

Advies

Bekostiging Dure Geneesmiddelen

januari 2008

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Achtergrond	10
2.1 Beschrijving van het huidige systeem	10
2.2 Het DBC-systeem	10
3. Advies over de vast te stellen prestaties	11
3.1 Integrale DBC-prijzen inclusief dure geneesmiddelen	11
4. Advies voor reguleringsvorm (segment) vanaf 2009	13
5. Advies over tariefsoort	13
6. Advies over de vergoeding	15
7. Vergoeding weesgeneesmiddelen	16

Vooraf

De ziekenhuisbekostiging wijzigt zoals bekend per 2009 van een budgetfinanciering in een prestatiebekostiging. Met de afschaffing van de budgetfinanciering vervalt ook de basis voor de huidige bekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen. Daarom heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gekeken hoe de bekostiging van de dure- en weesgeneesmiddelen het beste vorm kan krijgen binnen het systeem van prestatiebekostiging. De NZa geeft dit advies op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Doel van het advies is te komen tot een zo goed mogelijk functionerend en efficiënt systeem.

De NZa blijft de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg monitoren. Gedurende de maatstafperiode kan worden geanalyseerd hoe marktpartijen omgaan met dure- en weesgeneesmiddelen en welke gevolgen dat heeft voor toegankelijkheid en de doelmatigheid. Op basis van deze analyse kan worden besloten of dure- en weesgeneesmiddelen in 2012 al dan niet in het vrije segment kunnen komen.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Samenvatting

De Minister van VWS ([MC-U-2808582](#)) heeft de NZa gevraagd om een advies over de bekostiging van de dure geneesmiddelen in een systeem van prestatiebekostiging. Dit advies is tot stand gekomen na een uitgebreide consultatie van partijen in het veld.

In het kader van de in 2009 in te voeren prestatiebekostiging adviseert de NZa voor de bekostiging van de dure geneesmiddelen het volgende:

- De NZa adviseert om de bekostiging van de dure geneesmiddelen te laten verlopen via aparte declarabele prestaties, zogenaamde add-on's of trajecten. Dit komt de transparantie op de markt ten goede en voorkomt tevens grote kostenheterogeniteit binnen de DBC's.
- De declarabele prestaties zouden de gebruikte doseringseenheden of verpakkingseenheden moeten zijn. In overleg met partijen zal de NZa dit in de nadere uitwerking betrekken.
- In de aanwijzing heeft de Minister van VWS de NZa verzocht de bekostiging van de dure geneesmiddelen onder te brengen in het A1-segment. Daarbinnen adviseert de NZa de Minister om te werken met maximum prijzen. Maximumtarieven bieden evenals vaste prijzen een plafond om ongewenste prijsstijgingen tegen te gaan. Anders dan bij vaste prijzen is er bij maximumtarieven echter wel een mogelijkheid voor verzekeraars om met de ziekenhuizen te onderhandelen indien de tarieven te hoog zijn vastgesteld. Hiervoor is het wel noodzakelijk in de risicoverevening prikkels in te bouwen voor verzekeraars om te onderhandelen over de prijs van dure geneesmiddelen.
- De NZa adviseert de Minister van VWS de ziekenhuizen een redelijke vergoeding te geven voor dure geneesmiddelen. Deze vergoeding mag niet te laag zijn, want dan hebben de ziekenhuizen mogelijk een prikkel om patiënten dure geneesmiddelen te onthouden (onderverstrekking). Anderzijds mag de vergoeding ook niet te hoog zijn, want dan ontstaat er een risico op overwinsten en oververstreking. De consument betaalt hier uiteindelijk voor.
- In het consultatiedocument 'Bekostiging dure geneesmiddelen' ging de NZa er van uit dat de verzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben om overwinsten en oververstreking bij ziekenhuizen tegen te gaan. Daarom adviseerde zij een maximumvergoeding van 100% van de Taxeprijs, die in alle gevallen de kosten van het ziekenhuis zou dekken.
- Naar aanleiding van de tijdens de consultatieronde aangedragen argumenten heeft de NZa geconcludeerd dat de verzekeraars op dit moment nog niet voldoende onderhandelingsmacht te hebben om een doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen en om een goede prijs te bedingen. Een maximumvergoeding van 100% van de Taxeprijs zou daardoor mogelijk negatieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van zorg voor de consument.
- Daarom adviseert de NZa de Minister van VWS de maximumvergoeding gelijk te stellen aan 100% van de Taxeprijs-X. De korting van X corrigeert de vergoeding enerzijds voor de kortingen en bonussen die de ziekenhuizen gemiddeld genomen krijgen van de farmaceutische industrie en anderzijds voor de gemiddelde besparing op 'normale' geneesmiddelen die het ziekenhuis in kan boeken wanneer het dure geneesmiddelen inzet.¹

