



Data en feiten 2012

Het jaar 2011 in cijfers

Stichting Farmaceutische Kengetallen

Inhoudsopgave

	Inleiding	5
	Data en feiten 2012 in vogelvlucht	9
	1 Nederland	15
	1.1 Uitgavenontwikkeling	15
	1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven	18
	1.3 Vergoeding apotheken	23
	1.4 Prijsontwikkeling geneesmiddelen	28
	1.5 Marktaandeelen productgroepen	32
	1.6 Geneesmiddelenvergoedingssysteem	35
	1.7 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief	37
	2 Geneesmiddelen	41
	2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen	41
	2.2 Geneesmiddelvoorschriften	44
	2.3 Geneesmiddelen bij cardiovasculair risicomanagement	46
	2.4 Diabetesmiddelen	49
	2.5 Luchtwegmiddelen	52
	2.6 Antidepressiva	55
	2.7 Antipsychotica	57
	2.8 Niet of voorwaardelijk 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 Personeel en werkdruk	70
	3.5 Arbeidsmarkt	73
	4 Kerncijfers 2011 farmaceutische hulp	77

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 95% van alle openbare apotheken in ons land aangesloten. De landelijke cijfers op basis van dit panel 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. 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. Grondige validatieroutines en beproefde statistische procedures waarborgen de hoge kwaliteit en representativiteit van de SFK-gegevens. De SFK beschikt hiermee over de omvangrijkste en meest actuele gegevensverzameling op dit gebied in Nederland.

De verzamelde gegevens dienen ter ondersteuning van de apotheekpraktijk en worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Periodiek publiceert de SFK de belangrijkste kengetallen en actualiteiten in deze jaaruitgave en in "Farmacie in cijfers", een vaste rubriek in het Pharmaceutisch Weekblad. Naast de beroepsvereniging van apothekers, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) maakt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) veelvuldig gebruik van de geneesmiddelengebruikscijfers.

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. Hierin is opgenomen dat de SFK nooit gegevens aan derden verstrekt die tot individuele apotheken herleidbaar zijn, tenzij de betreffende deelnemer daar nadrukkelijk schriftelijke toestemming voor geeft. Ten aanzien van het verstrekken van gegevens op landelijk of regionaal niveau, ziet een Raad van Toezicht bestaande uit apothekers die in een openbare apotheek werkzaam zijn, toe op de informatieverstrekking aan derden.

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 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.

Deelnemers

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 geneesmiddelengebruikscijfers voor hun praktijk opvragen als managementinformatie voor het eigen bedrijf of als spiegelinformatie voor het farmacotherapieoverleg met de artsen. Voor het monitoren van de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik en ter ondersteuning van praktijkprogramma's op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg en het FTO biedt de SFK, al dan niet tegen vergoeding, thematische rapportages aan die zijn toegesneden op de individuele apotheek dan wel op het specifieke FTO-overleg. Bij de samenstelling van deze maatwerkrapportages werkt de SFK onder meer samen met de KNMP en IVM (Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik).

Over deze uitgave

De cijfers die vermeld zijn in deze uitgave geven het landelijk geneesmiddelengebruik via openbare apotheken weer. Deze uitgave bevat geen gegevens over het gebruik van geneesmiddelen in ziekenhuizen of via apotheekhoudende huisartsen.

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. In de geneesmiddelenkosten zijn de eigen bijdragen door patiënten in het kader van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) inbegrepen.

De geneesmiddelenuitgaven betreffen het totaal van de geneesmiddelenkosten en de apotheekvergoeding, inclusief eigen bijdragen door patiënten in het kader van het GVS.

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

Data en feiten 2012

in vogelvlucht

Geneesmiddelenuitgaven nagenoeg gelijk gebleven

Voor de farmacie was het jaar 2011 evenals de drie voorgaande jaren een jaar met een gematigde uitgavengroei. Via de openbare apotheken is in het afgelopen jaar € 5.001 miljoen uitgegeven aan geneesmiddelen die binnen het wettelijk verzekerd pakket vallen. Dit is € 78 miljoen ofwel 1,6% meer dan in 2010. De beperking van de aanspraak op anti-conceptiva en prijsverlagingen bij generieke geneesmiddelen als gevolg van het steeds uitgebreidere preferentiebeleid van zorgverzekeraars zijn de belangrijkste oorzaken van de gematigde uitgavengroei. Het toenemend gebruik van dure geneesmiddelen droeg vooral bij aan de stijging van de uitgaven. Dure geneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen.

Omzet onder druk

Op basis van de door openbare apotheken gedeclareerde bedragen in de eerste helft van 2012 verwacht de SFK dat de uitgaven aan farmaceutische zorg met iets meer dan € 500 miljoen zullen dalen tot € 4.500 miljoen. Deze aanzienlijke daling wordt enerzijds veroorzaakt door de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget. Anderzijds zullen de door de zorgverzekeraars

aangeboden contracten onder het regime van vrije tarieven en vrije prijzen op beide terreinen tot een daling van de omzet leiden.

Prijsbeleid houdt aan

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 2012 ruim gehalveerd. Ondanks het per 1 januari 2012 geïntroduceerde systeem van vrije prijzen is de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) nog altijd van toepassing. De meest recente vaststelling van de maximumprijzen heeft in april 2012 geleid tot een daling van het prijspeil van receptgeneesmiddelen met 1,4%. Ondanks het feit dat het prijspeil in april is gedaald, biedt de WGP voor een aantal geneesmiddelen ook ruimte voor prijsverhogingen. Hiervan is door sommige fabrikanten gebruik gemaakt. Door de contractafspraken met apothekers laten sommige zorgverzekeraars deze prijsverhogingen geheel voor rekening komen van de apotheek. Doorgevoerde prijsverhogingen kunnen voor apotheken een omzetverlies opleveren dat kan oplopen tot meer dan € 10.000 op jaarbasis.

Apotheekvergoeding stagneert

Zonder de anticonceptiva mee te rekenen, nam het geneesmiddelengebruik in 2011 met 6,4% toe. Ondanks de stijging van het geneesmiddelengebruik en de daarmee gepaard gaande toename van werkzaamheden, stagneerde de vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken. De apothekervergoeding kwam in 2011 uit op een bedrag van € 1.281 miljoen. Dit is nauwelijks meer dan in 2010. De belangrijkste oorzaak voor de stagnatie, ondanks een toegenomen geneesmiddelengebruik, is de verlaging van de maximumtarieven voor het leveren van farmaceutische zorg van € 7,91 in 2010 tot € 7,50 in 2011. De tariefinkomsten moeten samen met de inkoopvoordelen (na aftrek van de claw back) en de marge-inkomsten uit de verkoop van hulpmiddelen, zelfzorggeneesmiddelen en handverkoop de dekking voor de praktijkkosten vormen. Apotheken vertonen onderling grote verschillen in gerealiseerde opbrengsten, afhankelijk van de samenstelling van de geleverde farmaceutische zorgprestaties. Vanaf januari 2012 geldt een nieuwe prestatiebekostiging in de farmacie met vrije prijzen voor prestaties door apothekhoudenden. Voor deze prestaties laten de door zorgverzekeraars aangeboden contracten voor een gemiddelde apotheek een tariefdaling zien van 4,4%. Dit komt voor de gemiddelde apotheek neer op een omzetverlies van ruim € 27.000.

Groei merkloze geneesmiddelen zet door

Evenals in voorgaande jaren leveren de Nederlandse apothekers steeds vaker een generiek geneesmiddel af. In 2011 betroffen 126 miljoen verstrekkingen een generiek middel, een stijging van 14%. Het aandeel generieke voorschriften nam hiermee toe

tot 63%. Ondanks de toename van het aantal generieke verstrekkingen, namen de geneesmiddelenuitgaven van deze groep met 4,4% af tot € 371 miljoen. Door patentverloop zal het generieke segment in 2012 verder groeien. Daarnaast heeft de overheid afspraken gemaakt met koepels van artsenverenigingen over doelmatiger voorschrijven om groei van het aandeel generieke geneesmiddelen te bevorderen.

Meer dure geneesmiddelen

De uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, zijn in de afgelopen jaren sterk gestegen. In 2011 nam de omzet van deze dure geneesmiddelen met € 107 miljoen toe tot € 1.114 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 en niet via de reguliere openbare apotheken. Twee geneesmiddelen die worden gerekend tot de unieke leveringen (de TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept) staan op de eerste twee plekken in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven. In 2012 zullen de uitgaven aan dure geneesmiddelen binnen de farmaceutische zorg sterk dalen vanwege de overheveling van de financiering van de TNF-alfaremmers en daaraan verwante geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. De minister heeft aangekondigd ook sommige oncolytica en groeihormonen met ingang van 2013 naar de ziekenhuisbekostiging over te hevelen.

Omeprazol meest verstrekte middel

Apothekers verstrekten in 2011 209 miljoen keer een geneesmiddel dat binnen het wettelijk verzekerde pakket valt. Met 7,3 miljoen afleveringen is maagzuurremmer omeprazol de nieuwe koploper in de top 10 van meest verstrekte geneesmiddelen. Het middel verdringt hiermee bètablokker metoprolol, die zes jaar de ranglijst heeft aangevoerd, naar de tweede positie. Vanwege de beperking van de vergoedingsaanspraken op anticonceptiva zijn deze middelen verdwenen uit de lijst van meest verstrekte geneesmiddelen uit het basispakket.

Uitgaven per geneesmiddelgroep

Aan de groep hartvaatmiddelen werd in 2011 met ruim € 840 miljoen het meeste geld uitgegeven. Op de tweede plek staat de groep oncolytica en immunomodulantia, waaraan bijna € 800 miljoen werd uitgegeven. In deze groep vallen ook de TNF-alfaremmers, die in 2011 de lijst met geneesmiddelen met de hoogste uitgaven aanvoerden. Op de derde positie staan de geneesmiddelen die het maag-darmkanaal en metabolisme beïnvloeden. De uitgaven aan deze geneesmiddelen namen toe tot bijna € 650 miljoen. Het meeste geld werd binnen deze groep uitgegeven aan anti-diabetica en maagzuurremmers. De vierde groep omvat middelen die hun werking uitoefenen op het centrale zenuwstelsel. Hieraan werd € 640 miljoen uitgegeven (+8%) en het gebruik nam met 6% toe. De laatste grote groep geneesmiddelen betreft luchtwegmedicatie. Apothekers verstrekten in 2011 17,8 miljoen keer een luchtwegmiddel (+4,3%). De bijbehorende uitgaven stegen met 4% naar ruim € 550 miljoen.

Hogere uitgaven buiten pakket

Ruwweg komen in Nederland niet-receptplichtige geneesmiddelen niet voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking, en receptplichtige geneesmiddelen wel. Hierop is een aantal uitzonderingen. Op de lijst met geneesmiddelen die de patiënt zelf moet betalen, nemen de anticonceptiva (€ 64 miljoen niet vergoed) en de slaap- en kalmeringsmiddelen (€ 50,7 miljoen niet vergoed) topposities in. In totaal verstrekten de openbare apotheken in 2011 voor meer dan € 150 miljoen aan receptgeneesmiddelen die niet voor vergoeding in aanmerking kwamen. Dit bedrag neemt de laatste jaren toe.

Nederlandse geneesmiddeluitgaven 14% onder West-Europees gemiddelde

In vergelijking met andere West-Europese landen wordt in Nederland weinig geld aan geneesmiddelen besteed. Minder dan 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen. De Nederlander consumeerde in 2010 voor € 347 aan geneesmiddelen (inclusief de levering van dure geneesmiddelen) en ligt hiermee 14% onder het West-Europees gemiddelde (€ 401). In de landen om Nederland heen, zoals België (€ 393), Duitsland (€ 487) en Frankrijk (€ 556), wordt gemiddeld 13 tot 60% meer uitgegeven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. De naar verhouding dure landen (Zwitserland en Frankrijk) kenden in 2010 een lagere uitgaventoename, terwijl het van oudsher goedkope Engeland een sterke groei liet zien. Dit heeft een nivellerend effect, waardoor de dure en goedkope West-Europese landen meer naar elkaar toe schuiven.

Lichte toename aantal apotheken

Op 1 januari 2012 telde Nederland 1.997 apotheekvestigingen, 17 meer dan het jaar daarvoor. Deze lichte stijging van het aantal apotheken blijft achter bij de toename van het geneesmiddelgebruik. De openbare apotheken verzorgen de geneesmiddelenvoorziening van ruim 92% van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts (doorgaans in plattelandsgebieden). De gemiddelde openbare apotheek heeft een patiëntenpopulatie van 7.700 personen. In 2011 leverde de gemiddelde apotheekpraktijk 105.000 keer een geneesmiddel op voorschrift van een arts voor een totaalbedrag van € 2.515.000. Dit is een beperkte toename van € 26.000, ofwel een stijging van 1%, ten opzichte van 2010. Het loslaten van de door NZa vastgestelde maximumtarieven zal in 2012 naar verwachting leiden tot een daling van de tariefinkomsten voor een gemiddelde apotheek.

Hogere verwerkingsgraad in apotheek

Op 1 januari 2012 waren er 16.458 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek, 255 meer dan in 2010. Ondanks de toename van het aantal assistenten is het totaal aantal contracturen in 2011 gelijk gebleven aan dat in 2010. De gemiddelde werkweek is het afgelopen jaar dan ook teruggelopen tot 24,1 uur. In totaal waren eind vorig jaar 26.587 personen werkzaam in een openbare apotheek, 598 meer dan in 2010. De groei van het landelijke geneesmiddelengebruik (+6,4%) is sterker is dan de groei van het werkzame apotheekpersoneel (+2,3%). De verwerkingsgraad, een indicator voor de productiviteit in de apotheek, is in 2011 gestegen tot 22.185 voorschriften.

Gemiddeld genomen zijn de inkomsten van openbare apotheken het afgelopen jaar niet toegenomen, wat voor veel apotheken personeelsuitbreiding onmogelijk maakt. Dit vertaalt zich ook in een hogere ervaren werkdruk in de apotheek, waardoor de farmaceutische patiëntenzorg steeds verder in de knel dreigt te komen.

Geen groei in arbeidsmarkt

In 2011 studeerden 199 personen af als apotheker. Vanwege een groeiende belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, met aantrekkelijke aantallen eerstejaarsstudenten farmacie, is het aantal afgestudeerden vanaf 2008 aan het toenemen. Van de afgestudeerde apothekers kiest ongeveer 70% (140 personen) voor de openbare farmacie. Per saldo is het aantal werkzame apothekers in de openbare farmacie het afgelopen jaar gelijk gebleven, omdat er op één na evenveel apothekers uitstroomden als instroomden. In ogenschouw nemende dat de behoefte aan farmaceutische zorg steeds verder stijgt, is het de vraag in hoeverre de huidige en toekomstige lichten apothekers hieraan voldoende tegenwicht kunnen bieden.



Nederland

1.1 Uitgavenontwikkeling

Geneesmiddelenuitgaven vrijwel gelijk

De uitgaven aan pakketgeneesmiddelen via openbare apotheken zijn in 2011 beperkt toegenomen tot € 5 miljard. Vooral de toename van het gebruik van dure geneesmiddelen droeg bij aan die stijging. De beperking van de aanspraak op anticonceptiva en prijsverlagingen hadden een tegengesteld effect.

De Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2011 voor € 5.001 miljoen aan geneesmiddelen die behoren tot het basispakket van de zorgverzekeringswet. Het uitgavenniveau ligt hiermee € 78 miljoen hoger dan in 2010. Dat komt overeen met een stijging van 1,6%. In het licht van de verwachte structurele uitgavenstijging voor de farmaceutische zorg en in vergelijking met toenamecijfers uit het verleden, is er voor het vierde opeenvolgende jaar sprake van een gematigde uitgavengroei. In de jaren 2008 tot en met 2011 bedroeg de jaarlijkse stijging gemiddeld 1,8%. In de periode 2004 tot en met 2007 was dat gemiddelde nog 6,0% en in de vier jaren daarvoor zelfs 8,7%. Ook in relatie tot de kostenontwikkeling in veel andere zorgsectoren kan van een zeer gematigde groei worden gesproken.

Dure middelen

De toename van de totale geneesmiddelen-uitgaven komt volledig op het conto van het

toenemende gebruik van dure geneesmiddelen. Zonder deze toename zouden de uitgaven zijn afgenomen. Onder dure geneesmiddelen verstaat de SFK geneesmiddelen waarvan de uitgaven per voorschrift meer dan € 500 bedragen. De totale uitgaven aan deze middelen namen met € 107 miljoen toe van € 1.007 miljoen in 2010 tot € 1.114 miljoen in 2011. Dit komt neer op een stijging van 10,6%. Deze uitgavengroei gaat in belangrijke mate aan de reguliere (wijk)apotheek voorbij. Veel fabrikanten kiezen ervoor om deze dure geneesmiddelen niet via het gebruikelijke groothandelskanaal aan te bieden, maar gaan met één landelijk werkende apotheek in zee. Het aandeel van de dure geneesmiddelen in de totale uitgaven is opgelopen van 10,0% in 2004 tot 22,3% in 2011. In 2012 zullen de uitgaven aan dure geneesmiddelen, en daarmee ook het aandeel daarvan in de totale uitgaven, binnen de farmaceutische zorg sterk dalen. Met ingang van 1 januari van dit jaar

is de financiering van de TNF-alfaremmers en daaraan verwante geneesmiddelen door de minister van VWS overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. In 2011 kwamen de uitgaven aan deze geneesmiddelen, die zonder uitzondering tot de dure geneesmiddelen behoren, uit op € 373 miljoen.

Anticonceptiva

Met ingang van 2011 is de aanspraak op anticonceptiva voor vrouwen van 21 jaar en ouder beperkt. Deze middelen komen voor deze vrouwen nog slechts in aanmerking voor vergoeding bij twee specifieke indicaties, waarbij anticonceptie niet het doel is. Hierdoor kwamen de uitgaven aan de voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komende anticonceptiva in 2011 uit op € 10 miljoen. Dit is € 66 miljoen minder dan het jaar daarvoor.

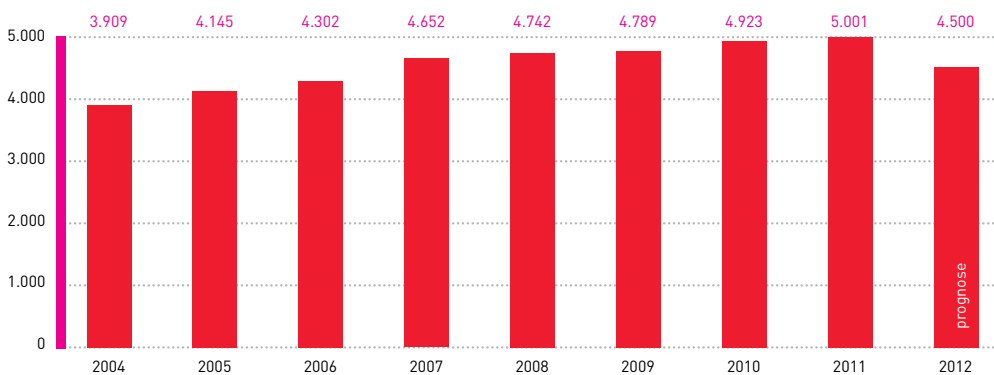
Prijzdalingen

Zonder de anticonceptiva mee te rekenen, nam het aantal DDD's met 6,4% toe.

Deze relatief sterke toename van het geneesmiddelengebruik leidde echter niet tot een navenante toename van de uitgaven.

De door het preferentiebeleid en de Wet geneesmiddelenprijzen afgedwongen prijsverlagingen matigen de uitgavengroei. In december 2011 lag het prijspeil van geneesmiddelen namelijk gemiddeld 3,8% lager dan in december 2010. Voor generieke geneesmiddelen lag dat zelfs 17,0% lager. Het toegenomen aandeel verstrekkingen van generieke geneesmiddelen zorgde daarbij voor een versterkend kostenverlagend effect.

