

FINANCIERING VAN DURE MEDICATIE MOET ANDERS

Uitkomsten enquête NVZ 2015

juni 2015

Inhoud

Conclusie	3	Bijlage: Achtergrondinformatie dure medicatie	13
1 Waar gaat dit over?	4	Add-on geneesmiddelen	13
Deelnemers	4	Overheveling geneesmiddelen	13
Wat ermee gebeurt	4	Risicodragendheid	13
2 Hoe ontwikkelen zich de kosten van dure medicatie?	5		
De kosten stijgen	5		
€ 15,6 miljoen per ziekenhuis	5		
Dus... knelt het!	5		
3 Welke contractafspraken zijn er gemaakt voor 2015?	6		
Belangrijkste afspraken	6		
Nacalculatie	6		
Afspraken over nieuwe medicatie	7		
Kostendeckende afspraken?	7		
Hoe is het geregeld in 2015?	7		
Toekomst onzeker	8		
4 Wat doen ziekenhuizen zelf om de kosten te beperken?	9		
Instrumenten om de kosten te beheersen	9		
Patiënten doorverwijzen?	9		
Gepast gebruik	9		
5 Hoe is de inkoop van dure medicatie geregeld?	10		
Onderhandelen	10		
Tips voor betere inkoop	10		
6 Hoe blijft dure medicatie in de toekomst toegankelijk?	11		
7 Conclusie: financiering van dure medicatie moet anders	12		
In het kort	12		
Ziekenhuizen leggen toe op dure medicijnen	12		
Verzekeraars leggen risico bij ziekenhuizen	12		
Zorgverzekeraars willen geen kostendeckende vergoeding afspreken	12		
Ziekenhuizen kunnen dit niet langer volhouden	12		
Onderhandelen over unieke medicijnen zou landelijk moeten gebeuren	12		

Conclusie

Uit de NVZ-enquête blijkt dat het huidige bekostigingssysteem van dure medicatie dringend aan vernieuwing toe is. Ziekenhuizen leggen nu toe op de kosten van dure medicatie. Het systeem knelt vanwege de vrije instroom van nieuwe dure middelen in het verzekerde pakket. Ziekenhuizen hebben de opdracht om dure medicatie doelmatig te verstrekken. Dat doen ze ook, maar daarbij lopen ze grote financiële risico's die zij niet kunnen dragen en die ook niet horen bij hun rol. Hierdoor staat de toegankelijkheid van deze medicatie onder druk. Dit is een landelijk probleem dat om een landelijke oplossing vraagt.

1 Waar gaat dit over?

Deze rapportage gaat over de bekostiging van dure geneesmiddelen. Hoe gaan ziekenhuizen hiermee om? Wat zijn knelpunten? Wat vinden zij dat er moet gebeuren? De NVZ heeft hier onderzoek naar gedaan naar aanleiding van signalen van ziekenhuizen over druk op de verstrekking van dure medicatie.

Het onderzoek gaat over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van dure, oncologische geneesmiddelen en andere dure specialistische geneesmiddelen. De vragen hebben betrekking op de add-on geneesmiddelen: geneesmiddelen die apart van de behandeling in rekening worden gebracht. Deze geneesmiddelen staan in de 'add-on geneesmiddelenlijst' van de NZa (zie: www.nza.nl).

Deelnemers

Voor dit onderzoek is een vragenlijst in april 2015 ingevuld door 55 van de 75 algemene ziekenhuizen en 3 categorale instellingen.

Wat ermee gebeurt

Deze rapportage is opgesteld door de NVZ. De conclusies en aanbevelingen worden onderschreven door het bestuur van de NVZ. De uitkomsten van dit onderzoek worden ingebracht in de landelijke commissie die de problematiek in opdracht van VWS onderzoekt. De NVZ is vertegenwoordigd in deze commissie die door VWS is ingesteld naar aanleiding van het KWF-rapport 'Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen'.

