nefarma
vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland

Add-on bekostiging

Op 1 januari 2012 treedt de prestatiebekostiging in de ziekenhuizen in werking. Zij krijgen dan niet langer een vast budget voor het leveren van alle zorg, maar krijgen voor elke geleverde zorgprestatie apart betaald. Daartoe zijn diagnose/behandelcombinaties (DBC's) ontwikkeld. De NZa-beleidsregels voor de bekostiging van 'dure' - en weesgeneesmiddelen komen te vervallen, en daarmee ook de nu geldende voorwaarden voor ziekenhuizen om in aanmerking te komen voor budgettaire nacalculatie. De huidige stofnamenlijsten waarop deze middelen zijn geplaatst, worden onderdeel van het NZa-document 'Beleid en Regelingen Medisch-Specialistische Zorg'.

Hoe worden deze middelen straks bekostigd?

De NZa stelt dat geneesmiddelen in principe worden opgenomen in de DBC zorgproducten. Omdat echter de kosten van deze categorie geneesmiddelen vaak hoog en onvoorspelbaar zijn en per patiënt aanzienlijk kunnen verschillen, is het niet altijd wenselijk om deze kosten in een DBC op te nemen. Dat kan immers leiden tot verkeerde prikkels, waarbij niet de individuele situatie van een patiënt, maar de prijs van het middel de keus voor een behandeling bepaalt. Indien dit risico bestaat en de zogeheten 'kostenhomogeniteit' van de DBC in het geding komt, worden deze geneesmiddelen in de vorm van een *add-on* bekostigd.

Wat betekent dat voor 2012?

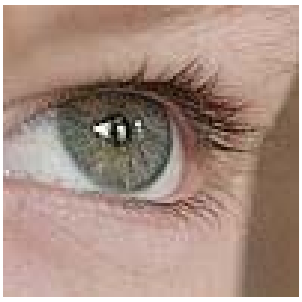
Het lukt niet om voor de invoering van het nieuwe systeem in 2012 criteria voor kostenhomogeniteit vast te stellen. De NZa stelt daarom voor dat jaar dat:
- alle middelen op de stofnamenlijst op 1 september 2011 (inclusief onder meer de TNF-alfaremmers) met ingang van 1 januari 2012 een *add-on* worden;
- alle middelen op de stofnamenlijst ná 1 september 2011 worden toegevoegd als *add-on* met de eerstvolgende correctierelease in 2012.

Afhankelijk van de uitwerking van de criteria worden aanvragen vanaf 1 januari 2012 daaraan getoetst. Daarnaast onderzoekt de NZa nog of een absolute kostendrempel nodig is.

Wat Nefarma en een groot aantal andere veldpartijen betreft, worden álle geneesmiddelen die in 2011 op de stofnamenlijst van de NZa staan of waarvan de therapeutische waarde door het CVZ is vastgesteld, als *add-on* aan een DBC gekoppeld, inclusief de *off-label*-indicaties. Zolang de criteria niet duidelijk zijn en daarover nog geen overeenstemming is, geldt voor nieuwe geneesmiddelen in het ziekenhuis diezelfde *add-on*-systematiek. Alleen als álle partijen, inclusief de fabrikant, ermee instemmen, kan worden besloten dat een geneesmiddel integraal onderdeel uitmaakt van een DBC.

Wat vindt Nefarma

Nefarma vindt dat geneesmiddelen die in de vorm van een *add-on* aan een diagnose/behandelcombinatie (DBC) worden gekoppeld via decentrale onderhandelingen bij zorgverzekeraars moeten worden gedeclareerd. Zo kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zich in de richting van verzekerden en patiënten optimaal onderscheiden op prijs, kwaliteit en service. De NZa ziet er als marktmeester op toe dat veldpartijen elkaar onderling voldoende prikkelen om patiënten op individueel niveau zo goed en doelmatig mogelijk te behandelen. Gebeurt dat niet, dan kan de NZa achteraf ingrijpen. Dit model sluit het beste aan bij de door de overheid gewenste deregulering, waarop ook de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuizen per 1-1-2012 is gericht. Daarin past het door de NZa voorgestelde systeem in de vorm van centrale tarieven en afslagen niet.



