

Vergaderjaar 2013–2014

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 260**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2013

In deze brief bericht ik u over mijn standpunt ten aanzien van het NZa advies «Bekostiging geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg», gepubliceerd op de NZa website op 23 juli 2013. In dit advies stelt de NZa, in nauw overleg met veldpartijen, een aangepast model voor de bekostiging van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg voor.

#### **Achtergrond**

Volgens het huidige beleid wordt een geneesmiddel dat wordt toegediend binnen de medisch specialistische zorg in principe bekostigd via het tarief van een DBC-zorgproduct. De zorgaanbieder declareert geneesmiddelen niet apart, maar als integraal onderdeel van een DBC-zorgproduct. Omdat de kosten van behandeling met een geneesmiddel sterk kunnen variëren op individueel niveau en omdat geneesmiddelen bij verschillende indicaties (en dus verschillende DBC-zorgproducten) kunnen worden ingezet, kan sprake zijn van kosteninhomogeniteit van een DBC-zorgproduct. Om dit te voorkomen stelt de NZa sinds 2012 voor een aantal geneesmiddelen een aparte prestatie vast, een zogenaamde add-on. Als generiek criterium voor het afgeven van een add-on declaratietitel voor geneesmiddelen geldt dat de combinatie van de stofnaam, toedieningsvorm en indicatie gemiddeld meer moet kosten dan € 10.000 per patiënt per jaar. Dit beleid blijkt echter in de praktijk te resulteren in knelpunten ten aanzien van de toegankelijkheid (risico op onderbehandeling), macrobetaalbaarheid (prijsoptrijvend effect door de € 10.000 drempel) en transparantie. Daarom heeft de NZa, in nauwe samenwerking met het veld, dit advies opgesteld.

## **Inhoud advies NZa «Bekostiging geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg»**

De NZa heeft drie verschillende bekostigingsopties uitgewerkt in haar advies, deze worden hieronder kort toegelicht.

### *Optie 1: add-on per stofnaam met lagere kostendrempel*

De belangrijkste kenmerken van optie 1 zijn:

- Bij deze optie blijft de absolute kostendrempel per patiënt per jaar bestaan, maar deze drempel is lager dan de huidige € 10.000.
- Het niveau van de add-on wordt hoger. In plaats van het niveau van stofnaam/toedieningsvorm/indicatie wordt de add-on vastgesteld op het niveau van stofnaam.

Het voornaamste bezwaar van veldpartijen bij deze optie is dat door het hogere niveau waarop add-ons worden vastgesteld (onder één add-on vallen dan meerdere geneesmiddelen met ieder «eigen» apotheekinkoop-prijzen), het afspreken van een correct tarief problematischer wordt.

### *Optie 2: add-on zonder kostendrempel*

De belangrijkste kenmerken van optie 2 zijn:

- Bij deze optie wordt het add-on criterium losgelaten. In dit systeem worden alle geneesmiddelen die zijn toegediend, apart gedeclareerd.
- Het niveau van de add-on wordt lager. In plaats van stofnaam/toedienings-vorm/indicatie wordt de add-on vastgesteld op het niveau van het geneesmiddel zoals het op de markt wordt gebracht.

Het voornaamste bezwaar van veldpartijen bij deze optie is (nu) dat het niet wenselijk wordt geacht om elk geneesmiddel apart te moeten registreren en declareren. Eenmalige registratie van geneesmiddelen aan de bron voor meervoudig gebruik (bronregistratie) vindt op dit moment nog zeer beperkt plaats en daarom zal deze optie leiden tot een aanzienlijke stijging van de administratieve lasten.

### *Optie 3: add-on na tweezijdig verzoek veldpartijen*

De belangrijkste kenmerken van optie 3 zijn:

- Minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar kunnen gezamenlijk een add-on aanvraag indienen bij de NZa. De NZa betreft vervolgens een advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU en ZKN) en zorgverzekeraars (ZN) in haar besluitvorming over een add-on aanvraag. De NZa zal aan een advies eisen stellen die voortvloeien uit de Wet markt-ordening gezondheidszorg (Wmg) en de Algemene wet bestuursrecht (Awb).
- Het detailniveau waarop een add-on wordt vastgesteld wordt lager en gelijkgesteld aan het niveau van het registratienummer van een geneesmiddel. Er wordt in de prestatie geen onderscheid gemaakt naar indicaties, dus één add-on per geneesmiddel.
- De NZa stelt een maximumtarief vast per add-on door te verwijzen naar een prijslijst met functionele kenmerken die voldoet aan door de NZa vastgestelde eisen.
- Indien de zorgaanbieder een toegediend geneesmiddel dat op de add-on lijst staat declareert, is hij verplicht dit als add-on te declareren.
- Een verzoek tot het schrappen van een add-on declaratietitel kan worden ingediend door minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar gezamenlijk. De NZa betreft vervolgens een advies van vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU en ZKN) en

zorgverzekeraars (ZN) in haar besluitvorming. De NZa zal aan een advies eisen stellen die voortvloeien uit de Wmg en Awb.

De NZa concludeert in haar advies dat optie 3 op het meeste draagvlak in het veld kan rekenen. Dit bekostigingsmodel schept meer ruimte voor maatwerk door partijen dan wanneer de NZa reguleert. Door add-ons vast te stellen op geneesmiddelniveau (en niet meer op stofnaamniveau) wordt de onderhandelingstaal tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder eenduidiger. Daarnaast vervalt met het nieuwe bekostigingsmodel de zogenaamde € 10.000,- drempel voor het aanvragen van een add-on. Dit zal veel problematiek wegnemen, zoals het prijsopdrijvende effect dat nu door de arbitraire grens ontstaat.

Bij deze optie bestaat wel een potentieel risico ten aanzien van de macrobetaalbaarheid, omdat het mogelijk is dat de nieuwe add-on maximum tarieven iets hoger zullen uitvallen dan de bestaande tarieven. De financiële risico's acht de NZa zeer beperkt vanwege de verschillende beheersingsinstrumenten die er zijn.

Zorgverzekeraars zijn vanaf 2015 risicodragend voor de kosten van add-ons. Voor nieuwe middelen wordt per middel gezien in welke mate zorgverzekeraars vanaf de start risicodragend kunnen zijn. Indien er geen gegevens beschikbaar zijn voor de risicoverevening, kan een ingroei-regime gelden gedurende een periode van maximaal drie jaar. Dit geeft zorgverzekeraars de prikkel geneesmiddelen doelmatig in te kopen onder het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Naast de risicodragendheid van zorgverzekeraars zorgt ook de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) voor een beheersing van de uitgaven. Op basis van deze wet dalen de prijzen gestaag. De industrie mag geen hogere prijs voor een geneesmiddel hanteren dan de WGP-maximumprijs. Tot slot is het MBI van toepassing op de Zvw-uitgaven voor medisch-specialistische zorg waartoe ook de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen worden gerekend.

### **Reactie op advies NZa «Bekostiging geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg»**

Ik neem het advies van de NZa over en zal de NZa verzoeken het bekostigingsmodel aan te passen met ingang van 1 januari 2015. Wel stel ik als extra voorwaarde dat het duidelijk moet zijn, voor aanbieders, zorgverzekeraars en voor VWS, voor welke indicatie een add-on wordt gedeclareerd. Deze informatie is van belang voor het inkoopbeleid en controle op rechtmatigheid van de declaratie door zorgverzekeraars en kan daarnaast door mij gebruikt worden bij bijvoorbeeld pakketbeslissingen. Ik zal in overleg met betrokken partijen bespreken op welke manier deze informatievoorziening het beste vormgegeven kan worden.

### **Toekomstige ontwikkelingen**

Tijdens het AO van 6 juni jongstleden (Kamerstuk 29 477, nr. 257) heb ik aan de Tweede Kamer toegezegd voor december 2014 te bekijken of het mogelijk is om tot één aanspraak en bekostigingsmodel te komen voor geneesmiddelen (extramuraal en intramuraal). Voorliggend besluit bemoeilijkt een eventuele samenvoeging niet. Door gebruik te gaan maken van een prijslijst met functionele kenmerken om tot de add-on prijzen te komen is een versimpeling aangebracht. Een prijslijst met functionele kenmerken wordt immers extramuraal ook gehanteerd.

### **Tot slot**

Ik ben van mening dat met de invoering van dit nieuwe model een einde komt aan een aantal imperfecties in het bekostigingsmodel voor geneesmiddelen. In samenwerking met veldpartijen zal de nieuwe bekostigings-

systematiek worden uitgewerkt en geïmplementeerd, zodat deze per 1 januari 2015 gehanteerd kan worden.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers