 jaar gemiddeld met ruim 30% gedaald (zie grafiek 2.01). Als de desbetreffende maatregelen zouden zijn uitgebleven, zou er sprake zijn geweest van een verdubbeling van de gemiddelde kosten per verstrekt geneesmiddel in 10 jaar tijd.

De reguliere kostenstijging wordt voor een deel verklaard door het feit dat artsen per recept een steeds grotere hoeveelheid geneesmiddelen voorschrijven. In 2005 is de gemiddelde voorschrijfduur opgelopen van 45 naar 47 dagen (pilrecepten niet meegerekend). Ter illustratie: in 1991 werd slechts een gemiddelde voorraad van 38 dagen meegegeven (pilrecepten meegerekend). Deze ontwikkeling kan worden verklaard uit de toename van het chronisch gebruik van geneesmiddelen. 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. Alleen anticonceptiva vormen hierop een uitzondering. In oktober 2003 is bepaald dat per recept een hoeveelheid orale anticonceptiva mag worden verstrekt die toereikend is voor de periode van een heel jaar. Voorheen was dit beperkt tot een periode van een half jaar.

In het kader van de nieuwe zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit Zorgverzekeringen komt de beperking van de te vergoeden maximale hoeveelheden (de wettelijke prescriptieregeling) te vervallen. Het is dan aan zorgverzekeraars om hierover regels te stellen en afspraken te maken met apotheken. De prescriptieregeling is ooit uitgevoerd om verspilling van niet gebruikte geneesmiddelen tegen te gaan.

Het toenemende chronisch gebruik van geneesmiddelen blijkt ook uit de groeiende hoeveelheid herhalingsrecepten die apotheken verwerken. Veruit de meeste recepten die artsen uitschrijven betreffen een herhaling van een eerder recept. In 73% van de gevallen wordt een receptgeneesmiddel afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. In 2002 betrof nog 68% van de voorschriften een herhaling. Op jaarbasis gaat het om 90 miljoen herhalingsrecepten, ten opzichte van 33 miljoen eerste verstrekkingen van geneesmiddelen. Bij middelen als cholesterolverlagers, bètablokkers, antidepressiva en slaapmiddelen is het zelfs zo dat in ongeveer 90% van de gevallen hetzelfde geneesmiddel opnieuw door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt wordt meegegeven. Deze cijfers bevestigen het chronische karakter van veel geneesmiddelentherapieën. Er bestaat een sterk verband tussen chronisch geneesmiddelengebruik en de leeftijd van de patiënten. Gemiddeld wordt in de leeftijdscategorie tot 40 jaar de helft van alle geneesmiddelen chronisch gebruikt, terwijl dit bij 65-plussers oploopt tot 85%.

De belangrijkste verklaring voor de stijging van de kosten per voorgeschreven geneesmiddel is de verschuiving naar nieuwe, doorgaans duurdere, geneesmiddelen. Geneesmiddelen die drie jaar of korter op de markt zijn, leggen een sterke claim op het zorgbudget. Sinds 2001 leggen dergelijke recent ontwikkelde geneesmiddelen echter een mindere groot beslag op

het zorgbudget dan in voorgaande jaren. Eind jaren negentig namen de nieuwkomers nog 9 tot 10% van de totale geneesmiddelenkosten voor rekening. Sinds de millenniumwisseling daalde het kostenaandeel van de nieuwe geneesmiddelen tot even boven de 7%. Het afgelopen jaar is het kostenaandeel verder teruggelopen tot 4,5%. Deze daling houdt verband met het gegeven dat in de afgelopen jaren minder nieuwe geneesmiddelen beschikbaar zijn gekomen dan voorheen. In 2005 verstrekten de openbare apotheken voor ruim € 3 miljard aan receptgeneesmiddelen, waarvan € 141 miljoen betrekking heeft op geneesmiddelen die de voorgaande drie jaren geïntroduceerd zijn.

Het ontwikkelen van een geneesmiddel is een kostbare aangelegenheid. Nieuwe geneesmiddelen hebben daarom doorgaans een hoge kostprijs. De kostprijs van geneesmiddelen die vanaf 2002 zijn geïntroduceerd, is met gemiddeld € 76 per voorgeschreven middel drie keer zo hoog als de gemiddelde prijs voor de totale groep receptgeneesmiddelen (WTG). 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.

Over het algemeen schrijven medisch specialisten duurdere geneesmiddelen voor dan huisartsen. Een door een specialist voorgeschreven WTG-geneesmiddel kostte in 2005 gemiddeld € 52 (inclusief apotheekvergoeding).

Bij de huisartsen bedroegen de gemiddelde kosten € 27 per voorschrift. De hogere kosten per voorschrift bij specialistenreceptuur zijn deels terug te voeren op een verschil in hoeveelheid geneesmiddelen die per keer wordt voorgeschreven. Specialisten schrijven per keer gemiddeld 55 genormeerde dagdoseringen (DDD) voor, tegenover 47 genormeerde dagdoseringen per voorschrift bij de huisarts. Daarnaast blijken medisch specialisten vaker recent ontwikkelde geneesmiddelen voor te schrijven.

Nieuwe geneesmiddelen zijn doorgaans duurder dan bestaande geneesmiddelen en omdat er op deze geneesmiddelen nog een octrooi rust, zijn er ook geen goedkopere generieke varianten beschikbaar.

Van de receptgeneesmiddelen die specialisten voorschrijven is 7,3% vijf jaar of korter verkrijgbaar in ons land. Bij huisartsen blijft het aandeel van dergelijke recent geïntroduceerde geneesmiddelen beperkt tot 5,0%.

In totaal zijn in 2005 21 miljoen keer WTG-geneesmiddelen op voorschrift van een specialist verstrekt. Het verschil in kosten per voorschrift hangt ook samen met verschillen tussen de patiëntenpopulaties van huisartsen en specialisten.

Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket

Op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt de overheid haar beleid ten aanzien van het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. Geneesmiddelen die door het Ministerie van VWS op het betreffende moment als therapeutisch uniek worden beoordeeld, worden op de zogeheten 'Bijlage 1B' geplaatst. Hierbij gaat het vooral om nieuwe én vernieuwende geneesmiddelen die volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed. In 2005 zijn de kosten van geneesmiddelen die op 'Bijlage 1B' staan, gestegen met 8,5%. Een nieuw geneesmiddel dat het afgelopen jaar op 'Bijlage 1B' is geplaatst, is pregabaline (Lyrica®). De kosten van pregabaline, dat wordt gebruikt tegen epilepsie of bij perifere zenuwpijn, bedroegen € 6,3 miljoen.

In 2005 zijn twee geneesmiddelen van 'Bijlage 1B' afgehaald die in 2004 nog een behoorlijk kostenaandeel hadden. Dit betreft het middel etanercept (Enbrel®) dat wordt toegepast bij reuma, en mycofenolzuur (Cellcept®), een geneesmiddel ter voorkoming van afstoting van een getransplanteerde nier, hart of lever door het lichaam. Etanercept is van 'Bijlage 1B' gehaald na de introductie van het geneesmiddel adalimumab (Humira®) waardoor het middel niet meer als therapeutisch uniek werd beoordeeld. Voor Cellcept® geldt dat met de komst van Myfortic® in 2005 eveneens een therapeutisch gelijkwaardig alternatief is gekomen.

De grootste kostenstijger op 'Bijlage 1B' in 2005 is imatinib (Glivec®), dat wordt toegepast bij leukemie. De luchtwegverwijderer tiotropium (Spiriva®) staat op de tweede positie, gevolgd door de nieuwkomer pregabaline. Insuline glargine (Lantus®) en insuline aspart (Novomix®), twee middelen die worden gebruikt bij diabetes, kenden eveneens een duidelijke kostentoeename.

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%.

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 2005 bedraagt het marktaandeel van apotheken 91,9%. Volgens het NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, waren er op 1 januari 2005 581 apotheekhoudende huisartsen werkzaam in Nederland. Tien jaar eerder waren er nog 665 apotheekhoudende huisartsen en in 2001 waren dit er nog 636. Het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken aan het begin van 2005 bedroeg 484.

1.4 Hardlopers

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

		Aantal patiënten
1	Hart- en vaatmiddelen (cholesterolverlagende middelen en dergelijke)	€ 871 miljoen 2,5 miljoen
2	Maagmiddelen (maagzuurremmers en dergelijke)	€ 620 miljoen 2,0 miljoen
3	Middelen voor het centrale zenuwstelsel (antidepressiva, pijnstillers, slaapmiddelen en dergelijke)	€ 612 miljoen 2,2 miljoen
4	Middelen voor het ademhalingsstelsel (middelen bij astma, chronische longziekten en dergelijke)	€ 443 miljoen 1,6 miljoen
5	Overige middelen	€ 1.499 miljoen
	Totale uitgaven	€ 4.045 miljoen 8,1 miljoen

Het aantal patiënten dat in het laatste kwartaal van 2005 bij de openbare apotheek een middel heeft afgehaald dat gericht is op het hart vaatstelsel, bedroeg 2,5 miljoen. 2,2 miljoen Nederlanders kregen een middel dat aangrijpt op het centrale zenuwstelsel, zoals slaapmiddelen en antidepressiva. Uiteraard komt het voor dat patiënten geneesmiddelen uit verschillende geneesmiddelengroepen naast elkaar gebruiken. De aantallen gebruikers van de diverse geneesmiddelengroepen kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

In totaal hebben 8,1 miljoen Nederlanders in de laatste maanden van 2005 een of meer geneesmiddelen gekregen via een openbare apotheek. Dit komt overeen met 53% van de totale patiëntenpopulatie die door apotheken wordt bediend. Het grootste deel van de patiënten die in een jaar een geneesmiddel ontvangen via de apotheek, komt ieder kwartaal in de apotheek.

Verder gedetailleerd op stofniveau zijn de 10 geneesmiddelen met de grootste omzet in de openbare apotheken goed voor een uitgaventotaal van € 726 miljoen, 18% van de totale uitgaven in 2005. Voor een top 10 middel moet gemiddeld tweemaal 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 € 18,70 in 1996 tot € 25,16 in 2005 bepalen.

Cholesterolverlagers

In 2005 is er voor € 309 miljoen aan cholesterolverlagende middelen via de openbare apotheken verstrekt. Ten opzichte van vorig jaar is dit een toename van € 15 miljoen, ofwel 5%. De stijging van de uitgaven aan cholesterolverlagers is volledig terug te voeren op de toename in het gebruik van deze middelen. Het aantal gebruikers dat via de apotheek een cholesterolverlagend middel heeft ontvangen, is gestegen van 759.000 in 2003, tot 900.000 personen in 2004, tot 958.000 personen in het vierde kwartaal van 2005. Iemand die eenmaal een cholesterolverlager gebruikt, gaat hiermee doorgaans door gedurende de rest van het leven.

Van de 4,7 miljoen voorschriften voor cholesterolverlagende geneesmiddelen in 2005, betreft 94% de groep cholesterolsyntheseremmers (statines). Het aantal verstrekte statines is in de afgelopen vier jaar bijna verdubbeld van 2,7 miljoen tot 4,7 miljoen verstrekkingen. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 15%. In dezelfde periode zijn de uitgaven aan deze middelen opgelopen van € 244 miljoen tot € 292 miljoen. Dankzij de convenanten en het verlopen van de octrooien op het veelgebruikte simvastatine (2003) en op pravastatine (2004), is het gemiddelde prijsniveau voor de diverse statines fors gedaald. Hierdoor is de omzettoename in de periode 2001 tot en met 2005 beperkt gebleven tot gemiddeld 4,8% per jaar.

De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is atorvastatine (Lipitor®). De omzet van atorvastatine nam in 2005 toe van € 124 miljoen tot € 147 miljoen. Met deze omzet behoudt atorvastatine tevens de eerste positie in de top 10 geneesmiddelenuitgaven van 2005. De uitgavenstijging is volledig toe te schrijven aan een evenredige toename in het gebruik van het middel. Het aantal verstrekkingen steeg met 19% tot 1.545.000. De cholesterolverlager pravastatine (Selektine®) kende evenals in 2004 een omzetsdaling. In 2005 is € 18 miljoen minder aan pravastatine besteed, een afname van 29%. Deze daling heeft te maken met het vervallen van het octrooi op pravastatine in augustus 2004 en het op de markt komen van generieke varianten van het middel. Ook de uitgaven aan simvastatine (Zocor®) daalden van € 61 miljoen in 2004 tot € 56 miljoen in 2005, terwijl het middel 202.000 keer vaker is afgeleverd (+13%). In het vierde kwartaal

van 2005 bedroeg meer dan 90% van alle verstrekkingen van pravastatine en simvastatine een generieke variant.

