

Data en feiten 2009

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Stichting Farmaceutische Kengetallen | 4 |
| 'Data en feiten 2009' in vogelvlucht | 8 |
| Hoofdstuk 1 | |
| Uitgaven aan farmaceutische hulp | 13 |
| 1.1 Lagere groei geneesmiddelenuitgaven | 13 |
| 1.2 De geneesmiddelenkosten | 17 |
| 1.3 Oorzaken structurele groei | 18 |
| 1.4 Hardlopers | 28 |
| 1.5 Marktaandelen productgroepen | 34 |
| 1.6 Vergoeding apotheken | 37 |
| Hoofdstuk 2 | |
| Kostenbeheersing | 41 |
| 2.1 Wet Geneesmiddelenprijzen | 41 |
| 2.2 Wet Marktordening Gezondheidszorg | 41 |
| 2.2.1 Vrijgave inkoopvoordelen | 43 |
| 2.2.2 Claw back | 44 |
| 2.2.3 Akkoord op Hoofdlijnen | 44 |
| 2.2.4 Maatregel De Geus | 44 |
| 2.2.5 Convenantsjaren 2004-2007 | 45 |
| 2.2.6 Transitieakkoord 2008-2009 | 46 |
| 2.2.7 Onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen | 47 |
| 2.2.8 Preferentiebeleid leidt tot prijzenoorlog | 50 |
| 2.3 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel | 51 |
| Hoofdstuk 3 | |
| Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief | 55 |
| Hoofdstuk 4 | |
| De openbare apotheek in cijfers | 59 |
| 4.1 Zelfstandige apotheken versus ketens | 59 |
| 4.2 Omzet openbare apotheek | 61 |
| 4.3 Apotheekpraktijkkosten | 63 |
| 4.4 Personeel en werkdruk | 67 |
| Hoofdstuk 5 | |
| Kerncijfers farmaceutische hulp in 2008 | 73 |

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 waren eind 2008 1.795 van de 1.948 apotheken in ons land aangesloten. De 1.795 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 15 miljoen Nederlanders die jaarlijks 163 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.

Deze uitgave bevat geen gegevens over het gebruik van geneesmiddelen in ziekenhuizen. In opdracht van het ministerie van VWS en onder begeleiding van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) heeft de SFK in november 2007 en in mei 2009 de Monitor Dure- en Weesgeneesmiddelen uitgebracht. Deze monitors laten de uitgavenontwikkeling zien over de periode 2004 tot en met 2007 van de geneesmiddelen die in de beleidsregels dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen. De SFK heeft ook de opdracht gekregen om deze monitor over 2008 uit te voeren.

Privacy

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

en apothekers kunnen alleen gekoppeld worden als alle betrokken personen de SFK hiertoe schriftelijk machtigen. In steeds meer regio's ondersteunt de SFK samenwerkingsverbanden van apothekers en artsen. Bij deze samenwerkingsverbanden worden onderling geneesmiddelengebruikcijfers uitgewisseld via een Data Warehouse, dat via een voor buitenstaanders afgeschermd deel van de SFK-website kan worden geraadpleegd.

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

Deelname aan de SFK

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

Gehanteerde definities

Onder de geneesmiddelenkosten verstaat de SFK de kosten tegen de apotheekvergoedingsprijs (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

| | |
|-------|---|
| Bogin | Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland |
| BTW | Belasting Toegevoegde Waarde |
| CBb | College van Beroep voor het Bedrijfsleven |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| CVZ | College voor Zorgverzekeringen |
| DDD | Defined Daily Dose |
| DGV | Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik |
| 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 (opvolger van CTG, College Tarieven Gezondheidszorg) |
| PMA | Pensioenfonds Medewerkers Apotheken |
| SBA | Stichting Bedrijfsfonds Apotheken |
| SFK | Stichting Farmaceutische Kengetallen |
| VWS | Volksgesondheid, Welzijn en Sport |
| WGP | Wet Geneesmiddelenprijzen |
| WINAp | Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers |
| WMG | Wet Marktordening Gezondheidszorg |
| WTG | Wet Tarieven Gezondheidszorg |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland |

'Data en feiten 2009' in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven met 1,9% gestegen

Via de openbare apotheken is in 2008 € 4.742 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 90 miljoen ofwel 1,9% meer dan in 2007. In vergelijking met de voorgaande jaren is deze uitgavengroei laag. De afgelopen jaren zijn de geneesmiddelen-uitgaven met gemiddeld 6% per jaar gestegen. Prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars zijn de belangrijkste oorzaak van de gematigde uitgavengroei.

Verwachting voor 2009

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2009 licht zullen toenemen tot € 4.805 miljoen. De verwachting voor 2009 is gebaseerd op de gerealiseerde omzet in de eerste helft van 2009 en de verwachte omzet voor de tweede helft. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen als gevolg van het preferentiebeleid en de verlaging van de maximumprijzen naar aanleiding van prijsontwikkelingen in de landen om ons heen.

De verwachte groei zit hoofdzakelijk in het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen. Omdat de groei van de dure geneesmiddelen hoofdzakelijk aan de reguliere apotheek voorbij gaat, zullen deze apotheken hun omzet zien dalen.

Oorzaken groei

Zonder ingrijpen door overheid of marktpartijen stijgen de geneesmiddelenuitgaven op dit moment jaarlijks met 9 tot 10%. Het stijgen van de geneesmiddelenuitgaven is een structureel verschijnsel dat toe te schrijven is aan een verschuiving in het geneesmiddelengebruik naar nieuwere, doorgaans duurdere geneesmiddelen, demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing), 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.

Prijzenslag treft sector

Onder druk van een actief overheidsbeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 tot en met juni 2008 met 45% gedaald. Alleen in 2008 is sprake van een daling van het prijspeil met 10%. Door de invoering van het individuele preferentiebeleid door verzekeraars Menzis, UVIT, CZ en Agis

zijn de prijzen van een groot aantal generieke geneesmiddelen medio 2008 met 90% gedaald. Apotheken zagen hierdoor in één klap de inkoopvoordelen verdwijnen die nodig waren om het tekort op de receptregelvergoeding te dekken. Weliswaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de receptregelvergoeding per 1 januari 2009 verhoogd, maar dit tarief is nog altijd verre van kostendekkend. Daarbij geldt dat het effect van de verhoging van het apotheektarief van € 6,10 tot € 7,28 per receptregel (effectief € 70.000 per apotheek) in het niet valt bij het bedrag van ruim € 200.000 aan inkoopvoordelen dat de doorsneeapotheek heeft zien verdampen als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid. Veel apotheken verkeren door deze omstandigheden in onzekerheid over de financiële continuïteit. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft aangegeven haar tariefbesluit per 1 januari 2009 te willen heroverwegen als de uitkomst van nieuw boekenonderzoek bij apotheken (het vierde boekenonderzoek in twee jaar tijd!) hiertoe aanleiding geeft. De uitkomsten van dit onderzoek werden verwacht per 1 juli 2009, maar zijn op het moment van schrijven van Data en feiten nog niet openbaar gemaakt.

Nieuw tariefstelsel werkt niet

De onzekerheid bij individuele apotheken wordt versterkt door de introductie van een nieuw tariefstelsel door de NZa. Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende maximumtarieven. Zo geldt medio 2009 voor een reguliere uitgifte een basisvergoeding van € 5,50 en voor een weekuitgifte een basisvergoeding van € 3,00 per week. Daarnaast kunnen één of meer aanvullende prestaties van toepassing zijn als sprake is van een (bijzondere) apotheekbereiding, een eerste uitgifte of een uitgifte tijdens een avond-, nacht- of zondagsdienst. Het tariefstelsel leidt van apotheek tot apotheek tot grote verschillen in de inkomsten. Uit onderzoek van de SFK blijkt dat driekwart van de openbare apotheken het tarief van € 7,28 dat de NZa als maatstaf stelt voor de door haar gedefinieerde "standaardapotheek" niet haalt. Naast de introductie van de verschillende aflevertarieven voegde de NZa op 1 januari 2009 een nieuw element aan de tarifiering toe. In theorie wordt apotheken de mogelijkheid geboden om met verzekeraars afspraken te maken over een iets hoger tarief: het zogeheten "maximaal verhoogde tarief". De NZa introduceerde dit systeem onder de noemer "flexibel tarief" teneinde de onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars te stimuleren. In de praktijk blijkt dit systeem in 2009 niet te werken. Volgens een onderzoek van de NZa zouden in 2009 26 van dergelijke contracten gesloten zijn. Dit betreft nauwelijks 0,2% van alle te sluiten contracten tussen apotheken en verzekeraars. Sommige verzekeraars hanteren als voorwaarde voor het hogere apotheektarief dat de apotheek reclame voor de verzekeraar in kwestie maakt.

Meer merkloze geneesmiddelen

De Nederlandse apothekers leveren steeds vaker merkloze geneesmiddelen af. In 2008 betrof ruim de helft van alle verstrekkingen een generiek geneesmiddel, een toename van 15,8%. De toename van het aantal verstrekkingen wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het frequenter declareren van uitgaven in weekdoseersystemen in het nieuwe tariefsysteem. Daarnaast sluit de toename van het aandeel generieke verstrekkingen aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in het convenant met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen.

Meer dure geneesmiddelen

De uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, zijn in de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2008 nam de omzet van deze dure geneesmiddelen met € 158 miljoen toe tot € 852 miljoen. Een steeds groter deel van de uitgaven aan deze middelen vindt zijn weg via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel unieke of directe levering genoemd. Zowel het aantal geneesmiddelen dat direct wordt geleverd als de bijbehorende omzet zijn sterk gegroeid. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen, niet via de reguliere openbare apotheken. Twee geneesmiddelen die worden gerekend tot de directe leveringen (de TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept) zitten hoog in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven én voeren de top 10 uitgavenstijging in 2008 aan.

Nederlander zuinig met geneesmiddelen

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen uitgegeven. De Nederlander consumeerde in 2007 voor € 336 aan geneesmiddelen (inclusief de levering van dure geneesmiddelen). In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 376), Duitsland (€ 444) en Frankrijk (€ 543), wordt gemiddeld 12 tot 60% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. Vergeleken met Denemarken zijn de verschillen in uitgaven per inwoner een stuk kleiner dan voorheen. Door de stijging van het gebruik van dure geneesmiddelen, die in sommige landen alleen via het ziekenhuis verkrijgbaar zijn, kruipt Nederland meer richting het West-Europees gemiddelde (€ 382). De SFK verwacht dat Nederland vanaf 2008 door de invoering van het preferentiebeleid weer tot de staartgroep behoort qua geneesmiddelenuitgaven per persoon.

Groei apotheekvestigingen afgezwakt

Eind 2008 telde Nederland 1.948 openbare apotheken. Dit zijn 55 apotheekvestigingen meer dan een jaar geleden. De groei in apotheekvestigingen die sinds enkele jaren plaatsvindt, is in 2008 wat getemperd. Er waren 83 nieuwe apotheken, maar daartegenover stond een recordaantal

van 28 apotheeksluitingen. De openbare apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van 92,1% van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts (doorgaans in plattelandsgedebieden). De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 7.800 personen. In 2008 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 85.000 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.470.000, € 32.000 minder dan in 2007. De omzetafname is hoofdzakelijk terug te voeren op de prijsverlagingen van generieke middelen ten gevolge van het preferentiebeleid.

Arbeidsmarkt

In ons land waren eind vorig jaar 25.660 personen werkzaam in een openbare apotheek, 4% meer dan in 2007. Het afgelopen jaar steeg het aantal werkzame apothekersassistenten met 285 personen tot 16.312. De meeste apothekersassistenten prefereren een parttime dienstverband. Slechts 26% van de apothekersassistenten werkt fulltime. Doordat de groei van het landelijke aantal verstrekkingen sterker is dan de groei van het apotheekpersoneel, loopt de druk op de arbeidsmarkt op. De verwerkingsgraad, een indicator voor de productiviteit en werkdruk in de apotheek, is in 2008 met 4,5% gestegen tot 15.150 voorschriften. Hierbij is gecorrigeerd voor de invloed van het frequenter declareren van weekafleveringen per juli 2008 ten opzichte van de periode daarvoor. Het aantal vacatures voor assistenten is de afgelopen jaren sterk opgelopen. Apotheken proberen de toegenomen werkdruk deels op te vangen door ondersteunende medewerkers aan te trekken.

Apothekers

Het afgelopen jaar studeerden 130 personen af als apotheker. Het aantal afgestudeerden is hiermee voor het eerst sinds 2005 weer gestegen. De stijging is toe te schrijven aan een opleving van de belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, met aantrekkende aantallen eerstejaarsstudenten farmacie. 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 41 apothekers. Naar verwachting zal de toename in het aantal afgestudeerden en hiermee tevens de instroom van nieuwe apothekers op de arbeidsmarkt ook na 2008 doorzetten. Er is veel belangstelling voor de studie farmacie. In 2008 zijn 516 studenten begonnen met een farmaceutische opleiding in Utrecht, Groningen of Leiden. De studentenpopulatie aan de farmaceutische opleidingen bedroeg aan het begin van 2009 2.482 personen, 15% meer dan een jaar eerder. Met name vrouwen kiezen voor de studie farmacie: 57% van de eerstejaars en 60% van alle ingeschreven studenten is vrouw. Het vrouwelijke overwicht is echter niet meer zo groot als enkele jaren geleden.

1 Uitgaven aan farmaceutische hulp

1.1 Lagere groei geneesmiddelenuitgaven

In 2008 is via Nederlandse openbare apotheken een bedrag van € 4.742 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 90 miljoen (1,9%) meer dan in 2007. In vergelijking met de voorgaande jaren is de uitgavengroei laag. De afgelopen jaren zijn de geneesmiddelenuitgaven namelijk met gemiddeld 6% per jaar gestegen.

Prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen zijn de belangrijkste oorzaak van de gematigde uitgavengroei. Als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars is er een ware prijenslag ontketend onder generieke geneesmiddelenleveranciers. Per 1 juni 2008 daalden de prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen met gemiddeld 85%. Eerder waren de prijzen van generieke geneesmiddelen al met ruim 10% verlaagd als gevolg van het Transitieakkoord dat minister Klink eind 2007 sloot met de geneesmiddelensector. Zonder deze prijsverlagingen zouden de totale geneesmiddelenuitgaven met bijna 9% zijn gestegen.

Tegenover de prijsverlagingen zijn er drie hoofdoorzaken aan te wijzen die er voor zorgen dat de geneesmiddelenuitgaven in 2008 toch hoger waren dan in 2007. Ten eerste groeiden de uitgaven door een toenemend gebruik van dure geneesmiddelen. De SFK rekent geneesmiddelen waarvan de kosten per voorschrift meer dan € 500 bedragen, tot de dure geneesmiddelen. De uitgaven hieraan namen met € 148 miljoen toe van € 704 miljoen in 2007 tot € 852 miljoen in 2008. Dit is een plus van 21%. Deze uitgavengroei gaat aan de reguliere (wijk)apotheek voorbij. Veel fabrikanten kiezen ervoor dure geneesmiddelen te leveren via één enkele groothandel en vaak ook via één landelijk werkende 'apotheek'. Ten tweede zijn de geneesmiddelen-uitgaven met € 69 miljoen toegenomen doordat anticonceptiva weer voor alle vrouwen onder het wettelijk verzekerde pakket vallen. Van 2004 tot en met 2007 werd de pil uitsluitend vergoed aan meisjes en vrouwen tot 21 jaar. Ten derde gebruiken Nederlanders steeds meer geneesmiddelen. Zonder de anticonceptiva mee te rekenen, nam het aantal verstrekte dagdoseringen (DDD's) met 3,0% toe. Dit is meer dan op grond van de vergrijzing en de bevolkingsgroei mag worden verwacht. Deze groei kan voor een belangrijk deel worden verklaard doordat voorschrijvers consequenter richtlijnen en standaarden volgen waarin nieuwe therapeutische inzichten rondom geneesmiddelengebruik zijn vastgelegd.

Bij de oncolytica en immunomodulantia nemen de uitgaven in absolute zin het sterkst toe. In 2008 is hieraan € 596 miljoen besteed. Dit is € 116 miljoen meer dan in 2007. Ook procentueel gezien stegen de uitgaven aan deze geneesmiddelen sterker dan gemiddeld. In 2008 namen de uitgaven met 24,2% toe. Deze toename is voor meer dan de helft toe te schrijven aan de geneesmiddelen entanercept (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. Ook de uitgaven aan proteïnekinaseremmers namen sterk toe. Deze klasse geneesmiddelen wordt ingezet bij diverse vormen van kanker. Een opvallend nieuw geneesmiddel is lenalidomide (Revlimid®), een geneesmiddel dat wordt ingezet bij de ziekte van Kahler. Dit geneesmiddel is eind 2007 in het basispakket opgenomen en bereikte in het eerste volledige jaar een uitgavenniveau van € 13 miljoen. Zowel voor de meeste proteïnekinaseremmers als lenalidomide geldt dat deze eveneens tot de directe leveringen worden gerekend.

De uitgaven aan de groep hart- en vaatmiddelen daalden van € 1.025 miljoen in 2007 tot € 925 miljoen in 2008. Dit is € 100 miljoen minder dan in 2007. Ondanks deze daling zijn de hart- en vaatmiddelen nog steeds de groep met de hoogste uitgaven. Binnen de groep hart- en vaatmiddelen was met name de prijsdaling bij de cholesterolverlagers simvastatine en pravastatine – ondanks een toename van het gebruik – verantwoordelijk voor de daling van de uitgaven. De uitgaven aan statines daalden met € 61 miljoen. Ook de prijzen van ACE-remmers daalden scherp. De uitgaven aan deze middelen namen in 2008 met € 36 miljoen af. De prijsdalingen zijn het gevolg van het individuele preferentiebeleid dat zorgverzekeraars UVIT, Menzis, CZ en Agis halverwege 2008 invoerden.

De afname van de uitgaven deed zich eveneens voor bij geneesmiddelengroepen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme (- € 27 miljoen), gericht op het centrale zenuwstelsel (- € 22 miljoen) en gericht op het skeletspierstelsel (- € 18 miljoen). Ook bij deze geneesmiddelengroepen werd de afname van de uitgaven vooral veroorzaakt door het individuele preferentiebeleid. Bij geneesmiddelengroepen met relatief veel dure geneesmiddelen, zoals de eerdergenoemde oncolytica en immunomodulantia (+ 24,2%), bloed- en bloedvormende organen (+ 10,0%) en systemische hormoonpreparaten (+ 8,6%) stegen de uitgaven relatief sterk. De sterke toename van de uitgaven aan geneesmiddelen ten behoeve van het urogenitale stelsel en geslachtshormonen was het gevolg van het weer opnemen van anticonceptiva in het wettelijk verzekerde pakket.

