

SFK



Data en feiten 2010



Het jaar 2009 in cijfers

Stichting Farmaceutische Kengetallen



SFK

Data en feiten 2010 Het jaar 2009 in cijfers

Inhoudsopgave

	Inleiding	5
	Data en feiten 2010 in vogelvlucht	9
	1 Nederland	
	1.1 Uitgavenontwikkeling	15
	1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven	17
	1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht	21
	1.4 Vergoeding apotheken	23
	1.5 Geneesmiddelenconvenanten	27
	1.6 Prijsontwikkeling geneesmiddelen	30
	1.7 Marktaandeel productgroepen	32
	1.8 Geneesmiddelenvergoedingssysteem	35
	1.9 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief	37
	2 Geneesmiddelen	40
	2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen	40
	2.2 Geneesmiddelvoorschriften	45
	2.3 Nieuwe geneesmiddelen	48
	2.4 Integrale bekostiging bij grote aandoeningen	50
	2.5 Niet of soms vergoede geneesmiddelen	59
	3 Apotheekbedrijf	63
	3.1 Zelfstandige apotheken versus ketens	63
	3.2 Omzet openbare apotheek	65
	3.3 Receptregelvergoeding	67
	3.4 Praktijkkostenvergoeding	70
	3.5 Gevolgen NZA-onderzoeken	72
	3.6 Contracten	73
	3.7 Personeel en werkdruk	75
	3.8 Arbeidsmarkt apothekers	78
	3.9 Kwaliteitsindicatoren	81
	4 Kerncijfers 2009 farmaceutische hulp	85

Inleiding

Stichting Farmaceutische Kengetallen

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) houdt zich sinds 1990 bezig met het verzamelen, monitoren en analyseren van gedetailleerde gegevens omtrent het geneesmiddelengebruik in Nederland. De SFK betreft haar informatie rechtstreeks van een panel met apotheken. Bij dit panel zijn op dit moment 1.836 van de 1.981 openbare apotheken in ons land aangesloten. De 1.836 apotheken uit het SFK-panel bedienen samen 15,3 miljoen Nederlanders die genees-, verband- of hulpmiddelen 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), de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) heeft de SFK separaat de Monitor Dure- en Weesgeneesmiddelen uitgebracht. De meest recente uitgave van de monitor dateert van april 2010 en laat de uitgavenontwikkeling zien over de periode 2004 tot en met 2008 van de geneesmiddelen die in de beleidsregels dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen.

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 IVM, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Gehanteerde definities

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

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%.

Data en feiten 2010 in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven met 1% beperkt gestegen

Voor de farmacie is het jaar 2009 evenals 2008 opnieuw een jaar met een zeer gematigde uitgavengroei. Via de openbare apotheken is in het afgelopen jaar € 4.789 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 47 miljoen ofwel 1,0% meer dan in 2008. In vergelijking met de voorgaande jaren is deze uitgavengroei uitermate laag. De afgelopen jaren zijn de geneesmiddelenuitgaven 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. Het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen zorgde voor een stijging van de uitgaven.

Verwachting voor 2010

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verwacht dat de uitgaven aan farmaceutische hulp via openbare apotheken in 2010 zullen toenemen tot € 4.950 miljoen. De verwachting voor 2010 is gebaseerd op de gerealiseerde omzet in de eerste helft van 2010 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, geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen. 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), verandering van het voorschrijf- en slijkgedrag, 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 in de afgelopen jaren ten koste van het marktaandeel van apotheekhoudende huisartsen van invloed op de groei van de geneesmiddelenuitgaven bij openbare apotheken.

Tariefaanpassingen NZa verre van toereikend na prijzenslag

Onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de vrijwillige prijsverlagingen vanwege de geneesmiddelenconvenanten en het preferentiebeleid zijn de prijzen van recept-geneesmiddelen vanaf 1996 tot en met 2010 vrijwel gehalveerd. Door de invoering van het individuele preferentiebeleid door verzekeraars Menzis, UVIT, CZ en Agis zijn de prijzen van een groot aantal generieke geneesmiddelen medio 2008 met 90% gedaald. Apotheken zagen hierdoor in één klap inkoopvoordelen verdwijnen die nodig waren om het tekort op de receptregelvergoeding te dekken. Toen het Ministerie van VWS het effect van deze prijsverlagingen verrekende door het inperken van de geneesmiddelenbudgetten voor de verzekeraars, introduceerde UVIT in 2009 het couvertprijzenmodel. Hierbij ontvangt de verzekeraar onderhands een korting op de geneesmiddelenprijzen en blijven de publiek afgegeven geneesmiddelenprijzen ongewijzigd.

.....
Door verdere uitbreiding van het preferentie- en couvertbeleid in 2009 daalde het prijsniveau nog eens met bijna 9%.
.....

Op basis van na-ijlende boekenonderzoeken heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de receptregelvergoeding weliswaar per 1 januari 2009 en later per 1 januari 2010 verhoogd, maar nog steeds is het tarief niet kostendekkend. De KNMP bekritiseert de NZa erop dat zij in haar berekeningen niet de kosten van alle voorkomende apotheekvormen zoals poliklinische apotheken en ketenapotheken betreft. Verder houdt de NZa bij de tariefberekening geen rekening met financieringslasten die samenhangen met de opstart en overname van een apotheek, noch met de kosten

van geïnvesteerd eigen vermogen. Tenslotte stelt de KNMP de toerekening van praktijkkosten door de NZa aan het verstrekken van niet-geneesmiddelen ter discussie. Het niet-kostendekkende tarief was voor de KNMP aanleiding om een bodemprocedure tegen de NZa aan te spannen.

Meeste apotheken onder tarief

Het tariefsysteem van de NZa maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende maximumtarieven. Zo geldt per 2010 voor een reguliere uitgifte een basisvergoeding van € 5,99 en voor een weekuitgifte een basisvergoeding van € 3,29 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 tariefsysteem leidt van apotheek tot apotheek tot grote verschillen in de inkomsten. Uit onderzoek van de SFK blijkt dat 63% van de openbare apotheken het tarief van € 7,91 dat de NZa als maatstaf stelt voor de door haar gedefinieerde "standaardapotheek" niet haalt. Naast het gedifferentieerd tarief kent de tariefbeschikking van de NZa ook een maximaal verhoogd tarief. In theorie wordt apotheken hiermee de mogelijkheid geboden om met verzekeraars schriftelijk afspraken te maken over een hoger tarief. Volgens een onderzoek van de NZa zouden in 2010 ruim 350 van dergelijke contracten gesloten zijn. Het is echter de vraag of apothekers volledig kunnen profiteren van de onderhandelingsruimte die zorgverzekeraars van de NZa hebben gekregen. Diverse apothekers ervoeren de onderhandelingen als een eenzijdige keuze de geboden standaard contracten wel of niet te tekenen.

Indicatoren in zorgverzekeraarscontracten

In 2009 boden sommige zorgverzekeraars in overleg met apothekers regelingen om te komen tot een meer kostendekkend tarief in ruil voor aangetoonde doelmatigheids- of kwaliteitswinst. Verzekeraars, zoals Achmea/Agis en CZ, boden boven op de financiële afspraken onder voorwaarden vergoeding voor kwaliteitstrajecten door apothekers. Om de kwaliteit van de farmaceutische zorg door apothekers in kaart te brengen en te beoordelen, baseren zorgverzekeraars zich steeds vaker op indicatoren, zoals de IGZ / KNMP kwaliteitsindicatoren. Hoewel dergelijke indicatoren niet zijn opgezet als basis voor financiële contracteringsdoeleinden en hieraan een aantal beperkingen kleef, wijst de praktijk uit dat verzekeraars hierover meer en meer afspraken maken met apothekers.

Meer merkloze geneesmiddelen

Evenals in voorgaande jaren leveren de Nederlandse apothekers steeds vaker een generiek geneesmiddel af. In 2009 betroffen 97 miljoen verstrekkingen een generieke middel, een stijging van 10,3%. Het aandeel generieke voorschriften nam hiermee toe tot 57%. De toename van het aandeel generieke verstrekkingen sluit aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in de afgelopen convenanten met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen. Het preferentiebeleid speelde zowel een belangrijke rol bij de groei van het aantal generieke verstrekkingen, als ook bij de afname van de kosten aan deze middelen. Het kostenaandeel van generieke geneesmiddelen daalde tot 12%.

Meer dure geneesmiddelen

De uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, zijn in de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2009 nam de omzet van deze dure geneesmiddelen met € 139 miljoen toe tot € 991 miljoen. Een steeds groter deel van de uitgaven aan deze middelen vindt zijn weg via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel unieke levering of exclusieve distributie van specialistische geneesmiddelen genoemd. Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet zijn sterk gegroeid. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen, niet via de reguliere openbare apotheken. Net als vorig jaar zitten twee geneesmiddelen die worden gerekend tot de unieke leveringen (de TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept) hoog in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven, evenals in de top 10 uitgavenstijging in 2009.

Integrale bekostiging

In 2009 zijn stappen gezet om de zorg rond chronische aandoeningen op een nieuwe manier te bekostigen. In plaats van een betaling per verrichting, kunnen zorgaanbieders als groep afspreken om een pakket van zorg aan te bieden voor één vast bedrag. De honorering binnen integrale bekostiging staat haaks op de huidige structuur, waarin de zorg per aanbieder wordt gefinancierd. Zoals het er nu naar uitziet, richt integrale bekostiging zich in eerste instantie op de zorg en zullen de kosten van de geneesmiddelen pas later worden opgenomen. Integrale bekostiging is sinds 1 januari 2010 mogelijk voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 en vasculair risico-

management. Sinds 1 juli is ook de behandeling van COPD integraal te bekostigen. Hartfalen zal naar verwachting in een later stadium volgen. Als het zo doorgaat, zal voor naar verwachting ongeveer een derde van alle bezoekers van de openbare apotheek integrale bekostiging van toepassing zijn. Met name de zorg rond cardiovasculair risicomanagement zal een grote impact hebben binnen de apotheek. Farmaceutische zorg maakt op dit moment nog geen onderdeel uit van de integrale bekostiging.

Nederlander zuinig met geneesmiddelen

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen uitgegeven. Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen. De Nederlander consumeerde in 2008 voor € 335 aan geneesmiddelen (inclusief de levering van dure geneesmiddelen). Hiermee is het bestedingsniveau per persoon aan geneesmiddelen gelijk gebleven aan dat van 2007. In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 395), Duitsland (€ 458) en Frankrijk (€ 564), wordt gemiddeld 18 tot 68% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. 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 (€ 403). Het preferentiebeleid zorgt echter voor een tegengesteld effect door de demping van de prijzen van generieke geneesmiddelen.

Groei apotheekvestigingen afgezwakt

Eind 2009 telde Nederland 1.976 openbare apotheken. Met 28 apotheekvestigingen meer dan een jaar geleden is deze toename sterk afgezwakt ten opzichte van eerdere jaren. Met name de opkomst van gespecialiseerde apotheken, zoals poliklinische apotheken en dienst-apotheken, zorgt nog voor een stuwend effect.

.....
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 plattelandsgebieden). De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 7.800 personen. In 2009 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 90.500 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.441.000, € 29.000 minder dan in 2008. De omzetafname is hoofdzakelijk terug te voeren op de prijsverlagingen van generieke middelen ten gevolge van het preferentiebeleid en op de beperking van de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. Voor apotheken die langer dan tien jaar bestaan, is het omzetverlies sterker dan in de gemiddelde apotheek.

Meer werkdruk

In ons land waren eind vorig jaar 26.082 personen werkzaam in een openbare apotheek, 1,6% meer dan in 2008. In 2009 steeg het aantal werkzame apothekersassistenten met 236 personen tot 16.548. De meeste apothekers

assistenten prefereren een parttime dienstverband en de gemiddelde werkweek van 24,4 uur lag beduidend lager dan in 2008. Doordat de groei van het landelijke geneesmiddelengebruik sterker is dan de groei van het werkzame apothekerspersoneel, loopt de druk op de arbeidsmarkt op. De verwerkingsgraad, een indicator voor de productiviteit en werkdruk in de apotheek, is in 2009 gestegen tot 18.700 voorschriften. De oplopende verwerkingsgraad is mede het gevolg van het feit dat apotheken noodgedwongen hebben moeten bezuinigen op de personeelskosten vanwege het niet-toereikende apotheektarief.

Minder werkzame apothekers

In 2009 studeerden 142 personen af als apotheker. Vanwege een groeiende belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, met aantrekkende aantallen eerstejaarsstudenten farmacie, is het aantal afgestudeerden vanaf 2008 aan het toenemen. Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% (99 personen) voor de openbare farmacie. Per saldo is het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar echter gedaald met 35 personen. Doordat 134 apothekers het actieve vak verlieten, waren er in 2009 voor het eerst minder openbaar apothekers werkzaam dan voorheen. In ogenschouw nemende dat vraag naar farmaceutische zorg steeds verder stijgt, is dit een zorgwekkende ontwikkeling.

Nederland

1.1 Uitgavenontwikkeling

Opnieuw beperkte groei geneesmiddelenuitgaven

De uitgaven aan pakketgeneesmiddelen via openbare apotheken zijn in 2009 ten opzichte van 2008 met 1% beperkt toegenomen tot een bedrag van € 4.789 miljoen. Dure geneesmiddelen zorgden voor een stijging van de uitgaven, terwijl prijsverlagingen van generieke geneesmiddelen en de beperking van de aanspraak op slaap- en kalmeringsmiddelen een tegengesteld effect hadden.

De uitgaven aan geneesmiddelen die via Nederlandse openbare apotheken zijn verstrekt en binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen, bedroegen in 2009 € 4.789 miljoen. Het uitgavenniveau ligt hiermee € 47 miljoen (1,0%) hoger dan in 2008. Daarmee is 2009 evenals 2008 voor de farmacie opnieuw een jaar met een zeer gematigde uitgavengroei. In 2008 namen de uitgaven namelijk met 1,9% toe tot een bedrag van € 4.742 miljoen, terwijl in de jaren daarvoor de gemiddelde stijging van de geneesmiddelenuitgaven nog 6% per jaar bedroeg. Een beperkt deel van de uitgavenstijging kan worden toegeschreven aan meer geneesmiddelengebruik. In 2009 nam het aantal verstrekte standaarddagdoseringen (DDD's) toe met 2,7%. Dit is meer dan verwacht op grond van de vergrijzing en de bevolkingsgroei. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat voorschrijvers consequenter richtlijnen en standaarden volgen waarin

(nieuwe) therapeutische inzichten rondom geneesmiddelengebruik zijn vastgelegd.

Prijzdalingen door preferentiebeleid
Prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen zijn de belangrijkste oorzaak van de gematigde uitgavengroei. Het transitieakkoord dat minister Klink eind 2007 sloot met de geneesmiddelensector, zorgde begin 2008 voor een daling van de prijzen van generieke geneesmiddelen met ruim 10%. Dat bleek slechts een opmaat voor een veel verdergaande prijsdaling in juni 2008. Zorgverzekeraars introduceerden toen het individueel preferentiebeleid, waardoor een ware prijzenslag tussen generieke geneesmiddelenleveranciers werd ontketend. De prijzen van de meest verstrekte generieke geneesmiddelen daalden met gemiddeld 85%. In 2009 telden deze prijsverlagingen voor het eerst voor een vol jaar mee. Bovendien zette de prijsdaling van generieke geneesmiddelen

in 2009 verder door vanwege uitbreiding van het preferentiebeleid door zorgverzekeraars. Het prijspeil van generieke geneesmiddelen lag in december 2009 ruim 22% lager dan in december 2008.

Verschuiving uitgaven benzo's

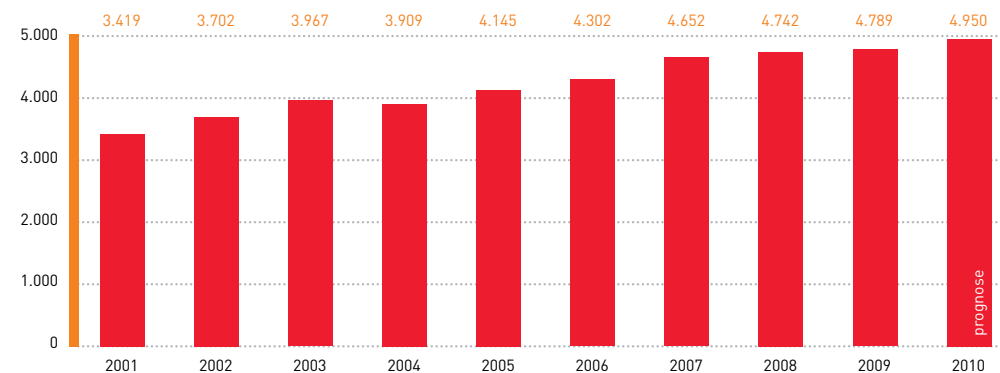
Minister Klink heeft per januari 2009 de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen beperkt. Op een aantal specifiek omschreven situaties na, komen benzodiazepines sinds 1 januari 2009 niet meer in aanmerking voor vergoeding binnen de basisverzekering. Van het totale bedrag aan verstrekte benzodiazepines (€ 79 miljoen), declareerden openbare apotheken € 23 miljoen bij de zorgverzekeraars. De overige € 56 miljoen brachten zij rechtstreeks in rekening bij de patiënt. In 2008 bedroegen de uitgaven ten laste van de basisverzekering nog bijna € 91 miljoen. Hiermee heeft de minister de beoogde besparing gehaald. Dit komt echter niet vanwege de terugloop in het gebruik van benzodiazepines – het beoogde doel van de maatregel – als wel

door een verschuiving van de collectieve lasten naar de vooral oudere zorgconsument.

Groei dure geneesmiddelen

Ondanks de lagere uitgaven door prijsverlagingen en de aanscherping van de aanspraak op benzodiazepines, stegen de geneesmiddelenuitgaven in 2009 met name door het toenemende gebruik van dure geneesmiddelen. De SFK rekent geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen, tot de dure geneesmiddelen. De totale uitgaven aan dure geneesmiddelen namen met € 136 miljoen toe van € 852 miljoen in 2008 tot € 988 miljoen in 2009. Dit komt neer op een stijging van 16%. Deze uitgavengroei gaat vrijwel geheel aan de reguliere (wijk)apotheek voorbij. Veel fabrikanten kiezen ervoor hun dure geneesmiddelen te leveren via één enkele groothandel en vaak ook via één landelijk werkende apotheek. Het aandeel van de dure geneesmiddelen in de totale uitgaven is inmiddels opgelopen van 6,9% in 2002 tot 20,7% in 2009.

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



In 2009 namen de uitgaven aan pakketgeneesmiddelen nauwelijks toe. Het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen zal naar verwachting leiden tot een verdere uitgavengroei in 2010.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven

Sterke groei dure geneesmiddelen domineert

Door wijzigingen in de bevolkingsamenstelling en verschuivingen in het gebruik van geneesmiddelen is er sprake van een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven van 9 tot 10% per jaar.

Onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de ophoging van de claw back, de geneesmiddelenconvenanten, het transitieakkoord en het preferentiebeleid is er de afgelopen jaren sprake geweest van een beperkte toename van de geneesmiddelenuitgaven. Onderliggend spelen nog altijd een zestal factoren een rol die zorgen voor een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven van 9 tot 10% per jaar.

Verschuiving in het gebruik naar duurdere geneesmiddelen

In de afgelopen jaren namen de uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, sterk toe. De omzet van deze middelen steeg van € 256 miljoen in 2002 naar € 988 miljoen in 2009. Over deze periode komt dat neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van 21% en binnen de totale geneesmiddelenuitgaven zorgt de toename van de uitgaven aan dure geneesmiddelen voor een structurele groei van bijna 3% per jaar. Een steeds groter deel van deze dure geneesmiddelen vindt zijn weg naar de patiënt via andere kanalen dan de reguliere (wijk)apotheek. Dit verschijnsel wordt ook wel directe of unieke levering genoemd. De gemeenschap-

pelijke 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 kwamen in 2009 uit op € 831 miljoen. Dit is een toename

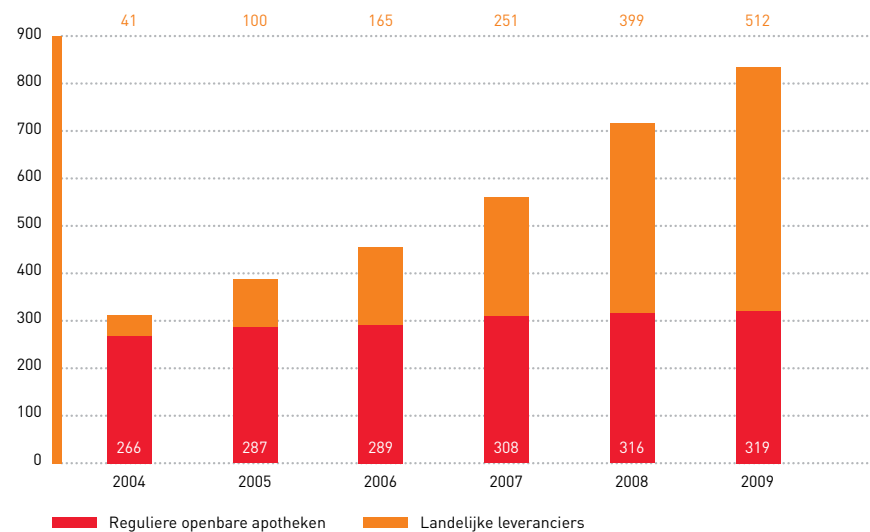
van 16% ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen. De uitgaven via de reguliere openbare apotheek namen in de periode 2004 tot en met 2009 nauwelijks toe.