2 Hoe ontwikkelen zich de kosten van dure medicatie?

De kosten van dure medicatie zijn in 2014 fors gestegen. Gemiddeld gaat het om een stijging van 10%. Dit is veel meer dan de 1% volumegroei die voor de totale kosten in het Zorgakkoord is afgesproken.

De kosten stijgen

De kosten zijn in 2014 met ruim 12% gestegen ten opzichte van 2013. Het gaat om gemiddeld € 15,6 miljoen per instelling in 2014 en € 13,9 miljoen in 2013. Tellen we de in 2014 overgehevelde fertiliteitshormonen niet mee, dan gaat het om een stijging van 10%. Het beeld varieert overigens per ziekenhuis. 36 ziekenhuizen hebben de kostengegevens compleet aangeleverd. Bij 19 van de 36 ziekenhuizen (53%) zijn de kosten met meer dan 10% gestegen. Er zijn zelfs ziekenhuizen met een stijging van 33%.

€ 15,6 miljoen per ziekenhuis

Het aandeel van de kosten van dure medicatie op de totale kosten neemt dus toe. Hoe groot die toename is, kan niet precies worden gezegd. Dit komt omdat instellingen verschillend omgaan met de bepaling van de totale kosten. Bij grote topklinische ziekenhuizen bedragen de kosten van add-on geneesmiddelen in 2013 gemiddeld € 20,7 miljoen. Dit bedrag is in 2014 gestegen naar € 22,7 miljoen, een kostenstijging van 9,7%. Ook bij de overige algemene ziekenhuizen is die stijging te zien. De totale kosten add-on geneesmiddelen bedroegen gemiddeld € 9 miljoen per ziekenhuis in 2013. Dit bedrag is toegenomen met 13,2% en bedraagt € 10,2 miljoen in 2014.

Dus... knelt het!

De kostenstijging van dure medicatie van 10% loopt uit de pas met de afgesproken 1% volumegroei in het Zorgakkoord. Dit leidt tot knelpunten.

3 Welke contractafspraken zijn er gemaakt voor 2015?

Dure medicatie valt vaak onder de aanneemsom of plafondaafpraak met doorleverplicht. 80% van de ziekenhuizen levert meer dan is afgesproken met de zorgverzekeraars en krijgt die kosten niet vergoed.

Belangrijkste afspraken

88% van de verzekerden is aangesloten bij de vier grote verzekeraars: Achmea, VGZ, CZ, Menzis. Welke contractafspraken zijn er met hen gemaakt? (zie figuur 1)

- In 18% van de afspraken valt dure medicatie onder de aanneemsom.
- In 31% van de afspraken valt dure medicatie onder een plafondaafpraak met doorleverplicht.
- In 3% van de afspraken valt dure medicatie onder plafond zonder doorleverplicht.
- In 28% van de afspraken is er (gedeelte) nacalculatie afgesproken.
- In 20% is het anders geregeld.

Nacalculatie

Bij gedeeltelijke nacalculatie of 'anders' gaat het (deels) om:

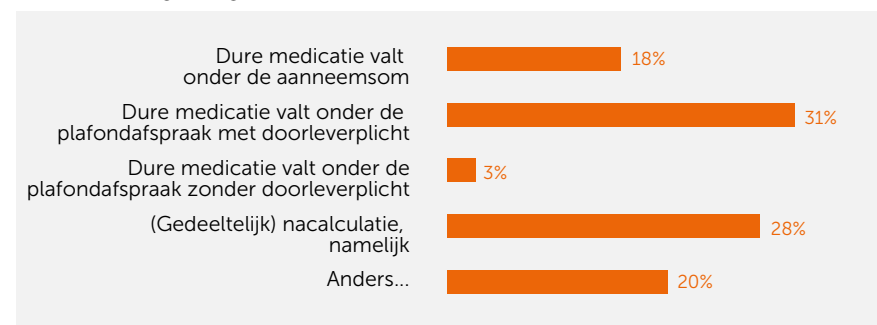
- Nacalculatie op per 2015 overgehevelde oncolytica.
- Nacalculatie op per 2013 en 2015 overgehevelde oncolytica.
- Nacalculatie op nieuwe middelen.
- Nacalculatie voor groeihormoon, fertiliteitshormonen en per 2015 overgehevelde oncolytica. De overige middelen vallen onder plafond met doorleverplicht.
- Nacalculatie op enkele specifieke middelen.

