

Kerncijfers intramurale dure geneesmiddelen

Periode 2018 t/m 2022 en voorlopige cijfers over 2023



Update 9 oktober 2024

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Wat bedoelen wij in dit rapport met dure geneesmiddelen?	3
Uitgaven intramurale geneesmiddelen gedaald in 2022	4
Vanuit perspectief ziekenhuizen stijgt het aandeel dure geneesmiddelen	5
Concurrentie verlaagt de uitgaven aan geneesmiddelen	6
Lenalidomide	7
Beschouwing	10
Bronnen en methoden	12
Waarde geneesmiddelen	12
Uitgaven versus vergoedingen	12
Bronnen	14
Concurrentie	15
Begrippenlijst	17

Samenvatting

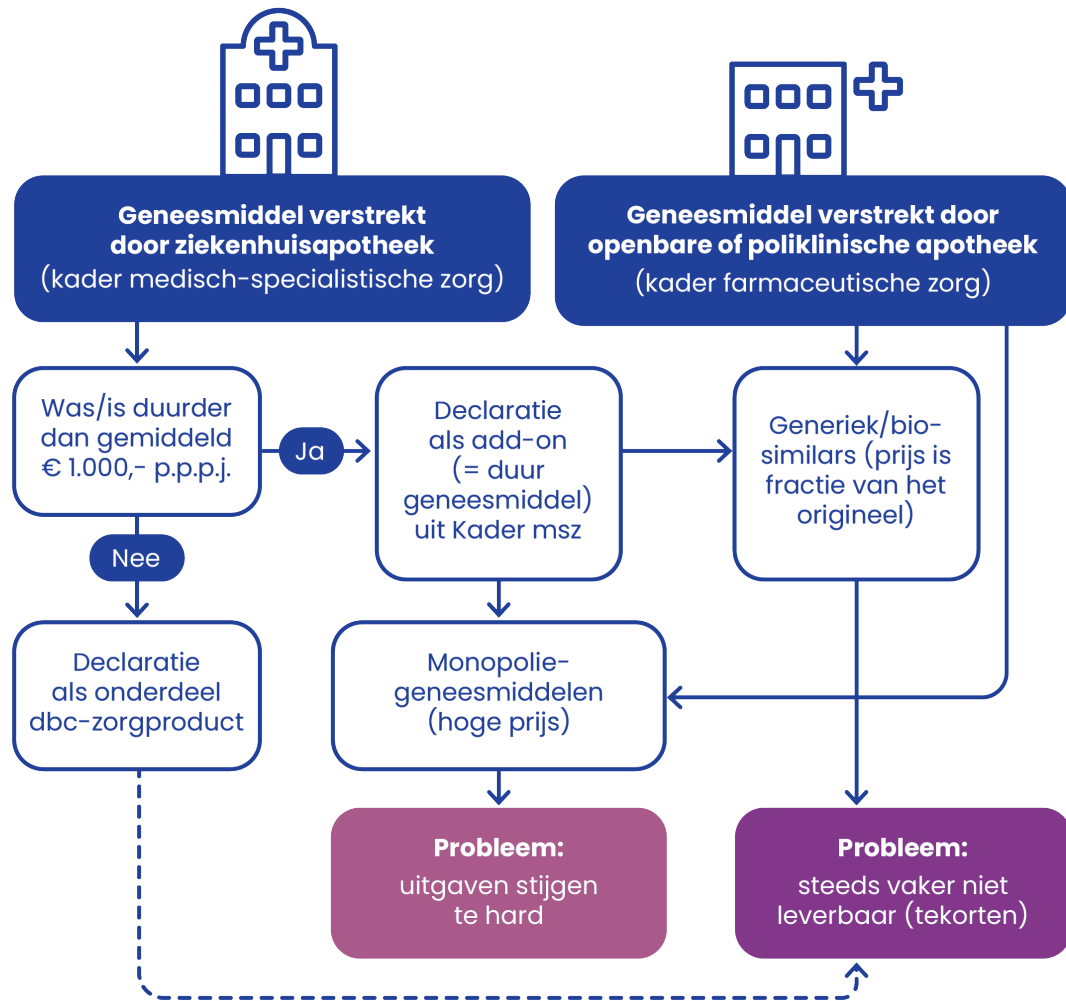
- De uitgaven aan dure intramurale geneesmiddelen zijn in 2022 gedaald vergeleken met 2021.
- Dit is nog geen trendbreuk: de komst van generiek lenalidomide en inspanningen van de overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een belangrijke invloed op de uitgavendaling. In 2023 is er geen geneesmiddel waarvoor concurrentie ontstaat met een vergelijkbaar groot dempend effect op de totale uitgaven als bij lenalidomide. De uitgaven aan monopoliegeneesmiddelen blijven stijgen.
- Concurrentie verlaagt de prijzen en uitgaven aan dure geneesmiddelen. Daarom is het belangrijk dat:
 - de overheid niet langer dan nodig concurrentiebescherming biedt aan fabrikanten, en
 - de overheid maatregelen treft om tijdens de monopoliefase te hoge uitgaven aan een geneesmiddel te voorkomen.

Er zijn veel zorgen over de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen en het risico dat hierdoor minder geld beschikbaar is voor andere zorg. Ook in het [Integraal Zorgakkoord](#) (IZA) wordt hier aandacht aan besteed (pagina 37). In dit rapport beschrijven wij de uitgaven aan dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg (hierna msz): intramurale geneesmiddelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) monitort deze uitgaven sinds 2015.

Er zijn tegelijkertijd veel problemen met de beschikbaarheid van (vaak) goedkopere geneesmiddelen. Dit rapport gaat niet in op deze problematiek. Voor de uitgaven aan geneesmiddelen die gedeclareerd worden door de openbare apotheek (extramurale geneesmiddelen) verwijzen wij u naar de [Kerncijfers apotheekzorg](#).

Wat bedoelen wij in dit rapport met dure geneesmiddelen?

De meeste geneesmiddelen worden als onderdeel van een dbc-zorgproduct in rekening gebracht. Een deel van de geneesmiddelen wordt vanwege de (oorspronkelijk) hoge kosten los, naast een dbc-zorgproduct, gedeclareerd. In dit rapport richten we ons specifiek op deze geneesmiddelen. We noemen dit ook wel add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Omdat deze geneesmiddelen vaak veel geld kosten, gebruiken we hiervoor in dit rapport de verzamelterm dure geneesmiddelen. Binnen de groep dure geneesmiddelen kijken wij naar geneesmiddelen met concurrentie (generieken en biosimilars) en de groep geneesmiddelen zonder concurrentie (monopoliegeneesmiddelen). Concurrentie zorgt ervoor dat de prijs van een geneesmiddel daalt. Hierdoor dalen ook de uitgaven. De zorgen rondom de hoge prijzen van en uitgaven aan geneesmiddelen spelen vooral bij de monopoliegeneesmiddelen.



In de bijlage Bronnen en methoden vindt u meer informatie over de manier waarop de cijfers in dit rapport tot stand gekomen zijn.