Verschuiving van de gezondheidszorg vanuit het ziekenhuis naar de thuis-situatie

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 thuis-situatie. 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. Via verkorting van de ziekenhuisopname (de gemiddelde verpleegduur is de afgelopen tien jaar met bijna 30% bekort) leidt deze ontwikkeling tot een verschuiving binnen de gezondheidszorg van de intramurale naar de extramurale sector. In financiële zin fungeert de geneesmiddelen-sector 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.

1.2 Uitgaven directe leveringen via geselecteerde en reguliere openbare apotheken (1 = 1 miljoen euro)



Een steeds groter deel van de omzet aan unieke leveringen gaat buiten de reguliere apotheek om.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket

Op advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt de overheid haar beleid ten aanzien van het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. Een deel van deze nieuwe geneesmiddelen wordt op basis van dit advies door het Ministerie van VWS als therapeutisch uniek beoordeeld. Deze geneesmiddelen worden op de zogeheten 'Bijlage 1B' geplaatst. Hierbij gaat het vooral om nieuwe én vernieuwende geneesmiddelen die volledig door de zorgverzekeraar worden vergoed. In 2009 zijn de kosten van geneesmiddelen die op 'Bijlage 1B' staan, met 6,5% gestegen tot € 747 miljoen. Het geneesmiddel op Bijlage 1B met de hoogste omzet is de luchtwegverwijderer tiotropium (Spiriva). De uitgaven aan dit middel kwamen uit op € 76 miljoen.

Verandering van het voorschrijf- of slijkgedrag

Vanuit Europees perspectief gezien gebruikt de gemiddelde Nederlander relatief weinig geneesmiddelen. In ongeveer tweederde van de gevallen dat een patiënt een huisarts consulteert, wordt er in ons land een geneesmiddel voorgeschreven. In meer zuidelijke landen in Europa kan dit percentage oplopen tot 90%. Volgens het onderzoeksinstituut IMS Health worden er in landen als België, Frankrijk en Spanje gemiddeld 15 tot 40% meer geneesmiddelen voorgeschreven per doktersbezoek dan in Nederland. Toch neemt het geneesmiddelengebruik per Nederlander duidelijk toe. Het aantal gemiddeld aantal verstrekte standaarddoseringen (DDD's) per patiënt nam in de periode in de periode 2000 tot en met 2009 jaarlijks met 4% toe. 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 81% van de gevallen wordt een recept-geneesmiddel afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. Gemeten in aantal DDD's bedraagt het aandeel herhaalrecepten zelfs 86%.

Vergrijzing van de Nederlandse bevolking

In Nederland wonen 2.472.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 15% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in 2020 toegenomen zijn tot 3.281.000 personen (20%). Bij het huidige gebruik en kosten van de geneesmiddelen zou de gewijzigde samenstelling van de bevolking ertoe leiden dat de totale geneesmiddelenuitgaven tot 2020 jaarlijks met € 46 miljoen extra zullen toenemen, ofwel 1% per jaar. In 2020 zal door de vergrijzing het medicijngebruik bijna 10% hoger zijn dan in 2009. Als de toename van het geneesmiddelengebruik als gevolg van de bevolkingsgroei ook wordt meegerekend, dan ligt de structurele stijging door demografische ontwikkelingen boven de 10%. 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 genees-

middel dat zij eerder voorgeschreven hebben gekregen. De doorsnee 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar.

Groei van de Nederlandse bevolking en verzorgingsgebied

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking in 2009 met 0,5% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.485.787 in 2009 tot 16.574.989 op 1 januari 2010. Volgens het CBS is de periode van snel toenemende bevolkingsgroei ten einde en zal de groei in de komende jaren afnemen tot 0,2% per jaar. Naast de groei van de bevolking neemt ook het verzorgingsgebied van de openbare apotheken toe.

In dunbevolkte gebieden waar het niet rendabel is om een openbare apotheek te exploiteren, nemen apotheekhoudende huisartsen de farmaceutische zorgverlening waar. 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 bedroeg het marktaandeel van apotheken 92,1%. Over 2009 is dit percentage niet bekend. Volgens het NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, waren er op 1 januari 2009 542 apotheekhoudende huisartsen werkzaam in Nederland. In 1999 waren dit er nog 648. Het aantal apotheekhoudende huisartspraktijken in 2009 bedroeg 439.

1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd en geslacht

Hoger geneesmiddelengebruik bij (oudere) vrouwen

Het hogere geneesmiddelengebruik bij ouderen vertaalt zich in evenredig hogere geneesmiddelenuitgaven. Van de bijna € 4,8 miljard die in 2009 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.

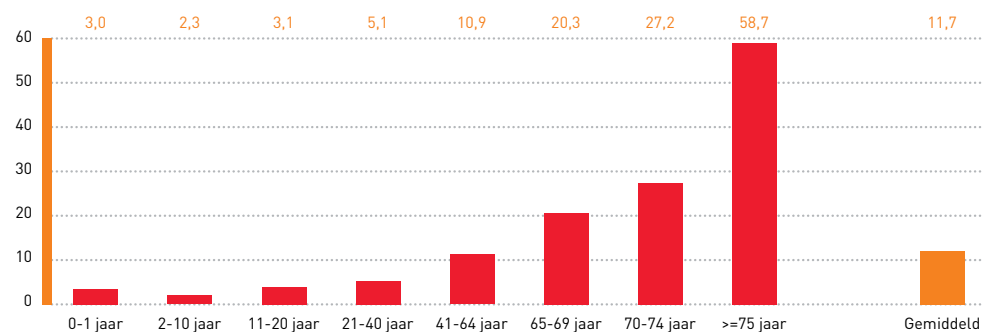
Ouderen

Op de eerste positie staat de cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor) waarin in 2007 € 76 miljoen is uitgegeven door personen uit de desbetreffende leeftijdscategorie. Nummer twee is salmeterol met een ontstekingsremmer (Seretide) met € 53 miljoen. Dit middel wordt toegepast bij Astma/COPD. Op de derde plaats staat tiotropium (Spiriva) – dat eveneens bij Astma/COPD wordt toegepast met € 48 miljoen. Nummer vier is de maagzuurremmer pantoprazol (Pantozol) met € 43 miljoen en de vijfde plaats wordt ingenomen door entanercept (Enbrel) met € 39 miljoen, dat ingezet wordt bij ernstige reuma. De bloedplaatjesaggregatiemiddel acetylsalicylzuur is met 3,8 miljoen voorschriften het meest verstrekte geneesmiddel aan ouderen. Op de tweede plaats staat metoprolol met 3,7 miljoen verstrekkingen. Dit middel wordt onder meer gebruikt bij hoge bloeddruk en angina pectoris. Op de derde plaats staat de cholesterolverlager simvastatine met 2,9 miljoen voorschriften. Op een vierde positie staat de maagzuurremmer omeprazol (2,8 miljoen voorschriften). De plaspil furosemide sluit de top vijf af met 2,7 miljoen voorschriften.

Vrouwen en mannen

Vrouwen kennen een hoger geneesmiddelengebruik dan mannen. In 2009 leverden de openbare apotheken 108 miljoen keer een middel aan een vrouw, tegen 70 miljoen keer aan een man. De geneesmiddelenconsumptie bij vrouwen is hiermee 1,5 keer zo hoog als bij mannen. Het gebruik van hormonale anticonceptiva door vrouwen speelt hierbij slechts een beperkte rol. Het feit dat de levensverwachting bij vrouwen hoger ligt, is wel van belang. Voor alle leeftijdsgroepen – met uitzondering van 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 en slaap- en kalmeringsmiddelen dan mannen, maar minder antithrombotica en cholesterolverlagers. Bij de geneesmiddelen uitgaven is het sekseverschil minder groot, omdat mannen gemiddeld duurdere geneesmiddelen slikken. De uitgaven liggen bij vrouwen 1,2 keer hoger dan bij mannen.

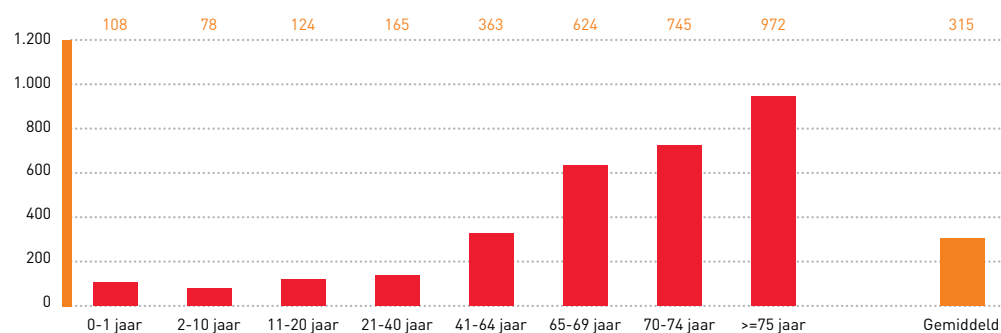
1.3 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2009 (in voorschriften)



Personen van 75 jaar of ouder gebruiken vijf maal zo vaak een geneesmiddel als een gemiddelde Nederlander.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.4 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2009 (in euro's)



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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Geneesmiddelengebruik (in voorschriften) en geneesmiddelenuitgaven (in euro's) naar geslacht in 2009

	VOORSCHRIFTEN	UITGAVEN
Mannen	9,3	291
Vrouwen	14,0	338
Gemiddelde Nederlander	11,7	315

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.4 Vergoeding apotheken

Hogere receptregelvergoeding, lagere inkoopvergoeding

De vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken kwam in 2009 uit op een bedrag van € 1.108 miljoen. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding voor WMG-geneesmiddelen (€ 1.073 miljoen) en de apotheekmarge op geneesmiddelen die niet vallen onder de WMG (€ 35 miljoen). De receptregelvergoeding is verreweg de belangrijkste component van de apotheekvergoeding.

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

Receptregelvergoeding

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

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

Eind december 2008 verraste de NZa de sector met de introductie van een zogeheten "flexibel tarief", variërend van een maximum tarief van gemiddeld € 7,28 tot een maximaal verhoogd tarief van € 7,92. 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. 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 was namelijk dat het gemiddelde maximumtarief moest sluiten op een bedrag van € 7,28.

De receptregelvergoeding kwam in 2009 uit op € 1.073 miljoen. Dit is € 190 miljoen ofwel bijna 22% meer dan in 2008. Deze toename kan vrijwel volledig worden toegeschreven aan de verhoging van het tarief van € 6,05 (een vaste receptregelvergoeding van €6,00 in de eerste helft van 2008 en een gemiddeld gedifferentieerd tarief van € 6,10 in de tweede helft van 2009) tot € 7,92.

Ook de tarieven voor 2010 werden op het laatste moment vastgesteld. Begin december stelde de NZa een tarief vast dat sloot op een bedrag van € 7,91. Dit is een stijging van 9%

ten opzichte van de tarieven die vanaf mei 2009 golden. Naast het maximumtarief kent de tariefbeschikking van de NZa evenals in 2009 ook een maximaal verhoogd tarief. De maximaal verhoogde tariefbedragen liggen 26% hoger dan het maximumtarief en komen gemiddeld uit op een bedrag van € 10,00. Daarmee is de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toegenomen van € 0,64 tot € 2,09. De NZa heeft geen reden voor deze aanzienlijke toename gegeven. Ook heeft de NZa zich – in tegenstelling tot andere jaren – niet uitgelaten over de hoogte van het bedrag waarop een kostendekkend tarief zou moeten uitkomen. Evenals vorig jaar blijft ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar. Het is echter onwaarschijnlijk dat apothekers volledig kunnen profiteren van de onderhandelingsruimte die zorgverzekeraars van de NZa hebben gekregen.

Inkoopvergoeding

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. 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 receptregel-

vergoeding 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 actievare 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 geneesmiddelen-uitgaven 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.

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%. 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.

Gedurende de maanden december 2007 tot en met juni 2008 werd de claw back in het kader van het transitieakkoord dat de minister van VWS met de sector sloot, tijdelijk verhoogd met een transitietoeslag tot 11,3%. Het maximum van € 6,80 per verstrekt geneesmiddel bleef daarbij gehandhaafd. Toen in mei 2008 de forse prijseffecten van de invoering van het preferentie zichtbaar werden, deed de KNMP een dringend beroep op de NZa en het ministerie van VWS om de receptregelvergoeding op kostendekkend niveau vast te stellen, nu de inkomsten uit

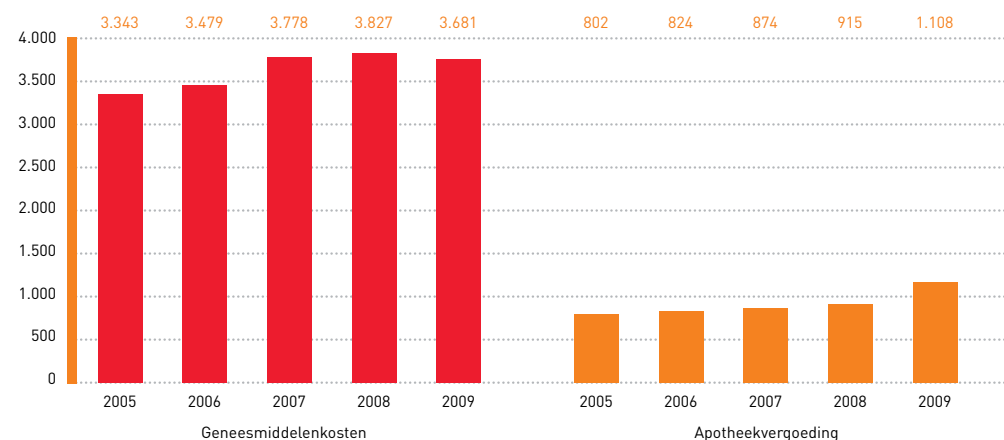
inkoopvoordelen in rap tempo verdampten. De overheid stelde zich echter op het standpunt dat eerst nieuw boekenonderzoek nodig was, alvorens een dergelijk besluit in overweging kon worden genomen. De KNMP gaf aan dat de continuïteit van het apotheekbedrijf dermate bedreigd werd door de gewijzigde marktomstandigheden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

Op basis van nieuw boekenonderzoek over 2007 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 tot 8,53%.

Na aftrek van de claw back zijn de geneesmiddelenkosten in 2009 met € 146 miljoen af tot € 3.681 miljoen. Het is voor het eerst sinds 2004 dat de geneesmiddelenkosten afnamen. De afname wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de prijsverlagingen als gevolg van het preferentiebeleid en door de beperking van de aanspraak binnen het verzekerde pakket op slaap- en kalmeringsmiddelen. Doordat de toename van de kosten aan dure geneesmiddelen vrijwel geheel aan de reguliere apotheek voorbijgaat, vielen de totale geneesmiddelenkosten per apotheek nog lager uit.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Geneesmiddelenconvenanten

Besparingsdoelstellingen transitieakkoord ruimschoots overschreden

De periode 2004 tot en met 2009 kenmerkte zich door sectorale convenantsafspraken over verlaging van geneesmiddelenprijzen. Vanaf het jaar 2005 zijn de afgesproken besparingsdoelstellingen steeds gerealiseerd. In 2008 en 2009 zijn de besparingsdoelstellingen zelfs met bijna € 110 miljoen respectievelijk ruim € 570 miljoen overschreden.

Medio 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. Via een bodemprocedure leidde dat in december 2003 tot een vernietiging door het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van de tariefbeschikking waarin de claw back regeling werd bijgesteld.

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 specialité-leveranciers, zich aan bij het geneesmiddelenconvenant. In aanvulling op de bepalingen in het convenant 2004 is toen afgesproken dat specialitéfabrikanten per 1 januari 2005 de prijzen verlaagden van receptgeneesmiddelen waarvan op 'stof- en toedieningsniveau' vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar waren, dan wel dat de specialitéfabrikanten compenserende prijsverlagingen zouden doorvoeren binnen het single source-segment (geneesmiddelen waarvan geen generieke alternatieven beschikbaar zijn). Aan deze toezegging heeft Nefarma wel de voorwaarde verbonden dat de overheid gedurende de looptijd van het conve-

nant afziet van een aanscherping van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. 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.

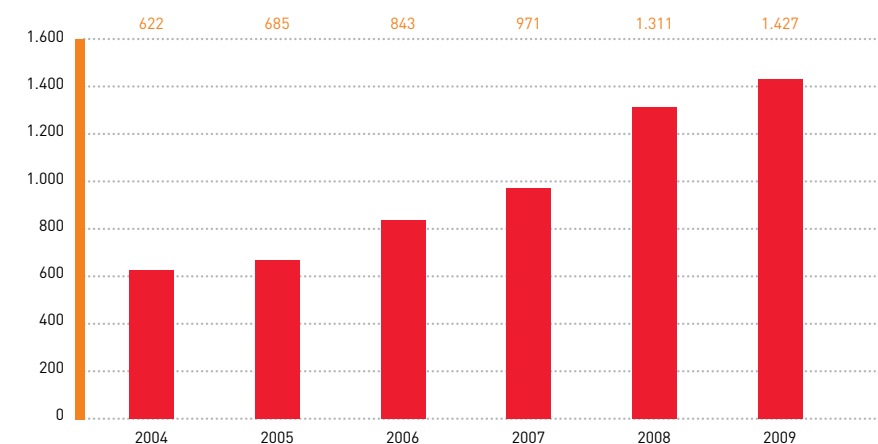
Transitieakkoord 2008-2009

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

Naast de financiële afspraken 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.

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. 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 dat de besparingsdoelstelling onder invloed van het preferentiebeleid in 2008 met bijna € 110 miljoen en in 2009 met ruim € 570 miljoen is overschreden. Partijen in het transitieakkoord hebben echter nog geen besluit genomen over hoe met deze extra besparingsopbrengst wordt omgegaan.

1.7 Besparingsafspraken geneesmiddelenconvenanten (bedragen incl. BTW en geneesmiddelenkosten apothekhoudende huisartsen)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.6 Prijsontwikkeling geneesmiddelen

Prijzen geneesmiddelen in 15 jaar gehalveerd

Onder druk van de Wet Geneesmiddelenprijzen, de vrijwillige prijsverlagingen vanwege de geneesmiddelenconvenanten en het preferentiebeleid zijn de prijzen van receptgeneesmiddelen vanaf 1996 tot en met 2010 vrijwel gehalveerd.

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

Preferentiebeleid

Begin 2008 gaf een aantal verzekeraars (Menzis, UVIT, CZ en Agis) te kennen het preferentiebeleid, waarmee de afgelopen jaren zonder veel effect op landelijk niveau geëxperimenteerd was door Zorgverzekeraars Nederland, per 1 juli 2008 breed 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 betekent dit dat de patiënt eventuele alternatieven volledig uit eigen portemonnee moet betalen. De landelijke "aanbesteding"

van verzekeraars in juni 2008 heeft een ware prijzenslag tussen generieke geneesmiddelenleveranciers ontketend. De prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen daalden met 90%. Omdat verzekeraars naast het preferentiebeleid ook laagste-prijs-afspraken maken (verzekeraar betaalt apotheek maximaal de prijs van het goedkoopste alternatief voor een bepaald geneesmiddel ongeacht het geneesmiddel dat de apotheek verstrekt) of zogeheten 'bandbreedte afspraken' (verzekeraar vergoedt alleen geneesmiddelen die maximaal 3 tot 5% duurder zijn dan het goedkoopste alternatief) moesten alle generieke geneesmiddelenleveranciers hun prijzen tot het laagste niveau verlagen, wilden men zich niet compleet uit de markt prijzen. Per saldo leidde de prijzenslag tot een kostenverlaging van € 355 miljoen op jaarbasis. Eerder dat jaar waren de prijzen van generieke geneesmiddelen al met € 125 miljoen verlaagd als gevolg van het transitieakkoord dat minister Klink had gesloten met de geneesmiddelensector. Daarmee is de omzet van generieke geneesmiddelen in nauwelijks een half jaar tijd gehalveerd.

Couvertbeleid

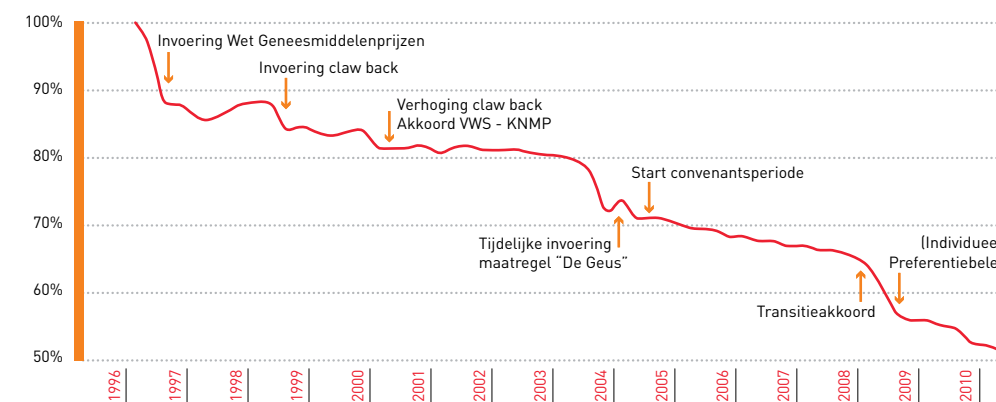
Het Ministerie van Volksgezondheid "incasseerde" het effect van de prijsverlagingen door de geneesmiddelenbudgetten voor de

verzekeraars navenant te laten zakken. Uit onvrede hierover introduceerde verzekeraar UVIT in 2009 een onderhands systeem: het zogenaamde couvertprijzenmodel. Hierbij verlaagt een geneesmiddelenleverancier niet de geneesmiddelenprijzen die publiek afgegeven worden, maar biedt deze UVIT onderhands een korting. Het model wordt sterk bekritiseerd, omdat niet duidelijk is hoe het inkoopvoordeel van UVIT aan de verzekerde in kwestie ten goede komt en apotheken verplicht worden om generieke middelen af te leveren waarvan goedkopere varianten beschikbaar zijn. In de loop van 2009 maakte UVIT bekend in het couvertbeleid aangewezen geneesmiddelen niet meetellen voor het verplichte eigen risico. In 2009 breidden zorgverzekeraars zowel het preferentie- als het couvertbeleid verder uit en daalde het prijsniveau nog eens met bijna 9%. In het eerste kwartaal van 2010 lag dit prijspeil 0,9% lager in vergelijking met het vierde kwartaal van 2009. Deze daling kan vooral worden toegeschreven aan een verdere afname van de prijzen van generieke geneesmiddelen.