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



Zonder het toenemende gebruik van dure geneesmiddelen zou er in 2011 sprake zijn geweest van een uitgavendaling.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Ook de verlaging van de maximumtarieven door de NZa van € 7,91 in 2010 naar € 7,50 in 2011 zorgde voor een drukkend effect op de uitgavengroei. Ondanks de stijging van het geneesmiddelengebruik en de daarmee gepaard gaande toename van werkzaamheden in de apotheken, namen de tariefinkomsten van apotheken slechts met 0,5% toe.

Prognose

Op basis van de door openbare apotheken gedeclareerde bedragen in de eerste helft van 2012 verwacht de SFK dat de uitgaven aan farmaceutische zorg met iets meer dan € 500 miljoen zullen dalen tot € 4.500 miljoen. Deze aanzienlijke daling wordt enerzijds veroorzaakt door de overheveling van de TNF-alfaremmers naar het ziekenhuisbudget. Anderzijds zullen de door de zorgverzekeraars aangeboden contracten onder het regime van vrije tarieven en vrije prijzen op beide terreinen tot een daling van de omzet leiden. Naast eerdere contracten bekende afspraken als laagste prijs garanties (met en zonder band-

breedte) en pakjesprijzen, heeft een aantal verzekeraars voor het eerst historische prijzen in hun farmaciecontracten opgenomen. Door deze contractafspraken laten verzekeraars de prijsverhogingen die fabrikanten doorvoeren, voor rekening en risico komen van de apotheek. Zo hebben Achmea en VGZ contracten aangeboden waarin vergoedingsprijzen niet hoger zijn dan het prijspeil van oktober 2011. Alhoewel slechts een beperkt deel van de geneesmiddelen in prijs is verhoogd, heeft dit voor meerdere apotheken alleen al in de eerste helft van 2012 geleid tot een extra verliespost van meer dan € 10.000. Daarnaast dwingen verzekeraars nog steeds een verplichte afslag op de geneesmiddelenkosten af, ondanks dat de wettelijke grondslag voor de claw back is verdwenen. Het loslaten van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor de dienstverlening door apotheken leidt naar verwachting tot een daling van het gemiddelde tarief met ruim 4%. Deze ontwikkelingen zetten de financiële situatie van apotheken verder onder druk.

1.2 Structurele groei geneesmiddelenuitgaven

Effect van vergrijzing in structurele uitgavenstijging beperkt

Door wijzigingen in de bevolkingsamenstelling en toename van het gebruik van geneesmiddelen is sprake van een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven met ongeveer 4% per jaar. Daarnaast zorgen verschuivingen in het gebruik voor additioneel effect.

Onder invloed van de Wet geneesmiddelenprijzen, de ophoging van de claw back, de geneesmiddelenconvenanten, het transitieakkoord en het preferentiebeleid is de afgelopen jaren sprake geweest van een beperkte toename van de geneesmiddelenuitgaven. Onderliggend spelen nog altijd een aantal factoren een rol die zorgen dat de groei van het geneesmiddelengebruik zich vertaalt in een structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven van 9 tot 10% per jaar. Patentverloop, prijsaanpassingen binnen de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het preferentiebeleid van verzekeraars zorgen voor structureel prijsdrukkend effect. Op advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gaat de overheid de komende jaren uit van een groei van 6% per jaar.

Verandering van het voorschrijven en 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. Uitgedrukt in standaarddagdoseringen en rekening houdend met de pakketingreep bij de anticonceptiva, nam het geneesmiddelengebruik in 2011 met 6,4% toe. Dit percentage is hoger dan het gemiddelde groeipercentage dat in de afgelopen 10 jaar is gerealiseerd. Het gemiddelde aantal verstrekte standaarddagdoseringen (DDD's) per patiënt nam in de afgelopen 10 jaren namelijk jaarlijks met ruim 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 82% van de gevallen wordt een receptgeneesmiddel afgeleverd dat kort daarvoor ook al door dezelfde apotheek aan dezelfde patiënt is verstrekt. Gemeten in aantal DDD's bedraagt het aandeel herhaalrecepten zelfs 88%.

Bevolkingsgroei en vergrijzing

Een deel van het toenemende chronisch gebruik van geneesmiddelen wordt veroorzaakt door de groei van de bevolking en de toename van het aantal ouderen. Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de Nederlandse bevolking in 2011 met 0,5% is toegenomen. Het aantal inwoners is gestegen van 16.654.000 in 2011 tot 16.733.000 op 1 januari 2012. Volgens het CBS zal de groei in de komende jaren licht afnemen en ongeveer op 0,4% per jaar uitkomen. 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. Zij bedienen samen een kleine 8% van de bevolking.

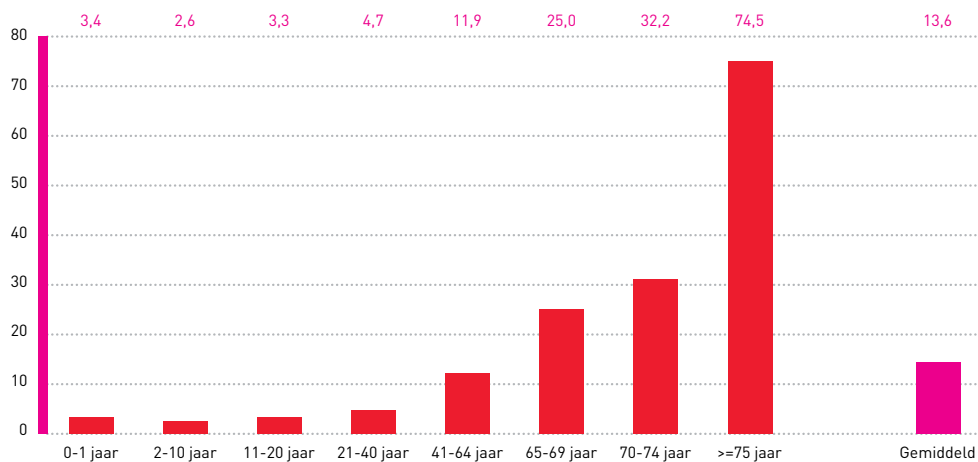
In Nederland wonen 2.655.000 personen van 65 jaar of ouder. Dit aantal komt overeen met 16% van de totale bevolking. Volgens het CBS zal het aantal ouderen in ons land in 2020 toegenomen zijn tot 3.281.000 personen (20%). Naast de toename van het aantal ouderen, stijgt ook de levensverwachting van de gemiddelde Nederlander. In de afgelopen tien jaren nam de levensverwachting met 2,7 jaar toe en het CBS verwacht dat deze de komende jaren verder toe zal nemen. Bij het huidige gebruik en kosten van de geneesmiddelen zou de gewijzigde samenstelling van de bevolking ertoe leiden dat de totale geneesmiddelen-uitgaven tot 2020 jaarlijks met 0,9% zullen toenemen. Als de toename van het geneesmiddelengebruik ten gevolge van de bevolkingsgroei ook wordt meegerekend, dan bedraagt de jaarlijkse stijging door demografische ontwikkelingen 1,2% per jaar. Indien de veranderingen in het voor-

schrijf- en slikgedrag doorzetten, zal dit nog eens een versterkend effect hebben. 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 vijf keer het niveau van de gemiddelde Nederlander. Ook worden geneesmiddelen in deze leeftijdsgroep overwegend chronisch gebruikt: ruim vier van de vijf recepten die 65-plussers inleveren bij de apotheek betreffen een herhaling van een geneesmiddel dat zij eerder voorgeschreven hebben gekregen. De doorsnee 65-plusser gebruikt dagelijks drie verschillende geneesmiddelen naast elkaar.

Verschuiving in het gebruik naar duurdere geneesmiddelen

De daling in het aantal verpleegdagen en de reductie van het aantal bedden in ziekenhuizen gedurende de afgelopen jaren toont hoe de gezondheidszorg steeds meer verschuift van het ziekenhuis naar de thuissituatie. In financiële zin fungeert de geneesmiddelensector hiermee als een ventiel binnen de gezondheidszorg: besparingen en bezuinigingen elders in de gezondheidszorg leiden regelmatig tot meer kosten in de farmaceutische sector. Sommige nieuwe geneesmiddelen dragen ook bij aan de verschuiving van het ziekenhuis naar de thuissituatie, omdat zij behandeling in het ziekenhuis in sommige gevallen kunnen vervangen. Veel van deze geneesmiddelen kunnen tot de zogenoemde dure geneesmiddelen worden gerekend. In de afgelopen jaren namen de uitgaven aan geneesmiddelen die meer dan € 500 per voorschrift kosten, sterk toe. De omzet van deze middelen steeg

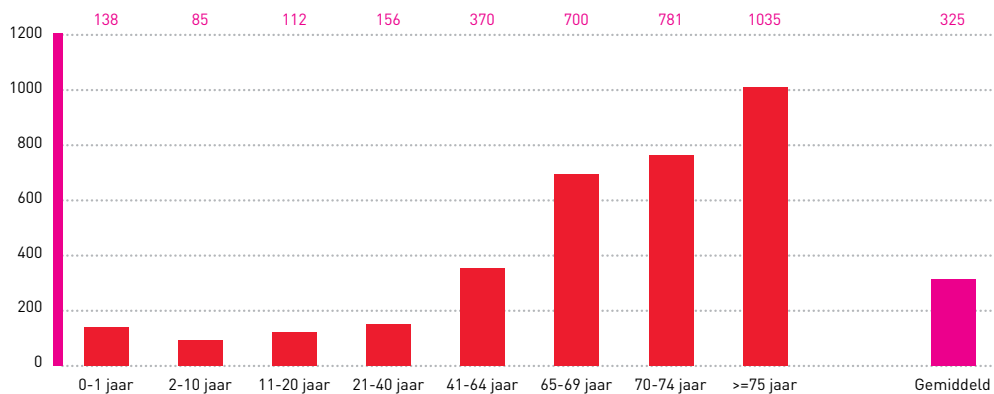
1.2 Geneesmiddelengebruik naar leeftijd in 2011 (in voorschriften)



Openbare apotheken verstrekken aan personen van 75 jaar of ouder ruim 5 keer zo vaak een geneesmiddel als aan een gemiddelde Nederlander.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.3 Geneesmiddelenuitgaven naar leeftijd in 2011 (in euro's)



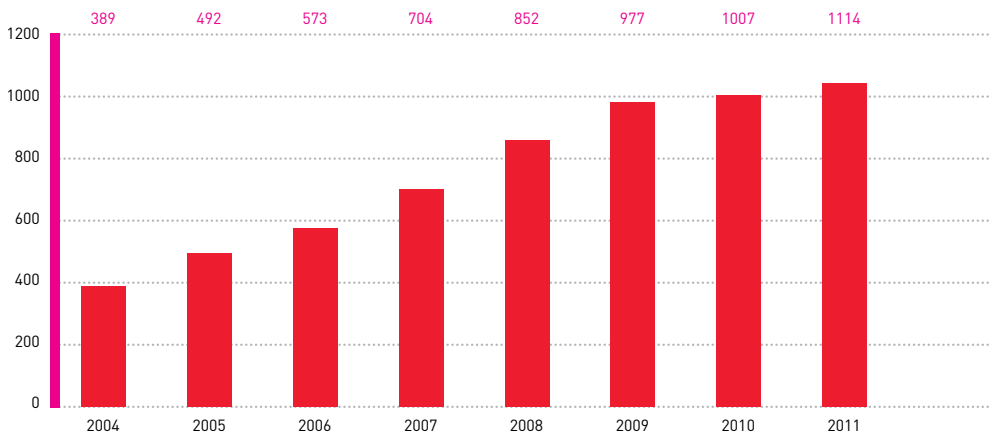
Het hogere geneesmiddelengebruik door ouderen vertaalt zich in navenant hogere uitgaven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

van € 389 miljoen in 2004 naar € 1.114 miljoen in 2011. Over deze periode komt dat neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van 22%. 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 gemeenschappelijke kenmerken van de geneesmiddelen die op deze wijze hun weg naar de patiënt vinden, zijn dat ze bestemd zijn voor een relatief kleine patiëntengroep, dat ze meestal via injecties moeten worden toegediend en dat ze kostbaar zijn. 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. Zowel het aantal geneesmiddelen dat selectief wordt gedistribueerd als de bijbehorende omzet groeien relatief sterk. Deze toename loopt vrijwel volledig via de bedrijven die zich richten op de directe leveringen.

1.4 Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift (1 = 1 miljoen euro)



De uitgaven aan dure geneesmiddelen namen toe van € 389 miljoen in 2004 tot € 1.114 miljoen in 2011.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Omdat de minister van VWS van mening is dat ziekenhuizen een lagere prijs voor dure geneesmiddelen kunnen bedingen dan openbare apotheken, heeft zij besloten om TNF-alfaremmers per 1 januari 2012 nog uitsluitend te vergoeden als onderdeel van het ziekenhuisbudget. Dit betekent dat de ziekenhuizen ook verantwoordelijk zijn voor de kosten van het gebruik van deze middelen buiten het ziekenhuis. In 2011 kwamen de uitgaven aan deze TNF-alfaremmers en verwante geneesmiddelen uit op € 373 miljoen. Zonder

dat de effecten van het voorgenomen beleid duidelijk zijn, heeft de minister aangekondigd ook andere geneesmiddelen naar de ziekenhuisbesteding over te hevelen, waaronder oncolytica en groeihormonen. Dit betreft niet alleen specialistische geneesmiddelen, maar ook middelen die frequent in de apotheek wordt verstrekt. Daarmee lijkt deze maatregel haaks te staan op het beleid van de minister om de zorg dichtbij huis aan te bieden en beter toegankelijk te maken.

1.3 Vergoeding apotheken

Inkomsten uit receptregelvergoeding nagenoeg gelijk

De vergoeding voor de dienstverlening door openbare apotheken kwam in 2011 uit op een bedrag van € 1.281 miljoen. Dit bedrag omvat de receptregelvergoeding voor WMG-geneesmiddelen (€ 1.240 miljoen) en de apotheekmarge op geneesmiddelen die niet vallen onder de WMG (€ 41 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. Alhoewel in de WMG onderscheid wordt gemaakt tussen een receptregelvergoeding voor de geleverde dienstverlening door de apotheek en een (inkoop)vergoeding voor de door de apotheek geleverde receptgeneesmiddelen, zijn deze in de praktijk altijd gekoppeld geweest. De NZa bracht door apothekers behaalde voordelen uit de inkoop in mindering op de receptregelvergoeding.

Receptregelvergoeding

De receptregelvergoeding is het 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) stelde tot 2012 de receptregelvergoeding vast. Vanaf 1 januari 2012 geldt een nieuwe prestatiebekostiging in de farmacie. De prijzen voor door de NZa vastgestelde prestaties worden niet langer centraal vastgesteld, maar zijn vrij onderhandelbaar. Tot 1 juli 2008 was de receptregelvergoeding een vast bedrag per receptregel. Op 1 juli 2008 voerde de NZa een gedifferentieerde receptregelvergoeding in. Naast een basisvergoeding per behandelde receptregel, gold 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 stelde de NZa een aparte afleververgoeding vast voor levering via een weekdoseersysteem. In 2008 was het beoogde gemiddelde van deze gedifferentieerde receptregelvergoeding € 6,10. Als gevolg van de scherpe prijsdalingen in de tweede helft van 2008 en de daarmee gepaard gaande terugloop van inkoopvoordelen, stelde de NZa het beoogde gemiddelde met ingang van 1 januari 2009 bij tot € 7,28. Daarnaast verraste de NZa de sector eind december 2008

met de introductie van een zogeheten flexibel tarief. Als een verzekeraar en een apotheek dit schriftelijk overeenkwamen mocht een hoger tarief - tot maximaal € 7,91 - in rekening worden gebracht. Ook de hoogte van de claw back zou onderhandelbaar zijn. Door deze plotselinge aankondiging en de korte periode tot het nieuwe (contract)jaar konden apotheken en verzekeraars zich niet voorbereiden op dit flexibele tarief. 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 naar boven 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 daalden de overige tarieven navenant. Uitgangspunt van de NZa was namelijk dat het gemiddelde maximumtarief moest blijven sluiten op een bedrag van € 7,28.

Begin december 2009 verhoogde de NZa de maximumtarieven voor farmaceutische diensten, die vanaf 1 januari 2010 van kracht werden, met 9% tot een gemiddelde van € 7,91. Naast het maximumtarief kende de tariefbeschikking van de NZa, evenals in 2009, een maximaal verhoogd tarief en bleef ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar. De maximaal verhoogde tariefbedragen lagen 26% hoger dan het maximumtarief met een beoogd gemiddelde van € 10,00. Daarmee nam de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toe van € 0,64 tot € 2,09. De NZa gaf geen reden voor deze aanzienlijke toename. Ook liet de NZa zich - in tegenstelling tot andere jaren - niet uit over de hoogte van het bedrag waarop een kosten-dekkend tarief zou moeten uitkomen. Medio

december 2010 stelde de NZa de maximumtarieven voor 2011 vast op een beoogd gemiddelde van € 7,50. Het gemiddelde tarief kwam daarmee 5,2% lager uit dan in 2010, toen het tarief op gemiddeld € 7,91 was vastgesteld. Het maximaal verhoogde tarief werd niet verlaagd en kwam wederom uit op een gemiddeld bedrag van € 10,00. Daarmee is de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief toegenomen tot € 2,50. Onder dezelfde voorwaarden als bij het maximaal verhoogd tarief bleef ook de hoogte van de claw back onderhandelbaar.

.....
Het lagere tarief in 2011 heeft ertoe geleid dat de totale inkomsten uit de receptregulering in dat jaar met een bedrag van € 1.240 miljoen nauwelijks hoger lagen dan in 2010.
.....

De lichte toename van 0,6% wordt vooral veroorzaakt door een toenemend gebruik van geneesmiddelen, en in mindere mate door een toename van het aantal geneesmiddelen dat in een weekdoseersysteem wordt verstrekt, en afspraken tussen verzekeraars en apothekers waarin de ruimte tussen het maximumtarief en het maximaal verhoogde tarief is benut.

Vanaf 2012 worden de prijzen voor prestaties door apotheekhoudenden niet langer centraal door de NZa vastgesteld, maar zijn deze vrij onderhandelbaar. De door zorgverzekeraars aangeboden contracten laten een tariefdaling zien van 4,4%. Achterliggend uitgangspunt van de meeste verzekeraars hierbij is, dat ze een budgettair neutrale overgang van 2011 naar 2012 nastreven en dat apotheken via een hoger aantal verstrekkingen de daling van de tarieven moet compenseren. Omdat een hoger

geneesmiddelengebruik in de apotheek zich vertaalt in navenant hogere kosten, zal deze overgang voor de apotheek zeker niet budgettair neutraal verlopen.

Inkoopvergoeding

De inkoopvergoeding die een apotheek in rekening mag brengen voor verstrekte recept-geneesmiddelen 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 receptregelvergoeding te verlagen. In samenhang met deze maatregel werd het apotheken toegestaan om voor de geleverde receptgeneesmiddelen de lijstprijzen in rekening te brengen en dus alle bedongen inkoopvoordelen te behouden. Op deze wijze konden de apotheken de gemiste inkomsten vanwege de verlaging van de receptregelvergoeding compenseren. Door een actievere handelsinstelling van apothekers en het verlopen van geneesmiddelenpatenten (hetgeen heeft geleid tot meer concurrentie door de komst van nieuwe aanbieders van generieke varianten van de betreffende geneesmiddelen) namen de door apotheken gerealiseerde inkoopvoordelen toe. 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. Toen in mei 2008 de forse prijseffecten van de invoering van het preferentiebeleid zichtbaar werden, deed de KNMP een dringend beroep op de NZa en het Ministerie van VWS om de receptregelvergoeding op kostendekkend niveau vast te stellen, nu de inkomsten uit inkoopvoordelen in rap tempo verdampten. De overheid nam echter het standpunt in 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 markt-omstandigheden dat directe aanpassing van de tarieven noodzakelijk was. De rechter van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) stelde de KNMP hierbij in het gelijk met als gevolg dat de claw backregeling vanaf 1 juli 2008 geschorst werd. Vervolgens liet de NZa in de periode juli-oktober 2008 nieuw boekenonderzoek uitvoeren – het derde boekenonderzoek in nauwelijks één jaar tijd. Zoals op voorhand voorspeld kon worden, gaf het onderzoek geen uitsluitsel over de gevolgen van de invoering van het preferentiebeleid in mei 2008. Het boekjaar 2008 was immers nog niet afgesloten. Aangezien boekenonderzoek uitsluitend een blik geeft op het verleden, extrapoleert de NZa de uit het onderzoek afkomstige gegevens op basis van aannames. Op basis van deze aannames besloot de NZa het apotheektarief per 1 januari 2009 in beperkte mate te verhogen. Tegelijkertijd was de NZa van mening dat de claw backregeling weer van kracht kon

worden. Tevens oordeelde de NZa 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. Juist de aannames, maar ook de wisselende uitgangspunten van de NZa werden juridisch bevochten door de KNMP bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB). Hierbij sprak de rechter het voordeel van de twijfel uit ten gunste van de NZa. Ook in de onderzoeken over 2008 en 2009 bleef de KNMP de aannames en de steeds wisselende uitgangspunten in beroepsprocedures ter discussie stellen.

