

Data en feiten 2007

Inhoudsopgave

Stichting Farmaceutische Kengetallen	4
'Data en Feiten 2007' in vogelvlucht	7
Hoofdstuk 1	
Uitgaven aan farmaceutische hulp	11
1.1 3,8% meer uitgegeven	11
1.2 De geneesmiddelenkosten	15
1.3 Oorzaken structurele groei	16
1.4 Hardlopers	26
1.5 Marktaandelen productgroepen	34
1.6 Vergoeding apotheken	38
Hoofdstuk 2	
Kostenbeheersing	40
2.1 Wet Geneesmiddelenprijzen	40
2.2 Wet Marktordening Gezondheidszorg	40
2.2.1 Vrijgave inkoopvoordelen	41
2.2.2 Claw back	42
2.2.3 Akkoord op Hoofdlijnen	42
2.2.4 Maatregel De Geus	43
2.2.5 Convenant 2004	43
2.2.6 Verlenging convenant tot 2007	44
2.2.7 Praktijkkosten en inkoopvoordelen	46
2.3 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel	47
Hoofdstuk 3	
Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief	50
Hoofdstuk 4	
De openbare apotheek in cijfers	52
4.1 Omzet openbare apotheek	54
4.2 Apotheekpraktijkkosten	55
Hoofdstuk 5	
Kerncijfers farmaceutische hulp in 2006	62

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 1.685 van de 1.875 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.685 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 13,6 miljoen Nederlanders die jaarlijks 145 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 farmacotheerapieoverleg (FTO) 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. 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 (WMG-geneesmiddelen) respectievelijk de kosten tegen apotheekinkoopprijs (buiten-WMG-geneesmiddelen) zoals geregistreerd in de G-Standaard van Z-Index.

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

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

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

ASKA	Associatie van Ketenapotheken
Bogin	Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland
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
DGV	Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening)
FTO	Farmaco Therapie Overleg
FTTO	Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NApCo	Nederlandse Apotheek Coöperatie
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PMA	Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WINAp	Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

'Data en Feiten 2007' in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven 3,8% gestegen

Via de openbare apotheken is er in 2006 € 4.302 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 157 miljoen ofwel 3,8% meer dan in 2005. Dit percentage wordt beïnvloed door de overheveling van de uitgaven voor verbandmiddelen naar het budget voor medische hulpmiddelen per 1 januari 2006. Zonder de overheveling zouden de uitgaven met 6,4% zijn toegenomen. De uitgavenstijging is terug te voeren op een sterke groei van het aantal recepten dat door huisartsen is uitgeschreven. Daarnaast groeiden de uitgaven door een toenemend gebruik van 'dure' geneesmiddelen (geneesmiddelen waarbij de kosten per recept hoger zijn dan € 500).

Verwachting voor 2007

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2007 met 7% zullen stijgen tot € 4.605 miljoen. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen onder invloed van het convenant 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 geneesmiddelen-uitgaven op dit moment jaarlijks met 9 tot 10%. 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 toenemend chronisch gebruik van 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 geneesmiddelen-uitgaven bij openbare apotheken.

Afspraken overheid met sector

Aansluitend op eerder gemaakte afspraken heeft de overheid in december 2005 landelijke afspraken met de sector (apothekers, geneesmiddelenleveranciers en zorgverzekeraars) gemaakt over de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in de jaren 2006 en 2007. Voor 2006 is de besparingsdoelstelling vastgesteld op € 843 miljoen (incl. BTW). Deze besparingsdoelstelling is gehaald. De SFK berekent de besparingsopbrengst op € 919 miljoen (incl. BTW). Hiervan komt € 205 miljoen (incl. BTW) op het conto van

de claw backregeling en vloeit € 713 miljoen (incl. BTW) voort uit prijsverlagingen.

Praktijkkosten en inkoopvoordelen

In maart 2007 zijn de resultaten van de onderzoeken naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden gepresenteerd. Het Ministerie van VWS, de apothekersorganisatie KNMP en Zorgverzekeraars Nederland hebben binnen het kader van het convenant afgesproken dat de invoering van een nieuwe kostendekkende tariefssystematiek gelijktijdig plaatsvindt met het vervallen of verrekenen van door apotheken gerealiseerde bovenmatige inkoopvoordelen.

Uit de onderzoeken blijkt dat de vergoeding van de praktijkkosten voor een gemiddelde openbaar apotheek ontoereikend is als dekking voor de werkelijke kosten. In het praktijkkostenonderzoek is vastgesteld dat de kosten die direct uit de financiële administratie te herleiden zijn in 2004 uitkwamen op € 500.196 per apotheek. Dit betekent dat de gemiddelde apotheek ten minste € 114.165 tekort komt op de receptregelvergoeding. Kosten die niet rechtstreeks herleidbaar zijn uit de financiële administratie van de apotheek zoals emballage, spillage en een vergoeding voor geïnvesteerd eigen vermogen, zijn in het onderzoek niet meegenomen. Het totale tekort op de praktijkkostenvergoeding bedraagt daarmee € 159.000 per apotheek. Uit het onderzoek naar de inkoopvoordelen komt naar voren dat de gemiddelde apotheek in 2004 € 311.000 aan inkoopvoordelen heeft gerealiseerd. Dit is 16,5% van de inkoopwaarde. Apothekers droegen hiervan € 98.000 af via de claw back. Het resterende inkoopvoordeel bedroeg daardoor € 213.000. Bovengenoemde resultaten zullen worden gebruikt om te komen tot een bijstelling van het tarief voor apothekers.

Meer merkloze geneesmiddelen

De Nederlandse apothekers leveren steeds meer merkloze geneesmiddelen af. In 2006 steeg het aantal verstrekte generieke geneesmiddelen met 11%. De ontwikkeling sluit aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in het convenant met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen. De relatief sterke groei bij de merkloze geneesmiddelen gaat vooral ten koste van het marktaandeel van de parallel geïmporteerde geneesmiddelen. Het marktaandeel van specialités nam slechts licht af.

Meer dure geneesmiddelen

De uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, namen in de afgelopen 5 jaren sterk toe. In 2006 namen de kosten van deze dure geneesmiddelen met € 91 miljoen toe. Dit is de helft van de totale

uitgavenstijging. Een steeds groter deel van de uitgaven aan deze middelen vindt zijn weg via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel unieke levering of exclusieve distributie genoemd. Twee geneesmiddelen die worden gerekend tot de unieke leveringen (de TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept) voeren de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging in 2006 aan.

Lage geneesmiddelenconsumptie

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt er in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen uitgegeven. De Nederlander consumeerde in 2005 voor € 299 aan geneesmiddelen (inclusief vrij verkrijgbare geneesmiddelen). In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 363), Duitsland (€ 424) en Frankrijk (€ 501), wordt gemiddeld 25 tot 65% 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

Eind 2006 telde Nederland 1.825 openbare apotheken. Dit zijn 41 apotheekvestigingen meer dan een jaar geleden. Deze apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van 92% 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 8.300 personen. In 2006 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 76.000 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.384.000. Vanwege de sterke toename van het aantal openbare apotheken is de omzettoename in de gemiddelde apotheek beperkt gebleven.

Arbeidsmarkt

In ons land waren eind vorig jaar 23.709 personen werkzaam in een openbare apotheek. Het afgelopen jaar steeg het aantal werkzame apothekersassistenten met 331 personen tot 15.427. In effectieve zin is de personele uitbreiding beperkt, omdat de meeste apothekersassistenten de voorkeur geven aan een parttime dienstverband. Slechts 26% van de apothekersassistenten werkt fulltime. Als de verbandmiddelen worden meegeteld neemt het aantal transacties per apotheek meer toe dan het aantal werkzame apothekersassistenten. Het resultaat is dat de verwerkingsgraad, een indicator voor de productiviteit en werkdruk in de apotheek, in 2006 met 3,5% is gestegen.

Apothekers

Het afgelopen jaar studeerden 141 personen af als apotheker. Het aantal afgestudeerden loopt hiermee verder terug. 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 36 apothekers. Er is veel belangstelling voor de studie farmacie. In 2006 zijn 448 studenten begonnen met een farmaceutische opleiding in Utrecht, Groningen of Leiden. Dit aantal is vergelijkbaar met het hoge aantal eerstejaars studenten in 2005. Met name vrouwen kiezen voor de studie farmacie: 62% van de eerstejaars en 59% van alle ingeschreven studenten is vrouw.

1 Uitgaven aan farmaceutische hulp

1.1 3,8% meer uitgegeven

In 2006 is er via de Nederlandse openbare apotheken € 4.302 miljoen aan geneesmiddelen besteed. Dit is € 157 miljoen ofwel 3,8% meer dan in 2005. Deze groeicijfers geven een vertekend beeld, omdat verbandmiddelen geen onderdeel meer uitmaken van de farmaceutische zorg. Per 1 januari 2006 zijn ze overgeheveld naar de hulpmiddelen. Zonder de overheveling zouden de uitgaven met 6,4% zijn gegroeid.

De uitgavenstijging is terug te voeren op twee hoofdoorzaken. Ten eerste groeide het aantal receptgeneesmiddelen op voorschrift van huisartsen substantieel. Huisartsen schreven 6,7% meer receptplichtige geneesmiddelen voor, terwijl het aantal voorschriften van medisch specialisten met 3,8% toenam. De afgeleverde hoeveelheid per recept wijzigde nauwelijks. Ten tweede groeiden de uitgaven door een toenemend gebruik van 'dure' geneesmiddelen. In de afgelopen jaren is dit aandeel opgelopen van 6,9% in 2002 tot 13,3% in 2006. Tot de dure geneesmiddelen worden de geneesmiddelen gerekend waarvan de kosten per voorschrift meer dan € 500 bedragen. Het gaat hierbij zonder uitzondering om kleine groepen gebruikers met hoge uitgaven per gebruiker.

Bij de groep hart- en vaatmiddelen nemen de uitgaven in absolute zin het sterkst toe. In 2006 is hieraan € 964 miljoen besteed. Dit is € 84 miljoen meer dan in 2005. Binnen de groep hart- en vaatmiddelen zorgde het toegenomen gebruik van geneesmiddelen die behoren tot de groep angiotensine-II-antagonisten voor een uitgavengroei van € 25 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 € 354 miljoen 37% van de omzet aan hartvaatmiddelen voor hun rekening.

Andere geneesmiddelengroepen met een relatief hoge uitgaventoename zijn oncolytica en immunomodulantia (+€ 68 miljoen), middelen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme (+€ 36 miljoen) alsmede middelen gericht op het centrale zenuwstelsel (+€ 24 miljoen) en middelen voor het ademhalingsstelsel (+€ 17 miljoen).

Bij de oncolytica en immunomodulantia liepen de uitgaven op van € 344 miljoen in 2005 tot € 413 miljoen in 2006. De toename van € 68 miljoen is voor het grootste deel toe te schrijven aan de geneesmiddelen etanercept (Enbrel®) en adalimumab (Humira®). Deze TNF-alfa blokkerende middelen worden onder meer ingezet bij ernstige vormen van reuma. Adalimumab en etanercept worden gerekend tot de directe of unieke leveringen. De fabrikanten van deze geneesmiddelen distribueren hun geneesmiddel

selectief. Dit betekent dat niet iedere openbare apotheek deze geneesmiddelen zonder meer kan leveren.

De middelen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme lieten in 2006 een uitgavenstijging van € 36 miljoen zien. De omzet steeg van € 620 miljoen naar € 656 miljoen. Protonpompremmers hadden het grootste aandeel in de stijging. De omzet van deze middelen steeg met € 16 miljoen. Daarnaast is er € 8 miljoen meer besteed aan diabetesmedicatie in de vorm van insuline. De omzet van de orale diabetesmedicatie bleef vrijwel gelijk. Procentueel gezien stegen de uitgaven aan laxantia sterk. In 2004 waren de geneesmiddelen die tot deze groep horen nog van vergoeding door de zorgverzekeraar uitgesloten. Sinds 1 januari 2005 komen ze weer voor vergoeding in aanmerking en in 2006 steeg de omzet van laxantia met 19% tot € 47 miljoen.

Bij de middelen voor het centrale zenuwstelsel leverden met name de antipsychotica (+€ 11 miljoen) en middelen bij ADHD (+€ 7 miljoen) een belangrijke bijdrage aan de uitgaventoename. De uitgaventoename bij de laatste groep komt voornamelijk voor rekening van de patiënten zelf of een aanvullende verzekering, omdat voor een tweetal middelen bij ADHD hoge eigen bijdragen gelden.

De omzetsstijging bij de middelen voor het ademhalingsstelsel is vooral toe te schrijven aan het toenemend gebruik van sympathicomimetica voor inhalatie (+€ 11 miljoen). Vooral de combinaties van luchtwegverwijders met een ontstekingsremmer (Seretide® en Symbicort®) namen sterk in omzet toe. Dit ging gedeeltelijk te kosten van de enkelvoudige preparaten.