Nieuwe maximumprijzen

Ook de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) levert een belangrijke bijdrage aan de dalende prijzen. Door deze wet, die een maximum stelt aan de prijzen van receptgeneesmiddelen, daalde het prijspeil de afgelopen jaren met gemiddeld 3 tot 4% per jaar. Daarmee is de WGP momenteel het belangrijkste instrument van de overheid om invloed uit te oefenen op de geneesmiddelenprijzen. De WGP verplicht de leveranciers om hun geneesmiddelen niet boven het gemiddelde niveau van dat in vier ons omringende landen, België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië, te prijzen. Vanaf 1996 stelt de overheid jaarlijks tweemaal, in maart en oktober, de maximumprijzen vast. De meest recente vaststelling van de maximumprijzen heeft in april 2010 mede geleid tot een daling van het prijspeil van receptgeneesmiddelen met 0,8%. Deze beperkte daling past in het beeld van de afgelopen jaren waarin de prijsverlagingen ten gevolge van de WGP in het voorjaar lager uitvielen dan in het najaar.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.7 Marktaandelen productgroepen

Aandeel generieke verstrekkingen neemt verder toe

Het aandeel generieke voorschriften nam in 2009 toe tot 57%. Vooral door het preferentiebeleid traden aanzienlijke verschuivingen op in de marktaandelen van de diverse leveranciers van generieke producten. Het kostenaandeel van generieke geneesmiddelen daalde tot 12%.

Generieke geneesmiddelen zijn gemaakt naar het voorbeeld van een merkgeneesmiddel waarvan het octrooi is verlopen en dragen geen merknaam maar de naam van het werkzame bestanddeel. Meestal wordt hierbij de naam van de producent gekoppeld aan de generieke naam van het geneesmiddel. Evenals in voorgaande jaren leveren de Nederlandse apothekers steeds vaker een generiek geneesmiddel af. In 2009 waren 97 miljoen verstrekkingen van generieke oorsprong, een stijging van 10,3%. Het aandeel generieke geneesmiddelen kwam daarmee in 2009 op 57,0%, terwijl dit aandeel in 2008 nog 56,2% was.

Meer generieke verstrekkingen

De toename van het generieke marktaandeel past in een trend die al jaren geleden is ingezet. In de afgelopen tien jaar nam het aandeel generiek jaarlijks met gemiddeld 3,7% toe. De toename van het aandeel generieke verstrekkingen sluit aan bij de inspanningsverplichting die apothekers in de afgelopen convenanten met de overheid zijn aangegaan om het gebruik van (goedkopere) generieke geneesmiddelen te bevorderen. Daarnaast is ook het preferentie-

beleid merkbaar van invloed op het aandeel generiek. De wetgever biedt de zorgverzekeraars namelijk ruimte om via een preferentiebeleid de aanspraak van verzekerden te beperken tot door hen aangewezen geneesmiddelen. Slechts als er voor de patiënt sprake is van medische noodzaak bestaat er recht op vergoeding van geneesmiddelen die niet in het preferentiebeleid zijn opgenomen. De voorschrijver moet dit dan op het recept vermelden. Meestal beperken zorgverzekeraars de aanspraak tot generieke geneesmiddelen, maar het komt ook voor dat de aanspraak juist tot een specialité wordt beperkt, omdat de verzekeraar daarmee het meeste financiële voordeel heeft (couvertmodel).

De kosten van generieke receptplichtige pakketgeneesmiddelen namen in 2009 - ondanks een toenemend aantal verstrekkingen - af met 26,3% tot € 421 miljoen. Dit komt vooral vanwege de door het preferentiebeleid afdwongen prijsverlagingen. Het kostenaandeel van generieke geneesmiddelen daalde van 15,3% in 2008 tot tot 11,7% in 2009. In vergelijking met 2007 is het kostenaandeel zelfs gehalveerd.

Parallelimport blijft achter

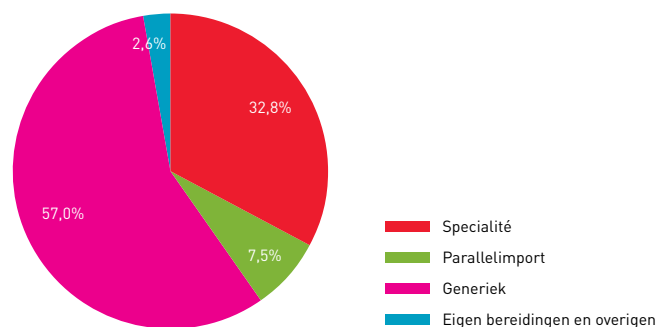
Parallel geïmporteerde geneesmiddelen zijn merkgeneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de fabrikant worden geïmporteerd uit landen binnen de Europese Unie, waar het prijsniveau lager ligt dan in Nederland. In 2009 leverden de apotheken 12,2 miljoen keer een parallel geïmporteerd geneesmiddel af. Dit is 4,8% meer dan in het voorgaande jaar. De toename van het aantal verstrekkingen blijft daarmee aanzienlijk achter bij de generieke maar ook de niet-parallel geïmporteerde specialités. Een van de redenen hiervoor is een slechte of onregelmatige verkrijgbaarheid van deze geneesmiddelen, doordat een aantal fabrikanten hun aanbod van producten per land hebben gelimiteerd. De uitgaven aan parallel geïmporteerde geneesmiddelen namen in 2009 met 1,8% af. Een belangrijk deel van deze afname heeft te maken met het patentverloop van pantoprazol (Pantozol) in mei 2009. Vanaf dat moment is voor dit middel een sterke verschuiving van parallelimport naar generiek opgetreden. In 2008 was dit nog het parallel geïmporteerde geneesmiddelen met het hoogste aantal verstrekkingen en de hoogste uitgaven. Inmiddels is atorvastatine het parallel geïmporteerde geneesmiddel met de hoogste uitgaven.

Toename bereidingen

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 apotheek-

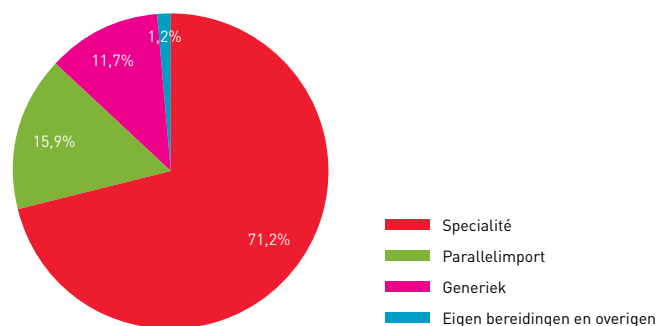
bereidingen die volgens een eigen of lokaal protocol gemaakt worden. Het kostenaandeel eigen bereidingen en overige geneesmiddelen nam toe van 0,9% in 2008 tot 1,2% in 2009. De relatief sterke stijging heeft een technisch karakter. Vanaf juli 2008 heeft de SFK een verbeterde registratie van de kosten van geneesmiddelen die niet in de G-Standaard zijn opgenomen. Hierdoor neemt de omzet van deze middelen vanaf juli 2008 schijnbaar sterk toe. 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.

1.9 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2009



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.10 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2009



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.8 Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Stilte voor storm aan bijbetalingen

In 2009 bedroeg het totaalbedrag aan bijbetalingen voor de door Nederlandse apothekers verstrekte receptgeneesmiddelen € 46,5 miljoen. Als het aan PvdA, VVD en GroenLinks ligt, kan dit bedrag het komende jaar flink toenemen.

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (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. Zij zijn gebaseerd op het prijspeil van oktober 1998. Sinds die tijd zijn prijzen als gevolg van de WGP, de geneesmiddelenconvenanten en het preferentiebeleid voor de meeste geneesmiddelen aanzienlijk lager dan deze limieten uit het verre verleden. Naar verwachting wordt het GVS nieuw leven ingeblazen en zullen er per 1 januari 2011 nieuwe herberekende limieten op basis van de huidige prijzen gelden, die bij ongewijzigd voorschrijf- en aflevergedrag forse bijbetalingen tot gevolg kunnen hebben. Ter voorkoming van het invoeren van eigen betalingen bij paramedische zorg en tweedelijns ggz-zorg heeft de Tweede Kamer namelijk vlak voor het Kamerreces in 2010 een motie aangenomen waarin zij de regering verzoekt om het GVS ter herijken. In dezelfde motie wordt de minister

gevraagd om maatregelen te nemen zodat voor individuele burgers een maximum wordt gesteld aan het jaarlijks zelf te betalen bedrag. Voor het maximumbedrag wordt gedacht aan € 200 per persoon.

Eigen betaling

Nederlandse apothekers verstrekten in 2009 drie miljoen keer een receptgeneesmiddel waarvoor een eigen betaling, ook wel bijbetaling genoemd, verschuldigd is. Het totaalbedrag aan bijbetalingen bedroeg vorig jaar € 46,5 miljoen tegen € 46,2 miljoen een jaar eerder. Dit is in afwijking met eerdere jaren een gering verschil. Geneesmiddelen met een eigen betaling zijn wel opgenomen in het GVS, maar de officiële apotheekinkoopprijs is hoger dan de vastgestelde limiet. Bij de vaststelling van zo'n limiet geldt dat binnen een groep vergelijkbare geneesmiddelen altijd een geneesmiddel zonder bijbetaling beschikbaar is. Onbekend is in welke mate de gebruikers de bijbetalingen ook werkelijk zelf betalen. Zo bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan die bijbetaling volledig of tot een bepaald maximum per jaar vergoeden. Ook nemen fabrikanten de eigen betaling van de patiënt voor sommige geneesmiddelen voor hun rekening. Uit strategische overwegingen (in internationaal perspectief) wensen de fabrikanten de betreffende producten niet

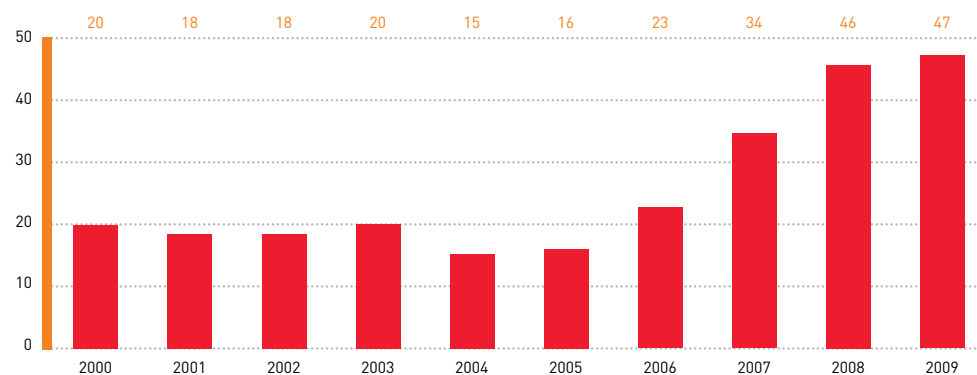
onder de vergoedingslimiet te prijzen. Zij willen echter ook niet dat de patiënt voor de bijbetaling opdraait. Patiënten dienen of zelf de nota voor de betaalde eigen bijdrage in bij de fabrikant of de apotheker doet dat voor hen. De apotheker int het bedrag dan niet bij de patiënt, maar schiet het eerst zelf voor. Een recente variant is dat de apotheker de eigen betaling niet int omdat hij rechtstreeks van de fabrikant een extra inkoopkorting krijgt ter hoogte van dat bedrag. Het is overigens maar de vraag of fabrikanten deze maatregelen ook na de herberekening van het GVS handhaven. De politiek vindt nu eigen betalingen tot € 200 per jaar immers acceptabel en stelt voor het meerdere zelfs een financieel vangnet in.

ADHD en de pil

Bijna de helft van het bedrag aan bijbetalingen in 2009, € 22 miljoen, komt op het conto van verstrekkingen van middelen bij ADHD. Voor gebruikers van middelen bij ADHD of voor

hun ouders/verzorgers kan de door Van der Veen voorgestelde maatregel gunstig uitpakken. Zo is de gemiddelde bijbetaling per jaar per gebruiker van atomoxetine (Strattera) in 2009 bijna € 700: € 500 meer dan het voorgestelde vangnet. Van het meest gebruikte ADHD-middel methylfenidaat gebruikte in 2009 ongeveer de helft een vorm zonder bijbetaling en de andere helft een vorm met gereguleerde afgifte waarvoor wel een eigen betaling verschuldigd is. Voor deze gebruikers kwam dat per jaar op gemiddeld bijna € 250 uit. Mogelijk dat het vangnet meer gebruikers van methylfenidaat overhaalt om vormen met gereguleerde afgifte te gebruiken nu men weet dat het maximum beperkt is. Verder moesten in 2009 de gebruiksters van anticonceptiva ruim € 12 miljoen aan eigen betaling ophoesten. In de top 25 van middelen waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is, komen zeven geneesmiddelen voor waarvan een restitutieregeling bekend is voor in totaal € 7,8 miljoen.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.9 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief

Bestedingsniveau gemiddelde Nederlander gelijk gebleven

Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen. Nederland behoort hiermee tot de hekkensluiters in West-Europa. Het geld dat een Nederlander gemiddeld aan geneesmiddelen uitgeeft, ligt met € 335 17% onder het West-Europees gemiddelde (€ 403).

Bij de gemiddelde kosten per Nederlander zijn tevens de kosten inbegrepen die zijn gemoeid met de levering van dure geneesmiddelen (gemiddeld € 52 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 sterke 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. Door het preferentiebeleid zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen in ons land sinds juni 2008 echter drastisch gedaald. Dit heeft ertoe geleid dat de uitgaven per hoofd van de bevolking niet verder zijn opgelopen, maar beperkt zijn gebleven tot € 335.

Buurlanden

In onze buurlanden ligt de geneesmiddelenconsumptie 18 tot 68% hoger. In België is in 2008 gemiddeld € 395 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 458 en in Frankrijk € 564. Bij gebrek aan actuele gegevens over heel Groot-Brittannië kan de

SFK alleen rapporteren over Engeland, waar de uitgaven per hoofd van de bevolking in 2008 zijn uitgekomen op € 224. Hiermee is Engeland absoluut hekkensluiter. Een belangrijke factor hierbij is wel dat dure geneesmiddelen in dat land zijn voorbehouden aan ziekenhuizen en deze uitgaven dus buiten de extramurale scope vallen. In vergelijking met het van oudsher zuinige Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land ruim een kwart hoger. De Zuid-Europese landen hebben traditiegetrouw eveneens lage geneesmiddelenuitgaven per inwoner. Nederland bevond zich in 2008 boven het niveau van Italië (€ 318), maar was goedkoper dan Portugal (€ 346) en Spanje (€ 347).

Aandeel in zorgkosten minder dan 10%

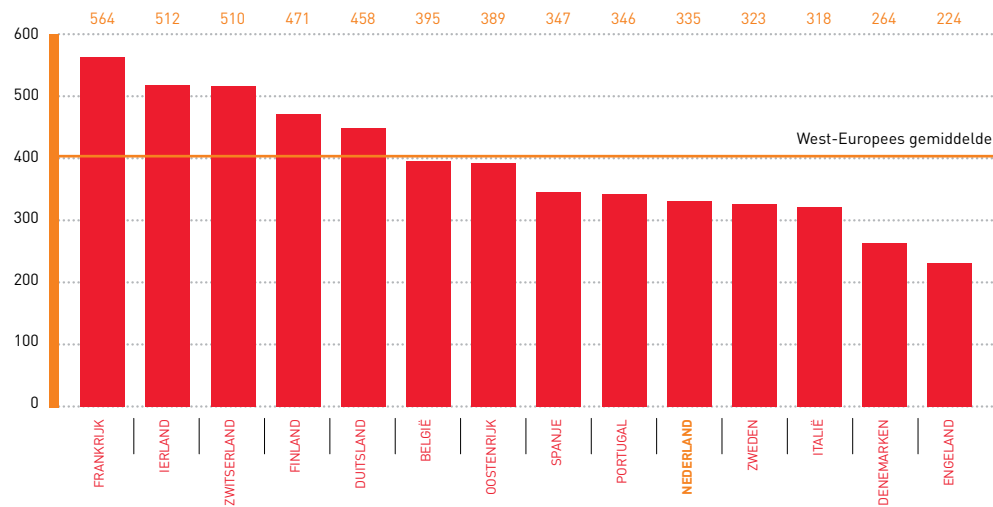
Als de uitgaven aan farmaceutische hulp worden gerelateerd aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland traditiegetrouw een bescheiden positie in te midden van de West-Europese landen. In 2008 had 9,8% van de totale zorgkosten in Nederland betrekking op geneesmiddelenuitgaven (pakket en niet-pakket) via apotheekhoudenden. Door de

prijsverlagingen in het generieke segment en een toename van de overige zorgkosten zijn de geneesmiddeluitgaven zo fors gedaald dat het aandeel in de totale zorgkosten bijna een procentpunt lager uitkomt dan in 2007. Dit terwijl de uitgaven aan dure middelen destijds stegen met 23%. In het algemeen is het aandeel van de uitgaven aan farmaceutische hulp groter naarmate het land zuidelijker ligt, waarbij Finland een uitzondering vormt.

Verklaringen

De verschillen in geneesmiddelenconsumptie zijn deels verklaarbaar door de vergrijzing. In Nederland is 14,8% van de bevolking 65 jaar en ouder. In Frankrijk, België en Duitsland ligt het aandeel 65-plussers met respectievelijk 16,5%, 17,1% en 20,1% een stuk hoger. Een persoon van 65 jaar of ouder gebruikt in ons land driemaal zo veel geneesmiddelen als gemiddeld. Een andere reden voor de relatief

1.12 Geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2008



De geneesmiddelbestedingen in Nederland zijn van een vergelijkbaar laag niveau als die in de van oudsher zuinige Zuid-Europese landen en Denemarken. Engeland heeft de laagste uitgaven per hoofd van de bevolking, echter dit is exclusief dure geneesmiddelen.

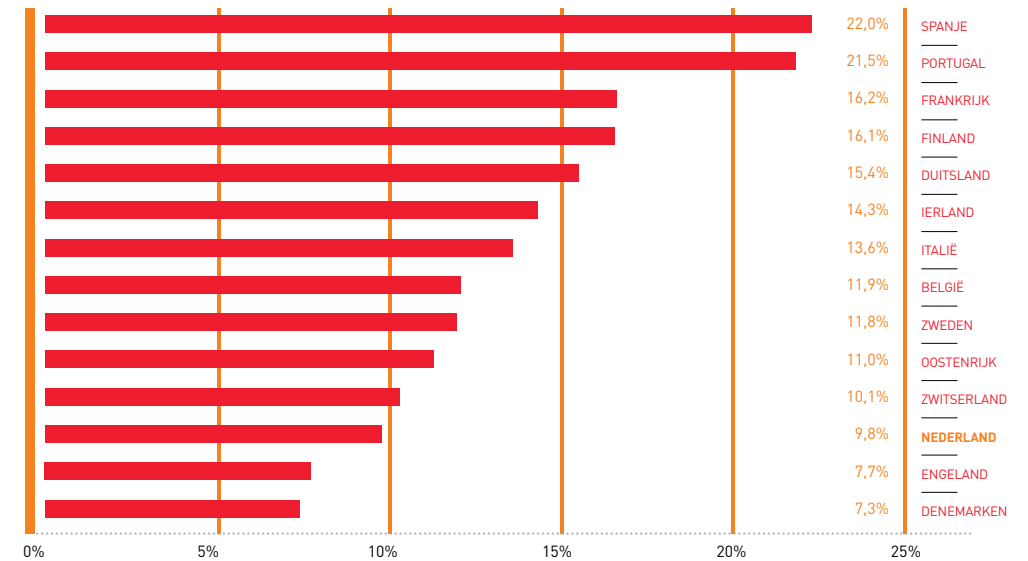
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

lage uitgaven in ons land is het gebruik van generieke geneesmiddelen. De Nederlandse apotheken leveren inmiddels in 57% van de gevallen een generiek middel. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland en Groot-Brittannië. In de meeste andere landen, waaronder België, Frankrijk, Spanje, Italië, Oostenrijk en Zwitserland, ligt dit aandeel binnen de range van 10 tot 20%.

Een terughoudend voorschrijfbeleid en slikgedrag, kenmerkend voor de Nederlandse situatie van de afgelopen jaren, is echter een van de belangrijkste verklaringen voor de relatief lage geneesmiddelenuitgaven.

Vanaf medio 2008 is de invloed van de prijsverlagingen in het kader van het preferentiebeleid de tweede belangrijkste verklaring voor de lage geneesmiddelconsumptie in ons land.

1.13 Uitgaven farmaceutische hulp via apotheekhoudenden als aandeel in de uitgaven aan gezondheidszorg in 2008



Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen. Nederland behoort hiermee tot de hekkensluiters in West-Europa.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2

Geneesmiddelen

2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen

Reuma aan kop in top 10 uitgaven

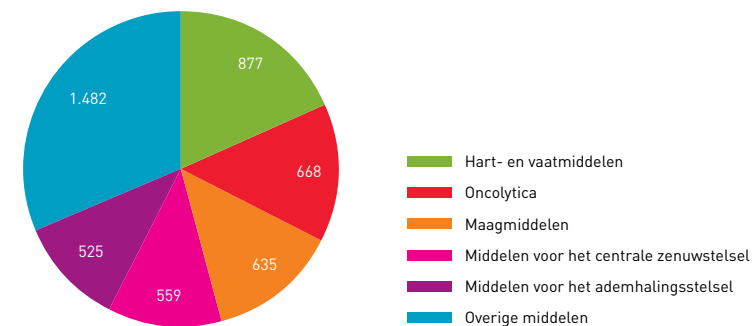
Cholesterolverlager atorvastatine is voor het eerst sinds vijf jaar niet meer het geneesmiddel met de hoogste omzet in de openbare apotheken. In 2009 nam het reumamiddel adalimumab de koppositie over. Dit middel kende daarnaast de grootste uitgavenstijging, gevolgd door etanercept, eveneens een middel toegepast bij reuma.

In 2009 verstrekten openbare apotheken voor € 4.789 miljoen aan geneesmiddelen die zijn opgenomen in het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. In onderstaande grafiek zijn de uitgaven per geneesmiddelgroep opgenomen op ATC hoofdniveau.

Hoogste uitgaven

Cholesterolverlager atorvastatine (Lipitor) voert voor het eerst sinds vijf achtereenvolgende jaren niet meer de top 10 aan van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven.

2.1 Uitgaven per geneesmiddelgroep



Twintig procent van deze uitgaven, hetzelfde aandeel als in de jaren ervoor, is toe te schrijven aan de tien geneesmiddelen met de grootste uitgaven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Atorvastatine had een omzetafname van 11,6%. De daling van de uitgaven aan atorvastatine is grotendeels het gevolg van zowel een afname in afzet (-4,6%) alsook in prijs (-6,3%). Door een uitgaventoename van 37% van de TNF-alfaremmers adalimumab (Humira), een middel dat bij reuma wordt toegepast, heeft dit middel de eerste plaats overgenomen. De omzet van adalimumab, € 148 miljoen, kent slechts een kleine voorsprong van € 2 miljoen op die van atorvastatine (€ 146 miljoen). Nummer drie op de lijst is etanercept (Enbrel), het tweede reumamiddel in de top 10. Hiervan namen de uitgaven met 17% toe, tot € 129 miljoen.

Adalimumab en etanercept behoren tot de TNF-alfablokerende middelen die onder meer worden ingezet bij ernstige vormen van reuma. De uitgaven aan deze reumamiddelen namen in 2009 met € 40 respectievelijk € 19 miljoen toe. In 2009 zijn het daarmee de geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging. Deze stijging gaat echter bijna geheel voorbij aan de reguliere apotheek. Zowel adalimumab als etanercept vinden hun weg naar de patiënt via zogeheten directe of unieke leveringen. Deze selectieve vorm van distributie houdt in dat deze geneesmiddelen niet door iedere openbare apotheek worden geleverd. Er is slechts één landelijk werkende apotheek die adalimumab levert. Meer dan tweederde van de uitgaven aan etanercept liep in 2009 via één landelijk werkende apotheek. De omzet via de reguliere openbare apotheek van etanercept is in 2009 toegenomen van € 35 miljoen tot € 38,6 miljoen.

Minister Klink kondigde in juli 2010 aan de TNF-alfaremmers per 1 januari 2011 vanuit het GVS over te willen hevelen naar het ziekenhuisbudget. Twee van deze stoffen, namelijk adalimumab en etanercept, staan in 2009 zowel in de top 10 van geneesmiddeluitgaven alsook in de top 10 van de grootste toename van de geneesmiddeluitgaven. Als deze plannen doorgaan zullen adalimumab en etanercept uit de top 10 verdwijnen.

Uitgavendalingen

De omzetzijde daling van € 19 miljoen van atorvastatine werd overtroffen door maagzuurremmers pantoprazol (Pantozol). Nam de omzet van dit middel in 2008 nog toe met 10%, in 2009 kende dat middel met een afname van € 36 miljoen de grootste uitgaven daling van de middelen in de top 10. Ook procentueel is het de grootste daler (-31%). Hierdoor zakt pantoprazol van de derde positie naar de vijfde plaats in de uitgaven top 10. Deze daling is het gevolg van het verlopen van het patent op pantoprazol in mei 2009 en de daarop door preferentiebeleid afgedwongen prijsverlagingen. De toename van de afzet van dit middel, die uitgedrukt in DDD's 11% bedroeg, kon de forse omzetzijde daling niet verhinderen.

Het preferentiebeleid had in 2009 nog een verdere weerslag op de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven. Verdween daaruit in 2008 de cholesterolverlager simvastatine ten gevolge van een prijsdaling, in 2009 was dit het geval voor maagzuurremmers omeprazol. Ondanks de afzettoename (+18% in DDD) zijn de uitgaven aan dit middel gedaald met € 17 miljoen, ten gunste van esomeprazol (Nexium) dat een groei kende van € 70 miljoen.

2.2 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2009

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2008)	MERKNAAM	TOEPASSING	UITGAVEN (MILJOEN €)
1	Adalimumab (5)	Humira	Bij reuma	148 (+37%)
2	Atorvastatine (1)	Lipitor	Cholesterolverlagend	146 (-12%)
3	Etanercept (4)	Enbrel	Bij reuma	129 (+17%)
4	Salmeterol met fluticason (2)	Seretide	Bij aandoening luchtwegen	122 (-1%)
5	Pantoprazol (3)	Pantozol	Remt de maagzuurproductie	80 (-31%)
6	Tiotropium (6)	Spiriva	Bij aandoening luchtwegen	76 (+11%)
7	Esomeprazol (9)	Nexium	Remt de maagzuurproductie	70 (+11%)
8	Metropolol (8)	Selokeen, Lopresor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	66 (+5%)
9	Formoterol met budesonide (10)	Symbicort	Bij aandoening luchtwegen	64 (+5%)
10	Somatropine (-)	diverse	Groeihormoon	58 (+7%)

Evenals vorig jaar zijn de luchtweggeneesmiddelen goed vertegenwoordigd in de Top 10 met tiotropium op 6, en de combinatiepreparaten salmeterol met fluticason op 4 en formoterol met budesonide op 9.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.3 Top 10 toename geneesmiddelenuitgaven 2009

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2008)	MERKNAAM	TOEPASSING	TOENAME UITGAVEN (MILJOEN €)
1	Adalimumab (1)	Humira	Bij reuma	40,3
2	Emtricitabine met tenofovir en efavirenz (-)	Atripla	Bij HIV-infectie	22,8
3	Etanercept (2)	Enbrel	Bij reuma	19,2
4	Tiotropium (10)	Spiriva	Bij aandoening luchtwegen	7,4
5	Insuline aspart (-)	NovoRapid	Bij diabetes mellitus	7,1
6	Esomeprazol (9)	Nexium	Remt de maagzuurproductie	6,9
7	Lenalidomide (4)	Revlimid	Bij ziekte van Kahler	5,4
8	Calcium met vitamine D (-)	diverse	Bij botontkalking	4,6
9	Macrogol, combinatiepreparaten (-)	Movicolon	Bij verstopping	4,5
10	Somatropine (-)	diverse	Groeihormoon	3,9

De reumamiddelen adalimumab en etanercept hadden in 2009 de grootste uitgavenstijging. Opvallende nieuwkomer in deze lijst is de nummer 2, het combinatiepreparaat dat wordt voorgeschreven bij HIV-infecties. De uitgaven aan deze middelen gaat grotendeels aan de reguliere apotheek voorbij.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2 Geneesmiddelvoorschriften

Slaapmiddelen vallen uit de top 10

Metoprolol is al jaren het meest voorgeschreven geneesmiddel binnen het wettelijk verzekerd pakket. Als gevolg van de introductie van vergoedingsvoorwaarden voor slaap- en kalmeringsmiddelen zijn oxazepam en temazepam uit de top 10 verdwenen. Cholesterolverlager simvastatine kende de grootste toename in het absolute aantal geneesmiddelvoorschriften.

In 2009 leverden Nederlandse openbare apotheken 177 miljoen keer een geneesmiddel af dat binnen het wettelijk verzekerde pakket valt. Van dit totale aantal voorschriften is 21% (37 miljoen verstrekkingen) toe te schrijven aan de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen.

In 2004 gaf het Nederlands Huisartsen Genootschap het advies om metoprolol, dat wordt gebruikt bij hoge bloeddruk, angina pectoris en hartfalen, in plaats van atenolol te gebruiken bij aandoeningen die met een selectieve bèta-blokker moeten worden behandeld. Sindsdien (2005) staat metoprolol (Lopresor, Selokeen) op de eerste plaats in de top 10 van meest verstrekte pakketgeneesmiddelen. Het aantal verstrekkingen via de openbare apotheken is sindsdien meer dan verdubbeld, van 2,4 miljoen in 2004 tot 5,5 miljoen het afgelopen jaar. Dat is 1,1 miljoen meer dan in 2008 (+25%). De sterke toename van het aantal verstrekkingen in 2009 is evenals in 2008, toen de stijging 19% bedroeg, het gevolg van de hogere frequentie van declareren van geneesmiddelen in weekdoseringverpakkingen, sinds de invoering van de gedifferentieerde tariefstructuur in juli 2008. De toename van het aantal verstrekte dagdoseringen (DDD) geeft een objectievere

maat voor de afzettoename. Voor metoprolol was deze 6% in 2009 en dat is daarmee vrijwel hetzelfde als in 2008.

De top 3 meest verstrekte middelen is ongewijzigd ten opzichte van 2008. Het verschil tussen de koploper, metoprolol, en nummer 2, de protonpompremmer omeprazol, is in 2009 kleiner dan voorheen. Dit fenomeen doet zich overigens al de laatste drie jaar voor. Als deze trend zich voortzet zal omeprazol in 2010 wellicht de koppositie van metoprolol overnemen. Dit beeld wordt bevestigd door de grotere procentuele toename van het aantal verstrekte DDD's van omeprazol.

Per 1 januari 2009 heeft de minister van VWS de vergoeding van benzodiazepines beperkt tot een aantal specifieke indicaties (zie paragraaf 2.5.2). Als gevolg daarvan zijn het kalmeringsmiddel oxazepam (4de positie in 2008) en het slaapmiddel temazepam (6de positie in 2008) verdwenen uit de top 10 van meest verstrekte middelen binnen het wettelijk verzekerd pakket. De benzodiazepines hebben plaats gemaakt voor twee nieuwkomers in de top 10. Op de 8ste positie staat het plasmiddel hydrochloorthiazide, dat gebruikt wordt voor vochttafvoer ter verlaging van de bloeddruk.

2.4 Top 10 geneesmiddelenvoorschriften 2009

	STOFNAAM (RANGORDE 2008)	MERKNAAM	SOORT GENEESMIDDEL	VOORSCHRIFTEN
1	Metoprolol (1)	Selokeen Lopresor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	5.500.000
2	Omeprazol (2)	Losec	Remt de maagzuurproductie	5.000.000
3	Acetylsalicylzuur (3)	Aspirine	Remt de bloedplaatjesaggregatie	4.700.000
4	Simvastatine (5)	Zocor	Cholesterolverlagend	4.500.000
5	Metformine (7)	Glucophage	Bij diabetes mellitus	3.500.000
6	Pantoprazol (9)	Pantozol	Remt de maagzuurproductie	3.000.000
7	Furosemide (10)	Lasix	Plasmiddel	3.000.000
8	Hydrochloorthiazide (11)	Diverse	Plasmiddel	2.700.000
9	Diclofenac (8)	Voltaren	Bij pijn	2.600.000
10	Levothyroxine (13)	Diverse	Schildklierhormoon	2.600.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het schildkliermiddel levothyroxine sluit de top 10 af. Dit middel is verstrekt aan circa 350.000 gebruikers.

Sterkste stijger

Cholesterolverlager simvastatine is zowel qua DDD's (+33%) als qua verstrekkingen (+48%) de sterkste stijger. Deze sterke toename deed zich uitsluitend voor bij simvastatine en is het gevolg van de poging van de overheid om de aanspraak op statines in eerste instantie te beperken tot generieke varianten simvastatine of pravastatine. Het aantal verstrekte DDD's van de overige statines daalde gemiddeld met 3%. Doordat de anticonceptiepill in 2008 weer in het verzekerd pakket was opgenomen, was sprake van een plotselinge sterke (theoretische) toename van het aantal voorschriften. Het was om die reden te verwachten dat deze middelen in 2009 niet meer in de top 10 voor zouden komen. Aspirine neemt dit jaar de tweede plaats in in de top 10, en steeg in 2009 nog

harder dan in 2008. De derde plek is ingenomen door een bekende in de hoogste regionen van de top 10: omeprazol.

Door de veranderende declaratiesystematiek van weekuitgiftes in 2008, is de top 10 van de toename van het aantal geneesmiddelvoorschriften in 2009 feitelijk deels theoretisch van aard. In onderstaande tabel heeft namelijk geen correctie plaatsgevonden voor de genoemde verandering van de declaratiesystematiek.

Door de wijziging in de vergoedingsstatus van de veel gebruikte benzodiazepines, behoren de geneesmiddelen uit deze groep in 2009 tot grootste dalers van het aantal voorschriften van pakketgeneesmiddelen. Deze daling in het aantal voorschriften dat onder het verzekerde pakket viel is echter ook een theoretische daling omdat het werkelijke gebruik veel minder gedaald is.

2.5 Top 10 toename geneesmiddelenvoorschriften 2009

	STOFNAAM (RANGORDE 2008)	MERKNAAM	SOORT GENEESMIDDEL	TOENAME VOORSCHRIFTEN
1	Simvastatine (8)	Zocor	Cholesterolverlagend	1.447.000 (48%)
2	Acetylsalicylzuur (3)	Aspirine	Bloedplaatjesaggregatieremmer	1.192.000 (34%)
3	Omeprazol (2)	Losec	Remt de maagzuurproductie	1.186.000 (31%)
4	Metoprolol (4)	Selokeen Lopresor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	1.090.000 (25%)
5	Metformine (7)	Glucophage	Bij diabetes mellitus	808.000 (30%)
6	Furosemide (6)	Lasix	Plasmiddel	762.000 (34%)
7	Pantoprazol (5)	Pantozol	Remt de maagzuurproductie	630.000 (26%)
8	Hydrochloorthiazide (9)	Diverse	Plasmiddel	501.000 (23%)
9	Calcium met andere middelen (-)	Diverse	Bij calciumtekort	450.000 (48%)
10	Amlodipine (-)	Norvasc	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	447.000 (28%)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.3 Nieuwe geneesmiddelen

Lager kostenaandeel nieuwe geneesmiddelen

Het kostenaandeel van nieuwe geneesmiddelen is in 2009 teruggelopen tot 1,3%. Dit is het laagste percentage van de afgelopen tien jaar. Bij 7 van de 12 recent geïntroduceerde millionsellers liggen de geneesmiddelenkosten per voorschrift boven de € 500.

De overheid bepaalt op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) 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.

Voor de innoverende geneesmiddelen-industrie zijn succesvolle introducties van nieuwe werkzame stoffen, ook wel aangeduid met NCE (nieuwe chemische entiteit) van cruciaal belang. Nieuwe geneesmiddelen zijn er ook in de vorm van combinatiepreparaten. Combinatiepreparaten zijn formeel wel nieuw, maar feitelijk gaat het om een nieuwe combinatie van reeds bekende stoffen. De SFK kenmerkt een geneesmiddel als nieuw indien de werkzame stof of de combinatie van werkzame stoffen 4 jaar of korter voor het eerst is geregistreerd bij de Nederlandse (CBG) of de Europese (EMA) registratie autoriteit en als het door de minister op advies van het College

van Zorgverzekeringen is opgenomen in het basispakket.

In 2009 verstrekten de openbare apotheken voor ruim € 3,6 miljard aan pakketgeneesmiddelen waarvan € 46,2 miljoen betrekking heeft op nieuwe geneesmiddelen, die vanaf 2006 zijn geïntroduceerd. Het aandeel van deze nieuwe geneesmiddelen in de totale geneesmiddelenkosten bedraagt daarmee 1,3%. Dit percentage is lager dan vorig jaar (2,9%) en is daarmee, net als vorig jaar, het laagste van de afgelopen 10 jaar. Eind jaren negentig namen nieuwe geneesmiddelen nog zo'n 9 tot 10% voor hun rekening. Na de millenniumwisseling daalde het kostenaandeel van de nieuwe geneesmiddelen tot even boven de 6% omdat in de afgelopen jaren minder nieuwe geneesmiddelen beschikbaar zijn gekomen dan voorheen.

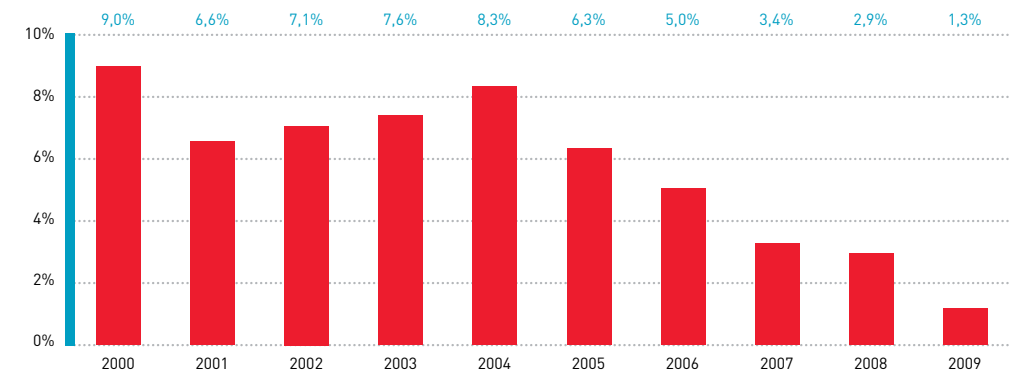
Millionsellers

Van de geneesmiddelen die vanaf 2006 zijn geïntroduceerd, haalden in 2009 net iets meer dan 1 op de 5 een omzet van meer dan € 1 miljoen. Doorgaans is dit een indicator die wijst op een succesvolle introductie, maar het duurt

meestal vijf tot zes jaar voordat de structurele marktpositie van een nieuw geneesmiddel zich definitief aftekent. De eerste plaats in het overzicht van nieuwe geneesmiddelen met de hoogste uitgaven is voor de combinatie emtricitabine met tenofovir en efavirenz (Atripla). In 2009 bedroegen de geneesmiddelenkosten van dit HIV middel € 5,9 miljoen. Als afzonderlijke stoffen zijn emtricitabine sinds 2003 en tenofovir sinds 2001 internationaal op de markt. Efavirenz is al sinds 1998 in de (internationale) handel verkrijgbaar. De vaste combinatie van deze stoffen in deze in 2007 geregistreerde combinatie is sinds juni 2008 op recept verkrijgbaar.

Het ontwikkelen van geneesmiddelen is een kostbare aangelegenheid. Nieuwe geneesmiddelen hebben doorgaans een hoge prijs. De geneesmiddelenkosten per voorschrift van nieuwe geneesmiddelen liggen in 2009 met gemiddeld € 618 per voorgeschreven middel ruim 30 keer zo hoog als de gemiddelde prijs van alle receptgeneesmiddelen. Bij 7 van de 12 recent geïntroduceerde millionsellers liggen de geneesmiddelenkosten per voorschrift boven de € 500.

2.6 Aandeel van nieuwe geneesmiddelen in de totale geneesmiddelenkosten, 2000-2009



Het kostenaandeel van nieuwe geneesmiddelen is in 2009 teruggelopen tot het laagste percentage in de afgelopen tien jaar.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.4 Integrale bekostiging bij grote aandoeningen

Grote impact integrale bekostiging

De bekostiging van de zorg voor diabetes mellitus type 2, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement gaat voor apothekers mogelijk veranderen. Voor bijna eenderde van de geneesmiddelengebruikers zal deze nieuwe vorm van bekostiging gaan gelden. Deze groep patiënten is verantwoordelijk voor bijna driekwart van alle verstrekte geneesmiddelen in de apotheek.

In 2009 zijn stappen gezet om de zorg rond chronische aandoeningen op een nieuwe manier te bekostigen. In plaats van een betaling per verrichting, kunnen zorgaanbieders als groep afspreken om een pakket van zorg aan te bieden voor één vast bedrag. Zorgverleners maken onderling afspraken over de verdeling van dat bedrag. Sinds 1 januari 2010 is het mogelijk om twee chronische aandoeningen op deze manier te bekostigen. Integrale bekostiging is sinds dat moment mogelijk voor de behandeling van Diabetes Type 2 en vasculair risicomanagement. Vanaf 1 juli 2010 is ook de zorg voor COPD patiënten integraal te bekostigen. Hoewel nog slechts de contouren van de integrale bekostiging duidelijk zijn, dient de vergelijking met de systematiek van de diagnose-behandelcombinaties in de ziekenhuizen zich aan. De honorering binnen de integrale bekostiging staat haaks op de huidige structuur, waarin de zorg per aanbieder wordt gefinancierd. Het zal daarmee minder van belang zal zijn wie de zorg levert. Zoals het er nu naar uitziet, richt de integrale bekostiging zich in eerste instantie op de farmaceutische zorg en zullen de kosten van de geneesmiddelen pas later worden opgenomen.

