



# **Monitor Dure Geneesmiddelen 2004, 2005 en 2006**

**Kosten van dure- en weesgeneesmiddelen in het ziekenhuis**

## Inhoud

Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	8
1.1. Achtergrond en aanleiding.....	8
1.2. Doelstelling van de monitor.....	8
1.3. Indeling van het rapport.....	9
2. De onderzoeksopzet.....	10
2.1. De onderzoekspopulatie.....	10
2.2. Onderzoeksvariabelen.....	10
2.3. Gegevensverzameling.....	10
3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens.....	12
3.1. De gerealiseerde respons in aantallen.....	12
3.2. Extrapolatie.....	12
3.3. Bruikbaarheid van de geleverde gegevens.....	14
4. Kosten dure- en weesgeneesmiddelen.....	16
4.1. Dure- en weesgeneesmiddelen.....	16
4.2. Alle intramurale geneesmiddelen.....	18
4.3. Kosten criterium.....	19
4.4. Budgetaandeel.....	20
5. Individuele geneesmiddelen.....	22
5.1. Immunomodulantia.....	22
5.1.1. Infliximab.....	22
5.1.2. Trastuzumab.....	23
5.1.3. Rituximab.....	24
5.1.4. Bevacizumab.....	25
5.1.5. Omalizumab.....	25
5.1.6. Alemtuzumab.....	26
5.1.7. Natalizumab.....	26
5.2. Cytostatica.....	26
5.2.1. Oxaliplatin.....	26
5.2.2. Docetaxel.....	27
5.2.3. Gemcitabine.....	28
5.2.4. Irinotecan.....	29
5.2.5. Paclitaxel.....	30
5.2.6. Pemetrexed.....	31
5.2.7. Doxorubicine in gepegyleerde liposomen.....	31
5.2.8. Bortezomib.....	32

5.2.9.	Vinorelbine.....	33
5.3.	Immunoglobulinen.....	33
5.3.1.	Immunoglobuline i.v. ....	33
5.4.	Spierrelaxantia.....	34
5.4.1.	Botulinetoxine.....	34
5.5.	Oogmiddelen.....	35
5.5.1.	Verteporfin.....	35
5.5.2.	Pegaptanib.....	35
5.6.	Drotrecogin alfa.....	36
5.6.1.	Drotrecogin alfa.....	36
5.7.	Radiofarmaca.....	36
5.7.1.	Ibritumomabtiuxetan.....	36
5.8.	Therapeutische hulpstoffen.....	36
5.8.1.	Palifermin.....	36
5.9.	Weesgeneesmiddelen.....	37
5.9.1.	Laronidase.....	37
5.9.2.	Alglucosidase alfa.....	37
6.	Aanbevelingen.....	38
	Bijlage 1: Begeleidingscommissie.....	39
	Bijlage 2: Lijst van stofnamen.....	40

## **Samenvatting**

Om er voor te zorgen dat de behandeling met dure geneesmiddelen in ziekenhuizen om financiële redenen niet in het gedrang komt, is sinds 2002 de beleidsregel dure geneesmiddelen van kracht. Via deze beleidsregel werd tot 2006 maximaal 75 procent van de kosten van de in de lijst opgenomen geneesmiddelen vergoed. Dit vergoedingspercentage kon regionaal verschillen. Met ingang van 1 januari 2006 is de beleidsregel aangepast en is daarmee een voor alle ziekenhuizen gelijk vergoedingspercentage van 80 procent geïntroduceerd. Daarnaast is de beleidsregel weesgeneesmiddelen van kracht geworden. Om meer zicht te krijgen op de groeiende kosten van dure en weesgeneesmiddelen heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA) besloten om een kostenmonitor voor dure- en weesgeneesmiddelen op te zetten. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) voert deze monitor uit. Bijna 100 algemene, academische en categorale ziekenhuizen hebben zich voor de monitor aangemeld. Hierdoor kan een voldoende betrouwbaar landelijk beeld worden geschetst van de kosten van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen.

### **Uitgaven in twee jaar verdubbeld**

De totale kosten ten laste van de regeling dure geneesmiddelen kwamen in 2006 uit op een bedrag van € 266,0 miljoen. Het gaat hierbij om de totale netto-inkoopkosten zoals gemaakt door algemene, academische en categorale instellingen. In 2005 kwamen deze kosten uit op € 185,7 miljoen. In 2004 was dit nog een bedrag van € 130,1 miljoen. Zowel in 2006 als in 2005 namen de uitgaven aan dure geneesmiddelen met 43 procent toe ten opzichte van het daaraan voorafgaande jaar. Dit betekent dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen in twee jaar zijn verdubbeld.

### **Ziekenhuizen extra gecompenseerd**

In 2004 en 2005 moesten ziekenhuizen 31 respectievelijk 32 procent van de kosten van dure geneesmiddelen uit hun budget dekken. Voor 2004 kwam dat neer op een bedrag van € 40 miljoen. Door stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen namen de budgettaire lasten voor alle ziekenhuizen gezamenlijk in 2005 toe tot bijna € 60 miljoen. Verhoging van het vergoedingspercentage voor de dure geneesmiddelen heeft ertoe geleid dat de lasten in 2006 ten opzichte van 2005 - ondanks de uitgavenstijging - voor zowel de sector algemene ziekenhuizen als de sector academische ziekenhuizen per saldo zijn gedaald. De lasten voor de categorale instellingen zijn licht gestegen. Doordat het feitelijke vergoedingspercentage in 2005 niet voor elk ziekenhuis gelijk was, verschilt ook het effect van de verhoging van het vergoedingspercentage. In combinatie met verschillen in kostontwikkeling van dure geneesmiddelen kan dit voor individuele instellingen tot positieve of negatieve effecten hebben geleid. De kosten die ziekenhuizen in 2006 uit hun eigen budget moesten dekken, bedroegen bijna € 50 miljoen. Daarmee was 2005 het jaar met de hoogste lastendruk voor ziekenhuizen.