Behalve de hierboven vermelde uitgaven die uitsluitend betrekking hebben op geneesmiddelen die deel uitmaken van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket, leverden de openbare apotheken in 2006 voor € 234 miljoen aan niet-pakketgeneesmiddelen. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet voor vergoeding via het wettelijke basispakket van de zorgverzekeraars in aanmerking komen (maar mogelijk wel via een aanvullende polis). Een groot deel van de uitgaven aan niet-pakket middelen is toe te schrijven aan de anticonceptiva (€ 68 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. In het regeerakkoord van het nieuwe kabinet is opgenomen dat deze middelen vanaf 2008 weer volledig worden vergoed via de basisverzekering. Ook het gebruik van de potentiepillen sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) en vardenafil (Levitra®) moeten de gebruikers zelf betalen. Bij elkaar hebben deze middelen een omzet van € 15 miljoen.

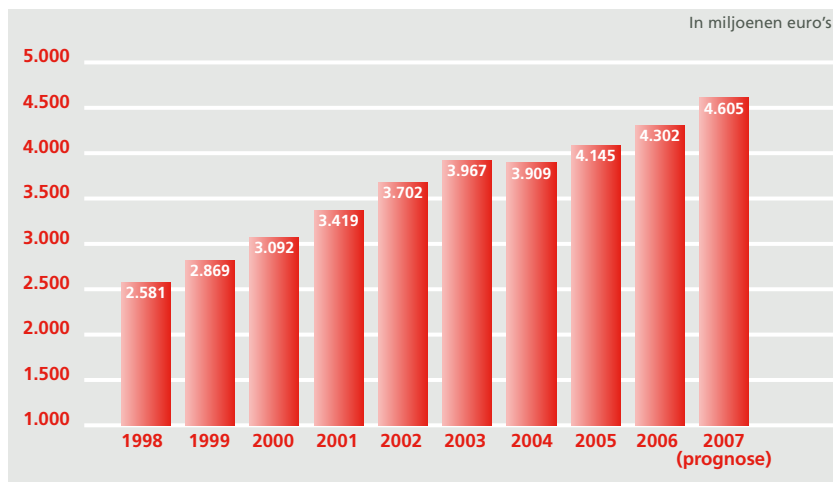
De vergoeding van middelen die gebruikt worden bij In Vitro Fertilisatie (IVF) is eveneens beperkt. Vrouwen die voor IVF kiezen, betalen sinds 2004 de eerste behandeling zelf. De tweede en de derde behandeling worden volledig vergoed. Vanaf 2007 worden de eerste drie IVF-behandelingen en de bijbehorende medicatie weer volledig vergoed via de zorgverzekering. In 2006 bedroegen de eigen betalingen voor de eerste behandeling met gonadotrofinen in totaal € 10 miljoen.

Per 1 januari 2000 zijn aanspraken voor haemostatica, die gebruikt worden bij de behandeling van hemofiliepatiënten, onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen gebracht. Hierdoor vallen de uitgaven voor deze middelen niet langer onder het budget voor de geneesmiddelenvoorziening via openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen, maar onder het budget voor 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 2006 werd voor € 6 miljoen aan dergelijke middelen via de openbare apotheek verstrekt.

Van de totale Nederlandse bevolking worden 15 miljoen personen (92%) 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 2007) verwacht de SFK dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2007 met 7,0% zullen stijgen tot € 4.605 miljoen. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen onder invloed van het convenant 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

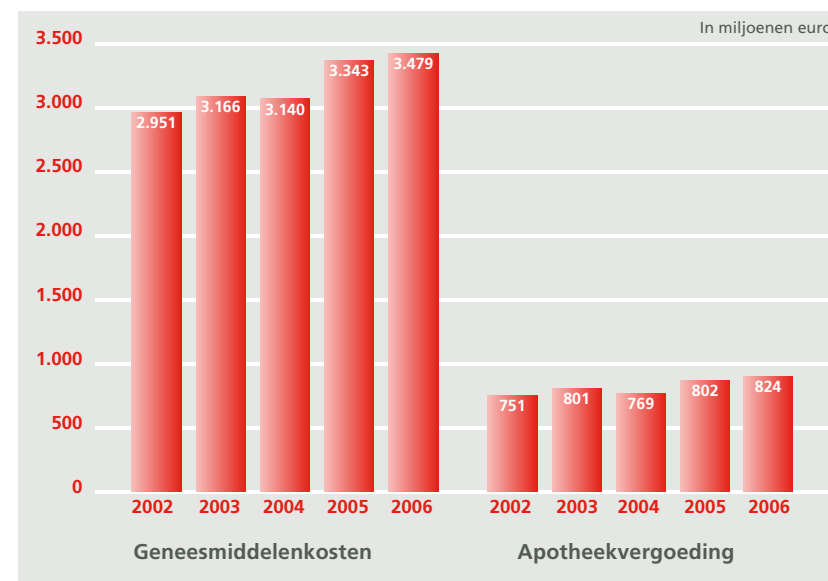
Ten opzichte van de eerdere publicaties van Data & Feiten zijn de uitgaven farmaceutische hulp vanaf 2004 statistisch gecorrigeerd voor het deel van de zogenoemde unieke leveringen die niet automatisch door de SFK worden geregistreerd.

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 81% veruit het grootste deel van de totale uitgaven aan farmaceutische hulp. In 2006 zijn de geneesmiddelenkosten met ongeveer € 135 miljoen gestegen tot € 3.479 miljoen, een toename van 4,0%. Gedurende de periode 2002-2006 is er sprake geweest van een toename van de geneesmiddelenkosten van in totaal 18%. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van 4,2%. De ophoging van de claw back in de laatste maanden van 2003 (maatregel De Geus) en de prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen in 2004, 2005 en 2006 hebben de groei van de geneesmiddelenkosten in deze periode afgeremd. Daarnaast leidden het beperken van de vergoedingsaanspraken op zelfzorggeneesmiddelen, middelen bij IVF en anticonceptiva in 2004 tot besparingen op het budget farmaceutische hulp.

Ook de overheveling van de verbandmiddelen van de farmaceutische hulp naar de medische hulpmiddelen leidt tot lagere kosten binnen het budget farmaceutische hulp. Zonder bovengenoemde maatregelen zouden de kosten jaarlijks met 11% zijn gestegen.

De apotheekvergoeding kwam in 2006 uit op € 824 miljoen. Dit is € 22 miljoen ofwel 3% meer dan in 2005. 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 2006 stelde het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) de receptregelvergoeding vast op € 6,10. Vanaf 1 oktober 2006 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de taken van het CTG overgenomen. In 2007 bleef de receptregelvergoeding voor het vijfde achtereenvolgende jaar ongewijzigd.

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 9 tot 10% per jaar. Deze voortdurende stijging van de uitgaven aan farmaceutische hulp is in hoofdzaak terug te voeren op zes structurele groeifactoren, te weten:

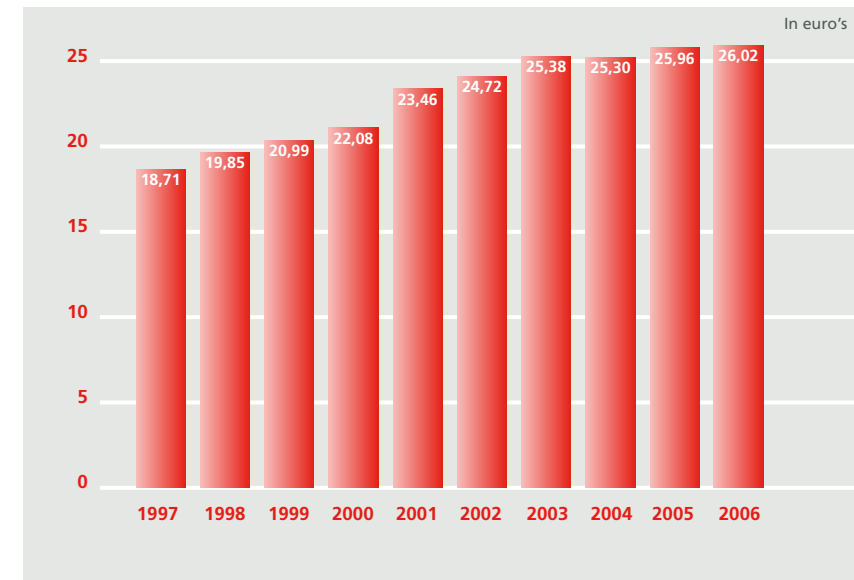
- verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen;
- verandering van het voorschrijf- of slikgedrag zoals het toenemend chronisch gebruik van geneesmiddelen;
- verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie;
- groei van de Nederlandse bevolking;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

Verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen

Bij WMG-geneesmiddelen (receptgeneesmiddelen die vallen onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg) zijn de geneesmiddelenkosten per voorschrift gestegen van gemiddeld € 18,71 in 1997 tot € 26,02 in 2006. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse toename van 3,7%. In de periode tot 2004 namen de kosten per WMG-voorschrift toe met ongeveer 4,5% per jaar. In 2004 namen de kosten per WMG-voorschrift niet verder toe, maar daalden ze zelfs. Deze kostendaling was een direct gevolg van het convenant 2004 tussen VWS, de apothekersorganisatie KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bogin (Bond van de Generieke

Geneesmiddelenindustrie Nederland). Het afgelopen jaar zijn de kosten per WMG-voorschrift weer gestegen, maar slechts met 0,2%.

1.03 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 ten opzichte van 1999 gemiddeld met ruim 34% 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.

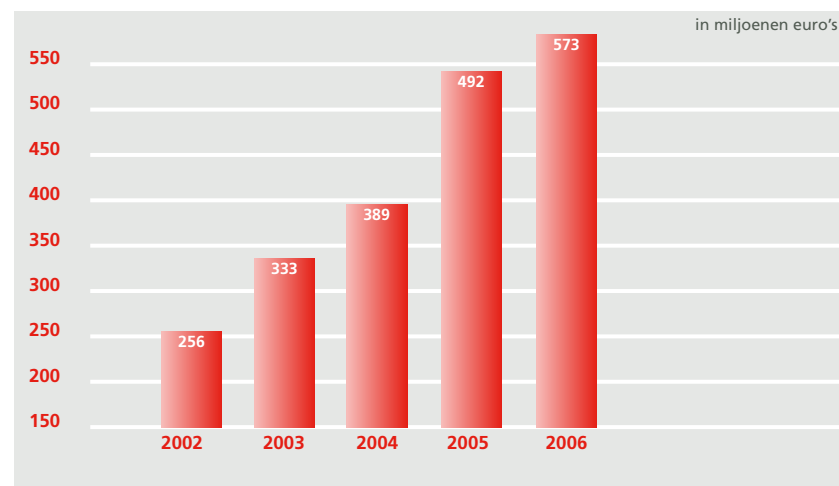
De belangrijkste verklaring voor de stijging van de kosten per voorgeschreven geneesmiddel is de verschuiving naar nieuwe, doorgaans duurdere, geneesmiddelen. Geneesmiddelen die drie jaar of korter op de markt zijn, leggen een sterke claim op het zorgbudget. Sinds 2001 leggen dergelijke recent ontwikkelde 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 6%. Het afgelopen jaar is het kostenaandeel verder teruggelopen tot 4,2%. Deze daling houdt verband met het gegeven dat in de afgelopen jaren minder nieuwe geneesmiddelen

beschikbaar zijn gekomen dan voorheen. In 2006 verstrekten de openbare apotheken voor ruim € 3 miljard aan receptgeneesmiddelen, waarvan € 135 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. Desalniettemin kan worden opgemerkt dat nieuwe geneesmiddelen-therapieën elders in de gezondheidszorg tot kostenbesparingen kunnen leiden. In vergelijking met andere vormen van gezondheidszorg is geneesmiddeltherapie een zeer doelmatige behandelingsvorm.

Los van het jaar van introductie nemen de uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten in de afgelopen 5 jaar sterk toe. De omzet van deze middelen steeg van € 256 miljoen in 2002 naar € 573 miljoen in 2006. Ten opzichte van 2005 namen de kosten met € 91 miljoen toe. Dit is 51% van de totale uitgavenstijging. Een steeds groter deel van deze dure geneesmiddelen vindt zijn weg via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel unieke levering of exclusieve distributie genoemd.

1.04 Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In 2006 zijn in totaal 22 miljoen receptgeneesmiddelen op voorschrift van een specialist verstrekt. Over het algemeen schrijven medisch specialisten duurdere geneesmiddelen voor dan huisartsen. Een door een specialist voorgeschreven receptgeneesmiddel kostte in 2006 gemiddeld € 59 (inclusief apotheekvergoeding). Bij de huisartsen bedroegen de gemiddelde kosten € 27 per voorschrift. De hogere kosten per voorschrift bij specialisten-receptuur 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 3,8% vijf jaar of korter verkrijgbaar in ons land. Bij huisartsen blijft het aandeel van dergelijke recent geïntroduceerde geneesmiddelen beperkt tot 1,7%. Het verschil in kosten per voorschrift hangt ook samen met verschillen tussen de patiëntenpopulaties van huisartsen en specialisten.