Claw back

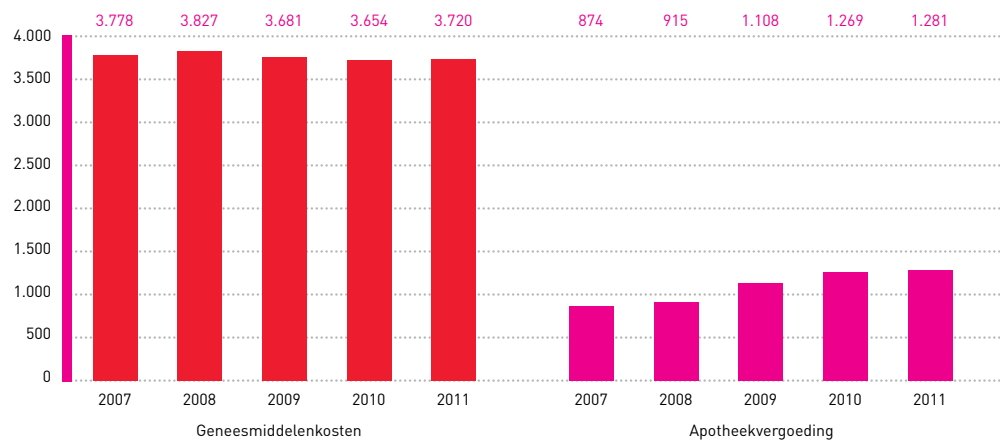
In 1998 is de zogeheten claw back geïntroduceerd. Naar Engels voorbeeld voerde de toenmalige minister van Volksgezondheid mevrouw Borst een wettelijke regeling in waarbij apotheken werden verplicht een deel van de gerealiseerde inkoopvoordelen als prijsvoordeel door te berekenen aan de gebruiker respectievelijk de verzekeraar. Aanvankelijk was de claw back beperkt tot effectief 3%. In 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 receptregulering vergoeding 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. Na de tijdelijke verhoging van de claw back in 2009 en 2010 tot 8,53% met een maximum van € 6,80 per verstrekking, is deze voor 2011 verlaagd tot 6,82% met een maximum van € 6,80 per verstrekking.

.....
Alhoewel de wettelijke gronden van de claw back met ingang van 2012 onder het regime van de vrije prijzen zijn verdwenen, hebben de meeste verzekeraarscontracten de claw backregeling gehandhaafd.
.....

Na aftrek van de claw back namen de geneesmiddelenkosten in 2011 met € 66 miljoen toe tot € 3.720 miljoen. De toename komt vooral voor rekening van de zogenoemde dure geneesmiddelen. Prijsverlagingen als gevolg van verdere uitbreiding van het preferentiebeleid en de beperking van de vergoeding van anticonceptiva zorgen voor een dalend effect.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.4 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 2012 ruim gehalveerd.

De SFK bepaalt de ontwikkeling van dit prijspeil door maandelijks de totale kosten van de door openbare apotheken verstrekte geneesmiddelen te vergelijken met die van dezelfde hoeveelheid van dezelfde geneesmiddelen tegen de prijzen van de daaropvolgende maand. Hierdoor ontstaat een prijsindex waarop wijzigingen in aantal en aard van de verstrekte geneesmiddelen geen invloed hebben.

Maximumprijzen

De Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is sinds de introductie in 1996 het belangrijkste prijsbeheersingsinstrument van de overheid. Op grond van deze wet kan de minister van VWS maximumprijzen voor geneesmiddelen vaststellen. Dit is de prijs die een leverancier maximaal voor een geneesmiddel mag vragen. Deze maximumprijs is gebaseerd op de gemiddelde prijs van het betreffende geneesmiddel in België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. Tweemaal per jaar stelt de overheid deze maximumprijzen vast. Hierdoor daalde het prijspeil de afgelopen jaren met gemiddeld zo'n 3 tot 4% per jaar. Demissionair minister Schippers heeft de Tweede Kamer, naar aanleiding van een tweetal moties, toegezegd om de toekomstbestendigheid van de WGP

te onderzoeken en te bezien of, en zo ja hoe, de WGP gewijzigd moet worden. Zij heeft het onderzoeksrapport net voor de zomer van 2012 aan de Kamer aangeboden, maar laat het trekken van conclusies over aan haar opvolger.

Convenantsjaren

Naast het effect van de door de overheid vastgestelde maximumprijzen kenmerkte de periode 2004 tot en met 2009 zich door sectorale convenantsafspraken over verlaging van geneesmiddelenprijzen. Deze periode startte met de afspraak tussen het Ministerie van VWS, de KNMP, Zorgverzekeraars Nederland en de Bogin dat de prijzen van generieke geneesmiddelen zouden worden verlaagd tot gemiddeld 40% onder het niveau van de lijstprijzen van de betrokken fabrikanten op 1 januari 2004. Daarnaast zouden nieuwe generieke geneesmiddelen bij introductie op de markt tenminste 40% geprijsd worden onder het prijsniveau van het corresponderende originele merkgeneesmiddel. Met ingang van 1 januari 2005 sloot ook Nefarma, de representatieve organisatie van specialitéleveranciers, zich aan bij het geneesmiddelenconvenant en zijn de gemaakte afspraken in de jaren 2006 en 2007 gecontinueerd. In september 2007

sloot minister Klink van Volksgezondheid een soortgelijke afspraak met Bogin, KNMP, Nefarma en Zorgverzekeraars Nederland in de vorm van een Transitieakkoord. 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%. Anderzijds zou een stappenplan worden ontwikkeld om tot een meer normale marktsituatie te komen. 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 en in 2008 en 2009 – mede onder invloed van het preferentiebeleid - zelfs fors overschreden.

Preferentiebeleid

Begin 2008 gaf een aantal verzekeraars (Menzis, VGZ, CZ en AGIS) te kennen het preferentiebeleid, waarmee de afgelopen jaren zonder veel effect op landelijk niveau geëxperimenteerd was door Zorgverzekeraars Nederland, per 1 juli 2008 breedschalig uit te willen bouwen. Het preferentiebeleid houdt in dat een verzekeraar aangeeft dat een verzekerde met een basispolis binnen een bepaald geneesmiddelencluster slechts recht heeft op de vergoeding van één of enkele varianten.

Geneesmiddelen van een leverancier (label) die niet door de verzekeraar zijn aangewezen, worden dan in het geheel niet vergoed. In afwijking van de bijbetalingsregeling binnen het Geneesmiddelenvergoedingssysteem 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 ontkend. 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, wilde 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 halveerde de omzet van generieke geneesmiddelen in nauwelijks een half jaar tijd.

Couvertbeleid

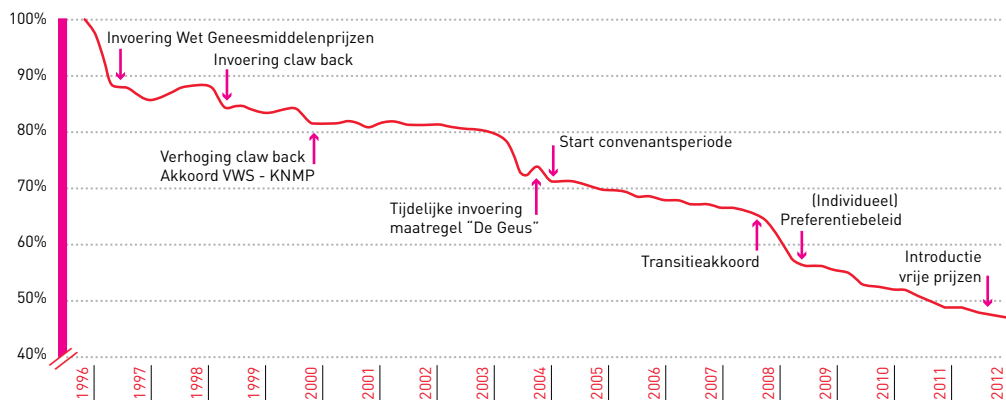
Het Ministerie van Volksgezondheid “incasseerde” het effect van de prijsverlagingen door de geneesmiddelenbudgetten voor de verzekeraars navenant te laten zakken. Uit onvrede hierover introduceerde verzekeraarsconcern VGZ (voorheen UVIT) in 2009 een onderhands

systeem: het zogenaamde couvertprijzen-model. Hierbij verlaagt een geneesmiddelenleverancier niet de geneesmiddelenprijzen die publiek afgegeven worden, maar biedt deze VGZ onderhands een korting. Het model werd sterk bekritiseerd, omdat niet duidelijk is hoe het inkoopvoordeel van VGZ aan de verzekerde in kwestie ten goede komt en apotheken verplicht worden om generieke of zelfs merk-middelen af te leveren waarvan goedkopere varianten beschikbaar zijn. In de loop van 2009 maakte VGZ daarom bekend dat de in het couvertbeleid aangewezen geneesmiddelen niet meetellen voor het verplichte eigen risico. De hogere claw back voor de apotheek liet VGZ echter ongemoeid.

Vrije prijzen

Ondanks het per 1 januari 2012 geïntroduceerde systeem van vrije prijzen is de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) nog altijd van toepassing. De meest recente vaststelling van de maximumprijzen heeft in april 2012 geleid tot een daling van het prijspeil van receptgeneesmiddelen met 1,4%. Ondanks het feit dat het prijspeil in april is gedaald, biedt de WGP voor een aantal geneesmiddelen ook ruimte voor prijsverhogingen. Hiervan is door sommige fabrikanten gebruik gemaakt. Door de contractafspraken met apothekers laten sommige zorgverzekeraars deze prijsverhogingen geheel voor rekening komen van de apotheek. Voor de meeste apotheken vormen daarbij de contracten van VGZ en Achmea het grootste risico. Beide verzekeraars maximeren de hoogte van de vergoeding aan de apotheek tot de prijs in oktober 2011. Doorgevoerde prijsverhogingen kunnen voor apotheken omzetverlies opleveren dat kan oplopen tot meer dan € 10.000 op jaarbasis.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.5 Marktaandelen productgroepen

Twee op de drie geneesmiddelen generiek

Het aantal verstrekkingen van generieke receptgeneesmiddelen in het basispakket nam in 2011 met 14% toe tot 126 miljoen. Het aandeel van deze middelen maakt daarmee 63% uit van het totaal aantal verstrekkingen in deze groep geneesmiddelen. In de eerste helft van 2012 liep dit verder op tot 66%.

Generieke geneesmiddelen zijn identieke varianten van merkgeneesmiddelen (spécialités). Ze mogen door andere fabrikanten worden gemaakt zodra het octrooi van het spécialité is verlopen. De naam wordt vrijwel altijd gevormd door die van het werkzame bestanddeel, meestal aangevuld met de naam van de producent. Generieke geneesmiddelen zijn goedkoper dan de merkgeneesmiddelen. Vooral de laatste jaren zijn, onder druk van het preferentiebeleid, de prijzen van generieke geneesmiddelen sterk gedaald.

Sterke groei generiek

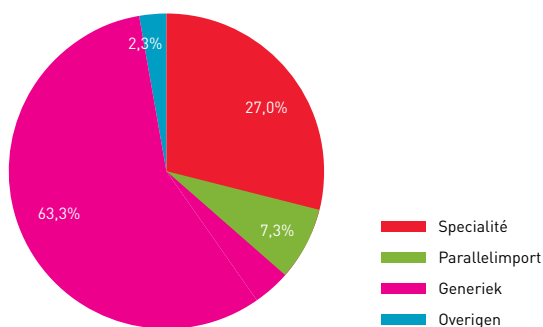
Het aandeel dat generieke geneesmiddelen uitmaken van het totaal aantal verstrekkingen van receptplichtige geneesmiddelen die in het basispakket zijn opgenomen, nam in 2011 toe van 60,6% tot 63,3%. Naar verwachting stijgt dit percentage verder in 2012, want in de eerste helft van dit jaar kwam het aandeel al uit op 65,6%. Het aantal verstrekkingen van deze middelen kwam in 2011 uit op 126 miljoen. Ondanks de groei van het aantal verstrekkingen van generieke geneesmiddelen, namen de geneesmiddelenkosten van deze groep met 4,4% af tot € 371 miljoen.

De toegenomen beschikbaarheid van nieuwe generieke varianten draagt bij aan de stijging van het aandeel van de verstrekkingen van generieke geneesmiddelen. Een andere belangrijke bijdrage komt van de voorschrijvers, die er steeds vaker voor kiezen om een multisource geneesmiddel voor te schrijven in plaats van een middel dat alleen als spécialité (singlesource) beschikbaar is. Het aandeel multisource geneesmiddelen nam toe van 64,1% in 2010 tot 65,8% in 2011.

Substitutiegraad

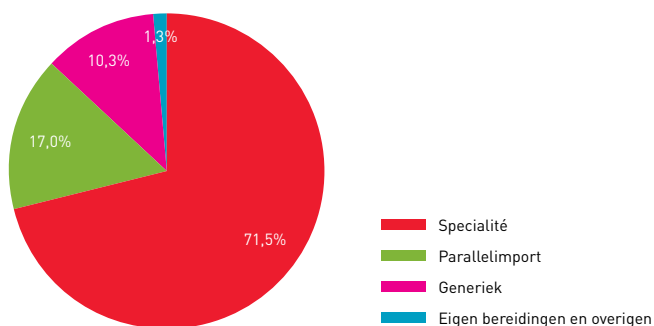
Er is sprake van een multisource geneesmiddel als van een geneesmiddel niet alleen het spécialité op de markt is, maar als er ook keus is uit één of meerdere merkloze, equivalente varianten. Als voorschrijvers in 2011 een multisource geneesmiddel voorschreven, verstrekten de Nederlandse apothekers in 96,3% van de gevallen een generiek geneesmiddel. Dit percentage wordt ook wel aangeduid met de term substitutiegraad. In 2010 kwam de substitutiegraad nog uit op 94,6% uit. Voor de berekening is het van belang te weten dat de indeling naar multisource/singlesource geneesmiddelen iedere maand plaatsvindt.

1.7 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: voorschriften 2011



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.8 Gebruik van geneesmiddelen naar productgroep: geneesmiddelenkosten 2011



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Regelgeving staat toe dat verzekeraars de aanspraak van verzekerden beperken tot door hen aangewezen (preferente) geneesmiddelen. Wel moeten zorgverzekeraars van iedere werkzame stof minimaal één variant vergoeden. Vanwege de prijs zijn dit in de praktijk vrijwel altijd generieke geneesmiddelen. Alleen als

er sprake is van een medische noodzaak, heeft de verzekerde recht op vergoeding van een geneesmiddel dat niet in dit preferentiebeleid is opgenomen. Dit bepaalt de voorschrijver. Zorgverzekeraars oefenen zo via hun preferentiebeleid sterke invloed uit op de substitutiegraad. Ook het pakjesprijsmodel dat Achmea

in 2010 introduceerde, heeft invloed op de substitutiegraad. In dit model krijgen apothekers voor de door de zorgverzekeraar aangewezen multisource geneesmiddelen een vaste prijs voor de hoeveelheid geneesmiddelen die hoort bij één standaarddagdosering. Binnen dat model is het afleveren van een generiek, en dus goedkoper, geneesmiddel voor een apotheker gunstiger.

Doelmatig voorschrijven

Demissionair minister Schippers heeft in juni 2012 met de Landelijke Huisartsen Vereniging een convenant over de huisartsenzorg gesloten, waarin onder andere is opgenomen dat huisartsen door doelmatiger voor te schrijven € 50 miljoen zullen besparen op de uitgaven aan geneesmiddelen. Dit betekent dat voorschrijvers vaker multisource geneesmiddelen moeten kiezen en singlesource middelen zo veel mogelijk moeten vermijden. Deze afspraak is vergelijkbaar met een afspraak die de minister eerder met de Orde van Medisch Specialisten maakte.

Meer parallelimport

Het aantal verstrekkingen van parallel geïmporteerde geneesmiddelen nam met 14,8% eveneens sterk toe tot 14,7 miljoen. Parallel geïmporteerde geneesmiddelen zijn merk-geneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de fabrikant worden geïmporteed uit landen binnen de Europese Unie waar het prijsniveau lager ligt dan in Nederland. De toename van het aantal parallel geïmporteerde geneesmiddelen ging ten koste van het Nederlands specialité, waarvan het totaal aantal verstrekkingen met 1,8% afnam tot 53,9 miljoen.

Het aantal verstrekkingen in de categorie 'bereidingen en overige middelen' nam licht toe tot 4,6 miljoen. Tot deze categorie rekent de SFK bereidingen volgens een landelijk protocol van het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers die met een landelijk identificatienummer in de G-Standaard van Z-Index zijn opgenomen.

1.6 Geneesmiddelenvergoedingsstelsel

Helpt bijbetalingen aan middelen bij ADHD

Het totaalbedrag aan bijbetalingen voor receptgeneesmiddelen daalde van € 50 miljoen naar € 41 miljoen vanwege de beperking van de aanspraak op anticonceptiva. Bijna tweederde daarvan is besteed aan middelen bij ADHD.

In Nederland geldt voor geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn een vergoedingslimiet. Deze limiet is door de overheid vastgesteld en in het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) opgenomen. Voor geneesmiddelen die door de fabrikant boven die limiet zijn geprijsd, is een eigen bijdrage verschuldigd. Deze bijdrage is gelijk aan het verschil tussen de vergoedingslimiet en de officiële inkoopprijs van het geneesmiddel en behoort niet tot het basispakket van de zorgverzekering. Het aantal geneesmiddelen waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is, is relatief laag. Dat komt omdat de limieten van de meeste geneesmiddelen gebaseerd zijn op het prijspeil van oktober 1998 en nadien niet meer herijkt zijn. In 2010 nam de Tweede Kamer een motie aan om het GVS te herijken en dit voornemen is ook in het Regeerakkoord opgenomen. Nieuwe herberekende limieten zullen op basis van de huidige prijzen bij ongewijzigd voorschrijven en aflevergedrag leiden tot forse bijbetalingen. De minister heeft aangegeven deze bijbetalingen onaantvaardbaar hoog te vinden. Patiënten betalen de huidige GVS-bijdrage overigens lang niet altijd zelf. Zo bieden zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan die de eigen bijdragen voor geneesmiddelen

geheel of gedeeltelijk vergoeden. Voor een aantal geneesmiddelen biedt de fabrikant aan om de bijbetaling voor zijn rekening te nemen. Uit strategische overwegingen (in internationaal perspectief) wensen de fabrikanten de betreffende producten niet onder de vergoedingslimiet te prijzen, maar willen ook niet dat de gebruikers van hun geneesmiddelen voor de bijbetaling opdraaien. Voor geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn, stelt de overheid geen limiet vast. Ook onder het regime van vrije prijzen dat per 1 januari 2012 van kracht is, blijven het GVS en de bijbehorende vergoedingslimieten gehandhaafd.