De inhoud van de (overige) afspraken en de afspraken over (gedeeltelijke) nacalculatie wisselen sterk per verzekeraar en instelling, zoals:

- Dure medicatie heeft een apart deelplafond met doorleverplicht.
- Nacalculatie tot een maximum bedrag.
- Maximum aantal patiënten waarvoor voor een specifiek middel wordt nagecalculeerd.
- Deelplafond voor oncolytica en fertiliteitshormonen met mogelijkheid tot nacalculatie en verrekening met andere deelplafonds.
- Afspraak met doorleverplicht.
- Verschil tussen realisatie en voorgerecalculeerde afspraak wordt voor 50% nagecalculeerd.

Het beeld bij de andere zorgverzekeraars (Multizorg, DSW, Zorg en Zekerheid, ONVZ, ASR, Eno) is niet wezenlijk anders.

■ *Figuur 1* | Welk type contractafspraken heeft u met de zorgverzekeraar gemaakt over vergoeding van dure medicatie?



Afspraken over nieuwe medicatie

Ziekenhuizen maken zich zorgen over de bekostiging van nieuwe medicatie. Het gaat hier om nieuwe geneesmiddelen die tijdens het contractjaar worden toegelaten tot de markt. Of het gaat om nieuwe indicaties van geneesmiddelen die al zijn geregistreerd voor andere indicaties. Het is lastig om hier goede afspraken over te maken, bij gebrek aan goede informatie over de instroom (zicht op de middelen en moment van toelating), het aantal patiënten en de hoogte van de kosten.

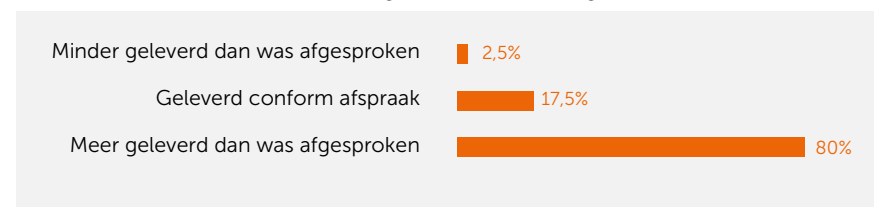
66% van de 41 ziekenhuizen hebben met de verzekeraars afspraken gemaakt over dure medicatie die nieuw op de markt komt, 14 ziekenhuizen (34%) hebben dit niet gedaan. De afspraken wisselen sterk per verzekeraar en per ziekenhuis. Er wordt door een aantal verzekeraars nagecalculeerd op nieuwe overgehevelde medicatie (orale oncolytics), maar niet op nieuwe intramurale geneesmiddelen. Die laatste vallen onder de totaalafspraken. In sommige gevallen is apart goedkeuring nodig of wordt opnieuw onderhandeld bij grote aantallen patiënten en kosten. Ook komt het voor dat er beperkt wordt nagecalculeerd of op slechts enkele nieuwe middelen.

Er wordt met enige regelmaat gerapporteerd dat nieuwe middelen zijn toegestaan, maar dat de kosten wel binnen het plafond moeten worden opgevangen. Bij sommige ziekenhuizen zijn de middelen bij de grote verzekeraars in aanneemsom/plafond opgenomen en zijn ze nacalculerbaar bij de kleinere verzekeraars. Ook het omgekeerde komt voor. Als er wordt nagecalculeerd, geldt dat veelal voor 1 jaar en worden de kosten daarna verwerkt in de totaalafspraken.

Kostendekkende afspraken?

Het blijkt voor ziekenhuizen lastig om kostendekkende afspraken te maken over dure medicatie. 32 van de 40 ziekenhuizen (80%) geeft aan dat in 2014 meer is geleverd dan afgesproken met de zorgverzekeraars. 7 ziekenhuizen hebben geleverd volgens afspraak, één ziekenhuis heeft minder geleverd (zie figuur 2). Het bedrag dat niet is vergoed in 2014 varieert van enkele tonnen tot ruim € 4 miljoen per ziekenhuis (gebaseerd op aanlevering gegevens door 23 ziekenhuizen). In sommige gevallen wordt er nog onderhandeld over de eindafrekening.

■ *Figuur 2* | Heeft u in 2014 meer of minder geleverd aan dure geneesmiddelen dan contractueel was overeengekomen met de zorgverzekeraars? (N=40)



Hoe is het geregeld in 2015?

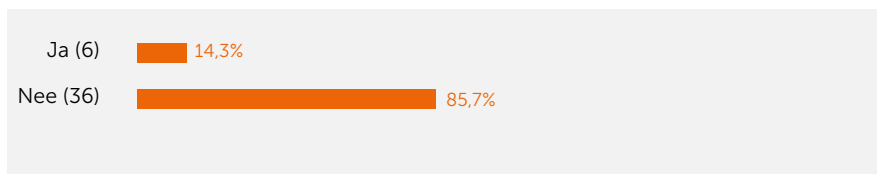
De meerderheid van de ziekenhuizen (31 ziekenhuizen, 76%) rapporteert dat het niet is gelukt om voor 2015 toereikende afspraken te maken zodat alle noodzakelijke dure medicatie kan worden verstrekt. Belangrijkste redenen:

- Plafond/aanneemsom met doorleverplicht is bij groei al gauw niet voldoende.
- Nieuwe indicaties bij kleine groepen patiënten zorgen al gauw voor een grote overschrijding.
- De afgesproken plafonds zijn exclusief nieuwe middelen.
- De groei van dure medicatie is groter dan de afgesproken groei die in het plafond is verdisconteerd.
- Onvoorziene wijzigingen in patiënten-aantallen en fluctuatie van het aantal benodigde toedieningen.
- Verzekeraars willen geen nacalculatie afspreken voor dure middelen.
- Soms grote kortingen die verzekeraars toepassen op middelen (o.a. TNF-alfaremmers).

Toekomst onzeker

85% van de ziekenhuizen verwacht geen goede afspraken te kunnen maken over levering van dure medicatie in 2016 en daarna (zie figuur 3).

Figuur 3 | Verwacht u voor 2016 en volgende jaren met de zorgverzekeraars goede afspraken te kunnen maken over levering van dure medicatie? (N=42)



De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- Het groeiend aantal nieuwe middelen en indicatie-uitbreidingen bij achterblijvend financieel macrokader.
- Een toenemend aantal patiënten dat gebruik maakt van deze middelen en geboden groeiruimte die niet in verhouding staat tot de groei van dure middelen. Hierdoor komt andere zorg in de verdrinking.
- Toevloed nieuwe dure middelen, uitbreiding indicaties, onvoldoende juiste prognoses om budgetimpact vast te kunnen stellen.
- Volumerisico dat voornamelijk bij het ziekenhuis wordt neergelegd.
- Volumegroei die onvoldoende wordt vertaald in macrokader.
- Verzekeraars die steeds minder bereid zijn om groei te financieren als er geen compenserend financieel macrokader is.
- Ex-post risicoverevening zorgverzekeraar wordt afgeschaft met als gevolg dat zorgverzekeraars geen nacalculatie willen afspreken. Het risico van de groei in de kosten komt hierdoor bij het ziekenhuis te liggen.
- Verzekeraars die kortingen bedingen waardoor het totale geneesmiddelenbudget onder druk staat.