De middelen gericht op het maagdarmkanaal en metabolisme lieten in 2008 een uitgavendaling van € 27 miljoen zien. De omzet daalde van € 693 miljoen naar € 666 miljoen. Dit werd vooral veroorzaakt door de protonpompremmers. De omzet van deze middelen daalde met € 25 miljoen. Daarnaast is er € 16 miljoen minder besteed aan orale diabetesmedicatie. De omzet van de diabetesmedicatie in de vorm van insuline nam daarentegen met bijna

€ 10 miljoen toe. De uitgaven aan laxantia stegen naar € 59 miljoen. In 2004 werden de zelfzorggeneesmiddelen die tot deze groep horen nog gedeeltelijk van vergoeding door de zorgverzekeraar uitgesloten. De receptplichtige laxantia bleven wel vergoed. Sinds 1 januari 2005 komen ze weer voor vergoeding in aanmerking in geval van chronisch gebruik. Toch is de omzet van deze zelfzorgmiddelen nog niet op het niveau van 2003, terwijl de omzet van receptplichtige laxantia bijna twee keer zo hoog is als in 2003.

Bij de middelen voor het centrale zenuwstelsel leverden met name de antidepressiva (- € 36 miljoen) en de migrainemiddelen (- € 5 miljoen) de belangrijkste bijdrage aan de uitgavendaling. Tegenover deze dalingen stond een relatief sterke toename van de middelen bij ADHD van € 6 miljoen. Deze uitgaventoename komt voornamelijk voor rekening van de patiënten zelf of een aanvullende verzekering, omdat voor een aantal middelen bij ADHD hoge eigen bijdragen gelden.

Naast de hierboven vermelde uitgaven die uitsluitend betrekking hebben op geneesmiddelen die deel uitmaken van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket, leverden de openbare apotheken in 2008 voor € 60 miljoen aan receptplichtige 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 potentiepillen sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) en vardenafil (Levitra®), die de gebruikers zelf moeten betalen. Bij elkaar hebben deze middelen een omzet van € 18 miljoen.

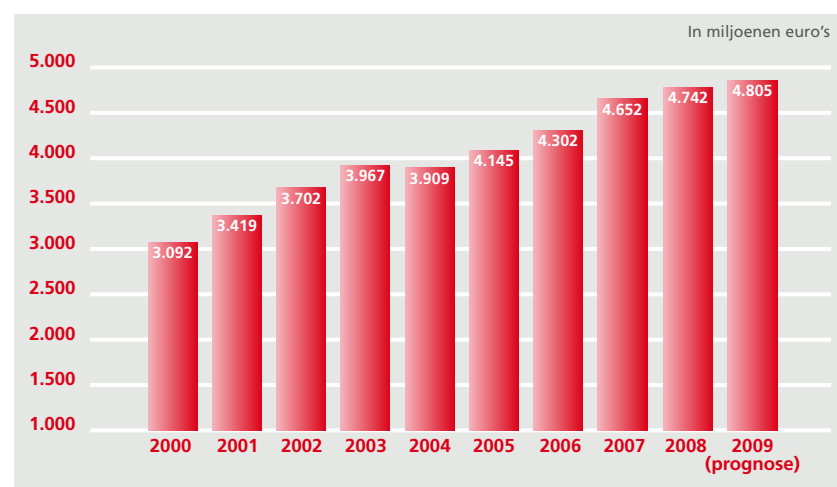
Per 1 januari 2000 zijn aanspraken voor haemostatica, die gebruikt worden bij de behandeling van hemofiliepatiënten, onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen gebracht. Hierdoor vallen de uitgaven voor deze middelen niet langer onder het budget voor de geneesmiddelenvoorziening via openbare apotheken 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 2008 werd voor ruim € 5 miljoen aan dergelijke middelen via de openbare apotheek verstrekt.

Van de totale Nederlandse bevolking worden 15 miljoen personen (92,1%) 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 juli 2009) verwacht de SFK dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2009 met 1,3% zullen toenemen tot € 4.805 miljoen. Evenals in de voorgaande jaren zal deze groei zich vooral voordoen bij de dure geneesmiddelen. Omdat de groei van de dure geneesmiddelen hoofdzakelijk aan de reguliere apotheek voorbij gaat, zullen deze apotheken hun omzet zien dalen. Doordat de prijsverlagingen in juli 2008 voor het hele jaar meetellen en door de nieuwe rondes van het preferentiebeleid zullen vooral de geneesmiddelenkosten scherp dalen. Bij de reguliere apotheken wordt voor heel 2009 een daling van de geneesmiddelenkosten van 7,7% verwacht.

De verwachting voor 2009 is gebaseerd op de gerealiseerde omzet in de eerste helft van 2009 en de verwachte omzet voor de tweede helft. Hierbij is onder meer rekening gehouden met de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven, de prijsverlagingen als gevolg van het preferentiebeleid en de verlaging van de maximumprijzen naar aanleiding van prijsontwikkelingen in de landen om ons heen.

1.01 Totale uitgaven aan farmaceutische hulp: openbare apotheken



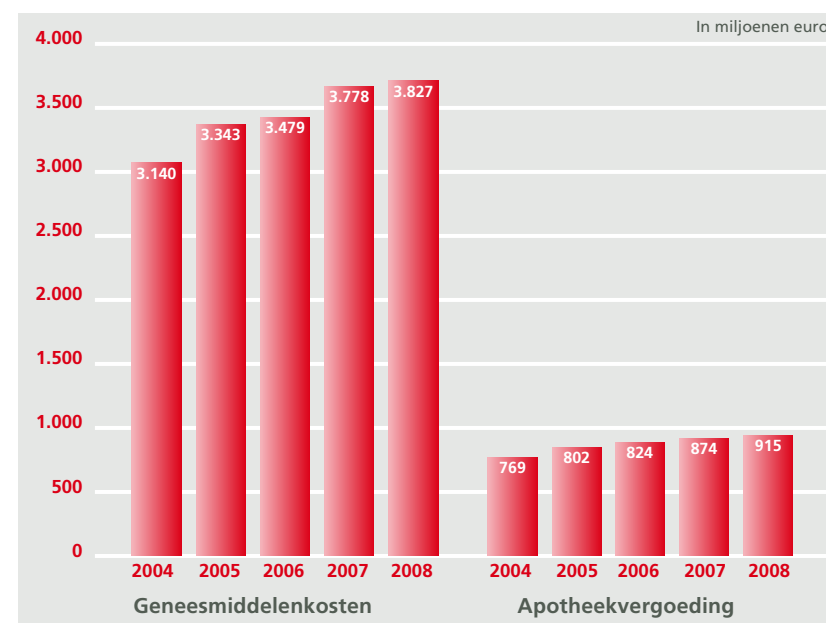
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.2 De geneesmiddelenkosten

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

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

1.02 Geneesmiddelenkosten en apotheekvergoeding: openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De geneesmiddelenkosten bepalen met bijna 81% veruit het grootste deel van de totale uitgaven aan farmaceutische hulp. In 2008 zijn de geneesmiddelenkosten met € 49 miljoen gestegen tot € 3.827 miljoen, een toename van slechts 1,3%. Gedurende de periode 2004-2008 is er sprake geweest van een gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van 5,1%. De prijsverlagingen bij met name generieke geneesmiddelen als gevolg van de gesloten convenanten in 2004, 2005 en 2006 en het preferentiebeleid in 2008 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 de periode 2004 tot en met 2007 tot besparingen op het budget farmaceutische hulp. Ook de overheveling van de verbandmiddelen van de farmaceutische hulp naar de medische hulpmiddelen in 2006 leidde tot lagere kosten binnen het budget farmaceutische hulp.

Zonder bovengenoemde maatregelen zouden de kosten jaarlijks met 9 tot 10% zijn gestegen.

De apotheekvergoeding kwam in 2008 uit op € 915 miljoen. Dit is € 41 miljoen ofwel 4,7% meer dan in 2007. 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 2008 stelde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de receptregelvergoeding vast op € 6,00. In juli 2008 introduceerde de NZa een nieuwe gedifferentieerde tariefstructuur met een beoogde gemiddelde receptregelvergoeding van € 6,10.

1.3 Oorzaken structurele groei

De effecten van eventuele bezuinigingsmaatregelen en bijzondere omstandigheden (zoals het verlopen van het octrooi op veel gebruikte geneesmiddelen) 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:

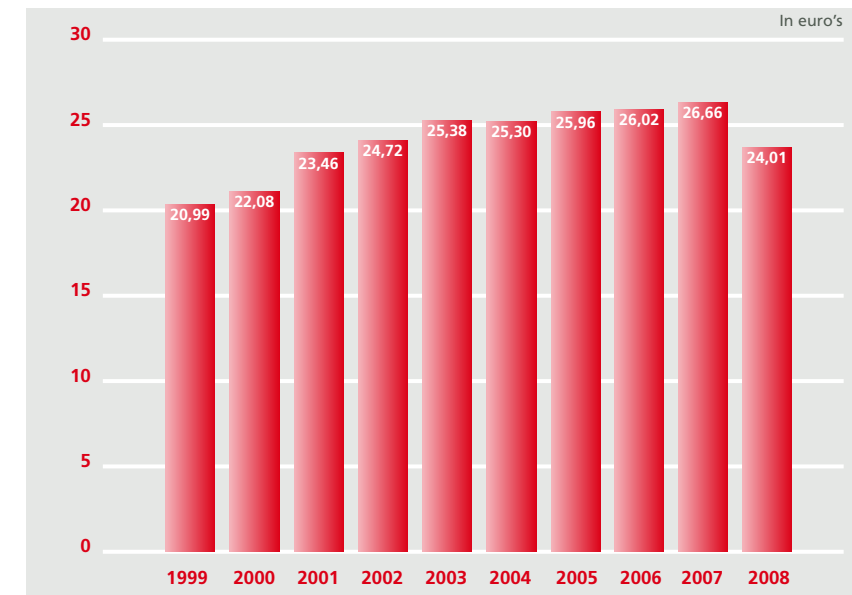
- verschuiving in het gebruik naar nieuwe, veelal duurdere geneesmiddelen;
- verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie;
- toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket;
- verandering van het voorschrijf- of slijkgedrag zoals het toenemend chronisch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

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 in 2008 ten opzichte van 2007 met 9,9% gedaald tot € 24,01. Deze scherpe daling heeft twee hoofdoorzaken. Allereerst daalden de geneesmiddelenkosten door prijsdalingen bij generieke geneesmiddelen. Deze prijsdalingen zijn voornamelijk het gevolg van het individuele preferentiebeleid dat zorgverzekeraars UVIT, Menzis, CZ en Agis in 2008 invoerden. Daarnaast is het totaal aantal voorschriften in 2008 aanzienlijk hoger dan voorheen. Dit komt door het nieuwe tariefsysteem dat per 1 juli 2008 is ingevoerd. Nu mogen uitgiftes van geneesmiddelen in een weekdoseersysteem ook iedere week in rekening worden gebracht. In het oude tariefsysteem werden uitgiftes via een weekdoseersysteem vanwege afspraken met verzekeraars veelal eens per twee weken gedeclareerd. Door de toename

van het aantal voorschriften waarvoor een tarief in rekening mag worden gebracht, dalen de kosten per voorschrift. In de periode tot 2004 namen de kosten per WMG-voorschrift met ongeveer 5,0% per jaar toe. 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 (leveranciers van generieke geneesmiddelen). In de periode 1999 tot en met 2008 namen de geneesmiddelenkosten jaarlijks met 1,5% toe.

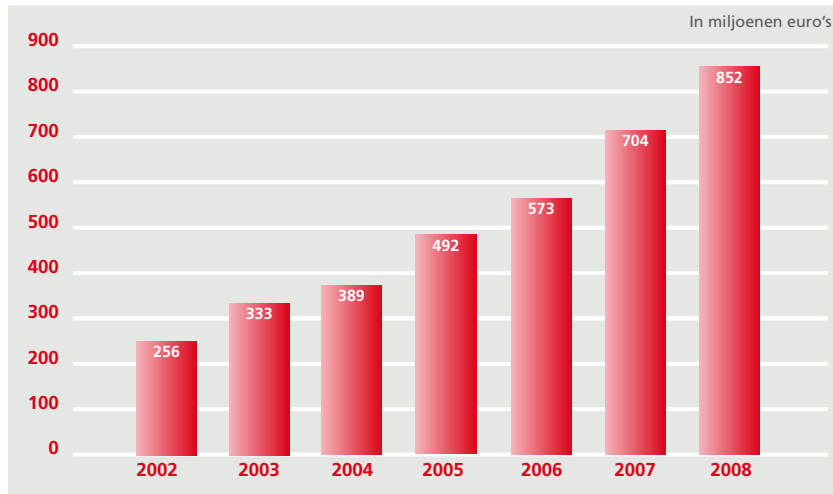
1.03 Geneesmiddelenkosten per WMG-voorschrift



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, het transitieakkoord en het preferentiebeleid (zie paragraaf 2.2), zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen ten opzichte van 1999 gemiddeld met ruim 34% gedaald (zie grafiek 2.03). Dat geneesmiddelenkosten per voorschrift ondanks deze gemiddelde prijsdaling toch stijgen, komt door de verschuiving naar duurdere geneesmiddelen. In de afgelopen jaren namen de uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, sterk toe. De omzet van deze middelen steeg van € 256 miljoen in 2002 naar € 852 miljoen in 2008. Ten opzichte van 2007 namen de kosten met € 148 miljoen toe.

1.04 Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift

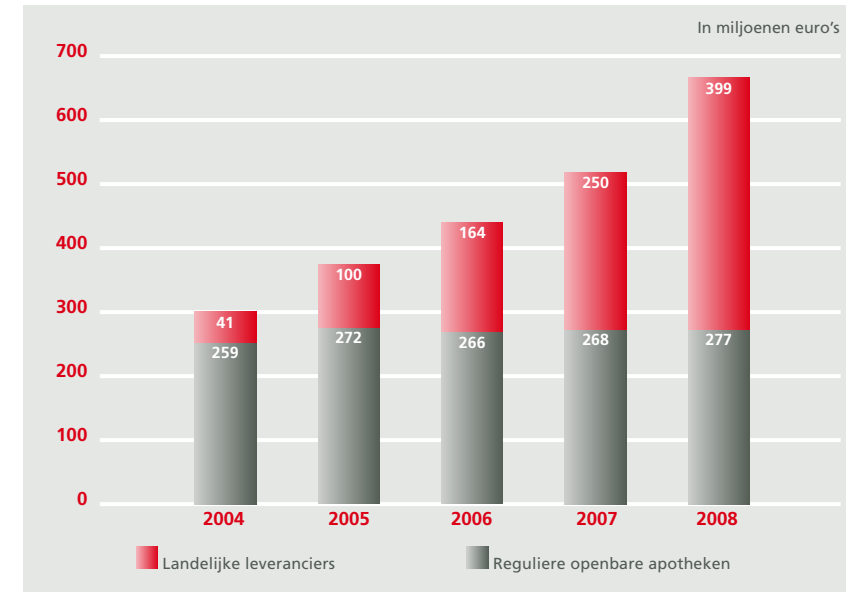


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet groeien relatief sterk. De uitgaven van de betrokken geneesmiddelen kwam in 2008 uit op € 676 miljoen. Dit is een toename van 25% ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen. De uitgaven via de reguliere openbare apotheek bleven in de periode 2004 tot en met 2008 vrijwel gelijk.

1.05 Uitgaven directe leveringen via geselecteerde en reguliere openbare apotheken



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De dure geneesmiddelen zijn niet zozeer de nieuwste geneesmiddelen. Sinds 2001 leggen recent ontwikkelde geneesmiddelen een minder groot beslag op het zorgbudget dan in voorgaande jaren. Eind jaren negentig namen de geneesmiddelen die drie jaar of korter op de markt zijn nog 9 tot 10% van de totale geneesmiddelenkosten voor hun rekening. Sinds de millenniumwisseling daalde het kostenaandeel van de nieuwkomers tot even boven de 6%. Het afgelopen jaar is het kostenaandeel verder teruggelopen tot het laagste percentage in de afgelopen tien jaar, namelijk 2,9%. Deze daling houdt verband met het gegeven dat in de afgelopen jaren minder nieuwe geneesmiddelen beschikbaar zijn gekomen dan voorheen. In 2008 verstrekten de openbare apotheken voor ruim € 3,8 miljard aan geneesmiddelen, waarvan € 110 miljoen betrekking heeft op geneesmiddelen die vanaf 2005 zijn geïntroduceerd. Het ontwikkelen van een geneesmiddel is een kostbare aangelegenheid. Nieuwe geneesmiddelen hebben daarom doorgaans een hoge prijs. De geneesmiddelenkosten per voorschrift van recent geïntroduceerde geneesmiddelen liggen met gemiddeld € 196 per voorgeschreven middel ruim acht keer zo hoog als de gemiddelde prijs voor de totale groep receptgeneesmiddelen. Desalniettemin kan worden opgemerkt dat nieuwe geneesmiddelen-therapieën tot kostenbesparingen elders in de gezondheidszorg kunnen leiden. In vergelijking met andere vormen van gezondheidszorg is geneesmiddelen-therapie een zeer doelmatige behandelingsvorm.

Over het algemeen schrijven medisch specialisten duurdere geneesmiddelen voor dan huisartsen. Een door een specialist voorgeschreven receptgeneesmiddel kostte in 2008 gemiddeld € 54 (exclusief apotheekvergoeding). Bij de huisartsen bedroegen de gemiddelde kosten € 18 per voorschrift. De hogere kosten per voorschrift bij specialistenvoorschriften zijn vooral terug te voeren op voorschrijverschillen tussen de typen en verschillen tussen de patiëntenpopulaties. Daarnaast blijken medisch specialisten vaker recent ontwikkelde geneesmiddelen voor te schrijven. Nieuwe geneesmiddelen zijn doorgaans duurder dan bestaande geneesmiddelen. Omdat er op deze nieuwe geneesmiddelen nog een octrooi rust, zijn er ook geen goedkopere generieke varianten beschikbaar. Van de receptgeneesmiddelen die specialisten voorschrijven is 2,9% vijf jaar of korter verkrijgbaar in ons land. Bij huisartsen blijft het aandeel van dergelijke recent geïntroduceerde geneesmiddelen beperkt tot 1,3%. In 2008 zijn in totaal 24 miljoen receptgeneesmiddelen op voorschrift van een specialist verstrekt.