### **Weesgeneesmiddelen**

Per 1 januari 2006 is een beleidsregel voor weesgeneesmiddelen geïntroduceerd. Weesgeneesmiddelen die op de lijst van deze beleidsregel komen te staan worden voor 100 procent vergoed door de overheid. Alleen academische ziekenhuizen kunnen van deze beleidsregel gebruik maken. In 2006 bedroegen de kosten van deze weesgeneesmiddelen €8,6 miljoen.

### **Meer geneesmiddelen, meer indicaties**

Er zijn steeds meer geneesmiddelen in de beleidsregels opgenomen. In 2002 waren dit er 11. Eind 2006 stonden er 25 geneesmiddelen op de lijst, inclusief 2 weesgeneesmiddelen. De meeste hiervan zijn in 2006 aan de lijst toegevoegd. Naast de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen, is de lijst met dure geneesmiddelen in de loop van de tijd uitgebreid met 7 nieuwe (sub)indicaties.

### **Helft van de uitgaven bij drie geneesmiddelen**

Drie geneesmiddelen namen in 2006 ruim de helft van de totale kosten van dure- en weesgeneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (€54,7 miljoen), trastuzumab (€51,8 miljoen) en rituximab (€37,1 miljoen). Alledrie de geneesmiddelen horen tot de groep immunomodulantia. Ook in de uitgavenstijging zijn deze drie geneesmiddelen dominant. Samen bepalen ze 60 procent van de toename van de uitgaven aan dure- en weesgeneesmiddelen in 2006. Het geneesmiddel met de sterkste uitgaventoename is trastuzumab. De uitgaven aan dit middel namen in 2006 toe met €33 miljoen. Dit is bijna 40 procent van de totale uitgavenstijging. Zowel infliximab, trastuzumab als rituximab staan vanaf 2002 op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Wel zijn er aan alledrie de middelen nieuwe (sub)indicaties toegevoegd.

### **Uitgavenstijging alle geneesmiddelen vooral door dure geneesmiddelen**

De SFK raamt de totale kosten van alle geneesmiddelen in alle academische en algemene ziekenhuizen in 2006 op €609,8 miljoen. Dit is bijna €100 miljoen meer dan het bedrag dat in 2005 werd uitgegeven. In 2004 kwamen deze kosten nog uit op €444,9 miljoen. Dit komt neer op een kostenstijging in 2005 en 2006 van respectievelijk 15,8 en 18,3 procent. Deze uitgavenstijging wordt voor het belangrijkste deel veroorzaakt door de dure- en weesgeneesmiddelen. De kosten van de geneesmiddelen die niet in de beleidsregels zijn opgenomen, namen in 2005 en 2006 toe met 5,3 respectievelijk 2,8 procent.

### **Kosten criterium**

Voor opname op de beleidsregel dure geneesmiddelen dienen de verwachte totale kosten van een geneesmiddel op macroniveau tenminste 0,5% te bedragen van de totale geneesmiddelenkosten. Hierbij tellen de kosten van geneesmiddelen die in de beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen niet mee. Toepassing van het 0,5% kosten criterium betekent dat de totale netto-inkoopkosten van een geneesmiddel hoger moeten zijn dan €1,6 miljoen.

### **Budgetaandeel kan sterk verschillen**

Gemiddeld besteedden ziekenhuizen in 2006 zo'n 5,5 procent van hun wettelijk budget voor aanvaardbare kosten aan geneesmiddelen. Ondanks dat de totale geneesmiddelenuitgaven sterk samenhangen met de hoogte van het budget, kan het budgetaandeel van de geneesmiddelenuitgaven tussen het ene en het andere ziekenhuis sterk verschillen. In 2006 liep dit budgetaandeel uiteen van 2,4 procent tot 9,1 procent. Het budgetaandeel van de dure- en weesgeneesmiddelen liep op van 1,1 procent in 2004 tot 2,5 procent in 2006. Ook dit aandeel kan per ziekenhuis sterk verschillen.

### **Extramuraal gebruik beperkt**

Een beperkt deel van de geneesmiddelen die in de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen, horen ook voor gebruik buiten het ziekenhuis tot het verzekerde pakket. In 2006 bedroegen de kosten van deze middelen €7,1 miljoen. Het gaat hierbij vooral om immunoglobuline i.v., maar ook doxorubicine en botulinetoxine worden buiten het ziekenhuis vergoed vanuit de basisverzekering. Sinds 1 juni 2007 is daar ook infliximab aan toegevoegd.

Netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2006 (1 = € 1 mln.)

Geneesmiddel	Merknaam	2004	2005	2006
Infliximab	Remicade	33,5	40,1	54,2
Trastuzumab	Herceptin	8,9	18,0	51,1
Rituximab	Mabthera	10,6	28,9	36,7
Oxaliplatin	diverse preparaten	11,2	24,8	29,3
Docetaxel	Taxotere	14,4	18,4	23,2
immunoglobuline i.v.	diverse preparaten	12,2	14,0	13,9
Gemcitabine	Gemzar	11,3	12,5	13,1
Bevacizumab	Avastin	-	3,1	11,9
Irinotecan	Campto	7,4	7,2	6,7
Paclitaxel	(Taxol), paclitaxel	13,9	7,8	6,5
Pemetrexed	Alimta	-	1,9	5,1
Doxorubicine	Caelyx, Myocet	2,1	3,2	3,7
Bortezomib	Velcade	-	-	3,3
Botulinetoxine	Botox, Dysport	2,9	3,2	3,1
Verteporfin	Visudyne	1,7	1,8	1,5
Vinorelbine	Navelbine, Navirel	-	0,7	0,9
Drotrecogin alfa	Xigris	-	-	0,7
Omalizumab	Xolair	-	-	0,5
Alemtuzumab	Mabcampath	-	-	0,5
Natalizumab	Tysabri	-	-	0,1
Ibritumomab	Zevalin	-	-	0,0
Palifermin	Kepivance	-	-	0,0
Pegaptanib	Macugen	-	-	0,0
<b>totaal dure geneesmiddelen</b>		<b>130,1</b>	<b>185,7</b>	<b>266,0</b>
			<b>+42,7%</b>	<b>+43,2%</b>

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Netto-inkoopkosten weesgeneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2006 (1 = € 1 mln.)