Uitgaven intramurale geneesmiddelen gedaald in 2022

Sinds wij de uitgaven monitoren zien wij voor het eerst dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen zijn gedaald ten opzichte van het jaar ervoor (tabel 1). Dit is goed nieuws voor de betaalbaarheid van zorg, maar er is nog geen sprake van een trendbreuk. De komst van generieke varianten van het oncolyticum lenalidomide speelt een belangrijke rol in deze uitgavendaling. Vergeleken met 2021 zijn de hoge uitgaven aan dit middel in 2022 gedaald met € 109 miljoen (76,5%). Ondanks dat de declaratiegegevens nog voorlopig zijn, kunnen we al zien dat er in 2023 geen stoffen zijn waarvoor concurrentie ontstaat met een vergelijkbare grootte van budgetimpact als van lenalidomide.¹

¹ De declaratiegegevens over 2023 zijn nog niet volledig (naar schatting 85%). De totale uitgaven kunnen hoger uitvallen door resterende declaraties of lager doordat zorgaanbieders declaratiegegevens nog kunnen corrigeren.

Tabel 1 Totale uitgaven medisch-specialistische zorg en het aandeel van dure geneesmiddelen daarbinnen (inclusief verrekeningen)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Totale msz uitgaven (in miljoenen)	€23.135,0	€24.019,4	€25.107,4	€26.012,5	€26.652,8	€28.545,7
%Stijging totale msz uitgaven	3,3%	3,8%	4,5%	3,6%	2,5%	7,1%
Totale uitgaven dure geneesmiddelen (in miljoenen)	€2.297,4	€2.407,7	€2.556,2	€2.662,7	€2.533,4	€2.652,8
Stijging/daling uitgaven dure geneesmiddelen ten opzichte van het jaar ervoor	+8,7%	+4,8%	+6,2%	+4,2%	-4,9%	+4,7%
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen ten opzichte van totale msz	9,9%	10,0%	10,2%	10,2%	9,5%	9,3%

* voorlopig. Deze cijfers bevatten schattingen en kunnen nog omhoog en omlaag bijgesteld worden. Zie de Bijlage bronnen en methoden.

Voor de duurste van de dure geneesmiddelen maakt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met de geneesmiddelenfabrikant afspraken over de prijs van een geneesmiddel. In tabel 1 zijn deze kortingen en andere verrekeningen op totaal niveau verwerkt. Op basis van de voorlopige cijfers over 2023 zien we dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen en de totale msz ten opzichte van 2022 stijgen. De uitgaven aan de totale msz stijgen sterker dan de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Hierdoor is het aandeel uitgaven aan dure geneesmiddelen ten opzichte van de totale msz in 2023 lager dan in 2022.

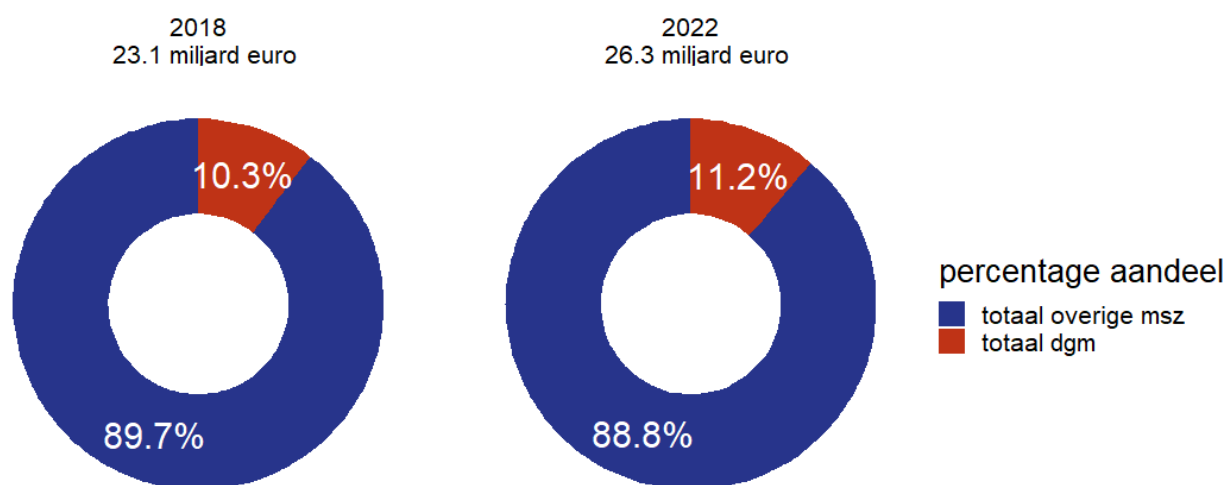
Ook de prijsonderhandelingen van het ministerie van VWS en zorgverzekeraars met geneesmiddelenfabrikanten remmen de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Het ministerie van VWS heeft in 2022 in totaal voor € 287 miljoen kortingen afgesproken. Tot slot hebben de inspanningen van artsen en apothekers op het gebied van gepast gebruik invloed op de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen.

Vanuit perspectief ziekenhuizen stijgt het aandeel dure geneesmiddelen

Het aandeel van de uitgaven aan dure geneesmiddelen ten opzichte van de totale msz (na verrekening en exclusief covidregelingen) is gedaald van 10,2% in 2021 naar 9,5% in 2022. Hierdoor is er in 2022 meer geld beschikbaar geweest voor andere zorg dan in 2021. Ten opzichte van 2018 (9,9%) zien we een daling van 0,4%. Vanuit het maatschappelijk perspectief is dit een positieve ontwikkeling.

Maar het is de vraag of ziekenhuizen deze ruimte daadwerkelijk zo hebben ervaren. Uit onze monitor Medisch Specialistische Zorg 2022 bleek dat de opbrengsten van de prijsonderhandelingen met fabrikanten door het ministerie van VWS en zorgverzekeraars grotendeels niet terecht komen bij ziekenhuizen. Zorgverzekeraars ontvangen dit geld en gebruiken dit geld voornamelijk voor het bepalen van de premiehoogte. Onderstaande figuur geeft aan welk aandeel geneesmiddelen uitmaken van de totale uitgaven binnen het ziekenhuis, zonder het effect van prijsonderhandelingen. Dit is gestegen van 10,3% in 2018 naar 11,2% in 2022.

Figuur 1 Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen ten opzichte van totale msz vanuit perspectief ziekenhuizen.