Verandering van het voorschrijf- of slikgedrag

Vanuit Europees perspectief gezien gebruikt de gemiddelde Nederlander weinig geneesmiddelen (zie ook hoofdstuk 3). In ongeveer tweederde van de gevallen dat een patiënt een huisarts consulteert, wordt er in ons land een geneesmiddel voorgeschreven. In meer zuidelijke landen in Europa kan dit percentage oplopen tot 90%. Volgens het onderzoeksinstituut IMS Health worden er in landen als België, Frankrijk en Spanje gemiddeld 15 tot 40% meer geneesmiddelen voorgeschreven per doktersbezoek als in Nederland.

De reguliere stijging van de geneesmiddelenkosten wordt voor een deel verklaard door het feit dat artsen per recept een steeds grotere hoeveelheid geneesmiddelen voorschrijven. In 2006 kwam de gemiddelde voorschrijfduur uit op 48 dagen. Ter illustratie: in 1991 werd slechts een gemiddelde voorraad van 38 dagen meegegeven. 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.

De beperking van de te vergoeden maximale hoeveelheden was tot 2006 vastgelegd in een wettelijke prescriptieregeling. De prescriptieregeling is ooit uitgevoerd om verspilling van niet gebruikte geneesmiddelen tegen te gaan. In de nieuwe Zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit Zorgverzekeringen is de prescriptieregeling komen te vervallen. Het is vanaf dat moment aan zorgverzekeraars om hierover afspraken te maken met apotheken. De meeste zorgverzekeraars hebben de oude prescriptieregeling in hun polisvoorwaarden opgenomen.

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 73,5% 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 96 miljoen herhalingsrecepten, ten opzichte van 34 miljoen eerste verstrekkingen van geneesmiddelen. Bij middelen als cholesterolverlagers, bètablokkers, antidepressiva en slaapmiddelen is het zelfs zo dat in 91% 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 aan patiënten in de leeftijdscategorie tot 40 jaar in 52% van de gevallen een geneesmiddel afgeleverd op basis van een vervolgrecept; bij 65-plussers komt dit uit op 84%.

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 10 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.

Groei van de Nederlandse bevolking

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking in 2006 met slechts 0,1% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.334.210 in 2005 tot 16.357.992 op 1 januari 2007. Deze groei is de laagste van de afgelopen jaren. Volgens het CBS is de bevolkingsgroei sinds 1920 niet meer zo laag geweest als nu en zal alleen in 2007 een nog lagere bevolkingsgroei worden gerealiseerd. Voor de jaren daarna verwacht het CBS een bevolkinggroei van ongeveer 0,2% per jaar. Twee voorname 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.

Vergrijzing van de Nederlandse bevolking

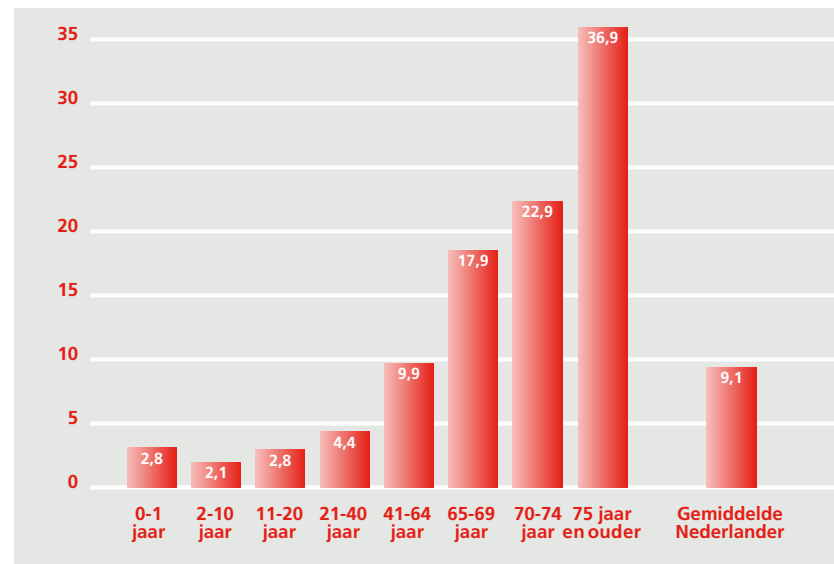
Op het ogenblik (2007) wonen er in Nederland 2.349.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 14% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in het jaar 2010 zijn toegenomen tot 2.500.000 personen (15%) en in 2020 tot 3.200.000 personen (19%). Onderzoek 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 17%. 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 € 4,3 miljard die in 2006 is besteed aan geneesmiddelen via de openbare apotheken is € 1,7 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 2006 € 75 miljoen is uitgegeven door personen uit de desbetreffende leeftijdscategorie. Nummer twee is de maagzuurremmer pantoprazol (Pantozol®) met € 50 miljoen. Op een derde plaats staat salmeterol met een ontstekingsremmer (Seretide®) met € 46 miljoen. Nummer vier is omeprazol (Losec®) met € 44 miljoen en de vijfde plaats wordt ingenomen door simvastatine (Zocor®) met € 37 miljoen.

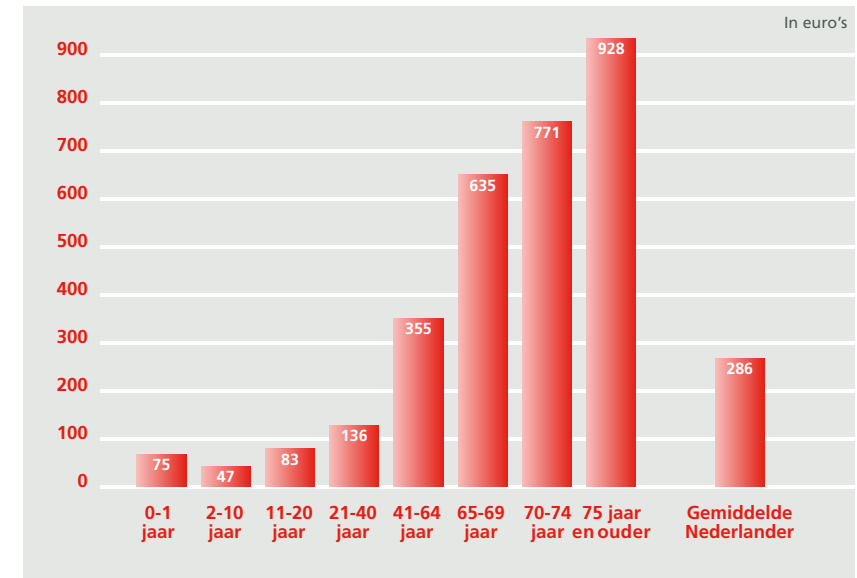
Het meest gebruikte geneesmiddel door ouderen in 2006 is metoprolol met ruim 1,9 miljoen voorschriften. Dit middel wordt onder meer gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris. Op de tweede plaats staat de bloedplaatjesaggregatieremmer acetylsalicylzuur (bijna 1,9 miljoen voorschriften), gevolgd door het slaapmiddel temazepam (ruim 1,4 miljoen voorschriften). Op een vierde positie staat de plaspil furosemide (bijna 1,4 miljoen voorschriften). De cholesterolverlager simvastatine sluit de top vijf af met 1,3 miljoen voorschriften.

1.05 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2006 (in voorschriften)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.06 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2006

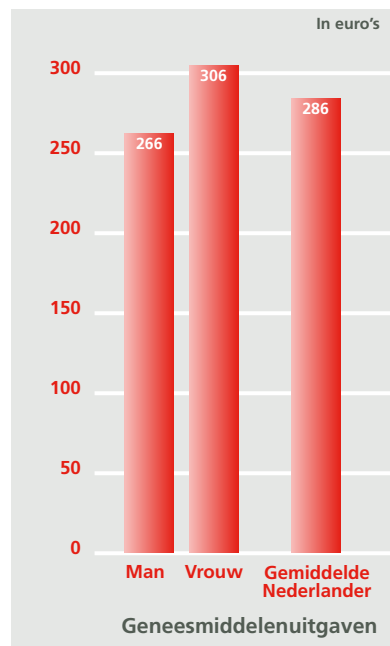
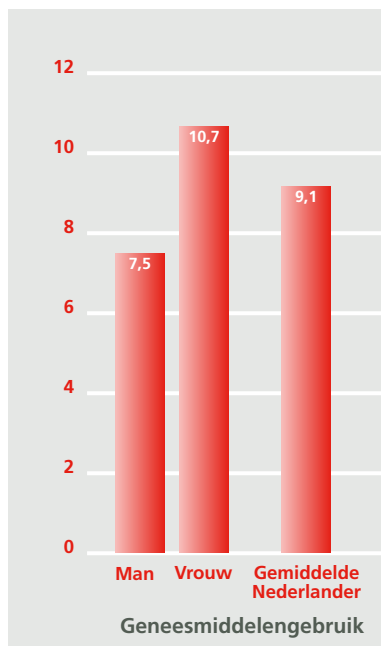


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Vrouwen kennen een hoger geneesmiddelengebruik dan mannen. In 2006 leverden de openbare apotheken 81 miljoen keer een middel aan een vrouw, tegen 56 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 worden anticonceptiva voor vrouwen van 21 jaar en ouder standaard niet meer vergoed. Daarmee is het 'pil-effect' in bovengenoemde cijfers nu verwaarloosbaar.

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 vrouweffect en voor 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.

1.07 Geneesmiddelengebruik (in voorschriften) en geneesmiddelenuitgaven naar geslacht in 2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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 2006 zijn de kosten van geneesmiddelen die op 'Bijlage 1B' staan, met 2,8% gestegen. Deze kostenstijging is vooral beperkt doordat terbinafine tabletten van 250 milligram (Lamisil®) door patentverloop niet meer op 'Bijlage 1B' staan. Dit geneesmiddel niet meegerekend, zouden de kosten met 4,2% zijn gestegen.

Een nieuw geneesmiddel dat het afgelopen jaar op 'Bijlage 1B' is geplaatst, is erlotinib (Tarceva®). De kosten van erlotinib, dat wordt gebruikt bij longkanker, bedroegen € 4,4 miljoen. Andere nieuwe geneesmiddelen die op bijlage 1b zijn geplaatst zijn en in 2006 een hogere omzet haalden dan € 1 miljoen zijn: tenofovir met emtricitabine (Truvada®) bij HIV en sildenafil (Revatio®) bij pulmonale hypertentie.

De grootste kostenstijger op 'Bijlage 1B' in 2006 is de luchtwegverwijder tiotropium (Spiriva®). Pregabaline (Lyrica®), dat in 2005 op 'Bijlage 1B' is opgenomen, staat op de tweede positie. Imatinib (Glivec®), dat vorig jaar nog de grootste kostenstijger op 'Bijlage 1B' was, bezet de derde plaats in deze top 3.

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 2006 bedraagt het marktaandeel van apotheken 92%. Volgens het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), waren er op 1 januari 2006 584 apotheekhoudende huisartsen werkzaam in Nederland. Het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken aan het begin van 2006 bedroeg 480. In 1996 waren dit er nog 702.

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)	€ 964 miljoen	3,1 miljoen
2 Maagmiddelen (maagzuurremmers en dergelijke)	€ 656 miljoen	2,7 miljoen
3 Middelen voor het centrale zenuwstelsel (antidepressiva, pijnstillers, slaapmiddelen en dergelijke)	€ 635 miljoen	2,8 miljoen
4 Middelen voor het ademhalingsstelsel (middelen bij astma, chronische longziekten en dergelijke)	€ 460 miljoen	2,2 miljoen
5 Overige middelen	€ 1.587 miljoen	
Totale uitgaven	€ 4.302 miljoen	10,8 miljoen

Het aantal patiënten dat in het laatste halfjaar van 2006 bij de openbare apotheek een middel heeft afgehaald dat gericht is op het hart vaatstelsel, bedroeg 3,1 miljoen. 2,8 miljoen Nederlanders kregen een middel verstrekt 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 geneesmiddelen kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld.

In totaal hebben 10,8 miljoen Nederlanders in de tweede helft van 2006 een of meer geneesmiddelen gekregen via een openbare apotheek. Dit komt overeen met 72% van de totale patiëntenpopulatie die door apotheken wordt bediend.

Cholesterolverlagers

In 2006 is er voor € 354 miljoen aan cholesterolverlagende middelen via de openbare apotheken verstrekt. Ten opzichte van vorig jaar is dit een toename van € 42 miljoen, ofwel 14%. De stijging van de uitgaven aan cholesterolverlagers is volledig terug te voeren op de toename in het gebruik van deze middelen. Het gebruik stijgt al jaren tussen de 15 en de 20%. Ook 2006 vormde daarop geen uitzondering met een toename van 17% (gemeten in DDD's). De uitgaven stegen dus minder snel dan het gebruik. Dit betekent dat artsen en apothekers relatief vaker kozen voor

een goedkopere cholesterolverlager. Het aantal gebruikers dat in de tweede helft van het jaar via de apotheek een cholesterolverlagend middel heeft ontvangen, is gestegen van 1.129.000 in 2005, tot 1.318.000 personen in 2006. Iemand die eenmaal een cholesterolverlager gebruikt, gaat hiermee doorgaans door gedurende de rest van het leven.