Geneesmiddel	Toepassing	2004	2005	2006
Laronidase	Aldurazyme	-	-	4,6
Alglucosidase alfa	Myozyme	-	-	3,9
<b>totaal weesgeneesmiddelen</b>		<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8,6</b>

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

## **1. Inleiding**

### **1.1. Achtergrond en aanleiding**

De bekostiging van dure- en weesgeneesmiddelen is al jaren onderwerp van discussie. Zowel zorgverleners als patiëntenorganisaties maken zich zorgen over de verstrekking van dure geneesmiddelen aan patiënten in ziekenhuizen. In het verleden bekostigden ziekenhuizen de geneesmiddelen uitgaven via het budget en waren daardoor vrijwel volledig risicodragend voor kostenoverschrijdingen. Om er voor te zorgen dat de behandeling met dure geneesmiddelen om financiële redenen niet in het gedrang komt, heeft het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) in 2002 een beleidsregel dure geneesmiddelen vastgesteld. Naar aanleiding van een onderzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar de problemen rond de verstrekking van dure geneesmiddelen, heeft de Minister aanwijzingen gegeven aan het CTG om de beleidsregel aan te passen. Deze aangepaste beleidsregel is op 1 januari 2006 van kracht geworden. Belangrijke wijziging in deze beleidsregel is dat er voor alle ziekenhuizen een gelijk vergoedingspercentage is van 80 procent. Daarvóór waren regionale verschillen in vergoedingpercentages mogelijk, omdat deze tot stand kwamen in onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Hierbij gold een maximale vergoeding van 75 procent. Ziekenhuizen geven aan dat ook de huidige bekostigingsregeling niet toereikend is. Om meer zicht te krijgen op de groeiende kosten van dure en weesgeneesmiddelen heeft de minister van VWS in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA) besloten om een kostenmonitor op te zetten.

### **1.2. Doelstelling van de monitor**

In opdracht van VWS voert de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) de monitor dure geneesmiddelen uit. Doelstelling van de monitor is inzicht te geven in het gebruik en de kosten van dure- en weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen die toegelaten zijn tot de beleidsregel dure geneesmiddelen respectievelijk de beleidsregel weesgeneesmiddelen. Voor de monitor worden per ziekenhuis gegevens opgevraagd over het gebruik van en de uitgaven aan dure- en weesgeneesmiddelen per geneesmiddel. Daarnaast wordt gevraagd om een opgave te doen van de totale uitgaven aan alle intramurale geneesmiddelen. De SFK extrapoleert deze gegevens met een betrouwbare methode naar nationaal niveau en analyseert de resultaten. Deelnemende ziekenhuizen ontvangen benchmarkinformatie.

Voor de begeleiding van de monitor heeft VWS een commissie ingesteld die bestaat uit afgevaardigden van NVZ, NFU, NVZA, VWS en SFK (zie bijlage 1). Deze begeleidingscommissie heeft onder meer de bevoegdheden om de voortgang van de opdracht te begeleiden, de ontwikkeling van de database te bespreken en daar waar nodig te adviseren over de aanpak en uitvoering van deze opdracht.



### **1.3. Indeling van het rapport**

Hoofdstuk 2 van het rapport beschrijft de gehanteerde onderzoeksopzet. In hoofdstuk 3 staan de gerealiseerde respons en de bruikbaarheid van de geleverde gegevens centraal. De belangrijkste resultaten met betrekking tot de kosten van dure en weesgeneesmiddelen staan in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de individuele geneesmiddelen die op de beleidsregels zijn opgenomen, beschouwd. Ten slotte zijn in hoofdstuk 6 de aanbevelingen opgenomen voor het vervolg van de monitor.

## **2. De onderzoeksopzet**

### **2.1. De onderzoekspopulatie**

Sinds 2002 geldt de beleidsregel dure geneesmiddelen. Deze beleidsregel omschrijft de voorwaarden waaronder een ziekenhuis naast de reguliere budgetten een extra budget voor dure geneesmiddelen kan krijgen. Tot 2006 werd 0 tot 75 procent van de kosten vergoed. Dit was afhankelijk van de afspraken met verzekeraars. Vanaf 1 januari 2006 ontvangt een ziekenhuis een budgetcompensatie van 80 procent van de netto-inkoopkosten voor de verstrekking van een geneesmiddel dat op de lijst is opgenomen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de beleidsregel dure geneesmiddelen vast. De instellingen die voor budgetcompensatie in aanmerking komen zijn instellingen voor medisch specialistische zorg en instellingen voor niet-klinische revalidatie alsmede academische ziekenhuizen, ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie. Deze instellingen vormen de onderzoekspopulatie. Op basis van de ledenlijsten van de NVZ en de NFU zijn de betreffende instellingen uitgenodigd voor deelname aan de monitor.

### **2.2. Onderzoeksvariabelen**

De beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen van de NZa zijn het uitgangspunt geweest voor de monitor. Aan elke deelnemer aan de monitor is verzocht om de kosten op te geven van de geneesmiddelen die in de beleidsregels zijn opgenomen. Het gaat hierbij om de uitgaven op basis van de netto-inkoopkosten die door de instelling ten laste van deze beleidsregels bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd. Bij die geneesmiddelen in de beleidsregel waar specifiek onderscheid gemaakt wordt naar indicaties, wordt gevraagd om – indien mogelijk – de kosten uit te splitsen naar deze verschillende indicaties. Naast de kosten van de geneesmiddelen die in de beleidsregels zijn opgenomen, is gevraagd om de kosten van alle geneesmiddelen op te geven. Ook hierbij gaat het om totale uitgaven op basis van netto-inkoopkosten conform de Financiële statistiek ziekenhuizen Prismant, rubriek 46211.