Concurrentie verlaagt de uitgaven aan geneesmiddelen

Het ontstaan van concurrentie heeft een grote invloed op de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen. Om dit inzichtelijk te maken, maken we in figuur 2 onderscheid tussen drie verschillende groepen (niet gecorrigeerd voor prijsafspraken)²:

- 1 Geneesmiddelen waarbij in de jaren 2018-2023 geen concurrentie op stofnaam is ontstaan (altijd monopolie)
- 2 Geneesmiddelen waarbij ergens in de jaren 2018-2023 concurrentie op stofnaam is ontstaan (overgang van monopolie naar concurrentie)
- 3 Geneesmiddelen waarbij in de jaren 2018-2023 altijd concurrentie op stofnaam bestond

Figuur 2 in combinatie met tabel 1 laat het volgende zien over de jaren 2018-2022:

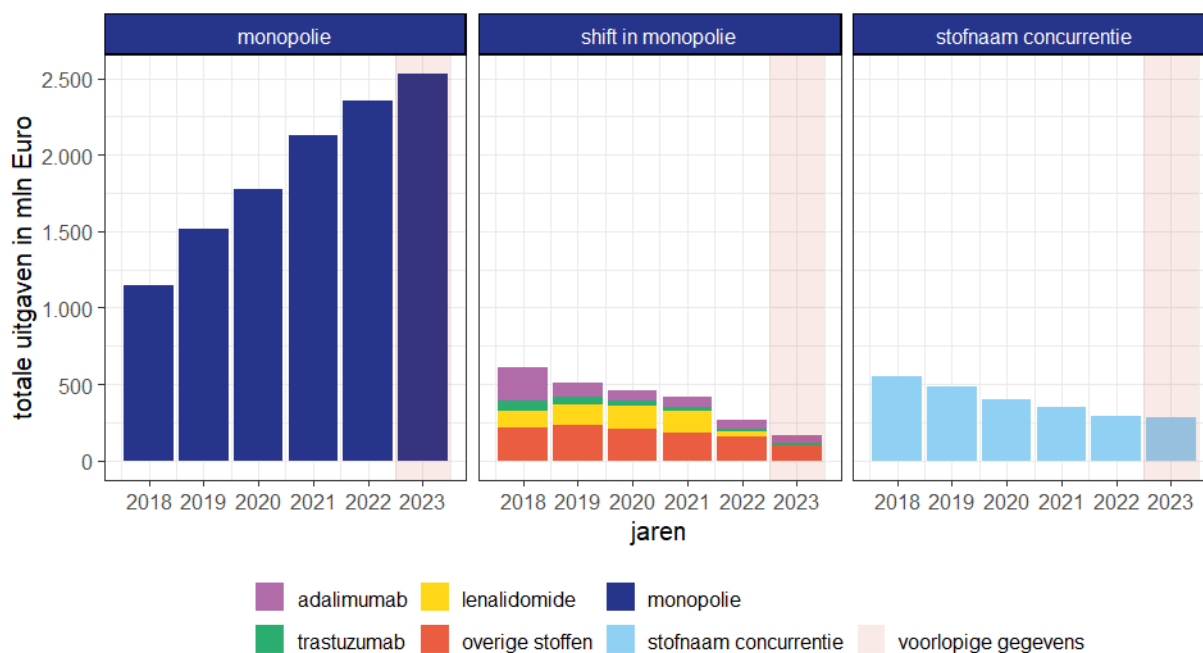
- De uitgaven aan monopoliegeneesmiddelen (groep 1) zijn met meer dan € 1,2 miljard gestegen.
 - In 2022 besteedden we rond de 81% van de uitgaven aan dure geneesmiddelen aan monopoliegeneesmiddelen (€ 2,4 miljard van de € 2,9 miljard). In 2018 was dat rond 50% (€ 1,15 miljard van de € 2,3 miljard).
- De uitgaven aan middelen waarvoor concurrentie bestond (groep 3) of is ontstaan (groep 2) zijn met € 608 miljoen gedaald.
 - De uitgaven van de geneesmiddelen waar al vóór 2018 stofnaamconcurrentie voor bestond zijn met € 263 miljoen gedaald.
 - In 2018-2022 zijn voor 31 geneesmiddelen stofnaamconcurrenten op de markt gekomen. De totale uitgaven aan deze middelen dalen in die jaren met € 345 miljoen. Deze daling komt vooral doordat er concurrentie ontstaat bij drie geneesmiddelenstoffen met een grote budget impact: adalimumab (Humira®), trastuzumab (Herceptin®) en lenalidomide (Revlimid®).

Tussen 2018 en 2022 dalen de uitgaven aan deze geneesmiddelen met:

- adalimumab (concurrentie vanaf 2018): € 162 miljoen
- trastuzumab (concurrentie vanaf 2018): € 50 miljoen
- lenalidomide (concurrentie vanaf 2022): € 74 miljoen

² Voor (een deel van) deze geneesmiddelen maakt het ministerie van VWS geheime prijsafspraken met fabrikanten, de daadwerkelijke macro uitgaven liggen dus lager dan hier gerapporteerd. Meer hierover in de Bronnen en methoden.

Figuur 2 Uitgaven aan dure geneesmiddelen per concurrentiekenmerk



In 2022 worden de stijgende uitgaven aan monopoliegeneesmiddelen grotendeels gecompenseerd door de dalende uitgaven aan lenalidomide. Door het ontstaan van concurrentie zijn de gemiddelde uitgaven aan lenalidomide per patiënt nog in datzelfde jaar al ruim vier keer lager geworden. Omdat jaarlijks drie tot vierduizend patiënten met lenalidomide behandeld worden, is de impact op de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen groot. Hierdoor dalen de ook totale uitgaven in 2022 ten opzichte van 2021. Ondanks dat de declaratiegegevens nog voorlopig zijn, kunnen we al zien dat er in 2023 geen stoffen zijn waarvoor concurrentie ontstaat met een vergelijkbare grootte van budgetimpact als van lenalidomide. Om de groei van de uitgaven aan monopoliegeneesmiddelen te compenseren zou je elk jaar een dergelijk effect moeten hebben.