Na de val van het kabinet in 2010 is het opnemen van de farmaceutische zorg binnen de integrale bekostiging controversieel verklaard. Of geneesmiddelen zelf daarbovenop ook onderdeel zullen uitmaken van integrale bekostiging is in de gehele branche nog onderwerp van discussie.

De huisarts bepaalt of een patiënt binnen een zorgonderdeel integraal behandeld kan worden. De exacte diagnose is bij de apotheker niet bekend. Geneesmiddelen zijn niet altijd exclusief bedoeld om aandoeningen te behandelen die vallen binnen de integrale bekostiging. De hier gekozen indeling van geneesmiddelen representeert daarmee niet de kosten van geneesmiddelen wanneer deze binnen de integrale bekostiging zouden vallen.

Van aandoening naar medicatie

Vanwege de integrale bekostiging gaat dit stuk in op de groepen geneesmiddelen die bij deze integrale zorgonderdelen voorgeschreven worden. De geneesmiddelen die worden ingezet, hebben een belangrijk aandeel in het assortiment van de apotheek. Aangezien de reden van voorschrijven bij de Stichting Farmaceutische

Kengetallen niet bekend is, kan niet op basis daarvan de populatie bepaald worden waarop de functionele bekostiging van toepassing zal zijn, maar moet een schatting gemaakt worden op basis van het geneesmiddelengebruik. Voor een grove indruk van het aantal patiënten dat met de functionele bekostiging te maken krijgt, heeft de SFK op basis van de ATC-classificatie een selectie gemaakt. De selectie omvat de gebruikers van geneesmiddelen uit de ATC-groepen A10 (Diabetesmiddelen), B01 (Antithrombotica) en C (Hart vaatstelsel) en R03 (Middelen bij astma en COPD).

Complexe medicatieprofielen

.....
Voor bijna eenderde van de bezoekers van de openbare apotheek zal naar verwachting functionele bekostiging van toepassing zijn.
.....

Zij gebruikten in 2009 een of meer geneesmiddelen binnen de geselecteerde ATC-groepen. Het totale geneesmiddelengebruik van deze patiënten reikt echter veel verder dan diabetes, COPD, hartfalen en CVRM. In totaal zijn deze gebruikers verantwoordelijk voor ongeveer driekwart van alle verstrekte geneesmiddelen in de openbare apotheek. Het gaat daarmee veelal om patiënten met complexe medicatieprofielen.

2.4.1 Geneesmiddelen bij cardio-vasculair risicomanagement

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) richt zich op twee groepen patiënten, te weten de patiënten die bekend zijn met een hart- en vaatziekte en de groep die een verhoogd risico heeft, zoals mensen met een hoge bloeddruk. Voorbeelden van hart- en vaatziekten zijn angina pectoris, myocardinfarct, herseninfarct en transient ischaemic attack (TIA). Behandelingen met geneesmiddelen zijn een onderdeel van cardiovasculair risicomanagement. Ook leefstijladviezen en begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op een eerste of nieuwe manifestatie van hart- of vaatziekten, aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden valt binnen het geheel van cardiovasculair risicomanagement.

2.4.1.1 Primair: cholesterolverlagers

Bij de implementatie van de NHG-Standaard 'Cardiovasculair Risicomanagement' is de aandacht primair gericht op het optimaliseren van het voorschrijven van cholesterolverlagende statines bij de preventie van hart- en vaatziekten. De totale uitgaven aan cholesterolverlagers daalden van € 325 miljoen in 2008 naar € 282 miljoen in 2009. Na een kleine daling van het aantal DDD's in 2008 ten opzichte van 2007, steeg het totaal aantal verstrekte DDD's in 2009 weer, en wel naar 533 miljoen. 93% van de de ruim 9 miljoen voorschriften voor cholesterolverlagende geneesmiddelen betreft statines. Het totaal aantal gebruikers van deze statines steeg van 1,4 miljoen in de tweede helft van 2008 naar 1,5 miljoen in de tweede helft van 2009. Iemand die eenmaal een cholesterolverlager gebruikt, gaat hier over het algemeen de rest van het leven mee door.

De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is ook in 2009 weer atorvastatine (Lipitor). Na simvastatine is dit middel ook de statine die het meeste is voorgeschreven. Toch daalde de omzet van € 166 miljoen naar € 147 miljoen. Wanneer de daling van 4% in het aantal DDD's vergeleken wordt met deze daling van 11%, kunnen we concluderen dat ook van dit middel de gemiddelde prijs per DDD is gedaald. Het stijgende gebruik van statines wordt voor het grootste gedeelte veroorzaakt door een stijging in het gebruik van simvastatine en in beperkte mate door pravastatine. De oorzaak hiervan is gelegen in een wijziging in de vergoeding van statines. Vanaf januari 2009 vergoeden verzekeraars statines uitsluitend uit de basisverzekering als de verzekerde een verhoogde kans heeft op cardiovasculaire aandoeningen en daardoor is aangewezen op behandeling met statines. De maatregel had niet het beoogde effect omdat voorschrijvers en masse verklaarden dat zij van mening waren dat het uitschrijven van een recept gelijkstond aan een artsenverklaring en daarmee in voldoende mate de medische noodzaak van het duurdere middel aantoonde.

In 2009 kondigde de minister van Volksgezondheid aan voorschrijvers vanaf 2011 te korten op hun budget als zij in 2010 niet hun verantwoordelijkheid namen in de beperking van de uitgaven door in plaats van dure (merk)geneesmiddelen ook merkloos beschikbare, goedkopere middelen voor te schrijven. Huisartsen reageerden daarop door te verklaren niet meer de verantwoordelijkheid en de kosten op zich te willen nemen van de herhaalrecepten van (dure) geneesmiddelen, waarvan de behandeling door specialisten is begonnen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kondigde in december 2009 aan dat huisartsen dergelijke

herhaalrecepten terug zouden sturen naar de specialist, zodat de kosten in het vervolg ook aan de specialisten werden toegerekend.

Generieke cholesterolverlagers steeds vaker de voorkeur

Aan de hand van cholesterolverlagende statines is de SFK het effect van bovenstaande maatregelen nagegaan. In de periode van juli 2008 tot en met april 2010 is het gebruik van statines met zo'n 19% toegenomen van 36,5 miljoen standaarddagdoseringen (DDD) per maand tot 43,3 miljoen. Het aandeel van de generiek beschikbare (multisource) statines (simvastatine, pravastatine en fluvastatine) bedroeg in juli 2008 ongeveer 50%. In april 2010 is dit aandeel gestegen tot 62%. Het aandeel van de uitsluitend als merkgeneesmiddel beschikbare (singlesource) statines, atorvastatine en rosuvastatine, is niet alleen relatief afgenomen, maar ook absoluut: van 17,9 miljoen DDD's tot 16,8 miljoen DDD's.

Eerste uitgiften van geneesmiddelen geven een indruk van de verschuivingen in het voorschrijfpatroon. Er is hier sprake van een eerste uitgifte indien het betreffende middel in dezelfde sterkte in 12 maanden voorafgaand aan die verstrekking niet eerder aan de betreffende patiënt is verstrekt. Het aantal eerste uitgiften van statines op basis van specialistenrecepten is over de eerder genoemde periode vrijwel constant; zo rond de 12.000 per maand. In de tweede helft van 2008, vóór de vergoedingsbeperkende maatregel, bedroeg het aandeel multisource daarvan 54%. In januari steeg dat ineens sterk naar 67%, een percentage dat tot april van dit jaar vrijwel onveranderd is. Bij eerste uitgiften op basis van de huisartsrecepten ligt het aandeel van de multisource statines in de tweede helft van 2008 op 69%.

In de eerste maanden van 2009 na de invoering van de vergoedingsmaatregel is dat percentage eerst veel hoger (90%), maar neemt vanaf juni 2009 een waarde aan van ongeveer 76%. De scherpe toename in begin 2009 is niet het gevolg van minder eerste uitgiften van singlesource statines, maar van een toename van het aantal eerste uitgiften multisource. Dit kan erop duiden dat huisartsen actief geweest zijn in het omzetten van gebruikers van singlesource naar multisource statines. Dit effect deed zich in het begin van 2010 opnieuw voor.

Het effect van de oproep van de LHV om herhaalrecepten terug te sturen naar de specialist lijkt bij de statines vooralsnog beperkt. In december 2009 zijn specialisten verantwoordelijk voor 14,7% van het aantal verstrekte DDD's aan multisource statines op herhaalrecepten en in april 2010 is dat geleidelijk toegenomen tot 18,6%. In elk geval tot op dat moment lijken huisartsen dus nog wel multisource herhaalvoorschriften uit te schrijven.

2.4.1.2 Secundair: antithrombotica en antihypertensiva

Secundair richt het programma CVRM zich op optimalisering van andere preventieve medicatie bij HVZ zoals antitrombotica en antihypertensiva, bevordering van therapietrouw en optimalisering van beleid bij bestaande patiënten met HVZ of diabetes mellitus type 2 (DM2). Een belangrijk aandachtspunt daarbij is ook het geven van leefstijladviezen.

Antithrombotica

In 2009 steeg het aantal gebruikers van antithrombotica met 3% naar 1,7 miljoen. Het gebruik zelf steeg in 2009 met 5% naar 465 miljoen DDD's. Het meest voorgeschreven werd acetylsalicylzuur, waarvan het gebruik

steeg met 5%, gevolgd door carbasalaatcalcium dat veelal in de vorm van een bruistablet wordt voorgeschreven. Eén van de redenen van de stijging van het gebruik kan zijn dat zowel in de CBO-richtlijn als in de NHG-standaarden wordt aanbevolen om alle patiënten met angina pectoris te behandelen met de bloedplaatjesaggregatieremmer acetylsalicylzuur. Eind 2009 kreeg 85% van de patiënten met angina pectoris een antithromboticum, zoals acetylsalicylzuur, als co-medicatie. Hoewel dit nog niet alle angina pectoris-patiënten zijn, ligt dit aandeel wel hoger dan voorheen. Zo bedroegen deze percentages in 2005 en in 2008 respectievelijk nog 81% en 83%. Ook kreeg 70% van de patiënten met angina pectoris een cholesterolverlager verstrekt. Net als bij secundaire preventie met een antithromboticum is ook dit aandeel de afgelopen jaren gegroeid. In 2005 kreeg nog 55% van de patiënten met angina pectoris een statine, en in 2008 67%.

Antihypertensiva

Antihypertensiva behoren tot diverse groepen: diuretica, bètablokkers, calciumantagonisten en RAAS-remmers. Niet alle geneesmiddelen uit deze groepen worden bij hoge bloeddruk ingezet en bovendien hebben de middelen die daarvoor wel gebruikt worden behalve hypertensie vaak nog andere toepassingen. Omdat de SFK niet op de hoogte is van de reden van voorschrijven, hanteert zij voor de antihypertensiva een enigszins arbitraire indeling op basis van ATC-coderingen.¹

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

Gemiddeld steeg het gebruik van antihypertensiva in de periode 2002 tot en met 2008 jaarlijks met zo'n 8,5%. In 2009 verstrekten de Nederlandse apothekers 1,5 miljard standaarddagdoseringen (DDD's) van deze geneesmiddelen. Dat is 6% meer dan in 2008. De daarmee gepaard gaande kosten, zonder de vergoeding voor de werkzaamheden in de apotheek, komen uit op € 315 miljoen. Dit is een daling van 10%.

Combinaties

Niet zelden dient een combinatie van antihypertensiva ter bestrijding van hoge bloeddruk. Sommige combinaties zijn beschikbaar als kant-en-klaar handelspreparaat. Vaak ook worden verschillende antihypertensiva naast elkaar geslikt. 54% van de antihypertensiva-gebruikers slikt een combinatie. Bij de rest volstaat een enkelvoudige behandeling.

Diuretica

Diuretica dragen bij aan de bloeddrukverlaging door uitscheiding van vocht en mineralen. Er zijn twee belangrijke groepen diuretica: de thiaziden (en aanverwante middelen) en de lisdiuretica. Alleen de eerstgenoemde groep wordt doorgaans bij hypertensie gebruikt, de lisdiuretica worden veelal bij hartfalen ingezet. 46% van de antihypertensiva-gebruikers slikt diuretica.

Bètablokkers

De toepassing van bètablokkers bij hypertensie berust op verlaging van de hartfrequentie en vermindering van de hartslagkracht. Tot de groep antihypertensiva worden hier alleen de selectieve bètablokkers gerekend. Een andere toepassing van bètablokkers is angina pectoris. Veel van de antihypertensiva-gebruikers slikken een selectieve bètablokker. Ongeveer 1 miljoen mensen gebruiken metoprolol, al enkele jaren het meest verstrekte receptgeneesmiddel in Nederland.

Dihydropyridines

Van de calciumantagonisten vinden de dihydropyridines vaker toepassing bij hypertensie dan de calciumantagonisten die bij angina pectoris de voorkeur genieten. Ongeveer 610.000 mensen gebruiken een dihydropyridine. De dihydropyridines vertoonden in 2009 in aantal verstrekte DDD's de grootste stijging: ruim 7%. Deze middelen werden 3,4 miljoen keer verstrekt.

RAAS-remmers

40% van het aantal voorschriften aan antihypertensiva betrof de zogenoemde RAAS-remmers. RAAS-remmers remmen het renine-angiotensine-aldosteronsysteem, wat via een complex mechanisme resulteert in bloeddrukverlaging. De groep is onder te verdelen in de ACE-remmers die in de jaren tachtig op de markt kwamen en angiotensine-II-antagonisten, die 10 jaar later volgden. Ruim 1,8 miljoen mensen slikt een RAAS-remmer. Ongeveer 1 miljoen daarvan gebruikt een ACE-remmer, van wie 15% in vaste combinatie met een diureticum. De overige mensen gebruiken een angiotensine-II-antagonist. Het totale gebruik van RAAS-remmers steeg in 2009 met bijna 7%.

2.4.2 Diabetesmiddelen

Een belangrijke aandoening waarbij integrale bekostiging sinds 2009 mogelijk is, is diabetes mellitus. Het betreft hier de behandeling van diabetes type 2, waarbij het lichaam nog wel insuline aanmaakt, maar daar niet meer goed op reageert. De behandeling van diabetes type 1, waarbij het lichaam geen insuline aanmaakt en diabetespatiënten insuline zelf moeten injecteren, valt niet binnen het stelsel van de integrale bekostiging.

In Nederland gebruikten in 2009 zo'n 788.000 mensen een geneesmiddel ten behoeve van de behandeling van diabetes. Dat is 4% meer dan in 2008. Het aantal door Nederlandse apotheken verstrekte standaarddagdoseringen (DDD) van alle diabetesmiddelen bedroeg in 2009 ongeveer 366 miljoen, een stijging van 3%. De met die geneesmiddelen gepaard gaande kosten lagen met € 177 miljoen 3% lager dan een jaar eerder, ondanks een kostenstijging van de insulines met 3% (€ 4,5 miljoen). In tegenstelling tot vorig jaar stegen de kosten in 2009 minder hard dan het aantal verstrekte DDD's. Dit heeft geresulteerd in een daling van de gemiddelde kosten per DDD met 7%. Het anti-diabeticum met de sterkste relatieve stijging was in 2009 exenatide, op de voet gevolgd door de combinatie van metformine met sitagliptine. Absoluut gezien is metformine het meest verstrekt: in 2009 werden 3,5 miljoen voorschriften voor metformine verwerkt, met een aantal van 123 miljoen DDD's. Dit aantal DDD's werd gebruikt door 560.000 gebruikers. Metformine is de eerste stap wanneer medicamenteuze behandeling noodzakelijk is.

De tweede stap bij medicamenteuze behandeling is het eventueel toevoegen van een sulfonylureumderivaat. Sulfonylureumderivaten werden in 2009 2,1 miljoen keer voorgeschreven. Het aantal verstrekte DDD's was in 2009 gelijk aan dat van 2008, en ook het aantal gebruikers lag met 300.000 ongeveer op gelijke hoogte als in 2008. Volgens de NHG-standaard kan de huisarts bij patiënten met bestaande hart- en vaatziekten, maar zonder aanwijzingen voor of een verhoogd risico op hartfalen pioglitazon toevoegen. Het gebruik hiervan steeg in 2009 met 4%, terwijl de uitgaven op hetzelfde niveau bleven als in 2008: € 7,5 miljoen.

De laatste stap is het toevoegen van verschillende vormen van insuline. Het aantal gebruikers van insuline steeg in 2009 met bijna 9.000 (+3%) naar 273.000. Het gebruik, gemeten in aantal DDD's, steeg met 6%.

In het kader van de integrale bekostiging moeten apothekers in de toekomst mogelijk één vaste prijs per patiënt gaan afspreken. Daarom is het voor apothekers van belang inzicht te krijgen in het aantal diabetes type 2 patiënten dat de farmaceutische zorg bij hun apotheek betreft. Hoewel patiënten met diabetes type 1 geen metformine gebruiken, gebruikt een beperkt aantal type 2 patiënten geen metformine (meer) maar alleen insuline. Op basis van het medicatieprofiel van deze gebruikers is het voor apothekers daarom onmogelijk om harde uitspraken te doen over het type diabetes van hun patiënten. Omdat de geneesmiddelkosten van insuline een veelvoud zijn van de kosten van de reguliere geneesmiddelen die diabetes type 2 patiënten gebruiken, wordt het bepalen van een integrale kostprijs (op basis van het medicatieprofiel) daardoor nog verder bemoeilijkt.

2.4.3 Astma/COPD middelen

In 2009 verstrekten de openbare apotheken 7 miljoen keer een receptgeneesmiddel bij astma en COPD voor een bedrag van € 394 miljoen. Dit is 4,0% van het totaal aantal verstrekkingen en 8,2% van de totale uitgaven aan receptgeneesmiddelen. De twee belangrijkste soorten geneesmiddelen bij astma en COPD zijn luchtwegverwijders en ontstekingsremmers (corticosteroiden). In 2009 is 3,5 miljoen keer een luchtwegverwijderend middel verstrekt voor in totaal € 140 miljoen, terwijl ontstekingsremmers 1,2 miljoen keer zijn afgeleverd met € 50 miljoen aan uitgaven. Combinatiepreparaten van deze twee soorten middelen zijn 2,0 miljoen keer verstrekt in de openbare apotheken met € 187 miljoen aan bijbehorende omzet.

Bijna de helft van de totale uitgaven aan astma en COPD medicatie komt daarmee voor rekening van dergelijke combinatiepreparaten; ten aanzien van de verstrekkingen ligt dit aandeel met iets meer dan een kwart een stuk lager. De uitgaven aan geneesmiddelen die worden toegepast bij astma en COPD vertonen al jaren een sterk opwaartse trend, die sinds 2008 is afgezwakt. Namen de uitgaven in 2007 nog met 8% toe, in 2008 en 2009 waren deze toenames slechts respectievelijk 1,7% en 2,7%. Uit het feit dat de uitgaven in de genoemde periode niet sterk daalden, blijkt dat het preferentiebeleid weinig invloed op deze groep middelen als geheel heeft. In deze periode is de gemiddelde jaarlijkse stijging van het aantal verstrekkingen van dezelfde grootteorde als die van de uitgaven.

2.7 Uitgaven en verstrekkingen van geneesmiddelen bij astma en COPD in 2009

GENEESMIDDELEN BIJ ASTMA EN COPD	UITGAVEN (IN MILJOEN €)	MUTATIE T.O.V. 2008	VERSTREKKINGEN (MILJOEN)	MUTATIE T.O.V. 2008
Salmeterol met fluticason (Seretide)	122	- 1%	1,2	+ 3%
Tiotropium (Spiriva)	76	+ 11%	0,9	+ 12%
Formoterol met budesonide (Symbicort)	65	+ 5%	0,7	+ 13%
Salbutamol	26	+ 9%	1,7	+ 5%
Overige geneesmiddelen bij astma en COPD	105	+ 1%	2,5	+ 1%
TOTAAL	394	+ 3%	7,0	+ 5%

De top 4 geneesmiddelen bij astma en COPD zijn samen goed voor 73% van de totale uitgaven en 65% van de totale verstrekkingen in deze groep.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

COPD integraal bekostigen

Bij COPD is het vanaf juli 2010 mogelijk om afspraken te maken over het integraal bekostigen van de zorg rond een COPD patiënt. Ook hier valt de farmaceutische zorg er vooralsnog buiten. Bij COPD is het zomogelijk nog lastiger voor een apotheker om zicht te krijgen op het aantal COPD patiënten in zijn praktijk. COPD patiënten gebruiken veelal dezelfde geneesmiddelen als astma patiënten, dus op basis van het medicatieprofiel is geen onderscheid te maken. Leeftijd speelt een belangrijke rol, omdat COPD in principe voorkomt bij mensen boven de 40 jaar, maar een strikte scheiding is niet te maken.