¹ Als de bekostiging van dure geneesmiddelen gaat verlopen via een add-on, terwijl de kosten van 'normale' geneesmiddelen wel in de DBC-prijs zijn opgenomen, krijgen ziekenhuizen mogelijk een dubbele vergoeding. Dit is het geval wanneer het ziekenhuis geen normale medicijnen meer hoeft in te zetten wanneer het een duur geneesmiddel

- Naar de precieze hoogte van X zal de NZa onderzoek doen, naar verwachting juni 2008. Idealiter zal de NZa daarbij kijken naar een bedrag per duur geneesmiddel, maar indien dat niet goed mogelijk is, zal zij zoeken naar een gemiddeld kortingspercentage.
- Door de correctie van X op de Taxeprijs denkt de NZa dat de werkelijke inkoopkosten van het ziekenhuis zo goed mogelijk benaderd worden. Ziekenhuizen hebben dan in principe geen prikkel meer tot over- of onderverstrekking, en de belangen van de consument, betaalbaarheid en toegankelijkheid, zijn zo geborgd.
- Om het risico op over- en onderverstrekking te beperken is het daarnaast goed om streng toezicht, via voorschrijfprotocollen, kwaliteitstoezicht door de IGZ en benchmarks door verzekeraars, te blijven houden op het voorschrijfbeleid van ziekenhuizen.

gebruikt. De korting is bedoeld om – wanneer daar sprake van is - een dergelijke dubbele vergoeding te voorkomen.

1. Inleiding

De komende jaren gaat het systeem voor ziekenhuisbekostiging op de schop. In plaats van het huidige budgetstelsel, komt een nieuw systeem dat is gebaseerd op betalingen per verrichte DBC (diagnose-behandelingcombinatie). Als onderdeel van de hervormingen in de ziekenhuisbekostiging moet ook het vergoedingssysteem voor dure geneesmiddelen worden aangepast. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd (MC-U-2808582) hierover een advies uit te brengen.

In dit advies wordt de bestaande regeling voor de samenstelling van de lijst dure geneesmiddelen als uitgangspunt genomen. Dat betekent dat alleen wordt ingegaan op de vraag hoe de financiering van de dure geneesmiddelen in het nieuwe model gestalte moet krijgen. Daarbij komen de volgende vragen aan de orde:

- welke (declarabele) prestaties moeten worden vastgesteld;
- welke tariefsoort is aangewezen voor de betreffende prestaties;
- wat is een optimale basis om de hoogte van de tarieven/ prijzen vast te stellen.

Andere vraagstukken die spelen op de markt voor farmacie en rond de lijst van dure geneesmiddelen zijn in dit advies niet aan de orde.

Basis voor dit advies vormde het consultatiedocument 'bekostiging dure geneesmiddelen'. Met dit document heeft de NZa het veld in november en december 2007 uitgebreid geconsulteerd. De reacties hebben haar geholpen bij het tot stand brengen van dit advies. Op een aantal belangrijke punten waren de reacties van partijen voor de NZa aanleiding voor het bijstellen van het advies. Het is onmogelijk om alle reacties uitgebreid te behandelen in het kader van dit advies. Waar relevant wordt echter een beknopte samenvatting van de relevante reacties gegeven.