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 lichte bevolkingsgroei het totaal aantal verpleegdagen sinds 1990 sterk gereduceerd. In 1990 had Nederland nog een ziekenhuiscapaciteit van 43 bedden op 10.000 inwoners. Inmiddels is dit teruggelopen tot 28 bedden per 10.000 inwoners en wordt verwacht dat deze capaciteit verder zal worden gereduceerd. Via langere wachtlijsten en een verkorting van de ziekenhuisopname (de gemiddelde verpleegduur is de afgelopen tien jaar met 20% bekort) leidt deze ontwikkeling tot een verschuiving binnen de gezondheidszorg van de intramurale naar de extramurale sector. In financiële zin fungeert de geneesmiddelensector hiermee als een ventiel binnen de gezondheidszorg: besparingen en bezuinigingen elders in de gezondheidszorg leiden regelmatig tot meer kosten in de farmaceutische sector. Het effect van deze verschuiving op de toename van het geneesmiddelengebruik in ons land wordt geraamd op zo'n 3% per jaar.

Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingspakket

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 2008 zijn de kosten van geneesmiddelen die op 'Bijlage 1B' staan, met 13,1% gestegen tot € 701 miljoen. Het geneesmiddel op Bijlage 1B met de hoogste omzet is de

luchtwegverwijder tiotropium (Spiriva®). De uitgaven aan dit middel kwamen uit op € 69 miljoen. De grootste kostenstijger in 2008 was lenalidomide (Revlimid®). Dit geneesmiddel wordt ingezet bij de ziekte van Kahler en werd in december 2007 in het basispakket opgenomen, waardoor de stijging in 2008 ten opzichte van 2007 een vertekend beeld geeft. De grootste kostendaler op bijlage 1B was tacrolimus (Prograft®), dat wordt ingezet ter voorkoming van orgaanafstoting voor en na een transplantatie en bij ernstig constitutioneel eczeem. Er is in dit geval niet zozeer sprake van een uitgavendaling, maar tacrolimus is niet langer op bijlage 1B opgenomen. Door de introductie van tacrolimus tabletten met gereguleerde afgifte onder de naam Adagraft®, zijn Prograft® en Adagraft® samen in een GVS-cluster opgenomen en op bijlage 1A geplaatst.

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 dan 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 2008 kwam de gemiddelde voorschrijfduur uit op 45 dagen. Hiermee is de gemiddelde voorschrijfduur drie dagen korter dan in 2007. De daling kan echter volledig worden toegeschreven aan het frequenter declareren van geneesmiddelen in een weekdoseersysteemten gevolge van de nieuwe tariefssystematiek (zie paragraaf 1.6). 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. 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 76% van de gevallen wordt een receptgeneesmiddel afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. In 2003 betrof nog 68% van de voorschriften een herhaling. Op jaarbasis gaat het om 119 miljoen herhalingsrecepten, ten opzichte van 37 miljoen eerste verstrekkingen van geneesmiddelen. Bij middelen als cholesterolverlagers, bètablokkers en antidepressiva is het zelfs zo dat in 92% 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 54% van de gevallen een geneesmiddel afgeleverd op basis van een vervolgrecept; bij 65-plussers komt dit uit op 86%. De definitie die de SFK hanteert voor eerste verstrekkingen (en herhaalrecepten) wijkt enigszins af van de definitie die wordt gebruikt voor een eerste uitgiften (en vervolgutgiften) die binnen de per 1 juli 2008 van kracht geworden tariefstructuur wordt gebruikt (zie paragraaf 1.6). Bij de SFK-definitie wordt uitsluitend gekeken of de werkzame stof binnen een geneesmiddel niet eerder is verstrekt, terwijl binnen de door de NZa gehanteerde definitie daar ook de toedieningsvorm en doseringsterkte bij moeten worden betrokken.

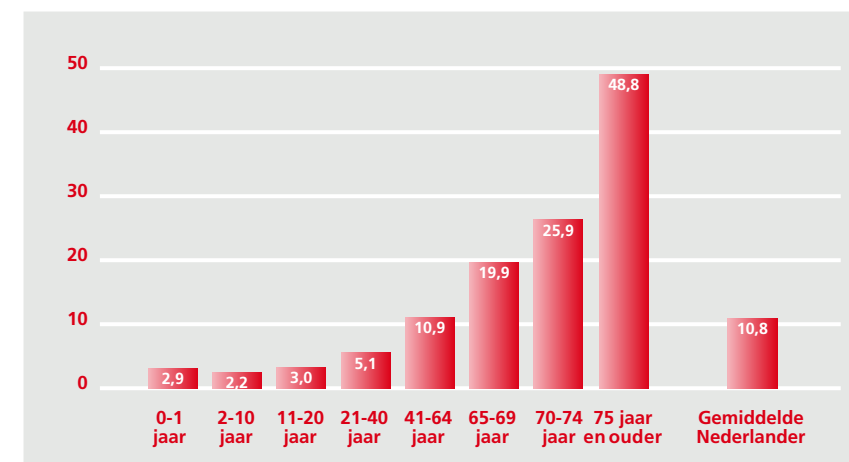
Vergrijzing van de Nederlandse bevolking

In Nederland wonen 2.415.000 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 2.520.000 personen (15%) en in 2020 tot 3.281.000 personen (20%). Bij het huidige gebruik en kosten van de geneesmiddelen zou de gewijzigde samenstelling van de bevolking ertoe leiden dat de totale geneesmiddelenuitgaven tot 2020 jaarlijks met € 46 miljoen extra zullen toenemen, ofwel 1% per jaar. In 2020 zal door de vergrijzing het medicijngebruik ruim 10% procent hoger zijn dan in 2007. Als de toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de bevolkingsgroei ook wordt meegerekend, dan bedraagt de structurele stijging door demografische ontwikkelingen 13%. Volgens de bevolkingsprognose van het CBS bereikt de vergrijzing rond 2040 zijn hoogtepunt. Nederlanders van 65 jaar of ouder gebruiken ruim driemaal zo veel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen van 75 jaar of ouder loopt het consumptiepatroon zelfs op tot bijna 5 keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Ook worden geneesmiddelen in deze leeftijdsgroep overwegend chronisch gebruikt: ruim vier van de vijf

recepten die 65-plussers inleveren bij de apotheek betreffen een herhaling van een geneesmiddel dat zij eerder voorgeschreven hebben gekregen. De doorsnee 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar.

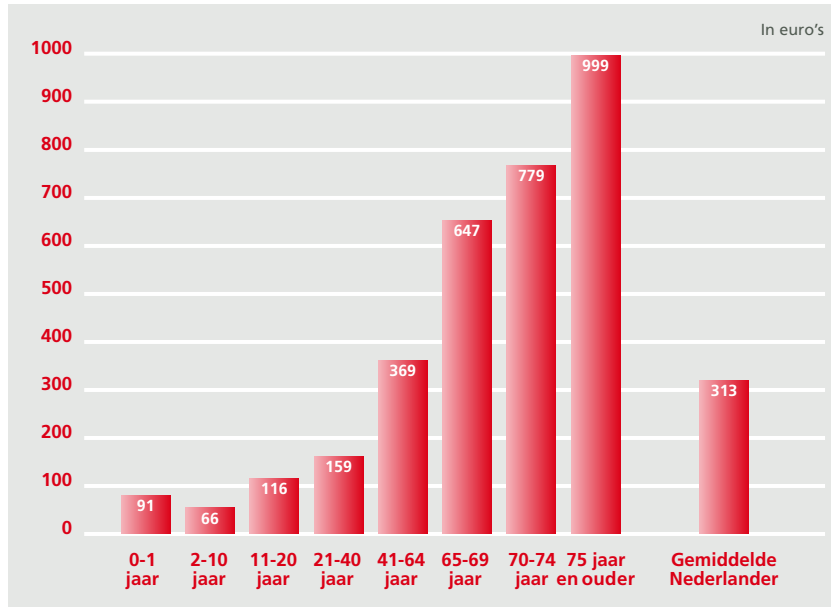
Het hogere geneesmiddelengebruik bij ouderen vertaalt zich in evenredig hogere geneesmiddelenuitgaven. Van de bijna € 4,7 miljard die in 2008 is besteed aan geneesmiddelen via de openbare apotheken is € 1,9 miljard (39%) terug te voeren op personen van 65 jaar en ouder. Het meeste geld is besteed aan cholesterolverlagers, middelen tegen overtollig maagzuur en middelen bij astma/COPD. Op de eerste positie staat de cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor®) waarin in 2007 € 83 miljoen is uitgegeven door personen uit de desbetreffende leeftijdscategorie. Nummer twee is de maagzuurremmers pantoprazol (Pantozol®) met € 61 miljoen. Op een derde plaats staat salmeterol met een ontstekingsremmer (Seretide®) met € 53 miljoen. Nummer vier is tiotropium (Spiriva®) met € 44 miljoen en de vijfde plaats wordt ingenomen door metoprolol met € 36 miljoen. Metoprolol is met ruim 2,7 miljoen voorschriften het meest verstrekte geneesmiddel. Dit middel wordt onder meer gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris. Op de tweede plaats staat de bloedplaatjesaggregatiemremmer acetylsalicylzuur (2,7 miljoen voorschriften), gevolgd door de maagzuurremmers omzeprazol (2,0 miljoen voorschriften). Op een vierde positie staat de plaspil furosemide (1,9 miljoen voorschriften). De cholesterolverlager simvastatine sluit de top vijf af met 1,9 miljoen voorschriften.

1.06 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2008 (in voorschriften)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

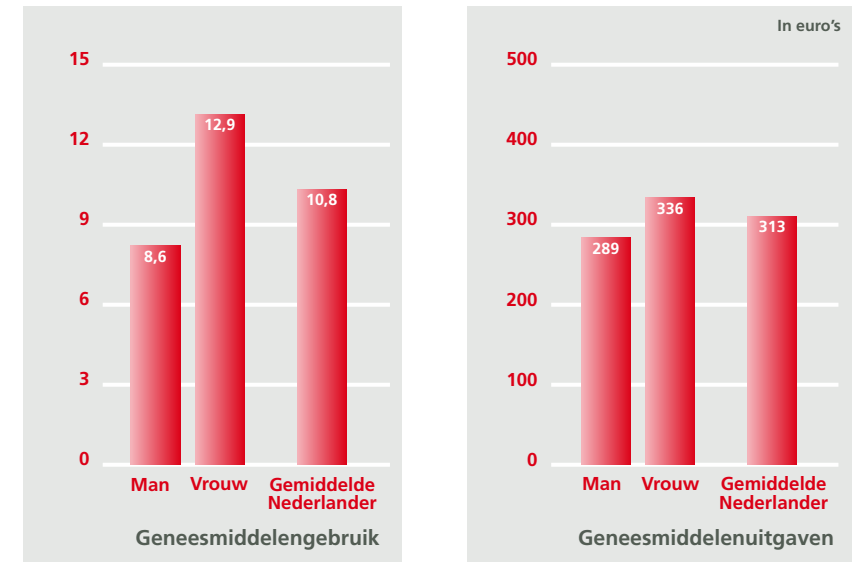
1.07 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2008 (in euro's)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Vrouwen kennen een hoger geneesmiddelengebruik dan mannen. In 2008 leverden de openbare apotheken 99 miljoen keer een middel aan een vrouw, tegen 64 miljoen keer aan een man. De geneesmiddelenconsumptie bij vrouwen is hiermee 1,5 keer zo hoog als bij mannen. Ondanks dat de anticonceptiva in 2008 weer voor vrouwen van 21 jaar en ouder in het basispakket zijn opgenomen, speelt het gebruik van deze middelen een beperkte rol in het hogere geneesmiddelengebruik door vrouwen. Het feit dat de levensverwachting bij vrouwen hoger ligt, speelt een belangrijkere 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 60% een vrouweneffect en voor 40% een leeftijdseffect. Vrouwen gebruiken onder andere meer antidepressiva, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen dan mannen, maar minder antithrombotica en cholesterolverlagers. Bij de geneesmiddelenuitgaven is het verschil tussen mannen en vrouwen minder groot, omdat mannen gemiddeld duurdere geneesmiddelen slikken. Hierdoor geven vrouwen 1,2 keer zoveel geld uit aan geneesmiddelen dan mannen.

1.08 Geneesmiddelengebruik (in voorschriften) en geneesmiddelenuitgaven (in euro's) naar geslacht in 2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Groei van de Nederlandse bevolking

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking in 2008 met 0,5% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.405.399 in 2008 tot 16.486.587 op 1 januari 2009. In vergelijking met de beginjaren van deze eeuw is de bevolkingsgroei nog steeds laag te noemen. Vooral vanwege immigratie uit andere landen in de Europese Unie is de bevolkingsgroei iets hoger dan verwacht. Voor de komende jaren verwacht het CBS een bevolkingsgroei van ongeveer 0,2% per jaar.

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 2008 bedraagt het marktaandeel van apotheken 92,1%. Volgens het NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, waren er op 1 januari 2008 555 apotheekhoudende huisartsen werkzaam in Nederland. Het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken in 2008 bedroeg 470. In 1996 waren dit er nog 702.

1.4 Hardlopers

Bijna 60% van de totale geneesmiddelenuitgaven in ons land is terug te voeren op vier geneesmiddelengroepen.

| | Uitgaven | Aantal patiënten |
|---|-----------------|-------------------------|
| 1 Hart- en vaatmiddelen (cholesterolverlagende middelen en dergelijke) | € 925 miljoen | 3,2 miljoen |
| 2 Maagmiddelen (maagzuurremmers en dergelijke) | € 666 miljoen | 3,2 miljoen |
| 3 Middelen voor het centrale zenuwstelsel (antidepressiva, pijnstillers, slaapmiddelen en dergelijke) | € 648 miljoen | 2,9 miljoen |
| 4 Oncolytica en immunomodulantia (middelen bij kanker, ernstige reuma en dergelijke) | € 596 miljoen | 0,2 miljoen |
| 5 Overige middelen | € 1.908 miljoen | |
| Totaal | € 4.742 miljoen | 11,3 miljoen |

Het aantal patiënten dat in het laatste halfjaar van 2008 bij de openbare apotheek een middel heeft afgehaald dat gericht is op het hart vaatstelsel, bedroeg 3,2 miljoen. Het aantal Nederlanders dat een maagmiddel, zoals een maagzuurremmer, kreeg bedroeg eveneens 3,2 miljoen. 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 11,3 miljoen Nederlanders in de tweede helft van 2008 één of meer geneesmiddelen gekregen via een openbare apotheek. Dit komt overeen met 75% van de totale patiëntenpopulatie die door apotheken wordt bediend.

Verder gedetailleerd op stofniveau zijn de 10 geneesmiddelen met de grootste omzet in de openbare apotheken goed voor een uitgaventotaal van € 946 miljoen. Dit is 20% van de totale uitgaven in 2008. Voor een top-10-middel moet gemiddeld ruim tweemaal zo veel geld worden neergeteld als voor een doorsnee geneesmiddel. Deze hardlopers hebben ook een belangrijk aandeel in de toename van de gemiddelde kosten van een receptgeneesmiddel in de afgelopen jaren.

Cholesterolverlagers

In 2008 is er voor € 325 miljoen aan cholesterolverlagende middelen via de openbare apotheken verstrekt. Ten opzichte van vorig jaar is dat een

afname van € 55 miljoen ofwel 14%, terwijl het gebruik vrijwel gelijk bleef. Gemeten in aantallen DDD's daalde het gebruik met bijna 1%. De omzetsdaling kan vooral worden toegeschreven aan de spectaculaire prijsdalingen van simvastatine en pravastatine. Daarnaast kozen artsen en apothekers relatief vaker voor een goedkopere cholesterolverlager. Het aantal gebruikers dat via de apotheek een cholesterolverlagend middel heeft ontvangen, is gestegen van 1,3 miljoen in 2007 tot 1,4 miljoen in de tweede helft van 2008. Iemand die eenmaal een cholesterolverlager gebruikt, gaat hiermee doorgaans door gedurende de rest van het leven.

Van de 7,2 miljoen voorschriften voor cholesterolverlagende geneesmiddelen in 2008, betreft 92% de groep cholesterolstudiesremmers (statines). Het aantal verstrekkingen van statines is in de afgelopen vier jaar gestegen van 4,8 miljoen tot 7,1 miljoen. Dit komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 13%. In het afgelopen jaar steeg het aantal verstrekkingen vooral door de hogere frequentie van declareren van geneesmiddelen in weekdoseersystemen. Gemeten in aantallen DDD's nam het gebruik van statines zelfs licht af. In de afgelopen vijf jaar zijn de uitgaven aan deze middelen slechts licht opgelopen van € 305 miljoen in 2005 tot € 319 miljoen tot € 354 miljoen in 2008. Vooral vanwege de eerder vermelde prijsdalingen bij simvastatine en pravastatine bleef de omzettoename in de periode 2005 tot en met 2008 beperkt tot gemiddeld 1,4% per jaar.

De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is atorvastatine (Lipitor®). De omzet van dit middel nam in 2008 licht af van € 167 miljoen tot € 166 miljoen. Ondanks deze beperkte afname, behoudt atorvastatine de eerste positie in de top 10 geneesmiddelenuitgaven van 2008. Het gebruik van dit middel nam licht toe. Het aantal DDD's steeg met 1%. Vanwege de prijsdaling bij simvastatine is rosuvastatine (Crestor®) in omzet de tweede cholesterolverlager. De uitgaven aan dit middel namen in 2008 met € 1 miljoen toe tot € 51 miljoen. Het gebruik van de relatief nieuwe cholesterolverlagende middelen ezetimib (Ezetrol®) en de combinatie van ezetimib met simvastatine (Inegy®) nam in tegenstelling tot de overige statines relatief sterk toe. In 2008 kwamen de uitgaven aan deze middelen uit op € 42 miljoen. In vergelijking met het voorgaande jaar komt dat neer op een toename van 18%.

