

Hare excellentie mevrouw Drs. E.I. Schippers  
Minister van VWS  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Den Haag, 29 september 2011

Betreft: Overheveling dure geneesmiddelen:  
Afslag, level playing field, patiënten de dupe?

Hooggeachte mevrouw Schippers,

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers steunt de uitgangspunten van de overheveling van dure geneesmiddelen van extramurale naar intramurale aanspraak en bekostiging en wil hier graag en goed vorm aan geven. Belangrijk hierbij is wel dat de bekostiging van deze specialistische middelen en de bijbehorende zorg goed is geregeld. Dat is nog niet het geval. De NVZA maakt zich daarom grote zorgen over de uitvoering van de overheveling van dure geneesmiddelen, te beginnen met de TNF-alfaremmers met ingang van 1 januari 2012. De NVZ en de NFU hebben vergelijkbare zorgen uitgesproken in een brief aan het Ministerie van VWS, directeur generaal H. Hurtz, d.d. 20 juli 2011, ref 10003188hk/eve. Tot op heden zijn de punten die in die brief zijn aangekaart niet opgelost. Wij geven de punten nog een keer weer.

#### **Afslag**

De ziekenhuizen hebben op het macrokader 50 mln. euro (per jaar) ingeleverd in verband met de overheveling van TNF-alfaremmers. Dit omdat wordt verwacht dat de ziekenhuizen in staat zullen zijn dit bedrag terug te verdienen uit kortingen die door goed koopmanschap uit deze middelen te halen zijn. Wij hebben aangegeven dat we dit bedrag erg hoog vinden omdat het middelen betreft waarvan patenten niet verlopen zijn.

Om ziekenhuizen en ziekenhuisapothekers in staat te stellen korting uit te onderhandelen, en hiermee een deel van 50 mln. te compenseren, moeten er geen belemmeringen zijn voor een normale ongestoorde marktwerking tussen ziekenhuizen en leveranciers.

In de voorstellen zoals die tot op heden gedaan zijn, wordt voorgesteld de NZa op te dragen de korting die ziekenhuizen bedingen te monitoren en op grond daarvan jaarlijks een afslag vast te stellen waarmee de maximumvergoeding van de middelen wordt verlaagd. De gevolgen van een afslag zijn verschillend voor middelen die uniek zijn en middelen waarvoor generieke alternatieven bestaan.

#### Uniek

De afslag, met als gevolg transparantie van prijzen, heeft twee gevolgen voor de prijsstelling. Ten eerste wordt een bedrijfsgeheim van een individueel ziekenhuis en een leverancier openbaar, waardoor voor leveranciers het risico bestaat dat een speciale afspraak die voor een ziekenhuis wordt gemaakt, geclaimd wordt door een ander ziekenhuis. Dat is op zich al een reden om geen

prijstransparantie door te voeren. Ten tweede zullen leveranciers veel minder bereid zijn kortingen te verlenen wanneer ze weten dat daardoor de vergoeding van die middelen het jaar er op daalt. Hierdoor zullen de ziekenhuizen niet in staat zijn de 50 mln. jaarlijks terug te verdienen.

#### Generiek beschikbaar

Als een geneesmiddel uit patent loopt ontstaat er een andere situatie doordat er dan meerdere leveranciers komen die het geneesmiddel generiek registreren en elkaar op prijs gaan beconcurreren om marktaandeel te krijgen. De prijs kan dan aanzienlijk zakken ten opzichte van de (lijst) prijs van het referentiespécialité. In dat geval lijkt het wel nuttig een mechanisme in te voeren dat ziekenhuizen niet tegen lijstprijs mogen declareren, maar tegen een veel lagere prijs. Een afslag die wordt bepaald door onderzoek van de NZa zal bij generiek geen belemmering vormen voor een vrij marktspel tussen de verschillende aanbieders van generiek.

Wij willen er daarom voor pleiten dat de afslagmethodiek beperkt wordt tot producten die vallen onder de add-on bekostiging waarvoor generiek beschikbaar is.

Er kan een parallel gezien worden met de middelen die via het GVS bekostigd worden. Ook daar kan een scheiding gemaakt worden tussen middelen waarvoor geen generieke alternatieven voorhanden zijn en middelen waarvoor dat wel het geval is.

Voor middelen waarvoor geen generiek beschikbaar is, is er een claw back regeling waardoor inkoopvoordelen worden gecompenseerd.