4 Wat doen ziekenhuizen zelf om de kosten te beperken?

Ziekenhuizen maken afspraken met de medisch specialisten over de doelmatige inzet van dure medicatie. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende kostenbeheersingsinstrumenten. Hieronder staat de top tien van instrumenten die het vaakst worden genoemd.

Instrumenten om de kosten te beheersen

1. Het volgen van landelijke richtlijnen, protocollair vastgelegde inclusie-, start- en stopcriteria.
2. Aanvraagprocedure en besluitvorming over toelating via geneesmiddelencommissie en raad van bestuur.
3. Begroting, monitoring en evaluatie gebruik. Managementinfo per maand/kwartaal over gebruik dure geneesmiddelen.
4. Periodieke bespreking gebruik en kosten met vakgroepen. Periodieke bespreking met regionale zorgverzekeraar over ontwikkelingen en beleid.
5. Besluitvormingsprocedure: inclusief ziekenhuiscommissie die beslist als medicatie buiten de formele regels en procedures valt.
6. Centralisatie van dure geneesmiddelen bij enkele artsen per vakgroep; bespreking in multidisciplinair overleg.
7. Inschakelen extern expertisecentrum.
8. Voeren van preferentiebeleid. Inzet van biosimilars vroegtijdig bespreken en daar waar mogelijk implementeren.
9. Koppelen van uitkomstendata aan het gebruik van dure geneesmiddelen voor inzicht in effectiviteit en efficiëntie (spillagereductie) en hierop sturen. Spiegelinformatie binnen groep gelijkwaardige ziekenhuizen over bijvoorbeeld 'stepped care'.
10. Decentrale begroting op RVE-niveau inclusief geneesmiddelen, vakgroepen budgetteren.

Patiënten doorverwijzen?

Veruit de meeste ziekenhuizen rapporteren dat ze patiënten niet om financiële redenen doorverwijzen naar een ander ziekenhuis. Uitzondering zijn de weesgeneesmiddelen. Hierover hebben de algemene ziekenhuizen tot nog toe geen afspraak met de zorgverzekeraars kunnen maken. Ook zijn er bij enkele ziekenhuizen problemen geweest met het voorschrijven van Radium-223. Dit beleid om patiënten onbeperkt te blijven behandelen, staat overigens onder toenemende druk. Drie ziekenhuizen rapporteren dat het een enkele keer is voorgekomen dat een patiënt om financiële redenen is doorverwezen. Uiteindelijk heeft het verwijzende ziekenhuis voor deze patiënten wel de rekening betaald.

Gepast gebruik

Ziekenhuizen hebben aandacht voor gepast gebruik van zorg met dure medicijnen. Dit speelt met name bij zorg in de laatste levensfase. De meeste ziekenhuizen beschikken over palliatieve teams. Een aantal ziekenhuizen heeft multidisciplinair overleg ingevoerd om moeilijke behandelbeslissingen te bespreken.

5 Hoe is de inkoop van dure medicatie geregeld?

Ziekenhuizen hebben de inkoop van geneesmiddelen op drie manieren geregeld: ze doen het zelf, ze doen het samen met andere ziekenhuizen of ze doen het via Achmea.

Onderhandelen

Ziekenhuizen geven aan dat het goed mogelijk is om te onderhandelen over de prijs van medicatie als er keuzemogelijkheid is. Dit is het geval bij meerdere vergelijkbare single source producten (middelen afkomstig van één producent, in het algemeen specialité's) en bij multisource geneesmiddelen (middelen die geleverd worden door meerdere producenten, veelal generieke geneesmiddelen). In overleg met voorschrijvers wordt dan op basis van preferentiebeleid een goede prijsafpraak gemaakt. Onderhandelen is niet mogelijk bij single source producten waarvoor geen gelijkwaardig therapeutisch alternatief beschikbaar is.