Maagzuurremmers

In 2005 is € 272 miljoen aan maagzuurremmers via de openbare apotheken uitgegeven, € 7 miljoen meer dan in het jaar daarvoor. Van de totale omzet van € 272 miljoen is € 248 miljoen (90%) besteed aan geneesmiddelen uit de categorie protonpompremmers. Tot deze categorie behoren onder meer omeprazol, pantoprazol en esomeprazol. Sinds 1997 zijn de uitgaven aan protonpompremmers verdubbeld. Deze uitgavenstijging wordt veroorzaakt door het toenemend gebruik van de middelen. In het afgelopen jaar is het aantal recepten voor protonpompremmers fors gestegen tot 4,6 miljoen, een toename van 11%. Het aantal patiënten dat in het vierde kwartaal van 2005 een protonpompremmer heeft ontvangen, bedroeg 791.000 personen. Bovendien krijgen patiënten per recept steeds grotere hoeveelheden van deze middelen verstrekt.

Omeprazol (Losec®) blijft de meest gebruikte maagzuurremmer. Het middel, waarvan het octrooi in 2002 is verstreken, staat met € 89 miljoen op de derde plek in de top 10 van geneesmiddelen waaraan in Nederland het meeste geld is uitgegeven. Hoewel omeprazol met 2,2 miljoen verstrekkingen in 2005 10% vaker is voorgeschreven dan in 2004, hebben de prijsverlagingen in lijn met het convenant ervoor gezorgd dat de uitgaven 9% lager uitvielen. Het generieke marktaandeel (in voorschriften) van omeprazol was in het laatste kwartaal van 2005 90%.

De concurrerende patentgeneesmiddelen pantoprazol (Pantozol®) en esomeprazol (Nexium®) winnen de afgelopen jaren aan marktaandeel. Vooral het marktaandeel van pantoprazol is sterk gestegen. Binnen de categorie van de protonpompremmers bepaalt pantoprazol inmiddels 30% van alle recepten. De omzet van pantoprazol steeg in 2005 met 13% tot € 87 miljoen. Het middel staat hiermee op de vierde plaats in de top 10 geneesmiddelenuitgaven. De omzet van esomeprazol nam toe met 25% tot € 50 miljoen. Beide middelen staan eveneens in de top 10 geneesmiddelen met de grootste uitgavenstijging in 2005. Medisch specialisten geven vaker dan huisartsen de voorkeur aan pantoprazol en esomeprazol boven omeprazol. Van alle protonpompremmers kiezen huisartsen in de helft van de gevallen voor omeprazol. Bij de medisch specialisten blijft het aandeel van omeprazol beperkt tot 30%.

Antidepressiva

In 2005 gebruikten minder Nederlanders antidepressiva dan een jaar eerder. Dat is opvallend, want in de afgelopen zeven jaar is het antidepressivagebruik

in Nederland bijna verdubbeld. In de laatste maanden van 2005 verstrekten de openbare apotheken aan 746.000 personen een antidepressivum. In dezelfde periode in 2004 betrof dit 760.000 mensen. Het aantal voorschriften is marginaal gestegen met 0,4% en kwam uit op 5,5 miljoen. Hiermee behoren antidepressiva overigens nog steeds tot de meest voorschreven geneesmiddelen. Antidepressiva worden overwegend chronisch gebruikt: 9 van de 10 voorschriften betreffen een herhaling van een eerder recept. De uitgaven aan antidepressiva daalden van € 167 miljoen tot € 162 miljoen. Deze omzetsdaling hangt samen met de prijsverlagingen ten gevolge van het convenant 2005 en met de verlaging van de wettelijke maximumprijzen.

Paroxetine (Seroxat®) behoudt met 1,5 miljoen voorschriften de koppositie binnen de antidepressiva, maar is in 2005 122.000 keer minder afgeleverd dan in 2004. De omzet daalde eveneens en bedroeg het afgelopen jaar € 52 miljoen, € 6 miljoen minder dan in 2004. Het middel neemt hiermee de zevende positie in binnen de top 10 van geneesmiddelen waaraan het meeste geld wordt uitgegeven. Paroxetine wordt op afstand gevolgd door citalopram (Cipramil®; 684.000 voorschriften) en venlafaxine (Efexor®; 678.000 voorschriften). Het gebruik van de twee laatstgenoemde antidepressiva zit met een voorschriftenstijging van 10% ieder duidelijk in de lift. Met name medisch specialisten kiezen vaker voor venlafaxine en citalopram: van alle antidepressiva die zij voorschrijven, staan deze geneesmiddelen bovenaan.

Astma/COPD

De uitgavengroei bij de geneesmiddelen die worden toegepast bij astma en COPD vertoont al enkele jaren een sterke ontwikkeling. Aan het astma/COPD-middel Seretide® is in 2005 € 102 miljoen besteed, € 13 miljoen (+14%) meer dan in 2004. Dit middel is een combinatie van de luchtwegverwijder salmeterol en het lokaal werkende corticosteroid fluticason, die allebei al langer als afzonderlijk preparaat worden gebruikt. Seretide® staat op de tweede plaats in de top 10 geneesmiddelenuitgaven. Het middel is in 2005 ruim 1 miljoen keer verstrekt via de apotheken.

Ook het gebruik van het combinatiepreparaat Symbicort® blijft toenemen. Symbicort® betreft een samenvoeging van het luchtwegverwijdend middel formoterol (Oxis®) met de corticosteroïde budesonide (Pulmicort®). In 2005 is Symbicort® 475.000 keer afgeleverd via de openbare apotheken, ruim 100.000 keer vaker dan in 2004 (+27%). De totale omzet aan Symbicort® bedroeg € 42 miljoen, € 9 miljoen meer dan in het voorgaande jaar.

Tiotropium (Spiriva®) is een luchtwegverwijder die voorgeschreven wordt bij chronische obstructieve longziekten zoals chronische bronchitis en longemfyseem. Sinds het middel in het tweede kwartaal van 2002 op de markt is gekomen, zijn de uitgaven sterk gestegen. In 2004 nam de omzet van tiotropium met € 8 miljoen toe tot € 46 miljoen. Inmiddels staat tiotropium hiermee in de top 10 geneesmiddelen uitgaven van 2005. In het afgelopen jaar is het middel 540.000 keer verstrekt, 81.000 keer meer dan in 2004 (+18%).

Metoprolol meest verstrekte geneesmiddel

De selectieve bètablokker metoprolol (Lopresor®, Seloken®) is in 2005 het meest verstrekt via de openbare apotheken. Metoprolol, dat wordt gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris, is het afgelopen jaar bijna 3 miljoen keer afgeleverd, 629.000 keer meer dan in 2004. Deze voorschriftenstijging van 27% is de sterkste toename in heel 2005. De toename is toe te schrijven aan een advies van het Nederlands Huisartsen Genootschap om metoprolol te gebruiken bij aandoeningen die met een selectieve bètablokker moeten worden behandeld in plaats van atenolol. Ruim de helft van alle verstrekkingen van metoprolol is bestemd voor personen van 65 jaar of ouder. Het toegenomen gebruik heeft ook geleid tot een grote omzettoename. De uitgaven aan metoprolol zijn met 16% gestegen tot € 53 miljoen, waarmee het middel op de zesde plaats in de top 10 geneesmiddelen uitgaven staat.

Het kalmeringsmiddel oxazepam (Seresta®), dat in 2004 nog het meest gebruikte geneesmiddel was, zakt één plaats en staat in 2005 op de tweede plek. Oxazepam is het afgelopen jaar 2.860.000 keer afgeleverd via de Nederlandse apotheken, 1,8% minder dan in 2004. 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. Concurrent temazepam (Normison®) is 2.487.000 keer verstrekt in 2005 en staat op de derde plaats. Samen nemen oxazepam en temazepam de helft van alle verstrekkingen van benzodiazepines voor hun rekening.

Zelfzorg op recept

De top 10 van geneesmiddelen die de grootste groei in voorschriften laten zien, wordt in 2005 gedomineerd door de zelfzorggeneesmiddelen. In 2004 had de overheid besloten om zelfzorggeneesmiddelen die door artsen worden voorgeschreven niet langer te vergoeden. Dit leidde destijds tot een verschuiving naar receptplichtige alternatieven die wel vergoed werden. Per 1 januari 2005 heeft de minister de bezuinigingsmaatregel echter weer deels ongedaan gemaakt. Zelfzorggeneesmiddelen zoals laxantia, calciumtabletten, antihistaminica en motiliteitsremmende middelen worden vanaf die datum weer vergoed als er sprake is van langdurig

gebruik. Het terugdraaien van de maatregel heeft ertoe geleid dat deze voorschriften weer in beeld zijn gekomen als het gaat om de geneesmiddelen die via de zorgverzekeraar vergoed worden.

Het gebruik van vrij verkrijgbare laxantia zoals lactulosesiroop, psylliumzaad en bisacodyl, is fors gestegen, evenals zelfzorgmiddelen bij misselijkheid, diarree en hooikoorts. Dit is ten koste gegaan van de receptplichtige varianten, maar het gebruik van deze middelen is niet gedaald tot het niveau van 2003, vóór invoering van de zelfzorgmaatregel. Zo is het aantal verstrekkingen van het receptplichtige levocetirizine (Xyzal®), dat wordt gebruikt bij allergische reacties, met 10% afgenomen, maar door de sterke voorschriftengroei die dit middel in 2004 doormaakte, is het gebruik in 2005 nog steeds bijna het drievoudige ten opzichte van 2003. Het aantal voorschriften van de vrij verkrijgbare tegenhanger cetirizine (Zyrtec®), dat in 2004 77% minder werd afgeleverd, is toegenomen met 223.000. Hiermee zit het aantal verstrekkingen van dit middel op eenderde van het niveau van 2003. Ook in het gebruik van laxeermiddelen blijft de verschuiving naar receptmiddelen die zich in 2004 heeft voorgedaan, waarneembaar.

1.07 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2005

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Uitgaven (€)
1	C10AA05 Atorvastatine (1)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	147 miljoen
2	R03AK06 Salmeterol met andere astma/COPD-middelen (3)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	102 miljoen
3	A02BC01 Omeprazol (2)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	89 miljoen
4	A02BC02 Pantoprazol (4)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	87 miljoen
5	C10AA01 Simvastatine (6)	Zocor®	Cholesterolverlagend	56 miljoen
6	C07AB02 Metoprolol (8)	Lopresor®, Selokeen®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	53 miljoen
7	N06AB05 Paroxetine (7)	Serostat®	Bij depressie	52 miljoen
8	A02BC05 Esomeprazol (-)	Nexium®	Remt de maagzuurproductie	50 miljoen
9	R03BB04 Tiotropium (-)	Spiriva®	Bij aandoening luchtwegen	46 miljoen
10	C10AA03 Pravastatine (5)	Selektine®	Cholesterolverlagend	44 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.08 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2005

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename uitgaven (€)
1	C10AA05 Atorvastatine (2)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	24 miljoen
2	L10XX28 Imatinib (-)	Glivec®	Bij leukemie	13 miljoen
3	R03AK06 Salmeterol met andere astma/COPD-middelen (4)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	13 miljoen
4	A02BC02 Pantoprazol (3)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	10 miljoen
5	A02BC05 Esomeprazol (-)	Nexium®	Remt de maagzuurproductie	10 miljoen
6	C10AA07 Rosuvastatine (1)	Crestor®	Cholesterolverlagend	10 miljoen
7	R03AK07 Formoterol met andere astma/COPD-middelen (9)	Symbicort®	Bij aandoening luchtwegen	9 miljoen
8	A06AC01 Psylliumzaad (-)	Metamucil®, Volcolon®	Bij obstipatie	9 miljoen
9	R03BB04 Tiotropium (7)	Spiriva®	Bij aandoening luchtwegen	8 miljoen
10	C07AB02 Metoprolol (10)	Lopresor®, Selokeen®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	7 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.09 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2005

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Voorschriften
1	C07AB02 Metoprolol (3)	Lopresor®, Selokeen®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	2.984.000
2	N05BA04 Oxazepam (1)	Seresta®	Kalmeringsmiddel	2.860.000
3	N05CD07 Temazepam (2)	Normison®	Slaapmiddel	2.487.000
4	M01AB05 Diclofenac (5)	Voltaren®	Pijnbestrijding	2.307.000
5	B01AC06 Acetylsalicylzuur (4)	Aspirine®	Bloedplaatjesaggregatieremmer	2.294.000
6	A02BC01 Omeprazol (2)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	2.185.000
7	B01AC08 Carbasalaatcalcium (7)	Ascal®	Bloedplaatjesaggregatieremmer	1.893.000
8	C10AA01 Simvastatine (9)	Zocor®	Cholesterolverlagend	1.815.000
9	A10BA02 Metformine (-)	Glucophage®	Bij diabetes	1.693.000
10	H03AA01 Levothyroxine (-)	Thyrax®	Bij traagwerkende schildklier	1.577.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.10 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2005

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename voorschriften
1	C07AB02 Metoprolol (3)	Lopresor®, Selokeen®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	629.000
2	A06AD11 Lactulose (-)	Legendal®	Bij obstipatie	523.000
3	A06AC01 Psylliumzaad (-)	Metamucil®, Volcolon®	Bij obstipatie	488.000
4	A03FA03 Domperidon (-)	Motilium®	Bij misselijkheid	367.000
5	C10AA05 Atorvastatine (10)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	246.000
6	A07DA03 Loperamide (-)	Imodium®	Bij diarree	239.000
7	C03AA03 Hydrochloorthiazide (9)		Plasmiddel	239.000
8	R06AE07 Cetirizine (-)	Zyrtec®	Bij allergiën	223.000
9	A06AB02 Bisacodyl (-)	Dulcolax®	Bij obstipatie	208.000
10	C10AA01 Simvastatine (-)	Zocor®	Cholesterolverlagend	202.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

NB: naast de in tabel 1.07 t/m 1.10 genoemde merknamen zijn in voorkomende gevallen ook de merkloze varianten begrepen in de vermelde cijfers.

1.5 Marktaandelen 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 sinds een aantal jaren een forse opmars. In 2005 betrof de helft van alle verstrekkingen een generiek geneesmiddel. Waar het marktaandeel van deze groep in 1995 nog slechts 28% was, is dit inmiddels opgelopen tot 50%. In 2005 is 66 miljoen keer een generiek geneesmiddel op voorschrift afgeleverd via de openbare apotheek. Het convenant tussen het Ministerie van VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland, de Bogin en Nefarma, waarbij een inspanningsverplichting geldt om zoveel mogelijk gebruik te maken van goedkope generieke geneesmiddelen, heeft sterk bijgedragen aan de groei van het generieke segment. Wat betreft geneesmiddelenkosten is het generieke marktaandeel met 1% toegenomen tot 20% in 2005. De groei bij de merkloze geneesmiddelen gaat ten koste van de specialités. In 2005 zijn 47 miljoen specialités via de openbare

apotheek afgeleverd. Het marktaandeel van de merkgeneesmiddelen, uitdrukt in voorschriften, is hiermee teruggelopen van 38% tot 35%.

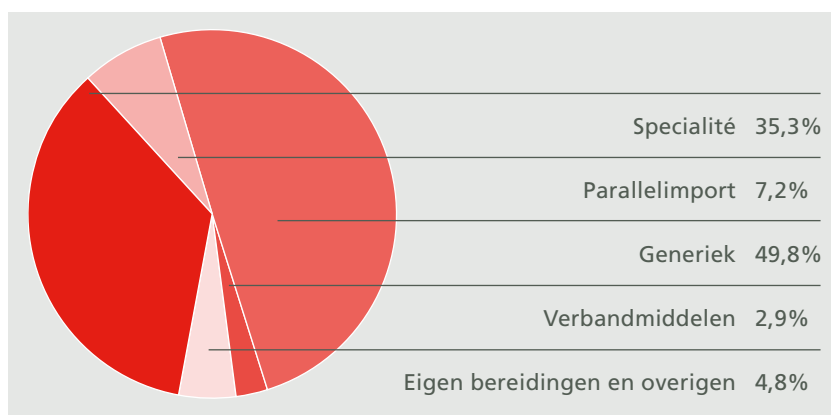
In 2005 leverden de apotheken 9,6 miljoen keer een parallelgeïmporteerd geneesmiddel af. Dit betreft een toename van 1,8% ten opzichte van het voorgaande jaar. Evenals in 2004 bedroeg het marktaandeel van de parallelgeïmporteerde geneesmiddelen 7%. Een aantal geneesmiddelen neemt een substantieel aandeel in op de parallelmarkt en vertoont een sterke groei in dit segment. Tot de parallelgeïmporteerde middelen die in 2005 de grootste voorschrifttoename lieten zien, behoren de pijnstillers ibuprofen (o.a. Advil®), de maagzuurremmers esomeprazol (Nexium®), de cholesterolverlagers atorvastatine (Lipitor®) en rosuvastatine (Crestor®), en calciumtabletten.

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. 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. Hierdoor werd parallelimport in bepaalde gevallen minder voordelig dan voorheen. Daarnaast speelt mee dat een aantal multinationale geneesmiddelenfabrikanten het aanbod van hun producten zodanig per land begon te quoteren, dat parallelimport moeilijker verkrijgbaar werd. Hiermee wilden de fabrikanten zoveel mogelijk omzetverliezen beperken.

Het aantal door openbare apotheken zelf bereide geneesmiddelen is sinds 2001 redelijk stabiel. In 2005 is het aantal eigen bereidingen licht toegenomen van 6,3 miljoen in 2004 tot 6,4 miljoen in 2005 (+0,4%). Eén op de twintig afgeleverde geneesmiddelen die vallen onder het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket betreft een apotheekbereiding. Tot de categorie 'eigen bereidingen en overigen' rekent de SFK bereidingen volgens een landelijk protocol van het WINAp (die in het algemeen een landelijk identificatienummer hebben) en de producten die niet met een landelijk identificatienummer geregistreerd staan in de G-Standaard van Z-Index. Onder de laatste categorie vallen ook apotheekbereidingen die volgens een eigen of lokaal protocol gemaakt worden. Tot de meest afgeleverde eigen bereidingen behoren basiscrèmes en -zalven die worden toegepast bij aambeien, jeuk, eczeem, of bij korsten op armen of benen. Aan deze crèmes kunnen desgewenst geneesmiddelen worden toegevoegd, zoals lidocaïne (met lokale anesthetische werking). Daarnaast wordt in de apotheek ook regelmatig natriumfluoride mondspoeling gefabriceerd, evenals zure druppels voor de uitwendige gehoorgang en oogdruppels en -zalven.

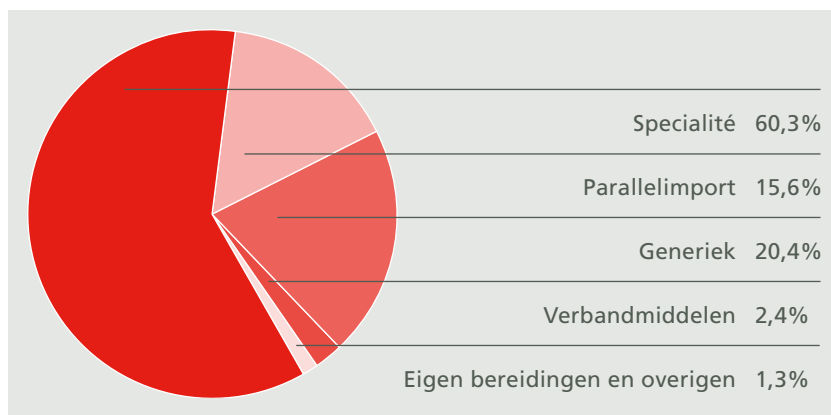
Behalve geneesmiddelen omvat het begrip 'farmaceutische hulp' ook de levering van verbandmiddelen. In 2005 gaat het hierbij om 3,9 miljoen verstrekkingen. Met ingang van 2006 vallen de verbandmiddelen niet langer onder de farmaceutische hulp, maar worden ze tot de medische hulpmiddelen gerekend.

1.11 Gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: voorschriften 2005



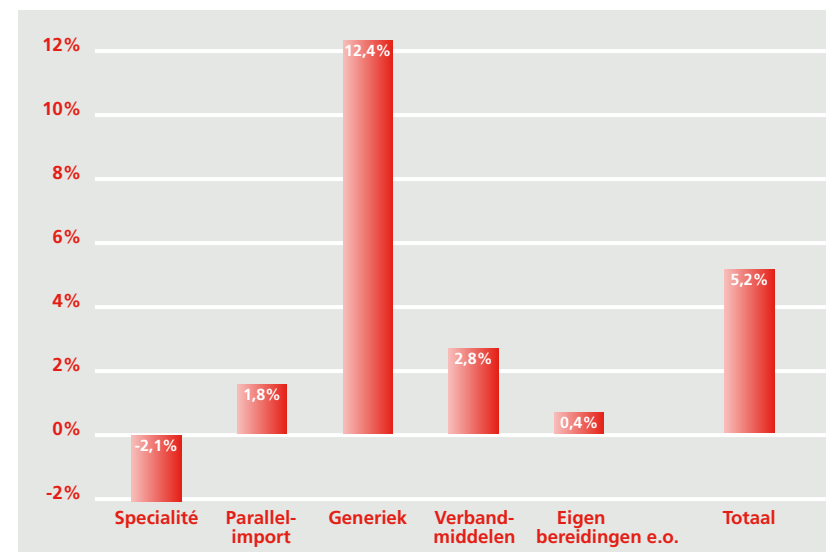
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.12 Gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2005



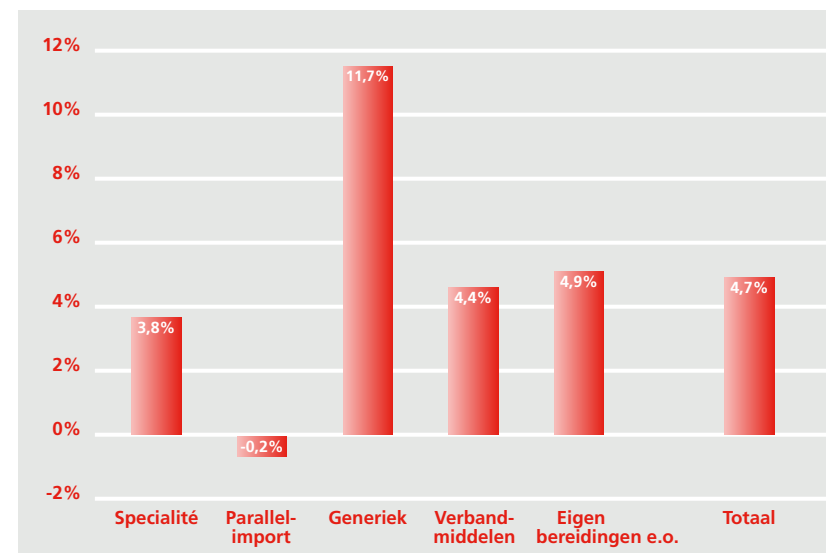
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.13 Ontwikkeling in het gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: voorschriften 2004-2005



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.14 Ontwikkeling in het gebruik van genees- en verbandmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2004-2005



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.6 Vergoeding apotheken

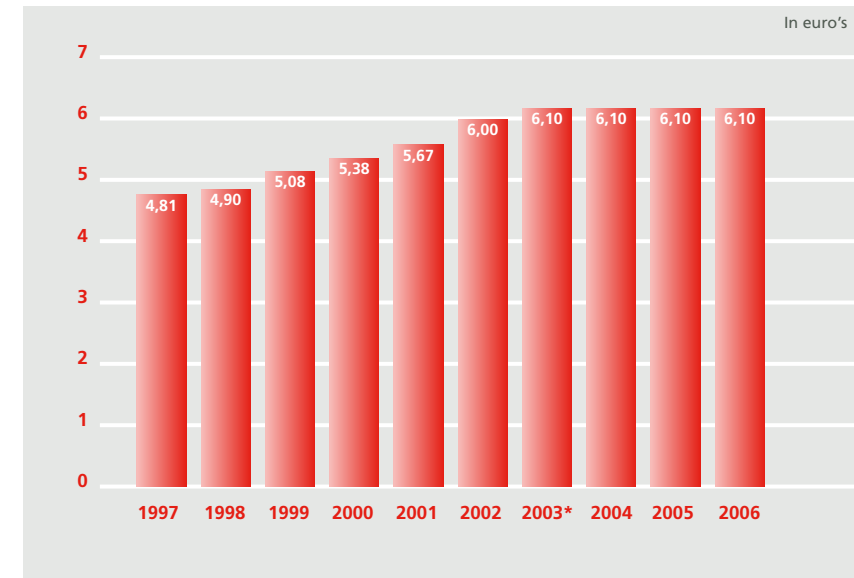
In 2005 hebben openbare apotheken voor € 801 miljoen aan vergoeding voor hun dienstverlening gerealiseerd. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding voor WTG-geneesmiddelen (€ 751 miljoen) en de apotheekmarge op genees- en verbandmiddelen die niet vallen onder de WTG (€ 50 miljoen). De receptregelvergoeding is verreweg de belangrijkste component van de apotheekvergoeding. In 2005 bedroeg de receptregelvergoeding € 6,10 per afgeleverd WTG-geneesmiddel.