Hoe wordt het tarief vastgesteld?

Het *add-on*-tarief voor geneesmiddelen betreft een maximumtarief dat voor 2012 gebaseerd is op de lijstprijs per milligram per toedieningsvorm. Deze lijstprijs kan door de minister via de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) worden gemaximeerd. De NZa onderzoekt of het mogelijk en wenselijk is om vanaf 2013 als maximumtarief de lijstprijs minus een afslag te hanteren. Deze afslag zou gebaseerd moeten zijn op mogelijk in het verleden behaalde inkoopvoordelen van het ziekenhuis bij de fabrikant.

Nefarma stelt voor:

Decentraal onderhandelen basis voor prijs en kwaliteit

Volgens Nefarma is het onnodig is dat de NZa een maximumtarief voor *add-ons* vaststelt. Beter is het als decentrale onderhandelingen tussen enerzijds ziekenhuis en fabrikant en anderzijds ziekenhuis en zorgverzekeraar leiden tot goede afspraken over prijs, kwaliteit en de te leveren service. Verzekeraars hebben voor de DBC's in het B-segment (het deel van de ziekenhuiszorg dat nu al vrij onderhandelbaar is) al laten zien dat zij goed kunnen inkopen. Decentrale onderhandelingen worden door veel veldpartijen onderschreven.

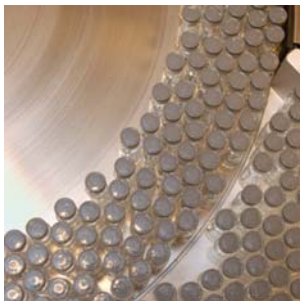
Inkoopprijs ≤ declaratieprijs ≤ lijstprijs

De minister kan via de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) voor een *add-on* de **lijstprijs** maximeren. Op basis van die lijstprijs onderhandelt de ziekenhuisapotheker met de fabrikant over de **inkoopprijs** in relatie tot de geleverde kwaliteit en services (ook wel de toegevoegde waarde genoemd) van de behandeling. Een behandeling is succesvol als de door de arts in overleg met de patiënt opgestelde uitkomstindicatoren en behandeldoelen langs de meest doelmatige weg zijn behaald. De **declaratieprijs** is de prijs waarvoor het ziekenhuis de *add-on* bij de zorgverzekeraar declareert. Deze hangt af van de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Op deze wijze kunnen fabrikanten, maar ook ziekenhuizen, op basis van prijs, kwaliteit en service met elkaar concurreren. De zorgverzekeraar onderscheidt zich op zijn beurt van zijn concurrenten door het aanbieden van een bepaalde prijs/kwaliteit/service-verhouding van een behandeling via de polis.

Optimalisering van de behandeling

Om de inzet van *add-ons* te optimaliseren kunnen er (lokale) afspraken worden gemaakt ten aanzien van het monitoren van de kwaliteit, service en doelmatigheid bij de behandeling van een patiënt. Als marktmeester ziet de NZa hierop toe en spreekt veldpartijen hierop aan. De op voorhand door de NZa voorgestelde centrale afslag leidt er echter toe dat er onvoldoende prikkels zijn voor ziekenhuizen en verzekeraars om tot verbetering van kwaliteit van zorg en service en een doelmatig geneesmiddelenbeleid te komen.

NB. *Dit document handelt uitsluitend over de bekostiging van add-on. De aanspraak vloeit voort uit het feit dat add-ons als toevoeging aan de DBC's onder geneeskundige zorg vallen. Zie ook de Nefarma visiedocumenten over Functionele aanspraak, Overheveling en Uitkomstenonderzoek.*



Bezoekadres: Prinses Margrietplantsoen 39 / 2595 AM / Den Haag / 070 313 22 22
Postadres: Postbus 11633 / 2502 AP Den Haag / www. nefarma.nl / info@nefarma.nl