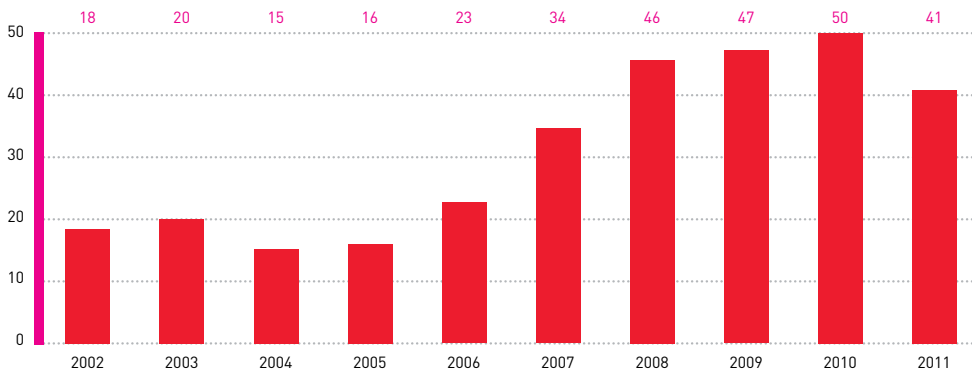
ADHD

Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2011 voor € 40,7 miljoen aan receptgeneesmiddelen waarvoor een wettelijke eigen bijdrage was verschuldigd, bijna € 10 miljoen minder dan in 2010. Dit komt vooral doordat de aanspraak op anticonceptiemiddelen voor vrouwen van 21 jaar en ouder met ingang van 2011 is beperkt. Deze middelen komen voor deze vrouwen nog slechts in aanmerking voor vergoeding bij twee specifieke indicaties, waarbij anticonceptie niet het doel is.

Bijna tweederde deel van het totaal aan eigen bijdragen komt op het conto van de ADHD-geneesmiddelen methylfenidaat en atomoxetine met een bedrag van € 25,6 miljoen. Dat is € 1,9 miljoen (8%) meer dan in 2010. Deze stijging komt geheel voor rekening van

methylfenidaat. Deze eigen bijdragen waren verschuldigd voor dat deel van de verstrekkingen die een vorm met vertraagde afgifte betrof (Concerta, Medikinet en Equasym). Van atomoxetine (Strattera) daalde het bedrag aan eigen bijdragen licht.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.7 Geneesmiddelengebruik in West-Europees perspectief

West-Europese geneesmiddel-uitgaven nivelleren

Het bedrag dat een Nederlander jaarlijks gemiddeld aan geneesmiddelen uitgeeft, is in 2010 gestegen tot € 347. Dit bedrag ligt 14% onder het West-Europees gemiddelde (€ 401). Doordat de naar verhouding dure landen een lagere uitgaventoename hebben gehad en de goedkope landen een lichte tot sterke groei lieten zien, nivelleren de West-Europese bestedingen aan geneesmiddelen.

In de landen om Nederland heen ligt de geneesmiddelenconsumptie 13 tot 60% hoger. In België is in 2010 gemiddeld € 393 per hoofd besteed aan geneesmiddelen, in Duitsland € 487. In Frankrijk bedroegen de uitgaven € 556 per hoofd. Het land dat gemiddeld het meeste geld uitgeeft aan geneesmiddelen, is – net als in 2009 – Zwitserland. Daar gaf de doorsnee inwoner € 579 uit aan medicijnen. Aan de andere kant van het uitgavenspectrum ligt Engeland. Bij gebrek aan gegevens over heel Groot-Brittannië kan de SFK alleen rapporteren over Engeland, waar de uitgaven per hoofd van de bevolking in 2010 zijn gestegen van € 209 naar € 244. Net als in de afgelopen jaren is Engeland met deze relatief lage uitgaven per hoofd hekkensluiser binnen de West-Europese landen. Een belangrijke factor hierbij is dat dure geneesmiddelen in dat land zijn voorbehouden aan ziekenhuizen en deze uitgaven dus buiten de extramurale scope vallen. Bij de gemiddelde kosten per Nederlander zijn wél de kosten inbegrepen die zijn gemoeid met de levering van dure geneesmiddelen (gemiddeld € 66 per persoon in 2010).

Nivellering

In vergelijking met het van oudsher zuinige Denemarken liggen de uitgaven per hoofd van de bevolking in ons land zo'n 25% hoger. De Zuid-Europese landen hebben traditiegetrouw eveneens lage geneesmiddeluitgaven per inwoner. Nederland bevond zich in 2010 boven het niveau van Portugal (€ 309), Italië (€ 322), en Spanje (€ 344). Uit de cijfers van de geneesmiddeluitgaven van de West-Europese landen blijkt dat de landen met een traditioneel bovengemiddelde jaarlijkse uitgavenstijging (Zwitserland, Oostenrijk, Frankrijk, België) in 2010 een lagere groei of in een enkel geval een daling van de totale geneesmiddeluitgaven laten zien. In landen met een historisch lage uitgaventoename (Denemarken, Engeland, Nederland) nemen de geneesmiddeluitgaven per hoofd van de bevolking licht (Denemarken 1,4%, Nederland 2,3%) tot sterk toe (Engeland, +17% t.o.v. 2009).

.....
Hiermee schuiven de dure en goedkope West-Europese landen meer naar elkaar toe.
.....

Aandeel in zorgkosten

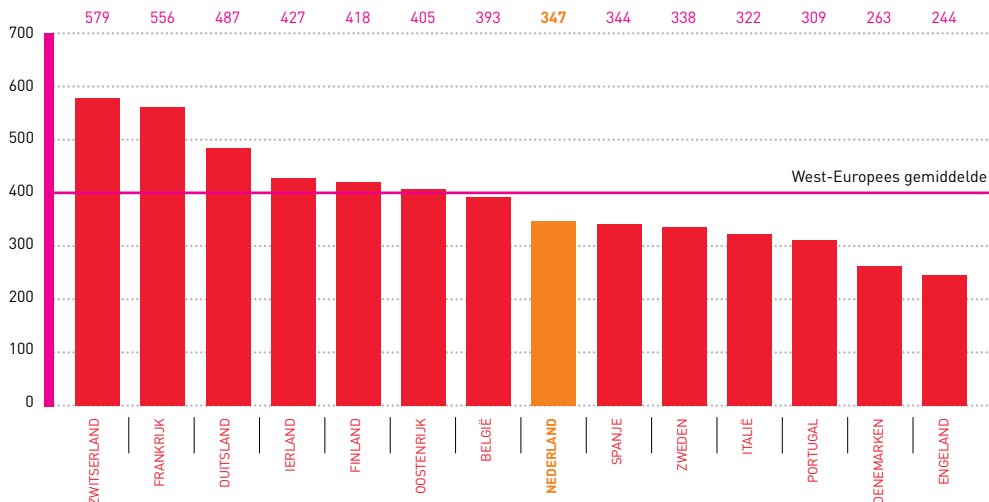
Als de uitgaven aan farmaceutische hulp worden gerelateerd aan de totale kosten van de gezondheidszorg, neemt Nederland traditiegetrouw een bescheiden positie in te midden van de West-Europese landen. In 2010 had 9,7% van de totale zorgkosten in Nederland betrekking op geneesmiddelenuitgaven (pakket en niet-pakket) via apotheekhoudenden. Hiermee houdt ons land het relatief lage niveau aan van 2009. In het algemeen is het aandeel van de uitgaven aan farmaceutische hulp groter naarmate het land zuidelijker ligt, met Finland als uitzondering.

Verklaringen

De verschillen in geneesmiddelenconsumptie zijn deels verklaarbaar door de vergrijzing. In Nederland is 15,5% van de bevolking 65 jaar en ouder. In Frankrijk, België en Duitsland

ligt het aandeel 65-plussers met respectievelijk 16,6%, 17,2% en 20,7% een stuk hoger. Een persoon van 65 jaar of ouder gebruikt in ons land driemaal zoveel geneesmiddelen als gemiddeld. Een andere reden voor de relatief lage uitgaven in ons land is het gebruik van generieke geneesmiddelen. De Nederlandse apotheken leverden in 2010 in 61% van de gevallen een generiek middel. Dit is vergelijkbaar met landen als Duitsland (63%) en Groot-Brittannië (67%). In de meeste andere landen, waaronder Frankrijk, Spanje, België en Italië ligt dit aandeel tussen de 10 tot 25%. De belangrijkste verklaringen voor de relatief lage geneesmiddelenuitgaven in ons land zijn enerzijds een terughoudend voorschrijfbeleid en slijkgedrag, typerend voor de Nederlandse situatie, en anderzijds de invloed van de prijsverlagingen in het kader van het preferentiebeleid.

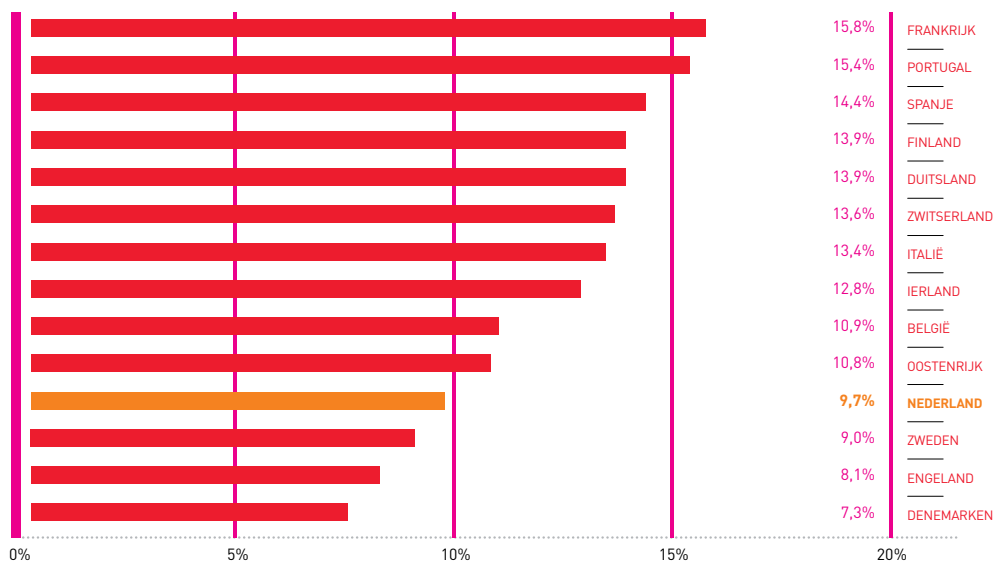
1.10 Geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking in 2010



De geneesmiddelbestedingen in Nederland zijn van een vergelijkbaar laag niveau als die in de van oudsher zuinigere Zuid-Europese landen. In 2010 zijn de dure en goedkope West-Europese landen meer naar elkaar toe geschoven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

1.11 Uitgaven farmaceutische hulp via apothekhoudenden als aandeel in de uitgaven aan gezondheidszorg in 2010



Nog geen 10% van de totale zorguitgaven in Nederland komt voor rekening van geneesmiddelen.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2

Geneesmiddelen

2.1 Uitgaven aan geneesmiddelen

Tien geneesmiddelen, 20% van de uitgaven

De TNF-alfaremmers adalimumab en etanercept nemen de bovenste twee plaatsen in bij de geneesmiddelen met de hoogste uitgaven in 2011. Ook laten ze de grootste stijging zien in de geneesmiddeluitgaven. De omzet van de twee middelen gezamenlijk bedroeg € 324 miljoen. Vanaf 2012 komen deze uitgaven ten laste van het ziekenhuisbudget.

Aan de TNF-alfaremmers adalimumab (Humira) en etanercept (Enbrel) is in 2011 respectievelijk € 198 miljoen en € 160 miljoen uitgegeven. Zij bezetten daarmee net als in 2010 de hoogste plaatsen in de top 10 van geneesmiddelen waaraan het meeste geld is uitgegeven. De SFK stelt jaarlijks een top 10 samen van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven, die door de openbare apotheken zijn verstrekt. De uitgaven bestaan uit de kosten van de geneesmiddelen en de vergoeding voor de werkzaamheden in de apotheek. De geneesmiddelkosten zijn gebaseerd op de apotheekinkooprijzen (AIP) minus, in 2011 voor het laatst, de wettelijke claw back. Bij elkaar komen de totale uitgaven aan geneesmiddelen uit de top 10 uit op net iets meer dan € 1 miljard. Dat is 21% van de totale uitgaven aan geneesmiddelen in 2011. Door de verschillende contractvormen kunnen de uitgaven voor zorgverzekeraars lager of hoger

uitvallen. Zo liggen voor zorgverzekeraar Achmea de werkelijke uitgaven van geneesmiddelen waarvan de AIP hoger is dan de IDEA-vergoeding lager dan hier vermeld (o.a. atorvastatine en esomeprazol). Als de AIP lager is dan die vergoeding, zijn de uitgaven hoger (o.a. omeprazol).

Naar ziekenhuisbudget

Omdat de minister van VWS van mening is dat ziekenhuizen een lagere prijs kunnen bedingen voor TNF-alfaremmers dan openbare apotheken, heeft zij besloten om deze geneesmiddelen per 1 januari 2012 nog uitsluitend te vergoeden als onderdeel van het ziekenhuisbudget. Dit betekent dat de ziekenhuizen ook verantwoordelijk zijn voor de kosten van het gebruik van deze middelen buiten het ziekenhuis. Wanneer de SFK volgend jaar de balans opmaakt over de geneesmiddelen met de hoogste uitgaven, zullen deze

geneesmiddelen om die reden niet meer in de top 10 voorkomen. De omzet van deze groep geneesmiddelen ging al grotendeels buiten de reguliere apotheek om, omdat fabrikanten deze geneesmiddelen veelal via landelijk werkende apotheken distribueerden. De meest bekende toepassingen van TNF-alfaremmers zijn ernstige vormen van reuma.

Atorvastatine

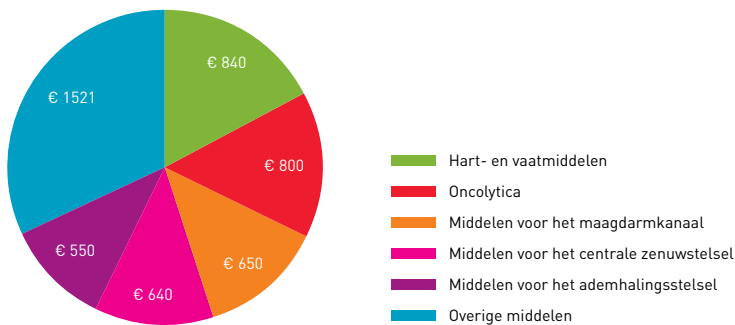
In de top 10 van 2011 bezetten de zeven hoogstgeplaatste geneesmiddelen dezelfde positie als in de top 10 van 2010. Van cholesterolverlager atorvastatine, op plaats 3, namen de uitgaven in 2011 toe met 1% tot € 136 miljoen, terwijl die in 2010 nog met 8% daalden tot € 134 miljoen. Atorvastatine zal naar verwachting volgend jaar lager in de lijst staan. Dat komt doordat het patent op het spécialité Lipitor in mei 2012 in Nederland verliep. Per half maart 2012 kreeg de generieke fabrikant Ranbaxy al de mogelijkheid om hun generieke variant op

de markt te brengen. Ook patenthouder Pfizer introduceerde zelf een generieke variant. Diverse generieke fabrikanten boden daarna eveneens een goedkopere variant aan.

Na de top

Op de vierde plaats in de top 10 staat met € 128 miljoen (+4%) het combinatiemiddel salmeterol met fluticason, dat bij luchtwegaandoeningen wordt toegepast. De uitgaven aan de luchtwegmiddelen tiotropium en het combinatiemiddel formoterol met budesonide, die op de vijfde en zesde plaats staan, stegen met 12%. Voor maagmiddel esomeprazol heeft een scherpe daling van de uitgaven met € 8,2 miljoen (-12%) geen invloed op de positie in de ranglijst. De belangrijkste oorzaak van de daling in uitgaven is het aflopen van het patent op het spécialité Nexium. Maagzuurremmer omeprazol neemt met € 58,7 miljoen plaats 8 in. Op plaats 9 keert na een jaar afwezigheid het groeihormoon somatropine terug in de top 10.

2.1 Uitgaven per geneesmiddelgroep (1 = 1 miljoen euro)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2 Top 10 geneesmiddelenuitgaven 2011

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2010)	MERKNAAM	TOEPASSING	UITGAVEN (MILJOEN €)	T.O.V. 2010
1	Adalimumab (1)	Humira	Bij reuma	198	12%
2	Etanercept (2)	Enbrel	Bij reuma	160	8%
3	Atorvastatine (3)	Lipitor	Cholesterolverlager	136	1%
4	Salmeterol met fluticason (4)	Seretide	Luchtwegaandoeningen	128	4%
5	Tiotropium (5)	Spiriva	Luchtwegaandoeningen	93	12%
6	Formoterol met budesonide (6)	Symbicort	Luchtwegaandoeningen	80	12%
7	Esomeprazol (7)	Nexium	Maagzuurremmer	62	-12%
8	Omeprazol (9)	Losec	Maagzuurremmer	59	7%
9	Somatropine (-)	o.a. Genotropin	Groeihormoon	53	11%
10	Rosuvastatine (10)	Crestor	Cholesterolverlager	52	10%

Net als in voorgaande jaren is ruim 20% van de uitgaven aan geneesmiddelen uit het verzekerde pakket toe te schrijven aan de tien geneesmiddelen met de hoogste uitgaven.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.2 Geneesmiddelvoorschriften

Omeprazol meest verstrekte geneesmiddel

Na zes jaar de ranglijst te hebben aangevoerd, moet metoprolol in 2011 maagzuurremmer omeprazol voorlaten op de lijst van meest verstrekte geneesmiddelen. Vanwege de beperking van de aanspraak op maagzuurremmers is het de vraag of omeprazol deze lijst ook in 2012 zal aanvoeren.

In 2011 verstrekten openbare apotheken 209 miljoen keer (bijna 9% meer dan in 2010) een geneesmiddel dat binnen het wettelijk verzekerde pakket valt. Van dit aantal zijn 50 miljoen verstrekkingen (24%) toe te schrijven aan de tien meest verstrekte geneesmiddelen. Uitgedrukt in standaarddagdoseringen (DDD) geldt een daling van 1,5%. Deze afname is het gevolg van de beperking van de aanspraak op anticonceptiva in 2011. Indien daarvoor wordt gecorrigeerd is er sprake van een stijging van ruim 5%.

Nieuwe leider

In de afgelopen zes jaar was metoprolol het meest verstrekte geneesmiddel, maar in 2011 zakte deze bètablokker naar de tweede plaats. Met een totaal van 7,3 miljoen verstrekkingen is maagzuurremmer omeprazol voor het eerst het meest afgeleverde geneesmiddel in Nederland. Het aantal verstrekkingen nam ten opzichte van 2010 met 18% toe. De afstand met de nummer 2, metoprolol, bedraagt slechts 127.000 verstrekkingen. Ook bij dit geneesmiddel nam het aantal verstrekkingen met 16% relatief sterk toe. Omdat bij metoprolol de procentuele stijging in het aantal DDD's

achterblijft bij de stijging van het aantal verstrekkingen, ligt de conclusie voor de hand dat dit middel in 2011 vaker in weekdoseersystemen is verstrekt. Dit geldt eveneens voor de bloedplaatjesaggregatieremmer acetylsalicylzuur, die dankzij een toename van 23% in het aantal verstrekkingen de cholesterolverlager simvastatine van de derde plaats op de lijst van meest verstrekte geneesmiddelen verdrong. In de rest van de top 10 vonden nauwelijks verschuivingen plaats. Alleen amlodipine, dat ingezet wordt bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk, verwierf ten koste van de pijnstiller diclofenac voor het eerst een plek in de top 10. Het verschil in het aantal verstrekkingen van deze twee middelen was echter miniem.

Het is de vraag of maagzuurremmer omeprazol ook de lijst over 2012 zal aanvoeren, aangezien de aanspraak op maagzuurremmers vanaf 1 januari van dit jaar beperkt is tot mensen die langdurig op maagzuurremmers zijn aangewezen.

Stijgers en dalers

De geneesmiddelen waarvan het aantal verstrekkingen in 2011 het sterkst steeg, stonden

– in een iets andere volgorde – ook bijna allemaal in de top 10 van de meest verstrekte geneesmiddelen uit 2010. Alleen combinatiepreparaten van calcium met vitamine D of andere middelen vormden hierop een uitzondering. Het aantal verstrekkingen van deze geneesmiddelen nam met 680.000 toe tot 2,5 miljoen.