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 artsenvoorschrift en niet gerelateerd is aan de prijs van het af te leveren geneesmiddel. WTG-geneesmiddelen zijn receptgeneesmiddelen die uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn en die een vaste vergoeding per voorschrift kennen. 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 sinds oktober 2003 een maximale afleverduur van één jaar. Voorheen was dit beperkt tot een periode van een half jaar. In het kader van de nieuwe zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit Zorgverzekeringen komt de wettelijke prescriptieregeling, die beperkingen stelt aan de te vergoeden maximale hoeveelheden geneesmiddel, te vervallen. Het is dan aan zorgverzekeraars om hierover afspraken te maken met apotheken.

Het tarief dat apotheken voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen per afgeleverd receptgeneesmiddel is op 1 januari 2005 gelijk gebleven aan het tarief van 2004: € 6,10. Op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) stelt het College Tarieven Gezondheidszorg/ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio) jaarlijks de beleidsregels voor de receptregelvergoeding vast. Bij de aanpassing van de receptregelvergoeding houdt het CTG/ZAio naast de inflatie en de loonkostenontwikkeling rekening met de ontwikkeling van het aantal voorschriften per apotheek (via aanpassing van de rekennorm). Ook in 2006 bedraagt de receptregelvergoeding € 6,10.

1.15 Apotheekvergoeding per WTG-voorschrift



* september – december 2003: € 6,30

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.16 Totaalcijfers farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2005

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Totale uitgaven farmaceutische hulp	€ 2.871 miljoen	€ 1.174 miljoen	€ 4.045 miljoen
waarvan GVS-bijdragen	€ 10 miljoen	€ 6 miljoen	€ 16 miljoen
Geneesmiddelenkosten	€ 2.292 miljoen	€ 952 miljoen	€ 3.244 miljoen
WTG-geneesmiddelen	€ 2.197 miljoen	€ 902 miljoen	€ 3.099 miljoen
Buiten-WTG-geneesmiddelen	€ 95 miljoen	€ 50 miljoen	€ 145 miljoen
Apotheekvergoeding	€ 579 miljoen	€ 222 miljoen	€ 801 miljoen
Receptregelvergoeding	€ 546 miljoen	€ 205 miljoen	€ 751 miljoen
Marge Buiten-WTG	€ 33 miljoen	€ 17 miljoen	€ 50 miljoen
Voorschriften	95 miljoen	38 miljoen	133 miljoen
WTG-geneesmiddelen	89 miljoen	34 miljoen	123 miljoen
Buiten-WTG-geneesmiddelen	6 miljoen	4 miljoen	10 miljoen
Patiënten	9,3 miljoen	5,7 miljoen	15 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2 Kostenbeheersing

De beheersing van de geneesmiddelenuitgaven vormt al vele jaren een centraal thema binnen het zorgbeleid van de overheid. De overheid richt zich hierbij vooral op de prijsstelling door geneesmiddelenleveranciers (paragraaf 2.1), de hoogte van de apotheekvergoeding (paragraaf 2.2) en de mate waarin de kosten van het geneesmiddelengebruik kunnen worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar (paragraaf 2.3). Onder druk van een actief prijsbeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen de afgelopen 10 jaar met meer dan 32% gedaald (zie figuur 2.01).

2.1 Wet Geneesmiddelenprijzen

In 1996 is de Wet Geneesmiddelenprijzen in ons land ingevoerd. Deze wet bepaalt dat de officiële lijstprijzen van geneesmiddelenleveranciers niet hoger mogen zijn dan de gemiddelde prijs van het betreffende geneesmiddel in de landen om ons heen: België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. Deze lijstprijzen hebben betrekking op het handelsverkeer tussen fabrikanten, importeurs, groothandels en apotheken. Als gevolg van de invoering van deze wet daalden de geneesmiddelenprijzen in ons land in 1996 met gemiddeld 15%. Tweemaal per jaar stelt het Ministerie van Volksgezondheid de wettelijke maximumprijzen bij op basis van actuele prijsgegevens in de ons omringende landen. Mede onder invloed van een sterkere euromunt en het prijsbeleid in de landen om ons heen zijn diverse maximumprijzen de afgelopen jaren verlaagd. Zo heeft de Britse overheid in 2004 voor de periode van 5 jaar een akkoord gesloten met de farmaceutische industrie aldaar. Het Britse akkoord voorziet in een daling van de geneesmiddelenprijzen met gemiddeld 7%. Dergelijke prijsverlagingen werken door in de hoogte van de maximumprijzen die door de Nederlandse overheid worden vastgesteld. Zo daalden de prijzen bij de bijstelling van de maximumprijzen in oktober 2003 met 2,5% en in oktober 2005 met 1,5%. Ook in 2006 zet deze trend zich voort. Onder invloed van lagere maximumprijzen daalde het prijspeil van geneesmiddelen per 1 april 2006 met gemiddeld 1%.

2.2 Wet Tarieven Gezondheidszorg

Op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) bepaalt de overheid welke tarieven een apotheek maximaal in rekening mag brengen bij de persoon die het middel gebruikt of de zorgverzekeraar bij wie de gebruiker in kwestie verzekerd is. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een receptregelvergoeding voor de geleverde dienstverlening door de apotheek en een (inkoop)vergoeding voor de door de apotheek geleverde receptgeneesmiddelen.

De receptregelvergoeding is een vast bedrag dat de apotheek in rekening mag brengen per verstrekt receptgeneesmiddel. Uitgangspunt bij de

bepaling van de hoogte van de receptregelvergoeding is een reële vergoeding van de apotheekpraktijkkosten en het door de overheid vastgestelde norminkomen voor de gevestigde apotheker (zie paragraaf 4.2). Voor het jaar 2006 heeft het College Tarieven Gezondheidszorg/ZorgAutoriteit in oprichting (CTG/ZAio) de receptregelvergoeding vastgesteld op € 6,10. Apotheekhoudende huisartsen hanteren deze receptregelvergoeding ook als passantentarief. Bij ingeschreven verzekerden (voorheen: ziekenfondsverzekerden) ontvangen apotheekhoudende huisartsen op kwartaalbasis een abonnementstarief per ingeschreven verzekerde ongeacht het aantal receptgeneesmiddelen dat de persoon in kwestie afhaalt. Per 1 januari 2006 is dit abonnementstarief vastgesteld op € 8,60 per kwartaal. Voor apotheekhoudende huisartsen die met de zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over de scheiding van zorg en handel gelden afwijkende tarieven (€ 8,00 per kwartaal bij personen jonger dan 65 jaar, € 29,40 per kwartaal bij personen van 65 jaar of ouder).

De inkoopvergoeding die een apotheek in rekening mag brengen voor verstrekte receptgeneesmiddelen is in beginsel gebaseerd op de lijstprijs die de betrokken geneesmiddelenleverancier (de fabrikant of de importeur) voor het betreffende product heeft vastgesteld. In de praktijk kunnen apotheken bij hun toeleveranciers korting bedingen op deze lijstprijzen. Deze inkoopvoordelen zijn de afgelopen jaren regelmatig onderwerp van discussie.

2.2.1 Vrijgave inkoopvoordelen

Tot 1 oktober 1991 gold als wettelijke regeling dat apotheken bij de levering van receptgeneesmiddelen de daadwerkelijk betaalde netto inkoopprijs vermeerderd met een marge van 4% van de corresponderende lijstprijs in rekening mochten brengen.

Op 1 oktober 1991 besloot de toenmalige staatssecretaris Simons van Volksgezondheid uit bezuinigingsoverwegingen de receptregelvergoeding te verlagen. In samenhang met deze maatregel werd het apotheken toegestaan om voor de geleverde receptgeneesmiddelen de lijstprijzen in rekening te brengen en dus alle bedongen inkoopvoordelen te behouden. Op deze wijze konden de apotheken de gemiste inkomsten vanwege de verlaging van de receptregelvergoeding compenseren.

Door de actievere handelsinstelling van apothekers en het verlopen van geneesmiddelenpatenten (hetgeen heeft geleid tot de komst van nieuwe aanbieders van de betreffende geneesmiddelen en dus meer concurrentie) zijn de door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen toegenomen. Anderzijds is de hoogte van de receptregelvergoeding achtergebleven bij de ontwikkeling van de apotheekpraktijkkosten. De inkoopvoordelen zijn

daarmee een onmisbaar element binnen de praktijkfinanciering van apotheken geworden.

De afgelopen jaren vormde de overschrijding van het macrobudget voor de geneesmiddelenuitgaven een terugkerend aandachtspunt voor de overheid. Door het afkomen van de door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen via de invoering van de claw back en het maken van landelijke prijsafspraken is de overheid er redelijk in geslaagd om de uitgaven te beperken tot de vastgestelde budgettaire kaders.

2.2.2 Claw back

In 1998 is de zogeheten claw back geïntroduceerd. Naar Engels voorbeeld voerde de toenmalige minister van Volksgezondheid mevrouw Borst een wettelijke regeling in waarbij apotheken werden verplicht een deel van de gerealiseerde inkoopvoordelen als prijsvoordeel door te berekenen aan de gebruiker respectievelijk de zorgverzekeraar. In 1998 betrof dit een effectief kortingspercentage van 2% op jaarbasis (de regeling werd halverwege het jaar ingevoerd). In 1999 werden apotheken verplicht om gebruikers en zorgverzekeraars effectief 3% korting te verlenen op de door de geneesmiddelenleveranciers afgegeven lijstprijzen.

2.2.3 Akkoord op Hoofdlijnen

Op 8 oktober 1999 sloot de minister van Volksgezondheid een akkoord met de KNMP voor de periode 2000-2002. Het akkoord voorzag in een geleidelijke verhoging van de receptregelvergoeding in samenhang met een bijstelling van de claw back van 3% tot effectief 6% (formeel werd de claw back verhoogd tot 6,82% tot een maximum van € 6,80 per verstrekt receptgeneesmiddel). Bij de vaststelling van de claw back werd uitgegaan van de uitkomsten van een onderzoek naar de omvang van door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen dat was verricht door het accountantskantoor PriceWaterhouseCoopers. Partijen onderschreven hierbij het uitgangspunt dat een handelsmarge van 4% als reële vergoeding wordt gezien voor de kosten en risico's die samenhangen met de bedrijfsvoering van een apotheek. Hiermee werd aangesloten bij de oorspronkelijke situatie waarbij 4% aan inkoopvoordelen ook wettelijk als reguliere handelsmarge werd aangemerkt (zie paragraaf 2.2.1).

2.2.4 Maatregel De Geus

Aanvankelijk was het de bedoeling dat na afloop van dit akkoord de zorgverzekeraars de volledige verantwoordelijkheid zouden dragen voor het beheersen van de geneesmiddelenuitgaven. De zorgverzekeraars oordeelden in de zomer van 2002 echter dat zij onvoldoende mogelijkheden hadden om de geneesmiddelenuitgaven te beperken tot de door de

overheid gestelde budgettaire kaders. Zij verzochten het Ministerie van Volksgezondheid om de regie op dit punt terug te nemen. Op 15 november 2002 kondigde de demissionair ad-interim minister van Volksgezondheid de heer De Geus een bijstelling van de claw backregeling aan met als doel een extra besparing van € 280 miljoen (incl. BTW) op de geneesmiddelenuitgaven te realiseren.

Namens de apothekers werd de regeling aangevochten door de KNMP. Na enkele juridische schermutselingen verleende het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) voorlopige goedkeuring aan invoering van de aangepaste claw backregeling per 1 september 2003 onder voorwaarde dat de overheid met een adequate vangnetregeling zou komen voor apotheken die door deze maatregel financieel gezien onevenredig benadeeld zouden worden. Mede vanwege het ontbreken van een goede vangnetregeling spande de KNMP in 2003 een bodemprocedure tegen de regeling aan. Op 18 december 2003 stelde het CBB de apothekers definitief in het gelijk en vernietigde de onderhavige tariefbeschikking. De rechter beoordeelde de door de overheid uitgewerkte vangnetregeling op diverse punten als ondeugdelijk. Mede onder invloed van deze uitspraak is er haast gemaakt met de invoering van de zogeheten WTG Express. In het kader van de WTG Express, die per 1 februari 2005 is ingevoerd, heeft het CTG/ZAio onder meer de bevoegdheid om voor individuele zorgverleners bindende tarieven vast te stellen.