Alle gepresenteerde geneesmiddelen uitgaven zijn inclusief 6% BTW.

### **2.3. Gegevensverzameling**

Deelnemende instellingen konden gegevens aanleveren aan de SFK via een webformulier of een voorgedefinieerde spreadsheet. Naast deze gegevens zijn referentiegegevens over instellingskenmerken noodzakelijk voor de extrapolatie en presentatie van de gegevens. Gegevens over het aantal bedden per instelling zijn afkomstig van het RIVM. De overige referentiegegevens zijn afkomstig van de door Prof. Dr. A. Steenhoek (hoogleraar 'Maatschappelijke aspecten van het geneesmiddelenbeleid in het ziekenhuis' bij het instituut Beleid&Management Gezondheidszorg van het Erasmus MC in Rotterdam)

aangelegde databank Kengetallen ziekenhuizen. Deze databank is gebaseerd op gegevens uit de openbare resultatenrekeningen van ziekenhuizen.

In hoofdstuk 4 is prijsinformatie opgenomen van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen. Het betreft de inkooprijzen uit de G-Standaard van oktober 2007 zoals vastgelegd door Z-Index. Deze prijzen worden exclusief BTW weergegeven. Voor het beroep op de beleidsregels gelden de netto inkoopkosten. Deze kunnen gebaseerd zijn op afwijkende prijzen.

### 3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens

#### 3.1. De gerealiseerde respons in aantallen

Per 1 oktober hebben 96 deelnemers zich aangemeld voor de monitor. Bij academische ziekenhuizen is de respons 100 procent en bij de algemene ziekenhuizen komt deze uit op 83 procent. De respons ligt hiermee duidelijk boven de doelstelling van 80 procent zoals gedefinieerd door de begeleidingscommissie.

De respons onder de categorale instellingen ligt op 34 procent. Dit is niet vreemd aangezien de beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen voor de meeste van deze instellingen niet van toepassing zijn. De NVZ ledenlijst telt 47 categorale instellingen met een sterk heterogeen karakter. Aan de hand van de indeling die het RIVM maakt in haar Zorgatlas zijn de categorale instellingen onderscheiden in zes typen ziekenhuizen: Revalidatiecentra (20), Astmacentra/longrevalidatiecentra (3), Epilepsiecentra (2), Dialysecentra (3), Audiologische centra (11) en Radiotherapeutische centra (5) en overige categorale instellingen (3). De overige categorale instellingen zijn het Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis (Amsterdam), Sint Maartenskliniek (Nijmegen) en het Oogziekenhuis (Rotterdam). In 2005 waren er volgens het RIVM 94 categorale instellingen, die georganiseerd zijn in 63 organisaties.

#### *Respons monitor dure geneesmiddelen*

	Ledenlijst NVZ/NFU	Aantal deelnemers	In %
Academische ziekenhuizen	8	8	100%
Algemene ziekenhuizen	87	72	83%
- Topklinische opleidingsziekenhuizen	22	21	95%
- Overige algemene ziekenhuizen	65	51	78%
Categorale ziekenhuizen	47	16	34%

*Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen*

#### 3.2. Extrapolatie

Aangezien de totale respons niet op 100 procent uitkomt, moeten de gegevens worden geëxtrapoléerd om tot een landelijk raming van de kosten van dure geneesmiddelen te komen. Hierbij gaan we uit van een populatieverdeling van ziekenhuizen in de strata academische, algemene en categorale ziekenhuizen.

Alle academische ziekenhuizen hebben gegevens geleverd voor de monitor. Dit betekent dat gegevens van deze ziekenhuizen niet geëxtrapoléerd hoeven te worden. Bij de algemene ziekenhuizen ligt de respons op 72 van de 87 ziekenhuizen. De meest simpele extrapolatiemethode is om de gegevens op te hogen op basis van het aantal deelnemende algemene ziekenhuizen ten opzichte van het totaal aantal algemene ziekenhuizen.

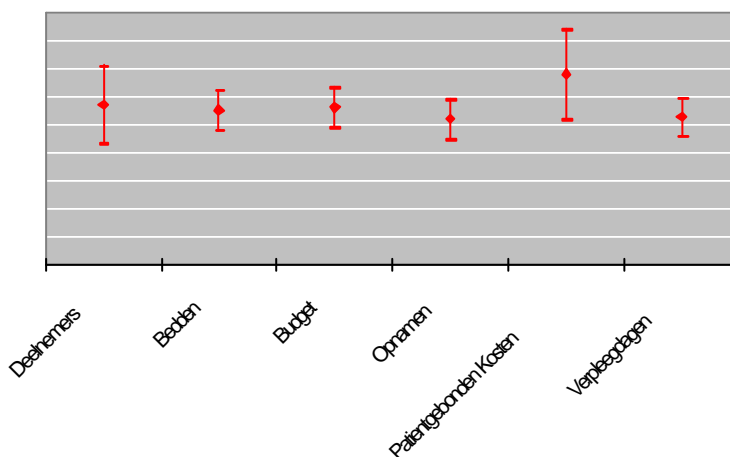
Voorwaarde hierbij is dat de steekproef een representatieve afspiegeling vormt van de totale populatie. Op basis van een aantal kenmerken die wel voor de hele populatie beschikbaar zijn zoals het aantal bedden (2006), het wettelijk budget aanvaardbare kosten (2005), opbrengsten (2005), lasten (2005), aantal opnamen (2005) en aantal verpleegdagen (2005) blijken de grotere ziekenhuizen licht oververtegenwoordigd. Het is daarom nuttig om naar een extrapolatie op basis van de genoemde parameters te kijken.