Maagzuurremmers

In 2008 is € 272 miljoen aan maagzuurremmers via de openbare apotheken uitgegeven, € 31 miljoen minder dan in het jaar daarvoor. Van de totale omzet is € 260 miljoen (95%) besteed aan geneesmiddelen uit de categorie protonpomprenners. Tot deze categorie behoren onder meer omeprazol, pantoprazol en esomeprazol. De omzet aan protonpomprenners lag in 2008 9% lager dan in 2007. In de afgelopen jaren is het aantal recepten voor

protonpompremmers gestegen van 3,7 miljoen in 2003 tot 7,8 miljoen in 2008, een jaarlijkse groei van 16%. Ook uitgedrukt in DDD's nam de jaarlijkse groei in deze periode sterk toe (+11%). Met 13% was de toename van het gebruik van protonpompremmers bovengemiddeld. Dat de uitgaven aan protonpompremmers toch zo fors zijn gedaald, komt voor rekening van het ingevoerde preferentiebeleid.

Omeprazol (Losec®) blijft de meest gebruikte maagzuurremmer. Het middel, waarvan het octrooi in 2002 is verstreken, staat met 3,8 miljoen voorschriften op de tweede plek in de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen. Dit zijn 1,4 miljoen voorschriften meer dan concurrent pantoprazol (Pantozol®) die ook tot de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen staat. Qua omzet laat pantoprazol omeprazol echter ver achter zich. In 2008 nam de omzet van pantoprazol toe met 10% tot € 117 miljoen. Aan omeprazol is het afgelopen jaar € 65 miljoen uitgegeven. Daarmee bezet pantoprazol de derde en omeprazol de zevende plaats in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven. De derde protonpompremmer in deze top 10 is esomeprazol (Nexium®), met een omzet van € 63 miljoen.

Antidepressiva

Gemeten in DDD's verstrekten openbare apotheken in 2008 1,9% meer antidepressiva dan in 2007. Dit is een beperkte toename. Eind jaren negentig nam het gebruik jaarlijks met 18% per jaar toe. Begin deze eeuw nam de groei af tot zo'n 7% procent per jaar en vanaf 2005 stagneerde de groei van het gebruik. In de tweede helft van 2008 gebruikten 814.000 personen een antidepressivum. Het aantal jongeren tot 21 jaar dat een antidepressivum gebruikt, is wat teruggelopen en komt nu uit op 13.800 personen. Het aantal voorschriften is gestegen met 10% tot 6,8 miljoen. De hogere frequentie van declareren van geneesmiddelen in weekdoseersystemen vanaf de tweede helft van 2008 is van grote invloed op dit groeipercentage.

Voor het gebruik van antidepressiva die nog onder patent zijn, nam net als in 2007 relatief sterk toe. Duloxetine (Cymbalta®) en escitalopram (Lexapro®) lieten het afgelopen jaar de sterkste groei zien. Desalniettemin kwamen de uitgaven aan antidepressiva met een bedrag van € 121 miljoen 23% lager uit dan in 2007. Deze daling komt volledig voor rekening van de generieke antidepressiva. De kosten daarvan, zonder de vergoeding voor de apotheek, daalden ten opzichte van 2007 met maar liefst € 38 miljoen (-55%). De kostendaling is voornamelijk het gevolg van het preferentiebeleid, dat in de zomer van 2008 tot een enorme prijsdaling van generieke geneesmiddelen leidde. Ook had de clawback in 2008 een belangrijke invloed op de kostenontwikkeling. In de eerste helft van dat jaar, toen de prijzen van de generieke geneesmiddelen gemiddeld hoger waren, bedroeg de clawback ruim 11%, terwijl de clawback na de prijsdaling in de tweede

helft van het jaar tijdelijk buiten werking was gesteld.

Paroxetine behoudt met 1,4 miljoen voorschriften de koppositie binnen de antidepressiva. Het middel moet wel steeds meer terrein afstaan aan citalopram (Cipramil®) en venlafaxine (Eflexor®) en had in 2008 nog een marktaandeel van 26,6%. In 2002 was dit nog 39%. De marktaandelen van citalopram en venlafaxine stegen het afgelopen jaar tot 16,0% respectievelijk 13,6%.

Reumamiddelen

De TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept voeren de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging aan. Adalimumab en etanercept behoren tot de TNF-alfa blokkerende middelen die onder meer worden ingezet bij ernstige vormen van reuma. De omzet van beide geneesmiddelen is in 2008 wederom sterk gegroeid. Etanercept bezet in de top 10 een vierde plaats met een omzet van € 110 miljoen. Dit is een stijging van ruim 39% ten opzichte van 2007. Deze stijging gaat geheel aan de reguliere openbare apotheek voorbij. Dat geldt al helemaal voor adalimumab, aangezien vrijwel alle verstrekkingen van dit geneesmiddel vrijwel uitsluitend via één exclusieve apotheek lopen. Adalimumab vinden we op de vijfde plaats terug met een omzet van € 108 miljoen; een stijging van 49%.

Metoprolol meest verstrekte geneesmiddel

De selectieve bètablokker metoprolol (Selokeen®) is in 2008 het meest verstrekt via de openbare apotheken. Metoprolol, dat wordt gebruikt bij hoge bloeddruk, angina pectoris en hartfalen, is het afgelopen jaar 4,4 miljoen keer afgeleverd. Ruim de helft van alle verstrekkingen van metoprolol is bestemd voor personen van 65 jaar of ouder. Metoprolol is, naast de maagmiddelen omeprazol en pantoprazol, een van de drie geneesmiddelen die zowel in de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen als in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven voorkomt.

De kalmeringsmiddelen oxazepam en temazepam hebben nu beide nog een plek in de top 10. Oxazepam (Seresta®), dat in 2004 nog het meest gebruikte geneesmiddel was, staat in 2008 op de vierde plek. Oxazepam is het afgelopen jaar 3,2 miljoen keer afgeleverd via de Nederlandse apotheken. Oxazepam remt bepaalde prikkels af in de hersenen, waardoor gevoelens van angst, spanning, rusteloosheid en bezorgdheid afnemen. Bij toepassing 's avonds bevordert het de slaap. Concurrent temazepam (Normison®) is 2,9 miljoen keer verstrekt in 2008 en staat op de zesde plaats. Samen nemen oxazepam en temazepam de helft van alle verstrekkingen van benzodiazepines voor hun rekening. In 2009 zullen deze middelen uit de top 10 verdwijnen. Minister Klink van VWS heeft de vergoeding van de benzodiazepines beperkt tot een aantal uitzonderingsgevallen. Hierdoor verwacht de SFK dat ongeveer een kwart van het resterende gebruik ten laste van de basisverzekering zal komen.

1.09 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2008

| | Stofnaam | Merknaam | Soort geneesmiddel | Uitgaven (€) | |
|----|----------|-------------------------------|--------------------|---|-------------|
| 1 | C10AA05 | Atorvastatine (1) | Lipitor® | Cholesterolverlagend | 166 miljoen |
| 2 | R03AK06 | Salmeterol met fluticason (2) | Seretide® | Bij aandoening luchtwegen | 123 miljoen |
| 3 | A02BC02 | Pantoprazol (3) | Pantozol® | Remt de maagzuurproductie | 117 miljoen |
| 4 | L04AB01 | Etanercept (5) | Enbrel® | Bij reuma | 110 miljoen |
| 5 | L04AB04 | Adalimumab (7) | Humira® | Bij reuma | 108 miljoen |
| 6 | R03BB04 | Tiotropium (10) | Spiriva® | Bij aandoening luchtwegen | 69 miljoen |
| 7 | A02BC01 | Omeprazol (4) | Losec® | Remt de maagzuurproductie | 65 miljoen |
| 8 | C07AB02 | Metoprolol (8) | Selokeen® | Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen | 63 miljoen |
| 9 | A02BC05 | Esomeprazol (9) | Nexium® | Remt de maagzuurproductie | 63 miljoen |
| 10 | R03AK07 | Formoterol met budesonide (-) | Symbicort® | Bij aandoening luchtwegen | 61 miljoen |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.11 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2008

| | Stofnaam | Merknaam | Soort geneesmiddel | Voorschriften | |
|----|----------|-----------------------|--------------------|---|-----------|
| 1 | C07AB02 | Metoprolol (1) | Selokeen® | Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen | 4.382.000 |
| 2 | A02BC01 | Omeprazol (2) | Losec® | Remt de maagzuurproductie | 3.836.000 |
| 3 | B01AC06 | Acetylsalicylzuur (4) | Asperine® | Bloedplaatjesaggregatie-remmer | 3.492.000 |
| 4 | N05BA04 | Oxazepam (3) | Seresta® | Kalmeringsmiddel | 3.150.000 |
| 5 | C10AA01 | Simvastatine (6) | Zocor® | Cholesterolverlagend | 3.030.000 |
| 6 | N05CD07 | Temazepam (5) | Normison® | Slaapmiddel | 2.851.000 |
| 7 | A10BA02 | Metformine (8) | Glucophage® | Bij diabetes | 2.700.000 |
| 8 | M01AB05 | Diclofenac (7) | Voltaren® | Pijnbestrijding | 2.517.000 |
| 9 | A02BC02 | Pantoprazol (10) | Pantozol® | Remt de maagzuurproductie | 2.408.000 |
| 10 | C03CA01 | Furosemide (-) | Lasix® | Plasmiddel | 2.236.000 |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.10 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2008

| | Stofnaam | Merknaam | Soort geneesmiddel | Toename uitgaven (€) | |
|----|----------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|------------|
| 1 | L04AB04 | Adalimumab (4) | Humira® | Bij reuma | 36 miljoen |
| 2 | L04AB01 | Etanercept (2) | Enbrel® | Bij reuma | 31 miljoen |
| 3 | G03AA07 | Oestrogeen met levonorgestrel (-) | Diverse | Anticonceptie | 24 miljoen |
| 4 | L04AX04 | Lenalidomide (-) | Revlimid® | Bij ziekte van Kahler | 13 miljoen |
| 5 | G02BA03 | IUD met progestagenen (-) | Mirena® | Anticonceptie | 11 miljoen |
| 6 | A02BC02 | Pantoprazol (7) | Pantozol® | Remt de maagzuurproductie | 10 miljoen |
| 7 | G03AA09 | Oestrogeen met desogestrel (-) | Marvelon®, Mercilon® | Anticonceptie | 9 miljoen |
| 8 | L03AB07 | Interferon beta 1a (-) | Avonex®, Rebif® | Bij multiple sclerose | 9 miljoen |
| 9 | B03XA01 | Epoëtine (-) | Diverse | Bij bloedarmoede door nierfalen | 9 miljoen |
| 10 | R03BB04 | Tiotropium (9) | Spiriva® | Bij aandoening luchtwegen | 8 miljoen |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.12 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2008

| | Stofnaam | Merknaam | Soort geneesmiddel | Toename voorschriften | |
|----|----------|-----------------------------------|----------------------|--|-----------|
| 1 | G03AA07 | Oestrogeen met levonorgestrel (-) | Diverse | Anticonceptie | 1.599.000 |
| 2 | A02BC01 | Omeprazol (1) | Losec® | Remt de maagzuurproductie | 848.000 |
| 3 | B01AC06 | Acetylsalicylzuur (8) | Asperine® | Bloedplaatjesaggregatie-remmer | 763.000 |
| 4 | C07AB02 | Metoprolol (2) | Lopresor®, Selokeen® | Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk | 709.000 |
| 5 | A02BC02 | Pantoprazol (7) | Pantozol® | Remt de maagzuurproductie | 524.000 |
| 6 | C03CA01 | Furosemide (-) | Lasix® | Plasmiddel | 521.000 |
| 7 | A10BA02 | Metformine (5) | Glucophage® | Bij diabetes | 515.000 |
| 8 | C10AA01 | Simvastatine (3) | Zocor® | Cholesterolverlagend | 452.000 |
| 9 | C03AA03 | Hydrochloorthiazide (6) | Diverse | Plasmiddel | 375.000 |
| 10 | G03AA09 | Oestrogeen met desogestrel (-) | Marvelon®, Mercilon® | Anticonceptie | 336.000 |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

NB: Naast de in tabel 1.09 t/m 1.12 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 1.09 t/m 1.12 geven de positie in de top 10 in 2007 weer.

1.5 Marktaandeelen productgroepen

Bij receptgeneesmiddelen kunnen onder meer de volgende productcategorieën worden onderscheiden.

Specialités

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

Parallelimport

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

Generiek

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

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

Apotheekbereidingen

Geneesmiddelen die in de openbare apotheek bereid worden.

Het aandeel van voorverpakte, merkloze geneesmiddelen, het zogeheten 'generiek', toont sinds een aantal jaren een forse opmars. In 2008 betrof ruim de helft van alle verstrekkingen een generiek geneesmiddel. Was het marktaandeel van deze groep in 1995 nog slechts 28%, inmiddels is dit opgelopen tot 56,2%. In 2008 is 88 miljoen keer een generiek geneesmiddel op voorschrift afgeleverd via de openbare apotheek. Dit komt neer op een toename van 15,8%. De toename van het aantal verstrekkingen wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het frequenter declareren van uitgiften in weekdoseersystemen in het nieuwe tariefsysteem. Daarnaast sluit de toename van het aandeel generieke verstrekkingen aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in het convenant met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen.

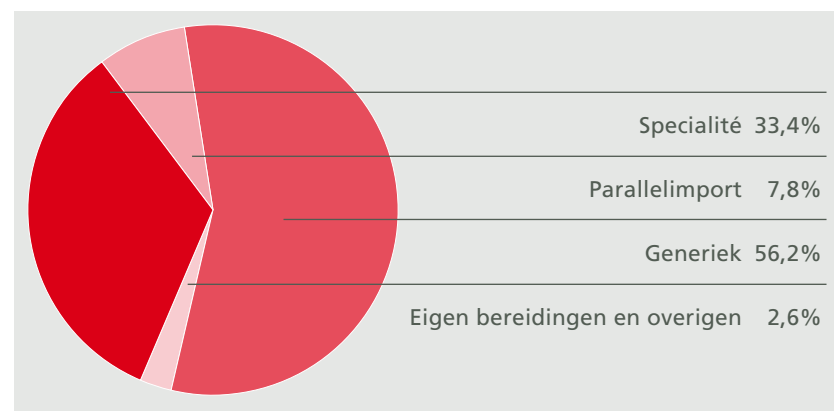
Door de in het transitieakkoord afgesproken prijsverlagingen in het eerste kwartaal van 2008 en vooral ook de door het preferentiebeleid afgedwongen

prijsverlagingen bij generiek geneesmiddelen in juni en juli 2008, nam het aandeel van generiek in de totale geneesmiddelenkosten sterk af tot 16%. Dit aandeel is in heel 2008 met een kwart verminderd ten opzichte van 2007. Doordat de prijsverlaging bij generieke geneesmiddelen per juni 2008 voor het volledige jaar doorwerkt, verwacht de SFK dat het kostenaandeel in 2009 verder afneemt.

In 2008 leverden de apotheken 12,2 miljoen keer een parallel geïmporteerd geneesmiddel af. Dit is 13,7% meer dan in het voorgaande jaar. Deze stijging is weliswaar minder sterk dan die bij de generieke geneesmiddelen, maar is in vergelijking met een aantal jaren geleden nog steeds aanzienlijk te noemen. Na de invoering van wettelijke maximumprijzen in 1996 nam het prijsverschil tussen parallelimport en specialité af. Hierdoor werd parallelimport in bepaalde gevallen minder voordelig dan voorheen. Daarnaast speelde 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. Evenals in 2007 is pantoprazol (Pantozol®) het meest afgeleverde parallel geïmporteerde geneesmiddel. In mei 2009 verliep het patent van dit geneesmiddel. Dit zal naar verwachting in 2009 een sterke verschuiving van parallelimport naar generiek veroorzaken.

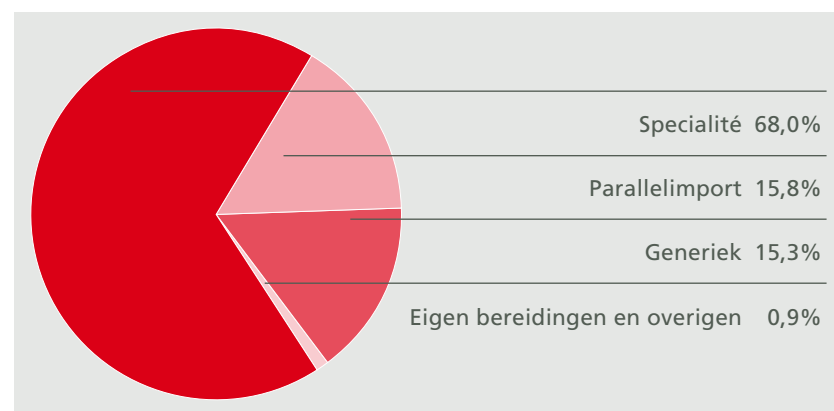
Het aantal door openbare apotheken zelf bereide geneesmiddelen is sinds 2001 redelijk stabiel. Het aantal eigen bereidingen vertoont een lichte stijging van 2,6%, waarmee het aantal verstrekte apotheekbereidingen uitkomt op 4,1 miljoen. Eén op de twintig afgeleverde geneesmiddelen die vallen onder het 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.

1.13 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.14 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.6 Vergoeding apotheken

De vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken kwam in 2008 uit op een bedrag van € 915 miljoen. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding voor WMG-geneesmiddelen (€ 884 miljoen) en de apotheekmarge op geneesmiddelen die niet vallen onder de WMG (€ 26 miljoen).

De receptregelvergoeding is verreweg de belangrijkste component van de apotheekvergoeding.

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.