2. Achtergrond

2.1 Beschrijving van het huidige systeem

In de huidige situatie worden de kosten van dure geneesmiddelen voor 20% gedekt binnen het budgetsysteem en zijn er aanvullende vergoedingen (80% van de netto inkoopkosten van een limitatief aantal middelen) om de extreem hoge kosten van ziekenhuizen, als gevolg van de inkoop van dure geneesmiddelen, te dekken. Er zijn geen aparte tarieven voor behandeling met dure geneesmiddelen.

In de budgetten 2007 is ongeveer € 240 miljoen aan extra vergoeding voor dure geneesmiddelen opgenomen en € 10 miljoen voor weesgeneesmiddelen. In 2006 bedroegen de netto inkoopkosten voor dure geneesmiddelen ca. € 266 miljoen. Daar stond in 2006 een aanvullende budgetvergoeding van € 215 miljoen tegenover zodat ziekenhuizen uit hun algemene middelen ca € 50 miljoen moesten bijdragen.²

Hoewel ziekenhuizen naast de aanvullende vergoeding van 80% van de netto inkoopkosten ook een deel van de vergoeding voor dure geneesmiddelen via het budget ontvangen, bestaat er vaak een gevoel dat 'maar 80% van de kosten wordt vergoed'. Dit zou ertoe kunnen leiden dat ziekenhuizen het toedienen van de dure geneesmiddelen onterecht beperken en patiënten niet behandelen of doorverwijzen.

In de beleidsregel 'dure geneesmiddelen' stelt de NZa vast welke dure geneesmiddelen voor een extra vergoeding in aanmerking komen. Deze lijst bevat momenteel 25 geneesmiddelen met geregistreerde indicaties. Sommige daarvan hebben alleen nader bepaalde indicaties. Wanneer zich nieuwe dure geneesmiddelen aandienen, vraagt de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om het middel te beoordelen en de NZa te adviseren over (tijdelijke) toevoeging aan de lijst. Het CVZ onderzoekt de therapeutische aspecten en de kostenprognose van het middel. Al naar gelang het advies van het CVZ besluit de NZa tot aanpassing van de lijst voor dure geneesmiddelen. Na drie jaar evalueert het CVZ de verschillende aspecten van het gebruik van het geneesmiddel in de klinische praktijk. Bij een positief besluit wordt het middel definitief opgenomen in de lijst. Deze methode staat in dit advies niet ter discussie.

2.2 Het DBC-systeem

Het budgetsysteem voor de ziekenhuisbekostiging wordt zoals bekend vervangen door een model van prestatiebekostiging met DBC's (diagnosebehandelingcombinaties). In de praktijk betekent dit dat de DBC's de producten zijn die de ziekenhuizen aan verzekeraars aanbieden. De inkomsten van een ziekenhuis zullen afhangen van respectievelijk de prijs en het volume van elke DBC. De inkomsten moeten alle uitgaven voor inputfactoren zoals geneesmiddelen, honoraria van artsen, etc. dekken.

Een DBC zou kunnen bestaan uit een complexe operatie of ziektebehandeling. Aangezien het waarschijnlijk is dat patiënten in

² Bron: SFK monitor dure geneesmiddelen 2004-2006

verschillende stadia van de ziekte verkeren, of verschillende complicaties hebben, hebben ze ook een ietwat verschillende behandeling nodig, een 'gepersonaliseerd product'. De prijs van de dienst, ofwel een bepaalde DBC, weerspiegelt de gemiddelde kosten en kan niet van patiënt tot patiënt verschillen, aangezien over die prijs vooraf met de verzekeraar is onderhandeld (of de prijs is uniform vastgelegd in de regelgeving). Het ziekenhuis wordt zo gestimuleerd patiënten zo goed en doelmatig mogelijk te behandelen.