Per januari 2011 is de aanspraak op anti-conceptiva in het basispakket beperkt tot vrouwen van 20 jaar en jonger. De pil wordt voor vrouwen van 21 jaar en ouder nog uitsluitend vergoed bij toepassing van twee specifieke indicaties, waarbij anticonceptie niet het doel is.

.....
 Anticonceptiva zijn de grootste verliezers in de lijst van meest verstrekte geneesmiddelen uit het basispakket.

2.3 Top 10 geneesmiddelverstrekkingen 2011

	STOFNAAM (RANGORDE IN 2010)	MERKNAAM	TOEPASSING	VERSTREK- KINGEN (X MILJOEN)	T.O.V. 2010
1	Omeprazol (2)	Losec	Maagzuurremmer	7,3	(+18%)
2	Metoprolol (1)	Selokeen, Lopressor	Bij angina pectoris, verhoogde bloeddruk en hartfalen	7,2	(+16%)
3	Acetylsalicylzuur (4)	Aspirine	Bloedplaatjesaggregatieremmer	6,7	(+23%)
4	Simvastatine (3)	Zocor	Cholesterolverlager	6,5	(+20%)
5	Metformine (5)	Glucophage	Bij diabetes	4,8	(+18%)
6	Pantoprazol (6)	Pantozol	Maagzuurremmer	4,3	(+24%)
7	Furosemide (7)	Lasix	Plasmiddel	3,7	(+12%)
8	Hydrochloorthiazide (8)	Diverse	Plasmiddel	3,5	(+14%)
9	Levothyroxine (9)	Diverse	Schildklierhormoon	3,2	(+13%)
10	Amlodipine (11)	Norvasc	Bij angina pectoris en verhoogde bloeddruk	2,8	(+19%)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.3 Geneesmiddelen bij cardiovasculair risicomanagement

Gebruik CVRM medicatie blijft stijgen

Het gebruik van geneesmiddelen ten behoeve van cardiovasculair risicomanagement (CVRM) nam, gemeten in aantallen DDD's, in 2011 toe met 5%. De uitgaven aan deze middelen zijn met 1% afgenomen.

Voor de aanduiding van de groep CVRM-geneesmiddelen hanteert de SFK een indeling die is gebaseerd op het tweede niveau van het ATC-classificatiesysteem. De CVRM-groep bestaat uit antistollingsmiddelen (B01), hartmiddelen (C01), cholesterolverlagers (C10) en middelen bij hoge bloeddruk. De laatstgenoemde groep omvat ruwweg plasmiddelen (C03), bèta-blokkers (C07), calciumantagonisten (C08), middelen aangrijpend op het renine-angiotensinesysteem (RAAS-remmers, C09) en specifieke antihypertensiva (C02).

Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2011 bijna 73 miljoen keer een CVRM-geneesmiddel. Dat is bijna 9 miljoen (14%) keer vaker dan een jaar eerder. Deze trend is al enige jaren gaande. Over de laatste vijf jaar bedroeg deze stijging, die mede wordt veroorzaakt door een toename van het aantal weekleveringen, gemiddeld 14% per jaar. De totale uitgaven aan deze groep bedroegen in totaal € 965 miljoen.

Primaire CVRM-medicatie

De primaire aandacht van voorschrijvers bij CVRM is gericht op het optimaliseren van

het voorschrijven van cholesterolverlagende statines bij de preventie van hart- en vaatziekten. Iemand die een cholesterolverlagende statine gebruikt, gaat daar over het algemeen de rest van het leven mee door. De vergrijzende bevolking is één van de oorzaken van het toenemende aantal gebruikers van deze geneesmiddelen. De totale uitgaven aan cholesterolverlagers stegen beperkt van € 279 miljoen in 2010 naar € 291 miljoen in 2011. Het aantal verstrekte DDD's steeg met 8% naar 619 miljoen. Het aantal gebruikers van cholesterolverlagers steeg van ruim 1,7 miljoen naar ruim 1,8 miljoen (+6%).

In 2011 stegen de uitgaven aan cholesterolverlagers beperkt (+4%), en wel van € 134 miljoen naar € 136 miljoen. De stijging in het gebruik van statines werd met name veroorzaakt door simvastatine (+12% DDD's). De cholesterolverlager waaraan het meeste geld is uitgegeven, is ook in 2011 weer atorvastatine (Lipitor). Na simvastatine, met 6,5 miljoen voorschriften, is atorvastatine met ruim 2,4 miljoen voorschriften de meest voorgeschreven statine.

Begin mei 2012 verliep het patent van fabrikant Pfizer op Lipitor (atorvastatine) en direct daarna boden negen leveranciers een generieke variant aan. Halverwege de maand maart kreeg fabrikant Ranbaxy echter al het recht om een generieke variant van atorvastatine te verkopen. Ook bracht patenthouder Pfizer zelf naast het specialité een generieke variant op de markt. Onder meer door opname in het preferentiebeleid stuurden verzekeraars aan op het verstrekken van de generieke varianten van atorvastatine aan hun verzekerden. Veel verzekeraars deden dit direct op het moment dat atorvastatine als generiek beschikbaar kwam. In maart 2012 was 3% van alle verstrekte (DDD's) aan atorvastatine generiek. Na 67% in april, is deze substitutiegraad in mei van dit jaar al opgelopen tot 80%. Ter illustratie vergeleek de SFK de introductiesnelheid van generieke varianten van atorvastatine met die van andere generieke introducties uit de afgelopen drie jaar. Vergeleken met andere generieke introducties behoort atorvastatine bij de groep middelen waarbij de introductie snel verliep. Daarnaast mag verwacht worden dat deze substitutiegraad nog verder stijgt.

Secundaire CVRM-medicatie

Secundair richt het CVRM-programma zich op optimalisering van andere preventieve medicatie zoals antithrombotica, antihypertensiva, bevordering van therapietrouw en optimalisering van het beleid bij bestaande patiënten met hart- en vaatziekten of diabetes mellitus type 2 (DM2).

Antithrombotica

In 2011 steeg het gebruik van antithrombotica, gemeten in DDD's, met 5%. Het meest voorgeschreven werd acetylsalicylzuur, gevolgd door carbasalaatcalcium. Het gebruik van acetylsalicylzuur steeg met 8%. Eén van de

redenen van de stijging kan zijn dat zowel in de CBO-richtlijn als in de NHG-standaarden wordt aanbevolen om alle patiënten met angina pectoris te behandelen met acetylsalicylzuur om de bloedplaatjesaggregatie te remmen. Het gebruik van carbasalaatcalcium bleef in 2011 vergelijkbaar aan 2010.

Antihypertensiva

Diverse groepen geneesmiddelen worden gerekend tot de groep antihypertensiva: diuretica, bètablokkers, calciumantagonisten en RAAS-remmers. Artsen zetten niet alle geneesmiddelen uit deze groepen in bij hoge bloeddruk, en bovendien hebben de middelen die zij daarvoor wel gebruiken ook 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-coderingen¹. Het gebruik van antihypertensiva steeg in 2011 naar ruim 1,6 miljard DDD's. Dat is 5% meer dan in 2010. De uitgaven aan deze geneesmiddelen daalden van € 415 miljoen naar € 390 miljoen, een daling van 6%.

Diuretica

Door uitscheiding van vocht en mineralen dragen diuretica bij aan de bloeddrukverlaging. Binnen de diuretica zijn twee belangrijke groepen te onderscheiden: de thiaziden (en aanverwanten) en de lisdiuretica. Alleen de eerstgenoemde groep wordt doorgaans bij hypertensie gebruikt, de lisdiuretica schrijven artsen veelal voor bij hartfalen. Veruit het

¹ Thiaziden en aanverwante middelen (C03A, 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).

meest voorgeschreven diureticum is hydrochloorthiazide. Het gebruik hiervan steeg in 2011 met 5%. De totale uitgaven aan diuretica stegen in dezelfde periode met 4%.

Bètablokkers

De toepassing van bètablokkers bij hypertensie berust op de 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 mensen die antihypertensiva gebruiken, slikken een selectieve bètablokker. Het middel metoprolol is het op één na meest verstrekte middel in de Nederlandse openbare apotheek, en daarmee de meest verstrekte bètablokker. Ongeveer 1,1 miljoen Nederlanders gebruiken metoprolol.

Dihydropyridines

Dihydropyridines worden toegepast bij hypertensie en angina pectoris. Ongeveer 685.000

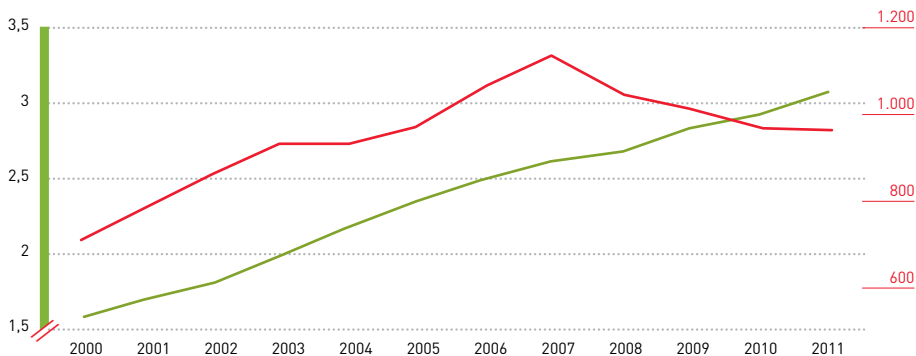
mensen gebruikten het afgelopen jaar een dihydropyridine. Het gebruik steeg met 7% naar 266 miljoen DDD's. Amlodipine maakt daarvan met 61% van alle dagdoseringen het grootste deel uit. De uitgaven aan dihydropyridines daalden met 1% naar ruim € 45,5 miljoen.

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 van de vorige eeuw op de markt kwamen, en angiotensine-II-antagonisten, die 10 jaar later volgden. In 2010 slikten 2 miljoen mensen in Nederland een RAAS-remmer. Het gebruik van RAAS-remmers steeg in dat jaar met 5%. De bijbehorende uitgaven daalden met 4% naar € 235 miljoen.

.....
 Het gebruik van het in 2008 geïntroduceerde aliskiren is in 2011 met 50% gestegen.

2.4 CVRM-middelen in het laatste decennium: dagdoseringen (in miljarden, links) en uitgaven (in miljoenen €, rechts)



Aanvankelijk volgen beide lijnen dezelfde trend, tot in 2007 de uitgaven dalen ten gevolge van het preferentiebeleid.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.4 Diabetesmedicatie

Helft orale antidiabetica is metformine

Bijna de helft van de hoeveelheid verstrekte orale antidiabetica kwam in 2011 voor rekening van metformine. Het middel kende een toename van 8% ten opzichte van het jaar daarvoor. Van de relatief jonge DDP-4-remmers stijgt het gebruik sterk.

Diabetes mellitus, ook wel suikerziekte genoemd, is een veel voorkomende chronische ziekte in Nederland. Mensen met diabetes hebben een te hoog glucosegehalte in het bloed. Dit komt doordat patiënten geen of onvoldoende insuline aanmaken of omdat hun lichaamscellen niet meer goed op insuline reageren. Insuline zorgt ervoor dat glucose in de cellen wordt opgenomen. Mensen met diabetes type 1 maken geen insuline en moeten daarom insuline spuiten. Bij diabetes type 2 starten de patiënten met het gebruik van orale bloedglucoseverlagende medicatie. Als orale diabetesmedicatie niet (meer) toereikend is, wordt insuline toegepast. Volgens gegevens van de Diabetesvereniging Nederland hebben op dit moment zo'n 1 miljoen Nederlanders diabetes mellitus. Ongeveer 250.000 personen weten (nog) niet dat ze diabetes hebben.

Gebruikers

Het gebruik van orale antidiabetica stijgt de laatste jaren gestaag.

.....
In 2011 telde de SFK bijna 720.000 gebruikers van orale antidiabetica.
.....

Dat is een stijging van ruim 30.000 personen (+4%) ten opzichte van 2010. De totaal gebruikte hoeveelheid aan middelen in deze

groep steeg in 2011, uitgedrukt in het aantal verstrekte DDD's, met bijna 5% naar 305 miljoen DDD's.

De groep patiënten die uitsluitend orale antidiabetica gebruiken, steeg de afgelopen jaren ook met 5% en bedraagt zo'n 570.000. Het aantal mensen dat uitsluitend insuline gebruikt nam toe tot 150.000. Ongeveer 150.000 patiënten gebruiken zowel orale antidiabetica als insulines. De stijging in deze groep bedraagt gemiddeld 6% per jaar.

Orale antidiabetica

Het merendeel van de hoeveelheid verstrekte orale antidiabetica, ruim 92%, wordt gevormd door middelen uit de groepen sulfonylureumderivaten en de biguaniden. De eerste middelen uit deze groepen kwamen al in de jaren '50 van de vorige eeuw beschikbaar. Het sulfonylureumderivaat tolbutamide kwam in 1956 in de handel en in 1959 volgde metformine uit de biguanide-groep. Dit laatste middel is tegenwoordig de eerste keus is bij de start van een medicamenteuze behandeling van diabetes mellitus type 2. In grote lijnen is het verschil in werking tussen de genoemde geneesmiddelgroepen dat een biguanide de gevoeligheid voor de door het lichaam zelf aangemaakte insuline verbetert en dat de sulfonylureumderivaten de productie van insuline bevorderen.

In 2011 verstrekten openbare apotheken 4,8 miljoen keer metformine, waarbij het in totaal ging om 143 miljoen DDD's. Dat aantal van 143 miljoen DDD's is een stijging van 8% ten opzichte van 2010. Dit aantal DDD's maakt ongeveer de helft uit van alle DDD's die in 2011 aan orale antidiabetica zijn verstrekt. Tolbutamide neemt 7% van de in 2011 verstrekte DDD's aan orale antidiabetica voor zijn rekening. Twee andere sulfonyleureumderivaten, glimepiride en gliclazide, hebben een aandeel van respectievelijk 23% en 15%.

Thiazolidinedionen

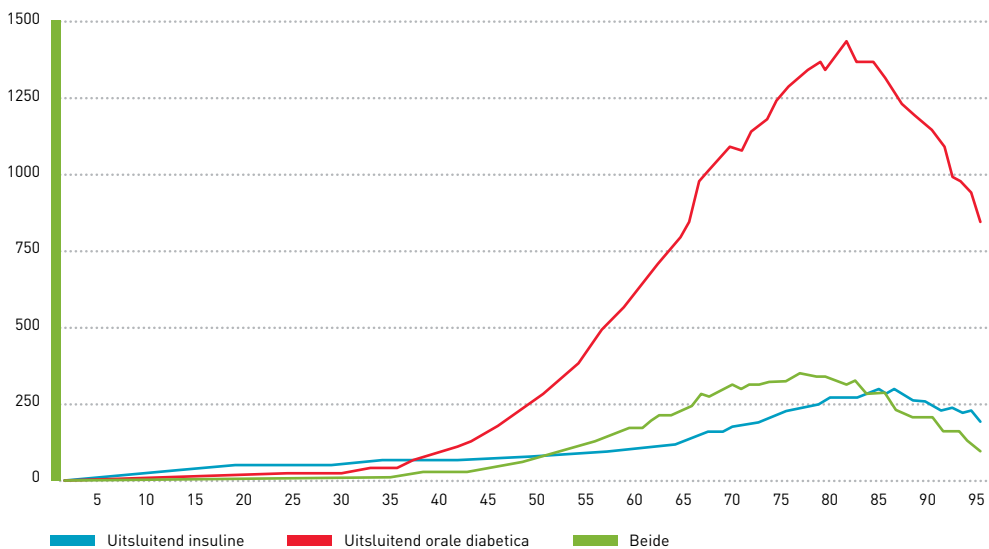
Rond de eeuwwisseling werden de orale antidiabetica van het thiazolidinediontype geïntroduceerd. Ze dragen bij aan de verlaging van de bloedglucoseconcentraties door verhoging van de insulinegevoeligheid in specifieke weefsels.

De handelsvergunning van rosiglitazon, de eerste vertegenwoordiger uit deze groep, werd in 2010 geschorst vanwege een verhoogd risico op myocardinfarct. Aan broertje pioglitazon (Actos) zijn in 2011 vanwege een mogelijk verhoogd risico op blaascarcinoom in 2011 beperkingen in het voorschrijven opgelegd ten aanzien van patiënten met (een historie van) blaaskanker of met niet-onderzochte hematurie. Van pioglitazon verstrekte Nederlandse openbare apotheken in 2011 ongeveer 6,5 miljoen DDD's, een stijging van 4% ten opzichte van 2010.

DPP-4-remmers en GLP1 agonisten

De afgelopen jaren zijn twee nieuwe typen antidiabetica op de markt genomen die met elkaar gemeen hebben dat ze de secretie van insuline bevorderen op het moment dat de glucosespiegel hoog is.

2.5 Gebruikers van diabetesmedicatie per 10.000 inwoners per leeftijdsjaar (eerste helft 2011)



De grafiek laat zien waarom diabetes type 2 ook wel ouderdomsdiabetes wordt genoemd.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In de groep dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4)-remmers zijn sitagliptine (Januvia), vildagliptine (Galvus) en saxagliptine (Onglyza) beschikbaar. Van de twee eerstgenoemde zijn ook combinaties met metformine beschikbaar. Het zijn oraal in te nemen middelen, die sinds hun introductie een behoorlijke groei laten zien. Apothekers verstrekten in 2011 bijna 160.000 keer een DPP-4-remmer. Het aantal verstrekte DDD's nam in 2011 met in totaal 50% toe ten opzichte van 2010. Daarmee bedroeg het aandeel van DPP-4-remmers in het totaal aantal verstrekte DDD's van orale antidiabetica ongeveer 2%.

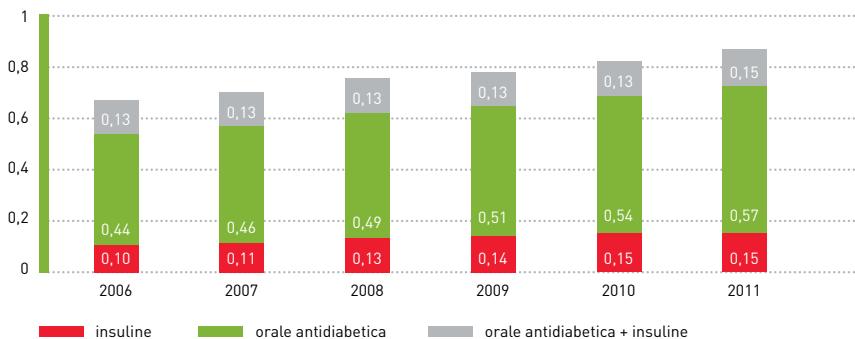
Van de andere groep, de GLP-1 agonisten, zijn liraglutide (Victoza) en exenatide (Byetta) beschikbaar. Beide middelen moeten subcutaan worden toegediend, waarmee het klassieke verschil tussen de behandeling met insuline, injecteren, en die met andere antidiabetica, orale inname, is verdwenen.

De SFK telde in 2011 bijna 43.000 verstrekkingen van liraglutide. Het aantal verstrekkingen van exenatide bleef met ruim 5.000 vrijwel stabiel ten opzichte van 2010.

Insulinegebruik

Mensen met diabetes mellitus type-1 en mensen met diabetes mellitus type-2 die het glucosegehalte in hun bloed niet meer met behulp van orale antidiabetica onder controle kunnen houden, gebruiken insuline. Het aantal gebruikers van insulines nam in 2011, net als in 2010, met 4% toe tot ongeveer 295.000. Uitgedrukt in DDD's bedroeg de stijging 2%. De al enige jaren zichtbare trend dat het gebruik van humane insulines afneemt ten gunste van de nieuwste insuline-analogen, heeft zich in 2011 verder doorgezet. Het aantal verstrekkingen van humane insulines, is in 2011 afgenomen tot 165.000 (-7%). Daartegenover staat een toename van het aantal voorschriften van insuline analogen met 65.000 tot bijna 1,6 miljoen (+4%). In totaal verstrekten apotheken ruim 1,7 miljoen keer een insuline.