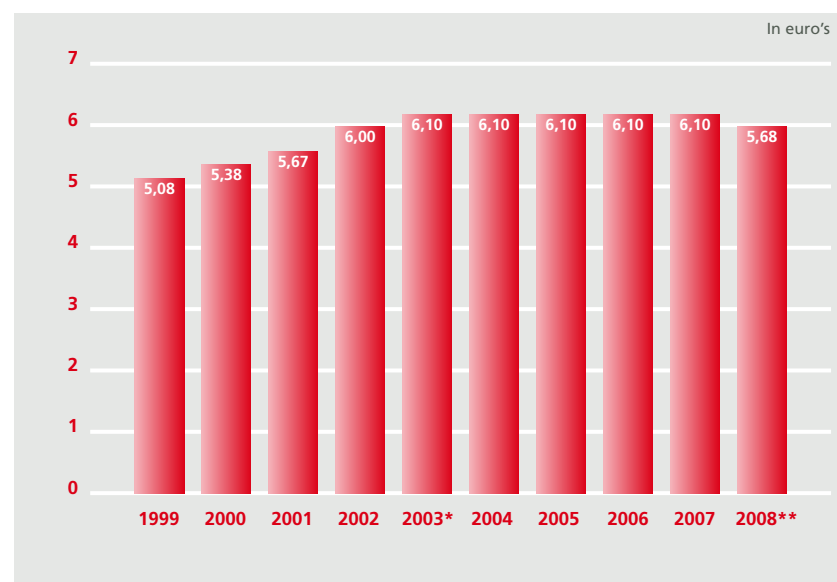
De apotheker heeft geen belang bij het afleveren van (nodeloos) dure geneesmiddelen. Per voorschrift ontvangt de apotheek een vaste afleververgoeding ongeacht de prijs en de hoeveelheid van het desbetreffende geneesmiddel. Afhankelijk van de situatie en het soort geneesmiddel geldt er wel een maximale 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.

In de eerste helft van 2008 bedroeg het tarief dat apotheken voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen € 6,00 per afgeleverd WMG-geneesmiddel. Per 1 juli 2008 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuwe tariefsystematiek. Het systeem van een vaste vergoeding per afgeleverd receptgeneesmiddel werd vervangen door een systeem waarbij onderscheid wordt gemaakt naar de aard van de uitgifte en het moment van afleveren. Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen een basisvergoeding en vergoedingen voor aanvullende prestaties. Zo geldt vanaf 1 juli 2008 voor een reguliere uitgifte een vaste basisvergoeding van € 5,30 en voor een uitgifte via een weekdoseersysteem een vaste basisvergoeding van € 2,90 per week. Daar bovenop kunnen één of meer aanvullende vergoedingen van toepassing zijn, afhankelijk van het feit of het een (bijzondere) apotheekbereiding betreft, een eerste uitgifte of een uitgifte tijdens een avond- nacht- of zondagsdienst. Hoewel het de bedoeling van de NZa is dat de invoering van het nieuwe tariefsysteem op landelijk niveau sluit op een gemiddelde receptregelvergoeding van € 6,10, laat dit onverlet

dat individuele apotheken er met de nieuwe tariefssystematiek enkele tienduizenden euro's op vooruit òf achteruit kunnen gaan.

Uit de meting van de frequentie van de verschillende prestaties onder openbare apotheken blijkt dat het gewogen gemiddelde tarief per receptregel in de tweede helft van 2008 uitkwam op € 5,39. Dit is aanzienlijk minder dan het beoogde gemiddelde van € 6,10. Het verschil wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de weekafleveringen. In het oude tariefsysteem werden uitgiften via een weekdoseersysteem vanwege afspraken met verzekeraars veelal eens per twee weken gedeclareerd. Nu mag deze prestatie iedere week in rekening worden gebracht, waarmee het totaal aantal verstrekkingen dan ook aanzienlijk hoger ligt dan voorheen. Om het gemiddelde tarief na de invoering van de nieuwe tariefstructuur te kunnen vergelijken met het tarief van € 6,10 moet een correctie worden uitgevoerd op de weekafleveringen.

1.15 Apotheekvergoeding per WMG-voorschrift



* september – december 2003: € 6,30

** gerealiseerde gemiddelde ongecorrigeerde receptregelvergoeding

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Door de frequentie van de prestaties te halveren kwam daarmee het gemiddelde tarief op € 6,05 uit. Zonder deze correctie realiseerden openbare apotheken over heel 2008 gemiddelde receptregelvergoeding van € 5,68. Met de introductie van het nieuwe tarief zijn bovendien de verschillen in tariefinkomsten tussen apotheken zeer scheef komen te liggen. Bijna driekwart van de apotheken haalt het gemiddelde (na correctie voor het frequenter declareren van weekuitgiftes) niet.

2 Kostenbeheersing

De beheersing van de geneesmiddelen uitgaven 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 vergoeding die apotheken in rekening mogen brengen (paragraaf 2.2) en de mate waarin de kosten van het geneesmiddelengebruik kunnen worden gedeclareerd bij de verzekeraar (paragraaf 2.3). Ook het geneesmiddelenconvenant speelt een belangrijke rol bij de prijsverlagingen in de afgelopen jaren. Onder druk van een actief overheidsbeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 tot en met juni 2008 met 45% gedaald (zie figuur 2.03). Per 1 juni 2008 zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen in één klap gehalveerd vergeleken met het prijsniveau eind 2007, als gevolg van het preferentiebeleid dat diverse verzekeraars voeren. Voor het totale geneesmiddelenpakket zijn de prijzen in 2008 met bijna 10% gedaald.

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. Onder invloed van de lagere maximumprijzen daalde het prijspeil van geneesmiddelen de afgelopen jaren met gemiddeld 3 tot 4% per jaar. In 2008 en 2009 zet deze trend zich onverminderd voort. De WGP is momenteel het belangrijkste instrument van de overheid om invloed uit te oefenen op de geneesmiddelenprijzen.

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 verzekeraar bij wie de gebruiker in kwestie verzekerd is. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een receptregelvergoeding voor de geleverde dienstverlening door de apotheek en een (inkoop)vergoeding voor de door de apotheek geleverde receptgeneesmiddelen.

De receptregelvergoeding is een vast bedrag dat de apotheek in rekening mag brengen per verstrekt receptgeneesmiddel. Uitgangspunt bij de bepaling van de hoogte van de receptregelvergoeding is oorspronkelijk een reële vergoeding van de apotheekpraktijkkosten en het door de overheid vastgestelde norminkomen voor de gevestigde apotheker (paragraaf 4.3). 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. De afgelopen 5 jaar was de receptregelvergoeding vastgesteld op € 6,10. Per 1 januari 2008 verlaagde de NZa de receptregelvergoeding tot € 6,00. Met ingang van 1 juli 2008 heeft de NZa een gedifferentieerde receptregelvergoeding ingevoerd. Naast een basisvergoeding per behandelde receptregel, geldt dan een additionele vergoeding voor aanvullende prestaties zoals een eerste uitgifte en (bijzondere) apotheekbereidingen of een toeslag bij uitgifte gedurende een avond-, nacht of zondagsdienst. Daarnaast heeft de NZa een aparte afleververgoeding vastgesteld voor levering via een weekdoseersysteem.

Eind december 2008 verraste de NZa de sector met de introductie van een zogeheten "flexibel tarief", variërend van een maximum tarief van gemiddeld € 7,28 tot een maximaal verhoogd tarief van € 7,92. Ook de hoogte van de claw back zou onderhandelbaar zijn. Dit maximaal verhoogde tarief of een tarief dat ligt tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief mag in rekening worden gebracht als hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheek ten grondslag ligt. De NZa heeft het maximumtarief ruim 8% lager vastgesteld dan het maximaal verhoogde tarief dat is gebaseerd op de door de NZa berekende praktijkkosten bij een door de NZa gedefinieerde subselectie van openbare apotheken. De NZa heeft het maximumtarief bewust niet op kostendekkend niveau vastgesteld om apothekers 'te stimuleren te onderhandelen', tegelijkertijd zou het maximaal verhoogde tarief 'verzekeraars moeten prikkelen tot een lager tarief te komen', aldus de NZa. Door deze plotselinge aankondiging en de korte periode tot het nieuwe (contract)jaar konden apotheken en verzekeraars zich niet voorbereiden op dit flexibele tarief. Uit de Monitor Farmacie van de NZa die medio 2009 is uitgebracht bleek dan ook dat slechts 26 aanvullende contracten zijn overeengekomen. Tijd om aan de hoogte van het flexibele tarief te wennen werd apotheken nauwelijks gegund. Eind april kondigde de NZa wederom nieuwe tariefbedragen aan die per 1 mei 2009 van kracht werden. Met name het tarief voor de eerste uitgifte werd opwaarts bijgesteld. De bedoeling was om hiermee meer recht te doen aan de extra werkzaamheden die horen bij een eerste uitgifte van een geneesmiddel. Door de verhoging van het tarief voor een eerste uitgifte dalen de overige tarieven navenant. Uitgangspunt van de NZa is namelijk dat het gemiddelde maximumtarief moet blijven sluiten op een bedrag van € 7,28. Door de vele wijzigingen die de NZa in hoogtempo in de tarifiering heeft doorgevoerd is het voor apotheken onmogelijk om een reële financiële prognose te maken.

2.01 Nieuw tariefsysteem: prestatiebekostiging

| | Tarieven per 1 juli 2008 | Tarieven per 1 januari 2009* | Tarieven per 1 mei 2009* |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Basistarief | | | |
| Standaarduitgifte | € 5,20 | € 6,40 (€ 7,00) | € 5,50 (€ 6,00) |
| Weekdosering | € 2,86 | € 3,50 (€ 3,80) | € 3,00 (€ 3,30) |
| Aanvullend tarief | | | |
| 1 ^e uitgifte | € 1,04 | € 1,30 (€ 1,40) | € 5,50 (€ 6,00) |
| Reguliere bereiding | € 10,40 | € 12,80 (€ 13,90) | € 11,00 (€ 12,00) |
| Bijzondere bereiding | € 77,98 | € 96,00 (€ 104,50) | € 82,60 (€ 90,00) |
| ANZ-dienst | € 10,40 | € 12,80 (€ 13,90) | € 11,00 (€ 12,00) |

* bedrag tussen haakjes: het maximaal verhoogde tarief

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

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 geweest.

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 meer concurrentie door de komst van nieuwe aanbieders van generieke varianten van de betreffende

geneesmiddelen) zijn de door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen toegenomen. Anderzijds is de hoogte van de receptregelvergoeding achtergebleven bij de ontwikkeling van de apotheekpraktijkkosten. De inkoopvoordelen werden daarmee een onmisbaar element binnen de praktijkfinanciering van apotheken.

Het afgelopen decennium 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 afspraken over de prijsontwikkeling van geneesmiddelen waarvan het patent verstreken is, is de overheid er steeds 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 verzekeraar. Aanvankelijk was de claw back beperkt tot effectief 3%.

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% met een maximum van € 6,80 per verstrekt receptgeneesmiddel). Bij de vaststelling van de claw back werd uitgegaan van de uitkomsten van een onderzoek naar de omvang van door apotheken gerealiseerde 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 aan het begin van de jaren negentig 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 verzekeraars de volledige verantwoordelijkheid zouden dragen voor het beheersen van de geneesmiddelenuitgaven. De verzekeraars 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 toenmalige demissionair ad-interim minister van Volksgezondheid 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 tariefbeschikking. De rechter beoordeelde de door de overheid uitgewerkte vangnetregeling op diverse punten als ondeugdelijk. Mede onder invloed van deze uitspraak is 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 (WMG).

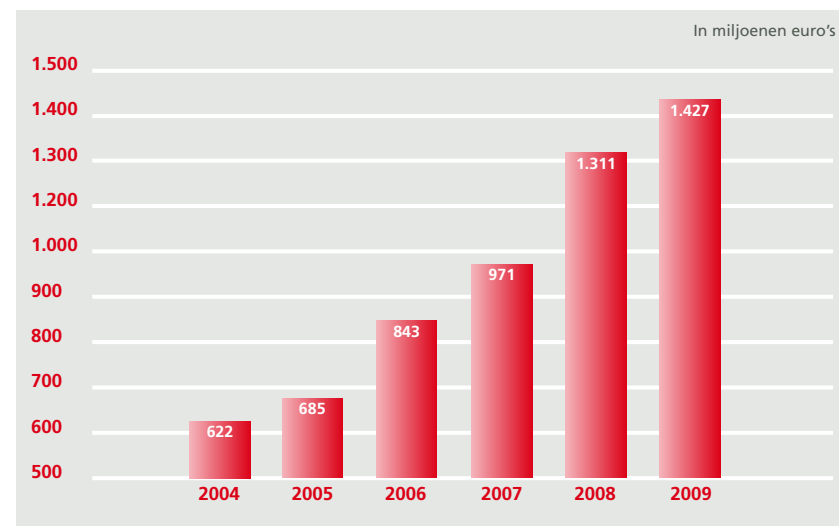
2.2.5 Convenantsjaren 2004-2007

Direct na de beslissing van het CBB startten het Ministerie van VWS, de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland overleg op om te komen tot een oplossing voor de ontstane impasse. In samenspraak met de Bogin, de bond van de generieke geneesmiddelenindustrie in Nederland, mondde dit overleg uit in een convenant dat op 13 februari 2004 door betrokken partijen is gesloten. De belangrijkste afspraak binnen dit convenant was, dat partijen overeenkwamen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen zouden worden verlaagd tot gemiddeld 40% onder het niveau van de lijstprijzen van de betrokken fabrikanten op 1 januari 2004. Daarnaast zouden nieuwe generieke geneesmiddelen bij introductie op de markt tenminste 40% geprijsd worden onder het prijsniveau van het corresponderende originele merkgeneesmiddel.

Met ingang van 1 januari 2005 sloot ook Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, zich aan bij het geneesmiddelenconvenant. In aanvulling op de bepalingen in het convenant 2004 is toen afgesproken dat specialitéfabrikanten per 1 januari 2005 de prijzen verlaagden van receptgeneesmiddelen waarvan op 'stof- en toedieningsniveau' vergelijkbare

generieke geneesmiddelen beschikbaar waren, danwel dat de specialité-fabrikanten compenserende prijsverlagingen zouden doorvoeren binnen het single source-segment (geneesmiddelen waarvan 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 Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS, zie paragraaf 2.3). In de jaren 2006 en 2007 zijn deze afspraken gecontinueerd. Ondersteund door de verlaging van de maximumprijzen onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen en het verlopen van de geneesmiddelenpatenten van diverse geneesmiddelen zijn de in de convenanten overeengekomen besparingsdoelstellingen vanaf het jaar 2005 steeds gerealiseerd.

2.02 Besparingsafspraken geneesmiddelenconvenanten (bedragen incl. BTW en geneesmiddelenkosten apotheehoudende huisartsen)



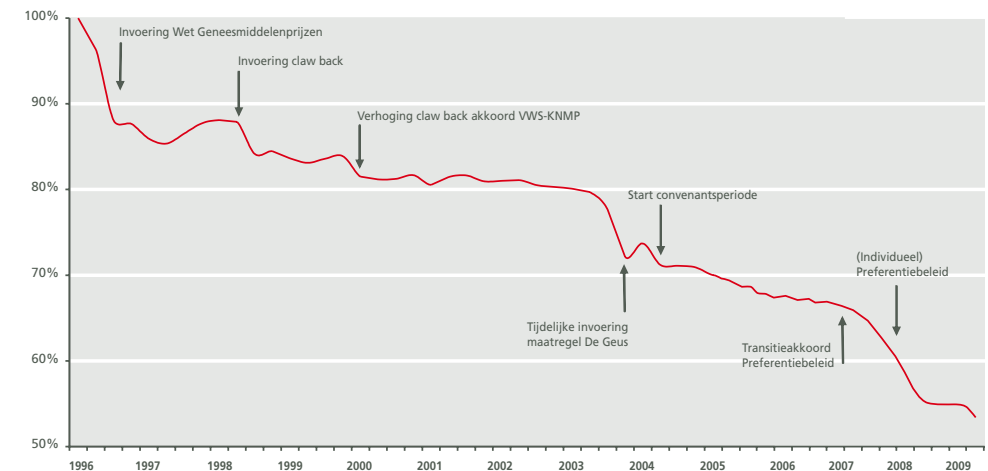
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2.6 Transitieakkoord 2008-2009

Op 17 september 2007 sloot Minister Klink van Volksgezondheid andermaal een akkoord met Bogin, KNMP, Nefarma en Zorgverzekeraars Nederland. Enerzijds betrof dit een continuering en aanscherping van de bezuinigingsafspraken uit de eerdere convenanten. Zo kwamen partijen overeen dat de prijzen van generieke geneesmiddelen in 2008 met nog eens 10% zouden worden verlaagd en dat nieuwe generieke geneesmiddelen in het vervolg voor maximaal de helft van de prijs van het corresponderende originele merkgeneesmiddel op de markt zouden worden gebracht.

Daarenboven is afgesproken dat de claw back gedurende de maanden december 2007 tot en met juni 2008 tijdelijk verhoogd werd met een transitietoeslag van 6,82% tot 11,3%. Bovenop het bedrag van 215 miljoen euro (incl. BTW) aan inkoopvoordelen die apotheehoudenden inleveren via de bestaande claw backregeling, betekende dit dat nog eens 50 miljoen euro (incl. BTW) aan extra inkoopvoordelen bij apotheehoudenden werd afgeroomd.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Anderzijds is in het Transitieakkoord 2008-2009 afgesproken dat partijen op grond van een gezamenlijk uit te werken stappenplan in twee jaar tijd geleidelijk zouden toewerken naar een nieuwe marktsituatie waarbij de diverse schakels in de kolom worden geprikkeld om maximale toegevoegde waarde voor de klant te leveren en bestaande (prijs)regelgeving kan worden afgebouwd.

Verder constateerden partijen binnen het Transitieakkoord dat apotheken de inkoopvoordelen die resteren na aftrek van de claw back nodig hebben voor de financiering van de praktijkkosten. Bij het eventueel verder afbouwen en afromen van inkoopvoordelen zouden apotheken één-op-één moeten worden gecompenseerd via een verhoging van de apotheektarieven.

2.2.7 Onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen

De afspraken in het Transitieakkoord waren mede gebaseerd op boekenonderzoek dat de NZa in 2007 in opdracht van het ministerie van VWS en

in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland, KNMP en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) had laten verrichten naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen van apothekhoudenden. Het onderzoek richtte zich op gegevens uit het boekjaar 2004. Het onderzoek bevestigde het publieke gegeven dat de vergoeding van de praktijkkosten voor een gemiddelde openbaar apotheek verre van toereikend is als dekking voor de werkelijke kosten. Het tekort op de receptregelvergoeding bedroeg ruim 2 euro per receptregel, ofwel zo'n € 160.000 per apotheek. De apotheek werd geacht dit tekort te dekken uit de inkoopvoordelen. Uit datzelfde NZa-onderzoek bleek dat de gemiddelde apotheek in 2004 € 311.000 aan inkoopvoordelen realiseerde. Dit kwam overeen met 16,5 % van de inkoopwaarde. Apothekers droegen hiervan € 98.000 af via de claw back. Het resterende inkoopvoordeel bedroeg derhalve € 213.000. Na aftrek van de niet via de receptregelvergoeding gedekte praktijkkosten restte voor de apotheker-eigenaar een ondernemingsrendement van 2% van de omzet.