Van de 5,9 miljoen voorschriften voor cholesterolverlagende geneesmiddelen in 2006, betreft 93% de groep cholesterolsyntheseremmers (statines). Het aantal verstrekkingen van statines is in de afgelopen vier jaar gestegen van 3,1 miljoen tot 5,5 miljoen. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 16%. In dezelfde periode zijn de uitgaven aan deze middelen opgelopen van € 277 miljoen tot € 323 miljoen. Dankzij de prijsverlagingen die voortvloeiden uit de afspraken van de overheid met de sector en het verlopen van de octrooien op het veelgebruikte simvastatine (2003) en pravastatine (2004), is het gemiddelde prijsniveau voor de diverse statines fors gedaald. Hierdoor is de omzettoename in de periode 2002 tot en met 2006 beperkt gebleven tot gemiddeld 4,2% per jaar. Wel is het zo dat de omzet in geld door het toenemend gebruik in 2006 voor het eerst weer boven het niveau van 2003 lag.

De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is atorvastatine (Lipitor®). De omzet hiervan nam in 2006 toe van € 147 miljoen tot € 162 miljoen. Met deze omzet behoudt atorvastatine tevens de eerste positie in de top 10 geneesmiddelenuitgaven van 2006. Ook hier is de uitgavenstijging voornamelijk toe te schrijven aan een toename in het gebruik van het middel. Het aantal verstrekkingen steeg met 14% tot 1.744.000. Opmerkelijk is dat het gebruik van simvastatine (Zocor®) veel sterker steeg dan atorvastatine. Het aantal verstrekkingen van simvastatine nam met 28% toe tot 2.290.000. In het laatste kwartaal van 2006 verstrekten openbare apothekers in 97% van de gevallen een generieke variant. Ook het gebruik van rosuvastatine steeg sterker dan het gemiddelde. Gemeten naar omzet is rosuvastatine nu de derde cholesterolverlager.

De overige cholesterolverlagende middelen hebben slechts een beperkt aandeel in verstrekkingen en uitgaven. Uitzonderingen zijn het relatief nieuwe middel ezetimib (Ezetrol®) en de combinatie daarvan met simvastatine (Inegy®). In 2006 kwamen de uitgaven aan deze middelen uit op € 25 miljoen voor 241.000 verstrekkingen.

Maagzuurremmers

In 2006 is € 288 miljoen aan maagzuurremmers via de openbare apotheken uitgegeven, € 16 miljoen meer dan in het jaar daarvoor. Van de totale omzet van € 288 miljoen is € 266 miljoen (92%) besteed aan geneesmiddelen uit de

categorie protonpompremmers. Tot deze categorie behoren onder meer omeprazol, pantoprazol en esomeprazol. In de afgelopen jaren is het aantal recepten voor protonpompremmers gestegen van 3,3 miljoen in 2002 tot 5,3 miljoen in 2006, een jaarlijkse groei van 13%. Gedeeltelijk ging deze stijging ten koste van H2-antagonisten als ranitidine en cimetidine. In 2006 ontvingen 791.000 personen een voorschrift voor een protonpompremmer.

Omeprazol (Losec®) blijft de meest gebruikte maagzuurremmer. Het middel, waarvan het octrooi in 2002 is verstreken, staat met 2,5 miljoen voorschriften op de vierde plek in de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen. Dit zijn 900.000 voorschriften meer dan concurrent pantoprazol (Pantozol®). In omzet is omeprazol in 2006 ingehaald door pantoprazol. De omzet van pantoprazol nam met 11% toe tot € 97 miljoen. Daarmee bezet pantoprazol de derde plaats in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven. De derde protonpompremmer in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven is esomeprazol (Nexium®). De kosten van dit geneesmiddel namen met 12% toe tot € 55 miljoen.

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 bijna 30%.

Antidepressiva

Na een stabilisatie in 2005 gebruikten in 2006 weer meer Nederlanders antidepressiva dan een jaar eerder. In het laatste halfjaar van 2006 verstrekten de openbare apotheken aan 780.000 personen een antidepressivum. In dezelfde periode in 2005 betrof dit 760.000 mensen. Het aantal jongeren tot 21 jaar dat een antidepressivum gebruikt, ligt rond de 14.000 personen.

Het aantal voorschriften is gestegen met 6% tot 5,8 miljoen. Hiermee behoren antidepressiva overigens nog steeds tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen in Nederland. De uitgaven aan antidepressiva daarentegen daalden in het tweede opeenvolgende jaar tot € 156 miljoen. Dit is € 6 miljoen minder dan in 2005. Deze omzetsdaling hangt samen met de prijsverlagingen ten gevolge van het convenant en met de verlaging van de wettelijke maximumprijzen.

Paroxetine behoudt met 1,4 miljoen voorschriften de koppositie binnen de antidepressiva, maar is 52.000 keer minder afgeleverd dan in 2005. Het middel moet steeds meer terrein afstaan aan venlafaxine (Efexor®) en citalopram (Cipramil®). Van beide geneesmiddelen nam het aantal

voorschriften toe met 14% respectievelijk 12%. Het aan citalopram verwante escitalopram (Lexapro®) behoort tot de sterkte uitgavenstijgers binnen deze geneesmiddelengroep.

Astma/COPD

In 2006 hebben de openbare apotheken ruim 6 miljoen keer een geneesmiddel verstrekt bij astma en COPD voor € 334 miljoen. De twee belangrijkste soorten geneesmiddelen bij astma en COPD zijn luchtwegverwijders en ontstekingsremmers. Bijna de helft van de omzet komt voor rekening van de combinatiepreparaten van ontstekingsremmers met luchtwegverwijders. In 2006 hebben de openbare apotheken 3,2 miljoen keer een luchtwegverwijdend middel verstrekt voor een totaalbedrag van € 120 miljoen. Ontstekingsremmers zijn 1,2 miljoen keer afgeleverd. De hiermee gepaard gaande uitgaven bedroegen € 54 miljoen. Combinatiepreparaten van ontstekingsremmers met luchtwegverwijders zijn 1,7 miljoen keer verstrekt met € 160 miljoen aan bijbehorende omzet.

De uitgaven bij de geneesmiddelen die worden toegepast bij astma en COPD vertoont al enkele jaren eenzelfde opwaartse trend. Deze wordt veroorzaakt door een toenemend gebruik van de geneesmiddelen, vooral de combinatiepreparaten (+11%). De stijging van de uitgaven aan de combinatie salmeterol met fluticason (Seretide®) zet door. In 2006 is € 111 miljoen aan dit middel besteed, € 9 miljoen (+9%) meer dan in 2005. Dit bedrag omvat ook de receptregelvergoeding voor de dienstverlening van de apotheek. Ook het gebruik van het combinatiepreparaat Symbicort® blijft toenemen. In 2006 is Symbicort® 543.000 keer afgeleverd via de openbare apotheken. De totale omzet aan Symbicort® kwam hiermee uit op € 49 miljoen, € 7 miljoen (+17%) meer dan in het voorgaande jaar.

Tiotropium (Spiriva®) is een luchtwegverwijder die voorgeschreven wordt bij COPD. Sinds het middel in het tweede kwartaal van 2002 op de markt is gekomen, zijn de uitgaven sterk gestegen. In 2006 nam de omzet van tiotropium met € 7 miljoen toe tot € 53 miljoen (+16%). In het afgelopen jaar is het middel 613.000 keer verstrekt, 73.000 keer meer dan in 2005 (+14%).

Top 10 geneesmiddelen

Verder gedetailleerd op stofniveau zijn de 10 geneesmiddelen met de grootste omzet in de openbare apotheken goed voor een uitgaventotaal van € 828 miljoen. Dit is 19% van de totale uitgaven in 2006. Voor een top 10 middel moet gemiddeld ruim 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 € 18,71 in 1997 tot € 26,02 in 2006 bepalen.

Unieke leveringen in top 10

De TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept voeren de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging aan. Deze middelen worden onder meer ingezet bij ernstige vormen van reuma. Adalimumab en etanercept hebben in korte tijd een plek binnen de top 10 veroverd. Het gaat weliswaar om een relatief kleine groep gebruikers, maar de kosten van deze geneesmiddelen bedragen bijna € 40 per standaarddagdosering. Adalimumab en etanercept worden gerekend tot de directe of unieke leveringen. De fabrikanten van deze geneesmiddelen distribueren hun geneesmiddel selectief. Dit betekent dat niet iedere openbare apotheek deze geneesmiddelen zonder meer kan leveren. Adalimumab wordt door slechts één apotheek in ons land geleverd. Bij etanercept ligt de situatie anders. Ongeveer de helft van de verstrekkingen loopt via één exclusieve apotheek, terwijl de andere helft via de reguliere openbare apotheek zijn bestemming vindt. De omzet van beide geneesmiddelen is in 2006 sterk gegroeid. Etanercept bezet in de top 10 een zesde plaats met een omzet van € 66 miljoen. Dit is een stijging van 33% ten opzichte van 2005. Adalimumab vinden we een plaats lager terug met een omzet van € 62 miljoen; een stijging van 60%.

Meest verstrekte geneesmiddelen

De selectieve bètablokker metoprolol (Lopresor[®], Selokeen[®]) is in 2006 het meest verstrekt via de openbare apotheken. Metoprolol, dat wordt gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris, is het afgelopen jaar 3,4 miljoen keer afgeleverd, 373.000 keer meer dan in 2005. Alleen het aantal voorschriften voor simvastatine steeg sterker. De voorschriftenstijging van metoprolol is toe te schrijven aan een advies van het Nederlands Huisartsen Genootschap om metoprolol in plaats van atenolol te gebruiken bij aandoeningen die met een selectieve bètablokker moeten worden behandeld. 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 gestegen tot € 60 miljoen, waarmee het middel op de achtste plaats in de top 10 geneesmiddelen-uitgaven staat.

Het kalmeringsmiddel oxazepam (Seresta[®]) bezet de tweede plaats met 2.919.000 verstrekkingen. Vergeleken met het jaar 2005 betreft dit een toename van 2,1%. 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 2.530.000 keer verstrekt in 2006 en staat op de vijfde plaats. Samen nemen oxazepam en temazepam de helft van alle verstrekkingen van benzodiazepines voor hun rekening. Het College voor zorgverzekeringen

heeft aan de Minister van VWS geadviseerd om de vergoeding van benzodiazepines te beperken.

1.08 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2006

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Uitgaven (€)	
1	C10AA05	Atorvastatine (1)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	162 miljoen
2	R03AK06	Salmeterol met fluticason (2)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	111 miljoen
3	A02BC02	Pantoprazol (4)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	97 miljoen
4	A02BC01	Omeprazol (3)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	94 miljoen
5	C10AA01	Simvastatine (5)	Zocor®	Cholesterolverlagend	68 miljoen
6	L04AA11	Etanercept (9)	Enbrel®	Bij reuma	66 miljoen
7	L04AA17	Adalimumab (-)	Humira®	Bij reuma	62 miljoen
8	C07AB02	Metoprolol (6)	Lopresor®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	60 miljoen
9	A02BC05	Esomeprazol (8)	Nexium®	Remt de maagzuurproductie	55 miljoen
10	R03BB04	Tiotrium (10)	Spiriva®	Bij aandoening luchtwegen	53 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.09 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2006

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename uitgaven (€)	
1	L04AA17	Adalimumab (2)	Humira®	Bij reuma	19 miljoen
2	L04AA11	Etanercept (3)	Enbrel®	Bij reuma	18 miljoen
3	C10AA05	Atorvastatine (1)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	15 miljoen
4	C10AA01	Simvastatine (-)	Zocor®	Cholesterolverlagend	12 miljoen
5	A02BC02	Pantoprazol (6)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	10 miljoen
6	R03AK06	Salmeterol met fluticason (5)	Seretide®	Bij aandoening luchtwegen	9 miljoen
7	L03AA13	Pegfilgrastim (-)	Neulasta®		7 miljoen
8	R03BB04	Tiotropium (-)	Spiriva®	Bij aandoening luchtwegen	7 miljoen
9	R03AK07	Formeterol met budesonide (9)	Symbicort®	Bij aandoening luchtwegen	7 miljoen
10	C10AA07	Rosuvastatine (8)	Crestor®	Cholesterolverlagend	7 miljoen

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.10 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2006

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Voorschriften	
1	C07AB02	Metoprolol (1)	Lopresor®, Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	3.357.000	
2	N05BA04	Oxazepam (2)	Seresta®	Kalmeringsmiddel	2.919.000
3	B01AC06	Acetylsalicylzuur (5)	Aspirine®	Bloedplaatjesaggregatieremmer	2.567.000
4	A02BC01	Omeprazol (6)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	2.533.000
5	N05CD07	Temazepam (3)	Normison®	Slaapmiddel	2.530.000
6	M01AB05	Diclofenac (4)	Voltaren®	Pijnbestrijding	2.383.000
7	C10AA01	Simvastatine (8)	Zocor®	Cholesterolverlagend	2.290.000
8	A10BA02	Metformine (9)	Glucophage®	Bij diabetes	1.950.000
9	B01AC08	Carbasalaatcalcium (7)	Ascal®	Bloedplaatjesaggregatieremmer	1.928.000
10	C10AA05	Atorvastatine (-)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	1.744.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.11 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2006

	Stofnaam	Merknaam	Soort geneesmiddel	Toename voorschriften	
1	C10AA01	Simvastatine (10)	Zocor®	Cholesterolverlagend	475.000
2	C07AB02	Metoprolol (1)	Lopresor®, Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	373.000	
3	A02BC01	Omeprazol (-)	Losec®	Remt de maagzuurproductie	348.000
4	B01AC06	Acetylsalicylzuur (-)	Aspirine®	Bij misselijkheid	273.000
5	A10BA02	Metformine (-)	Glucophage®	Bij diabetes	257.000
6	C03AA03	Hydrochloorthiazide (7)	Diverse	Plasmiddel	239.000
7	A02BC02	Pantoprazol (-)	Pantozol®	Remt de maagzuurproductie	231.000
8	C10AA05	Atorvastatine (5)	Lipitor®	Cholesterolverlagend	199.000
9	C09AA04	Perindopril (-)	Coversyl®		155.000
10	C08CA01	Amlodipine (-)	Norvasc®	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	150.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

NB: Naast de in tabel 1.08 t/m 1.11 genoemde merknamen zijn in voorkomende gevallen ook de merkloze varianten begrepen in de vermelde cijfers.