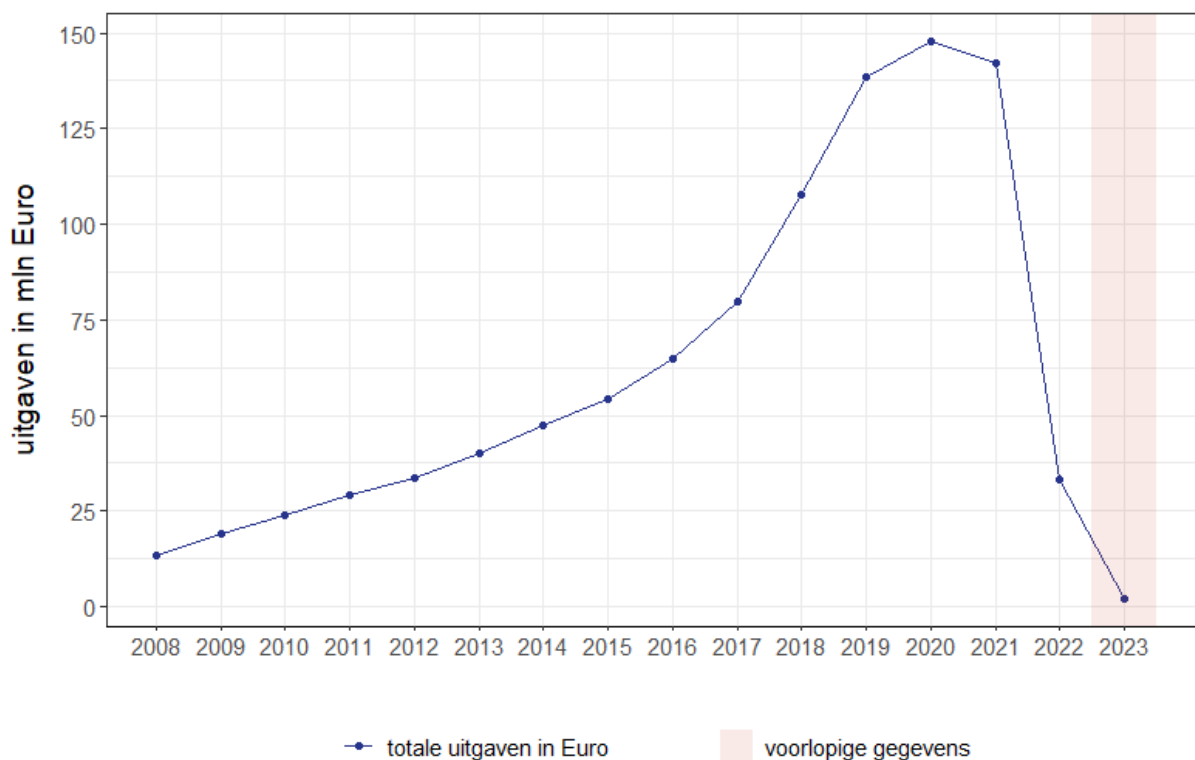
Lenalidomide

Lenalidomide is een middel tegen kanker (capsules) dat onder andere wordt toegepast bij multiple myeloom (ziekte van Kahler). Eind 2007 is lenalidomide onder de naam Revlimid® op de Nederlandse markt gebracht door fabrikant Celgene/Bristol Myers Squibb. Lenalidomide werd toen gedeclareerd via de openbare apotheek. In 2013 werd lenalidomide overgeheveld naar het macrokader medisch-specialistische zorg. Sindsdien wordt lenalidomide gedeclareerd via ziekenhuizen. Sinds begin 2022 worden er naast Revlimid® ook generieke varianten van lenalidomide in Nederland aangeboden. Sinds het ontstaan van concurrentie zien we de uitgaven aan lenalidomide flink dalen.

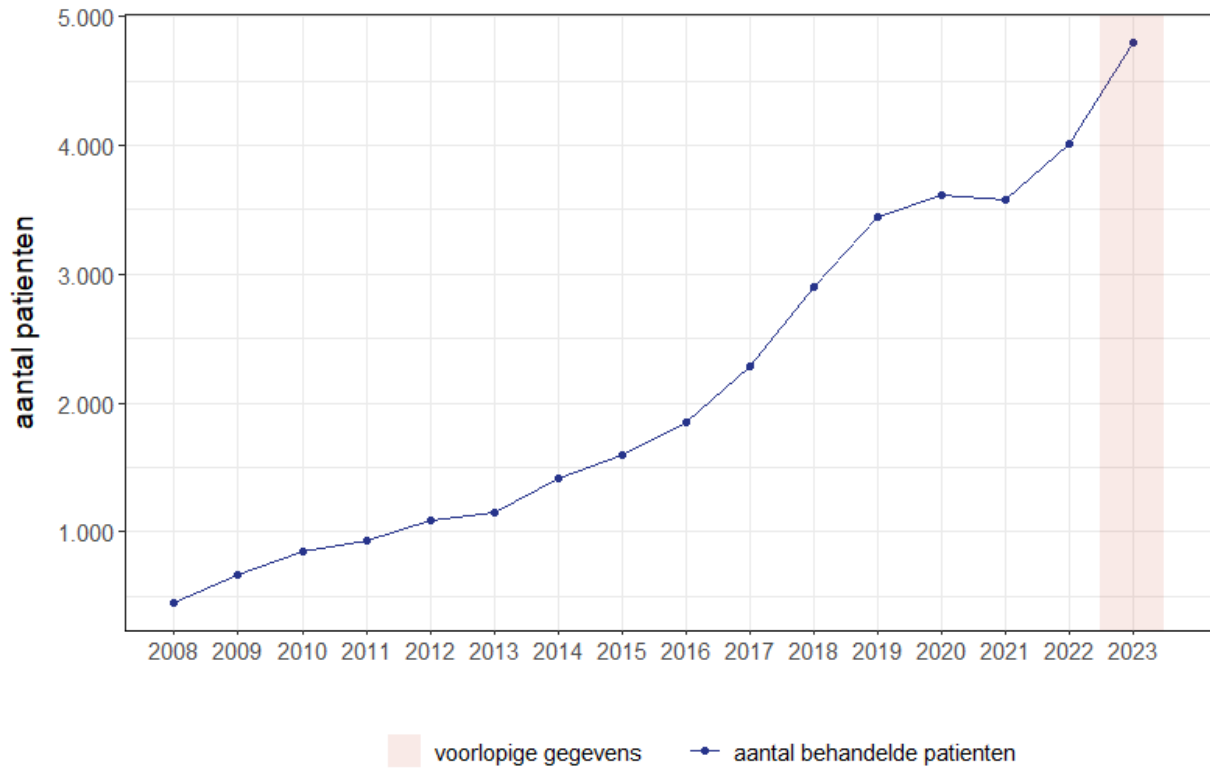
Sinds de introductie eind 2007 zijn de uitgaven aan lenalidomide sterk gestegen en vanaf 2022 snel gedaald (figuur 3). Dit komt omdat:

- 1 het aantal patiënten (figuur 4) is gestegen van ongeveer 450 patiënten in 2008 naar ongeveer 4.000 patiënten in 2022 en rond de 4.800 patiënten in 2023. Een stijging van 789% (2008-2022). Het totaal aantal gedeclareerde milligrammen (mg) (figuur 5) steeg in die periode met ongeveer 776%, van rond 822 duizend mg in 2008 naar rond 7.199 duizend mg in 2022. In 2023 laten beide figuren op basis van voorlopige gegevens een sterke stijging zien t.o.v. 2022.
- 2 De gemiddelde gedeclareerde prijs per mg (figuur 6) is gestegen van ruim 16 €/mg in 2008 naar rond de 21,2 €/mg in 2020, om scherp te dalen naar 4,6 €/mg in 2022 en op basis van voorlopige cijfers naar 0,24 €/mg in 2023: een daling van 99% ten opzichte van 2020.