Bij integrale bekostiging is het van belang dat de arts de zorg levert zoals die volgens de standaarden is gedefinieerd. Bij COPD wordt aangeraden om, indien medicamenteuze behandeling noodzakelijk is, te starten met een kortwerkende luchtwegverwijder om vervolgens na te gaan welke het meest werkzaam is. De kortwerkende luchtwegverwijders ipratropium, salbutamol en terbutaline die bij inhalatie gebruikt worden, laten gezamenlijk een beperkte daling in het gebruik (-1% DDD's) zien. Met 52,6 miljoen verstrekte DDD's is salbutamol veruit de meest verstrekte kortwerkende luchtwegverwijder.

Bij onvoldoende effect van een kortwerkende luchtwegverwijder kan de voorschrijver ervoor kiezen een langwerkende luchtwegverwijder voor te schrijven. Het gebruik van de langwerkende luchtwegverwijders tiotropium, formoterol en salmeterol is in totaal met 8% gestegen. Met 1,4 miljoen voorschriften werd salmeterol al of niet in combinatie met andere astma/COPD middelen het meest voorgeschreven als langwerkende luchtwegverwij-

der. Formoterol, eventueel in combinatie met andere astma/COPD middelen werd 960.000 keer voorgeschreven. Tiotropium werd met 860.000 voorschriften ongeveer 100.000 keer minder voorgeschreven. Dit middel is in DDD's gemeten de grootste stijger in de groep langwerkende luchtwegverwijders: +12%.

De genoemde combinaties bevatten veelal naast de luchtwegverwijder een inhalatiecorticosteroid met de stoffen budesonide of fluticason.

2.4.4 Antidepressiva

De Nederlandse openbare apothekers verstrekten in 2009 bijna 242 miljoen dagdoseringen (DDD's) aan antidepressiva, dat is nauwelijks een procent meer dan in 2008, toen ook nauwelijks groei gemeld werd ten opzichte van het jaar daarvoor.

Eind jaren negentig van de vorige eeuw nam het gebruik jaarlijks met 18% per jaar toe. Begin deze eeuw nam de groei af tot zo'n 7% per jaar en vanaf 2005 stagneerde de groei van het gebruik. Ondanks deze geringe groei in het afgelopen jaar daalden vooral ten gevolge van het preferentiebeleid de uitgaven aan deze middelen met 30%, van € 121 miljoen in 2008 tot € 84 miljoen in 2009. Als de kosten voor de vergoeding van de werkzaamheden van de apotheker buiten beschouwing blijven, blijken de kosten van de antidepressiva in 2009 (€ 43 miljoen) gehalveerd ten opzichte van de kosten van het jaar daarvoor (€ 85 miljoen). Het aantal verstrekkingen antidepressiva was in 2009 met bijna 2,1 miljoen 13% hoger dan in 2008. De stijging is voornamelijk het gevolg van de invoering van de nieuwe tariefstructuur

per 1 juli 2008, waarbij de wekelijkse afleveringen in weekdoseersystemen als aparte verstrekkingen werden geïntroduceerd. Het aandeel weekleveringen van het totale aantal verstrekkingen antidepressiva is sinds het derde kwartaal van 2008 van 24,3% geleidelijk toegenomen tot 29,9% in het vierde kwartaal van 2009. Het aandeel van de DDD's dat in weekleveringen wordt verstrekt, is in diezelfde periode toegenomen van 5,3% tot 6,6%.

De geneesmiddelkosten van een behandeling met antidepressiva bedroegen vorig jaar gemiddeld 18 cent per standaarddosering. In 2001 was dat meer dan 4 keer zo veel, 79 cent. De prijsdaling vindt niet in het hele assortiment plaats maar komt voornamelijk voor rekening van de SSRI's (ATC N06AB). Waren de gemiddelde kosten per DDD van de SSRI's in 2001 nog 87 cent, in 2009 daalde dat bedrag tot 11 cent. Alleen van het in 2004 op de markt verschenen escitalopram zijn binnen de SSRI's de gemiddelde kosten per DDD in 2009 met 63 cent nog fors hoger. Begin 2009 leken de gemiddelde kosten voor dit middel ook te gaan dalen omdat generieke varianten van escitalopram (Lexapro) beschikbaar kwamen. Eind april heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen de handelsvergunning van deze generieke varianten echter geschorst.

Opvallend is dat de prijsverlaging voorbij gaat aan de klassieker antidepressiva, de niet-selectieve monoamine-heropnameremmers (ATC N06AA). De kosten per DDD zijn in de afgelopen jaren slechts licht gedaald tot 22 cent, waardoor deze groep middelen die vroeger als goedkoop werd beschouwd, inmiddels bijna de duurste is. Bij de keuze voor klassieke antidepressiva of SSRI's spelen naast contra-indicaties de potentiële bijwerkingen

en eerdere ervaringen een rol. Het meest voorgeschreven klassiek antidepressivum is met 925.000 voorschriften amitriptyline. Dit middel wordt echter hoofdzakelijk toegepast bij neuropathische pijn. Op de tweede plek staat nortriptyline, dat met € 0,41 per DDD de duurste van de klassieke antidepressiva is.

De kosten per DDD zijn voor de ATC-groep 'Overige antidepressiva' (N06AX) met 32 cent weliswaar hoger, maar dat komt voornamelijk door de twee recent beschikbaar gekomen antidepressiva in deze groep te weten: duloxetine in 2005 (Cymbalta) en bupropion in 2007 (Wellbutrin). De kosten per DDD bedragen voor deze beide middelen ongeveer € 1,15. Als deze buiten beschouwing blijven, zijn de kosten per DDD voor de overige antidepressiva ongeveer 24 cent.

Het meest toegepaste antidepressivum in Nederland is al jaren de SSRI paroxetine (Seroxat). Met 61 miljoen DDD's in 2009 ligt het gebruik 4% lager dan in 2008. Nummer twee is de SSRI citalopram met 39 miljoen DDD's (+2,5%). Van het tot de overige antidepressiva behorende venlafaxine (Efexor) zijn evenveel DDD's verstrekt als in 2008: 32,5 miljoen.

De NHG heeft aangekondigd de richtlijn voor het voorschrijven van antidepressiva aan te gaan scherpen. De richtlijn dateert uit oktober 2003. In 2010 zijn door het Ministerie van VWS signalen afgegeven dat mogelijk vanaf 2011 € 20 miljoen bezuinigd kan worden door het voorschrijven van antidepressiva bij een (te) lichte depressie te beperken.

2.5 Niet of soms vergoede geneesmiddelen

Toename van uitgaven buiten de basisverzekering

Nederlandse apothekers verstrekten in 2009 1,2 miljoen keer een receptplichtig geneesmiddel dat is uitgesloten van vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekeringen. Middelen bij erectiestoornissen voerden met ruim 300.000 verstrekkingen de lijst aan.

2.5.1 Niet vergoed

Met de 1,2 miljoen verstrekkingen van niet-vergoedbare receptgeneesmiddelen in 2009 was een bedrag van € 62,5 miljoen gemoeid. In grote lijnen komen in Nederland receptgeneesmiddelen voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking en zijn geneesmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn van die vergoeding uitgesloten.

Uitzonderingen hierop bestaan. Zo komen ondermeer niet-receptplichtige laxantia, kalktabletten en middelen bij allergie toch voor vergoeding in aanmerking als een arts ze voorschrijft aan iemand die ze chronisch moet gebruiken. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen, ten behoeve van malariaprofylaxe en ter ondersteuning van stoppen met roken zijn voorbeelden van receptplichtige middelen die niet vergoedbaar zijn via de basisverzekering.

Erectiemiddelen

In 2009 verstrekten Nederlandse apothekers 306.000 keer een receptgeneesmiddel voor erectiestoornissen aan 129.000 mannen. Deze cijfers komen vrijwel overeen met die

over 2008. Sildenafil (Viagra) is met 162.000 verstrekkingen in 2009 nog altijd koploper in de groep van erectiemiddelen, gevolgd door tadalafil met 116.000 verstrekkingen.

Malariaprofylaxe

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding uit de basisverzekering van geneesmiddelen die artsen voorschrijven om malaria te voorkomen. Vorig jaar verstrekten apothekers die middelen 153.000 keer, zo'n 10% minder dan in 2008. In de jaren 2006 en 2007 werden de middelen bijna 190.000 keer verstrekt. Wat de oorzaak van de dalende tendens in het aantal afleveringen is, is de SFK onbekend. Malarone, een combinatiepreparaat met proguanil en atovaquon, is het vaakst afgeleverd: bijna 120.000 keer.

Stoppen met roken

Ook geneesmiddelen ter ondersteuning van stoppen met roken worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Dat geldt niet alleen voor de vrij verkrijgbare nicotinevervangers, maar ook voor middelen die uitsluitend op recept mogen worden verstrekt. Vorig jaar stonden de artsen daartoe twee receptgeneesmiddelen ter beschikking: varenicline (Champix) en bupro-

pion (Zyban). Samen waren ze afgelopen jaar goed voor ruim 120.000 verstrekkingen. Dat is 10% meer dan de bijna 110.000 afleveringen in 2008. In juli van dat jaar werd het rookverbod in de horeca van kracht. In 2007 verstrekten de apotheken minder dan 70.000

keer één van beide middelen. In deze cijfers zijn de verstrekkingen van Wellbutrin niet meegenomen. Wellbutrin is ook bupropion maar dan geregistreerd als antidepressivum. In die hoedanigheid en in vergelijkbare sterkte wordt het middel wel vergoed.

2.8 Van vergoeding uitgesloten receptplichtige geneesmiddelen in 2009

GENEESMIDDEL OF TOEPASSING	WERKZAME STOFFEN	VERSTREKKINGEN	UITGAVEN (€)
Erectiestoornis	Sildenafil, vardenafil	306.000	19.000.000
Malaria profylaxe	Proguanil, mefloquine	153.000	9.400.000
Stoppen met roken	Varenicline, bupropion	120.000	6.600.000
Vaccins	o.a. seizoensgriep en buiktyfus	97.000	3.800.000
Hoestdranken	Promethazine, oxomemazine	76.000	750.000
Nozinan bij ernstige pijn	Levomepromazine	61.000	425.000
Aambeienzalf met corticosteroiden	o.a. hydrocortison	59.000	750.000
Vermageringsmiddelen	Orlistat, sibutramine	44.000	2.200.000
Bij beginnende kaalheid	Minoxidil, finasteride	34.000	2.900.000

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Oseltamivir

Bijzonder in 2009 waren de verstrekkingen van oseltamivir (Tamiflu). Deze virusremmer werd ingezet ten tijde van de pandemie van de nieuwe influenza A (H1N1), ook wel bekend als de Mexicaanse griep. De reguliere en commercieel beschikbare Tamiflu werd niet vergoed vanuit het basispakket van de verzekerde zorg, en moest door de patiënt zelf betaald worden. De overheid nam haar verantwoordelijkheid door de grondstof oseltamivir in te kopen bij fabrikant Roche en deze te laten satchetteren.

Via apotheken werden de sachets met oseltamivir beschikbaar gesteld voor patiënten waarbij een arts geconstateerd had dat sprake was van een besmetting met nieuwe influenza A. Deze sachets uit de pandemische voorraad van de overheid waren voor de patiënt kosteloos. De apotheker kreeg per verstrekking een vergoeding van 7 euro. In totaal zijn in 2009 ruim 33.500 verstrekkingen uit de nationale voorraad gedaan, plus 27.000 commerciële verstrekkingen. In 2008 werden slechts 600 verstrekkingen gedaan.

2.5.2 Voorwaardelijk vergoed

Een laatste categorie middelen is de groep geneesmiddelen die zorgverzekeraars alleen vergoeden als aan (medische) voorwaarden is voldaan. Deze voorwaarden zijn per geneesmiddel wettelijk vastgesteld en staan vermeld op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Vandaar dat vaak gesproken wordt over "Bijlage 2 geneesmiddelen". Eind 2009 waren er 91 geneesmiddelen die alleen onder nadere voorwaarden voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking kwamen.

Benzodiazepines

Tot deze laatstgenoemde categorie middelen behoren sinds 2009 bijvoorbeeld de kalmerend werkende benzodiazepines. Van de 10,4 miljoen keer dat ze in 2009 werden verstrekt, kwamen ze in 30% van de gevallen voor vergoeding in aanmerking, voor de overige 70% niet. Het aantal verstrekkingen van de benzodiazepine oxazepam dat voor vergoeding in aanmerking kwam, is met 75% afgenomen tot 806.000 verstrekkingen. Van temazepam

nam dat aantal af met 79% tot 589.000 verstrekkingen. Als alle verstrekkingen worden meegenomen, ook die door de patiënt zelf zijn betaald, dan bedraagt de afname van het aantal verstrekkingen voor oxazepam slechts 13% en van temazepam 11% ten opzichte van het jaar daarvoor. In een top 10 van receptgeneesmiddelen ongeacht hun vergoedingsstatus, zou oxazepam in 2009 op de 9de positie uitkomen.

Statines

Zoals eerder genoemd vergoeden verzekeraars vanaf januari 2009 statines uitsluitend uit de basisverzekering als de verzekerde een verhoogde kans heeft op cardiovasculaire aandoeningen en daardoor is aangewezen op behandeling met statines. Bovendien moet de behandeling plaatsvinden overeenkomstig de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen. In die richtlijnen staat dat de behandeling moet beginnen met simvastatine en pravastatine. De duurdere atorvastatine en rosuvastatine mogen slechts na een zogeheten artsverklaring door de zorgverzekeraar worden vergoed.



Apotheekbedrijf

3.1 Zelfstandige apotheken versus ketens

Krimp in groei apotheken

Op 1 januari 2010 bedroeg het aantal apothekvestigingen in Nederland 1976, 28 meer dan het jaar daarvoor. Hiermee blijkt de groei van de openbare apotheken verder te stagneren. In 2009 sloten 29 apothekvestigingen voorgoed hun deuren. Met name door de opkomst van poliklinische apotheken en dienstapotheken is het aantal openbare apotheken netto toch gestegen. Opvallend is dat het aandeel openbare apotheken dat in eigendom is van ketens is gekrompen van 35% naar 32%.

Na een recordaantal apotheksluitingen in 2008, heeft in 2009 wederom een groot aantal apotheken de deuren voorgoed gesloten. De SFK telde het afgelopen jaar 29 sluitingen, één meer dan een jaar eerder. Van minimaal 12 van deze apotheken is bekend dat ze de deuren sloten binnen 10 jaar nadat ze geopend waren. De oudste apotheek die vorig jaar de deuren definitief dicht deed, bestond al meer dan een eeuw. Sinds de versoepeling van de wet- en regelgeving rond apotheken ontstaan er steeds meer gespecialiseerde apotheken; apotheken die zich richten op een specifieke vorm van dienstverlening. Onder de 57 nieuw geopende apotheken bevonden zich opvallend veel apotheken die in of dicht in de buurt van een ziekenhuis gevestigd waren. Met 14 nieuwe vestigingen ontwikkelden deze poliklinische apotheken zich in 2009 sterk. Ook zijn vorig jaar tien apotheken geopend in een gezondheidscentrum en hebben een aantal apothekers ervoor gekozen om, al dan niet gezamenlijk, een dienstapotheek te openen.

Stagnatie vestigingen van ketens en formules

Het aandeel van alle ketens in het totaal aantal openbare apothekvestigingen is afgelopen jaar gedaald van 35% naar 32%. Mediq heeft het aantal apotheken het afgelopen jaar moeten inkrimpen van 229 naar 206. Toch is Mediq nog altijd de grootste keten, gemeten naar het aantal apothekvestigingen in eigen bezit. Van de genoemde 206 zijn 15 apotheken niet in het bezit van de keten, maar van een zelfstandige apotheek. Waar Lloyds in 2008 nog beperkt kon groeien, heeft zij afgelopen jaar geen nieuwe apotheken geopend. Aan de Escura-formule, de apotheekformule van groothandel Brocacef die zowel onafhankelijke apotheken als apotheken in eigendom kent, nemen ongeveer 120 apotheken deel. Hiervan zijn 94 vestigingen eigendom van de groothandel. Dat zijn er drie minder dan in 2008. In 2009 had Alliance Healthcare Nederland 74 apotheken in eigendom, dat zijn vier apotheken minder dan

het jaar ervoor. Deze eigendomsapotheken zijn als Kringapotheek herkenbaar, net zoals een aantal zelfstandige apotheken die bij Alliance zijn aangesloten. In totaal maken 325 apotheken gebruik van de Kring-formule. Sinds medio vorig jaar test Alliance ook het internationale Boots apotheekconcept in Nederland uit. Na de eerste twee pilotvestigingen breidde zij het aantal Boots vestigingen later in het jaar uit naar een totaal van vijf. Tot slot zijn er nog ongeveer 200 zelfstandige apotheken die deelnemen aan de Service-apotheek formule.

Samenwerking zelfstandige apotheken

Naast de eerdergenoemde samenwerkingsvormen, bundelen ook steeds meer zelfstandige apotheken hun krachten. De Nederlandse

Apotheek Coöperatie (Napco), die opkomt voor de belangen van de zelfstandig gevestigde apotheek, heeft vorig jaar een behoorlijke groei doorgemaakt. Van de 340 leden in 2008 is het ledenaantal op het moment van schrijven gegroeid naar 563. Deze groei is mogelijk ingegeven door de inrichting van een vereveningsfonds voor aangesloten apotheken die de financiële risico's die aan het Achmea IDEA contract verbonden zitten niet zelfstandig willen dragen. Een ontwikkeling die niet in deze telling is meegenomen, maar ook bijdraagt aan de trend van samenwerking, is het openen van central filling locaties. Op deze locaties organiseren apothekers, vaak voor meerdere apotheekvestigingen, de herhaalmedicatie.

3.1 Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken, 2002 – 2009



De groei van het aantal openbare apotheken neemt verder af. Het aandeel ketenapotheken krimpt, terwijl hoofdzakelijk gespecialiseerde apotheken, zoals poliklinische apotheken, zorgen voor enige aanwas.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.2 Omzet openbare apotheek

Meer omzetverlies in reguliere apotheek

De omzet aan pakketgeneesmiddelen van de gemiddelde apotheek nam in 2009 met € 116.000 af tot € 2,4 miljoen. Tegenover deze daling staat een toename van de tariefinkomsten van € 86.000. Voor apotheken die langer dan tien jaar bestaan, is het omzetverlies sterker dan in de gemiddelde apotheek.

Door de stagnatie in de toename van het aantal apotheekvestigingen in ons land is de gemiddelde patiëntenpopulatie van een openbare apotheek afgenomen tot 7.800 personen. In 2002 bediende een apotheek nog gemiddelde 9.000 personen. Het afgelopen jaar verstrekte de gemiddelde openbare apotheek 90.500 keer een geneesmiddel dat in het wettelijk verzekerde pakket is opgenomen. Dit zijn 5.500 voorschriften meer dan in 2008, ofwel een stijging van 6,5%. De toename in voorschriften wordt vooral veroorzaakt door de invoering van de nieuwe tariefstructuur per 1 juli 2008. Vanaf die datum worden weekafleveringen, tegen een navenant lager tarief, wekelijks in plaats van eens per twee of drie weken gedeclareerd.

Gemiddelde apotheek

De omzet van de gemiddelde openbare apotheek aan geneesmiddelen in het basispakket bedroeg in 2009 € 2.441.000. Dit is een afname van € 29.000 ten opzichte van 2008. De materiaalkosten voor receptplichtige geneesmiddelen vormen de grootste component van de omzet en kwamen in 2009 uit op € 1.830.000. Ten opzichte van het voorafgaande jaar is dat een

daling van € 118.000, ofwel 6%. Deze afname is terug te voeren op de prijsverlagingen van generieke middelen waarop vanaf juni 2008 het preferentiebeleid sterk zijn invloed heeft en op de beperking van de vergoeding van slaap- en kalmeringsmiddelen per 1 januari 2009. De NZa verhoogde de maximumtarieven voor het leveren van farmaceutische zorg waardoor de tariefinkomsten voor het verstrekken van receptplichtige geneesmiddelen in 2009 toenam met € 86.000 tot € 564.000. Deze tariefinkomsten vormen samen met de inkoopvoordelen (na aftrek van de claw back) de praktijkinkomsten. Met het dalen van de materiaalkosten zijn de inkoopvoordelen voor de apotheken ook sterk afgenomen. Omdat de mate waarin bij de SFK onbekend is, geldt dat ook voor het effect hiervan op het bedrijfsresultaat van de gemiddelde apotheek.

Langer bestaande apotheek

Van de 1.976 openbare apotheken die Nederland eind 2009 telde, bestaan er 1.583 al langer dan 10 jaar. In de afgelopen 10 jaar was er een sterke opkomst van apotheken die zich op specifieke segmenten richten, zoals dienstapotheken, poliklinische apotheken en apo-

theken die zich richten op dure geneesmiddelen voor een specifieke patiëntenpopulatie. Alle apotheken samen, zowel de langer bestaande, hoofdzakelijk reguliere apotheken, als ook de nieuwere apotheken toegespitst op specifieke dienstverlening, vormen de basis voor de gemiddelde apotheek. Door de sterke invloed van de ontwikkeling van gespecialiseerde apotheken zullen de al langer bestaande, reguliere apotheken zich maar in beperkte mate herkennen in het beeld van de gemiddelde apotheek. In 2009 namen de materiaal-kosten voor WMG-geneesmiddelen in deze groep reguliere apotheken met 10% namelijk veel sterker af dan in de gemiddelde apotheek, waar deze afname 6% bedroeg, omdat het grootste deel van de dure geneesmiddelen via een beperkt aantal landelijke leveranciers wordt verstrekt, terwijl deze middelen wel meetellen in de omzet van de gemiddelde apotheek. De afname in de tariefinkomsten is vergelijkbaar voor beide groepen.