De cijfers tussen de haakjes achter de stofnaam in tabel 1.08 t/m 1.11 geeft de positie in de top 10 in 2005 weer.

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. Waar het marktaandeel van deze groep in 1995 nog slechts 28% was, is dit inmiddels opgelopen tot 54%. In 2006 is 74 miljoen keer een generiek geneesmiddel op voorschrift afgeleverd via de openbare apotheek. Dat is een stijging van 11% ten opzichte van 2005. De ontwikkeling sluit aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in het convenant met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen. Wat betreft geneesmiddelenkosten is het generieke marktaandeel met 9% toegenomen tot 22% in 2006. De groei bij de merkloze geneesmiddelen gaat vooral ten koste van de parallel geïmporteerde geneesmiddelen. Het marktaandeel van specialités nam slechts licht af.

In 2006 leverden de apotheken 9,5 miljoen keer een parallel geïmporteerd geneesmiddel af. Dit is vrijwel evenveel als in het voorgaande jaar. Omdat de andere productcategorieën wel vaker werden afgeleverd, nam het marktaandeel af. 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 willen de fabrikanten eventueel omzetverlies zo veel mogelijk beperken.

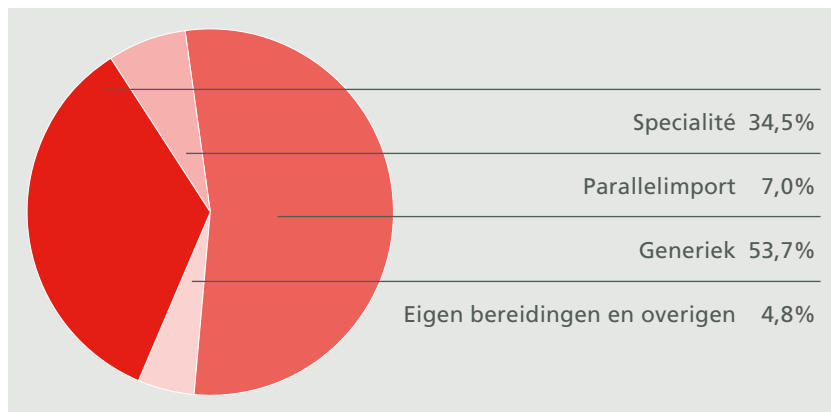
Het aantal door openbare apotheken zelf bereide geneesmiddelen is sinds 2001 redelijk stabiel. Het aantal eigen bereidingen is toegenomen van 6,4 miljoen in 2005 tot 6,5 miljoen in 2006 (+2,6%). Eén op de twintig afgeleverde geneesmiddelen die vallen onder het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket 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 huidaandoeningen zoals eczeem, jeuk, aambeien of bij ernstige droge huid. Aan deze crèmes kunnen desgewenst geneesmiddelen worden toegevoegd, zoals lidocaïne (met lokale anesthetische werking). Daarnaast wordt in de apotheek ook regelmatig natriumfluoride mondspoeling bereid en afgeleverd, evenals zure oordruppels voor de uitwendige gehoorgang en oogdruppels en -zalven.

Verbandmiddelen

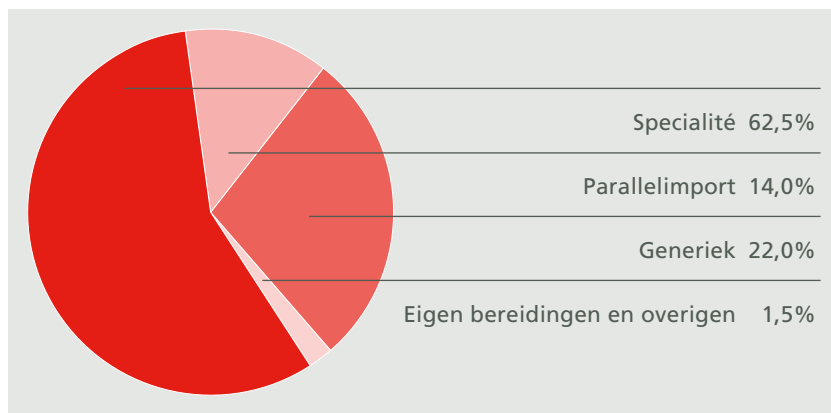
De levering van verbandmiddelen valt met ingang van 2006 niet langer onder het budget voor farmaceutische hulp, maar onder het budget voor medische hulpmiddelen. Deze zijn in figuur 1.14 en 1.15 buiten beschouwing gelaten.

1.12 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2006



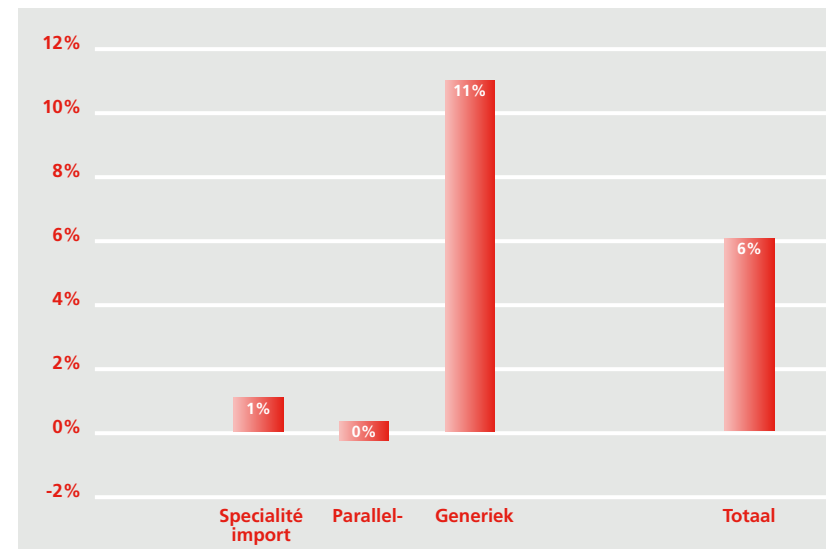
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.13 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2006



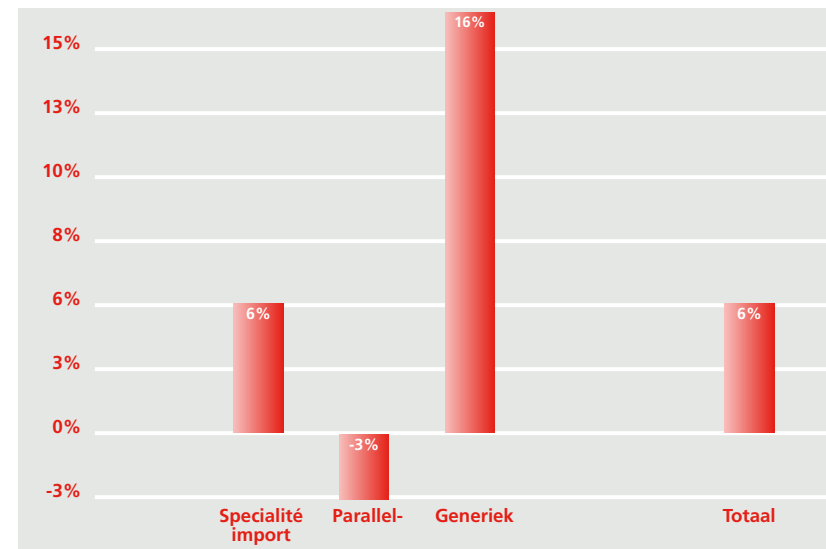
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.14 Ontwikkeling in het gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2005-2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.15 Ontwikkeling in het gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2005-2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.6 Vergoeding apotheken

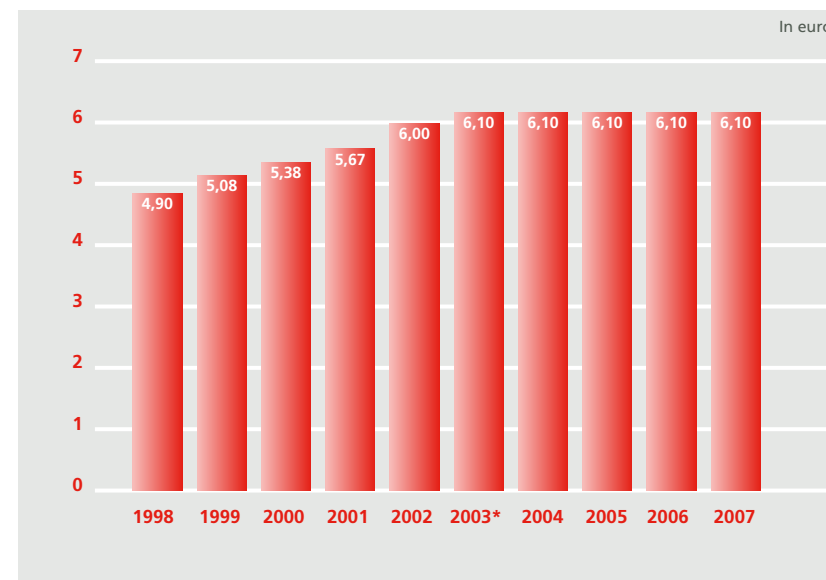
In 2006 hebben openbare apotheken voor € 824 miljoen aan vergoeding voor hun dienstverlening gerealiseerd. Hiermee is de receptregelvergoeding verreweg voor WMG-geneesmiddelen (€ 798 miljoen) en de apotheekmarge op geneesmiddelen die niet vallen onder de WMG (€ 26 miljoen). De receptregelvergoeding is verreweg de belangrijkste component van de apotheekvergoeding. In 2006 bedroeg de receptregelvergoeding € 6,10 per afgeleverd WMG-geneesmiddel.

Vergoeding per voorschrift

De inkomsten van de apotheek houden geen gelijke tred met de geneesmiddelenkosten, doordat de apotheekvergoeding voor het afleveren van WMG-geneesmiddelen gekoppeld is aan het artsenvoorschrift en niet gerelateerd is aan de prijs van het af te leveren geneesmiddel. WMG-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 is de wettelijke basis onder de prescriptieregeling, die beperkingen stelt aan de te vergoeden maximale hoeveelheden geneesmiddel, in 2006 komen te vervallen. In de meeste gevallen hebben de zorgverzekeraars met apothekers afgesproken om de oude regeling toch te handhaven.

Het tarief dat apotheken voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen per afgeleverd receptgeneesmiddel is op 1 januari 2006 gelijk gebleven aan het tarief van 2005: € 6,10. Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit jaarlijks de beleidsregels voor de receptregelvergoeding vast. Bij de aanpassing van de receptregelvergoeding houdt de NZa naast de inflatie en de loonkostenontwikkeling rekening met de ontwikkeling van het aantal voorschriften per apotheek (via aanpassing van de rekennorm). Ook in 2007 bedraagt de receptregelvergoeding € 6,10.

1.16 Apotheekvergoeding per WTG- respectievelijk WMG-voorschrift



* september – december 2003: € 6,30

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). Ook het geneesmiddelenconvenant speelt een belangrijke rol bij de prijsverlagingen in de afgelopen jaren. Onder druk van een actief prijsbeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 met meer dan 34% gedaald (zie figuur 2.01).