2.2.5 Convenant 2004

Direct na de beslissing van het CBB startten het Ministerie van VWS, de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland overleg op om te komen tot een oplossing voor de ontstane impasse. In samenspraak met de Bogin, de bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland, mondde dit overleg uit in een convenant dat op 13 februari 2004 door betrokken partijen is gesloten.

De kernelementen binnen dit convenant zijn:

- De prijzen die consumenten en zorgverzekeraars moeten betalen voor generieke geneesmiddelen zullen dalen tot gemiddeld 40% onder het niveau van de lijstprijzen van de betrokken fabrikanten op 1 januari 2004;
- Apothekers en zorgverzekeraars spannen zich in om optimaal gebruik te maken van de beschikbaarheid van goedkopere (generieke) geneesmiddelen.

Convenantpartijen verwachtten met de binnen het convenant 2004 gemaakte afspraken € 622 miljoen (incl. BTW) te besparen op de

geneesmiddelenuitgaven in 2004. Bij het bepalen van de gerealiseerde besparing zou het niet terugvorderen van de verhoogde claw back die apotheken hebben moeten inleveren als gevolg van de tijdelijke invoering van de maatregel De Geus als besparingsopbrengst worden meegeteld (€ 88 miljoen (incl. BTW) bij openbare apotheken).

De SFK stelt vast dat de prijzen van generieke geneesmiddelen als gevolg van dit convenant in de loop van 2004 met gemiddeld 35% gedaald zijn. De totale opbrengst van het convenant in 2004 becijfert de SFK op € 591 miljoen (incl. BTW). Dit bedrag blijft iets achter bij de oorspronkelijke verwachtingen, omdat de prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen in 2004 met enige vertraging zijn doorgevoerd en het geneesmiddelengebruik in 2004 niet zo sterk is toegenomen als vooraf was voorzien. Daarnaast hebben apotheekhoudende huisartsen bij zorgverzekeraars de claw back teruggevorderd die zij onder de maatregel De Geus hebben ingeleverd. Indirect leidde het convenant 2004 ook tot prijsverlagingen bij specialité-geneesmiddelen. Zo verlaagde fabrikant Pfizer de prijs van de veelgebruikte calciumblokker amlodipine (Norvasc®) met 40%, toen in maart 2004 het patent op dit middel verliep.

2.2.6 Verlenging convenant tot 2007

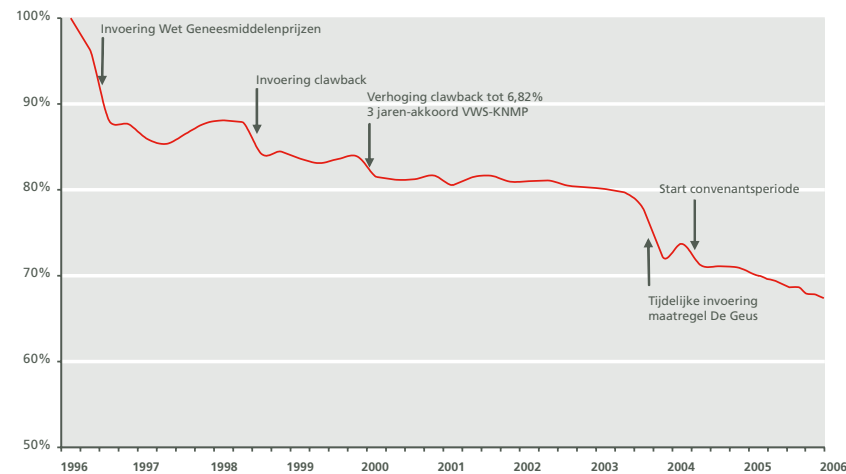
Ondanks het feit dat de aanvankelijke besparingsdoelstelling voor 2004 niet helemaal gehaald is, waren alle convenantpartijen eind 2004 toch redelijk tevreden over de besparingen die het convenant had opgeleverd. Anderzijds werd in de loop van 2004 duidelijk dat minister Hoogervorst van Volksgezondheid bij ongewijzigd beleid niet de gestelde bezuinigingsdoelstelling van € 685 miljoen (incl. BTW) voor 2005 zou halen. In 2005 zou het wisselgeld van de maatregel De Geus (zie paragraaf 2.2.5) namelijk niet nog eens kunnen worden meegeteld als besparingsopbrengst. Dit vormde de aanleiding voor de toetreding van Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, als convenantpartij in 2005. In aanvulling op de bepalingen in het convenant 2004 is toen afgesproken dat specialitéfabrikanten per 1 januari 2005 de prijzen verlagen van receptgeneesmiddelen waarvan op 'stof- en toedieningsniveau' vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar zijn, dan wel dat de specialitéfabrikanten compenserende prijsverlagingen doorvoeren binnen het single source-segment (geneesmiddelen waarvan geen generieke alternatieven beschikbaar zijn).

Aan deze toezegging heeft Nefarma wel de voorwaarde verbonden dat de overheid gedurende de looptijd van het convenant afziet van een aanscherping van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS, zie paragraaf 2.3). Mede onder invloed van de prijsverlagingen die voortvloeiden uit de aanscherping van de maximumprijzen (zie paragraaf 2.1)

is de bezuinigingsdoelstelling voor 2005 gehaald. De SFK berekent de besparingsopbrengst in 2005 op € 730 miljoen (incl. BTW). Hiervan komt € 196 miljoen (incl. BTW) op het conto van de claw backregeling en vloeit € 534 miljoen (incl. BTW) voort uit prijsverlagingen die sinds 1 januari 2004 zijn doorgevoerd.

Op 13 december 2005 zijn convenantpartijen andermaal overeengekomen om landelijke afspraken te maken over de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in de jaren 2006 en 2007. Voor 2006 is de besparingsdoelstelling vastgesteld op € 843 miljoen (incl. BTW) en voor 2007 op € 971 miljoen (incl. BTW). Bij de besparingsdoelstellingen is rekening gehouden met de autonome groei van het geneesmiddelengebruik en het verlopen van geneesmiddelenpatenten waardoor meer geneesmiddelen onder het multi source-prijsregime komen te vallen. Daarnaast gaat het convenant 2006-2007 ervan uit dat er in 2006 € 78 miljoen (incl. BTW) en in 2007 € 156 miljoen (incl. BTW) extra bespaard wordt door verdere prijsverlagingen.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2.7 Afspraken voor de langere termijn

Convenantpartijen zijn verder overeengekomen dat binnen de looptijd van het convenant 2006-2007 een kostendekkend tarief voor de apotheek zal worden ingevoerd. Naast het feit dat de nieuwe vergoedingssystematiek moet resulteren in een betere dekking van de apotheekpraktijkkosten, wordt er gestreefd naar een systematiek die meer recht doet aan de functie

van apotheker als zorgverlener en die dit stimuleert. Hiertoe gaan de gedachten uit naar een modulair tariefsysteem in aansluiting op het Basispakket Farmaceutische Zorg dat reeds in 2001 is gedefinieerd door KNMP en ZN.

Het Basispakket omvat de minimale dienstverlening die een zorgverzekeraar voor de aangesloten verzekerden bij de apotheek contracteert. Dit betreft:

- het klaarmaken en afleveren van een geneesmiddel in de juiste soort, sterkte en toedieningsvorm;
- het bewaken van de juistheid van de medicatie in combinatie met eventuele aandoeningen en het gebruik van andere geneesmiddelen;
- het geven van voorlichting en begeleiding bij het gebruik van het afgeleverde geneesmiddel.

De beschikbaarheid van magistrale bereidingen en het verzorgen van avond-, nacht- en weekeinddiensten worden ook tot het Basispakket gerekend. Mogelijk wordt hiervoor een aparte vergoeding vastgesteld. Daarnaast wordt overwogen om bij de honorering van de dienstverlening door de apotheek onderscheid te maken tussen gestructureerde eerste uitgaven van geneesmiddelen en vervolgutgaven.

Het is de bedoeling dat apothekers en zorgverzekeraars vrij zijn om in aanvulling op het Basispakket Farmaceutische Zorg afspraken te maken over additionele (zorg)prestaties. Deze aanvullende afspraken worden aangeduid als plusmodules.

Hierbij wordt onder meer gedacht aan:

- het screenen van patiëntengroepen inclusief het plegen van interventies en overleg hierover met betrokken patiënten en artsen;
- het uitvoeren van projecten rond farmaceutische patiëntenzorg resulterend in aantoonbare doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering;
- deelname aan FTO of FTTO leidend tot toetsbare afspraken over de doelmatigheid van voorschrijven en afleveren.

Ook zou het mogelijk moeten zijn om een farmaceutisch consult van de apotheker apart te kunnen honoreren.

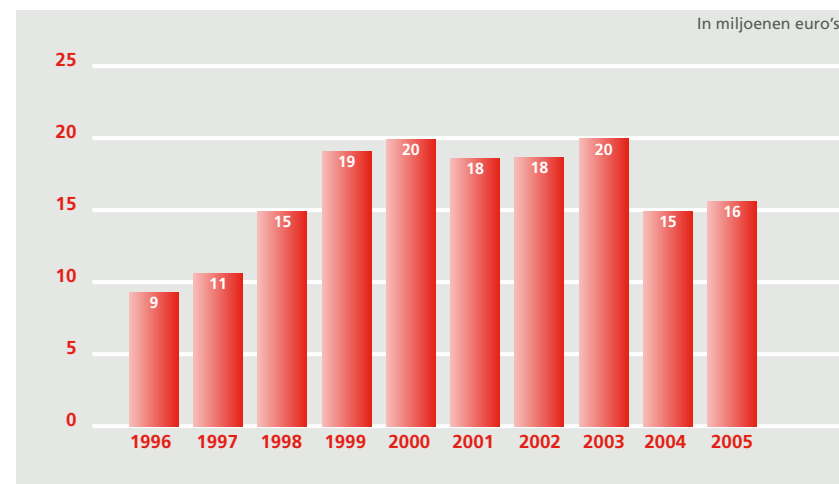
VWS, KNMP en ZN hebben binnen het kader van het convenant afgesproken dat de invoering van de nieuwe kostendekkende tariefsystematiek gelijktijdig plaats vindt met het vervallen of verrekenen van de door apotheken gerealiseerde bovenmatige inkoopvoordelen. Bij de bepaling van een eventuele bovenmatigheid van inkoopvoordelen wordt rekening gehouden met de inkoopvoordelen die reeds verdisconteerd zijn in de vergoedingsprijzen van geneesmiddelen en het feit dat apotheekhoudenden kosten en risico's die voortvloeien uit de uitoefening van het apotheekbedrijf financieren uit de inkoopvoordelen.

In voorbereiding op de invoering van de nieuwe vergoedingssystematiek heeft het CTG/ZAio de opdracht gekregen om een onderzoek te laten plaatsvinden naar de praktijkkosten, de kosten die voortvloeien uit de specifieke uitoefening van het apothekbedrijf en de inkoopvoordelen die apothekhoudenden realiseren. Naar verwachting zal dit onderzoek in de zomermaanden van 2006 worden opgestart. Er wordt gestreefd naar invoering van de nieuwe vergoedingssystematiek in de loop van 2007.

2.3 Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Van de geneesmiddelen die door openbare apotheken worden verstrekt komt maar een zeer beperkt deel voor rekening van de patiënt zelf. Van de door de SFK geregistreerde geneesmiddelenuitgaven via de openbare apothek betaalde de Nederlandse patiënt in 2005 gemiddeld 5,5% uit eigen zak. Naast een bedrag van € 221 miljoen voor (genees)middelen die in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen (waarvan € 65 miljoen voor anticonceptiva), is er in 2005 € 16 miljoen bijbetaald in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Ongeveer de helft van de GVS-bijdragen is terug te voeren op twee middelen: tolterodine (Detrusitol[®], € 3,7 miljoen), een middel dat wordt gebruikt bij mensen die hun plas niet kunnen ophouden, en methyلفenidaat (Ritalin[®], € 3,7 miljoen) dat onder meer wordt gebruikt bij de behandeling van overactieve kinderen.

2.02 Totale GVS-bijdrage via openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het GVS is op 1 juli 1991 ingevoerd. Het GVS houdt in dat het Ministerie van VWS bepaalt of en in welke mate een geneesmiddel wordt vergoed. Geneesmiddelen die door het Ministerie als onderling vervangbaar worden beschouwd, worden geclusterd. Per cluster is een vergoedingslimiet vastgesteld. Als de patiënt een geneesmiddel gebruikt waarvan de prijs hoger is dan de vergoedingslimiet in kwestie, dan komt het prijsverschil voor rekening van de patiënt zelf. Het Ministerie van VWS heeft de diverse vergoedingslimieten voor het laatst bijgesteld in februari 1999 op basis van de toen geldende prijzen.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft in april 2004 geadviseerd de vergoedingslimieten bij te stellen op grond van de actuele geneesmiddelenprijzen, zodat de prijsverlagingen die voortvloeien uit het geneesmiddelenconvenant (zie paragraaf 2.2.5) doorwerken in nieuwe (lagere) vergoedingslimieten. Dit zou volgens het CVZ leiden tot een extra besparing van € 170 miljoen (incl. BTW). Tevens heeft het CVZ voorgesteld om de beschikbaarheid van goedkopere merkloze geneesmiddelen zwaarder te laten meewegen bij de vaststelling van de vergoedingslimieten. Het CVZ adviseert op langere termijn de vergoedingslimieten normatief met 40% te verlagen op het moment dat het patent op een geneesmiddel verstrijkt en zich een tweede aanbieder van dit middel aandient. In samenhang met het convenant voor het jaar 2005 en de daaropvolgende jaren (zie paragraaf 2.2.6) heeft minister Hoogervorst dit advies niet overgenomen. In plaats daarvan heeft de minister van Volksgezondheid het CVZ verzocht onderzoek te verrichten naar de uitvoeringsproblemen die met een dergelijke aanpassing van het GVS zijn gemoeid. In november 2005 heeft het CVZ zijn bevindingen in deze gerapporteerd. Het CVZ vreest dat een aanscherping van het GVS leidt tot een forse toename van het aantal bijbetalingen. Ter beperking van het aantal bijbetalingen stelt het CVZ voor om de berekeningssystematiek van de vergoedingslimieten niet aan te passen, maar de limieten wel opnieuw vast te stellen op grond van de lagere, actuele geneesmiddelenprijzen.

3 Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief

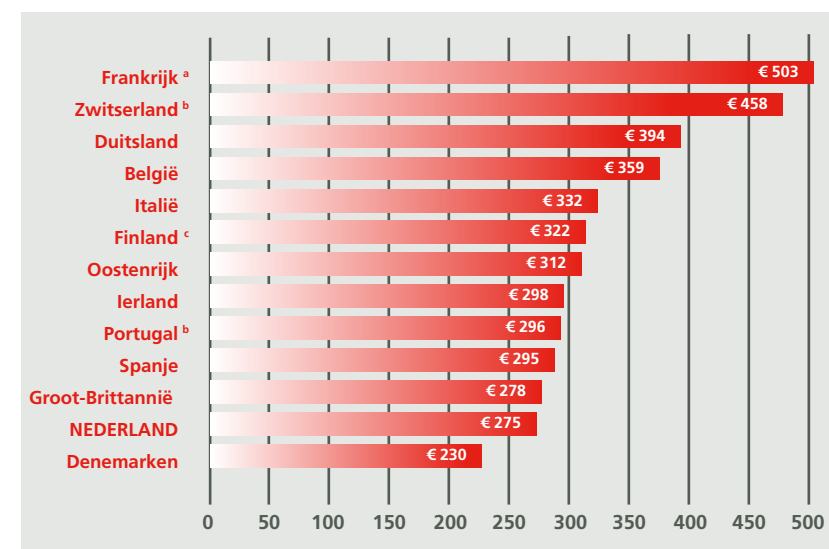
In Nederland zijn de geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking lager dan in veel andere West-Europese landen. Dit is sinds jaren een vertrouwd beeld. In 2004 besteedde de Nederlander gemiddeld € 275 aan geneesmiddelen in de openbare apotheek of bij de apotheekhoudende huisarts. Dit bedrag omvat tevens de (zelfzorg)geneesmiddelen die niet worden vergoed door de zorgverzekeraar (gemiddeld € 16 per persoon). Ten opzichte van 2003 zijn de uitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland gelijk gebleven. Doorgaans stijgen de geneesmiddelenuitgaven jaarlijks door autonome factoren zoals de vergrijzing, de verschuiving van de zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie en het beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen (zie hoofdstuk 1). De stagnering in de uitgaven is enerzijds toe te schrijven aan de bezuinigingen op het verzekerde geneesmiddelenpakket in 2004, waardoor minder zelfzorggeneesmiddelen en anticonceptiva zijn verstrekt via de apotheken. Daarnaast is de verlaging van de prijzen van generieke receptgeneesmiddelen in lijn met het convenant een belangrijke verklaring.

In de landen om Nederland heen wordt 25 tot 45% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. In België is in 2004 gemiddeld € 359 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 394 en in Frankrijk € 503. In vergelijking met Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land 20% hoger.

De verschillen in geneesmiddelenconsumptie zijn voor een beperkt deel terug te voeren op de mate van vergrijzing van de bevolking in de diverse landen. In Nederland is 13,8% van de bevolking 65 jaar en ouder. In België en Duitsland ligt het aandeel 65-plussers met 17% respectievelijk 18% een stuk hoger. In Frankrijk is 16% van de totale bevolking 65 jaar of ouder. Het gemiddelde voor de Europese Unie bedraagt 16,8% (EU-15, stand 2003).

Als men de uitgaven aan farmaceutische hulp relateert aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland wederom een bescheiden positie in temidden van de West-Europese landen. In 2004 had 10% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland betrekking op uitgaven aan farmaceutische hulp. Nederland bevindt zich hiermee in de Europese staartgroep. In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat het aandeel van de uitgaven farmaceutische hulp groter is naarmate het land zuidelijker ligt.

3.01 Geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2004



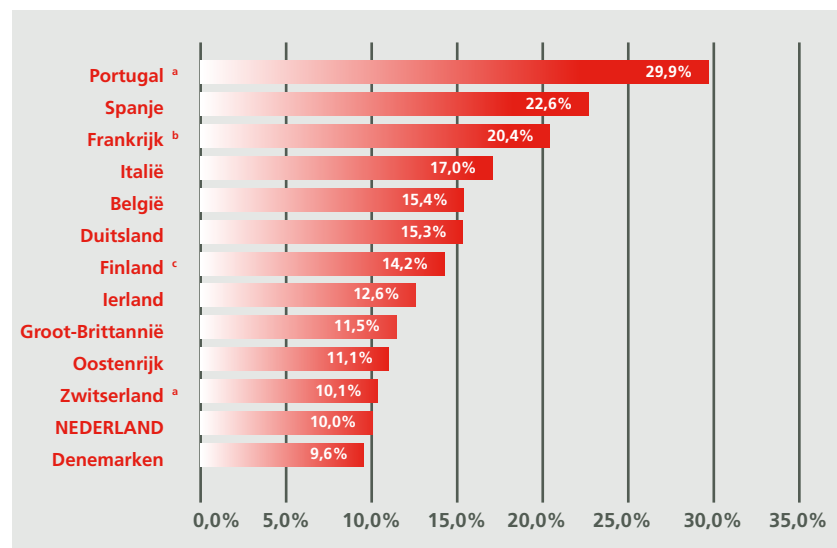
a Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2004

b Opgave 2003

c Bron: Pharmaceutical Information Centre, Pharma Facts Finland 2005

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.02 Aandeel uitgaven aan farmaceutische hulp in de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 2004



a Opgave 2003

b Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2004

c Bron: Pharmaceutical Information Centre, Pharma Facts Finland 2005

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In vergelijking met de meeste Europese landen worden er in Nederland veel generieke (merkloze) geneesmiddelen gebruikt. De Nederlandse apotheken leveren in de helft van de gevallen een generiek geneesmiddel af. In landen als Oostenrijk en België worden beduidend minder vaak generieke geneesmiddelen gebruikt: hier betreft 9 tot 13% van de verstrekkingen een generiek middel. In Duitsland en Groot-Brittannië ligt het marktaandeel van generiek hoger dan in ons land. In deze landen betreft 60% van alle verstrekkingen een generiek geneesmiddel (binnen het wettelijke verzekerde pakket).

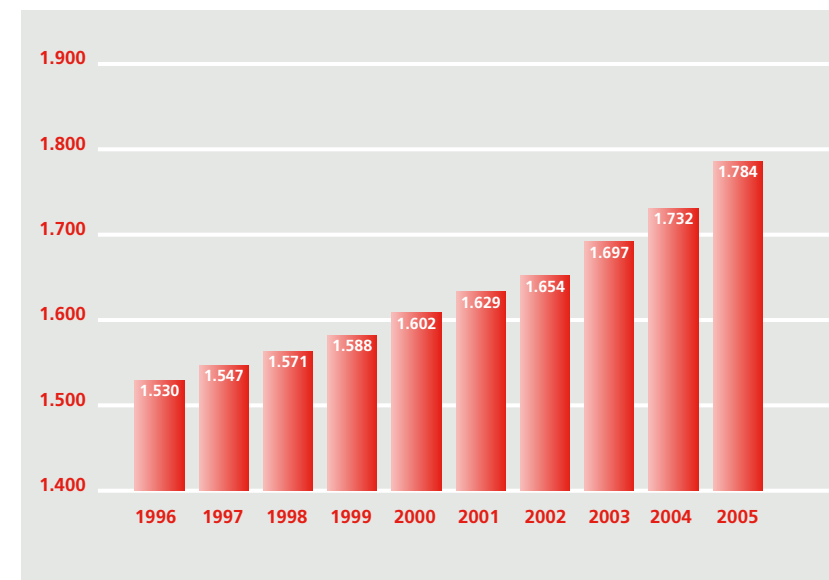
Apotheekgrootte

De Nederlandse apotheken bedienen gemiddeld 8.500 patiënten per apotheekpraktijk. In België (2.000 patiënten), Frankrijk (2.500 patiënten), Duitsland (4.000 patiënten) en Groot-Brittannië (5.000 patiënten) hebben de apotheken een aanmerkelijk kleinere patiëntenpopulatie. In Nederland is 8,1% van de bevolking aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. In Groot-Brittannië is dit 6%. In Duitsland en België worden er geen geneesmiddelen via huisartsen verstrekt.

4 De openbare apotheek in cijfers

De groei van het aantal openbare apotheken in Nederland is nog nooit zo sterk geweest als in het afgelopen jaar. Eind 2005 telde Nederland 1.784 openbare apotheken. Dit zijn 52 apotheekvestigingen meer dan een jaar geleden.

4.01 Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Tot 1998 werden er van overheidswege bepaalde eisen gesteld aan het exploiteren van een openbare apotheek, die ertoe leidden dat het eigendom van apotheken doorgaans bij apothekers lag. Vanaf 1999 heeft liberalisering op dit terrein plaatsgevonden. Eisen die vroeger aan apotheken gesteld werden, zijn niet langer van kracht. Deze eisen hadden onder meer betrekking op de 24-uursbeschikbaarheid van apotheken en de faciliteiten voor eigen apotheekbereidingen. Sindsdien is het door de versoepeling van wet- en regelgeving aanmerkelijk eenvoudiger geworden voor niet-apothekers om apotheken te bezitten.

De liberalisering heeft onder meer tot gevolg gehad dat bestaande marktpartijen, met name bepaalde farmaceutische groothandels, hun marktpositie hebben uitgebreid door het opkopen van apotheken en het opzetten van apotheekketens. Dit gaat ten koste van het aantal apotheken dat in handen is van een apotheker-eigenaar. Overigens dient de geneesmiddelenvoorziening wel altijd onder direct toezicht van een apotheker plaats te vinden. Op grond van artikel 19 van de Wet op de

Geneesmiddelenvoorziening (WOG) moet er per apotheek tenminste één apotheker beschikbaar zijn. Afschaffing van dit artikel had ertoe kunnen leiden dat er apotheken ontstaan zonder dat er een apotheker in de apotheek aanwezig is.

De farmaceutische groothandel OPG en apotheekketen LLOYDS Apotheken zijn - een enkele uitzondering daargelaten - 100% eigenaar van de apotheken die zij in bezit hebben. Aan het begin van 2006 had OPG 212 openbare apotheken in eigendom die zijn ondergebracht in de Mediveen-groep. LLOYDS Apotheken heeft in 2005 8 apotheken aangekocht en komt nu op 46 apotheken. Het aantal apotheken dat onderdeel uitmaakt van de Farmassure-groep van groothandel Brocacef, bedraagt 70. De Vier Vijzels is het afgelopen jaar gegroeid van 65 naar 71 apotheken. Deze vier apotheekbedrijven hebben begin 2005 de Associatie van Ketenapotheken (ASKA) opgericht. Als branchevereniging van ketenapotheken wil de ASKA de belangen behartigen van centraal geleide apotheekbedrijven. Medio 2005 is het aantal ASKA-leden uitgebreid naar 6 apotheekbedrijven die gezamenlijk 440 apotheken in eigendom hebben. Naast bovengenoemde apotheekketens worden in Nederland ook enkele apotheken vanuit een stichting geëxploiteerd (2%), bijvoorbeeld vanuit bepaalde gezondheidscentra.