3. Advies over de vast te stellen prestaties

Het DBC-systeem kent breed gedefinieerde producten, waarvoor het tarief wordt vastgesteld op basis van de gemiddelde kosten. Daarbij bestaan er in principe geen extra toeslagen voor patiënten die duurder dan gemiddelde zorg nodig hebben. Enerzijds zouden toeslagen het DBC-systeem complexer maken. Ook zouden verzekeraars meer moeten controleren. Anderzijds kunnen toeslagen ook helpen om de kostenhomogeniteit binnen een gedefinieerde DBC te waarborgen, en daarmee bijdragen aan een goede werking van de markt.

Er zijn drie basismogelijkheden voor een oplossing voor de bekostiging van dure geneesmiddelen:

- kosten van geneesmiddelen integraal in DBC opnemen;
- aparte DBC's vaststellen voor behandelingen met dure geneesmiddelen;
- een aparte vergoeding voor dure geneesmiddelen naast de DBC (trajecten).

Integrale DBC-prijzen inclusief dure geneesmiddelen

De eerste mogelijkheid is het integreren van de kosten van het dure geneesmiddel in de DBC, zoals dat gebeurt met de meeste inputkosten. Daarbij valt te denken aan de gebruikelijke geneesmiddelen, honorarium van artsen, kapitaallasten, etc. Deze mogelijkheid leidt tot onwenselijk grote variabiliteit in de kosten van de DBC, omdat de kosten per patiënt hoog en onvoorspelbaar zijn. De mate van veranderlijkheid van de kosten van het product veroorzaakt dus problemen. Onder de huidige omstandigheden wordt het opnemen van de kosten van het dure geneesmiddel in de DBC afgeraden, omdat het de homogeniteit van de DBC niet ten goede komt. Een grote mate van niet-homogeniteit geeft verkeerde prijsprikkelers en kan leiden tot ongewenst doorverwijzen van patiënten en onderbehandeling.

Aparte DBC's voor de behandeling met dure geneesmiddelen

Een tweede mogelijkheid is het instellen van aparte DBC's voor de behandeling zonder het dure geneesmiddel en voor de behandeling mét het dure geneesmiddel. Aan deze mogelijkheid kleven echter enkele praktische bezwaren.

DBC's met én zonder duur geneesmiddel vergroten het aantal DBC's maken het systeem complexer en daarmee minder transparant. Bovendien moet de NZa elke mogelijke combinatie van een DBC met een duur geneesmiddel heel zorgvuldig in aanmerking nemen en regelmatig actualiseren, zodat het gebrek aan een product geen verstoring van de

markt veroorzaakt. Deze oplossing zou niet passen binnen de visie³ van de NZa op de ontwikkeling van het DBC-systeem. Een praktisch probleem bij opname in aparte DBC's is dat de noodzakelijke dosering per patiënt sterk kan verschillen. Het is daarmee dan ook geen oplossing voor het probleem van de heterogeniteit.

Aparte vergoeding in aanvulling op de DBC

De derde mogelijkheid is het financieren van de kosten met een aparte vergoeding (een zogenaamd 'traject' of 'add-on') naast de DBC, waarmee de kosten van de dure medicatie buiten de prijs van de DBC worden gehouden. In dit geval verliest het systeem deels zijn stimulans tot doelmatigheid, in die zin dat het ziekenhuis niet langer wordt aangespoord de meest kosteneffectieve behandeling te kiezen. Dat wil zeggen: de goedkopere behandeling, als er meer middelen zijn die therapeutisch gelijkwaardig zijn. Daarom is de definitie van 'dure geneesmiddelen' erg belangrijk. Ook is het belangrijk dat zorgverzekeraars opletten of ziekenhuizen niet onnodig veel dure medicijnen voorschrijven, bijvoorbeeld via benchmarks. Een voordeel is echter dat het ziekenhuis ook niet langer een prikkel heeft om patiënten uit budgettaire oogpunt een dure behandeling te onthouden.