Als we op basis van de afzonderlijke parameters extrapolatiemethoden ontwikkelen om een schatting te maken van de totale kosten van de dure geneesmiddelen, blijken deze in 2006 maximaal 14 procent van elkaar af te wijken. De betrouwbaarheidsmarges variëren hierbij vrij sterk. Bij een 95%-betrouwbaarheidsmarge is de relatieve betrouwbaarheidsmarge voor de totale kosten van dure geneesmiddelen zo'n 7 tot 14 procent.

Extrapolatie op basis van het aantal deelnemers of de patiëntgebonden kosten hebben een duidelijk lagere betrouwbaarheid dan extrapolatie op basis van het aantal bedden, het wettelijk budget aanvaardbare kosten, het aantal opnamen of het aantal verpleegdagen. Deze laatste parameters hebben ook een zeer sterke samenhang met de kosten van de dure geneesmiddelen, hetgeen in mindere mate opgaat voor de patiëntgebonden kosten.

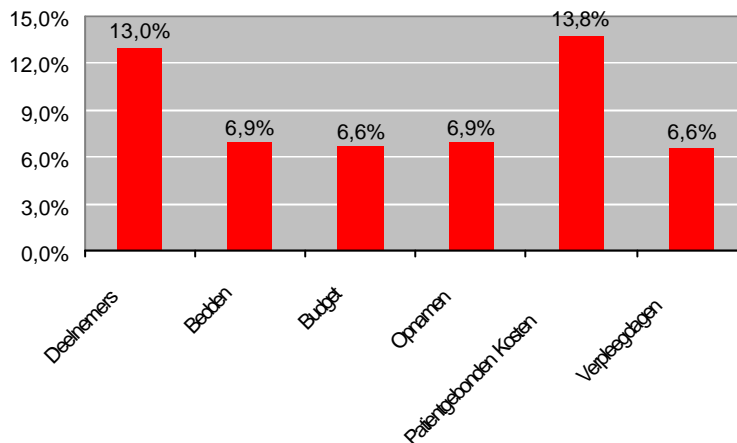
Als extrapolatie op basis van het aantal deelnemers en op basis van de patiëntgebonden kosten buiten beschouwing worden gelaten, wijken de hoogte van de totale kosten van de resterende wegingsmethodes maximaal 4 procent af. De begeleidingscommissie heeft voorkeur uitgesproken voor een extrapolatie op basis van een dynamische productieparameter en niet op basis van een statische parameter zoals het aantal bedden. Omdat het aantal verpleegdagen de sterkste correlatie heeft met de uitgaven aan dure geneesmiddelen en de hoogste betrouwbaarheid geeft, is gekozen voor een extrapolatie op basis van het aantal verpleegdagen.

*Betrouwbaarheidsmarges van de verschillende extrapolatiemethodes bij algemene ziekenhuizen, 2006*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

*Betrouwbaarheidsmarges van de verschillende extrapolatiemethodes bij algemene ziekenhuizen in procenten, 2006*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Naast een opgave van de netto-inkoopkosten per geneesmiddel dat op de beleidsregel dure- of weesgeneesmiddelen staat vermeld, is aan de deelnemende ziekenhuizen gevraagd om de totale geneesmiddelenkosten op te geven. Bij 59 van de 87 algemene ziekenhuizen zijn de totale geneesmiddelenkosten bekend. Dit komt neer op een respons van 68 procent. Ook hierbij zijn de uitgaven geëxtrapoleerd op basis van het aantal verpleegdagen. De lagere respons leidt vanzelfsprekend tot een hogere extrapolatiefactor en een iets lagere betrouwbaarheid. Alle academische ziekenhuizen hebben hun totale geneesmiddelenkosten opgegeven, waardoor deze kosten niet hoeven te worden geëxtrapoleerd.

De categorale instellingen zijn opgedeeld in revalidatiecentra, astmacentra/longrevalidatiecentra, epilepsiecentra, dialysecentra, audiologische centra en radiotherapeutische centra en overige categorale instellingen. Uitsluitend revalidatiecentra, astmacentra/longrevalidatiecentra en overige categorale instellingen doen een beroep doen op de beleidsregels. Gezien het ontbreken van andere extrapolatieparameters worden de gegevens van de revalidatiecentra opgehoogd op basis van het aantal deelnemers in de steekproef ten opzichte van het totale aantal revalidatiecentra. Hetzelfde principe is gehanteerd voor de astmacentra/longrevalidatiecentra. Twee van de drie overige instellingen hebben gegevens voor de monitor aangeleverd. De gegevens van de ontbrekende instelling zijn vanwege het verschillende karakter van deze instellingen niet opgehoogd en zijn daarmee impliciet op nul gesteld.

### 3.3. Bruikbaarheid van de geleverde gegevens

Naast de gegevensverzameling via het eerder genoemde webformulier of voorgedefinieerde spreadsheet, ging de oorspronkelijke onderzoeksopzet uit van een gegevensopvraag via een exportmodule in het softwaresysteem van de ziekenhuisapotheek. Via deze exportmodule worden gedetailleerde gegevens over de goederenstromen van geneesmiddelen binnen het ziekenhuis en de afgegeven medicatieopdrachten vastgelegd. Omdat de exportmodule niet voor ieder softwaresysteem beschikbaar is, gold een

alternatieve procedure waarmee geaggregeerde gegevens op geneesmiddeleniveau konden worden geleverd. Deze alternatieve procedure bleek voor de meeste ziekenhuizen die hierop aangewezen waren, tijdrovender dan verwacht. Hierdoor nam het draagvlak van de monitor af. Daarnaast zorgden problemen van communicatieve en inhoudelijke aard aanvankelijk voor een te laag aantal deelnemers. Op aanwijzingen van de begeleidingscommissie is daarom de gegevensopvraag beperkt tot het webformulier of de voorgedefinieerde spreadsheet. Hierin worden uitsluitend de totale kosten per jaar opgevraagd per geneesmiddel dat in de beleidsregels is opgenomen. Gezien het ontbreken van kengetallen als de afgeleverde hoeveelheid of aantal gebruikers geeft de monitor op dit moment geen inzicht in onderliggende factoren die ten grondslag liggen aan de kostenontwikkeling van dure geneesmiddelen, zoals nieuwe gebruikers, gebruiksduur, verminderd gebruik, door gemiddeld lagere doseringen of kortere gebruiksduur. Dit vergt aanvullend onderzoek.