Tips voor betere inkoop

De meeste ziekenhuizen vinden dat de inkoop van dure middelen beter kan worden geregeld. Suggesties die veel worden genoemd:

- Landelijke inkoop of onderhandelingen voor dure, unieke producten waarvoor geen concurrerende geneesmiddelen op de markt zijn en de fabrikant een monopoliepositie heeft. VWS zou voor deze middelen de prijs moeten uitonderhandelen met de fabrikant, zoals ook al gebeurt voor antistollingsmiddelen (NOACs) en hepatitis C-middelen. Dit beleid wordt in Scandinavië met succes toegepast. De onderhandeling moet plaatsvinden voordat het product wordt toegelaten tot het basispakket.
- Internationale prijsafstemming of prijsonderhandelingen op EU-niveau. De Nederlandse markt is waarschijnlijk te klein om grote invloed uit te kunnen oefenen. De samenwerking tussen Nederland en België is een begin hiervan.
- Versterking van bestaande inkoopverbanden en samenwerking.
- Verkennen van mogelijkheden van verdere (internationale) samenwerking en schaalvergroting.
- Bij de inkoop wordt een grotere rol toegedicht aan de raad van bestuur en aan de medisch specialisten/samenwerking van medisch specialisten (bijvoorbeeld vereniging medische staven). Essentieel is dat harde afspraken kunnen worden gemaakt over voorkeursbeleid.
- De mogelijkheden van de inzet van alternatieven (biosimilars of switchen van medicatie) zouden beter kunnen worden onderzocht en ondersteund. Hier ligt een belangrijke rol voor de beroepsgroepen.
- Enkele ziekenhuizen vinden dat geneesmiddelen moeten worden toegepast op basis van gezondheidswinst (uitkomst), net zoals ze moeten worden ingekocht op basis van uitkomst.

6 Hoe blijft dure medicatie in de toekomst toegankelijk?

Ziekenhuizen hebben aangegeven wat er moet gebeuren om de toegankelijkheid van dure medicatie tussen 2016 en 2018 te waarborgen. Deze oplossingen vragen om landelijk beleid.

1. Apart macro-financieel kader voor dure medicijnen

Voor de kosten van dure medicijnen wordt een apart en voldoende ruim financieel kader vastgesteld.

Dure medicijnkosten worden zo buiten de financiële kaders gehouden die gelden voor de overige medisch specialistische zorg.

Bij toelating van nieuwe middelen tot het verzekerde pakket wordt de budgetimpact ervan vastgesteld en wordt het kader dure medicatie hiervoor aangepast.

Er wordt omgekeerd ook rekening gehouden met middelen die uit patent gaan en waarvoor goedkopere alternatieven beschikbaar komen (zoals biosimilars).

2. Vergoeding op basis van nacalculatie

Dure medicijnen worden op basis van nacalculatie vergoed. Deze vergoeding wordt buiten de afspraken gehouden die verzekeraars en ziekenhuizen maken over de overige medisch specialistische zorg.

Ziekenhuizen en beroepsgroepen bieden waarborgen voor doelmatige toepassing en gepast gebruik van dure medicatie.

3. Raming pijnlij

Beroepsgroepen maken samen met VWS of het Zorginstituut een zo nauwkeurig mogelijke raming van de budgetimpact van geneesmiddelen die in de pijnlij zitten. Deze informatie wordt tijdig gedeeld met verzekeraars en ziekenhuizen zodat zij een betere raming kunnen maken van de te verwachten kosten en hierover afspraken kunnen maken in de contracten.

4. Verder vergroten doelmatigheid en kwaliteit

Ziekenhuizen en professionals werken samen verder aan de doelmatigheid en kwaliteit van het voorschrijven van dure medicijnen. Instrumenten hierbij zijn: eenduidigheid en aanscherpen van richtlijnen en indicatiecriteria, implementatie multidisciplinair overleg, consultatie van expertisecentra bij het voorschrijven van bepaalde dure middelen, ondersteuning inzet biosimilars, sturing op uitkomsten van zorg, registratie van het gebruik en effecten met transparantie over toepassing.