Als grondslag voor declarabele prestatie kan aangesloten worden bij de eenheid die de patiënt ontvangt. Hiermee is in beginsel gegeven de relevante diagnose elke combinatie van een DBC met een duur geneesmiddel mogelijk. Bovendien kan men zich bij het herzien van de lijst van dure geneesmiddelen dan louter concentreren op de geneesmiddelen zelf. Op deze manier vormen extra declarabele prestaties een minder zware administratieve - en uitvoeringslast en ontstaat er een eenvoudig en transparant systeem. In een latere fase zal de NZa in overleg met partijen besluiten of hiervoor moet worden aangesloten bij de verpakkingseenheid of bij de gebruikelijke doseringseenheden.

Conclusie

Gelet op de bovenstaande argumenten adviseert de NZa om een systeem van extra vergoedingen, add ons of trajecten, vast te stellen. Dit impliceert dat in de kostentoekening de kosten van dure geneesmiddelen buiten de verrichtingskosten en de DBC-prijzen moeten blijven. Het huidige model voor kostentoekening voorziet hierin. Er zijn twee DBC's waar het dure geneesmiddel integraal in de DBC is opgenomen: Visudyne en Lucentis. Voor deze DBC's betekent de keuze voor aparte declarabele producten dat zij zullen moeten worden herzien.

DBC-Onderhoud zal het opstellen van de trajecten en aanpassing van de zorgactiviteiten moeten uitwerken. Dit is in de planning van werkzaamheden van DBC onderhoud opgenomen als onderdeel van de werkzaamheden naar 2009.

Uit de consultatie is naar voren gekomen dat veldpartijen de benadering van de NZa ondersteunen. De NVZ merkt daarbij op liever een integrale DBC-prijs te hebben, mits de kosten van geneesmiddelen in dat geval kostenhomogeen en medisch herkenbaar kunnen worden opgenomen. Indien dat niet mogelijk is, geeft de NVZ voorkeur aan een aparte prestatie naast de DBC. De NKF/NPCF geeft als suggestie om een onderscheid te maken tussen middelen waarvan geprotocolleerd gebruik mogelijk is (bijvoorbeeld reuma) en de oncolytica.

³ Toetsingkader en criteria ontwikkeling DBC-systeem

Dat zou echter een dubbele regeling betekenen. Omdat de NZa voorstander is van uniformiteit, adviseert zij alle middelen van de lijst als apart traject declarabel te maken.

4. Advies voor reguleringsvorm (segment) vanaf 2009

De bekostiging van dure geneesmiddelen vindt plaats in het A-segment van de ziekenhuisbekostiging, evenals de gehele budgettering op dit moment. Met het vervallen van het budgetsysteem dient tevens te worden nagedacht in welk segment de bekostiging van de dure geneesmiddelen het beste kan worden geregeld.

Op de langere termijn ziet de NZa voordelen in het overhevelen van de dure geneesmiddelen naar de vrije markt (B-segment). Concurrentie tussen zorgaanbieders geeft dan sterke doelmatigheidsprykkels, terwijl de administratieve lasten zo veel mogelijk worden beperkt. Mits er voldoende kwaliteitsinformatie is, heeft de consument in deze situatie bovendien altijd toegang tot de beste medicatie voor zijn aandoening. Gezien het feit dat er voldoende zorgaanbieders zijn die dure geneesmiddelen aanbieden en het feit dat de kwaliteit van het product niet zou verminderen als gevolg van prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen (aangezien het een standaard product is), lijkt de markt voor dure geneesmiddelen theoretisch gezien geschikt voor vrije prijzen. Op langere termijn is deze optie het overwegen waard.