2.6 Aantal gebruikers van diabetesmiddelen (in miljoenen)



In 2011 gebruikten ruim 860.000 mensen diabetesmedicatie. Ruim 150.000 mensen gebruikten zowel insuline als orale antidiabetica.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.5 Luchtwegmiddelen

Luchtwegmedicatie vaak een combinatie

Nederlandse apotheken verstrekten in 2011 bijna 7,4 miljoen keer een luchtweg-geneesmiddel. Dat is 4,3% meer dan het jaar daarvoor. De hiermee gepaard gaande kosten namen met 7,3% sterker toe, tot € 435 miljoen.

Ruim 10% van de Nederlandse bevolking gebruikte in 2011 een geneesmiddel bij luchtwegklachten. Dit aandeel is stijgende. Het aantal gebruikers van luchtwegmedicatie nam in 2011 toe met 60.000 (3,5%), terwijl volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de Nederlandse bevolking vorig jaar procentueel minder toenam (0,5%). De sterkere toename van het aantal gebruikers ten opzichte van de bevolkingsgroei kan worden verklaard door de vergrijzing. Naarmate de leeftijd vordert neemt het aandeel van de mensen dat luchtwegmedicatie gebruikt toe. Dit begint zo rond de leeftijd van 40 jaar.

Hogere kosten

Het totaal aantal verstrekkingen aan luchtwegmiddelen hield in 2011 met een toename van 4,3% ongeveer gelijke tred met het aantal gebruikers. De kosten namen sterker toe, met 7,3% tot € 435 miljoen. Het aantal verstrekkingen van luchtwegverwijder tiotropium (Spiriva) steeg met 90.000 tot meer dan een miljoen. Het middel was daarmee de grootste stijger en goed voor ongeveer een derde van de totale stijging aan verstrekkingen van luchtwegmedicatie. Ook qua kosten kent tiotropium met € 9,3 miljoen de grootste toename.

Van Seretide (combinatie van luchtwegverwijder salmeterol en ontstekingsremmer fluticason) namen de kosten met € 5,5 miljoen toe tot € 120 miljoen. Deze combinatie heeft met dat bedrag de meeste kosten binnen de groep luchtwegmiddelen. Opvallend bij de kostentoeenames is de derde plaats voor het combinatiepreparaat Foster (luchtwegverwijder formoterol met de relatief oude ontstekingsremmer beclometa-son). Het middel is in opmars: de toename van € 4,2 miljoen in 2011 komt neer op een stijging van 65%. Aan de andere kant van de reeks laat luchtwegverwijder salbutamol met een kostenafname van €1,4 miljoen de sterkste daling zien, terwijl dat gepaard gaat met een toename in het aantal verstrekkingen van 4,4%.

De kosten van de farmaceutische zorgverlening door apothekers, die samen met de kosten van de geneesmiddelen de uitgaven vormen, waren voor de luchtwegmedicatie, ondanks de toename van het aantal verstrekkingen, in 2011 gelijk aan die in 2010.

Combinaties

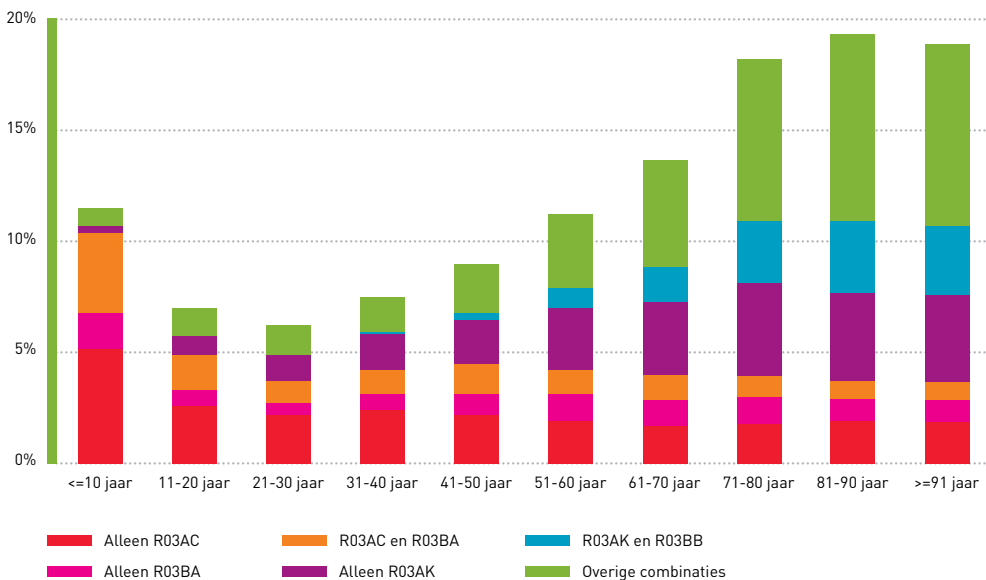
Mensen met luchtwegklachten gebruiken daarvoor niet zelden meer dan één geneesmiddel. In de handel zijn vaste combinaties beschikbaar. De meest gebruikte daarvan bestaan uit een

luchtwegverwijder en een ontstekingsremmer van het corticosteroïde-type, zoals de hierboven genoemde Seretide en Foster. Maar ook worden enkelvoudige geneesmiddelen door gebruikers gecombineerd. De SFK heeft onderzocht in welke combinaties de luchtwegmiddelen, op ATC4-niveau, worden toegepast en hoe dat is gerelateerd aan de leeftijd van de gebruiker. Een ATC4-groep omvat globaal alle middelen die chemisch verwant zijn en eenzelfde toepassing hebben. Zo hebben alle ontstekingsremmers van het corticosteroïde-type dezelfde ATC4-code: R03BA. Luchtwegverwijders die werkzaam zijn op het sympatisch deel van het zenuwstelsel hebben code R03AC (o.a. salbutamol, salmeterol), terwijl dat R03BB is voor de middelen die werkzaam zijn op het parasymphatisch deel (o.a. tiotropium).

De eerder genoemde combinaties van een luchtwegverwijder en een corticosteroïde vallen onder code R03AK.

Per gebruiker is per ATC4-groep bepaald of er een middel uit de betreffende groep is gebruikt. Zo blijkt een kwart van de gebruikers alleen een middel uit de groep luchtwegverwijders R03AC te gebruiken. 20% van de gebruikers neemt geen andere middelen dan een middel uit de groep met vaste combinaties R03AK. 13,5% van de gebruikers past naast het gebruik van een luchtwegverwijder uit groep R03AC ook een corticosteroïde als ontstekingsremmer toe (R03BA), terwijl 9,2% alleen zo'n laatste middel gebruikt. Deze cijfers gelden voor de gehele groep gebruikers van luchtwegmedicatie, per leeftijdscategorie variëren deze cijfers.

2.7 Gebruikers van luchtwegmedicatie per leeftijdscategorie (als percentage van de bevolking, 2011)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Minder therapietrouw

Patiënten die onderhoudsmedicatie voor astma/COPD gebruiken, zijn duidelijk minder therapietrouw dan bij andere geneesmiddelgroepen. In 2010 bedroeg het aandeel therapietrouwe patiënten van deze medicatie 64%. Dit betekent dat ruim een op de drie patiënten zijn onderhoudsmedicatie niet conform het doseringsadvies gebruikt. Uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM blijkt

dat veel astmapatiënten hun onderhoudsmedicatie naar eigen inzicht innemen, en dat 30% wel eens vergeet om regelmatig zijn geneesmiddelen te gebruiken. Het zijn met name de mensen met astma onder de 45 jaar die afwijken van het voorschrift. In deze groep gebruikt de helft zijn onderhoudsmedicatie volgens voorschrift, terwijl dit aandeel bij patiënten vanaf 65 jaar op 70% ligt.

2.8 Top 10 verstrekkingen van luchtwegmiddelen in 2011

	WERKZAME STOF	TYPE	VERSTREKKINGEN	UITGAVEN INCL. GVS (MILJOEN €)
1	Salbutamol	Lu	1.780.000	€ 24
2	Salmeterol met andere astma/ COPD-middelen	Co	1.250.000	€ 128
3	Tiotropium	Lu	1.010.000	€ 93
4	Formoterol met andere astma/ COPD-middelen	Co	900.000	€ 80
5	Fluticason	On	620.000	€ 24
6	Ipratropium	Lu	310.000	€ 7
7	Montelukast	Le	260.000	€ 16
8	Formoterol	Lu	210.000	€ 15
9	Beclometason	On	210.000	€ 9
10	Budesonide	On	180.000	€ 9

Lu = Luchtwegverwijder; On = Ontstekingsremmer (corticosteroïde); Co = Combinatie Lu + On;
Le = Leukotriënantagonist

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.6 Antidepressiva

Voornamelijk vrouwelijke antidepressivagebruikers

Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2011 voor het eerst meer dan een kwart miljard gestandaardiseerde dagdoseringen aan antidepressiva. Dat is 230% meer dan vijftien jaar geleden. Tweederde van de gebruikers van deze middelen is een vrouw.

Nederlandse apotheken verstrekken in 2011 262 miljoen DDD's aan antidepressiva. Dit betekent een stijging van 6% ten opzichte van 2010. In 1996 bedroeg dit aantal nog geen 80 miljoen.

.....
In vijftien jaar tijd is het gebruik van antidepressiva, uitgedrukt in DDD's, met 230% toegenomen.
.....

De met deze hoeveelheden antidepressiva gepaard gaande kosten ondergingen een omgekeerd effect. De materiaalkosten bedroegen in 1996 nog € 59 miljoen. In de jaren daarna hield de toename van de kosten in eerste instantie gelijke tred met de toename van het gebruik. In 2003 kwam hieraan een einde toen voor het eerst de kosten aan antidepressiva daalden en het gebruik bleef toenemen. In 2011 bedroegen de kosten € 47 miljoen, wat overeen komt met een daling van ongeveer 20% ten opzichte van 1996. In de hier genoemde kosten zijn de vergoedingen voor de werkzaamheden in de apotheek niet meegenomen. De totale uitgaven aan antidepressiva namen in 2011 toe tot € 93,8 miljoen.

SSRI's meest verstrekt

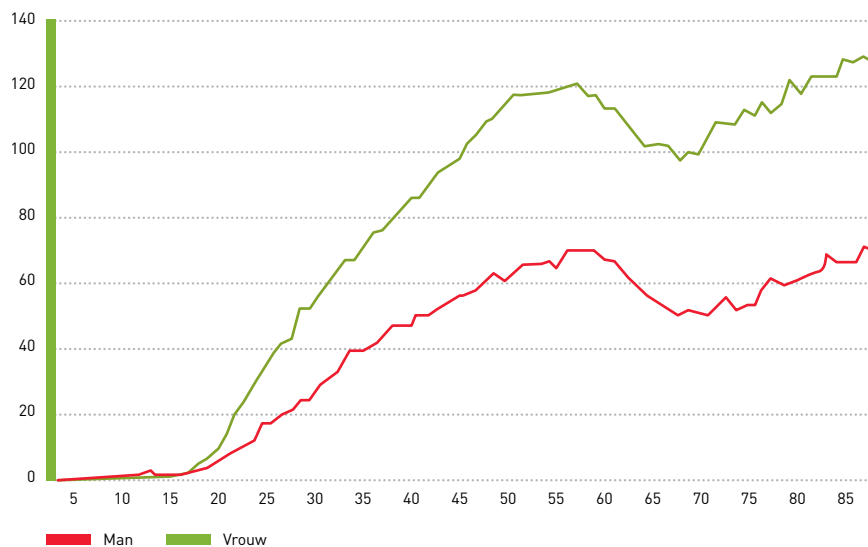
Uitgedrukt in DDD's namen in 2011 de selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI) paroxetine en citalopram met respectievelijk 23% en 16% de koppositie in binnen de antidepressiva. Gezamenlijk nemen de SSRI's verreweg het overgrote deel van de verstrekte hoeveelheid, 63%, voor hun rekening. De derde plaats is met 13% voor venlafaxine, dat tot de groep overige antidepressiva behoort. Deze groep is verantwoordelijk voor 24% van het aantal antidepressiva DDD's. De eerste niet-selectieve monoamine heropnameremmer (vroeger ook wel klassieke tricyclische of klassieke antidepressiva genoemd) is amitriptyline dat met een aandeel van 6% op de zesde plaats staat. In totaal komt deze groep uit op 12,5%. Geneesmiddelen uit deze laatste groep kennen ook andere toepassingen, zoals tegen nachtelijk bedplassen bij kinderen en bij chronische (neuropatische) pijn. De toename in het gebruik van de tricyclische antidepressiva is sinds 1997, in vergelijking met de twee andere groepen, met een jaarlijkse stijging van gemiddeld 2,5% beperkt te noemen.

Tweederde vrouw

In 2011 verstrekten openbare apotheken aan 1,1 miljoen verschillende mensen een anti-depressivum. Van de antidepressivagebruikers is ongeveer tweederde vrouw. Deze verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke gebruikers doet zich voor vanaf zestienjarigen en blijft daarna met het stijgen van de leeftijd praktisch ongewijzigd. Het blijkt dat het gebruik bij zowel vrouwen als mannen een maximum kent bij een leeftijd van ongeveer 56 jaar.

Op deze leeftijd gebruikt ongeveer 12% van de vrouwen en 7% van de mannen een antidepressivum. Hierna neemt het aantal gebruikers per leeftijdsjaar af. Vanaf de leeftijd van ongeveer 67 jaar neemt het aantal gebruikers, uitgedrukt als aandeel van de bevolking in hetzelfde levensjaar, weer toe tot een maximum bij de eind-tachtigers. Ongeveer de helft van de gebruikers is 53 jaar of ouder.

2.9 Aantal gebruikers van antidepressiva per 1.000 inwoners per leeftijdsjaar (eerste helft 2011)



Opmerkelijk lager aandeel antidepressivagebruikers onder 55-plussers.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.7 Antipsychotica

Nieuwe antipsychotica in opmars

Nederlandse apothekers verstrekten in 2011 aan bijna 350.000 verschillende personen een antipsychoticum. Dit is 5% meer dan in 2010. Uitgedrukt in DDD's steeg het gebruik in 2011 met 6%. Deze toename komt vooral op het conto van de relatief nieuwe antipsychotica quetiapine en aripiprazol.

De antipsychotica (ATC-code N05A) zijn onder te verdelen in de klassieke antipsychotica, en de atypische antipsychotica. Van de klassieke antipsychotica worden haloperidol (Haldol), zuclopentixol (Cisordinol), pimozide (Orap) en pipamperon (Dipiperon) nog het meest gebruikt. De atypische antipsychotica zijn inmiddels verantwoordelijk voor verreweg het grootste deel van het antipsychoticumgebruik. Voorbeelden uit de groep atypische antipsychotica zijn olanzapine (Zyprexa), quetiapine (Seroquel), risperidon (Risperdal), aripiprazol (Abilify) en clozapine (Leponex). De atypische antipsychotica hebben minder bijwerkingen. Tot de ATC-groep N05A behoort ook lithium. Dit is in tweeërlei opzichten een vreemde eend in de bijt. Chemisch gezien is het een metaal, terwijl de antipsychotica tot de organisch-chemische stoffen behoren. Daarnaast kent lithium, anders dan de andere middelen uit deze groep, een specifieke toepassing bij manische depressiviteit. Van alle 47 miljoen DDD's die apothekers in 2011 aan middelen uit de N05A-groep verstrekken nemen de atypische antipsychotica 60% voor hun rekening, en de klassieke antipsychotica 22%. Lithium is verantwoordelijk voor 18%.

Toename in gebruik

Het gebruik van antipsychotica is in de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen. Dit geldt zowel voor het aantal mensen dat de middelen gebruikt, als voor het gebruik uitgedrukt in het aantal verstrekte DDD's. Al jaren schommelen de gemiddelde toenamecijfers per jaar van deze groep middelen zo rond de 5%.

Het aantal gebruikers van middelen uit de genoemde ATC-groep bedroeg in 2011 bijna 350.000. Dat is een stijgingspercentage van 5%, wat gezien de afgelopen jaren een gemiddeld percentage is. Dit gemiddelde stijgingspercentage van 5% over de afgelopen jaren geldt ook voor de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder. Voor de leeftijdscategorieën 11 tot en met 20 jaar en 41 tot en met 60 jaar ligt de gemiddeld jaarlijkse stijging met ruim 6% iets hoger. De toename in de leeftijdsgroepen tot en met 10 jaar en tussen de 21 en de 40 jaar blijft beperkt tot ongeveer 3%.

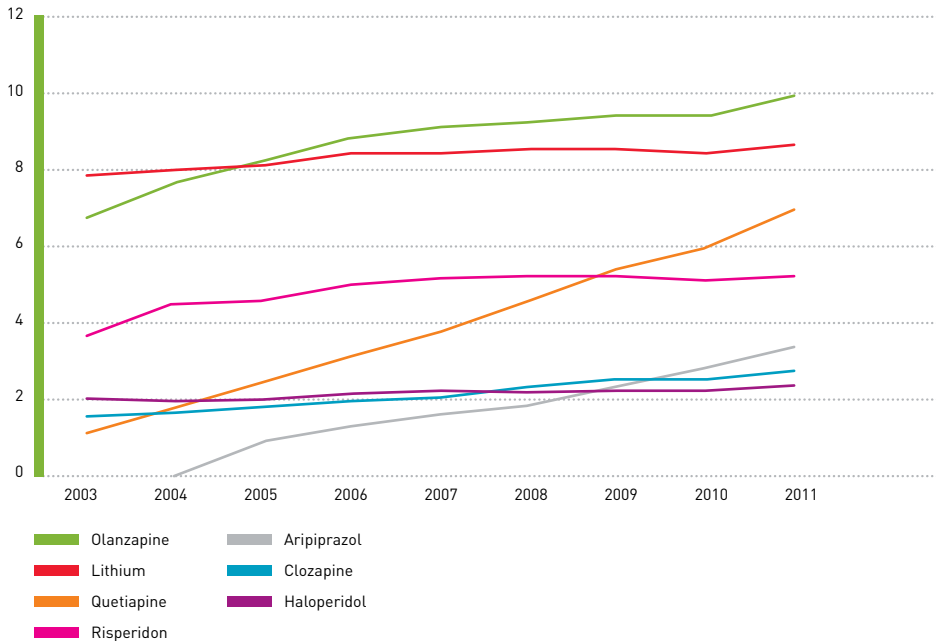
Quetiapine in opmars

Uitgedrukt in DDD's kent olanzapine al sinds enige jaren het grootste gebruik. De Nederlandse openbare apotheken verstrekten in 2011 9,8 miljoen DDD's. Binnen de genoemde ATC-

groep komt lithium met 8,5 miljoen DDD's op de tweede plaats, gevolgd door quetiapine met 6,9 miljoen DDD's. Van dit laatste middel vertoont het gebruik de laatste jaren een vrijwel continue stijging. Hetzelfde doet zich voor bij de relatieve nieuwkomer aripiprazol, die in 2011 uitkomt op 3,4 miljoen DDD's. Haloperidol is het klassiek antipsychoticum dat met 2,4 miljoen verstrekte DDD's het hoogste gebruik kent.

Hoewel DDD een goede maat is om het gebruik van geneesmiddelen te vergelijken, is het niet ongebruikelijk om ook wel daarvoor als maat het aantal verstrekkingen te gebruiken. Gerangschikt naar het aantal verstrekkingen neemt quetiapine de koppositie in en staat risperidon op de tweede plaats. Olanzapine komt pas op de derde stek en lithium op de vierde. In deze ranglijst zijn de verstrekkingen in weekdoseersystemen 1-op-1 meegenomen.

2.10 Ontwikkelingen in gebruik van antipsychotica (N05A) in miljoenen dagdoseringen per jaar



Van quetiapine en aripiprazol neemt het gebruik het sterkst toe.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

2.8 Niet of voorwaardelijk vergoede geneesmiddelen

Opnieuw toename voorwaardelijk vergoede geneesmiddelen

Nederlandse apotheken verstrekten in 2011 voor meer dan € 150 miljoen aan receptgeneesmiddelen die niet voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking kwamen. Dit bedrag neemt de laatste jaren toe. Aan anticonceptiemiddelen werd vorig jaar ruim € 64 miljoen niet vergoed.