Op basis van marktinschattingen van het College van Zorgverzekeringen heeft de NZa de onderzoeksuitkomsten over het jaar 2004 geëxtrapoleerd naar 2008. De NZa verwachtte in 2007 dat het gemiddelde kortingspercentage van 16,5% in 2004 zou stijgen tot 18,9% in 2008 vanwege het toenemend marktaandeel van generieke geneesmiddelen. De uitkomst van dit onderzoek zou in het voorjaar van 2008 worden bevestigd door nieuw onderzoek dat Minister Klink onder druk van de Tweede Kamer had laten uitvoeren door accountantsbureau KPMG bij farmaceutische groothandels en geneesmiddelen-leveranciers.

Met inachtneming van de inkoopvoordelen die apotheken reeds inleveren via de claw back en rekening houdend met de inkoopvoordelen die apotheken nodig hebben om de praktijkkosten te financieren hebben partijen in het Transitieakkoord geconcludeerd dat er in 2008 ruimte was voor een verhoging van de besparingsdoelstelling met € 340 miljoen tot € 1.311 miljoen (zie ook tabel 2.02). Als verdere prijsverlagingen ertoe zouden leiden dat meer geld zou worden bespaard, dan zouden apotheken hiervoor gecompenseerd worden via een verhoging van het apotheektarief, zo concludeerde Minister Klink na het sluiten van het Transitieakkoord. Inmiddels blijkt uit onderzoek van de SFK dat de besparingsdoelstelling onder invloed van het preferentiebeleid (zie paragraaf 2.2.8) in 2008 met bijna €200 miljoen is overschreden. Partijen in het Transitieakkoord hebben echter nog geen besluit genomen over hoe met deze extra besparingsopbrengst wordt omgegaan.

Toen in mei 2008 de forse prijseffecten van de invoering van het preferentiebeleid zichtbaar werden, deed de KNMP een dringend beroep op de NZa en het ministerie van VWS om de receptregelvergoeding op kostendekkend

niveau vast te stellen, nu de inkomsten uit inkoopvoordelen in rap tempo verdampen. De overheid stelde zich echter op het standpunt dat eerst nieuw boekenonderzoek nodig was, alvorens een dergelijk besluit in overweging kon worden genomen. De KNMP gaf aan dat de continuïteit van het apotheekbedrijf dermate bedreigd werd door de gewijzigde marktomstandigheden dat directe aanpassing van de tarieven noodzakelijk was. De CBB-rechter stelde de KNMP hierbij in het gelijk met als gevolg dat de claw backregeling vanaf 1 juli 2008 geschorst werd.

Vervolgens liet de NZa in de periode juli-oktober 2008 nieuw boekenonderzoek uitvoeren – het derde boekenonderzoek in nauwelijks één jaar tijd. Het onderzoek bevestigde dat de inkoopvoordelen zich in 2007 conform de eerdere verwachtingen ontwikkeld hadden. Zoals op voorhand voorspeld kon worden, gaf het onderzoek geen uitsluitel over de gevolgen van de invoering van het preferentiebeleid in mei 2008. Het boekjaar 2008 was immers nog niet afgesloten. Wel stond vast dat als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid de prijzen van de betreffende generieke geneesmiddelen met 90% waren gekelderd en dat daardoor apotheken hun inkoopvoordeel op deze middelen in één klap zagen verdampen. Tevens stelde de NZa vast dat de feitelijke apotheekpraktijkkosten nog meer uit de pas liepen met de kostenvergoeding via het apotheektarief, zelfs nadat de NZa de gegevens van de duurdere poliklinische apotheken en ketenapotheken ter zijde had geschoven. Op basis van deze constatering besloot de NZa het apotheektarief per 1 januari 2009 in beperkte mate te verhogen. Tegelijkertijd was de NZa van mening dat de claw backregeling weer van kracht kon worden. Tevens stelde NZa zich op het standpunt dat de schorsing van de claw back gedurende het tweede halfjaar van 2008 onterecht was en dat apotheken deze alsnog dienden in te leveren via een tijdelijke verhoging van de claw back in 2009 en 2010.

De KNMP was het met het laatstgenoemde besluit niet eens en was tevens van oordeel dat de tariefaanpassing per 1 januari 2009 verre van voldoende was (zie paragraaf 4.3). De KNMP maakte de zaak opnieuw aanhangig bij de CBB-rechter. Bij de rechter kondigde de NZa aan dat zij in 2009 andermaal grootschalig boekenonderzoek bij apotheken gaan verrichten. Mochten de uitkomsten van het vierde boekenonderzoek aanleiding zijn om het tarief aan te passen, dan zou de NZa per 1 juli 2009 het tarief met terugwerkende kracht aanpassen. Met deze toezegging nam de rechter genoegen. Inmiddels heeft de NZa dit onderzoek uitgevoerd, maar de uitkomsten en de conclusies van dit onderzoek zijn op het moment van schrijven nog niet openbaar gemaakt.

2.2.8 Preferentiebeleid leidt tot prijzenoorlog

Begin 2008 gaf een aantal verzekeraars (Menzis, UVIT, CZ en AGIS) te kennen het preferentiebeleid, waarmee de afgelopen jaren zonder veel effect op landelijk niveau geëxperimenteerd was door Zorgverzekeraars Nederland, per 1 juli 2008 breedschalig uit te willen bouwen. Het preferentiebeleid houdt in dat een verzekeraar aangeeft dat een verzekerde met een basispolis binnen een bepaald geneesmiddelencluster slechts recht heeft op de vergoeding van één of enkele varianten. Geneesmiddelen van een leverancier (label) die niet door de verzekeraar zijn aangewezen, worden dan in het geheel niet vergoed. In afwijking van de bijbetalingsregeling binnen het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (zie paragraaf 2.3) betekent dit dat de patiënt eventuele alternatieven volledig uit eigen portemonnee moet betalen.

(Generieke) geneesmiddelenfabrikanten werden uitgenodigd een nieuwe landelijke geneesmiddelenprijs af te geven per 1 juni 2008. Op grond van deze prijsopgave hebben de verzekeraars de geneesmiddelen aangewezen die vanaf 1 juli 2008 nog vergoed worden. In de praktijk komt het erop neer dat in de meeste gevallen alleen nog de allergeoedkoopste variant vergoed wordt. De landelijke "aanbesteding" van verzekeraars heeft een ware prijzenslag tussen generieke geneesmiddelenleveranciers ontketend. De prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen daalden met 90%. Per saldo leidde de prijzenslag tot een kostenverlaging van 355 miljoen euro op jaarbasis. Eerder dat jaar waren de prijzen van generieke geneesmiddelen al met 125 miljoen euro verlaagd als gevolg van het Transitieakkoord dat Minister Klink had gesloten met de geneesmiddelensector. Daarmee is de omzet van generieke geneesmiddelen in nauwelijks een half jaar tijd gehalveerd.

Omdat verzekeraars naast het preferentiebeleid ook laagste-prijs-afspraken maken (verzekeraar betaalt apotheek maximaal de prijs van het goedkoopste alternatief voor een bepaald geneesmiddel ongeacht het geneesmiddel dat de apotheek verstrekt) of zogeheten 'bandbreedte afspraken' (verzekeraar vergoedt alleen geneesmiddelen die maximaal 3 tot 5% duurder zijn dan het goedkoopste alternatief) moesten alle generieke geneesmiddelenleveranciers hun prijzen tot het laagste niveau verlagen, wilde men zich niet compleet uit de markt prijzen.

Niemand had van te voren durven vermoeden dat de grootschalige invoering van het preferentiebeleid in 2008 zulke forse prijseffecten tot gevolg zou hebben. Naast de apotheken, groothandels en (generieke) geneesmiddelenleveranciers waren uiteindelijk ook de verzekeraars ongelukkig met de uitkomst van het preferentiebeleid. Doordat de prijzen van generieke middelen over de hele linie zakten, resteerde voor de verzekeraars geen financieel voordeel. Het Ministerie van Volksgezondheid "incasseerde" het effect van de prijsverlagingen door de geneesmiddelenbudgetten voor de verzekeraars navenant te laten

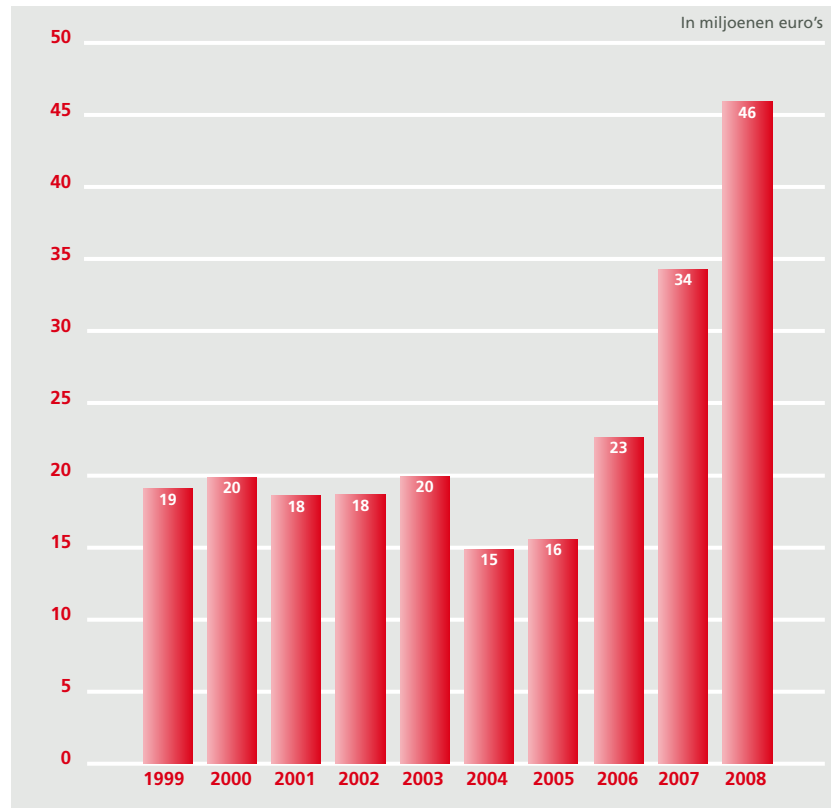
zakken. Uit onvrede hierover introduceerde verzekeraar UVIT in 2009 een onderhands systeem: het zogenaamde couverte prijzenmodel. Hierbij verlaagt een geneesmiddelenleverancier niet de geneesmiddelenprijzen die publiek afgegeven worden, maar biedt deze UVIT onderhands een korting. Het model wordt sterk bekritiseerd, omdat niet duidelijk is hoe het inkoopvoordeel van UVIT aan de verzekerde in kwestie ten goede komt en apotheken verplicht worden om generieke middelen af te leveren waarvan goedkopere varianten beschikbaar zijn. De KNMP heeft de NZa opgeroepen om naast het inkoopvoordelenonderzoek bij apotheken ook inkoopvoordelenonderzoek bij verzekeraars te verrichten. Vooralsnog oordeelt de NZa dat een dergelijk onderzoek niet opportuun is.

2.3 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel

In 2008 kwam maar een zeer beperkt deel van de geneesmiddelen die door openbare apotheken worden verstrekt voor rekening van de patiënt zelf. Naast een bedrag van € 60 miljoen voor receptgeneesmiddelen die in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen, is in 2008 in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) € 46 miljoen bijbetaald. Dit is € 12 miljoen meer dan in het voorafgaande jaar. De toename is voornamelijk toe te schrijven aan het weer volledig opnemen van de anticonceptiemiddelen in het basispakket. Voor relatief veel van anticonceptiemiddelen ligt de prijs van de fabrikant hoger dan de door de overheid vastgestelde vergoeding. Overigens geldt voor het wel vergoede deel dat dit eveneens in belangrijke mate door de verzekerden zelf worden opgebracht door het eigen risico dat vanaf 2008 geldt.

Bijna 35% van de GVS bijdragen komt voor rekening van methylfenidaat met vertraagde afgifte (Concerta[®], Medikinet[®] en Equasym XL[®]). De totale bijbetaling voor dit geneesmiddel kwam uit op € 16 miljoen. Dit bedrag is de afgelopen jaren zeer sterk toegenomen. Methylfenidaat wordt gebruikt bij de behandeling van kinderen en volwassenen met ADHD. Ook atomoxetine (Strattera[®]) wordt hiervoor ingezet. Dit middel vinden we terug op plaats 2 met een ruim € 5 miljoen aan eigen bijdragen. De derde plaats wordt ingenomen door de anticonceptiepil Yasmin[®] en kent een totale eigen bijdrage van € 4 miljoen.

2.04 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 gemoeid. 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 berekeningsystematiek 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 om het GVS te moderniseren. Het CVZ stelt voor om de clustercriteria aan te passen en om 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 erop neer dat vergoedingslimieten worden vastgezet op het prijsniveau dat de generieke aanbieders van geneesmiddelen hebben gehanteerd ten tijde van het convenant. In het in september 2007 afgesloten transitieakkoord is opnieuw afgesproken de vergoedingslimieten niet aan te passen. Gezien de grote prijsverschillen in sommige GVS clusters gaan er opnieuw stemmen op om het GVS bij te stellen op basis van het huidige prijsniveau.

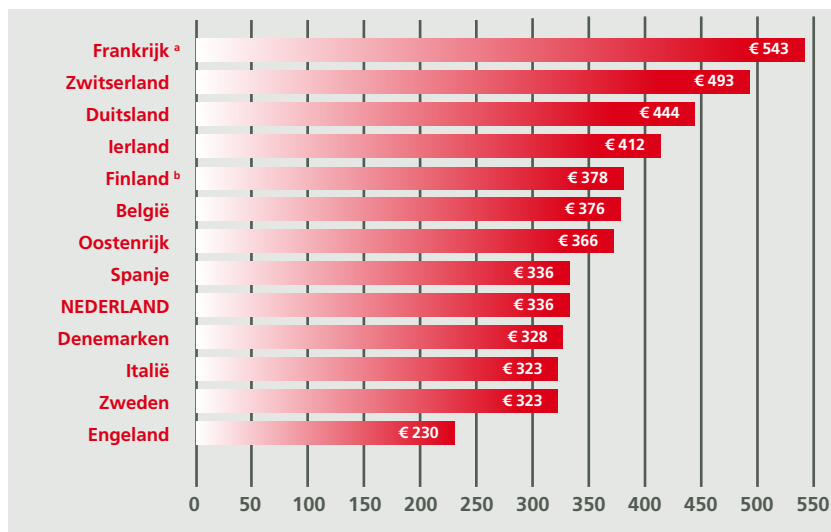
3 Geneesmiddelenconsumptie in West-Europees perspectief

In 2007 besteedde de Nederlander gemiddeld € 336 aan geneesmiddelen. Dit bedrag omvat tevens de kosten die zijn gemoeid met de levering van dure geneesmiddelen (gemiddeld € 47 per persoon). Van dure geneesmiddelen bedragen de kosten per voorschrift meer dan € 500. Deze middelen worden vaak via geselecteerde apotheken op de markt gebracht. Door de stijging van het gebruik van dure geneesmiddelen, die in sommige landen alleen via het ziekenhuis verkrijgbaar zijn, kruipt Nederland meer richting het West-Europees gemiddelde. De SFK verwacht dat Nederland vanaf 2008 weer tot de staartgroep behoort qua geneesmiddelenuitgaven per persoon. Door de invoering van het preferentiebeleid zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen in ons land sinds juni 2008 drastisch gedaald (zie paragraaf 2.2.8). Op jaarbasis dalen de geneesmiddelenuitgaven hierdoor met ruim 10%.

In de buurlanden van Nederland ligt de geneesmiddelenconsumptie 12 tot 60% hoger. In België is in 2007 gemiddeld € 376 per hoofd uitgegeven aan geneesmiddelen, in Duitsland € 444 en in Frankrijk € 543. In vergelijking met het van oudsher zuinige Denemarken zijn de verschillen in uitgaven per inwoner een stuk kleiner dan voorheen. Een belangrijke factor in de lage uitgaven per hoofd van de bevolking in Engeland (€ 230) is het gegeven dat dure geneesmiddelen zijn voorbehouden aan ziekenhuizen en deze uitgaven dus buiten de extramurale scope vallen. De Zuid-Europese landen hebben traditiegetrouw eveneens lage geneesmiddelenuitgaven per inwoner. Nederland bevond zich in 2007 op gelijke voet met Spanje en iets boven het niveau van Italië.

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 14,3% van de bevolking 65 jaar en ouder. In België en Duitsland ligt het aandeel 65-plussers met respectievelijk 17,2% en 19,3% een stuk hoger. In Frankrijk is 16,2% van de bevolking 65 jaar of ouder. In ons land gebruikt een persoon van 65 jaar of ouder driemaal zo veel geneesmiddelen als gemiddeld.

3.01 Geneesmiddelenuitgaven via de apotheek per hoofd van de bevolking in 2007



a Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2007

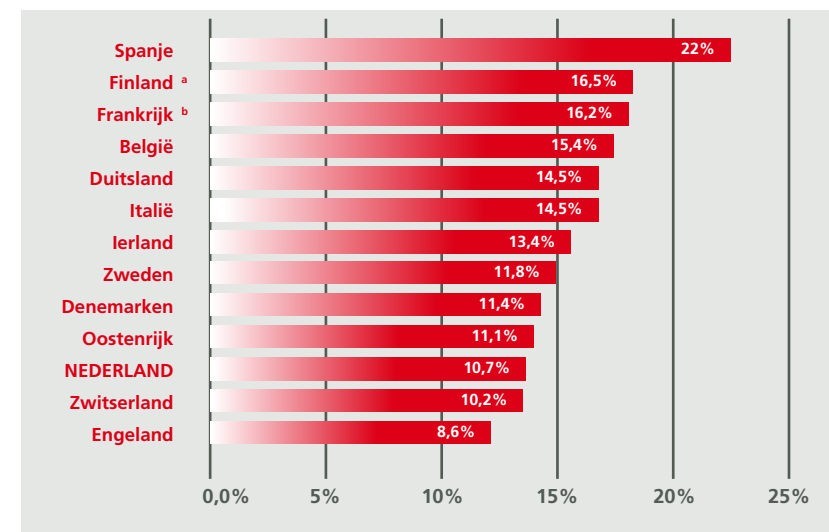
b Bron: Pharmaceutical Information Centre, Pharma Facts Finland 2008

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Als de uitgaven aan farmaceutische hulp worden gerelateerd aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland wederom een bescheiden positie in te midden van de West-Europese landen. In 2007 had 10,7% van de totale zorgkosten in Nederland betrekking op geneesmiddelen­uitgaven (pakket en niet-pakket) via apotheekhoudenden. Nederland bevindt zich hiermee in de Europese staartgroep. In het algemeen is het aandeel van de uitgaven aan farmaceutische hulp groter naarmate het land zuidelijker ligt, waarbij Finland een uitzondering vormt.