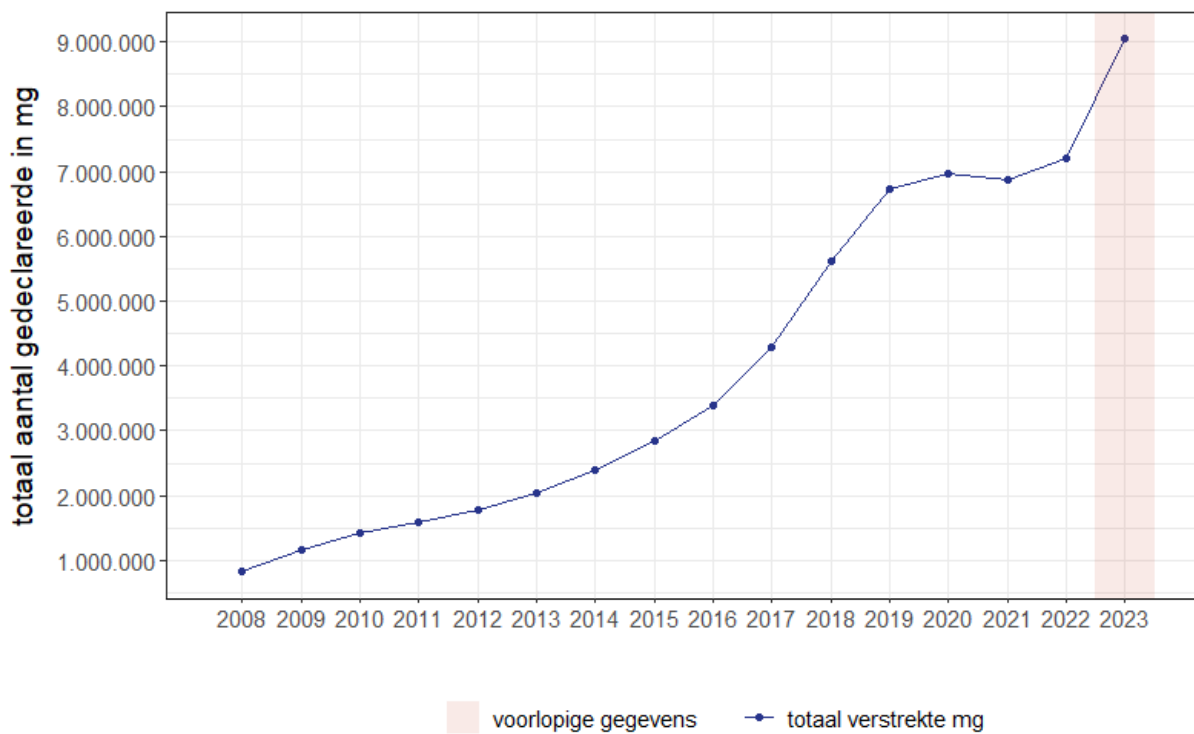
Figuur 3: Totale uitgaven aan lenalidomide tussen 2008 en 2023



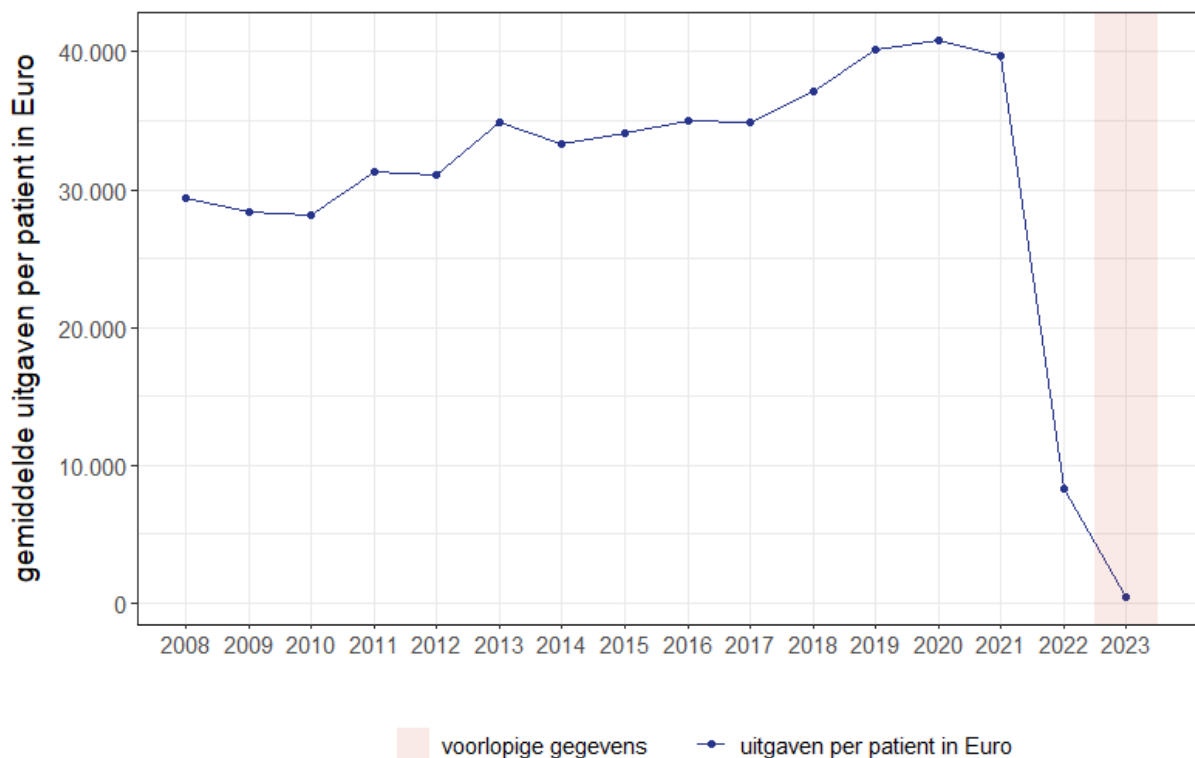
Figuur 4: Aantal unieke patiënten behandeld met lenalidomide tussen 2008 en 2023



Figuur 5: Totaal aantal verstrekte mg aan lenalidomide tussen 2008-2023



Figuur 6: Gemiddelde declaratiebedrag per mg tussen 2008 en 2023



Beschouwing

Het is belangrijk dat goede geneesmiddelen beschikbaar blijven voor wie dat nodig heeft, nu en in de toekomst. We moeten daarom zorgen dat geneesmiddelenprijzen niet onnodig hard stijgen en daarmee een te grote hap uit het beschikbare zorgbudget nemen. In dat licht is het goed nieuws dat we zien dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen bij ziekenhuisbehandelingen in 2022 lager zijn dan in 2021. Maar de verwachting is wel dat de definitieve uitgaven aan deze geneesmiddelen in 2023 weer gestegen zullen zijn. De komst van generieke varianten van lenalidomide in 2022 (concurrentie) zorgt ervoor dat de uitgaven aan lenalidomide substantieel lager zijn geworden. Hierdoor zijn ook de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen lager. In 2023 zijn er geen generieke varianten van een geneesmiddel op de markt gekomen met net zo een grote budget impact. Terwijl er wel nieuwe dure monopoliegeneesmiddelen op de markt zijn gekomen. Volgens de [Horizonscan Geneesmiddelen](#) komen er in 2025 en 2026 mogelijk 266 nieuwe geneesmiddelen op de Europese markt, plus 195 indicatie-uitbreidingen voor bestaande geneesmiddelen.