2.1 Wet Geneesmiddelenprijzen

In 1996 is de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) 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. In 2006 en 2007 zet deze trend zich voort. Onder invloed van de lagere maximumprijzen daalde het prijspeil in april 2006, oktober 2006 en in april 2007 met bijna 1%. De WGP is momenteel het belangrijkste instrument van de overheid om invloed uit te oefenen op de geneesmiddelenprijzen. De overheid wil deze invloed verder doen gelden door in de rijksbegroting voor 2007 aan te kondigen dat ze de uitvoering van de Wet geneesmiddelenprijzen zal aanpassen.

2.2 Wet Marktordening Gezondheidszorg

Op 1 oktober 2006 is de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in werking getreden. De WMG vervangt de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Prestaties en tarieven die onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vielen, vallen ook onder de WMG. Via de WMG 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 (paragraaf 4.2). Voorheen werd de receptregelvergoeding vastgesteld door het CTG, maar met de komst van de Wet Marktordening Gezondheidszorg, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) sinds 2007 de receptregelvergoeding vast. Voor de hoogte van het tarief maakte de bovengenoemde wijzigingen niet veel uit, aangezien deze in 2007 voor het vijfde opeenvolgende jaar werd vastgesteld op € 6,10. Apotheekhoudende huisartsen hanteren deze receptregelvergoeding ook als passantentarief. Bij ingeschreven verzekerden ontvangen apotheekhoudende huisartsen op kwartaalbasis een abonnementstarief per ingeschreven verzekerde ongeacht het aantal receptgeneesmiddelen dat de persoon in kwestie afhaalt. Per 1 januari 2007 is dit abonnementstarief vastgesteld op € 8,70 per kwartaal. Voor apotheekhoudende huisartsen die met de zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over de scheiding van zorg en handel gelden afwijkende tarieven (€ 8,10 per kwartaal bij personen jonger dan 65 jaar, € 29,90 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 ExPres. In het kader van de WTG ExPres, die per 1 februari 2005 is ingevoerd, heeft het CTG/ZAio (thans NZa) onder meer de bevoegdheid om voor individuele zorgverleners bindende tarieven vast te stellen. Deze bevoegdheden zijn overgenomen in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG).

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 Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin) 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.

Convenantspartijen 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. Incidenteel leidde het convenant 2004 ook tot prijsverlagingen bij specialitégeneesmiddelen. Zo verlaagde fabrikant Pfizer de prijs van de veelgebruikte calciumblokker amlodipine (Norvasc®) met 40%, toen in maart 2004 het patent op dit middel verliep.

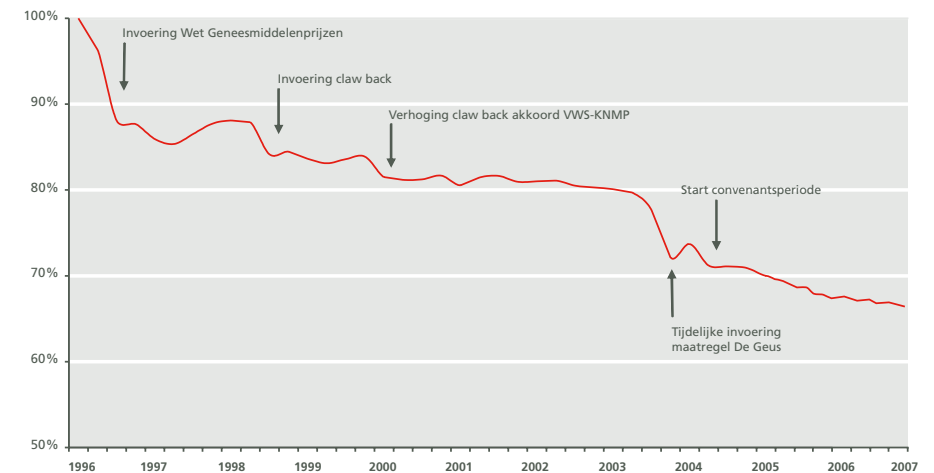
2.2.6 Verlenging convenant tot 2007

Ondanks het feit dat de aanvankelijke besparingsdoelstelling voor 2004 niet helemaal gehaald werd, waren alle convenantspartijen 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 convenantspartij 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 er geen generieke alternatieven beschikbaar zijn).

Aan deze toezegging heeft de Nefarma wel de voorwaarde verbonden dat de overheid gedurende de looptijd van het convenant afziet van een aanscherping van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (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.

Op 13 december 2005 zijn convenantspartijen 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. Ook in 2006 zijn de bezuinigingsdoelstellingen gehaald. De SFK berekent de besparingsopbrengst op € 919 miljoen (incl. BTW). Hiervan komt € 205 miljoen (incl. BTW) op het conto van de claw backregeling en vloeit € 713 miljoen (incl. BTW) voort uit prijsverlagingen die sinds 1 januari 2004 zijn doorgevoerd.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2.7 Praktijkkosten en inkoopvoordelen

In maart 2007 zijn de resultaten van de onderzoeken naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden gepresenteerd. Deze onderzoeken zijn in opdracht van VWS uitgevoerd door onderzoeksbureau ConQuaestor en vloeien voort uit de afspraken die partijen hebben vastgelegd in het geneesmiddelenconvenant 2006-2007. VWS, KNMP en ZN hebben binnen het kader van het convenant afgesproken dat de invoering van de nieuwe kostendekkende tariefssystematiek gelijktijdig plaats vindt met het vervallen of verrekenen van de door apotheken gerealiseerde bovenmatige inkoopvoordelen.

Uit de onderzoeken blijkt dat de vergoeding van de praktijkkosten voor een gemiddelde openbaar apotheek ontoereikend is als dekking voor de werkelijke kosten. In het praktijkkostenonderzoek is vastgesteld dat de kosten die direct uit de financiële administratie te herleiden zijn in 2004 uitkwamen op € 500.196 per apotheek. Het voormalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) stelde de praktijkkostenvergoeding voor 2004 vast op € 386.031. In beide bedragen is het norminkomen voor de apotheker van € 97.695 niet inbegrepen. Dit betekent dat de gemiddelde apotheek ten minste € 114.165 (500.196 – 386.031) aan praktijkkosten heeft moeten financieren via inkoopvoordelen. In het onderzoek zijn alleen kosten meegenomen die rechtstreeks herleidbaar zijn uit de financiële administratie van de apotheek. De onderzoekers geven aan dat zij de kosten van emballage en spillage niet hebben kunnen vaststellen. Ook een rentevergoeding voor het eigen geld dat apothekers in de apotheek investeren of in eigendomspanden hebben opgebouwd, is nog niet vastgesteld. Per apotheek komen deze posten neer op een bedrag van circa € 45.000. Het totale tekort op de praktijkkostenvergoeding bedraagt daarmee € 159.000 per apotheek.

Uit het onderzoek naar de inkoopvoordelen komt naar voren dat de gemiddelde apotheek in 2004 € 311.000 aan inkoopvoordelen heeft gerealiseerd. Dit is 16,5% van de inkoopwaarde. Apothekers droegen hiervan € 98.000 af via de claw back. Het resterende inkoopvoordeel bedroeg daardoor € 213.000. Zoals hierboven is becijferd had een apotheker ongeveer € 159.000 nodig om de kosten van de apotheekpraktijk te dekken. Per saldo resteert voor de apotheker een bedrag van € 54.000. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de kosten en risico's die voortvloeien uit de uitoefening van het apotheekbedrijf.

De resultaten zullen worden gebruikt om te komen tot een bijstelling van het tarief voor apothekers via een nieuwe vergoedingssystematiek. 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. De NZa denkt hierbij aan de invoering van een gedifferentieerd 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 zondagsdiensten 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 uitgiften van geneesmiddelen en vervolguutgiften.

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. Er wordt gestreefd naar invoering van de nieuwe vergoedingssystematiek per 1 januari 2008.

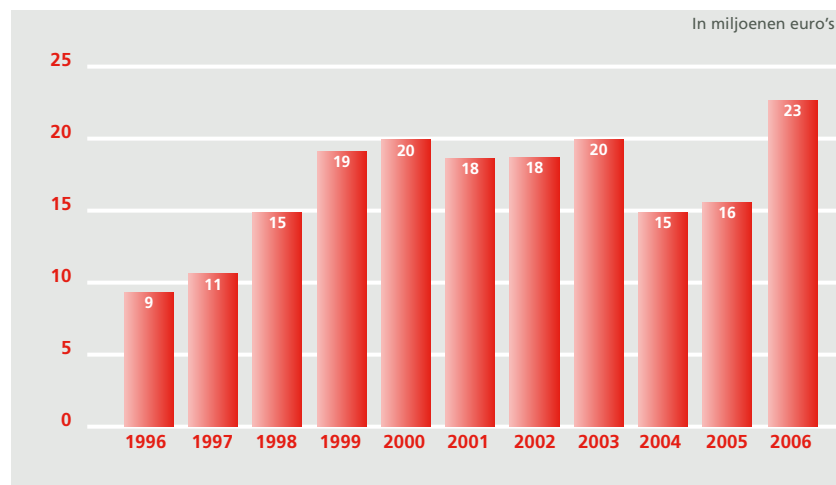
2.3 Geneesmiddelenvergoedingssysteem

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 apotheek betaalde de Nederlandse patiënt in 2006 gemiddeld 0,5% uit eigen zak. Naast een bedrag van € 234 miljoen voor (genees)middelen die in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen (waarvan € 65 miljoen voor anticonceptiva), is er in 2006 in het kader

van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) € 23 miljoen bijbetaald. Dit is € 7 miljoen meer dan in het voorafgaande jaar. Bijna een derde deel van deze GVS-bijdragen komt voor rekening van methylfenidaat met vertraagde afgifte (Concerta®). De totale bijbetaling voor dit geneesmiddel kwam uit op € 7,6 miljoen. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2005. Methylfenidaat wordt gebruikt bij de behandeling van kinderen en volwassenen met ADHD. Ook atomoxetine (Strattera®) wordt hiervoor ingezet. Dit middel vinden we eveneens terug in de top 3 van geneesmiddelen met de hoogste eigen bijdrage. De totale bijbetaling voor dit geneesmiddel bedraagt € 2,3 miljoen euro. De tweede plaats wordt ingenomen door tolterodine (Detrusitol®), een middel dat wordt gebruikt bij mensen die hun plas niet kunnen ophouden, en kent een totale eigen bijdrage van € 3,7 miljoen. Of de eigen bijdrage daadwerkelijk voor rekening van de patiënt zelf komt, hangt in toenemende mate af van de gesloten aanvullende verzekering. Uit een monitor van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat 93% van de Nederlanders er in 2006 voor gekozen heeft om zich aanvullend te verzekeren. De uitgebreidere varianten van deze aanvullende polissen voorzien in een volledige of gedeeltelijke dekking van eigen bijdragen voor geneesmiddelen.

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 toenmalig 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 gemoed. In november 2005 heeft CVZ haar 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.

In februari 2007 heeft het CVZ de minister geadviseerd het GVS te moderniseren. Het CVZ stelt voor de clustercriteria aan te passen en het al dan niet hebben van een octrooi op een geneesmiddel een rol mee te laten spelen bij de hoogte van de vergoeding. Daarnaast is het de bedoeling om de vergoedingslimieten jaarlijks aan te passen. Omdat de wijzigingen in samenstelling van de clusters zeer ingrijpend is en een behoorlijke voorbereiding zal vergen, adviseert het CVZ een lichtere aanpassing van het GVS voor de overgangperiode. Deze aanpassing komt er op neer dat vergoedingslimieten worden vastgezet op het prijsniveau dat de generieke aanbieders van geneesmiddelen hebben gehanteerd ten tijde van het convenant.

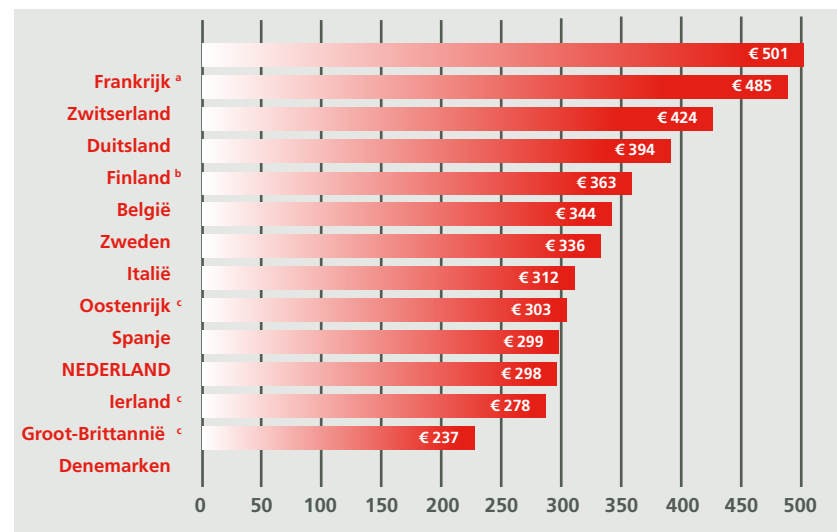
3 Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief

In Nederland zijn de geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking lager dan in de meeste andere West-Europese landen. Dit is sinds jaren een vertrouwd beeld. In 2005 besteedde de Nederlander gemiddeld € 299 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).