In het webformulier en de voorgedefinieerde spreadsheet werd, conform de door de NZa opgestelde beleidsregels, gevraagd om bij een aantal geneesmiddelen een uitsplitsing te maken naar de indicatie. Dit geldt voor rituximab, infliximab en trastuzumab. De respons op deze uitsplitsingen is te laag om op dit punt betrouwbare uitspraken te doen.

## 4. Kosten dure- en weesgeneesmiddelen

### 4.1. Dure- en weesgeneesmiddelen

De totale kosten van de dure- en weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen kwamen in 2006 uit op een bedrag van €274,5 miljoen. Het gaat hierbij om de netto-inkoopkosten van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen voor zover de ziekenhuizen hiervoor een budgettaire compensatie hebben aangevraagd. Drie kwart van de kosten slaan neer bij de algemene ziekenhuizen, 20 procent bij academische ziekenhuizen en de resterende 3 procent bij categorale ziekenhuizen. Ten opzichte van 2005 zijn de kosten van deze geneesmiddelen met 48 procent gestegen. Toen kwamen de kosten uit op €185,7 miljoen. Inmiddels zijn de kosten van de dure- en weesgeneesmiddelen ten opzichte van 2004 meer dan verdubbeld.

*Netto-inkoopkosten dure- en weesgeneesmiddelen (1 = € 1 mln.)*

	2004	2005		2006	
Academische Ziekenhuizen	28,6	37,5	31%	56,8	51%
Algemene ziekenhuizen	98,0	142,5	45%	208,3	46%
Categorale ziekenhuizen	3,5	5,6	62%	9,4	68%
<b>Totaal</b>	<b>130,1</b>	<b>185,7</b>	<b>43%</b>	<b>274,5</b>	<b>48%</b>

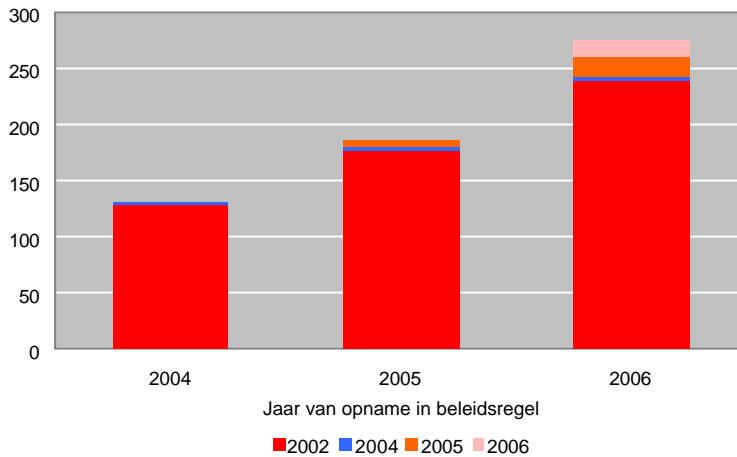
*Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen*

Een deel van de kostenstijging ten laste van de beleidsregels kan worden verklaard, doordat er steeds meer geneesmiddelen op de lijst zijn opgenomen (zie bijlage 2). In 2002 waren er 11 geneesmiddelen op de lijst opgenomen. Eind 2006 waren dat er 25, inclusief 2 weesgeneesmiddelen. Een groot deel hiervan staat relatief kort op de lijst. In 2006 zijn er namelijk 10 geneesmiddelen aan de beleidsregels toegevoegd, inclusief 2 weesgeneesmiddelen. Deze nieuw opgenomen geneesmiddelen hadden een relatief beperkte invloed op de kostenstijging. De kosten stegen vooral bij de geneesmiddelen die al vanaf 1 januari 2002 in de beleidsregels zijn opgenomen. In 2005 en 2006 bedroeg deze kostenstijging respectievelijk 38 en 35 procent. Bij de toename van het beroep op de beleidsregel speelt de verbreding van de indicatie een belangrijke rol. Aan de geneesmiddelen die vanaf 2002 in de beleidsregel zijn opgenomen, zijn in de loop van de tijd zeven nieuwe indicaties toegevoegd.

In academische ziekenhuizen zijn de kosten van de dure- en weesgeneesmiddelen in 2006 sterker gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Dit komt doordat vanaf 1 januari 2006 een beleidsregel voor weesgeneesmiddelen is geïntroduceerd. Weesgeneesmiddelen die op de lijst van deze beleidsregel staan worden voor 100 procent budgettair gecompenseerd door de overheid. Aanvankelijk werd 95 procent van de netto-inkoopkosten vergoed, maar in december 2006 is de budgettaire compensatie verhoogd tot 100 procent. Alleen academische ziekenhuizen kunnen een beroep doen op deze beleidsregel. In 2006 bedroegen de kosten van deze weesgeneesmiddelen €8,6 miljoen. Voor 2006 werden deze weesgeneesmiddelen overigens via een subsidieregeling bekostigd. Zonder deze weesgeneesmiddelen zouden de kosten van de dure geneesmiddelen in academische ziekenhuizen met 28 procent zijn toegenomen.