De zorg betalen we met elkaar, via onze zorgpremies en belastingen. Het is noodzakelijk dat we ons geld zorgvuldig uitgeven. Dus ook bij dalende uitgaven (per patiënt) besteden we geld alleen passend als een geneesmiddel ook echt wat oplevert voor de patiënt. Dit geldt voor zowel overleving als kwaliteit van leven. Het is belangrijk voor artsen, patiënten en overheid om te weten hoe effectief geneesmiddelen zijn en bij welke patiënten. Niet alleen om geld beschikbaar te houden voor effectievere zorg, maar ook om patiënten niet onnodig (lang) bloot te stellen aan bijwerkingen. Pas als artsen hier goed zicht op hebben, kunnen zij met de patiënt goede keuzes maken over de behandeling. Ondanks veel onderzoek van onder andere beroepsgroepen na toelating op de markt, ontbreekt dit inzicht nog vaak. Dit komt grotendeels door uitdagingen met betrekking tot de beschikbaarheid en interpretatie van real-world data en het combineren van databronnen.

Terug naar lenalidomide. De overheid beschermt fabrikanten tegen concurrentie om hen de investeringen terug te laten verdienen en hen te stimuleren nuttige geneesmiddelen te ontwikkelen. Een brancheorganisatie van de farmaceutische industrie geeft aan dat deze periode gemiddeld 5-8 jaar duurt. Bij lenalidomide duurde deze bescherming bijna 15 jaar. Gedurende deze 15 jaar is lenalidomide steeds meer gebruikt, terwijl de prijs niet daalde maar zelfs steeg. Overheid, ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn er niet in geslaagd om de uitgaven in deze periode te stabiliseren. Dit roept de vraag op of de fabrikant van lenalidomide niet al eerder dan na 15 jaar de investeringen heeft terugverdiend.

In 2024 concludeerden Utrechtse onderzoekers dat de fabrikanten van meer dan de helft van de door hen onderzochte kankermedicijnen binnen 3 jaar hun investeringen hadden terugverdiend. Ook voor middelen die niet effectief zijn, verdienen de fabrikanten hun investeringen terug. De onderzoekers concluderen: *'Dit gegeven kan ertoe leiden dat de farmaceutische industrie minder geneigd is om hoogwaardige medicijnen te ontwikkelen. Immers, farmaceutische bedrijven kunnen mogelijk evengoed tevreden zijn met de inkomsten van medicijnen met weinig toegevoegde waarde.'*

Het voorbeeld van lenalidomide laat zien hoe belangrijk concurrentie is. Het ontstaan van concurrentie zorgt ervoor dat de prijs van een geneesmiddel daalt, waardoor ook de uitgaven dalen. Het is belangrijk dat de concurrentiebescherming die de overheid geeft aan fabrikanten past bij de investeringen die zij moeten terugverdienen. Daarna moet concurrentie zo snel mogelijk ontstaan. Naast concurrentie hebben ook de prijsafspraken van het ministerie van VWS met fabrikanten een positieve invloed op de uitgaven. Bij monopolies is het belangrijk dat de overheid voorkomt dat de maatschappij een onaanvaardbaar hoge prijs voor een geneesmiddel moet betalen.

In het programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven en prijzen van Geneesmiddelen (MAUG) werken de Autoriteit Consument en Markt, Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit samen om het beleid ten aanzien van onredelijk hoge prijzen en concurrentie in de geneesmiddelenmarkt te verbeteren.

Bronnen en methoden

Waarde geneesmiddelen

De kerncijfers geven inzicht in de uitgaven aan dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg. We gaan hier niet in op andere aspecten van 'waarde', zoals de waarde voor patiënten of de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen. Deze aspecten vallen buiten de scope van de kerncijfers.

Uitgaven versus vergoedingen

Met uitgaven (tenzij expliciet aangegeven) bedoelen we in deze kerncijfers de bedragen die door zorgverzekeraars aan zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg zijn vergoed (volume maal contractprijzen). In tabel 1 en figuur 1 hebben we rekening gehouden met de resultaten van financiële arrangementen van het ministerie van VWS, uitgaven aan dure geneesmiddelen omvat dit bedrag ook de extramurale uitgaven (voorafgaand aan overheveling) en met contractafspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Een voorbeeld van een contractafpraak die tot een verrekening kan leiden is een plafondaafpraak: de in rekening te brengen omzet is van tevoren begrensd en er is geen omzetgarantie voor het ziekenhuis. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken met elkaar waarbij een verrekening achteraf over een jaar plaatsvindt over de medisch specialistische zorg of een deel daarvan.

Op macroniveau is het mogelijk om met deze verrekeningen rekening te houden. Omdat deze bedragen alleen op macroniveau bekend zijn, kunnen we deze verrekeningen niet meenemen in de meer gedetailleerde analyses. Hoe deze bedragen precies zijn opgebouwd is onduidelijk, omdat hierin dus een samengesteld effect zit. In alle andere figuren maken we gebruik van declaratiegegevens, deze figuren bouwen we op vanaf microniveau. Daardoor kunnen we veel gedetailleerder naar de trends en ontwikkelingen kijken, maar hierin kunnen we dus geen rekening houden met de verrekeningen.

Verzekeraars hebben inzicht in deze financiële macroresultaten. Ten behoeve van de risicoverevening rapporteren verzekeraars aan het Zorginstituut en de NZa (kwartaal- en jaarstaten) de totale (verwachte) uitgaven aan dure geneesmiddelen én de totale msz uitgaven. De hoogte van de verrekening aan totale msz en dure geneesmiddelen afzonderlijk staat hierin feitelijk vast over jaren die volledig zijn gedeclareerd. Deze cijfers zijn openbaar beschikbaar via een website van het Zorginstituut Nederland (ZIN): <https://www.zorgcijfersdatabank.nl>.

Wanneer we aantallen van zorggebruikers weergeven, dan zijn de aantallen altijd geteld als het unieke aantal zorggebruiker op dat specifieke niveau. Omdat zorggebruikers in meerdere groepen kunnen zitten (meerdere geneesmiddelen gebruiken) tellen de aantallen niet op tot die genoemd in het totaal, omdat op totaal niveau de zorggebruikers ook uniek zijn.

Wij hebben geen onderzoek gedaan naar eventuele tekorten aan add-ongeneesmiddelen en het effect daarvan op de uitgavenontwikkeling.