De verzekeraars zeggen echter nog over onvoldoende onderhandelingsmacht (mede veroorzaakt door een informatietekort) te beschikken om dure geneesmiddelen op een goede manier in te kunnen kopen. Bovendien hebben farmaceutische bedrijven — die als gevolg van patenten vaak het alleenrecht hebben op de productie van een bepaald duur medicijn — op dit moment veelal een versturende rol wanneer het gaat om concurrentie op de markt. Onder meer om deze reden⁴ heeft de Minister van VWS de NZa de aanwijzing (MC-U-2808582) gegeven de dure geneesmiddelen voorlopig in het A1-segment onder te brengen. De keuze voor het A1-segment is hiermee voor de periode tot en met 2011 een gegeven. In de periode na 2011, als de maatstaf uitgefaseerd is, valt te bekijken of overgang naar het B-segment mogelijk is.

5. Advies over tariefsoort

Er zijn in het A1-segment grofweg twee opties voor het bekostigen van trajecten voor dure geneesmiddelen: via maximumtarieven of via vaste tarieven. Zowel vaste tarieven als maximumtarieven geven prykkels voor doelmatigheid, maar op een verschillende manier. Bij vaste tarieven kunnen de ziekenhuizen het verschil tussen de vaste prijs en hun

⁴ Enkele jaren geleden was de vergoeding van dure geneesmiddelen binnen het budget gebonden aan een maximumvergoeding. Verzekeraars konden onder de maximumprijs een vergoeding afspreken met de aanbieder. Dit systeem is in 2006 verlaten en vervangen door een vaste vergoeding op basis van afspraken tussen consumentenorganisaties, VWS, ZN, NFU en NVZ. In de aanwijzing (MC-U-2808582) wordt op deze overeenkomst voortgeborduurd.

onderhandelde inkoopprijs zelf houden. Hierdoor hebben ze belang bij een doelmatige inkoop van medicijnen. In geval van maximumtarieven leidt een doelmatige inkoop van medicijnen tot een betere concurrentiepositie richting zorgverzekeraars. Een ziekenhuis dat dure medicijnen tegen een goede prijs kan inkopen heeft een grotere kans op een goed contract met de verzekeraar, en daarmee op meer inkomsten.

In beide situaties (vaste tarieven en maximumtarieven) speelt het probleem van de prijsstelling. Bij te lage tarieven is er geen ruimte meer voor het behalen van winst door doelmatige inkoop en wordt onderverstrekking gestimuleerd. Aangezien ziekenhuizen in dit geval hun kosten niet kunnen dekken, zouden ze kunnen proberen de geneesmiddelen zo beperkt mogelijk te verstrekken. Bij zowel vaste prijzen als maximumtarieven zijn de gevolgen hiervan hetzelfde: het risico ontstaat dat patiënten niet de juiste behandeling krijgen. Verzekeraars kunnen levering tegen een niet kostendekkend tarief immers niet afdwingen en hebben bij een systeem van vaste of maximumtarieven niet de mogelijkheid om meer te betalen. Te lage tarieven leveren dus bij beide tariefsoorten een probleem met de toegankelijkheid van de zorg.

Te hoge tarieven hebben echter verschillende gevolgen in deze twee gevallen. Als de vaste tarieven te hoog zijn, zal de extra winst ten goede komen aan de verstrekker, het ziekenhuis. De consument betaalt in dit geval uiteindelijk te veel voor de geleverde zorg. Wanneer de maximumtarieven te hoog zijn, heeft de verzekeraar extra ruimte om een goede prijs te onderhandelen met het ziekenhuis. Deze voordelen kunnen in de vorm van een lagere premie vervolgens ten goede komen aan de consument. Bovendien heeft de NZa bij een systeem van maximumtarieven beter inzicht in hoe de concurrentie op de markt voor dure geneesmiddelen zich ontwikkelt. Maximumtarieven liggen daarmee meer in lijn met de langetermijnvisie van plaatsing van de dure geneesmiddelen in het B-segment.

