

Aanleiding

De huidige afbakening van bekostiging van geneesmiddelen is vastgesteld in 2014 door de Minister van Volksgezondheid en gaat uit van het principe dat de locatie van toediening de bekostiging bepaalt. Hierop zijn enkele uitzonderingen zoals geneesmiddelen bij specifieke medisch specialistische indicaties (de zogenaamde “overheveling”). Een voorbeeld hiervan zijn de orale oncolytica.

Tien jaar later is de dynamiek van de geneesmiddelenmarkt anders er zijn meerdere geneesmiddelen die opgestart worden in het ziekenhuis en dan vervolgens thuis verder worden gebruikt. Dit zorgt ervoor dat er recentelijk steeds meer geneesmiddelen een zogenaamde “dubbele aanspraak” krijgen (bekostiging via de add-on systematiek en via het Geneesmiddel VergoedingsSysteem (GVS)), of dat zeer specialistische geneesmiddelen via het GVS vergoed worden, waardoor het mogelijk niet doelmatig wordt toegepast. Voorbeelden hiervan zijn geneesmiddelen bij HIV, middelen bij astma en middelen bij Multiple Sclerose.

Dit leidt tot verwarring en tot onduidelijkheden in de vergoeding. VWS heeft een verkenning gedaan over de knelpunten van de afbakening, waaruit naar voren is gekomen dat het een complex probleem is met veel verschillende kanten. In het onderstaande willen we vanuit de NVZA een suggestie doen om de herziening van de afbakening meer vorm te geven, zodat deze regelingen toekomstbestendig zijn.

Uitgangspunten

Om te komen tot een nieuwe afbakening zal er uitgegaan moeten worden van de volgende randvoorwaarden en uitgangspunten:

- Per geneesmiddelengroep binnen een indicatie moet er een gelijkspeelveld ontstaan
- Een geneesmiddelengroep moet helder afgebakend worden
- Een geneesmiddel moet niet verschillende aanspraken hebben bij verschillende indicaties
- Afbakening moet zorgen voor kostenbeheersing, maar niet ingezet worden als een bezuinigingsinstrument.
- Een nieuwe regeling mag niet leiden tot het verhogen van de administratieve last

Oplossingsrichting

Voorstel voor de nieuwe afbakening is dat er uitgegaan wordt dat alle geneesmiddelen binnen één groep een gelijke vergoeding hebben, zodat er een gelijk speelveld ontstaat. Een groep wordt gevormd door een indicatie, waarvoor de geneesmiddelen worden gebruikt. Als een geneesmiddel toegevoegd wordt aan deze groep dan heeft deze automatisch de bekostiging van de andere middelen in deze groep.

De toedieningsvorm is niet bepalend voor de afbakening van een geneesmiddel.

Binnen een indicatie kunnen subcutane, intraveneuze en orale toedieningsvormen in een geneesmiddelen-groep vallen.

Mocht een geneesmiddel voor verschillende indicaties worden gebruikt en is er sprake van verschillende bekostiging, dan moet dit middel ook een ander ZI-nummer krijgen en ook een herkenbaar verschil hebben (bijvoorbeeld andere verpakking of andere naam). Hiervan kennen we al goed functionerende voorbeelden zoals bij everolimus (Afinitor®, Votubia® en Certican®) of nintedanib (Ofev® of Vargatef®).

Om te bepalen of een geneesmiddelen groep via de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) of via het GVS vergoed moet worden, kan nog steeds de plaats van toediening leidend zijn voor het eerste geneesmiddel in de groep. Echter een uitzondering hierop zijn geneesmiddelen die binnen één of enkele centra worden voorgeschreven. Deze middelen zouden altijd onder het MSZ moeten vallen.

Risico's

Er zijn verschillende risico's aan deze nieuwe afbakening:

- Het definiëren van de groep van geneesmiddelen, of indicatiegebied hoeft niet altijd helder te zijn
- Als een geneesmiddel verschillende labels krijgt, dan kan dit extra kosten voor patiënten zijn.
- Bij GVS geneesmiddelen wordt de farmaceutische zorg van de marge op geneesmiddelen betaald, het risico bij verandering van afbakening is dat deze zorg in de knel komt.