*Uitgaven dure- en weesgeneesmiddelen per jaar van opname van het betreffende geneesmiddel in de beleidsregel (1 = 1€ mln)*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

In 2004 en 2005 kwam het gemiddelde vergoedingspercentage van de toen geldende beleidsregel dure geneesmiddelen op 69 respectievelijk 68 procent uit (Bron: VWS/NZa). Dit betekent dat ziekenhuizen in dat jaar circa 30 procent van de kosten van dure geneesmiddelen uit hun budget moesten dekken. Voor 2004 kwam dat neer op een bedrag van €40 miljoen. Door stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen namen de budgettaire lasten voor ziekenhuizen in 2005 toe tot bijna €60 miljoen. Met ingang van 2006 wordt op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen 80 procent van deze kosten budgettair gecompenseerd. Ziekenhuizen moeten dus vanaf 2006 voor twintig procent van deze kosten dekking vinden in hun reguliere budget. Behandelingen van patiënten met infliximab die vóór 1 mei 2004 zijn gestart, worden voor 100 procent vergoed. Hierdoor ligt het vergoedingspercentage in werkelijkheid iets hoger. De kosten die ziekenhuizen in 2006 uit hun eigen budget moesten dekken bedroegen bijna €50 miljoen. Verhoging van het vergoedingspercentage voor de dure geneesmiddelen heeft ertoe geleid dat de lasten in 2006 ten opzichte van 2005 - ondanks de uitgavenstijging - per saldo met ruim €9 miljoen zijn gedaald voor alle ziekenhuizen gezamenlijk. Doordat het feitelijke vergoedingspercentage in 2005 niet voor elk ziekenhuis gelijk was, verschilt ook het effect van de verhoging van het vergoedingspercentage. In combinatie met verschillen in kostontwikkeling van dure geneesmiddelen kan dit voor individuele instellingen tot positieve of negatieve effecten hebben geleid.

Bij de sector algemene ziekenhuizen daalden de lasten in 2006 voor alle ziekenhuizen tezamen minder dan bij de sector academische ziekenhuizen. Dit komt vooral doordat de gemiddelde vergoedingspercentages in 2004 en 2005 bij algemene ziekenhuizen hoger waren dan bij de academische ziekenhuizen. Daarnaast zorgt ook de relatief sterkere uitgavenstijging aan dure geneesmiddelen bij algemene ziekenhuizen voor een minder hoge lastendaling. De lasten voor de categorale instellingen zijn licht toegenomen.

Overzicht kosten en budgetcompensatie\* dure geneesmiddelen 2004-2006 ( 1 = € 1 mln)

	2004	2005	2006
<i>Algemene ziekenhuizen</i>			
Netto inkoopkosten	98,0	142,5	208,3
Budgetvergoeding NZa	67,8	100,3	169,5
Eigen bijdrage ziekenhuizen	30,2	42,2	38,8
<i>Academische ziekenhuizen</i>			
Netto inkoopkosten	28,6	37,5	48,3
Budgetvergoeding NZa	19,3	22,9	39,7
Eigen bijdrage ziekenhuizen	9,3	14,6	8,6
<i>Categorale instellingen</i>			
Netto inkoopkosten	3,5	5,6	9,4
Budgetvergoeding NZa	2,3	3,8	7,5
Eigen bijdrage ziekenhuizen	1,2	1,8	1,9
<i>Totaal alle instellingen</i>			
Netto inkoopkosten	130,1	185,6	266,0
Budgetvergoeding NZa	89,4	127,0	216,7
Eigen bijdrage ziekenhuizen	40,7	58,6	49,3

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen / VWS / NZa

\*) inclusief behandelingen met infliximab die voor 100% zijn vergoed

Gemiddelde vergoedingspercentages\* dure geneesmiddelen 2004-2006

	2004	2005	2006
Algemene ziekenhuizen	62,8	66,2	80,0
Academische ziekenhuizen	56,9	52,4	80,0
Categorale instellingen	64,7	67,3	80,0
Totaal alle instellingen	61,6	63,6	80,0

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen / VWS / NZa

\*) exclusief behandelingen met infliximab die voor 100% zijn vergoed

#### 4.2. Alle intramurale geneesmiddelen

De SFK raamt de totale kosten van alle geneesmiddelen in alle academische en algemene ziekenhuizen in 2006 op € 609,8 miljoen. Dit is bijna € 100 miljoen meer dan het bedrag dat in 2005 werd uitgegeven. In 2004 kwamen deze kosten nog uit op € 444,9 miljoen. Over de hoogte van de totale geneesmiddelenkosten in categorale ziekenhuizen kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan.

Netto-inkoopkosten alle geneesmiddelen (1 = € 1 mln.)

	2004	2005		2006	
Academische Ziekenhuizen	131,3	139,5	6%	160,0	15%
Algemene ziekenhuizen	313,5	375,8	20%	449,7	20%
<b>Totaal</b>	<b>444,9</b>	<b>515,3</b>	<b>16%</b>	<b>609,7</b>	<b>18%</b>

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De totale kosten van alle geneesmiddelen namen in 2005 en 2006 met 16 respectievelijk 18 procent toe. Deze toename wordt voor het belangrijkste deel veroorzaakt door de dure- en weesgeneesmiddelen. De kosten van de geneesmiddelen die niet in de beleidsregels zijn opgenomen, namen in de periode 2004 tot en met 2006 veel minder sterk toe. Ze liepen op van €318,3 miljoen in 2004 tot €344,6 miljoen in 2006. Dit komt neer op een gemiddelde jaarlijkse stijging van 4,1 procent. Deze stijging komt vrijwel geheel op het conto van de algemene ziekenhuizen. In academische ziekenhuizen namen de kosten van de niet-dure geneesmiddelen nauwelijks toe.