Er zijn ook drogisterijketens die openbare apotheken exploiteren. Zo heeft drogisterijketen DA momenteel 4 apotheken in eigendom. Multinational Ahold heeft 5 apotheken ondergebracht bij drogisterijdochter Etos en zette voorts een aantal servicebalies op in Albert Heijn-filialen. Begin 2006 heeft Ahold bekend gemaakt te zullen stoppen met het exploiteren van apotheken. Alle servicebalies gaan dicht en de Etos-apotheken zullen worden verkocht of gesloten. Ahold overweegt om het Etos-concept als apotheekformule aan te bieden. In het verleden had Ahold al geëxperimenteerd met apotheken. Begin jaren negentig bezat Ahold 8 apotheken onder de naam Mediveen-groep, en verkocht deze in 1995 aan OPG. Drogisterijketen Kruidvat wordt een nieuwe toetreders tot de apotheekmarkt. Gebruikmakend van internet wil Kruidvat vanuit een centrale locatie in het land receptgeneesmiddelen gaan verstrekken.

Het percentage apotheken in bezit van één of meer apothekers, nam in 2005 af van 77% naar 70%. In februari 2005 is de Nederlandse Apotheek Coöperatie (NAPCo) opgericht met als belangrijkste doel het scheppen van voorwaarden tot behoud van de zelfstandige apotheek. Het aantal leden van NAPCo bedraagt 230.

Sinds de versoepeling van de wet- en regelgeving rond apotheken ontstaan er steeds meer gespecialiseerde apotheken; apotheken die zich richten op een specifieke vorm van dienstverlening. Onder de nieuw geopende apotheken in 2005 bevinden zich 2 dienstapotheken, apotheken die specifiek gericht zijn op dienstverlening in de avonden en weekeinden. De aangesloten apotheken draaien deze onrendabele diensten niet meer zelfstandig, maar bundelen deze in een gezamenlijke voorziening. Momenteel zijn er 28 van dergelijke gespecialiseerde dienstapotheken. Ook zijn er apotheken die 24-uurs diensten verlenen (en daarmee diensten waarnemen voor omliggende apotheken); hoeveel dit er precies zijn, is niet bekend. Bij de 1.784 openbare apotheken zijn ook 4 apotheken meegeteld die hun dienstverlening louter digitaal of per post afhandelen.

4.1 Omzet openbare apotheek

Door de toename van het aantal apotheekvestigingen in ons land is de gemiddelde patiëntenpopulatie van een openbare apotheek de afgelopen jaren afgenomen van 9.000 tot 8.500 personen. In vergelijking met de meeste andere Europese landen is de patiëntenpopulatie van een Nederlandse apotheek nog altijd omvangrijk te noemen. In Duitsland verzorgt een doorsnee-apotheek 4.000 patiënten. In Frankrijk bedient een apotheek gemiddeld 2.500 patiënten. In België en Spanje blijft de teller steken op 2.000 patiënten per apotheek.

In 2005 verstrekke de gemiddelde openbare apotheek 75.700 keer een geneesmiddel dat in het wettelijk verzekerde pakket valt. Dit zijn 1.900 voorschriften meer dan in 2004: een stijging van 2,6%. In de periode rond de millenniumwisseling was een voorschrifttoename van 3 tot 4% gebruikelijk. Alleen in 2004 daalde het gemiddeld aantal verstrekkingen per apotheek ten gevolge van de inperking van de vergoedingsaanspraken. De SFK constateert dat artsen per recept een steeds grotere hoeveelheid geneesmiddelen voorschrijven. In 2005 kregen patiënten gemiddeld voor 47 dagen geneesmiddelen voorgeschreven (pil buiten beschouwing gelaten). In 2004 bedroeg de voorschrijfduur 45 dagen.

De omzet van een openbare apotheek is in 2005 met € 45.000 gestegen tot € 2.301.000. Ten opzichte van het jaar 2004 betreft dit een toename van 2%. Dit is de laagste omzettoename sinds 1997. In 1997 drukte de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen (medio 1996) de omzettoename bij apotheken. Ook in 2002 en 2003 was de omzettoename al benedengemiddeld. In 2004 nam de omzet per apotheek zelfs af, onder meer door invoering van de zelfzorgmaatregel. Deze maatregel is met ingang van 2005 weer deels ongedaan gemaakt.

De gematigde omzetgroei in 2005 is onder meer terug te voeren op:

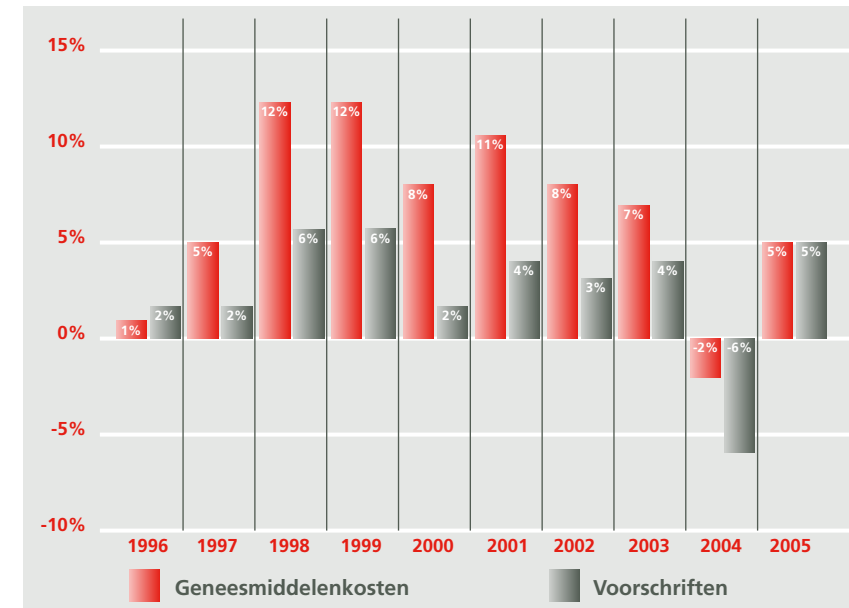
- bezuinigingen op het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket per 1 januari 2004: het inperken van de vergoedingsaanpakken voor anticonceptiva en medicatie bij de eerste IVF-behandeling heeft geleid tot minder verstrekkingen en omzet van deze middelen via de apotheken;
- prijsverlagingen bij generieke receptgeneesmiddelen en bij specialitémiddelen waarvan vergelijkbare generieke varianten beschikbaar zijn, in lijn met het convenant dat is gesloten tussen VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland, Bogin en Nefarma;
- een bovengemiddelde groei van het aantal apotheekvestigingen in ons land.

Van de totale omzet van € 2.301.000 is 20%, ofwel € 456.000, bestemd als vergoeding voor de apotheek. De materiaalkosten voor geneesmiddelen vormen de andere component van de omzet en bedragen € 1.845.000. De belangrijkste inkomstenbron voor de apotheek is de receptregelvergoeding (gemiddeld € 427.000). 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 2005 werd deze vaste receptregelvergoeding door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAiO) vastgesteld op € 6,10. In 2006 is dit tarief niet gewijzigd.

Na de invoering van de zelfzorgmaatregel in januari 2004, waarbij de kosten van zelfzorggeneesmiddelen niet meer voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking kwamen, nam het aantal Buiten-WTG geneesmiddelen dat een gemiddelde apotheek verstrekke drastisch af. Waar een apotheek in 2003 nog 10.600 keer een Buiten-WTG middel afleverde, was dit in 2004 nog maar 4.300 keer. Hierdoor liep de marge die een apotheek maakt op de verkoop van Buiten-WTG-middelen met 40% terug tot € 25.000. Sinds januari 2005 komen zelfzorgmiddelen zoals laxantia, calciumtabletten, antihistaminica en motiliteitsremmende middelen weer voor vergoeding in aanmerking als de arts deze geneesmiddelen voor langdurig gebruik voorschrijft. Het aantal verstrekkingen van Buiten-WTG-middelen is in 2005 toegenomen tot 5.600 per apotheek. De marge op de verkoop van deze middelen is gestegen van € 25.000 tot € 29.000. Hiermee zitten de Buiten-WTG-middelen nog ruimschoots onder het niveau van 2003, toen per apotheek € 42.000 aan zelfzorgmedicatie op recept werd besteed. Dit heeft te maken met de verschuiving naar de receptplichtige (WTG) varianten van zelfzorggeneesmiddelen in 2004, die ondanks dat de zelfzorgmaatregel weer is teruggedraaid, niet ongedaan is gemaakt.

4.02 Ontwikkeling geneesmiddelenkosten en aantal voorschriften



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

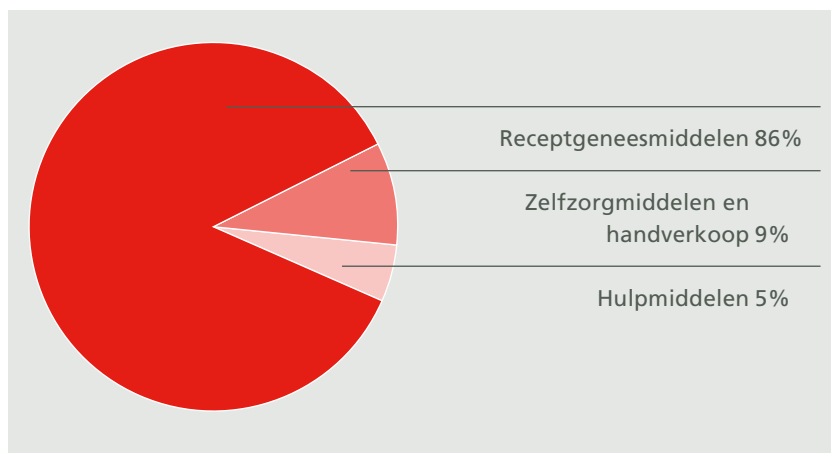
De omzet van een apotheek geeft op zichzelf nog geen indicatie van de winstgevendheid van een apotheek. De inkomsten van de apotheek worden in belangrijker mate bepaald door het aantal receptregels. Een duurder WTG-geneesmiddel levert de apotheek niet meer geld op; de apotheker ontvangt immers een vaste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

4.2 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

minderding worden gebracht op de receptregelvergoeding.

4.03 Omzet van de apotheek uitgesplitst naar productcategorie, 2005



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het CTG/ZAio heeft de praktijkkostenvergoeding voor de door haar gedefinieerde normapotheek per 1 januari 2006 bijgesteld van € 483.690 naar € 492.709. In dit bedrag is het norminkomen voor de apotheker-eigenaar van € 100.473 begrepen. Deze verhoging hangt samen met de prijscompensatie die het CTG/ZAio heeft vastgesteld voor de jaren 2005 (achteraf definitief vastgesteld op 1,3%) en 2006 (voorcalculatorisch bepaald op 0,6%). Daarnaast wordt de ombuigingstaakstelling van 0,8% die de overheid in 2003 aan de zorgsector heeft opgelegd met ingang van 2006 rechtstreeks in de hoogte van de genormeerde praktijkkostenvergoeding en het norminkomen verwerkt. In voorgaande jaren werd deze ombuigingskorting achteraf meegenomen bij de afronding van het tarief. Het norminkomen omvat naast het brutojaarsalaris ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage. Het norminkomen voor de apotheker-eigenaar komt overeen met een brutojaarsalaris van € 74.500.

Op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) stelt het CTG/ZAio jaarlijks de beleidsregels voor de receptregelvergoeding vast. Bij de aanpassing van de receptregelvergoeding houdt het CTG/ZAio rekening met de toename in het geneesmiddelengebruik. Het afgelopen jaar steeg het aantal geneesmiddelen dat via de openbare apotheek is verstrekt –ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar–met 3% ten opzichte van 2004. Op basis van deze gegevens heeft het CTG/ZAio besloten om de

normpraktijkgrootte (de rekennorm) per 1 januari 2006 te verhogen van 79.800 receptregels naar 81.200 receptregels, een toename van 1,8%. Efficiencyverbeteringen door schaalvoordelen worden op deze wijze doorbelast in het apotheektarief. De toename van het geneesmiddelengebruik van 3% wordt niet volledig doorberekend in de receptregelvergoeding ter compensatie van het feit dat een stijging van het aantal geneesmiddelenverstrekingen/het aantal patiëntcontacten in de apotheek ook leidt tot hogere bedrijfskosten voor de apotheek.