Het overgrote deel van de receptgeneesmiddelen dat in Nederland beschikbaar is, wordt vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. De rest is van vergoeding uitgesloten of wordt slechts onder voorwaarden vergoed. Dit laatste geldt de afgelopen jaren voor meer en meer geneesmiddelgroepen. Receptgeneesmiddelen bij erectiestoornissen en bij beginnende kaalheid zijn al vele jaren volledig van vergoeding uitgesloten. Ze zijn niet in het Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) opgenomen. Dat geldt ook voor de geneesmiddelen die worden ingezet bij het stoppen met roken. Uitsluitend gedurende 2011 behoorden deze middelen tot de categorie geneesmiddelen die onder voorwaarden wel uit de basisverzekering werden vergoed.

Stoppen met roken

Met ingang van januari 2011 werden Stoppen-met-roken (SMR) programma's, waarin op gedragsverandering gerichte interventies op de voorgrond stonden, volledig vergoed uit de basisverzekering. Dat was ook het geval voor de receptplichtige en de niet-receptplichtige geneesmiddelen die stoppen met roken

ondersteunen, als ze binnen deze programma's werden toegepast. Omdat de vergoeding van deze geneesmiddelen niet uit het budget van de farmaceutische hulp werd gefinancierd, veranderde ook de vergoedingsstatus van de middelen niet. Zorgverzekeraars die de SMR-programma's moesten betalen, troffen speciale maatregelen om te kunnen controleren of de middelen volgens de voorwaarde binnen de SMR-programma's werden gebruikt. Eén van de vereisten was een verklaring van de behandelaar. Voor de verstrekking verwezen sommige grote verzekeraars hun verzekerden exclusief naar landelijk werkende apotheken. Per januari 2012 is de maatregel aangepast. De op gedragsverandering gerichte SMR-programma's blijven vergoed, maar de geneesmiddelen, die daarbij ter ondersteuning worden gebruikt, niet meer.

In 2011 registreerde de SFK een bedrag van € 18,6 miljoen aan uitgaven aan receptplichtige SMR-middelen, waarbij het, gelet op het bovenstaande, de SFK niet bekend is wie uiteindelijk de rekening hiervoor betaalde, de potentiële stopper zelf of de verzekeraar.

Anticonceptiva

Vanaf 2011 vallen ook de anticonceptiva onder de voorwaardelijke vergoeding. Voor vrouwen vanaf 21 jaar komen anticonceptiva niet meer voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking. Voor deze groep vrouwen bedroegen in 2011 de uitgaven aan orale anticonceptiva € 46,2 miljoen en die aan lokale anticonceptiva € 18 miljoen. Anticonceptiva komen wel voor rekening van de basisverzekering, namelijk als ze door vrouwen vanaf 21 jaar worden toegepast bij een aantal specifieke indicaties, waarbij anticonceptie niet het doel is. Omdat de SFK niet over de reden van voorschrijven beschikt is niet bekend hoe groot dat deel is.

Slaap en kalmering

Sinds 2010 worden slaap- en kalmeringsmiddelen niet meer vergoed, tenzij ze worden gebruikt bij een aantal specifieke toepassingen. Van de uitgaven aan slaapmiddelen kwam in 2011 een bedrag van € 26 miljoen niet voor vergoeding in aanmerking. Voor de kalmeringsmiddelen was dat € 24,7 miljoen. Voor beide was dit een geringe daling ten opzichte van 2010. In dat jaar bedroegen die uitgaven respectievelijk € 27 miljoen en € 26,6 miljoen.

Overige

Geneesmiddelen bij erectiestoornissen komen nimmer voor vergoeding in aanmerking, evenals die bij beginnende kaalheid. Aan deze geneesmiddelen werd respectievelijk € 20 miljoen en € 3 miljoen uitgegeven. Ook geneesmiddelen die profylactisch worden toegepast bij reizen naar verre landen worden niet vergoed. In 2011 werd € 10,7 miljoen aan malariaprofylaxe en € 1 miljoen voor injecties tegen bacteriële infecties (tyfus) en virale infecties (gele koorts) uitgegeven. Tot slot verstrekten apotheken in 2011 voor € 350.000 aan 'gewone' griepinjecties aan mensen die niet aanmerking komen voor deelname aan de landelijke griep prikcampagne.

2.11 Uitgaven (in miljoenen €) aan receptgeneesmiddelen in 2011 die niet uit de basisverzekering werden vergoed

GENEESMIDDELGROEP	BEDRAG
Orale anticonceptiva	€ 46,2
Slaapmiddelen	€ 26,0
Kalmeringsmiddelen	€ 24,7
Middelen bij erectiestoornissen	€ 20,0
Middelen bij stoppen met roken (zie tekst)	€ 18,6
Lokale anticonceptiva	€ 18,0
Malariamiddelen (reizigersproftaxe)	€ 10,7
Middelen bij beginnende kaalheid	€ 3,0
Tyfus vaccins (reizigersproftaxe)	€ 0,8
Virale vaccins (griepinjectie en gele koorts)	€ 0,6

Orale anticonceptiva voeren de lijst van 'zelfbetalers' aan.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3

Apotheekbedrijf

3.1 Zelfstandige apotheken versus ketens

Nauwelijks groei in aantal apotheken

Op 1 januari 2012 telde Nederland 1.997 openbare apotheken, 17 meer dan het jaar daarvoor. Er zijn vorig jaar 41 nieuwe apotheken bijgekomen, terwijl er 24 sloten. Deze lichte stijging van het aantal apotheken blijft echter achter bij de toename van het geneesmiddelgebruik. Het aandeel openbare apotheken in eigendom van ketens is 1% teruggelopen.

Nadat het aantal apotheken in 2010 nagenoeg gelijk was gebleven, is het aantal apotheekvestigingen in 2011 per saldo met zeventien toegenomen. Dit komt neer op een stijging van 0,8%. Gerelateerd aan de groei van het geneesmiddelgebruik is deze toename beperkt. De hoeveelheid verstrekte geneesmiddelen per apotheek, uitgedrukt in standaarddagdoseringen (DDD), steeg namelijk met 3,5%. Deze stijging van het aantal verstrekte DDD's per apotheek was groter dan in de jaren daarvoor.

Openingen en sluitingen

Sinds de versoepeling van de wet- en regelgeving met betrekking tot de eisen die van overheidswege zijn gesteld aan het exploiteren van een apotheek, zijn er ook steeds meer apotheken gekomen die zich richten op een specifieke vorm van dienstverlening.

.....
Waar eerder juist bij deze gespecialiseerde apotheken een sterke groei zat, lijkt dit vanaf 2010 niet meer het geval te zijn.
.....

Ook in 2011 kwamen er relatief weinig gespecialiseerde apotheken bij. Onder de 41 nieuwe vestigingen van afgelopen jaar bevonden zich zes poliklinische apotheken. Dit is aanzienlijk minder dan de veertien poliklinische apotheken die in 2009 hun deuren openden. Ook de behoefte aan dienstapotheken lijkt te zijn vervuld, want evenals in 2010 bleef het aantal dienstapotheken ongewijzigd. Het aantal apotheken dat in 2011 definitief dicht ging, is met 24 lichtelijk lager dan de jaren ervoor, toen achtereenvolgens 28, 29 en 31 apotheken de deuren voorgoed op slot deden.

Ketens en formules

Het aandeel van apotheken in eigendom van een keten binnen het totaal aantal openbare apotheekvestigingen bedroeg in 2011 31%. Dat is 1% minder dan in 2009 en 2010. Gemeen naar apotheekvestigingen die in bezit zijn van een keten bleef Mediq de grootste keten. Dit bedrijf heeft zo'n 220 apotheken in eigendom. Daarnaast voeren ruim twintig zelfstandige apothekers als franchisenemer

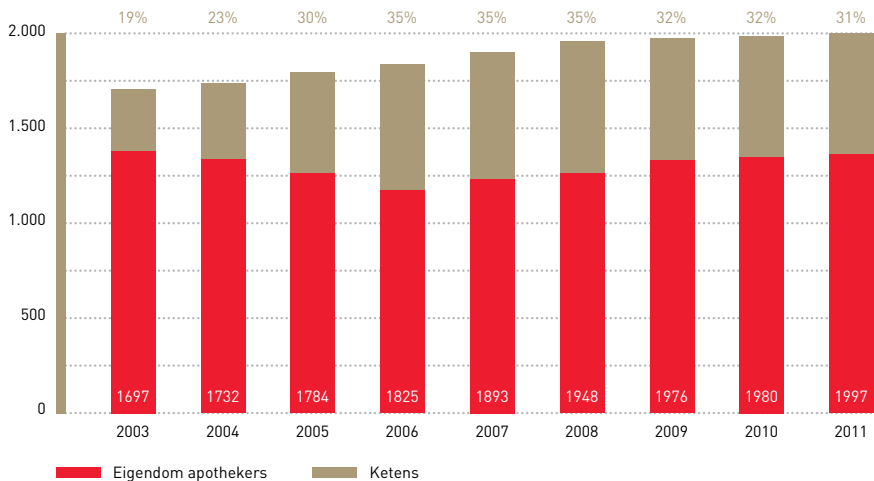
de Mediq-formule. De in 2010 gefuseerde ketens van Escura Apotheken en LLOYDS Apotheken vormen met 120 apotheken in eigendom en 40 franchisenemers de tweede apotheekketen van Nederland. Eind 2011 werd bekend gemaakt dat beide ketens, onderdeel van groothandel Brocacef Holding, in 2012 verdergaan onder de naam BENU. In 2011 had Alliance Healthcare 74 apotheken in eigendom. Deze apotheken zijn in het straatbeeld als Kring-apotheek herkenbaar, net zoals de zelfstandige apotheken die bij Alliance Healthcare zijn aangesloten. In totaal maken zo'n 260 apotheken gebruik van de Kring-formule. Daarnaast heeft Alliance Healthcare het internationale Boots apotheekconcept in Nederland verdubbeld van 9 naar 18 vestigingen. Tot slot nemen ruim 300 zelfstandige apotheken deel aan de Service apotheek formule. In totaal is circa 55% van alle apotheken aangesloten bij een keten of een

formule. De grote ketens Mediq, BENU en Alliance Healthcare zijn, samen met kleinere apotheekketens Medsen Apotheek (42 apotheken), Thio Pharma (25), Zorggroep Almere (15) en SAL apotheken (11), aangesloten bij de ASKA, Associatie van Ketenapotheken.

Samenwerking zelfstandige apotheken

Naast de eerder genoemde samenwerkingsvormen, bundelen ook steeds meer zelfstandige apotheken hun krachten. De Nederlandse Apotheek Coöperatie (Napco), die opkomt voor de belangen van de zelfstandig gevestigde apotheek, is gegroeid van 619 naar 634 leden. 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 apotheek vestigingen, de herhaalmedicatie.

3.1 Ontwikkeling van het aantal openbare apotheken, 2003 – 2011



Na een stagnatie in 2010 nam het aantal apotheken in 2011 licht toe. Het aandeel ketenapotheken is iets teruggelopen ten opzichte van de zelfstandige apotheken.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.2 Omzet openbare apotheek

Apotheken herkennen zich niet in gemiddelde

De omzet aan pakketgeneesmiddelen van de gemiddelde apotheek is met € 2,5 miljoen nagenoeg gelijk aan die van 2010. Ondanks de verlaging van de maximumtarieven van € 7,91 naar € 7,50 bleven de inkomsten uit de receptregelvergoeding gelijk.

Het afgelopen jaar verstrekke de gemiddelde openbare apotheek 105.000 keer een geneesmiddel dat in het basispakket is opgenomen. Dit zijn 8.100 voorschriften meer dan in 2010, ofwel een stijging van 8%. Deze groei wordt gedeeltelijk veroorzaakt door een toename van het geneesmiddelengebruik en ook deels door de toename van het aantal verstrekkingen in een weekdoseersysteem. Vergeleken met de groei in aantal verstrekkingen laat de ontwikkeling van de apotheekomzet een heel ander beeld zien. De omzet van de gemiddelde openbare apotheek aan pakketgeneesmiddelen bedroeg in 2011 € 2.515.000. Dit is een beperkte toename van € 26.000, ofwel een stijging van 1%, ten opzichte van 2010. De materiaalkosten voor receptplichtige geneesmiddelen vormen de grootste component van de omzet en kwamen uit op € 1.871.000. Ten opzichte van het voorafgaande jaar betreft dit een toename van € 24.000, ofwel 1,3%. De meeste apotheken zullen zich niet in dit gemiddelde beeld herkennen. Een belangrijk deel van de toename van de geneesmiddelenkosten kan worden toegeschreven aan de dure geneesmiddelen. Deze uitgavengroei gaat vrijwel geheel aan de reguliere (wijk)apotheek voorbij.

Tariefinkomsten gelijk

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verlaagde de maximumtarieven voor farmaceutische zorg van € 7,91 in 2010 naar € 7,50 in 2011. Dit tarief is gebaseerd op de praktijkkostenvergoeding van een door de NZa gedefinieerde standaardapotheek van € 620.602. Dit betreft niet de totale praktijkkosten van een apotheek, maar het bedrag dat de NZa heeft toegerekend aan de aflevering van receptgeneesmiddelen. De tariefinkomsten moeten samen met de inkoopvoordelen (na aftrek van de claw back) en de inkomsten uit de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen, hulpmiddelen en handverkoop de dekking voor de praktijkkosten vormen.

.....
De verlaging van de praktijkkostenvergoeding is vooral het gevolg van de in de apotheek doorgevoerde bezuinigingen.
.....

Apotheken werden hiervoor door de NZa met een lager tarief gehonoreerd. Daarnaast wijzigde de NZa de systematiek van toerekening voor het tweede achtereenvolgende jaar en eveneens voor het tweede opeenvolgende jaar in het nadeel van apotheekhoudenden. Ondanks de lagere maximumtarieven per verstrekking waren de tariefinkomsten voor

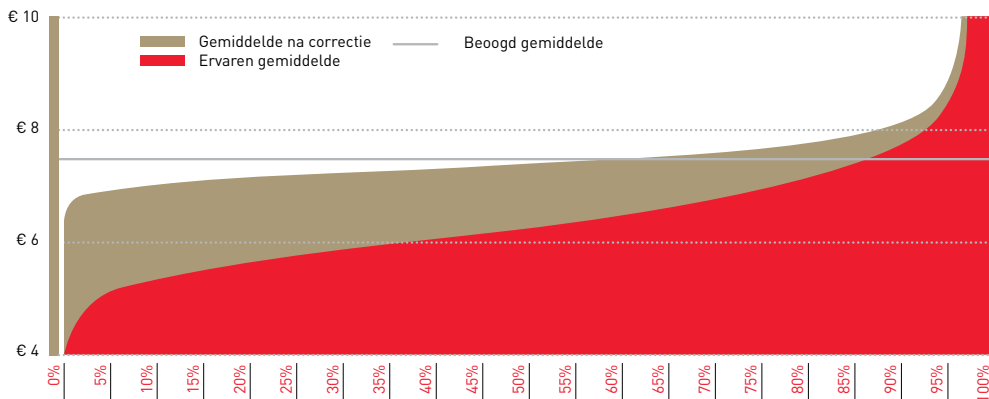
het verstrekken van receptplichtige geneesmiddelen in 2011 gelijk aan die van 2010, door een hoger aantal afleveringen.

Meeste apotheken onder gemiddelde

In de praktijk ervoer 86% van de apotheken een lager tarief dan het door het NZa beoogde gemiddelde van € 7,50. Het ervaren gemiddelde is de opbrengst van alle door de NZa onderscheiden prestaties tegen maximumtarieven gedeeld door het aantal WMG-verstrekkingen.

Hierbij is geen rekening gehouden met eventuele inkomsten uit plus-contractvarianten. Voor de vergelijking met het door de NZa beoogde gemiddelde dient het totaal aantal verstrekkingen echter te worden teruggerekend naar het aantal volgens de oude tariefsystematiek, door het aantal weekuitgiftes te delen door twee en op te tellen bij het aantal basisuitgiften. Als hiervoor wordt gecorrigeerd, kwam 61% van de apotheken op een lager dan gemiddeld tarief uit.

3.2 Percentage openbare apotheken met gerealiseerd gemiddeld tarief over 2011



61% van de apotheken had een lager tarief dan het door het NZa beoogde gemiddelde.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.3 Receptregelvergoeding

Vrije tarieven leiden tot inkomstdaling in 2012

Het loslaten van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor de dienstverlening door apotheken zal in 2012 naar verwachting leiden tot een daling van de tariefinkomsten voor de gemiddelde apotheek van € 27.000. Nieuwe prestaties kunnen deze daling voor een deel compenseren, maar worden niet altijd door verzekeraars financieel gehonoreerd.

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 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en haar rechtsvoorgangers periodiek kostenonderzoek verrichten. Meerdere malen hebben de KNMP en andere apotheekorganisaties aangegeven het oneens te zijn met de wijze waarop de NZa het tarief berekent. De rekensystematiek van de NZa en wijzigingen hierin komen in het nadeel van apotheekhoudenden uit. Diverse apotheken zien hierdoor hun financiële continuïteit bedreigd; zeker nu zij inkoopvoordelen hebben zien verdwijnen als gevolg van de invoering van het preferentiebeleid.

Vastgestelde maximumtarieven

In juli 2008 introduceerde de NZa een nieuw tariefsysteem voor apotheekhoudenden. Voor openbare apotheken houdt dit systeem in dat de vaste vergoeding per afgeleverd recept-

geneesmiddel is losgelaten. Het nieuwe systeem maakt onderscheid tussen basisprestaties en aanvullende prestaties met bijbehorende maximumtarieven. Tot de basisprestaties behoren de levering van een reguliere uitgifte en de levering van een weekuitgifte, ieder tegen een eigen vastgesteld maximumtarief. 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- of zondagsdienst. In de afgelopen jaren heeft de NZa telkenmale de vergoeding voor de dienstverlening door apotheekhoudenden verlaagd, zowel voor basisprestaties als voor de aanvullende prestaties.

Naast het maximumtarief kende de tariefbeschikking van de NZa ook een maximaal verhoogd tarief. In theorie werd apotheken hiermee de mogelijkheid geboden om met verzekeraars afspraken te maken tot het niveau dat de NZa als kostendekkend beschouwt. De NZa introduceerde dit systeem onder de noemer “flexibel tarief” teneinde de onderhandelingen tussen apothekers en verzekeraars

te stimuleren. Dit systeem diende als voorbode voor een stelsel van vrije prijzen voor de extramurale farmacie in 2012.

Vrije prijzen

Vanaf 1 januari 2012 geldt een nieuwe prestatiebekostiging in de farmacie. De prijzen voor prestaties door apothekhoudenden worden niet langer centraal door de NZa vastgesteld, maar zijn vrij onderhandelbaar. In de laatste weken van 2011 hebben zorgverzekeraars contracten aan apothekers voorgelegd met daarin de vergoeding voor de dienstverlening. Op basis van deze contracten kan een beeld worden geschetst van de gevolgen voor de tariefinkomsten voor apothekers. Omdat de SFK geen zicht heeft op alle contractvarianten in de markt, is het geschetste beeld indicatief. De huidige prestaties die betrekking hebben op het ter hand stellen van geneesmiddelen door apothekers komen terug in de nieuwe prestatiebekostiging. Voor deze prestaties laten de door zorgverzekeraars aangeboden contracten voor een gemiddelde apotheek een tariefdaling zien van 4,4%. Dit komt voor de gemiddelde apotheek neer op ruim € 27.000. De SFK heeft per deelnemende apotheek de wijziging in de tariefinkomsten berekend op basis van het verschil tussen de in 2011 geldende maximumtarieven die de NZa heeft vastgesteld en de tarieven zoals die in de nieuwe contracten worden aangeboden. De berekening is verder gebaseerd op de verstrekking van de receptplichtige geneesmiddelen uit het basispakket die de apotheken in 2011 bij zorgverzekeraars hebben gedeclareerd.