Conclusie

Omdat een systeem van maximumtarieven meer voordelen oplevert voor de consument in geval de maximumprijs te hoog is vastgesteld en gelijke gevolgen heeft als een vaste tarief wanneer de prijs te laag is vastgesteld, heeft de NZa voorkeur voor een systeem met maximumtarieven. Overigens is het, om verzekeraars aan te sporen dure geneesmiddelen goed in te kopen, wel wenselijk om hiertoe in het risicovereveningssysteem ook de nodige prikkels in te bouwen.

Uit de consultatie is naar voren gekomen dat de meeste partijen zich kunnen vinden in maximumtarieven. ZN vindt het van belang dat de verzekeraars de mogelijkheid hebben om te onderhandelen over de kosten van de dure geneesmiddelen. De NVZ is van mening dat vaste tarieven in het A1-segment de voorkeur hebben voor zover het om 'unieke middelen' gaat; voor andere middelen is de NVZ voorstander van vrij onderhandelbare prijzen. Dit zou echter leiden tot diverse regelingen ten aanzien van dure geneesmiddelen, hetgeen niet de voorkeur van de NZa heeft. NPCF/NKF wijzen op het risico van selectieve inkoop ingeval van prijsconcurrentie, namelijk dat patiënten mogelijk niet meer bij elk ziekenhuis terecht kunnen. Maximumtarieven voor dure geneesmiddelen zouden dat kunnen versterken. De NZa erkent dat dit een risico is wanneer er sprake is van selectieve contractering op een bepaalde markt waar aandacht voor zal moeten zijn. De NZa schat echter in dat dit risico voornamelijk beperkt is.

6. Advies over de vergoeding

De vergoeding die ziekenhuizen ontvangen voor dure geneesmiddelen is gelijk aan het maximumtarief keer het vergoedingspercentage. Bij het bepalen van de hoogte van de maximumvergoeding spelen een aantal afwegingen een rol:

- enerzijds moet de vergoeding niet te laag zijn. Immers, het is belangrijk dat alle patiënten toegang hebben tot de juiste medicatie. Wanneer het ziekenhuis verlies maakt op patiënten die dure geneesmiddelen nodig hebben, ontstaat er mogelijk een prikkel tot onderverstrekking of het onnodig doorsturen van patiënten. Dit leidt tot gezondheidsschade en een brengt de toegankelijkheid van zorg in gevaar;
- anderzijds moet de vergoeding ook niet te hoog zijn. Als de vergoeding te hoog is, kunnen ziekenhuizen overwinsten maken ten koste van de consument. Ook ontstaat er dan mogelijk een prikkel tot oververstrekking (immers elk verstrekt duur geneesmiddel is extra winst voor het ziekenhuis). Hiermee komt de betaalbaarheid van de zorg voor de consument in het geding.

Het is dus van belang om de maximumvergoeding zo vast te stellen dat zowel het risico op onderverstrekking, als het risico op oververstrekking en overwinsten wordt beperkt, ofwel een redelijke vergoeding te bepalen.

In het consultatiedocument 'Bekostiging dure geneesmiddelen' stelde de NZa voor om de maximumvergoeding gelijk te stellen aan 100% van de Taxeprijs. Het is bekend dat ziekenhuizen vaak kortingen en bonussen ontvangen van farmaceutische bedrijven, en daardoor niet altijd de Taxeprijs betalen. De maximumvergoeding zou daarmee mogelijk te hoog worden gesteld. De NZa ging er echter van uit dat verzekeraars voldoende onderhandelingsmacht hebben om overwinsten en oververstrekking bij de ziekenhuizen tegen te gaan. Door de maximumvergoeding gelijk te stellen aan 100% van de Taxeprijs, kon dan aan de andere kant het risico op onderverstrekking worden geminimaliseerd.