Voor middelen waarvoor generiek beschikbaar is kan de zorgverzekeraar binnen het GVS via het preferentiebeleid de prijsstelling sturen en de lucht uit de kolom persen. Ook hier een parallel met een afslag. Door de afslag kan bij middelen waarvoor generiek beschikbaar is de lucht uit de kolom worden geperst.

Op grond hiervan pleiten wij nogmaals voor het invoeren van een systeem van afslag alleen bij middelen waarvan het patent is verlopen. Wij hopen dat we u hiermee voldoende argumenten aanreiken om regelgeving in deze zin aan te passen.

Pas dan worden de ziekenhuizen in staat gesteld de 50 mln. per jaar (deels) te compenseren; door goed koopmanschap bij uniek spécialité en via de afslag bij generiek, is voor verzekeraars gegarandeerd dat er geen overmatige marge wordt gerealiseerd door ziekenhuizen op middelen waarvan de nettoprijs daalt door het beschikbaar komen van alternatieven.

#### **(geen sprake van) Level playing field TNF-alfaremmers na 1 januari 2012**

Doel van de overheveling is het creëren van een level playing field (zelfde bekostigingssysteem) voor alle TNF-alfaremmers.

Dit is echter voor de middelen die nu onder de regeling dure geneesmiddelen vallen (onder andere Infiximab) niet het geval bij patiënten die vóór 1 januari 2012 op deze middelen zijn ingesteld.

Als in een ziekenhuis de medicatie van patiënten wordt omgezet (weg van Infiximab) naar een extramuraal over te hevelen middel of ander intramuraal middel, dan verdient het ziekenhuis vanzelf de 20 % van de netto inkoopkosten die nu geacht wordt in het FB te zitten. Hiervan mag het ziekenhuis in 2012 95% houden en in 2013 70% als gevolg van de garantieregeling in de DOT systematiek.

Wij verzoeken u deze anomalie te herstellen, mede om te voorkomen dat marktpartijen de overheveling juridisch gaan aanvechten omdat er aantoonbaar geen level playing field ontstaat.

Wij suggereren een oplossing die alle middelen voor 100% onder de add on laat vallen.

### **Patiënten de dupe?**

Indien de ziekenhuizen door verzekeraars gedwongen worden de kosten van distributie en zorg uit de marge op het geneesmiddel te halen dan slagen ziekenhuizen er niet in de 50 mln. te compenseren. Wij verzoeken u de verzekeraars duidelijk te maken dat kosten van zorg en distributie van deze middelen binnen de DBC's en DOT moet worden uitonderhandeld.

Indien er dan nog marge over blijft, zijn ziekenhuizen in staat dit in de transparante prijs van DBC's onder te brengen en zijn verzekeraars zeer wel in staat dit in de onderhandelingen van de prijs bij andere ziekenhuizen te betrekken.

Verder constateren wij dat de middelen door de overheveling vallen onder de centraal gemaakte afspraken om de kosten van de ziekenhuiszorg slechts met 2,5% per jaar te laten stijgen. Dit gaat onherroepelijk tot knelpunten leiden doordat de groei van een aantal van deze middelen veel hoger is, soms meer dan 10%. Als vereniging van ziekenhuisapothekers wijzen wij u hier op, aangezien de knelpunten die hierdoor ontstaan deels bij onze leden komen te liggen omdat zij de uitvoering van dit beleid mede zullen moeten organiseren bij een toenemende inadequate bekostiging.

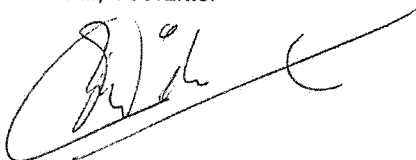
Wij verzoeken u hier in uw beleid rekening mee te houden.

Vanzelfsprekend kunt u ons altijd benaderen met vragen en voor informatie over specialistische farmaceutische zorg, binnen het ziekenhuis, op de polikliniek en in de thuissituatie.

Met vriendelijke groet,

Namens het bestuur van de NVZA,

F.M.P. Lindelauf, Voorzitter

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F.M.P. Lindelauf', written over a horizontal line.

H.B. Benraad, Portefeuillehouder geneesmiddelenmanagement

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H.B. Benraad', written over a horizontal line.

CC:

- Leden Tweede Kamercommissie voor VWS
- De heer H. Hurtz, Ministerie VWS, Directeur Generaal GMT
- NVZ/NFU