Tabel 2 Uitgebreide tabel

	2018	2019	2020	2021	2022***	2023****
Totaal msz* gedeclareerd	23.449,4	24.415,4	23.158,0	25.771,6	26.662,3	28.588,7
Totaal verrekend** msz	-314,4	-396,0	1.949,4	240,9	-9,5	-43,1
Totale msz uitgaven na verrekening incl. dgm en incl. covidregelingen	23.135,0	24.019,4	25.107,4	26.012,5	26.652,8	28.545,7
Waarvan covidregelingen	-	-	2.125,2	925,0	342,5	84,2
Totale dgm gedeclareerd	2.375,6	2.581,0	2.722,5	2.971,9	2.941,3	3.005,9
Totaal verrekend** dgm	-78,2	-173,3	-166,3	-309,2	-407,9	-353,1
Totale uitgaven dgm na verrekening	2.297,4	2.407,7	2.556,2	2.662,7	2.533,4	2.652,8
Toename uitgaven dgm (%)	8,7	4,8	6,2	4,2	-4,9	4,7
Toename totale uitgaven (incl. dgm en covidregelingen) (%)	3,3	3,8	4,5	3,6	2,5	7,1
Aandeel dgm in totale msz (excl. covidregelingen) (%)	9,9	10,0	11,1	10,6	9,6	9,3
Aandeel dgm in totale msz (incl. covidregelingen) (%)	9,9	10,0	10,2	10,2	9,5	9,3

* De kostendefinitie van de totaal gedeclareerde msz sluit aan bij de rubriekenindeling van de jaar- en kwartaalstaten; rubriek '06 Medisch-specialistische zorg' in de jaar- en kwartaalstaten en is inclusief uitgaven dure geneesmiddelen. De verzekeraars leveren de jaar- en kwartaalstaten data aan bij het ZIN. Het ZIN controleert en corrigeert deze cijfers. Zie voor meer informatie de Zorgcijferdatabank.

** Verrekening:

- Betalingen door zorgverleners (ziekenhuizen) aan zorgverzekeraars op grond van gemaakte contractafspraken (verrekening achteraf op basis van onder andere gerealiseerde volumes).
- Betalingen door fabrikanten/leveranciers (via een 'trusted third party') aan zorgverzekeraars op grond van kortingsafspraken tussen het ministerie van VWS en fabrikanten/leveranciers (verrekening achteraf op grond van gerealiseerde volumes).
- Raming van nog te verwachten declaraties.

*** Voorlopig:

- voor de Vektis data geldt dat nog niet 100% van de declaraties verwerkt zijn, onder het kopje 'Bronnen' meer hierover.
- Voor de jaar- en kwartaalstaten data geldt dat de definitieve afrekening van de financiële arrangementen (BFAG) nog geschat wordt door de zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor de contractverrekeningseffecten.

*** Zeer voorlopig:

- voor de vektis data geldt dat nog niet 100% van de declaraties verwerkt zijn, onder het kopje 'Bronnen' meer hierover.
- Voor de jaar- en kwartaalstaten data geldt dat de eerste en definitieve afrekeningen van de financiële arrangementen (resultaten BFAG) nog compleet geschat worden door de zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor de contractverrekeningseffecten

Bron: Zorginstituut Nederland (jaar- en kwartaalstaten) en Vektis

Bronnen

De totale msz gegevens in de kerncijfers hebben betrekking op alle zorgprestaties geleverd in zowel het vrije- als het gereguleerde segment. De kostendefinitie van de totaal gedeclareerde msz sluit hier aan bij de rubrieken indeling van de jaar- en kwartaalstaten; rubriek '06 Medisch-specialistische zorg' in de jaar- en kwartaalstaten. De verzekeraars leveren de jaar- en kwartaalstaten data aan bij het ZIN. Om de aansluiting tussen de Vektis data en de jaar- en kwartaalstaten data te kunnen maken is de "Mapping tabel prestaties – kostencodenummers" van Vektis gebruikt. Dit hebben we gedaan omdat de totale msz kostendefinitie (wat er allemaal onder totale msz valt) van Vektis afwijkt van die van de jaar-en kwartaalstaten. Zo rekent de jaar- en kwartaalstaten de geriatrische revalidatiezorg niet mee in de msz, terwijl deze wel in de Vektis msz meelopen.

Bij de uitgaven aan dure geneesmiddelen kijken wij alleen naar gedeclareerde add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Uitgaven aan geneesmiddelgerelateerde zorg zoals (dag)verpleging, fysiotherapie en/of diagnostiek zijn hierin niet meegenomen. Voor de analyse van dure geneesmiddelen werd gekeken naar middelen waarvan een add-on geneesmiddelen prestatie of ozipstollingsfactorenprestatie geldig was. Voor de jaren 2018 t/m 2023 hebben we hiervoor alle ZI-nummers voor add-on geneesmiddelen en ozip-stollingsfactoren uit de G-standaard meegenomen.

De cijfers t/m 2021 van Vektis zijn naar verwachting volledig. Van 2022 zijn er voor de totale msz 31 kasmaanden en voor de dgm 30 kasmaanden in de gegevens verwerkt. Voor 2023 zijn er voor de totale msz 19 kasmaanden en voor de dgm 18 kasmaanden in de gegevens verwerkt. We beschouwen de gegevens over 2022 nog als voorlopig, omdat hier nog extra declaraties bij kunnen komen en nog correcties op uitgevoerd kunnen worden.

De GIP databank hebben we gebruikt als bron voor een deel verrekeningsbedragen (t/m 2019) en de uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen vóór de overheveling, namelijk de uitgaven vanuit het kader farmaceutische zorg (extramuraal farmacie). De verrekeningsbedragen van 2020-2023 zijn berekend door het verschil tussen de jaar- en kwartaalstaten data en de Vektis cijfers (in de juiste kostendefinitie) te berekenen.

Voor het handhaven van de vergelijkbaarheid van de cijfers in (de uitgebreide) tabel 2 over jaren heen, tellen we de extramuraal uitgaven van de overgehevelde geneesmiddelen in de jaren vóór de overheveling op bij de totale uitgaven (gedeclareerd en na verrekening). Deze cijfers zijn ook afkomstig van de GIPdatabank.

Voor de periode van 2008 tot en met 2012 hebben we van het Zorginstituut Nederland voor de extramuraal uitgaven aan lenalidomide, het aantal zorggebruiker, en het aantal declaraties gegevens ontvangen.

Referenties

- Totale uitgaven medisch specialistische zorg en uitgaven dure geneesmiddelen: Vektis, peildatum september 2024
- Jaar- en kwartaalstaten data (zorgcijfersdatabank): tweede kwartaalstaten 2024
- Overgehevelde geneesmiddelen voor overheveling (extramuraal uitgaven): GIP-data, Zorginstituut Nederland. Geactualiseerd september 2024.
- Uitgaven overgehevelde geneesmiddelen na overheveling én niet overgehevelde geneesmiddelen: Vektis, peildatum september 2024.
- Resultaat financiële arrangementen VWS: 2021 en 2022

Concurrentie

Om een vergelijking te kunnen maken tussen uitgaven voor geneesmiddelen met en zonder concurrentie hebben we gebruik gemaakt van Vektis gegevens en de G-standaard. We spreken van stofnaamconcurrentie wanneer er volgens de G-standaard dezelfde werkzame stof voor minimaal 3 achtereenvolgende maanden door verschillende leveranciers (niet zijnde parallel import) worden aangeboden. Vanaf het eerst jaar waarin concurrentie gedefinieerd wordt, ontvangt de stofnaam het label 'met stofnaamconcurrentie'.