Bij patiënten in de laatste levensfase is aandacht voor het gesprek over andere opties dan behandelen.

5. Prijsonderhandelingen op centraal niveau

Op landelijk of Europees niveau worden door VWS afspraken gemaakt met de industrie over de prijs van unieke middelen waarvoor geen alternatieven beschikbaar zijn.

Deze prijsafspraken worden gemaakt voordat een middel wordt toegelaten tot het verzekerde pakket.

Onderzoek naar het inkorten van patentperiodes of het anders organiseren van productie en octrooirechten moet uitwijzen of zo het hoge prijsniveau van dure medicijnen kan worden beïnvloed.

6. Toelating tot basispakket

De vraag moet gesteld worden of alles wat medisch-technisch kan, ook geleverd en vergoed moet worden. De discussie over grenzen aan de zorg moet breed worden gevoerd in de maatschappij. Het is vervolgens aan de politiek om hierin grenzen te stellen en keuzes te maken welke middelen wel of niet meer worden vergoed. Zorgaanbieders willen en kunnen die keuze niet maken.

7 Conclusie: financiering van dure medicatie moet anders

Hoe gaan ziekenhuizen om met dure medicatie? Dat heeft de NVZ gepeild bij haar leden. Belangrijkste conclusie: de bekostiging van dure medicatie moet anders. Noodzakelijke dure medicijnen worden lang niet altijd vergoed door de zorgverzekeraars en jagen ziekenhuizen op kosten. Dit zal alleen maar toenemen doordat er veelbelovende nieuwe dure medicatie op de markt komt. Er is sprake van een landelijk probleem dat om een landelijke oplossing vraagt.

In het kort

Het huidige systeem van financiering en bekostiging van dure medicatie hapert en aanpassing van het systeem is dringend gewenst. Het systeem knelt vanwege de vrije instroom van nieuwe dure middelen in het verzekerde pakket. Daarbij krijgen ziekenhuizen de opdracht om die middelen doelmatig te verstrekken, terwijl de vergoeding en budgettaire kaders knellen. Ziekenhuizen worden onder deze systematiek onterecht opgezadeld met grote financiële risico's die ze niet kunnen dragen en die ook niet bij hun rol horen. Hierdoor staat de toegankelijkheid onder druk. Gelet op de toevloed aan nieuwe, dure middelen in de nabije toekomst is deze wijze van vergoeding en bekostiging van dure medicatie niet houdbaar. Dit is een landelijk probleem dat om een landelijke oplossing vraagt.

Ziekenhuizen leggen toe op dure medicijnen

De kostenontwikkeling dure medicatie loopt uit de pas met de beschikbare budgettaire groeiruimte. Ziekenhuizen leggen toe op de kosten van dure medicijnen. De kostenstijging van dure medicatie (10% in 2014) ligt ver boven de 1% volumegroei die voor de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg is afgesproken. De verwachting is dat dit verschil in de toekomst verder zal toenemen. Dit is een landelijk probleem dat zich in de hele sector voordoet.

Verzekeraars leggen risico bij ziekenhuizen

De contractafspraken die ziekenhuizen en verzekeraars maken, veroorzaken knelpunten. Verzekeraars proberen binnen de beperkte

groeiruimte te blijven en leggen de risico's van stijgende medicijnkosten bij de ziekenhuizen neer door het afspreken van budgetplafonds voor dure medicatie - of budgetplafonds of aanneemsommen waar dure medicatie onderdeel van uitmaakt. Hierdoor staat de toegankelijkheid onder druk. De verwachting is dat dit probleem in de toekomst zal toenemen door de toevloed van veelbelovende, nieuwe dure middelen. De toenemende risicodragendheid van zorgverzekeraars voor dure medicatie leidt ertoe dat zij steeds minder bereid zullen zijn om dure medicatie buiten plafonds of aanneemsommen om, op nacalculatiebasis, te vergoeden.

