
Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg, als vermeld in artikel 1, onder A. nummers 1, 2 en 28a van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (Stb. 1991, 732), dat laatstelijk gewijzigd is bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
 - b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2004 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-655 komt hiermee te vervallen.
 - 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 kunnen worden gewijzigd als gevolg van de nacalculatie op kosten van geneesmiddelen indien en voor zover deze onder medisch toezicht in en vanwege het ziekenhuis verstrekt zijn en waarbij voldaan dient te zijn aan onderstaande criteria. Uitgangspunt is dat maximaal 75% van de werkelijke kosten voor nacalculatie in aanmerking komt. De instelling en de zorgverzekeraars kunnen het principe van de nacalculatie en het daarbij maximaal te hanteren percentage per stofnaam lokaal overeenkomen. Dit betekent dat eenzijdige vaststellingsverzoeken zonder inhoudelijk oordeel worden afgewezen. De bij afzonderlijk CTG-besluit vast te stellen lijst met stofnamen wordt jaarlijks opnieuw bepaald.

2.2 Voorwaarden op basis waarvan geneesmiddelen voor nacalculatie in aanmerking komen2.2.1 Criterium kosten van het geneesmiddel:

- De kosten van het geneesmiddel per behandel dag (verpleegdag, respectievelijk dagbehandeling) zijn tenminste tien maal hoger dan de gemiddelde geneesmiddelenkosten per behandel dag (verpleegdag, respectievelijk dagbehandeling);
- Tevens dienen de totale kosten van het geneesmiddel op macroniveau tenminste 0,5% te bedragen van de totale geneesmiddelenkosten van ziekenhuizen op macroniveau (op basis van de financiële statistiek ziekenhuizen Prismant, rubriek 4621).
- De stofnamenlijst kan met terugwerkende kracht uitgebreid worden naar het jaar waarin voor een bepaalde stof het 0,5% kosten criterium op basis van gerealiseerde kosten wordt overschreden. Voor de vaststelling of aan deze criteria wordt voldaan, wordt voor de berekening van de kosten van het geneesmiddel per behandel dag en de totale kosten van het betreffende geneesmiddel uitgegaan van de taxeprijzen.

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 rationele farmacotherapie:

Er dient sprake te zijn van rationele farmacotherapie. Dit is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid/effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de ziekenfondsverzekering en de patiënt. (bron: Farmaceutisch Kompas 2003).

Farmacotherapie is uitsluitend rationeel indien deze wordt ingezet ten behoeve van de indicatie waarvoor het geneesmiddel geregistreerd is en in geval van een algemeen aanvaarde medische indicatie. De toetsing van dit criterium geschiedt door de Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor Zorgverzekeringen.

Het is toegestaan om bij de toepassing van het kosten criterium bij een duur geneesmiddel op de lijst de totale kosten gezamenlijk te beoordelen indien sprake is van een vergelijkbare groep aandoeningen voor geregistreerde indicaties. Indien sprake is van verschillende aandoeningen worden de kosten voor het specifieke indicatiegebied apart aan het criterium getoetst.

2.2.4 Criterium regulier voorschrijfgedrag in ziekenhuizen:

De geneesmiddelen vallen onder regulier voorschrijfgedrag in ziekenhuizen.

2.2.5 Criterium substitutie met goedkopere behandelingsmethode:

Een stofnaam komt niet in aanmerking voor nacalculatie indien hiervoor substitutie zou worden bevorderd van een relatief goedkopere behandelingsmethode naar een veel duurder medicinaal alternatief.

2.2.6 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. Een maximumvergoeding van 75% kan overeengekomen worden in het lokaal overleg. 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 taxen) na aftrek van eventuele kortingen en bonussen, van het door het ziekenhuis ingekochte geneesmiddel.

Voor de bepaling van het nacalculatiepercentage per stofnaam in jaar t wordt uitgegaan van de goedkoopste prijsvariant ongeacht het inkoopkanaal.

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.