
Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummers 1, 2 en 28a van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992.
 - b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de neerlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
 - c. De termijn waarvoor de beleidsregel geldt: onbepaald.
 - d. De vastgestelde beleidsregel I-670 vervalt per 1 januari 2006.
 - e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen'.
-

2. DURE GENEESMIDDELEN IN ZIEKENHUIZEN

2.1 Aanpassing van de aanvaardbare kosten

De aanvaardbare kosten jaar t worden gewijzigd als gevolg van de nacalculatie op kosten van een limitatief aantal geneesmiddelen, zoals vermeld in paragraaf 2.4 van deze beleidsregel, indien en voor zover deze onder medisch toezicht in en vanwege het ziekenhuis verstrekt zijn en waarbij voldaan dient te zijn aan onderstaande criteria. Voor betreffende geneesmiddelen komt 80% van de netto inkoopkosten voor nacalculatie in aanmerking om toegevoegd te worden aan het budget. De lijst met stofnamen, waarvoor dit geldt, wordt door CTG/ZAio vastgesteld. CTG/ZAio neemt daarbij het advies van het CVZ in acht. Een aanvraag voor opname van een geneesmiddel in de beleidsregel kan bij CTG/ZAio worden ingediend door alle partijen die onder de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vallen (i.e. organen voor gezondheidszorg die zijn aangewezen in het besluit werkingssfeer WTG, ziektekostenverzekeraars en de representatieve organisaties daarvan). Zodra de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) van kracht is geldt dit voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars die onder de WMG vallen.

2.2 Voorwaarden op basis waarvan geneesmiddelen voor in aanmerking komen voor opname in de beleidsregel

2.2.1 Criteria voor opname in de beleidsregel

- Alleen stofnamen en indicaties waarover het CVZ een positief advies heeft uitgebracht, komen in aanmerking om op de stofnamenlijst opgenomen te worden. Een positief advies kan alleen worden uitgebracht indien sprake is van een geregistreerde indicatie. Het criterium hierbij is dat het, gezien de therapeutische waarde, in het belang van de volksgezondheid is dat het geneesmiddel in de beleidsregel wordt opgenomen.
- Alleen indicaties van een geneesmiddel waarvoor het is geregistreerd of waarbij het CVZ heeft geoordeeld dat het een algemeen aanvaarde medische indicatie betreft (zoals gedefinieerd door het CVZ), komen voor nacalculatie in aanmerking.
- De totale kosten van het geneesmiddel dienen op macroniveau tenminste 0,5% te bedragen van de totale geneesmiddelenkosten van ziekenhuizen op macroniveau (volgens de definitie in deze beleidsregel, tevens op basis van de financiële statistiek ziekenhuizen Prismant, rubriek 4621).
- Bij het vaststellen van de macro geneesmiddelkosten zullen de kosten van geneesmiddelen zoals opgenomen in de beleidsregels dure geneesmiddelen in ziekenhuizen en weesgeneesmiddelen, niet meetellen in het totaalbedrag.

- De stofnamenlijst kan met terugwerkende kracht uitgebreid worden naar het jaar waarin voor een bepaalde stof het 0,5% kostencriterium op basis van geprognosticeerde kosten wordt overschreden. Voor de vaststelling of aan deze criteria wordt voldaan, wordt voor de berekening van de totale kosten van het betreffende geneesmiddel uitgegaan van de lijstprijzen. De kostenprognose dient betrekking te hebben op de patiëntenpopulatie waarvoor het CVZ een positief advies heeft uitgebracht.
- Terugwerkende kracht geldt tot 1 januari van het jaar waarin met een compleet dossier een formeel toetsingsverzoek van CTG/ZAio aan het CVZ gericht wordt en op basis waarvan tot opname van het middel bij die indicatie is besloten. Terugwerkende kracht kan niet verder teruggaan dan tot 1 januari 2006. Een positief advies kan alleen worden uitgebracht indien sprake is van een geregistreerde indicatie.
- De beoordeling door het CVZ van de therapeutische waarde en de kostenprognose kan (gedeeltelijk) parallel plaatsvinden met de registratieprocedure.
- In de kosten van de geneesmiddelen tellen de volgende middelen *niet* mee: verband en medische hulpmiddelen, diagnostica/contrastmiddelen, dialysemiddelen en CAPD/CCPD-middelen. Geneesmiddelen en kosten ten behoeve van klinische dialyse en stollingsfactoren in het kader van een hemofiliebehandelcentrum worden ook niet meegenomen in de berekening.
- Opname van een geneesmiddel in de beleidsregel vindt in eerste instantie plaats op tijdelijke basis. Na de initiële opname van een geneesmiddel in de beleidsregel dient de partij, die CTG/ZAio om opname van dat geneesmiddel in de beleidsregel heeft verzocht, doelmatigheidsonderzoek te (laten) verrichten.
- Een aanvraag ten behoeve van voorlopige toelating van een geneesmiddel op de beleidsregel dient gegevens te bevatten over de therapeutische waarde, de kostenprognose en een lijst met onderzoeksvragen ten behoeve van het doelmatigheidsonderzoek. Dit conform de door het CVZ in de toetsingsprocedure opgestelde voorwaarden.
- Na een periode van ten hoogste drie jaar moet een hernieuwde beoordeling van het geneesmiddel plaatsvinden. Criteria hierbij zijn het feitelijke kostenbeslag en de vraag of opname van het geneesmiddel met het oog op de therapeutische waarde en de doelmatigheid nog steeds in het belang van de volksgezondheid is.