Naar aanleiding van tijdens de consultatieronde aangedragen argumenten heeft de NZa geconcludeerd dat de verzekeraars op dit moment echter nog niet voldoende onderhandelingsmacht te hebben om een doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen en om een goede prijs te bedingen. Een vergoeding van 100% van de Taxeprijs zou daardoor mogelijk negatieve gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van zorg voor de consument.

Daarom adviseert de NZa de Minister van VWS de vergoeding gelijk te stellen aan 100% van de Taxeprijs-X. De korting van X corrigeert de maximumvergoeding enerzijds voor de kortingen en bonussen die de ziekenhuizen gemiddeld genomen krijgen van de farmaceutische industrie en anderzijds voor de gemiddelde besparing op 'normale' geneesmiddelen die het ziekenhuis in kan boeken wanneer hij dure geneesmiddelen inzet.⁵

⁵ Als de bekostiging van dure geneesmiddelen gaan verlopen via een add-on, terwijl de kosten van 'normale' geneesmiddelen wel in de DBC-prijs zijn opgenomen, krijgen ziekenhuizen mogelijk een dubbele vergoeding. Dit is het geval wanneer het ziekenhuis geen normale medicijnen meer hoeft in te zetten wanneer het een duur geneesmiddel gebruikt. De korting is bedoeld om – wanneer daar sprake van is – een dergelijke dubbele vergoeding te voorkomen.

Door de maximumvergoeding te corrigeren voor X kan worden voorkomen dat ziekenhuizen dubbel betaald worden en wordt bovendien het risico op overwinsten en oververstrekking beperkt. De vergoeding die de ziekenhuizen ontvangen benaderd dan zo goed mogelijk de werkelijke inkoopkosten van het ziekenhuis. Hiermee worden zowel de toegankelijkheid van de zorg voor de consument als de betaalbaarheid ervan geborgd.

Naar de precieze hoogte van X zal de NZa onderzoek doen. Hierbij is zij mede afhankelijk van data die kan worden aangeleverd door partijen in het veld. Idealiter zal de NZa een X vaststellen per geneesmiddel. Indien dat echter niet goed mogelijk is zal er worden gezocht naar een gemiddeld kortingspercentage.

Om het risico op over- en onderverstrekking verder te beperken, is het daarnaast goed om het toezicht op scherp toezicht te (blijven) houden op het verstrektingsbeleid van ziekenhuizen ten aanzien van dure geneesmiddelen. Dit kan onder meer door het opstellen van strenge voorschrijfprotocollen en door scherp kwaliteitstoezicht door de IGZ. Daarnaast kunnen ook de verzekeraars via benchmarks proberen toezicht te houden op het voorschrijfbeleid van ziekenhuizen: als een ziekenhuis ineens veel meer dure medicijnen voorschrijft dan in voorgaande jaren of ten opzichte van andere ziekenhuizen en dit niet kan verklaren kan de verzekeraar mogelijk prijsmaatregelen nemen.

7. Vergoeding weesgeneesmiddelen

In dit advies is tot nu toe de nadruk gelegd op de dure geneesmiddelen. Daarnaast is er een aparte regeling voor de zogenaamde weesgeneesmiddelen. Op dit moment kennen alleen de UMC's een regeling voor de vergoeding van weesgeneesmiddelen. De adviezen die hiervoor zijn genoemd voor de declaratie en vergoeding van dure geneesmiddelen, gaan grotendeels ook op voor weesgeneesmiddelen. Het enige significante verschil is dat het aantal aanbieders hier veel kleiner is en de ruimte voor onderhandeling door verzekeraars derhalve geringer. Om praktische redenen ligt het voor de hand ten aanzien van de weesgeneesmiddelen dezelfde benadering te volgen als voor de dure geneesmiddelen. Dat wil dus zeggen: plaatsing in het A1-segment, een vergoeding van 100% van de Taxeprijs-X en onderzoek naar de hoogte van X.