¹ Bij gebrek aan actuele gegevens over heel Groot-Brittannië kan de SFK alleen rapporteren over Engeland.

3.02 Aandeel uitgaven aan farmaceutische hulp in de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 2007



a Bron: Pharmaceutical Information Centre, Pharma Facts Finland 2008

b Bron: Comptes Nationaux de la Santé 2007

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In vergelijking met de meeste Europese landen worden er in Nederland veel generieke (merkloze) geneesmiddelen gebruikt. De Nederlandse apotheken leveren in 56% van de gevallen een generiek geneesmiddel af. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland en Groot-Brittannië. In de meeste andere landen, waaronder België, Frankrijk, Spanje, Italië, Oostenrijk en Zwitserland ligt dit aandeel binnen de range van 10 tot 20%. De belangrijkste verklaring voor de relatief lage geneesmiddelen­uitgaven in Nederland betreft een terughoudend voorschrijf­beleid en slikgedrag.

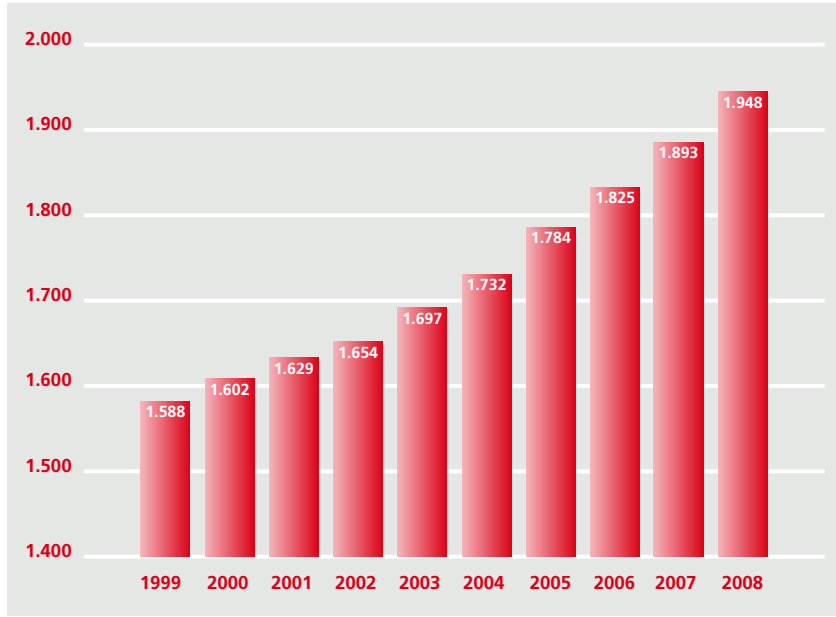
Apotheekgrootte

De Nederlandse apotheken bedienen gemiddeld 7.800 patiënten per apotheekpraktijk. In België (2.000 patiënten), Spanje (2.000 patiënten), Frankrijk (2.700 patiënten), Duitsland (3.800 patiënten) en Groot-Brittannië (5.000 patiënten) hebben de apotheken een aanmerkelijk kleinere patiëntenpopulatie. In Nederland is 7,9% van de bevolking aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. In Groot-Brittannië is dat 6%. In Duitsland en België worden er geen geneesmiddelen via huisartsen verstrekt.

4 De openbare apotheek in cijfers

Eind 2008 telde Nederland 1.948 openbare apotheken. Dit zijn 55 apotheken meer dan in 2007. De groei van het aantal apotheken is het afgelopen jaar afgezwakt door een recordaantal sluitingen. In 2008 sloten 28 apotheken hun deuren, tegenover 83 nieuwe apotheken.

4.01 Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken (stand einde jaar)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.1 Zelfstandige apotheken versus ketens

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. Sindsdien is het door de versoepeling van wet- en regelgeving aanmerkelijk eenvoudiger geworden voor niet-apothekers om apotheken te bezitten. De liberalisering heeft onder meer tot gevolg gehad dat bestaande marktpartijen, met name bepaalde farmaceutische groothandels, hun marktpositie hebben uitgebreid door het opkopen van apotheken en het opzetten van apotheekketens. Overigens dient de geneesmiddelenvoorziening wel altijd onder direct toezicht van een apotheker plaats te vinden, per apotheek moet tenminste één apotheker beschikbaar zijn volgens de geneesmiddelenwet.

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 een aantal jaren is afgenomen. Deze tendens heeft zich sinds 2007 niet meer doorgezet; het aandeel apotheken in bezit van apothekers is sindsdien met 65% gelijk gebleven.

Het aantal leden van de Nederlandse Apotheek Coöperatie (NAPCo), die opkomt voor de zelfstandig ondernemende apotheker, nam in 2008 af tot zo'n 340 apothekers.

Met in totaal 690 apotheekvestigingen in 2008 blijft het percentage ketenapotheken stabiel op 35%. Het aantal ketenapotheken steeg met 17 vestigingen licht van 673 vestigingen in 2007 tot 690 in 2008. Deze toename is in lijn met de algemene groei van het aantal apotheekvestigingen in ons land, ondanks de forse groeiambities van diverse apotheekketens. Zo spraken de ketens begin 2007 zelf de verwachting uit dat zij in 2012 de helft van alle apotheken in eigendom zouden hebben. Gezien de onzekere situatie staat deze groeiambitie op dit moment in de ijskast. Op dit moment blijft de feitelijke ontwikkeling substantieel achter bij de initiële groeiambitie.

De 28 apotheekvestigingen die in 2008 hun deuren sloten zijn evenredig verdeeld over de zelfstandig gevestigde apotheken en apotheken die aangesloten zijn bij een keten of formule.

De ASKA, de Associatie van Ketenapotheken, is de in 2005 opgerichte branchevereniging van ketenapotheken, met als doel het behartigen van de belangen van centraal geleide apotheekbedrijven. Momenteel telt de ASKA zes leden, te weten Mediq Apotheek (onderdeel van Mediq, voorheen OPG groep), Alliance Apotheek (voorheen de Vier Vijzels), Escura (onderdeel van Brocacef), Lloyds Apotheken, Zorggroep Almere en Thio Pharma, die begin 2009 gezamenlijk 518 (eind 2007: 506) apotheken in eigendom hebben.

Mediq Apotheek, Lloyds Apotheken en Alliance Apotheek zijn - een uitzondering daargelaten - 100% eigenaar van de apotheken die zij in bezit hebben. Mediq Apotheek heeft 229 (2007: 227) openbare apotheken in eigendom; Lloyds Apotheken 65 (2007: 62) apotheken en Alliance Apotheek is gegroeid naar 78 (2007: 78) apotheken. Groothandel Brocacef heeft de apotheken ondergebracht in de formule Escura Apotheek, met 97 (2007: 91) eigen apotheken. Daarnaast nemen ook zelfstandige apotheken deel aan deze formule. Thio Pharma (zowel lid van ASKA als NAPCo) heeft 28 apotheken (2007: 29) in bezit en Zorggroep Almere 21 (2007: 21) apotheken. Naast deze ketens die lid zijn van de ASKA zijn er nog de ketens AIO (Apothekers in overdracht/Medsen) met een belang in 67 apotheken (2007: 60), VNA

(Verenigde Nederlandse Apothekers) met circa 80 apotheken en Prickartz met 25 apotheken. 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 1.948 openbare apotheken behoren 39 (2007:32) 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 deze gezamenlijke voorziening. Daarnaast is er een aantal apotheken dat 24-uurs diensten verleent en daarmee diensten waarneemt voor omliggende apotheken. Bij de 1.948 openbare apotheken zijn ook apotheken meegeteld die hun dienstverlening via internet en post of bezorgdienst afhandelen. Een van deze online apotheken, de Nationale Apotheek, is een samenwerkingsverband met onder andere TNT Post. In juli 2008 heeft TNT Post een belang genomen van 35% in de internetapotheek. Overigens biedt ook een groot aantal reguliere openbare apotheken dienstverlening via het internet aan.

4.2 Omzet openbare apotheek

De gemiddelde patiëntenpopulatie van een openbare apotheek is afgenomen van 8.100 personen in 2007 tot 7.800 in 2008. In 2002 bediende een apotheek nog gemiddelde 9.000 personen. In vergelijking met vele andere Europese landen is de patiëntenpopulatie van een Nederlandse apotheek nog altijd omvangrijk te noemen. In Duitsland verzorgt een doorsnee-apotheek 3.800 patiënten. In Frankrijk bedient een apotheek gemiddeld 2.700 patiënten. In België en Spanje blijft de teller steken op 2.000 patiënten per apotheek.

In 2008 verstreekte de gemiddelde openbare apotheek 85.000 keer een geneesmiddel. Dit zijn 7.000 voorschriften meer dan in 2007, ofwel een stijging van 9,0%. Landelijk gezien is het aantal verstrekkingen met 12,4% gestegen tot 163 miljoen, een iets grotere stijging door de groei van het aantal apotheekvestigingen in ons land. De grote toename in voorschriften wordt gedeeltelijk veroorzaakt door de invoering van de nieuwe tariefstructuur in juli 2008, omdat weekafleveringen iedere week in plaats van eens per twee of drie weken in rekening worden gebracht waardoor het aantal verstrekkingen vanaf juli 2008 dus niet te vergelijken is met de cijfers daarvoor.

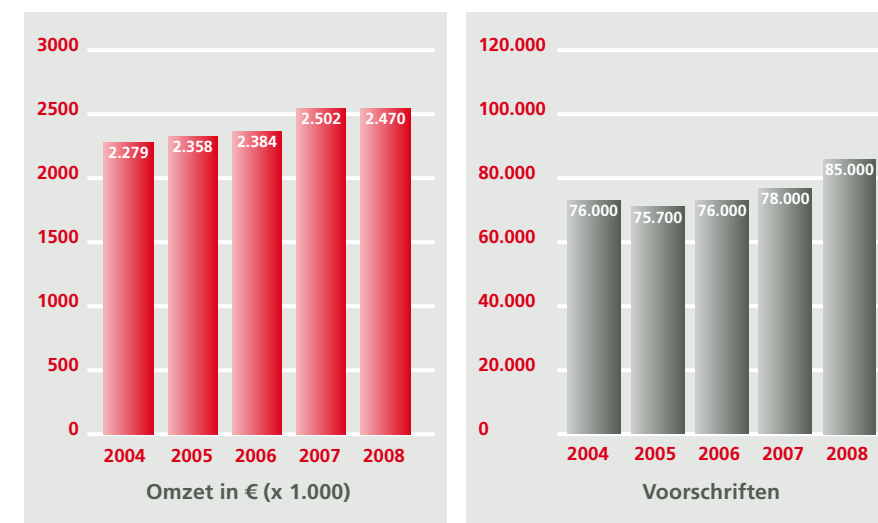
De omzet van een openbare apotheek bedroeg in 2008 gemiddeld € 2.470.000. Dit is een afname ten opzichte van 2007, welke hoofdzakelijk is terug te voeren op de prijsverlagingen van generieke middelen in juni ten gevolge van het preferentiebeleid. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een afname van 1,3%, ondanks het toenemend gebruik van dure

geneesmiddelen (geneesmiddelen waarvan de kosten meer dan € 500 per voorschrift bedragen). Een deel van deze dure geneesmiddelen wordt via unieke leveranciers op de markt gebracht en gaat hiermee buiten de reguliere openbare apotheek om. Als de uitgaven aan dure geneesmiddelen via unieke kanalen buiten beschouwing worden gelaten, blijft de omzet van een reguliere openbare apotheek steken op € 2.262.000 (4,4% minder dan in 2007). Dit betekent dat een reguliere apotheek eigenlijk € 208.000 minder omzet geniet dan uit bovenstaande gemiddelde gegevens blijkt.

Van de totale omzet van € 2.470.000 aan farmaceutische hulp is € 477.000, ofwel 19% bestemd als vergoeding voor de apotheek. Dit aandeel is ten opzichte van voorgaande jaren onveranderd. De materiaalkosten voor geneesmiddelen vormen de andere component van de omzet en bedragen € 1.993.000. De belangrijkste inkomstenbron voor de apotheek is de receptregelvergoeding (gemiddeld € 460.000). Dit betreft de vaste apotheekvergoeding die de apotheek in rekening mag brengen bij het verstrekken van een WMG-geneesmiddel (uitsluitend op recept en in de apotheek verkrijgbaar). Per 1 januari 2008 werd deze vaste receptregelvergoeding door de Nederlandse Zorgautoriteit als trendmatige bijstelling verlaagd van € 6,10 tot € 6,00. Per 1 juli 2008 heeft de NZa een nieuw tariefstelsel van prestatiebekostiging geïntroduceerd en per 1 januari 2009 het zogeheten 'flexibele' tarief, met een maximum tarief en een maximum verhoogd tarief. Voor meer informatie hierover zie paragraaf 4.3.

Naast de inkomsten aan receptregelvergoeding ontvangt een apotheek inkomsten uit de levering van Buiten-WMG geneesmiddelen. Dit zijn (zelfzorg)geneesmiddelen die niet onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vallen en die soms ook buiten de apotheek verkregen kunnen worden bij drogisterij of supermarkt. Buiten-WMG geneesmiddelen komen alleen in aanmerking voor vergoeding door de verzekeraar als de arts het middel voorschrijft voor chronisch gebruik. In 2008 verstreekte een apotheek gemiddeld 3.600 keer een Buiten-WMG middel dat in het basispakket valt (bij chronisch gebruik) voor een totaalbedrag van € 61.000. Van dit bedrag is € 17.000 marge-inkomsten. Feitelijk ligt de vergoeding die apotheken realiseren op de verstrekking van deze geneesmiddelen lager dan genoemde bedragen (gerealiseerde marge is lager) omdat apotheken en verzekeraars in de praktijk lagere prijzen overeenkomen.

4.02 Ontwikkeling omzet en aantal voorschriften openbare apotheek, basispakket



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

4.3 Apotheekpraktijkkosten

Apothekers financieren hun praktijkkosten en hun inkomen in belangrijke mate via de inkomsten uit de receptregelvergoeding bij WMG-geneesmiddelen. Tot januari 2009 werd de receptregelvergoeding vastgesteld op basis van het kostenpatroon van de gemiddelde apotheek. Hiertoe liet de NZa en haar rechtsvoorgangers periodiek kostenonderzoek verrichten. Naast een vergoeding voor de praktijkkosten stelt de NZa een norminkomen voor de apothekereigenaar vast. Dit norminkomen omvat naast het brutojaarsalaris ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en een pensioenbijdrage. Voor 2009 heeft de NZa het norminkomen berekend op € 108.064. Dit correspondeert met een brutomaandsalaris van € 6.300. Inmiddels lijkt het erop dat de NZa de oude principes die ten grondslag lagen aan de vaststelling van een kostendekkend apotheektarief niet langer hanteert. Diverse apotheken zien hierdoor hun financiële continuïteit bedreigd; zeker nu zij inkoopvoordelen hebben zien verdwijnen als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid. Het beleid van de NZa richt zich

echter niet langer op de financiële continuïteit van afzonderlijke apotheken. In de middellange termijnvisie die de NZa in 2008 deed verschijnen wordt zelfs openlijk gespeculeerd op een sanering van 30% van de bestaande apotheken.

Gedifferentieerd tarief

In juli 2008 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuw tariefstelsel voor apothekhoudenden. Voor openbare apotheken houdt dit systeem in dat de vaste vergoeding per afgeleverd receptgeneesmiddel is verlaten. Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende maximumtarieven. Zo geldt medio 2009 voor een reguliere uitgifte een basisvergoeding van € 5,50 en voor een weekuitgifte een basisvergoeding van € 3,00 per week. Daarnaast kunnen één of meer aanvullende prestaties van toepassing zijn als er sprake is van een (bijzondere) apotheekbereiding, een eerste uitgifte of een uitgifte tijdens een avond-, nacht- of zondagsdienst.

4.03 Prestatiebepaling NZa-standaardapothek per 1 mei 2009, maximumtarief en een maximaal verhoogd tarief

| | Aantal | Maximum tarief | Maximum vergoeding | Maximum verhoogd tarief | Maximum verhoogde vergoeding |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Basisprestatie | | | | | |
| Standaarduitgifte | 72.441 | € 5,50 | € 398.426 | € 6,00 | € 434.646 |
| Weekuitgifte | 19.757 | € 3,00 | € 59.271 | € 3,30 | € 65.198 |
| Aanvullende prestaties | | | | | |
| Eerste uitgifte | 18.933 | € 5,50 | € 104.132 | € 6,00 | € 113.598 |
| ANZ-recept | 823 | € 11,00 | € 9.053 | € 12,00 | € 9.876 |
| Bijzondere bereiding | 115 | € 82,60 | € 9.499 | € 90,00 | € 10.350 |
| Reguliere bereiding | 1.646 | € 11,00 | € 18.106 | € 12,00 | € 19.752 |
| Totaal | 92.198 | € 6,49 | € 598.486 | € 7,09 | € 653.420 |
| Totaal NZa- Rekeneenheden | 82.319 | € 7,27 | € 598.486 | € 7,94 | € 653.420 |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (bewerking NZa-gegevens)

Maximumtarief en maximaal verhoogd tarief

Naast de introductie van de verschillende aflevertarieven voegde de NZa op 1 januari 2009 een nieuw element aan de tarifiering toe. Het maximumtarief stelt de NZa niet langer op het niveau vast dat zij als kostendekkend beschouwd, maar ruim 8% daaronder. Een motivatie voor de hoogte van

deze korting wordt niet door de NZa gegeven. In theorie wordt apotheken de mogelijkheid geboden om met verzekeraars afspraken te maken tot het niveau dat de NZa als kostendekkend beschouwd, door de NZa aangeduid als het "maximaal verhoogde tarief". De NZa introduceerde dit systeem onder de noemer "flexibel tarief" teneinde de onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars te stimuleren. In de praktijk blijkt dit systeem in 2009 niet te werken. Volgens een onderzoek van de NZa zouden in 2009 26 van dergelijke contracten gesloten zijn. Gegeven het feit dat er in Nederland 1.948 openbare apotheken zijn die met 5 grote landelijke verzekeraarsclusters te maken hebben (Achmea, CZ/OZ, Menzis, Multizorg en Uvit) en er daarnaast nog diverse kleinere regionale verzekeraars bestaan, komt het aantal van 26 contracten neer op nauwelijks 0,2% van alle te sluiten contracten. Sommige verzekeraars hanteren als voorwaarde voor het hogere apotheektarief dat de apotheek reclame voor de verzekeraar in kwestie maakt. In het algemeen staan de verzekeraars, die als gevolg van de malaise op de financiële beurzen veel geld hebben verloren, niet te springen om hogere tarieven af te sluiten.