Zorgverzekeraars willen geen kostendekkende vergoeding afspreken

De meeste kosten van dure medicatie vallen onder de aanneemsom of plafondafpraak met doorleverplicht. Een meerderheid van de ziekenhuizen is er in 2014 niet in geslaagd om met de zorgverzekeraars een kostendekkende vergoeding af te spreken voor dure medicatie. Ziekenhuizen schieten er financieel bij in.

Ziekenhuizen kunnen dit niet langer volhouden

Ziekenhuizen geven aan dat het huidige systeem van vergoeding en bekostiging niet voldoet. Veruit de meeste ziekenhuizen leveren nog steeds zonder beperking, maar ze geven aan dit niet langer vol te kunnen houden zonder adequate vergoeding.

Onderhandelen over unieke medicijnen zou landelijk moeten gebeuren

Ziekenhuizen kunnen goed onderhandelen over prijzen van geneesmiddelen als er keuzemogelijkheid is, maar zij kunnen (net als zorgverzekeraars) geen invloed uitoefenen op de prijs van nieuwe, unieke producten waarvoor geen alternatieven zijn. De fabrikant heeft hier een monopoliepositie. Volgens de ziekenhuizen zou de inkoop van deze middelen beter moeten worden geregeld door het ministerie van VWS (landelijke inkoop of inkoop in Europees verband).

Bijlage: Achtergrondinformatie dure medicatie

Add-on geneesmiddelen

Add-on geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die apart van de behandeling (dus naast het DBC-zorgproduct) in rekening kunnen worden gebracht. Het zijn veelal dure geneesmiddelen.

Deze geneesmiddelen staan in de NZa Prestatie en tarieventabel add-on geneesmiddelen, ook wel de 'add-on geneesmiddelenlijst' genoemd.

Van 2012 tot en met 2014 konden add-on prestaties worden aangevraagd voor combinaties van stofnamen en indicaties die gemiddeld meer dan € 10.000 per patiënt per jaar kosten. Vanaf 2015 kunnen ook minder dure geneesmiddelen op deze lijst komen.

Overheveling geneesmiddelen

VWS heeft vanaf 1 januari 2012 beleid om bepaalde groepen specialistische geneesmiddelen uit de aanspraak op Farmaceutische Zorg te halen en over te hevelen naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg. Per 1 januari 2012 zijn allereerst de TNF-alfaremmers overgeheveld, daarna zijn per 1 januari 2013 de dure oncolytica en groeihormoon overgegaan naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg. Per 1 januari 2014 geldt dit voor de fertiliteshormonen. In 2015 zijn de overige oncolytica (restgroep) overgeheveld. Het financiële kader ziekenhuizen is voor de overheveling gecompenseerd.

Overige groepen die eventueel in aanmerking komen voor overheveling zijn: immunoglobulinen, hematopoïetische groeifactoren, MS-middelen, HIV-middelen, interferonen, PAH-middelen, weesgeneesmiddelen en geneesmiddelen bij orgaantransplantatie.

Risicodragendheid

Verzekeraars dragen vanaf 2015 volledig financieel risico voor de meeste add-on geneesmiddelen, inclusief de weesgeneesmiddelen en hemostatica. Uitzondering: add-on geneesmiddelen voor alle oncolytica (intramurale en overgeheveldde middelen).

TNF-alfaremmers vielen in de periode 2012 tot en met 2014 buiten de risicodragendheid van zorgverzekeraars. Vanaf 2015 zijn de vervolggkosten genormeerd. Groeihormoon en fertiliteshormonen vallen vanaf de overheveling al onder de variabele kosten (normering).

Als er voldoende gegevens zijn voor de berekeningen in de risicoverevening, wil VWS de add-on oncolytica vanaf 2016 risicodragend maken. Formele besluitvorming hierover moet nog plaatsvinden.