Zelfzorggeneesmiddelen

Naast de omzet aan receptplichtige geneesmiddelen verkrijgt een apotheek inkomsten uit de levering van (zelfzorg)geneesmiddelen die niet onder de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) vallen en die vaak ook buiten de apotheek verkrijgbaar zijn bij drogisterij of supermarkt. Een deel van deze buiten-WMG-geneesmiddelen komt in aanmerking voor vergoeding door de verzekeraar als ze worden toegepast bij chronisch gebruik en een arts ze voorschrijft. In 2009 verstrekte een apotheek gemiddeld 4200 keer zo'n buiten-WMG-middel dat in het basispakket valt voor een totaalbedrag van € 65.000. Op basis van de adviesverkooprijzen zou € 18.000 hiervan tot de inkomsten (marge) van de gemiddelde apotheek behoren. In de praktijk is de vergoeding van de apotheken voor de verstrekking van deze geneesmiddelen minder omdat apotheken en verzekeraars lagere prijzen overeenkomen.

3.3 Receptregelvergoeding

Tarief ontoereikend voor leeuwendeel apotheken

De NZa heeft de maximumtarieven voor apothekhoudenden in 2010 met 9% verhoogd tot een gemiddeld tarief van € 7,91. Naar verwachting zal zo'n 63% van de apotheken dit beoogde gemiddelde tarief niet halen.

Apothekers financieren hun praktijkkosten en hun inkomen in belangrijke mate via de inkomsten uit de receptregelvergoeding bij WMG-geneesmiddelen. Tot januari 2009 werd de receptregelvergoeding vastgesteld op basis van het kostenpatroon van de gemiddelde apotheek. Hiertoe liet de NZa en haar rechtsvoorgangers periodiek kostenonderzoek verrichten. Inmiddels 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 bedreigt; 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.

Maximum en maximaal verhoogd tarief

De NZa heeft begin december 2009 maximumtarieven voor farmaceutische zorg vastgesteld die vanaf 1 januari 2010 van kracht zijn. Hierbij hanteert de NZa als uitgangspunt dat

het gemiddelde maximumtarief uitkomt op een bedrag van € 7,91. Dit is een stijging van 9% ten opzichte van de tarieven die vanaf mei 2009 golden. Naast het maximumtarief kent de tariefbeschikking van de NZa evenals vorig jaar ook een maximaal verhoogd tarief. In theorie wordt apotheken hiermee de mogelijkheid geboden om met verzekeraars afspraken te maken tot het niveau dat de NZa als kostendekkend beschouwd. De NZa introduceerde dit systeem onder de noemer "flexibel tarief" teneinde de onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars te stimuleren. Er mag uitsluitend een verhoogd tarief in rekening worden gebracht als hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de verzekeraar en de apotheker ten grondslag ligt. De maximaal verhoogde tariefbedragen liggen 26% hoger dan het maximumtarief en komen gemiddeld uit op een bedrag van € 10,00. Daarmee is de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toegenomen van € 0,64 tot € 2,09.

De NZa heeft geen reden voor deze aanzienlijke toename gegeven. Ook heeft de NZa zich – in tegenstelling tot andere jaren – niet uitgelaten over de hoogte van het bedrag waarop een kostendekkend tarief zou moeten uitkomen.

Evenals vorig jaar blijft ook de hoogte van de claw black onderhandelbaar. Het is echter de vraag of apothekers volledig kunnen profiteren van de onderhandelingsruimte die zorgverzekeraars van de NZa hebben gekregen.

Gedifferentieerd tarief

In juli 2008 introduceerde de Nederlandse Zorgautoriteit een nieuw tariefsysteem voor apothekhoudenden. Voor openbare apotheken houdt dit systeem in dat de vaste vergoeding per afgeleverd receptgeneesmiddel is verlaten.

Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende maximumtarieven. Vanaf januari 2010 geldt voor een reguliere uitgifte een basisvergoeding van € 5,99 en voor een weekuitgifte een basisvergoeding van € 3,29 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.

3.2 Prestatiebeposting NZa-standaardapotheek per 1 januari 2010, maximumtarief en maximaal verhoogd tarief

	AANTAL	MAXIMUM TARIEF	MAXIMUM VERGOEDING	MAXIMAAL VERHOOGD TARIEF	MAXIMAAL VERHOOGDE VERGOEDING
Basisprestatie					
Standaarduitgifte	73.238	€ 5,99	€ 438.696	€ 7,54	€ 552.215
Weekuitgifte	23.332	€ 3,29	€ 76.762	€ 4,15	€ 96.828
Aanvullende prestaties					
Eerste uitgifte	18.839	€ 5,99	€ 112.846	€ 7,54	€ 142.046
ANZ-recept	954	€ 11,97	€ 11.419	€ 15,08	€ 14.386
Bijzondere bereiding	119	€ 89,78	€ 10.684	€ 113,12	€ 13.461
Reguliere bereiding	1805	€ 11,97	€ 21.606	€ 15,08	€ 27.219
TOTAAL	96.570	€ 6,96	€ 672.013	€ 8,76	€ 846.155
TOTAAL NZA-REKENEENHEDEN	84.904	€ 7,91	€ 672.013	€ 10,00	€ 846.155

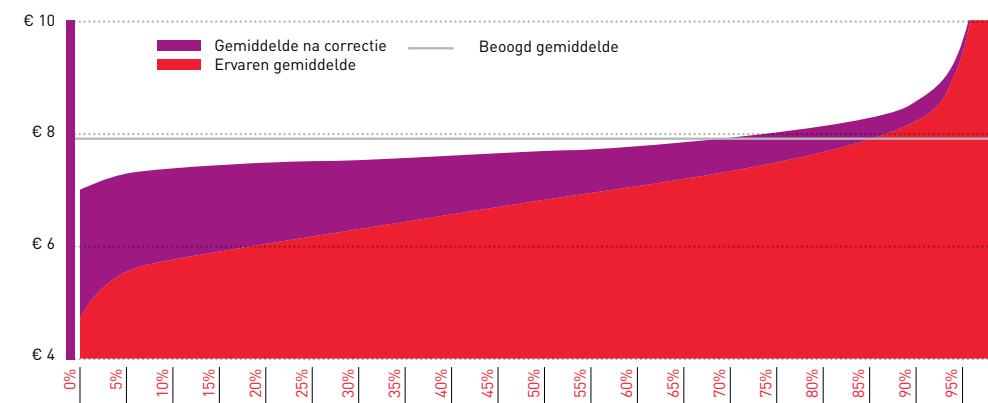
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Meeste apotheken onder gemiddelde

In de praktijk zullen de meeste apotheken het gemiddelde tarief van € 7,91 niet halen. Op basis van de verstrekkingen in de periode januari tot en met juni 2010 zal 82% van de apotheken een lager tarief ervaren. Het ervaren gemiddelde is de opbrengst van alle door de NZa onderscheiden prestaties tegen maximumtarieven gedeeld door het aantal WMG-verstrekkingen. Voor vergelijking met het door de NZa beoogde gemiddelde dient het totaal aantal verstrekkingen te worden teruggerekend naar het aantal volgens de oude tariefsystematiek. Als hiervoor wordt gecorrigeerd zal 63% van de apotheken op een lager dan gemiddeld tarief uitkomen¹.

Bovendien zijn de verschillen tussen apotheken groot. Aan de ene kant komt 1 op de 10 apotheken uit op een tarief dat zo'n 6,4 tot 10,2% lager ligt dan het beoogde gemiddelde, terwijl aan de andere kant van het spectrum een tarief zal worden gehaald dat minstens 8,1% hoger dan gemiddeld is. Vooral bij poliklinische apotheken en dienstapotheken kan dit oplopen tot een tarief dat een factor 1,4 tot 2,8 hoger ligt dan het beoogde gemiddelde. De grote onderlinge verschillen roepen daarmee de vraag op of de tariefstructuur recht doet aan de verschillen in praktijkkosten.

3.3 Percentage openbare apotheken met verwacht gemiddeld tarief op basis van WMG-verstrekkingen over de periode januari tot en met juni 2010



63% van de apotheken zal het door de NZa vastgestelde maximumtarief niet halen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

¹ In de berekeningen heeft de SFK aanvullende afspraken over een verhoogde receptregelvergoeding buiten beschouwing gelaten.

3.4 Praktijkkostenvergoeding

Tarief niet kostendekkend

Volgens apothekersorganisatie KNMP is het nieuwe verhoogde tarief per 1 januari 2010 nog steeds niet kostendekkend voor de praktijkkosten van een openbare apotheek. Reden hiervoor is dat de NZa in haar berekeningen geen rekening houdt met de diverse voorkomende apotheekvormen en kosten uitsluit die zij toerekent aan het ondernemersrisico van zelfstandige apotheekeigenaren.

Het maximumtarief is gebaseerd op de praktijkkostenvergoeding van een door de NZa gedefinieerde standaardapotheek. De NZa heeft deze praktijkkostenvergoeding per 1 januari 2010 bijgesteld van € 597.693 naar € 668.527 om de verminderde inkomsten van apotheken onder meer als gevolg van het door zorgverzekeraars gevoerde preferentiebeleid op te vangen.

Hierbij gaat de NZa uit van een zogenaamde jaarlijkse productie van 84.904 eenheden. Een eenheid is een door de NZa gehanteerde kunstgreep om de productie van de rekenapotheek te laten corresponderen met het aantal WMG-verstrekkingen dat van toepassing zou zijn geweest bij de oude tariefsystematiek die gold tot 1 juli 2008. In de praktijkkosten is het norminkomen voor de apotheker van € 108.064 begrepen. Op aanwijzing van de minister van VWS heeft de NZa het inkomensdeel binnen de tarieven van vrije beroepsbeoefenaren in de zorg als bezuinigingsmaatregel niet geïndexeerd, zodat dit norminkomen even hoog is als in 2009.

Het norminkomen omvat naast het bruto jaarsalaris ook zaken als sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage. Het bruto jaarsalaris voor

de apotheker is bijna € 80.000, hetgeen correspondeert met een bruto maandsalaris van € 6150.

Maximumtarief voor de apotheek niet kostendekkend

Het maximumapotheeftarief is ondanks de verhoging per 1 januari 2010 nog altijd niet kostendekkend. Apothekersorganisatie KNMP vindt de NZa-berekeningen die ten grondslag liggen aan de hoogte van de apotheekpraktijkkosten en de vergoeding niet volledig. Zo baseert de NZa haar berekening bijvoorbeeld niet op de kosten van alle voorkomende apotheekvormen zoals poliklinische apotheken en ketenapotheken. Verder houdt de NZa bij de tariefberekening 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) en investeringen in eigendomspanden die al enige jaren in bezit zijn.

Tenslotte bekritiseert de KNMP de toerekening van praktijkkosten van de NZa aan het verstrekken van niet-geneesmiddelen. In de benadering van de NZa zijn er met het verstrekken van

3.4 Opbouw maximumtarief apotheek per 1 januari 2010*

	PRAKTIJKKOSTENVERGOEDING	RECEPTREGELVERGOEDING
Personeelskosten	348.064	4,1
Huisvestingskosten	66.563	0,78
Algemene kosten	87.017	1,02
ICT kosten	26.254	0,31
Financiële kosten	21.191	0,25
Auto- en bezorgkosten	11.374	0,13
Brutojaarsalaris apotheker	80.000	0,94
Aanvullende inkomensvergoeding	28.064	0,33
Totale vergoeding	668.527	7,87
Nacalculatie tarief 2009		0,04
Gewogen gemiddelde vergoeding		7,91

Het norminkomen omvat naast het bruto jaarsalaris van € 80.000 ook aanvullende inkomensvergoedingen zoals sociale lasten, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenbijdrage.

*) Indicatieve raming op basis van NZa-gegevens

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

een generiek geneesmiddel dat als gevolg van de prijsdalingen door het preferentiebeleid nog maar € 2,00 kost (ongeveer 10% van de oorspronkelijke prijs) evenveel praktijkkosten gemoeid als het afleveren van een zakje drop van € 2,00. De NZa stelt als maatstaf dat apotheken gemiddeld ruim € 85.000 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 liggen de inkomsten van de doorsnee-apotheek bij deze producten zo'n € 20.000 lager, met name omdat de grote verzekeraars de afgelopen jaren de vergoedingsprijzen voor medische hulpmiddelen fors hebben verlaagd.

3.5 Gevolgen NZA-onderzoeken

Rechtzaken over tariefvaststelling NZa

In 2007 werd de aftrap gegeven voor naar wat zou blijken te zijn een eindeloze reeks boekenonderzoeken van de NZa naar de hoogte van de praktijkkosten en de hoogte van de inkoopvoordelen van apotheekhoudenden. Deze onderzoeken zouden een basis moeten vormen voor een reële kostenvergoeding via het apotheektarief.

Dwars hier doorheen liep het preferentiebeleid dat enkele grote zorgverzekeraars hadden ingezet vanaf mei 2008, met als gevolg het in rap tempo verdwijnen van de inkoopvoordelen op grote groepen generieke hardlopers. De door de NZa uitgevoerde onderzoeken liepen telkens een aantal passen achter op de situatie van het moment. Hierdoor moest de farmaceutische branche het hebben van extrapolaties op basis van een historische stand van zaken en aannames om te komen tot een actuele inschatting van de hoogte van de praktijkkosten en inkomsten van apotheekhoudenden. De door de NZa per 2009 vastgestelde tarief-aanpassing op basis van bovengenoemde boekenonderzoeken vond de KNMP dan ook ontoereikend. De KNMP maakte de zaak aanhangig bij de CBB-rechter. Bij de rechter kondigde de NZa aan dat zij in 2009 andermaal grootschalig boekenonderzoek bij apotheken zou 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.

Op 24 juni 2010 diende de bodemprocedure over het door de NZa vastgestelde tarief 2009 die de KNMP had aangespannen bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB).

Kern van het geschil is de zogenoemde onzekerheidsmarge - vroeger ten onrechte door het de NZa aangeduid als overwinst - waarvan de NZa zegt dat deze met het tarief 2009 nog steeds van kracht is bij de gemiddelde apotheek.

De KNMP stelt zich op het standpunt dat het tarief dat de NZa heeft vastgesteld voor apothekers voor 2009 niet kostendekkend is, leidt tot een verliesgevende exploitatie en er dus geen sprake is van een onzekerheidsmarge.

Op het moment van schrijven is de rechterlijke uitspraak in deze nog niet bekend.

3.6 Contracten

Beperkt aantal afspraken hogere tarieven

Om tot een meer kostendekkend tarief te komen, biedt de NZa apothekers en zorgverzekeraars de mogelijkheid om schriftelijk hierover aanvullende afspraken te maken. Enkele verzekeraars boden boven op de financiële afspraken onder voorwaarden vergoeding voor kwaliteitstrajecten door apothekers.

Sinds 1 januari 2009 hebben verzekeraars de mogelijkheid om met apothekers tarieven te onderhandelen die liggen op of tussen het door de NZa vastgestelde maximale tarief en het maximaal verhoogde tarief. Ook de hoogte van de claw back is onderhandelbaar. Om in aanmerking te komen voor een hoger tarief is het noodzakelijk dat hieraan een schriftelijke overeenkomst ten grondslag ligt. Daarin zijn veelal kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken gemaakt, maar er kunnen ook eisen opgenomen staan over bijvoorbeeld het maken van reclame voor de verzekeraar. Op 1 april 2009 waren bij de NZa 26 contracten bekend waarin dergelijke afspraken gemaakt waren. Eind 2009 kwamen verzekeraars met meer generieke contracten waarin apothekers een hoger tarief kregen wanneer ze aan aanvullende voorwaarden voldeden. In hoeverre sprake daarbij sprake was van daadwerkelijke onderhandelingen was eind 2009 veelvuldig onderwerp van discussie. Diverse apothekers ervoeren de onderhandelingen als een eenzijdige keuze de geboden standaard contracten wel of niet te tekenen. De NZa stelt in haar 'Monitor Extramurale Farmacie 2010' dat per 1 april 2010 ongeveer 350 tot 400 apotheken dergelijke aanvullende afspraken gemaakt hebben.

Achmea/Agis pakjesprijs

Het grootste verzekeraarsconcern, Achmea/Agis, kwam eind 2009 met een nieuw contract waarin apothekers een hoger tarief mochten declareren (gangbaar is 3,67% boven op het door de NZa vastgestelde maximumtarief). Dit 'Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers' (IDEA-contract) staat ook bekend als het 'pakjesprijscontract'. Dit komt doordat apothekers één vaste prijs per 'pakje' krijgen van € 0,08 per DDD, ongeacht de werkelijke inkoopprijs van het geneesmiddel. De claw back is hierbij niet van toepassing. De consequenties voor de individuele apotheken zijn moeilijk te overzien. Externe factoren als het voorschrijfgedrag van artsen en de verandering van de patiëntenpopulatie zijn niet of nauwelijks te beïnvloeden, terwijl deze een enorme invloed kunnen hebben op de financiële resultaten van dit contract. Deze externe risico's verschuiven met dit contract van de verzekeraar naar de apotheek. De apotheker heeft zelf beperkte middelen om de risico's te beïnvloeden. Al met al is het maken van een reële financiële prognose voor een apotheker hierdoor uiterst lastig. Wat apothekers aanspreekt in het contract is de keuzevrijheid bij het bepalen van welk (merk) geneesmiddel zij

uiteindelijk aan de patiënt verstrekken. Wanneer niet gekozen werd voor het IDEA contract, bood Achmea de mogelijkheid een uitgebreid preferentiecontract te tekenen, waarin deze keuzevrijheid juist volledig beperkt werd. Volgens de NZa-monitor Extramurale farmacie 2010 heeft ruim driekwart van de apotheekhoudenden met een basisovereenkomst bij Achmea/Agis voor het IDEA contract gekozen ten faveure van het uitgebreide preferentiebeleid.

Bovenop het standaard contract (IDEA of preferentie) konden sommige apothekers een intensieve contractuele relatie aangaan met Achmea/Agis, waardoor ze een hoger tarief mogen declareren. Standaard werd hierbij 4% extra aangeboden. Aan het afsluiten van een intensief contract zijn aanvullende voorwaarden verbonden, zoals bijvoorbeeld HKZ-certificering en het voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen ten aanzien van medicatieveiligheid of therapietrouw.

Voor 2010 is ook Zorg en Zekerheid een dergelijk intensief traject gestart, de zogeheten module TopZZorg, waarmee de apotheker een toeslag kan krijgen van € 0,55 per receptregel. De kern van de projecten in de module betreft het vergroten van medicatietrouw en medicatieveiligheid van patiënten.

Het UVIT couvertmodel

Verzekeraarscombinatie UVIT heeft gekozen voor een uitbreiding van het preferentiebeleid en laat in vergelijking met 2008/2009 in 2010 de laagste prijsafspraken vallen. UVIT verzoekt leveranciers van geneesmiddelen om onder de tafel een aanbod te doen voor alle verzekeren van UVIT. De leverancier met de beste voorwaarden (c.q. laagste prijs) is door UVIT aangewezen als preferente leverancier. Hoewel UVIT aangeeft de zo verkregen kortingen aan de patiënt door te geven door voor preferente

middelen geen eigen risico in rekening te brengen, is het oncontroleerbaar in welke mate dat gebeurt. De transparantie in de markt neemt door het onder couvert aanbesteden immers af.

Menzis en CZ

Verzekeraars Menzis en CZ bieden over het algemeen contracten aan waarin sprake is van een uitgebreid (prijs)preferentiebeleid. Hierin wordt slechts het goedkoopste middel vergoed, met bij CZ een bandbreedte van maximaal plus 5%. CZ wil daarbij apothekers en huisartsen extra belonen middels de Module Optimaal Geneesmiddelgebruik (MOG). Hierdoor verwacht CZ dat het voorschrijf- en aflevergedrag beter met de professionele richtlijnen in overeenstemming komt. Menzis beloont apothekers in 2011 extra met een bedrag van € 0,10 per basisprestatie wanneer de apotheek bij de kwaliteitsindicatoren van de KNMP over 2010 of indien niet uitgevoerd 2009 in 90% van de items boven het landelijk gemiddelde scoort.

In het algemeen proberen verzekeraars op verschillende manieren om (financiële) doelmatigheid te bevorderen. In veel contracten wordt gesproken over het handhaven of verbeteren van substitutiegraden, waar soms financiële consequenties aan verbonden zijn. Hiermee wordt bedoeld dat apothekers zich moeten inzetten om waar mogelijk de goedkoopste varianten van geneesmiddelen te verstrekken wanneer verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof beschikbaar zijn.

.....
Opvallend is verder dat een aantal grote zorgverzekeraarcombinaties niet verder kijkt dan het inperken van de farmaciekosten en geen actief beleid met apothekers voert op het gebied van stimulering van verdere kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg.
.....

3.7 Personeel en werkdruk

Verwerkingsgraad verder gestegen

De verwerkingsgraad is in 2009 opgelopen tot 18.700 voorschriften per fulltime assistent. Hoewel een doorsnee apotheek evenveel assistenten inzet als een gemiddelde apotheek, heeft de doorsnee apotheek wel een lager dan gemiddelde tariefopbrengst.