Het niet kostendekkend zijn van de receptregelvergoeding vormt al jaren onderwerp van discussies. In aansluiting op het convenant heeft de minister van Volksgezondheid het CTG/ZAio verzocht een onderzoek te verrichten naar de feitelijke hoogte van de apotheekpraktijkkosten in samenhang met de door de apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen. Afgesproken is dat binnen de looptijd van het convenant 2006-2007 een kostendekkend tarief voor de apotheek zal worden ingevoerd (zie paragraaf 2.2.7).

4.04 Opbouw praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2006

	Praktijkkostenvergoeding (€)	Receptregelvergoeding (€)
Personeelskosten*	234.989	2,89
Huisvestingskosten	55.919	0,69
Algemene kosten	51.610	0,64
Computerkosten	16.450	0,20
Rente	14.979	0,18
Afschrijvingen	12.561	0,16
Autokosten	5.727	0,07
Norminkomen apotheker	100.473	1,24
Totale vergoeding	492.709	6,07
Aftrek opbrengst AWBZ-instellingen	-2.259	-0,03
Ombuigingsbijdrage		0,08
Afrondingsregel CTG		-0,02
Receptregelvergoeding		6,10

* Inclusief reis- en verblijfskosten, consumpties en opleidingen

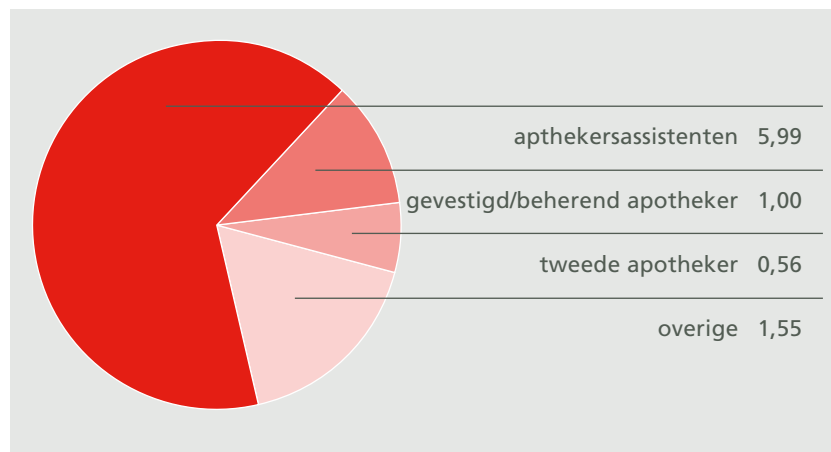
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.05 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	2001	2002	2003	2004	2005	Jaarlijkse toename
Apotheken	1.629	1.654	1.697	1.732	1.784	2,3%
Apothekers	2.636	2.670	2.681	2.734	2.789	1,1%
Apothekersassistenten	13.023	13.563	14.133	14.641	15.096	3,8%
Overige	3.845	4.497	4.904	5.057	5.162	7,6%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.06 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2005 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Werkdruk gestabiliseerd

Op 1 januari 2006 waren er volgens het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA) 15.096 personen werkzaam als apothekersassistent in een Nederlandse openbare apotheek. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een stijging van 455 personen (+4,1%). In effectieve zin wordt de personele stijging enigszins teniet gedaan, doordat de meeste assistenten er de voorkeur aan geven om parttime te werken. In 2005 kwam de gemiddelde werkweek onder de apothekersassistenten uit op 25,5 uur.

Van alle apothekersassistenten heeft 27% een voltijdsbetrekking (36 uur per week). Omgerekend naar fulltime eenheden (FTE) bedraagt de toename van het aantal werkzame apothekersassistenten 3%. Deze toename loopt in de pas met de stijging van het geneesmiddelengebruik in 2005. Met het deels terugdraaien van de zelfzorgmaatregel op 1 januari 2005 is het geneesmiddelengebruik via de openbare apotheken (WTG en Buiten-WTG totaal) het afgelopen jaar met 3% toegenomen. Het resultaat is dat de

werkdruk – gemeten in het aantal voorschriften per fulltime assistent – in 2005 is gestabiliseerd.

Uit gegevens van het PMA blijkt dat er het afgelopen jaar 5.162 personen als ondersteunend personeel in dienst van de apotheken waren. De groei van het ondersteunend personeel met 105 personen (+2%) vormt de laagste toename sinds jaren. Ook in 2004 was deze groei al tanende, toen het aantal ondersteunende medewerkers toenam met 3%. Met name begin jaren 2000 lag de werkdruk in de openbare apotheken zeer hoog. Waar destijds veel apotheken hebben geprobeerd om een tekort aan apothekersassistenten op te vangen door apotheekhulp en andere ondersteunende medewerkers aan te trekken, wijst de lage groei van het ondersteunend personeel er nu op dat de druk op de arbeidsmarkt is afgenomen.

Veel parttimers

Een fulltime apothekersassistent werkt 36 uur per week. De gemiddelde werkweek onder apothekersassistenten komt in 2005 uit op 25,5 uur per week. Omgerekend naar fulltime eenheden werken er gemiddeld 5,99 apothekersassistenten per apotheek.

Apothekersassistent is een typisch vrouwenberoep. Met 163 hoofden is nauwelijks 1 procent van de apothekersassistenten een man. Van alle apothekersassistenten werkt slechts 27% fulltime. In 2002 was dat 32% en in 1999 werkte nog 42% van de assistenten fulltime. Iets meer dan de helft van alle apothekersassistenten werkt per week 24 uur of minder. Het zijn voornamelijk de jongere (vrouwelijke) assistenten in de leeftijd tot 30 jaar die een voltijdsbetrekking hebben. Ongetwijfeld speelt de wens om werk en gezin te kunnen combineren een belangrijke rol bij de grote behoefte aan deeltijdwerk. Onder de mannen bedroeg het aantal fulltimers 72%, bij de vrouwen betrof dit maar 26%.

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 2005 komt de gemiddelde verwerkingsgraad uit op 14.090 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Dit betekent dat een fulltime assistent gemiddeld 25 voorschriften minder heeft verwerkt dan in 2004, toen de verwerkingsgraad 14.115 voorschriften bedroeg. 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 en pure handverkoopartikelen die ook vrij

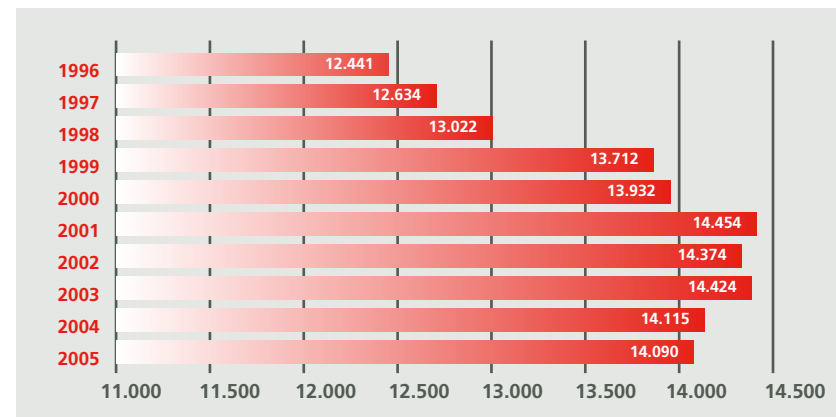
verkrijgbaar zijn in drogisterij of supermarkt (en niet geregistreerd worden via het apotheekinformatiesysteem) worden niet meegeteld bij de vaststelling van de verwerkingsgraad.

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. Diverse factoren kunnen zorgen voor grote verschillen in het aantal verstrekkingen per assistent. Zo ligt de verwerkingsgraad bij apotheken die in grote steden zijn gevestigd doorgaans lager dan het landelijk gemiddelde (-4%). Plattelandsapotheken hebben traditioneel juist een hogere verwerkingsgraad (+15%). 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 over het te voeren formularium en het vooraf doorgeven van recepten via fax of computer.

Andere lokale factoren die van invloed zijn op de hoogte van de verwerkingsgraad zijn onder meer de wijze waarop 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 zoals avond/weekenddiensten en apotheekbereidingen (zie inleiding hoofdstuk 4).

4.07 Ontwikkeling verwerkingsgraad



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Apothekers

In 2005 studeerden 173 personen af als apotheker aan de faculteiten der farmaceutische wetenschappen in Utrecht en Groningen. Hiermee ligt het aantal afgestudeerden een stuk lager dan in 2004, toen er nog 222 nieuwe apothekers van de opleidingen af kwamen. Velen van de recent afgestudeerde apothekers zijn hun studie in 1999 begonnen, een jaar waarin de animo voor de farmacieopleiding terugliep. Vanwege de beperkte populariteit van de studie in de periode 1999-2001 is te verwachten dat de instroom op de arbeidsmarkt ook de komende twee jaren nog laag blijft. Van de afgestudeerde apothekers kiezen ongeveer 121 personen (70%) voor de openbare farmacie. Per saldo is de toename van het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar uitgekomen op 55 apothekers. Dit betekent dat er in 2005 sprake is geweest van een uitstroom van 66 apothekers. Gezien de totale apothekerspopulatie zou een uitstroom van ongeveer 100 personen per jaar te verwachten zijn.

Sinds 2002 zit de belangstelling voor de studie farmacie flink in de lift. In 2005 schreven 404 studenten zich als eerstejaars in aan de farmaceutische opleidingen in Utrecht en Groningen. Daarnaast meldden 39 studenten zich aan bij de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Leiden. Dit zijn 60 eerstejaarsstudenten farmacie meer dan in 2004. Het totale aantal studenten aan de farmaceutische opleidingen in Nederland bedraagt begin 2006 1.936 personen. Ten opzichte van een jaar eerder is dit een sterke toename van 346 studenten.

Er zijn 1.110 vrouwen (57%) en 826 mannen (43%) die farmacie studeren. Het overwicht van de vrouwen is echter niet meer zo sterk als in 2003, toen nog 63% van alle farmaciestudenten een vrouw betrof. Toch zullen de vrouwen vooralsnog de overhand blijven houden: van de 443 eerstejaarsstudenten farmacie zijn 6 op de 10 personen een vrouw.

4.08 Kerncijfers uitgaven farmaceutische hulp per apotheek in 2005

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Totale uitgaven farmaceutische hulp	€ 1.633.000	€ 668.000	€ 2.301.000
waarvan GVS-bijdragen	€ 5.000	€ 4.000	€ 9.000
Geneesmiddelenkosten	€ 1.304.000	€ 541.000	€ 1.845.000
WTG-geneesmiddelen	€ 1.250.000	€ 513.000	€ 1.763.000
Buiten-WTG-geneesmiddelen	€ 54.000	€ 28.000	€ 82.000
Apotheekvergoeding	€ 329.000	€ 127.000	€ 456.000
Receptregelvergoeding	€ 310.000	€ 117.000	€ 427.000
Marge Buiten-WTG	€ 19.000	€ 10.000	€ 29.000
Voorschriften	54.100	21.600	75.700
WTG-geneesmiddelen	51.000	19.100	70.100
Buiten-WTG-geneesmiddelen	3.100	2.500	5.600
Patiënten	5.300	3.200	8.500

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5 De geneesmiddelenuitgaven per persoon in 2005

Ziekenfonds

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (€)	Uitgaven per persoon (€)
WTG	9,61	Materiaalkosten	24,55
		Receptregelvergoeding	6,10
		Totaal	30,65
Buiten-WTG	0,60	Materiaalkosten	17,03
		Apotheekmarge	5,96
		Totaal	22,99
Totaal	10,21		309

Particulier

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (€)	Uitgaven per persoon (€)
WTG	5,91	Materiaalkosten	26,80
		Receptregelvergoeding	6,10
		Totaal	32,90
Buiten-WTG	0,77	Materiaalkosten	11,42
		Apotheekmarge	3,90
		Totaal	15,32
Totaal	6,68		206

Gemiddeld

	Voorschriften	Kosten per voorschrift (€)	Uitgaven per persoon (€)
WTG	8,21	Materiaalkosten	25,15
		Receptregelvergoeding	6,10
		Totaal	31,26
Buiten-WTG	0,66	Materiaalkosten	14,56
		Apotheekmarge	5,05
		Totaal	19,61
Totaal	8,87		270

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Colofon

Data en Feiten 2006 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, juli 2006.

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens

drs. J.L. Tinke

Ontwerp

Colours of Eden, Amstelveen

Drukwerk

Alphabase, Alphen aan den Rijn

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