Daarnaast hebben we voor de geneesmiddelstoffen aflibercept en everolimus het aantal leveranciers per geneesmiddelgroep apart geteld. Dit omdat leveranciers van dezelfde geneesmiddelstof voor verschillende aandoeningen (e.g., oogziekten en oncolytica) niet tegen elkaar concurreren. De geneesmiddelen die voor oogziekten worden ingezet worden niet voor de behandeling van oncolytische aandoeningen ingezet.

Tabel 3 Top 25 hoogste uitgaven per zorggebruiker in 2022 (2021)

Rank 2022 (2021)	Stofnaam	Merknaam (igv ontbreken stofnaam-concurrentie)	Indicatie (hoofdcategorie)	Gem uitgaven per zorggebruiker (x 1.000 euro)
1 (-)	onasemnogeen abeparovec	Zolgensma	Spierziekte	2.119,1
2 (1)	sebelipase alfa	Kanuma	Stofwisselingsziekten	1.594,7
3 (2)	cerliponase alfa	Brineura	Stofwisselingsziekten	636,8
4 (3)	voretigeen neparovec	Luxturna	Oogziekten	564,1
5 (4)	galsulfase	Naglazyme	Stofwisselingsziekten	484,9
6 (6)	idursulfase	Elapraxe	Stofwisselingsziekten	447,3
7 (5)	alglucosidase alfa	Myozyme	Stofwisselingsziekten	414,8
8 (7)	patisiran	Onpattro	Eiwitstapelingsziekte	378,5
9 (8)	tisagenlecleucel	Kymriah	Oncolytica	348,8
10 (-)	imlifidase	Idefixir	Immunosuppressiva	323,7
11 (15)	proteïne c	Ceprothin	Stollingsfactor	317,6
12 (11)	burosumab	Crysvita	Botziekten	316,3
13 (10)	laronidase	Aldurazyme	Stofwisselingsziekten	289,8
14 (9)	nusinersen	Spinraza	Spierziekte	263,7
15 (16)	asfotase alfa	Strensiq	Stofwisselingsziekten	243,8
16 (14)	eliglustat	Cerdelga	Stofwisselingsziekten	224,7
17 (-)	lumasiran	Oxlumo	Stofwisselingsziekten	222,0
18 (25)	avapritinib	Ayvakyt	Oncolytica	222,0
19 (12)	eculizumab	Soliris	Immunosuppressiva	213,7
20 (18)	dinutuximab beta	Qarziba	Oncolytica	188,1
21 (13)	emicizumab	Hemlibra	Bloedziekten	185,3
22 (17)	agalsidase beta	Fabrazyme	Stofwisselingsziekten	148,6

Rank 2022 (2021)	Stofnaam	Merknaam (igv ontbreken stofnaam-concurrentie)	Indicatie (hoofdcategorie)	Gem uitgaven per zorggebruiker (x 1.000 euro)
23 (19)	agalsidase alfa	Replagal	Stofwisselingsziekten	124,9
24 (23)	imiglucerase	Cerezyme	Stofwisselingsziekten	124,4
25 (20)	canakinumab	Ilaris	Immunosuppressiva	120,6

Tabel 4 Top 25 hoogste uitgaven in 2022 in totaal

Rank 2022 (2021)	Stofnaam	Merknaam (igv ontbreken stofnaamconcurrentie)	Indicatie (hoofdcategorie)	Totale uitgaven (x 1.000 euro)
1 (1)	pembrolizumab	Keytruda	Oncolytica	265.703
2 (3)	daratumumab	Darzalex	Oncolytica	157.373
3 (4)	ustekinumab	Stelara	Anti-reumatica	105.001
4 (5)	aflibercept	Eylea	Oogziekten	95.121
5 (6)	nivolumab	Opdivo	Oncolytica	82.118
6 (8)	emicizumab	Hemlibra	Bloedziekten	67.456
7 (7)	nusinersen	Spinraza	Spierziekte	61.971
8 (13)	osimertinib	Tagrisso	Oncolytica	61.476
9 (18)	ocrelizumab	Ocrevus	MS middelen	60.736
10 (11)	alglucosidase alfa	Myozyme	Stofwisselingsziekten	60.152
11 (12)	enzalutamide	Xtandi	Oncolytica	59.929
12 (17)	immunoglobuline, normaal, intravasculair		Immunoglobulinen	58.999
13 (19)	dupilumab	Dupixent	Longaandoeningen	58.730
14 (15)	vedolizumab	Entyvio	Immunosuppressiva	55.459
15 (10)	adalimumab		Anti-reumatica	55.455
16 (14)	ibrutinib	Imbruvica	Oncolytica	54.938
17 (16)	durvalumab	Imfinzi	Oncolytica	52.495
18 (9)	infliximab		Anti-reumatica	52.468
19 (20)	ruxolitinib	Jakavi	Oncolytica	47.452
20 (21)	abirateron		Oncolytica	40.937
21 (29)	ipilimumab	Yervoy	Oncolytica	39.771
22 (23)	palbociclib	Ibrance	Oncolytica	37.175
23 (27)	eculizumab	Soliris	Immunosuppressiva	36.542
24 (26)	omalizumab	Xolair	Longaandoeningen	36.236
25 (2)	lenalidomide		Oncolytica	33.356

Begrippenlijst

Add-on geneesmiddelen: de geneesmiddelen waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een aparte prestatie (add-on prestatie) heeft vastgesteld. Op dit moment zijn er add-on prestaties vastgesteld voor generieke geneesmiddelen, specialité's mét concurrentie en specialité's zonder concurrentie.

OZP-stollingsfactoren: de geneesmiddelen waarvoor de NZa een ozp overig zorgproduct (ozp) prestatie heeft vastgesteld.

Dure geneesmiddelen: add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Buiten de context van de hier gepresenteerde kerncijfers, zijn er ook dure geneesmiddelen buiten de msz, namelijk verstrekt vanuit het kader Farmaceutische zorg.

Sluisgeneesmiddelen: De duurste dure geneesmiddelen. De criteria voor de inzet van de sluis zijn wettelijk vastgelegd. Een medicijn kan kandidaat voor de sluis worden als:

- Het € 20 miljoen of meer per jaar kost om het medicijn in heel Nederland te gebruiken bij 1 of meer nieuwe indicaties. Het medicijn komt dan voor elke nieuwe indicatie in de sluis.
- De kosten van een medicijn bij 1 indicatie zijn per jaar € 10 miljoen of meer én het gebruik per patiënt per jaar is € 50.000 of meer.

Met indicatie bedoelen we voor welke ziekte of aandoening het medicijn wordt gebruikt. Alleen de kosten voor het medicijn zelf worden meegerekend in deze criteria. De overige onderdelen van de behandeling niet. Denk hierbij aan opname in het ziekenhuis. Bron:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/programmas-en-samenwerkingsverbanden/horizonscan-geneesmiddelen/sluis-voor-dure-geneesmiddelen>

Financiële arrangementen: Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: in beginsel uitsluitend in gevallen van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel.