Tariefdaling varieert

De mate waarin apotheken hun tariefinkomsten naar verwachting zullen zien afnemen, kent een relatief grote variatie tussen de apotheken. Een kwart van de apotheken zal de tariefinkomsten tussen de 4,7% en de 6,7% zien dalen, voor de helft ligt dit tussen de 4,0% en de 4,7%, en bij een kwart tussen de 4,0% en de 2,0%. Deze verschillen zijn voor een groot deel terug te voeren op het aandeel dat de verschillende zorgverzekeraars in de praktijkpopulatie hebben. Daarnaast blijkt dat in de eerstgenoemde groep vooral apotheken voorkomen met relatief veel weekuitgiftes. Zorgverzekeraars laten in het algemeen hun vergoeding voor de weekuitgiftes naar verhouding sterker dalen dan die voor de standaarduitgiftes. De groep die er het minst op achteruit gaat, omvat veel dienstapotheken en gewone apotheken met relatief weinig weekuitgiftes. Bij de berekening is geen rekening gehouden met de plus-contractvarianten van verzekeraars in 2011 en in 2012. Een deel van de apotheken komt in 2012 onder voorwaarden voor hogere tarieven in aanmerking. Dat compenseert voor een deel de achteruitgang in de tariefinkomsten. Apotheken die in 2011 al hogere tarieven met zorgverzekeraars waren overeengekomen, zullen echter een grotere terugval in tariefinkomsten ondervinden als ze niet opnieuw een pluscontract kunnen afsluiten.

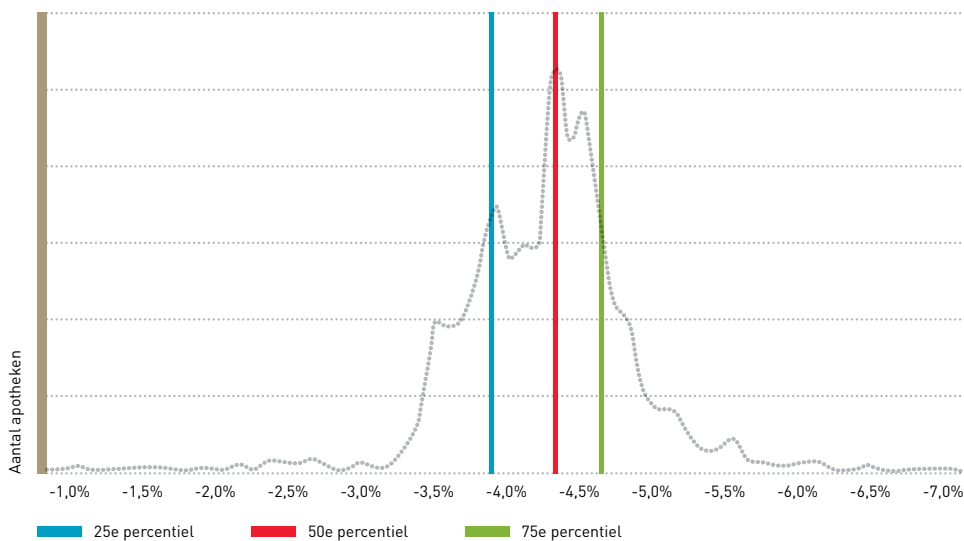
Nieuwe prestaties niet altijd vergoed

Met de nieuwe systematiek voor de prestatiebekostiging zijn ook nieuwe, niet aan geneesmiddelverstrekkingen gerelateerde prestaties geïntroduceerd. Een deel van deze prestaties behoort tot de vergoedbare zorg in het basispakket en zijn door zorgverzekeraars gecontracteerd. Dit omvat onder meer het uitvoeren

van een medicatiebeoordeling, het instrueren van het gebruik van een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel en het juist niet verstrekken van een door de arts voorgeschreven geneesmiddel, als de apotheker constateert dat dit niet bij de patiënt past. Sommige zorgverzekeraars hebben een nultarief voor deze prestaties vastgesteld en stellen dat de bekostiging van

deze prestaties is inbegrepen in de vergoeding van de prestaties van de terhandstelling van geneesmiddelen. Andere verzekeraars hebben wel tarieven vastgesteld voor de betreffende prestaties. Door het uitvoeren van deze prestaties zal de door de SFK berekende achteruitgang van de tariefinkomsten enigszins lager uitvallen.

3.3 Verwachte procentuele mutatie tariefinkomsten in 2012 ten opzichte van 2011 voor huidige prestaties



De daling van de tariefinkomsten zal naar verwachting sterk uiteenlopen tussen openbare apotheken.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.4 Personeel en werkdruk

Arbeidsproductiviteit verder gestegen

De verwerkingsgraad is in 2011 gestegen tot 22.185 voorschriften per fulltime apothekersassistent. Gerelateerd aan alle apotheekmedewerkers komt de verwerkingsgraad uit op 16.400. De verwerkingsgraad is een maat voor de arbeidsproductiviteit in de apotheek.

De verwerkingsgraad is het aantal voorschriften dat een fulltime apothekersassistent gemiddeld op jaarbasis verwerkt. Jarenlang werd dit beschouwd als de maat voor de werkdruk in de apotheek. Door ontwikkelingen in de apotheekbranche in de afgelopen jaren is de verwerkingsgraad een steeds minder goede graadmeter voor de werkdruk geworden. Bij die ontwikkelingen moet gedacht worden aan het centraliseren en uitbesteden van werkzaamheden, zoals de magistrale bereiding van geneesmiddelen, het geautomatiseerd op naam van de patiënt verpakken van geneesmiddelen in porties per moment van inname, smart- en central filling. De rekenwijze zoals de SFK die aanhoudt voor de verwerkingsgraad zegt hiermee eerder iets over de arbeidsproductiviteit in de apotheek, die ieder jaar weer verder toeneemt.

Verwerkingsgraad stijgt

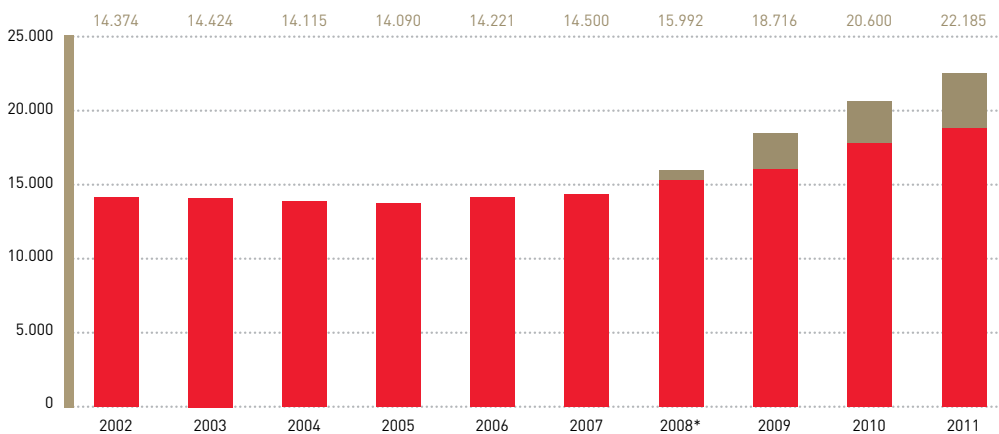
De SFK baseert de verwerkingsgraad op het aantal verstrekkingen van WMG-geneesmiddelen en buiten-WMG-geneesmiddelen die op recept worden voorgeschreven, ongeacht of deze vergoed worden door de zorgverzekeraar. De verstrekking van medische hulpmiddelen

zoals diabetestestmaterialen, incontinentiematerialen en verbandmiddelen, maar ook de handverkoop van (niet-)geneesmiddelen worden hierin niet meegenomen. Weekleveringen die sinds de invoering van de gedifferentieerde tariefstructuur medio 2008 als aparte verstrekkingen worden geregistreerd, tellen bij de verwerkingsgraad volledig mee. Sinds een aantal jaren laat de verwerkingsgraad een gestage maar duidelijke groei zien. In 2011 kwam de verwerkingsgraad uit op gemiddeld 22.185 voorschriften per fulltime apothekersassistent, een stijging van 1.585 (7,5%) ten opzichte van 2010. Deze stijging is enerzijds toe te schrijven aan een toename van het geneesmiddelengebruik en anderzijds aan de toename van het aantal weekafleveringen.

Personeel

Op 1 januari 2012 waren er volgens opgave van het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (PMA) 16.458 personen werkzaam als apothekersassistent in een openbare apotheek. Dit is een toename van 255 personen (+1,6%), nadat in 2010 het aantal apothekersassistenten met 2,1% afnam. Ondanks de toename van het aantal assistenten is het totaal aantal contracturen

3.4 Ontwikkeling verwerkingsgraad in de openbare apotheek

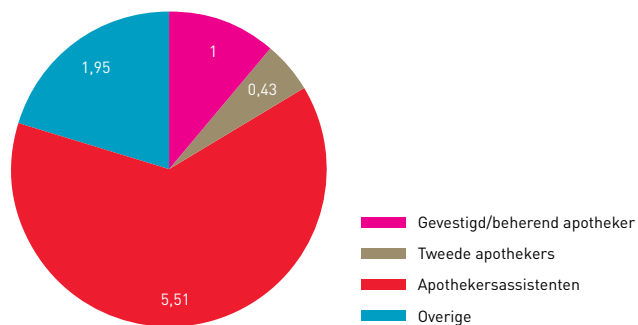


*Vanaf juli 2008 tellen weekafleveringen één-op-één mee in de vaststelling van de verwerkingsgraad. Het verschil ten opzichte van de jaren daarvoor wordt uitgedrukt met de bruine delen van de kolommen.

De sinds 2008 telkens stijgende verwerkingsgraad geeft een indruk van de arbeidsproductiviteit in de apotheek.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.5 Aantal medewerkers in een gemiddelde apotheek in 2011 (in FTE)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

in 2011 gelijk gebleven aan dat in 2010. De gemiddelde werkweek is het afgelopen jaar dan ook teruggelopen van 24,3 uur naar 24,1 uur. Het aantal medewerkers in openbare apotheken dat niet officieel apothekersassistent is, is toegenomen van 6.928 tot 7.270 personen (+4,9%). Ondersteunende medewerkers kunnen ook worden ingezet bij werkzaamheden in de apotheek die de verwerkingsgraad bepalen. Als de verwerkingsgraad wordt uitgedrukt als het aantal voorschriften per fulltime apotheek-medewerker komt die voor 2011 uit op 16.400, dat is 1.000 meer dan in 2010.

De verlaging van de tarieven die apothekers voor hun dienstverlening in rekening mogen brengen, de uitbreiding van het preferentie-beleid door zorgverzekeraars en een verzwaring van de administratieve lasten, zorgen voor

een sterke financiële en administratieve druk bij apotheken (onderzoeksrapport KNMP, Veranderingen in de farmaceutische zorg: de gevolgen in beeld, 14 maart 2012). Terwijl de vraag naar geneesmiddelen en farmaceutische zorg verder oploopt, blijkt dat de werkgelegenheid in de branche stagneert.

.....
Gemiddeld genomen zijn de inkomsten van openbare apotheken het afgelopen jaar niet toegenomen, wat voor veel apotheken personeelsuitbreiding onmogelijk maakt.
.....

Dit vertaalt zich ook in een hogere ervaren werkdruk in de apotheek, waardoor de farmaceutische patiëntenzorg steeds verder in de knel dreigt te komen en de tevredenheid met het werk afneemt.

3.5 Arbeidsmarkt apothekers

Arbeidsmarkt stagneert

Ondanks een sterke instroom van pas afgestudeerde apothekers is het aantal apothekers in de openbare farmacie in 2011 ongewijzigd gebleven. In de openbare apotheken blijft de vraag om farmaceutische zorg evenwel toenemen. De animo voor de studie farmacie lijkt aan te trekken.

Terwijl de groei in de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers al twee jaar stagneert en de branche zich financieel in zwaar weer bevindt, lijkt dit de aankomende studenten niet tegen te houden om zich aan te melden voor de studie farmacie en farmaceutische wetenschappen. Ultimo 2011 stonden er 586 personen ingeschreven als eerstejaarsstudent aan de farmaceutische opleidingen in Utrecht (339), Groningen (138) en Leiden (109). Hiermee overtreft het aantal eerstejaars het record van 516 ingeschrevenen uit 2008 ruimschoots. Deze sterke toename komt volledig voor rekening van de Utrechtse faculteit, waar in 2011 de numerus fixus voor de farmaceutische opleiding is afgeschaft. Dit leidde het afgelopen jaar tot bijna een verdubbeling van het aantal eerstejaarsstudenten. Als het aan de Utrechtse opleiding ligt, wordt de situatie weer snel teruggedraaid, want de faculteit heeft een aanvraag ingediend om in 2013 opnieuw een numerus fixus te mogen hanteren.

Minder studenten

Volgens de universiteiten stonden aan het begin van dit jaar 2.582 studenten aan de drie farmaceutische opleidingen in Nederland ingeschreven. Dit zijn er, ondanks de sterke toename van het aantal eerstejaarsstudenten, 155 minder dan een jaar eerder. De faculteit

farmaceutische wetenschappen in Utrecht is de grootste opleidingsplaats in ons land en telde in 2011 1.374 studenten. Het aantal farmaciestudenten in Utrecht is hiermee met 100 afgenomen ten opzichte van 2010. In Groningen nam het aantal studenten aan de farmaceutische opleiding met een vergelijkbaar aantal af van 907 tot 805 ingeschrevenen. Alleen het aantal studenten dat de opleiding Bio-Farmaceutische Wetenschappen in Leiden volgt, is naar verhouding aanzienlijk gegroeid. In totaal volgden 403 personen deze studie, 47 studenten meer dan een jaar eerder. De Leidse opleiding leidt niet op tot apotheker, maar tot wetenschappelijk onderzoeker op het terrein van geneesmiddelen. Ook farmaciestudenten in Groningen en Utrecht kunnen deze studierichting kiezen.

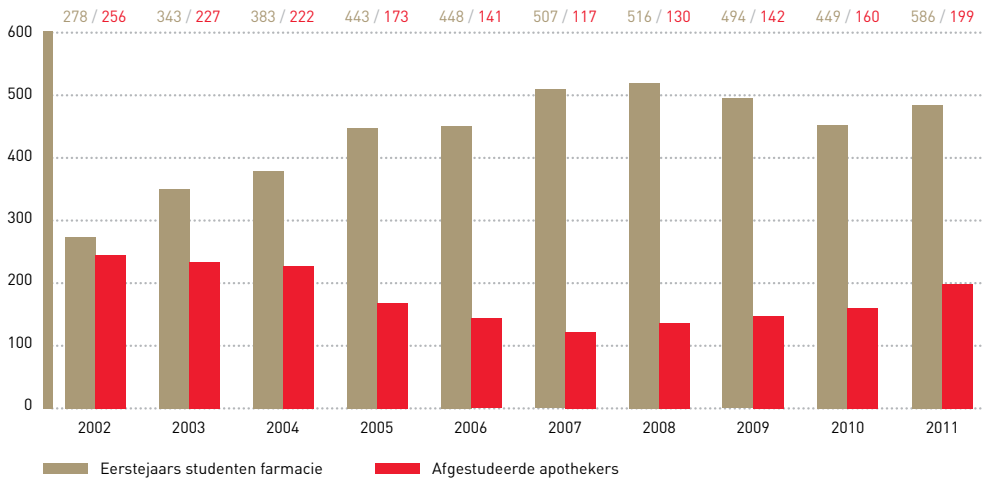
Meer vrouwelijke apothekers

Het aantal personen dat de farmaceutische faculteiten in Utrecht en Groningen met een apothekersdiploma verlaat, is vanaf 2008 aan het stijgen. Het afgelopen jaar legden 199 personen met succes hun masterexamen farmacie af, 39 personen meer dan in 2010. Deze toename heeft te maken met een opleving van de belangstelling voor de studie farmacie vanaf 2002, na een dip in de periode 1999-2001.

Veel van de recent afgestudeerde apothekers zijn hun studie rond 2005 begonnen. Vanwege de toegenomen populariteit van de studie in de jaren daarna, is te verwachten dat de instroom van apothekers op de arbeidsmarkt ook de komende jaren zal groeien.

Een trend die al enkele jaren gaande is, is de feminisering van de farmacie. Sinds enkele jaren vormen vrouwen 60% van de studentenpopulatie farmacie en farmaceutische wetenschappen. Van de in 2011 afgestudeerde apothekers is maar liefst 69% vrouw.

3.6 Aantallen eerstejaarsstudenten farmacie en afgestudeerde apothekers (periode 2002-2011)



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. Het aantal eerstejaarsstudenten heeft in 2011 een nieuw hoogtepunt bereikt.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Zorgbalans

De toename van het aantal afgestudeerde apothekers leidt echter niet tot meer apothekers in de openbare farmacie. Van de recent afgestudeerde apothekers kiest zo'n 70%, ofwel 140 personen, voor de openbare farmacie. Het afgelopen jaar bedroeg het aantal werkzame behorend en tweede apothekers 2.859, één persoon meer ten opzichte van 2010. Omdat naast de instroom van 140 personen er op één na evenveel openbaar apothekers het actieve vak verlieten, is het aantal werkzame openbaar apothekers praktisch gelijk gebleven. Het is de vraag in hoeverre de huidige en toekomstige lichten apothekers voldoende tegenwicht kunnen bieden aan de almaar toenemende zorgvraag. Uitgedrukt in het aantal door openbare apotheken verstrekte standaarddoseringen

(DDD) lag de zorgvraag vorig jaar 6,4% hoger dan in 2010. Het leidt geen twijfel, dat de kwaliteit van de farmaceutische zorgverlening onder druk komt als zorgvraag en zorgaanbod uit balans raken.

.....
Door de druk die ontstaat vanwege de lagere tarieven voor 2012 wordt het apotheken onmogelijk gemaakt om verder te investeren in hun farmaceutische diensten.
.....

Nieuwe prestaties die los staan van de levering van geneesmiddelen, zoals het houden van medicijngesprekken met patiënten die veel geneesmiddelen gebruiken, of het uitvoeren van medicatiereviews van patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis of daaruit terugkeren, worden overwegend niet vergoed door zorgverzekeraars.

3.7 Aantal personen dat werkzaam is in de openbare apotheken

	2007	2008	2009	2010	2011
Apotheken	1.893	1.948	1.976	1.980	1.997
Apothekers	2.871	2.912	2.877	2.858	2.859
Apothekersassistenten	16.027	16.312	16.548	16.203	16.458
Overige	5.809	6.436	6.657	6.928	7.270

Sinds 2009 zit er geen groei in de arbeidsmarkt voor openbaar apothekers.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4

Kerncijfers 2011

farmaceutische hulp

Kerncijfers farmaceutische hulp binnen het wettelijk verzekerde pakket in 2011

	NEDERLAND	GEMIDDELD PER APOTHEEK	GEMIDDELD PER PERSOON
Omzet farmaceutische hulp	€ 5.001 miljoen	€ 2.515.000	€ 325
waarvan GVS-bijdragen	€ 41 miljoen	€ 21.000	€ 3
Geneesmiddelenkosten	€ 3.720 miljoen	€ 1.871.000	€ 242
WMG-geneesmiddelen	€ 3.617 miljoen	€ 1.819.000	€ 235
Buiten-WMG-geneesmiddelen	€ 103 miljoen	€ 52.000	€ 7
Apotheekvergoeding	€ 1.281 miljoen	€ 644.000	€ 83
Receptregelvergoeding	€ 1.240 miljoen	€ 623.000	€ 80
Marge Buiten-WMG*	€ 41 miljoen	€ 21.000	€ 3
Voorschriften	209 miljoen	105.000	13,6
WMG-geneesmiddelen	200 miljoen	100.600	13,0
Buiten-WMG geneesmiddelen	9 miljoen	4.400	0,6
Patiënten	15,4 miljoen	7.700	-

* 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 2012 is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit deze brochure is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, augustus 2012.

ISBN 978-90-817780-0-8

Samenstelling

drs. A.M.G.F. Griens
ir. J.M. Janssen
drs. J.D.L. Kroon
drs. ing. J.S. Lukaart
R.J. van der Vaart

Ontwerp

Basement Graphics, Den Haag

Druk

DeltaHage

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