2.2.2 Criterium budgetcompensatie voor het geneesmiddel:

Geen kosten worden vergoed van een geneesmiddel, indien hiervoor reeds in belangrijke mate een budgetcompensatie plaatsvindt:

- hetzij via specifieke budgetparameters, bijvoorbeeld voor surfactant (neonatologie), retrovir, dialyse en hemostatica;
- hetzij als onderdeel van andere parameters, bijvoorbeeld voor artikel 2 en artikel 8 WBMV voorzieningen. Deze budgetparameters zijn reeds gebaseerd op integrale kosten inclusief de met deze functie gemoeide geneesmiddelen.

2.2.3 Criterium substitutie met goedkopere behandelmethode:

Een stofnaam komt niet in aanmerking voor opname op de beleidsregel indien hierdoor substitutie zou worden bevorderd van een relatief goedkopere behandelmethode naar een veel duurder medicinaal alternatief.

2.2.4 Infliximab

Een tijdelijke 100% vergoedingsregeling voor Remicade (Infliximab) heeft bestaan van 1 januari 2001 tot 1 mei 2004. Met ingang van 1 mei 2004 is het toepassingsgebied voor infliximab (naast ziekte van Crohn) uitgebreid voor reumatoïde artritis. Tot en met 2005 kan een maximumvergoeding van 75% overeengekomen worden in het lokaal overleg. Vanaf 1 januari 2006 bedraagt de vergoeding 80% vast. Een uitzondering geldt voor patiënten die tot en met 30 april 2004 behandeld zijn voor reumatoïde artritis met infliximab. De vergoeding voor de behandeling van deze patiëntengroep zal gecontinueerd blijven op 100%. Een accurate patiëntenregistratie geldt hierbij als voorwaarde.

2.3 Hantering van het prijsbegrip

Voor de bepaling van de voor nacalculatie in aanmerking te nemen kosten van de geneesmiddelen, die aan de in 2.2 genoemde criteria voldoen, wordt uitgegaan van de netto inkoopprijs, dat wil zeggen de inkoopprijs (volgens de lijstprijs) na aftrek van eventuele kortingen en bonussen, van het door het ziekenhuis ingekochte geneesmiddel. Ziekenhuizen dienen aan zorgverzekeraars te kunnen aantonen dat ze een optimaal inkoopbeleid hebben gevoerd.

Het nacalculatiepercentage is vast (80%), waarbij voor de vergoeding van de netto inkoopkosten per stofnaam in jaar t wordt uitgegaan van de goedkoopste prijsvariant ongeacht het inkoopkanaal. Hierbij geldt dat het betreffende middel structureel en in voldoende mate verkrijgbaar dient te zijn.

Het ziekenhuis wordt geacht alle inkoopvoordelen van het dure geneesmiddel, ook indien die op indirecte manier aan het ziekenhuis worden verleend (bijvoorbeeld in de vorm van een assortimentskorting, gratis apparatuur of anderszins), op de in rekening gebrachte kosten van dat geneesmiddel in mindering te brengen.

2.4 Lijst van stofnamen

1. CTG/ZAio heeft besloten dat de kosten van de hieronder genoemde geneesmiddelen voor compensatie in het budget in aanmerking komen.

Vergoeding van de kosten van deze stofnamen volgens de beleidsregel dure geneesmiddelen geldt uitsluitend voor de in de toetsingsrapporten van de Commissie Farmaceutische Hulp genoemde (sub)indicaties met inachtneming van de aangegeven beperkingen. De toetsingsrapporten zijn opvraagbaar op de website van het CVZ.

2. Lijst van stofnamen:

- Docetaxel;
- Irinotecan;
- Gemcitabine;
- Oxaliplatin;
- Paclitaxel;
- Rituximab;
- Infliximab
 - bij M. Crohn
 - bij reumatoïde artritis (vanaf 1 mei 2004)
 - bij spondylitis ankylopoetica (vanaf 1 januari 2004)
 - bij artritis psoriatica (vanaf 1 januari 2005)
- Immunoglobine IV;
- Trastuzumab
- Botulinetoxine (locale dystonieën)*
- Verteporfin
- Doxorubicine liposomal (vanaf 1 januari 2004)
- Vinorelbine (vanaf 1 juli 2005)
- Bevacizumab (vanaf 1 januari 2005)
- Pemetrexed (vanaf 1 januari 2005)

3. De lijst geldt vanaf 1 januari 2002 tenzij bij de desbetreffende stofnaam anders is vermeld.

* Met ingang van 1 januari 2006 is gebruik beperkt tot revalidatie-instellingen en revalidatiebehandeling in algemene, categorale en academische ziekenhuizen.