In de landen om Nederland heen wordt 20 tot 65% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. In België is in 2005 gemiddeld € 363 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 424 en in Frankrijk € 501. In vergelijking met hekkensluiter Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land ruim 25% hoger. In figuur 3.01 staan de landen Ierland en Groot-Brittannië weliswaar lager dan Nederland vermeld, maar hierbij past als kanttekening dat bij deze landen de vermelde bedragen betrekking hebben op 2004 in plaats van 2005. In Nederland werd toen € 275 per hoofd besteed.

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 14,0% van de bevolking 65 jaar en ouder. In België en Duitsland ligt het aandeel 65-plussers met 17,1% respectievelijk 18,6% een stuk hoger. In Frankrijk is 16,4% van de totale bevolking 65 jaar of ouder. Het gemiddelde voor de Europese Unie bedraagt 17,0% (EU-15, situatie 2004).

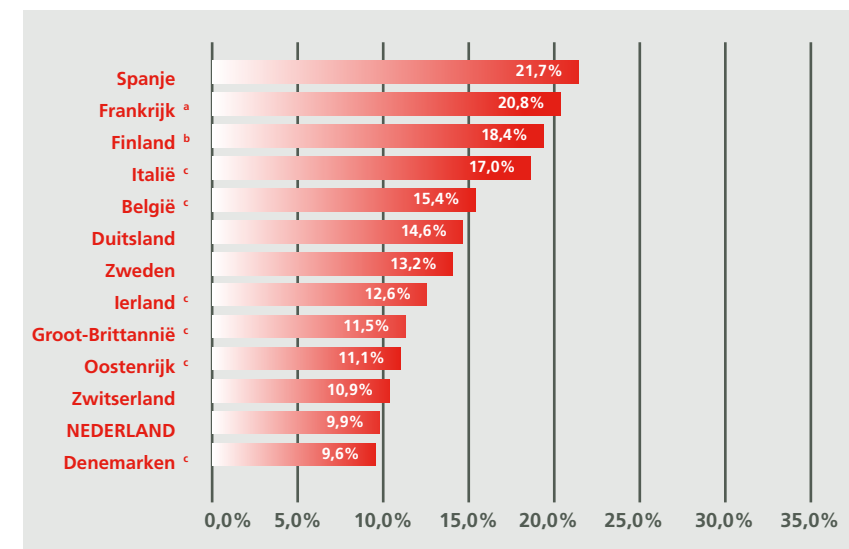
3.01 Geneesmiddelenuitgaven via de apotheek per hoofd van de bevolking in 2005



a Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2005
 b Bron: Pharmaceutical Information Centre, opgave 2004
 c Opgave 2004
 Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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 2005 had 9,9% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland betrekking op uitgaven aan farmaceutische hulp. Nederland bevindt zich hiermee in de Europese startgroep.

3.02 Aandeel uitgaven aan farmaceutische hulp in de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 2005



a Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2005
 b Bron: Pharmaceutical Information Centre, opgave 2004
 c Opgave 2004
 Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In vergelijking met de meeste Europese landen worden er in Nederland veel generieke (merkloze) geneesmiddelen gebruikt. De Nederlandse apotheken leveren inmiddels in 54% van de gevallen een generiek geneesmiddel af. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland en Groot-Brittannië. In landen als België, Frankrijk, Spanje, Oostenrijk en Zwitserland ligt dit aandeel binnen de range van 10 tot 20%.

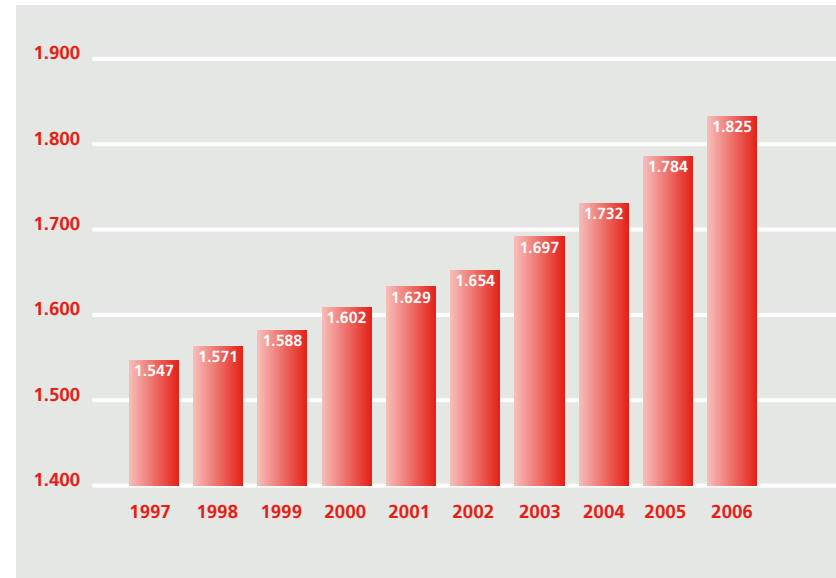
Apotheekgrootte

De Nederlandse apotheken bedienen gemiddeld 8.300 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% 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

Evenals in vorige jaren, is ook in 2006 het aantal openbare apotheken in Nederland fors toegenomen. Eind 2006 telde Nederland 1.825 openbare apotheken. Dit zijn 41 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 marktaandeel hebben uitgebreid door het opkopen van apotheken en het opzetten van apotheekketens. 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. Het opkopen van bestaande apotheken door met name farmaceutische groothandels is de belangrijkste verklaring voor het feit dat het percentage apotheken in bezit van apothekers is afgenomen van 70% tot 66%.

De Nederlandse Apotheek Coöperatie (NAPCo) heeft als missie het scheppen

van voorwaarden tot behoud van de zelfstandig ondernemende apotheker. Het aantal leden van NAPCo is het afgelopen jaar opgelopen van 225 tot 266.

Farmaceutische groothandel OPG en apotheekketens LLOYDS Apotheken en de Vier Vijzels zijn - een enkele uitzondering daargelaten - 100% eigenaar van de apotheken die zij in bezit hebben. Begin dit jaar had OPG 220 openbare apotheken in eigendom die zijn ondergebracht in de Mediveengroep. LLOYDS Apotheken heeft in 2006 10 apotheken aangekocht en komt nu op 56 apotheken. Het aantal apotheken in bezit van de Vier Vijzels is het afgelopen jaar gegroeid van 71 naar 75 apotheken. Sinds mei 2007 opereert de Vier Vijzels onder de naam Alliance Apotheek. Groothandel Brocacef heeft de apotheken, die voorheen onderdeel uitmaakten van de Farmassure-groep, ondergebracht in de in februari 2006 geïntroduceerde formule Escura Apotheek. Het aantal eigen apotheken in Escura Apotheek bedraagt ruim 80. Daarnaast nemen ook zelfstandige apotheken deel aan deze formule. Op initiatief van deze vier apotheekorganisaties is in 2005 de Associatie van Ketenapotheken (ASKA) opgericht, met als doel het behartigen van de belangen van centraal geleide apotheekbedrijven. Inmiddels is het aantal ASKA-leden uitgebreid naar 6 apotheekbedrijven die gezamenlijk 470 apotheken (25%) in eigendom hebben.

Naast bovengenoemde apotheekketens worden in Nederland ook enkele apotheken vanuit een stichting (bijvoorbeeld vanuit een gezondheidscentrum) geëxploiteerd (2%). Verder zijn er ook drogisterijketens die openbare apotheken bezitten. Drogisterijketen DA heeft in 2006 één apotheek gesloten en heeft momenteel 3 apotheken in eigendom. Multinational Ahold heeft eerder 5 apotheken ondergebracht bij drogisterijdochter Etos en zette voorts een aantal servicebalies op in Albert Heijn-filialen. Na eerdere berichtgeving van Ahold om te stoppen met het exploiteren van apotheken, zijn nog 4 van de 5 Etos-apotheken in bedrijf. Ook is er een tweetal zorgverzekeraars met een belang in één of meer apotheken. Daarnaast werken andere verzekeraars steeds vaker met bestaande apotheken als zogeheten "preferred providers". In december 2006 heeft een Amsterdamse thuiszorgorganisatie zijn eigen apotheek geopend, die opereert vanuit een pand in Almere. In de loop van 2007 heeft deze apotheek vanwege een faillissement de deuren al weer moeten sluiten.

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. Tot de 1.825 openbare apotheken behoren 28 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. 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 1.825 openbare apotheken zijn ook 4 apotheken meegeteld die hun dienstverlening via internet en post of bezorgdienst afhandelen. Overigens biedt ook een groot aantal reguliere openbare apotheken dienstverlening via het internet aan.

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 8.300 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 2006 verstrekte de gemiddelde openbare apotheek 76.000 keer een geneesmiddel. Dit zijn slechts 300 voorschriften meer dan in 2005, een stijging van 0,4%. Hoewel landelijk gezien het aantal verstrekkingen met 3% is gestegen tot 137 miljoen, heeft de groei van het aantal apothekenvestigingen in ons land ervoor gezorgd dat de voorschriftenstijging per apotheek beperkt is gebleven. In de periode rond de millenniumwisseling was een voorschrifttoename van 3 tot 4% per apotheek gebruikelijk. Alleen in 2004 daalde het gemiddeld aantal verstrekkingen per apotheek ten gevolge van de inperking van de vergoedingsaanspraken.

De omzet van een gemiddelde openbare apotheek bedroeg in 2006 € 2.384.000. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een toename van 2%. De omzetgroei in 2006 is met name terug te voeren op de groei van het aantal recepten van huisartsen en het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen (geneesmiddelen waarvan de kosten meer dan € 500 per voorschrift bedragen). Van de totale omzet van € 2.384.000 is 19%, ofwel € 456.000, bestemd als vergoeding voor de apotheek. De materiaalkosten voor geneesmiddelen, de andere component van de omzet, bedragen € 1.928.000. De belangrijkste inkomstenbron voor de apotheek is de receptregelvergoeding (gemiddeld € 442.000). Dit betreft de vaste apotheekvergoeding die de apotheek in rekening mag brengen bij het verstrekken van een WMG-geneesmiddel (geneesmiddelen die uitsluitend op recept en uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn). Voor 2006 werd deze vaste receptregelvergoeding door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld op € 6,10. In 2007 is dit tarief niet gewijzigd.

Hoewel de landelijke voorschiftengroei heeft geleid tot meer opbrengsten aan receptregelvergoeding (+3,4%), is dit gecompenseerd door de overheveling van de verbandmiddelen van de farmaceutische hulp naar de hulpmiddelen. Waar een doorsnee apotheek in 2005 nog 5.600 keer een Buiten-WMG middel afleverde, was dat in 2006 nog maar 3.600 keer. De apotheeker zag daarmee in de categorie Buiten-WMG geneesmiddelen de helft van zijn inkomsten wegvallen. De omzet en inkomsten aan niet-farmaceutische hulp, waaronder hulpmiddelen, zullen door deze maatregel zijn gestegen. De totale gerealiseerde vergoeding in 2006 van € 456.000 heeft hierdoor het bedrag van 2005 niet voorbij kunnen steken.

4.02 Ontwikkeling geneesmiddelenkosten en aantal voorschriften



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

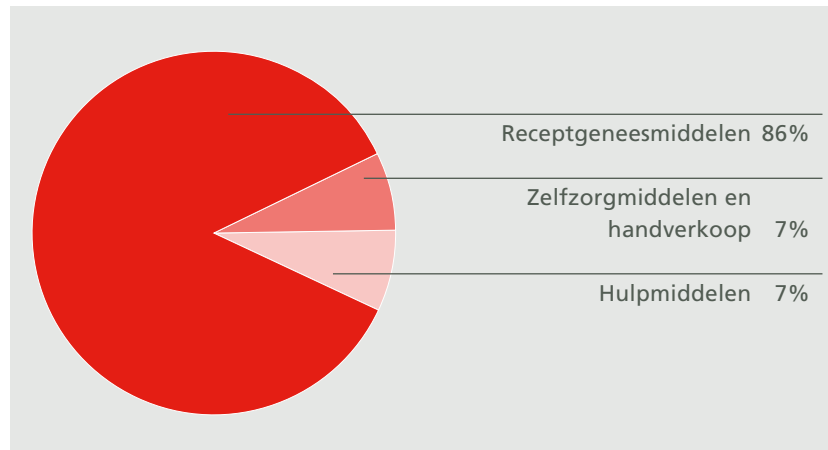
De omzet van een apotheek geeft op zichzelf nog geen indicatie van de winstgevendheid van een apotheek. De inkomsten van de apotheek worden in belangrijker mate bepaald door het aantal receptregels. Een duurder WMG-geneesmiddel levert de apotheek niet meer geld op; de apotheeker ontvangt immers een vaste receptregelvergoeding per voorschrift.