Maximumtarief voor de apotheek niet kostendekkend

De NZa heeft de praktijkkostenvergoeding voor de door haar gedefinieerde standaardapothek per 1 januari 2009 bijgesteld van € 525.781 naar € 597.693. In dit bedrag is het norminkomen voor de apotheker-eigenaar van € 108.064 begrepen. Het norminkomen omvat naast het brutojaarsalaris ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage. Het brutojaarsalaris voor de apotheker-eigenaar is € 80.000. De verhoging van de praktijkkostenvergoeding met € 70.000 valt in het niet bij het bedrag van ruim € 200.000 aan inkoopvoordelen dat de doorsneeapotheek heeft zien verdampen als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid door verzekeraars in 2008.

Zoals reeds opgemerkt is het maximumapothektarief ondanks de verhoging nog altijd niet kostendekkend. De NZa berekent zelf de kostendekkende vergoeding voor de door haar gedefinieerde standaardapothek op € 651.485, ofwel € 53.792 hoger dan door haar vastgestelde maximale vergoeding. Apothekersorganisatie KNMP vindt de NZa-berekening van de kostendekkende vergoeding niet volledig. Zo baseert de NZa haar berekening niet op alle voorkomende apotheekvormen zoals poliklinische apotheken en ketenapotheken en houdt de NZa geen rekening met:

- financieringslasten die samenhangen met de opstart (aanloopverliezen) en overname van een apotheek (goodwill);
- kosten van geïnvesteerd eigen vermogen (gemiddeld € 300.000 per apotheek)
- emballagekosten en spillagekosten; kosten die moeilijker uit de financiële administratie af te leiden zijn.

Tenslotte bekritiseert de KNMP de berekening van de NZa, omdat de NZa als maatstaf stelt dat apotheken gemiddeld € 75.000 aan inkomsten moeten halen uit de verkoop van medische hulpmiddelen (zoals incontinentiematerialen, stoma-artikelen e.d.) en vrij verkrijgbare middelen (ook wel handverkoop genoemd). In de praktijk realiseert de doorsneeapothek nog niet de helft van dit bedrag aan aanvullende inkomsten, met name omdat de grote verzekeraars de afgelopen jaren de vergoedingsprijzen voor medische hulpmiddelen fors hebben verlaagd.

Uit onderzoek van de SFK blijkt dat driekwart van de openbare apotheken het maximumtarief zoals vastgesteld door de NZa niet haalt.

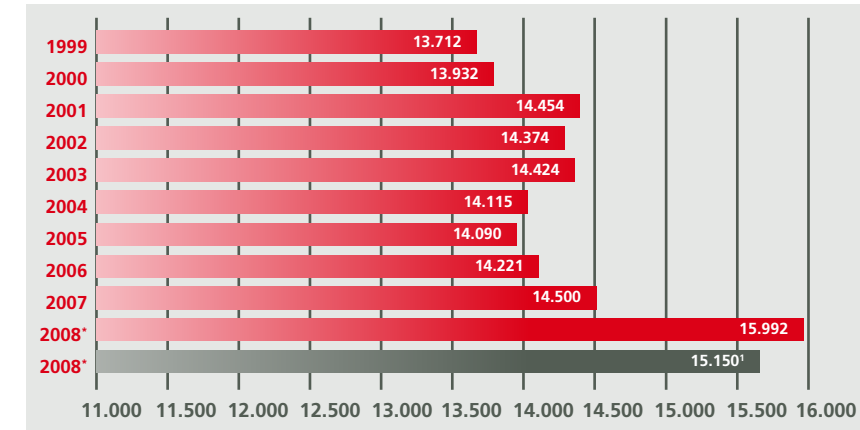
4.04 Opbouw maximumtarief apotheek per 1 januari 2009

| | Praktijkkostenvergoeding (€) | Receptregelvergoeding (€) |
|--|------------------------------|---------------------------|
| Personeelskosten | 307.719 | 3,74 |
| Huisvestingskosten | 57.008 | 0,69 |
| Algemene kosten | 74.526 | 0,91 |
| ICT-kosten | 22.485 | 0,27 |
| Financiële kosten | 18.149 | 0,22 |
| Auto- en bezorgkosten | 9.741 | 0,12 |
| Norminkomen apotheker | 108.064 | 1,31 |
| Totale vergoeding | 597.693 | 7,26 |
| Nacalculatie tarief 2008 | | 0,02 |
| Gewogen gemiddelde vergoeding per WMG- verstrekking | | 7,28 |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (bewerking NZa-gegevens)

4.4 Personeel en werkdruk

4.05 Ontwikkeling verwerkingsgraad



* gecorrigeerde respectievelijk ongecorrigeerde verwerkingsgraad

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Verwerkingsgraad

De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften per fulltime apothekersassistent, is een maatstaf om te beoordelen hoe het personeelsbestand zich verhoudt tot de werkdruk in de apotheek. In 2008 komt de gemiddelde gecorrigeerde verwerkingsgraad uit op 15.150¹ voorschriften per fulltime apothekersassistent, een stijging van 4,5%¹ ten opzichte van 2007 en wederom een historisch record. De ongecorrigeerde verwerkingsgraad komt in 2008 uit op 15.992 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 diabetestestmaterialen, incontinentiematerialen en verbandmiddelen, die sinds 2006 niet meer tot de farmaceutische hulp worden gerekend, alsmede niet-geneesmiddelen die niet geregistreerd worden via het apotheekinformatiesysteem, worden niet meegeteld bij de vaststelling van de verwerkingsgraad.

Voetnoot:¹ Aantal voorschriften gecorrigeerd op basis van groei in DDD's (standaard-dagdosering), dit is de theoretische hoeveelheid van een geneesmiddel die per dag moet worden gebruikt. Sinds de invoering van de nieuwe tariefstructuur (juli 2008) zijn afzetcijfers gebaseerd op DDD's namelijk geschikter als maat voor vergelijking dan die gebaseerd op aantal voorschriften, omdat sinds juli 2008 weekafleveringen iedere week in rekening worden gebracht terwijl dit daarvoor eens per twee of drie weken gebeurde waardoor het aantal verstrekkingen vanaf juli 2008 dus niet te vergelijken is met de cijfers daarvoor.

De hogere verwerkingsgraad wordt mede veroorzaakt door de technologische innovatie in apotheken (bijv. robotisering). In samenhang met de toenemende administratieve rompslomp in apotheken, mede doordat verzekeraars de uitvoering van de steeds meer uiteenlopende verzekeringsregelingen afwentelen op de apotheekpraktijk, is het de vraag of de steeds hogere prestatienorm niet leidt tot verschraving van de zorg.

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 kleinere 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.

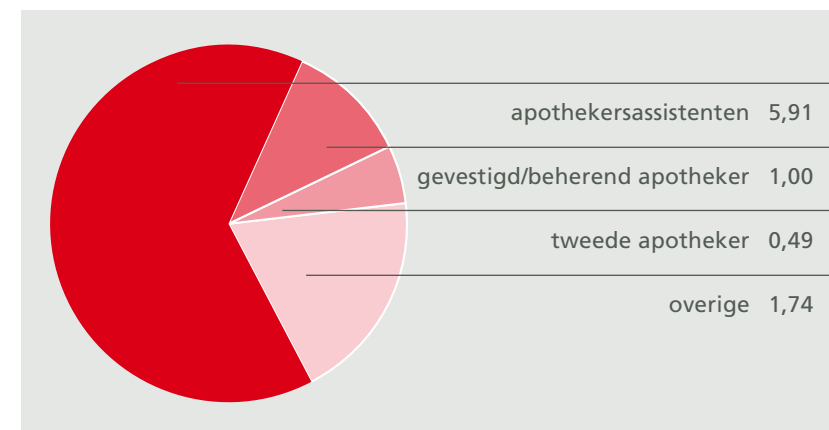
Andere lokale factoren die van invloed zijn op de hoogte van de verwerkingsgraad en op de ervaren werkdruk in de apotheek, zijn onder meer de wijze waarop avond- en weekenddiensten zijn georganiseerd, de mate van robotisering in de apotheek en de mate waarin er in apotheekbereidingen wordt voorzien.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

4.06 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Jaarlijkse toename |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------|
| Apotheken | 1.732 | 1.784 | 1.825 | 1.893 | 1.948 | 3,0% |
| Apothekers | 2.734 | 2.789 | 2.825 | 2.871 | 2.912 | 1,6% |
| Apothekersassistenten | 14.641 | 15.096 | 15.427 | 16.027 | 16.312 | 2,7% |
| Overige | 5.057 | 5.162 | 5.457 | 5.809 | 6.436 | 6,2% |

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.07 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2008 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Toename werkdruk

Op 1 januari 2009 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA) 16.312 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een stijging van 285 personen (+1,8%). Een fulltime apothekersassistent werkt 36 uur per week. De meeste apothekersassistenten geven er de voorkeur aan om parttime te werken. Dit hangt onder meer ermee samen dat apothekersassistent een typisch vrouwenberoep is (99% is vrouw). Van alle apothekersassistenten werkt slechts 26% fulltime. In 2002 was dat 32% en in 1999 werkte nog 42% van de assistenten fulltime. De gemiddelde werkweek kwam het afgelopen jaar uit op 25,4 uur en ligt hiermee net iets lager dan in 2007 (25,5 uur). Omgerekend naar fulltime eenheden werken er gemiddeld 5,91 apothekersassistenten per apotheek. Iets meer dan de helft van alle apothekersassistenten werkt per week 24 uur of minder. Het zijn voornamelijk de jongere assistenten in de leeftijd tot 30 jaar die voltijds werken. Ongetwijfeld speelt de wens om werk en gezin te kunnen combineren een belangrijke rol bij de grote behoefte aan deeltijdwerk.

Het aantal ondersteunende medewerkers in openbare apotheken is toegenomen van 5.809 tot 6.436 personen (+10,8%). Hierbij gaat het in driekwart van de gevallen om vrouwen. Ook ondersteunende medewerkers werken overwegend parttime. Van de ondersteunende medewerkers werkt 18% voltijds. Gemiddeld werken zij 19 uur per week. Opvallend is dat de groei in het ondersteunend personeel zo sterk is, terwijl de assistenten-toename juist beperkt is. Ondersteunende medewerkers kunnen worden

ingezet bij werkzaamheden in de apotheek die de werkdruk, zoals uitgedrukt in de verwerkingsgraad, verlichten. Het is de SFK niet bekend in welke mate deze ondersteunende medewerkers werkzaamheden verrichten die deze werkdruk verlichten. Als de verwerkingsgraad wordt uitgedrukt als het aantal voorschriften per fulltime apotheekmedewerker, komt deze in 2008 uit op 11.600 en een jaar eerder op 11.400. Dit is slechts een toename van 1,8%.

Tekort aan assistenten

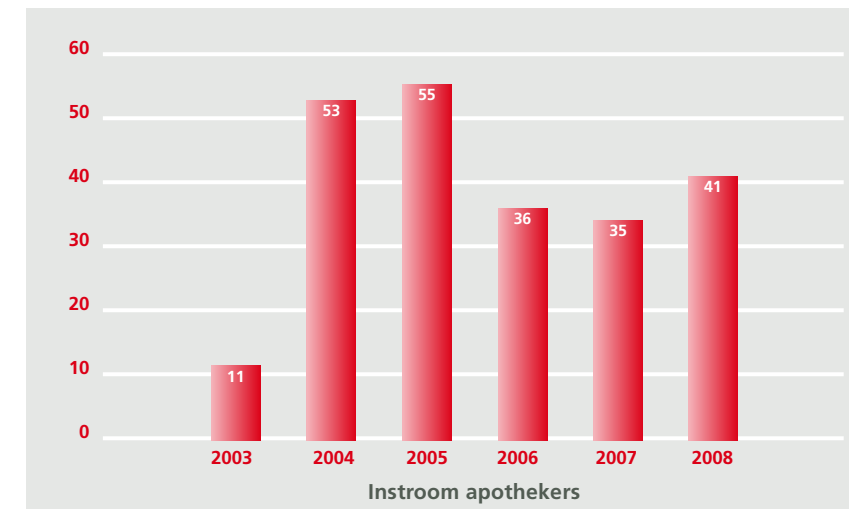
De hoge verwerkingsgraad hangt samen met een oplopend tekort aan apothekersassistenten. Volgens onderzoek van de Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA) had 26% van de apotheken begin 2008 een of meer vacatures voor een apothekersassistent openstaan. Dit is een verdubbeling ten opzichte van 2006. Ook staan vacatures langer open dan voorheen. Dit wijst op een krappere wordende arbeidsmarkt in de apotheekbranche.

Apothekers

Het aantal personen dat de farmaceutische faculteiten in Utrecht en Groningen met een apothekersdiploma verlaat, is voor het eerst sinds 2005 weer toegenomen. In 2008 studeerden 130 apothekers af aan deze opleidingsplaatsen. Het aantal afgestudeerden ligt hiermee een stuk hoger dan in 2007, toen er 117 apothekers afstudeerden. De stijging heeft te maken met een opleving van belangstelling voor de studie farmacie in 2002, na een dip in de periode 1999-2001. Velen van de recent afgestudeerde apothekers zijn hun studie in 2002 begonnen, een jaar waarin er weer meer interesse in de farmacieopleiding kwam, gezien de toenemende aantallen eerstejaarsstudenten. Vanwege de stijgende populariteit van de studie ook na 2002, is te verwachten dat de instroom van apothekers op de arbeidsmarkt zal aantrekken.

Van de afgestudeerde apothekers kiezen ongeveer 91 personen (70%) voor de openbare farmacie. De toename van het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie is het afgelopen jaar uitgekomen op 41 apothekers. Dit betekent dat het afgelopen jaar zo'n 50 openbare apothekers het actieve vak verlieten.

4.08 Toename werkzame apothekers in de openbare farmacie



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De animo voor de studie farmacie lijkt onstuitbaar. Sinds 2002 mag de studie zich verheugen in een almaar stijgende belangstelling. Ultimo 2008 topte het aantal eerstejaarsstudenten aan de farmaceutische opleidingen in Utrecht (228), Groningen (214) en Leiden (74) wederom, nu met een record van 516 ingeschrevenen. Dit zijn 9 eerstejaarsstudenten (1,8%) meer dan eind 2007.

Op basis van opgave van de universiteiten stonden aan het begin van dit jaar 2.482 studenten aan de drie farmaceutische opleidingen in Nederland ingeschreven. Dit zijn 330 studenten meer dan een jaar daarvoor, ofwel een groei van 15%. Vooral de opleidingslocaties in Utrecht en Groningen kenden een sterke groei van de studentenpopulatie. Het aantal studenten farmaceutische wetenschappen in Utrecht is in 2008 toegenomen van 1.219 tot 1.393 personen, een groei van 14%. In Groningen steeg het aantal studenten aan de farmaceutische opleiding met 150 van 691 tot 841 ingeschrevenen, een forse toename van 22%. Alleen het aantal studenten dat de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen in Leiden volgt, is nauwelijks gegroeid. In totaal volgen 248 personen deze studie, 6 studenten meer dan een jaar eerder. Overigens leidt deze opleiding niet op tot apotheker, maar tot wetenschappelijk onderzoeker op het terrein van geneesmiddelen.

Reeds enkele jaren studeren meer vrouwen dan mannen farmacie. In 2008 was 60% van de studenten een vrouw, net als het jaar daarvoor. Het overwicht van de vrouwen is hiermee niet meer zo sterk als in 2003, toen nog 63% van

alle farmacistudenten een vrouw betrof. Wel verschuift de verhouding tussen de seksen bij de eerstejaarsstudenten enigszins. Waar in 2006 nog 62% van de eerstejaarsstudenten van het vrouwelijke geslacht was, is dit in 2008 afgenomen tot 57%.

5 Kerncijfers farmaceutische hulp in 2008

In het overzicht met de kerncijfers van de farmaceutische hulp in 2008 is het totaalcijfer van de openbare apotheken in Nederland gegeven, het gemiddelde per apotheek en het gemiddelde per persoon.

| | Nederland | Gemiddeld per apotheek | Gemiddeld per persoon |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Omzet farmaceutische hulp | € 4.742 miljoen | € 2.470.000 | € 313 |
| waarvan GVS-bijdragen | € 46 miljoen | € 24.000 | € 3 |
| Geneesmiddelenkosten | € 3.827 miljoen | € 1.993.000 | € 253 |
| WMG-geneesmiddelen | € 3.741 miljoen | € 1.948.000 | € 247 |
| Buiten-WMG-geneesmiddelen | € 86 miljoen | € 45.000 | € 6 |
| Apotheekvergoeding | € 915 miljoen | € 477.000 | € 60 |
| Receptregelvergoeding | € 883 miljoen | € 460.000 | € 58 |
| Marge Buiten-WMG* | € 32 miljoen | € 17.000 | € 2 |
| Voorschriften | 163 miljoen | 85.000 | 10,8 |
| WMG-geneesmiddelen | 156 miljoen | 81.400 | 10,3 |
| Buiten-WMG-geneesmiddelen | 7 miljoen | 3.600 | 0,5 |
| Patiënten | 15 miljoen | 7.800 | - |

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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Colofon

Data en feiten 2009 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2009.

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens
ir. J.M. Janssen-Hoge
R.J. van der Vaart

Ontwerp

www.coloursofeden.nl, Amstelveen

Drukwerk

ThiemeMediaServices, Delft

Redactieadres

Stichting Farmaceutische Kengetallen
Postbus 30460
2500 GL Den Haag
Telefoon 070 373 74 44
Fax 070 373 74 45
E-mail info@sfk.nl
Website www.sfk.nl