De verwerkingsgraad, het aantal voorschriften dat een fulltime apothekersassistent op jaarbasis verwerkt, geeft een indruk van de productiviteit van de apotheek. Ook zegt het iets over hoe het personeelbestand zich verhoudt tot de werkdruk in de apotheek. Echter, bij de wijze waarop de werkdruk wordt ervaren, spelen diverse andere factoren een rol. Het gaat hierbij om de mate waarin apothekers elektronisch voorbereide recepten van voorschrijvers ontvangen, de wijze waarop avond- en weekenddiensten zijn georganiseerd, het al dan niet voorhanden zijn van robotisering in de apotheek, de mate waarin apotheekbereidingen plaatsvinden, de mate waarin andere apotheekmedewerkers dan apothekersassistenten worden ingezet in de apotheek en het feit dat verzekeraars de uitvoering van steeds meer uiteenlopende verzekeringsregelingen - zoals het preferentiebeleid - afwentelen op de apotheekpraktijk. Doordat deze factoren de afgelopen jaren van steeds grotere invloed zijn geworden op de verwerkingsgraad zoals de SFK deze bepaalt, is deze steeds minder geschikt als objectieve maat voor de werkdruk.

Oude rekenstijl

Sinds jaren stelt de SFK de verwerkingsgraad vast door uit te gaan van de verstrekte WMG-

en Buiten-WMG-geneesmiddelen ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar. Medische hulpmiddelen zoals diabetestestmaterialen, incontinentiematerialen en verbandmiddelen, alsmede niet-geneesmiddelen worden niet meegeteld bij de vaststelling van de verwerkingsgraad. Na invoering van de nieuwe tariefstructuur per 1 juli 2008 mogen uitgaven via een weekdoseersysteem iedere week in rekening worden gebracht in plaats van 2-, 3- of 4-wekelijks zoals voorheen gebruikelijk was. Hierdoor ligt het totaal aantal verstrekkingen na juli 2008 aanzienlijk hoger dan in eerdere jaren en bemoeilijkt dit een goede vergelijking met voorgaande periodes.

In 2009 bedroeg de gemiddelde verwerkingsgraad 18.700 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Om de vergelijking met voorgaande jaren te maken, kan worden gecorrigeerd voor het frequenter declareren van weekafleveringen. In dat geval zou de verwerkingsgraad het afgelopen jaar zijn uitgekomen op zo'n 16.000 voorschriften. De oplopende verwerkingsgraad is mede het gevolg van het feit dat apotheken noodgedwongen hebben moeten bezuinigen op de personeelskosten vanwege het niet-toereikende apotheektarief. Naar de mening van de KNMP heeft de hoog-

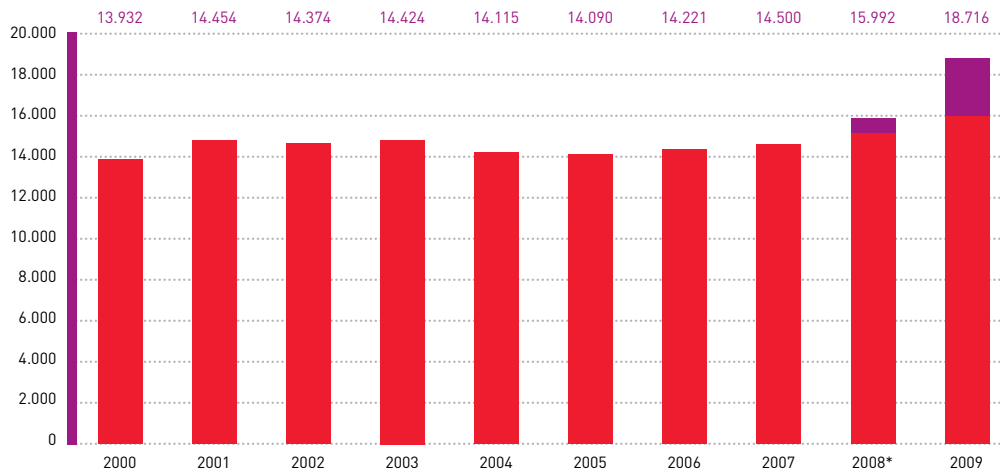
oplopende werkdruk in de apotheek negatieve consequenties voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Doorsnee apotheek

Om beter recht te doen aan de verschillen in soorten openbare apotheken en de invloed die dit kan hebben op de hoogte van de verwerkingsgraad, heeft de SFK op basis van afgeleverde receptregels (WMG) bepaald wat het profiel is van een doorsnee (mediaan) apotheek in 2009. Het profiel wordt hierbij uitgedrukt als percentage basisuitgiften versus weekuitgiften en het aandeel onderscheiden prestaties binnen alle verstrekte WMG-voor-

schriften. Op basis van deze kenmerken zag de doorsnee-apotheek er in 2009 als volgt uit: 77% standaarduitgifte versus 23% weekuitgifte; 19% eerste uitgifte, 0,1% ANZ-recept, 2% reguliere bereiding en 0,1% bijzondere bereiding. Waar doorsnee apotheken ervaren dat zij aan de inkomsten uit de tarieven tekort komen op het gemiddelde tarief per verstrekking waar de NZa vanuit gaat, geldt voor de verwerkingsgraad een dergelijk fenomeen niet. Op basis van een selectie van apotheken die globaal voldoen aan het profiel van de doorsnee apotheek blijkt de verwerkingsgraad niet significant af te wijken van de gemiddelde verwerkingsgraad over alle apotheken.

3.5 Ontwikkeling verwerkingsgraad in de openbare apotheek



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

Vaker declareren van weekafleveringen is van invloed op de verwerkingsgraad 2009.

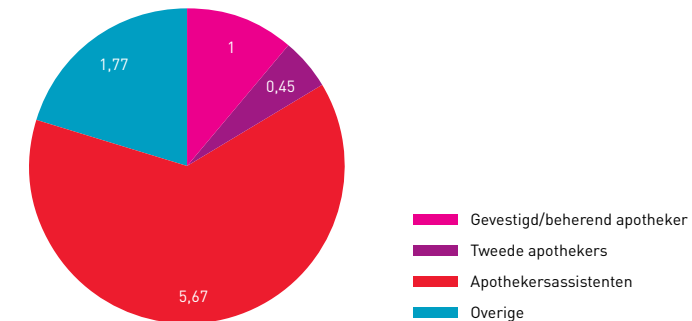
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Personeel

Op 1 januari 2010 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA) 16.548 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek. Ten opzichte van het voorgaande jaar betreft dit een stijging van 236 personen (+1,4%). 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). De gemiddelde werkweek kwam het afgelopen jaar uit op 24,4 uur en ligt hiermee een stuk lager dan in 2008 (-4%). Het aantal ondersteunende medewerkers in openbare apotheken is toegenomen van 6.436 tot 6.657 personen (+3,4%). Ook hierbij gaat het in veruit de meeste gevallen (76%) om vrouwen. Ook ondersteunende medewerkers werken overwegend parttime. Gemiddeld werken zij 19 uur per week.

3.6 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2009 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.8 Arbeidsmarkt apothekers

Minder werkgelegenheid openbaar apothekers

Net als in 2008 komen er ook in 2009 meer afgestudeerde apothekers van de opleidingen af dan in voorgaande jaren. De toename van het aantal nieuwe apothekers zet naar verwachting ook de komende jaren door, gezien de populariteit van de opleiding farmacie. Toch verlaten naar verhouding veel apothekers de openbare farmacie en zijn er in 2009 minder apothekers werkzaam dan voorheen.

Sinds 2002 mag de studie farmacie en farmaceutische wetenschappen zich verheugen in een grote mate van belangstelling. Het aantal eerstejaarsstudenten aan de farmaceutische opleidingen in Utrecht (228), Groningen (164) en Leiden (102) lag eind 2009 weliswaar iets onder het niveau van 2008, maar was met 494 ingeschrevenen wederom historisch hoog te noemen.

Ingeschreven studenten

Op basis van opgave van de universiteiten stonden aan het begin van 2010 2.439 studenten aan de drie farmaceutische opleidingen in Nederland ingeschreven. Dit zijn 43 studenten minder dan een jaar daarvoor. Het aantal studenten farmaceutische wetenschappen in Utrecht is in 2009 afgenomen van 1.393 tot 1.318 personen, een daling van 5%. In Groningen nam het aantal studenten aan de farmaceutische opleiding af van 841 tot 796 ingeschrevenen, eveneens een daling van 5%. Alleen het aantal studenten dat de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen in Leiden volgt, is aanzienlijk gegroeid. In totaal volgden 325 personen deze studie, 77 studenten meer

dan een jaar eerder (+30%). Overigens leidt deze opleiding niet op tot apotheker, maar tot wetenschappelijk onderzoeker op het terrein van geneesmiddelen.

Man-vrouw verhouding

Reeds enkele jaren studeren meer vrouwen dan mannen farmacie. In 2009 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 farmaciestudenten 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 2009 afgenomen tot 57%.

Populariteit studie farmacie werpt vruchten af

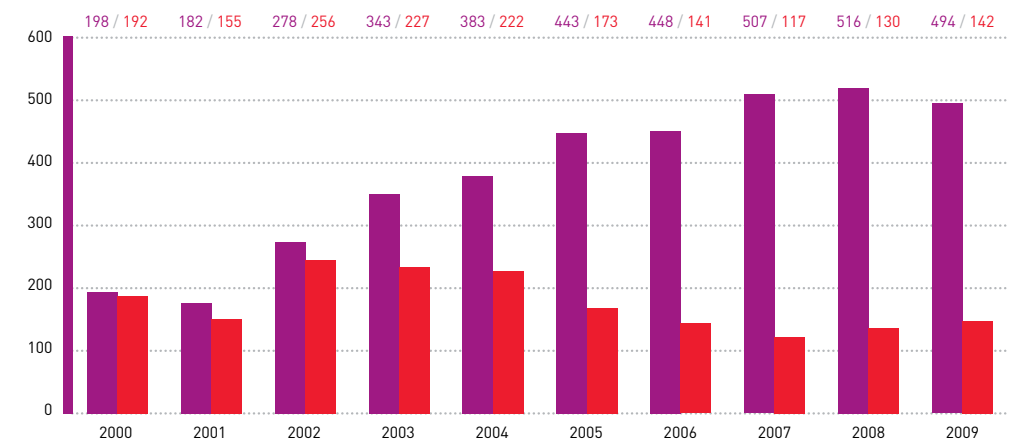
Het aantal personen dat de farmaceutische faculteiten in Utrecht en Groningen met een apothekersdiploma verlaat, is vanaf 2008 aan het stijgen. In dat jaar studeerden 130 apothekers af aan deze opleidingsplaatsen. In 2009 is het aantal afgestudeerden verder gestegen tot

142 apothekers. 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 2003 begonnen, een jaar waarin de interesse in de farmacieopleiding in de lift zat, gezien de toenemende aantallen eerstejaarsstudenten. Vanwege de sindsdien alsmaar stijgende populariteit van de studie, is te verwachten dat de instroom van apothekers op de arbeidsmarkt ook de komende jaren verder zal aantrekken.

Arbeidsmarkt krimpt

Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% (99 personen) voor de openbare farmacie. In 2009 bedroeg het aantal werkzame behorende en tweede apothekers 2.877, 35 personen minder dan in 2008 (-1,2%). Dit betekent dat het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar is afgenomen. Gelet op de instroom van recent afgestudeerde apothekers betekent dit dat het afgelopen jaar 134 openbare apothekers het actieve vak verlieten. Hiermee ligt de uitstroom ruimschoots boven het niveau van eerdere jaren.

3.7 Aantallen eerstejaarsstudenten farmacie en afgestudeerde apothekers (periode 2000-2009)



Het toegenomen aantal eerstejaarsstudenten sinds 2002 heeft geleid tot een toename in het aantal afgestudeerde apothekers vanaf 2008 die naar verwachting de komende jaren zal voortduren. In 2009 is voor het eerst sinds 2001 het aantal eerstejaarsstudenten afgenomen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het is voor het eerst sinds jaren dat er minder werkzame (tweede) apothekers zijn. In voorgaande jaren groeide het totaal aantal apothekers met gemiddeld 1,8% per jaar. Tegenover de daling in werkzame apothekers staat een toenemende zorgvraag. De vraag naar extramurale farmaceutische zorg, uitgedrukt in verstrekte DDD's, neemt gestaag toe. Het afgelopen jaar bedroeg de stijging van het

geneesmiddelgebruik in DDD's 2,7%. Hiermee stijgt de zorgvraag harder dan de vergrijzing (0,4%) en het aantal openbare apotheekvestigingen (1,4%). De KNMP is van mening dat er vanwege de toenemende zorgvraag een tekort aan openbaar apothekers is. Het feit dat het aantal werkzame openbaar apothekers in 2009 gedaald is, ondanks een forse instroom van pas afgestudeerde apothekers, baart zorgen.

3.8 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	2005	2006	2007	2008	2009
Apotheken	1784	1825	1893	1948	1976
Apothekers	2789	2825	2871	2912	2877
Apothekersassistenten	15096	15427	16027	16312	16548
Overige	5162	5457	5809	6436	6657

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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.9 Kwaliteitsindicatoren

Metten is weten?

De door IGZ en KNMP ontwikkelde kwaliteitsindicatoren voor apotheken stonden in 2009 niet alleen aan het begin van een meerjarenproject om de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening inzichtelijk te maken, maar worden ook steeds meer gebruikt door zorgverzekeraars voor het beoordelen van de prestaties van apotheken gekoppeld aan een verhoogd tarief.

Het jaar 2009 stond voor apotheken in het teken van indicatoren die dienden om een beeld te geven van de kwaliteit van de farmaceutisch-inhoudelijke dienstverlening van de apotheek in samenhang met het voorschrijven door artsen.

IGZ / KNMP Kwaliteitsindicatoren apotheken

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2009 voor het eerst apotheken gevraagd om de resultaten van de geleverde farmacotherapeutische zorg zichtbaar te maken door middel van 42 indicatoren. Deze indicatoren zijn door IGZ, KNMP/WINAP en SIR gezamenlijk ontwikkeld als de eerste Basisset Kwaliteitsindicatoren apotheken. De gegevens in deze Basisset hadden betrekking op het kalenderjaar 2008. Ook in 2010 hebben apotheekhoudenden gelijksoortige informatie moet opgeven over het kalenderjaar 2009. De SFK ondersteunde apothekers hierbij door middel van de webrapportage KISS, waarin de gevraagde gegevens voor 24 van de 42 indicatoren voor medicatieveiligheid en farmacotherapie zoveel mogelijk kant-en-klaar zijn gepresenteerd. Om te kunnen sturen op verbetering van hun resultaten, heeft de SFK

deze webrapportage in het voorjaar van 2010 uitgebreid met searches voor het opsporen van patiënten die niet optimaal worden behandeld en waarop de indicatoren zijn gebaseerd.

Zorgverzekeraars

Ook zorgverzekeraars baseren zich steeds meer op indicatoren om te kijken of apotheken in aanmerking komen voor een extra vergoeding. Zo gebruikte zorgverzekeraar Achmea/Agis mede een tweetal IGZ / KNMP kwaliteitsindicatoren over 2009 om te beoordelen of apotheken in aanmerking komen voor een intensieve contractuele relatie, waardoor ze een hoger tarief mogen declareren (zie ook paragraaf 3.6). Als zorgverzekeraars met apothekers om tafel gaan zitten om te komen tot kwaliteitsafspraken in de farmaceutische dienstverlening, is de verwachting dat meer verzekeraars indicatoren zullen opnemen in aanvullende contracten om deze afspraken te beoordelen. Hoewel de indicatoren niet zijn opgezet als basis voor financiële contracteringsdoeleinden, wijst de praktijk uit dat zorgverzekeraars hierover toch meer en meer afspraken maken met apothekers. In 2010 hanteert zorgverzekeraar Menzis een deel van de kwaliteitsindicatoren van IGZ / KNMP in de

beoordeling van apotheken die in aanmerking kunnen komen voor een verhoogd tarief. Bij het beoordelen of apotheken in aanmerking komen voor een additionele vergoeding wordt door zorgverzekeraars een norm gesteld waarboven deze vergoeding van toepassing is. Bij het vaststellen van deze normen is de SFK niet betrokken.

(Schijn)nauwkeurigheid

Een aantal aspecten van de ontwikkelde indicatoren maakt dat deze in meerdere of mindere mate geschikt zijn voor meet- en evalueerafspraken. Zo speelt de grootte van de patiëntenaantallen waarop de indicator is gebaseerd een grote rol bij de vraag in hoeverre een indicator geschikt en stabiel genoeg is om als meetmaatstaf te hanteren. Bij een indicator met een kleine basisselectie kunnen een of enkele patiënten meer of minder net het verschil maken of een apotheek een afspraak haalt of niet. Uitgangspunt bij de opzet van de IGZ / KNMP Kwaliteitsindicatoren was een beeld geven van de kwaliteit van de farmacothera-

peutische zorg van een apotheek in kwestie. In dat kader dient de grootte van de onderliggende patiëntenaantallen meer om een indruk te geven van omvang van het vóórkomen van specifieke aandachtspunten bij de apotheek, zonder dat er financiële afspraken aan gekoppeld zijn. Een ander aspect is dat de indicatoren worden bepaald per apotheek; patiënten worden in hun geneesmiddelengebruik niet over apotheken heen gevolgd. Dit betekent dat een patiënt die in een andere dan de eigen apotheek een geneesmiddel ophaalt, bijvoorbeeld een NSAID (pijnstillers), terwijl hij al een maagbeschermer gebruikt via zijn eigen apotheek, ten onrechte wordt aangemerkt als een patiënt met NSAID zonder maagbescherming. In voorkomende gevallen kunnen deze patiënten worden ondervangen via aanvullende patiëntinformatie in het apotheekinformatiesysteem. Bij meet- en evalueerafspraken wordt echter geen rekening gehouden met individuele gevallen of uitzonderingen

3.8 Indicatoren uit de Kwaliteitsindicatoren Apotheken, Basisset 2009 in KISS

NR.	OMSCHRIJVING INDICATOR
4	Percentage gebruikers bloedglucoseverlagende middelen met een vastgelegde contra-indicatie diabetes
5	Percentage patiënten >55 jaar met vastgelegde contra-indicatie hartfalen
6	Percentage patiënten met NSAID's bij gebruik lisdiuretica en RAS-remmers
7	Percentage gebruikers van COX-2 selectieve remmers met vermoedelijke cardiovasculaire aandoeningen
9	Percentage patiënten met vastgelegde intolerantie penicilline.
12a	Aantal gebruikers van coumarinen in combinatie met co-trimoxazol
12b	Aantal gebruikers van coumarinen in combinatie met miconazol (oraal of vaginaal)
16	Aantal geregistreerde intern geconstateerde fouten
18a	Percentage patiënten met een eerste uitgifte inhalatiemedicatie aan wie inhalatie-instructie is gegeven
18b	Percentage patiënten inhalatiecorticosteroiden met antimycotica
19	Percentage patiënten dat bij een eerste uitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over beïnvloeding reactievermogen en rijvaardigheid
20	Percentage patiënten dat bij een vervolgitgifte benzodiazepinen is voorgelicht over het risico van afhankelijkheid
21	Percentage chronische gebruikers van benzodiazepinen (>65 jaar)
22a	Percentage patiënten dat bij eerste uitgifte van antidepressiva is voorgelicht over niet direct intreden effect
22b	Percentage stoppers binnen 6 maanden (voor eerste uitgiftes in de eerste helft van het meetjaar)
27	Percentage klachten van patiënten
28	Aantal bij LAREB gemelde bijwerkingen van patiënten
36	Percentage patiënten >70 jaar dat klassieke NSAID's met gastroprotectie gebruikt
37	Percentage patiënten dat gelijktijdig nitraat en antithromboticum gebruikt
38	Percentage gebruikers sterke opioïden met tevens laxantia
39	Percentage patiënten met overmatig gebruik bronchusverwijders en inhalatiecorticosteroiden
40	Percentage patiënten met een eerste uitgifte van orale bloedglucoseverlagende middelen en keuze voor metformine
41	Percentage chronische gebruikers langwerkende hypnotica
42	Percentage afleveringen van derde-generatie-chinolonen

Naast bovengenoemde indicatoren omvat de SFK webrapportage KISS ook searches voor het opsporen van patiënten die niet optimaal worden behandeld.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Kerncijfers 2009

farmaceutische hulp

Kerncijfers farmaceutische hulp binnen het wettelijk verzekerde pakket in 2009

	NEDERLAND	GEMIDDELD PER APOTHEEK	GEMIDDELD PER PERSOON
Omzet farmaceutische hulp	€ 4.789 miljoen	€ 2.441.000	€ 315
waarvan GVS-bijdragen	€ 47 miljoen	€ 24.000	€ 3
Geneesmiddelenkosten	€ 3.681 miljoen	€ 1.877.000	€ 242
WMG-geneesmiddelen	€ 3.589 miljoen	€ 1.830.000	€ 236
Buiten-WMG-geneesmiddelen	€ 92 miljoen	€ 47.000	€ 6
Apotheekvergoeding	€ 1.108 miljoen	€ 564.000	€ 73
Receptregelvergoeding	€ 1.073 miljoen	€ 546.000	€ 71
Marge Buiten-WMG*	€ 35 miljoen	€ 18.000	€ 2
Voorschriften	178 miljoen	90.500	11,7
WMG-geneesmiddelen	170 miljoen	86.300	11,2
Buiten-WMG geneesmiddelen	8 miljoen	4.200	0,5
Patiënten	15 miljoen	7.800	-

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





Colofon

Data en feiten 2010 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, september 2010.

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens
drs. ing. J.S. Lukaart
R.J. van der Vaart

Ontwerp & druk

Basement Graphics, Den Haag

Redactieadres

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