4.2 Apotheekpraktijkkosten

In beginsel dienen de apothekers hun praktijkkosten en hun inkomen te financieren vanuit de receptregelvergoeding die geldt voor WMG-

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 gemeoid zijn in mindering worden gebracht op de receptregelvergoeding.

4.03 Omzet van de apotheek uitgesplitst naar productcategorie, 2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De NZa heeft de praktijkkostenvergoeding voor de door haar gedefinieerde normapotheek per 1 januari 2007 bijgesteld van € 492.709 naar € 508.311. Deze verhoging hangt samen met de prijscompensatie die NZa heeft vastgesteld. In dit bedrag is het norminkomen voor de apotheker-eigenaar van € 103.895 begrepen. 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 € 77.500.

Op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) stelt de NZa jaarlijks de beleidsregels voor de receptregelvergoeding vast. Bij de aanpassing van de receptregelvergoeding houdt de NZa rekening met de toename in het geneesmiddelengebruik. De NZa berekent de receptregelvergoeding op basis van een normatief kostenpatroon van een apotheek met een bepaalde normatieve omvang. De omvang van een apotheek wordt hierbij uitgedrukt in receptregels: de zogeheten rekenorm. Deze rekenorm wordt jaarlijks

bijgesteld op grond van de ontwikkeling van het aantal afgeleverde geneesmiddelen. Voor het jaar 2007 is deze vastgesteld op 83.800 receptregels.

Het niet kostendekkend zijn van de receptregelvergoeding vormt al jaren onderwerp van discussie. In het kader van het geneesmiddelenconvenant wordt onderzocht hoe de door de overheid vastgestelde praktijkkostenvergoeding zich verhoudt tot de actuele praktijkkosten. Tevens wordt onderzoek gedaan naar de behaalde inkoopvoordelen. Deze onderzoeken zijn in opdracht van de NZa in het laatste kwartaal van 2006 gestart. Daarnaast buigt de NZa zich over de invoering van een gedifferentieerde tariefssystematiek voor apotheken, waarbij meer recht wordt gedaan aan de verschillen in kosten die de verschillende soorten verstrekkingen met zich meebrengen en apothekers en zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om aanvullend afspraken te maken over de honorering van additionele zorgprestaties. De NZa streeft naar invoering van de nieuwe tariefssystematiek in 2008 (zie paragraaf 2.2.7).

4.04 Opbouw praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2007

	Praktijkkostenvergoeding (€)	Receptregelvergoeding (€)
Personeelskosten*	240.856	2,87
Huisvestingskosten	58.164	0,69
Algemene kosten	53.682	0,64
Computerkosten	17.111	0,20
Rente	15.581	0,19
Afschrijvingen	13.065	0,16
Autokosten	5.957	0,07
Norminkomen apotheker	103.895	1,24
Totale vergoeding	508.311	6,07
Aftrek opbrengst AWBZ-instellingen	-2.349	-0,03
Ombuigingsbijdrage		0,06
Receptregelvergoeding		6,10

* Inclusief reis- en verblijfskosten, consumpties en opleidingen

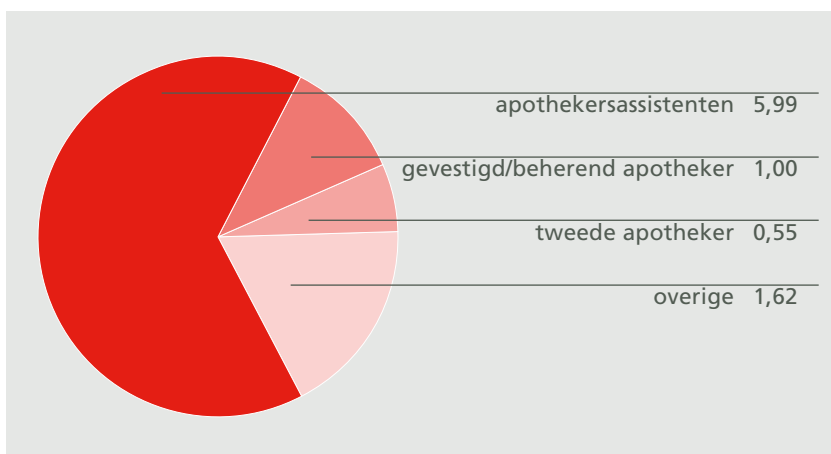
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.05 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	2002	2003	2004	2005	2006	Jaarlijkse toename
Apotheken	1.654	1.697	1.732	1.784	1.825	2,5%
Apothekers	2.670	2.681	2.734	2.789	2.825	1,4%
Apothekersassistenten	13.563	14.133	14.641	15.096	15.427	3,3%
Overige	4.497	4.904	5.057	5.162	5.457	5,0%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.06 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2006 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Verwerkingsgraad

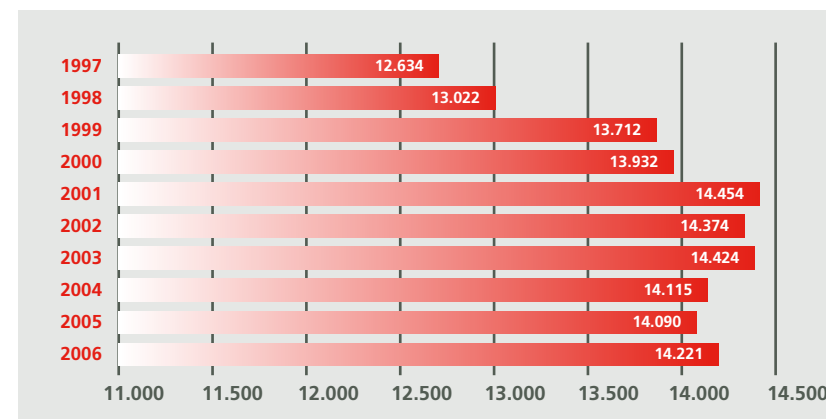
De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften per fulltime apothekersassistent, is een maatstaf om te beoordelen of het personeelsbestand zich verhoudt tot de werkdruk in de apotheek. In 2006 komt de gemiddelde verwerkingsgraad uit op 14.221 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Bij de berekening van de verwerkingsgraad wordt uitgegaan van de verstrekte WMG- en Buiten-WMG-geneesmiddelen ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar. Medische hulpmiddelen zoals stoma- en incontinentiematerialen, alsmede niet-geneesmiddelen die ook vrij verkrijgbaar zijn in drogisterij of supermarkt (en die 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 en op de ervaren werkdruk in de apotheek, zijn onder meer de wijze waarop avond- en weekenddiensten zijn georganiseerd, de mate van robotisering in de apotheek 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

Verscholen toename werkdruk

Op 1 januari 2007 waren er volgens het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA) 15.427 personen werkzaam als apothekersassistent in een Nederlandse openbare apotheek. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een stijging van 331 personen (+2,2%). De meeste apothekers-assistenten geven er de voorkeur aan om parttime te werken. Omgerekend naar fulltime eenheden (FTE) bedraagt de toename van het aantal werkzame apothekersassistenten 2,3%. Deze toename is minder sterk dan de stijging van het geneesmiddelengebruik in 2006, die uitkwam op 3,3%.

Met ingang van 2006 vallen de verbandmiddelen niet langer onder de farmaceutische hulp, maar worden ze tot de medische hulpmiddelen gerekend. Dit betekent dat het aantal verstrekte verbandmiddelen in 2006 niet meer wordt meegerekend bij de vaststelling van de verwerkingsgraad, waar dit in 2005 nog wel het geval was. Worden de 4 miljoen afleveringen van deze middelen in 2006 alsnog meegenomen, dan bedraagt de verwerkingsgraad 14.590 voorschriften per fulltime assistent, een toename van ruim 3,5%. Als de verbandmiddelen worden meegeteld, leidt dit tot 369 extra voorschriften per fulltime assistent.

Veel parttimers

Een fulltime apothekersassistent werkt 36 uur per week. De gemiddelde werkweek onder apothekersassistenten komt in 2006 uit op 25,5 uur per week. Iets meer dan de helft van alle apothekersassistenten werkt per week 24 uur of minder. Omgerekend naar fulltime eenheden werken er gemiddeld 5,99 apothekersassistenten per apotheek. Van alle apothekersassistenten werkt slechts 26% fulltime. In 2002 was dat 32% en in 1999 werkte nog 42% van de assistenten fulltime. 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. Apothekersassistent is een typisch vrouwenberoep. Slechts 1% van de werkzame apothekers-assistenten is een man. Onder de mannen bedroeg het aantal fulltimers 74%, bij de vrouwen betrof dit maar 26%.

Het aantal ondersteunende medewerkers in openbare apotheken is toegenomen van 5.162 tot 5.457 personen (+5,7%). Gemiddeld werken zij een kleine 20 uur per week. Ook hierbij gaat het in veruit de meeste gevallen (77%) om vrouwen. Van de ondersteunende medewerkers heeft 18% een voltijdsbetrekking.

Apothekers

In 2006 studeerden 141 personen af als apotheker aan de faculteiten der farmaceutische wetenschappen in Utrecht en Groningen. Het aantal afgestudeerden loopt hiermee verder terug. De dalende trend is ingezet in 2005, toen er 173 nieuwe apothekers van de opleidingen af kwamen. Velen van de recent afgestudeerde apothekers zijn hun studie in 2000 begonnen, een jaar waarin de animo voor de farmacieopleiding zich op een dieptepunt bevond, zoals blijkt uit de dalende aantallen eerstejaarsstudenten in de periode 1999-2001. Vanwege de beperkte populariteit van de studie in die jaren is te verwachten dat de instroom op de arbeidsmarkt ook het komend jaar nog laag blijft en daarna zal aantrekken. Van de afgestudeerde apothekers kiezen ongeveer 98 personen (70%) voor de openbare farmacie. De toename van het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie is het afgelopen jaar uitgekomen op 36 apothekers. Dit betekent dat in 2006 zo'n 62 openbare apothekers het actieve vak verlieten. Gezien de totale apothekerspopulatie zou een uitstroom van ongeveer 100 personen per jaar te verwachten zijn.

Sinds 2002 mag de studie farmacie zich verheugen op een alsmaar stijgende belangstelling. Het afgelopen jaar telden de farmaceutische opleidingen in Utrecht en Groningen 391 eerstejaarsstudenten. Daarnaast schreven 57 studenten zich als eerstejaars in aan de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Leiden. Hiermee blijft het totaal aantal eerstejaarsstudenten farmacie met 448 personen op vrijwel hetzelfde hoge niveau van 2005, toen zich 443 studenten aanmeldden. In 2006 introduceerde de Universiteit van Utrecht een numerus fixus voor de studie farmacie. Dit leidde ertoe dat veel eerstejaarsstudenten (noodgedwongen) uitweken naar Groningen om de opleiding te kunnen volgen. Het totale aantal studenten aan de farmaceutische opleidingen in Nederland bedraagt begin 2007 1.925 personen. Hiermee is de omvang van studentenpopulatie farmacie nagenoeg gelijk gebleven aan die in 2005. De periode 1999 - 2001 vormde een absoluut dieptepunt voor de studie farmacie met het laagste aantal eerstejaars farmaciestudenten sinds jaren. Deze dip viel samen met het verruimen van de numerus fixus voor de studie geneeskunde in die periode.

Er zijn 1.136 vrouwen (59%) en 789 mannen (41%) die farmacie studeren. Het overwicht van de vrouwen is hiermee niet meer zo sterk als in 2003, toen nog 63% van alle farmaciestudenten vrouw was. Toch zullen de vrouwen vooralsnog de overhand blijven houden: van de 448 eerstejaarsstudenten farmacie is 62% van het vrouwelijke geslacht.

5 KERNCIJFERS FARMACEUTISCHE HULP IN 2006

	Nederland	Gemiddeld per apotheek	Gemiddeld per persoon
Totale uitgaven farmaceutische hulp	€ 4.302.000.000	€ 2.384.000	€ 286
waarvan GVS-bijdragen	€ 23.000.000	€ 13.000	€ 2
Geneesmiddelenkosten	€ 3.479.000.000	€ 1.928.000	€ 231
WMG-geneesmiddelen	€ 3.401.000.000	€ 1.885.000	€ 226
Buiten-WMG-geneesmiddelen	€ 78.000.000	€ 43.000	€ 56
Apotheekvergoeding	€ 823.000.000	€ 456.000	€ 55
Receptregelvergoeding	€ 797.000.000	€ 442.000	€ 53
Marge Buiten-WMG	€ 26.000.000	€ 14.000	€ 2
Voorschriften	137.000.000	76.000	9,12
WMG-geneesmiddelen	131.000.000	72.400	8,69
Buiten-WMG-geneesmiddelen	6.000.000	3.600	0,43
Patiënten	15.000.000	8.300	-

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Colofon

Data en Feiten 2007 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2007.

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens
drs. J.L. Tinke
R.J. van der Vaart

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