Kosten dure- en weesgeneesmiddelen vs. kosten van overige geneesmiddelen in algemene en academische ziekenhuizen (1 = € 1 mln.)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

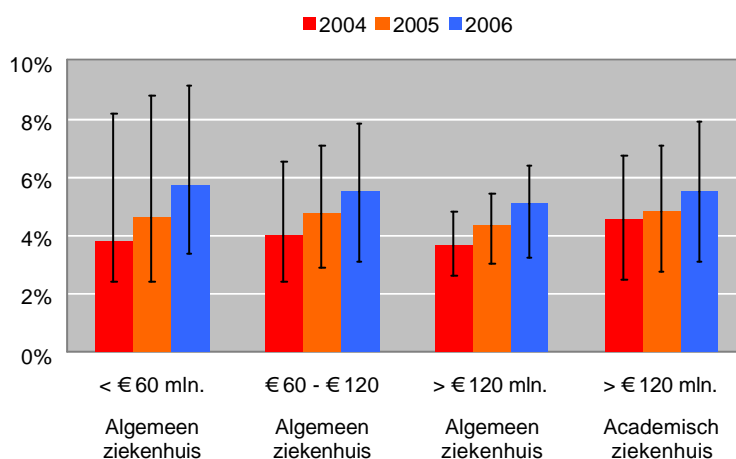
### 4.3. Kostencriterium

Voor opname op de beleidsregel dure geneesmiddelen dienen de (verwachte) totale kosten van een geneesmiddel op macroniveau tenminste 0,5% te bedragen van de totale geneesmiddelenkosten. Bij het vaststellen van de macro geneesmiddelkosten tellen de kosten van geneesmiddelen, zoals opgenomen in de beleidsregels dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen, niet mee in het totaalbedrag. De kosten van de niet dure- en weesgeneesmiddelen liepen in de periode 2004 tot en met 2006 uiteen van € 318,3 miljoen tot €344,6 miljoen. Toepassing van het 0,5% kostencriterium betekent dus dat de totale netto-inkoopkosten van een geneesmiddel in ieder geval hoger moeten zijn dan € 1,6 miljoen (0,5% x €318,3). In 2006 waren de uitgaven aan 9 geneesmiddelen op de lijst lager dan dit bedrag. Vrijwel al deze 9 geneesmiddelen zijn in de loop van 2006 in de beleidsregel opgenomen, waarvan een aantal met terugwerkende kracht per 1 januari 2006.

#### 4.4. Budgetaandeel

Alhoewel de totale geneesmiddelenuitgaven - inclusief de dure- en weesgeneesmiddelen - sterk correleren met de hoogte van het budget, kan het budgetaandeel van de geneesmiddelenuitgaven tussen het ene en het andere ziekenhuis sterk verschillen. In 2006 liep dit budgetaandeel uiteen tussen de 2,4 en de 9,1 procent. Gemiddeld besteedden zowel academische als algemene ziekenhuizen zo'n 5,5 procent van hun wettelijk budget voor aanvaardbare kosten aan geneesmiddelen. Dit percentage is inclusief dure geneesmiddelen. In 2004 lag deze verhouding anders. Toen gaven academische ziekenhuizen 4,6 procent van hun budget uit aan geneesmiddelen, terwijl dit percentage bij algemene ziekenhuizen nog 3,8 procent was. Het budgetaandeel van de totale geneesmiddelenuitgaven is in algemene ziekenhuizen relatief iets sterker gestegen dan in academische ziekenhuizen.

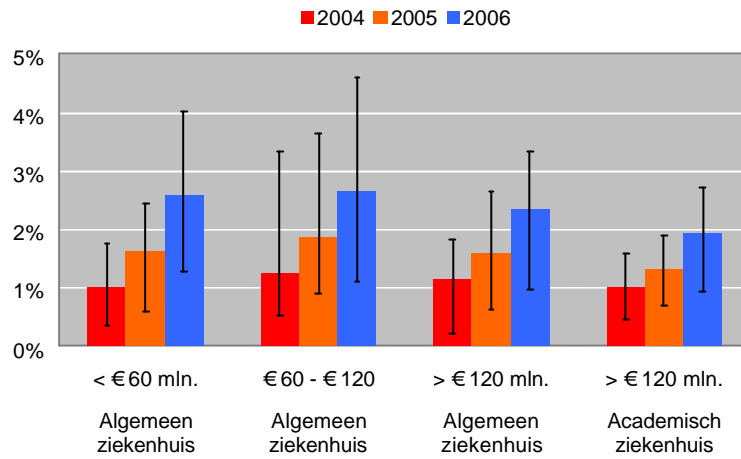
*De totale geneesmiddelenkosten in procenten van het wettelijk budget aanvaardbare kosten per budgetklasse*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het budgetaandeel van de dure- en weesgeneesmiddelen bij academische ziekenhuizen liep op van 1,0 procent in 2004 tot 1,9 procent in 2006. Bij algemene ziekenhuizen kwamen deze percentages uit op 1,2 respectievelijk 2,4. Ook de grotere algemene ziekenhuizen lijken voor wat betreft het budgetaandeel van de dure geneesmiddelen iets meer op academische ziekenhuizen. Algemene ziekenhuizen met een budget van meer dan € 120 miljoen gaven in 2006 relatief minder uit aan dure geneesmiddelen dan ziekenhuizen met een budget onder de € 120 miljoen. Evenals het budgetaandeel van alle geneesmiddelen kan het budgetaandeel van de dure- en weesgeneesmiddelen per ziekenhuis sterk verschillen.

*De totale geneesmiddelenkosten in procenten van het wettelijk budget aanvaardbare kosten per budgetklasse*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

## 5. Individuele geneesmiddelen

In 2006 nemen drie geneesmiddelen ruim de helft van de totale kosten van dure- en weesgeneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (€54,7 miljoen), trastuzumab (€51,8 miljoen) en rituximab (€37,1 miljoen). Alledrie de geneesmiddelen horen tot de groep immunomodulantia. Ook in de uitgavenstijging zijn deze drie geneesmiddelen dominant. Samen bepalen ze 60 procent van de toename van de uitgaven aan dure- en weesgeneesmiddelen in 2006. Het geneesmiddel met de sterkste uitgaventoename is trastuzumab. De uitgaven aan dit middel namen in 2006 toe met € 33 miljoen. Dit is bijna 40 procent van de totale uitgavenstijging. Zowel infliximab, trastuzumab als rituximab staan vanaf 2002 op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Opvallend is dat in de periode 2004 tot en met 2006 aan alledrie de middelen nieuwe (sub)indicaties zijn toegevoegd.

### 5.1. Immunomodulantia

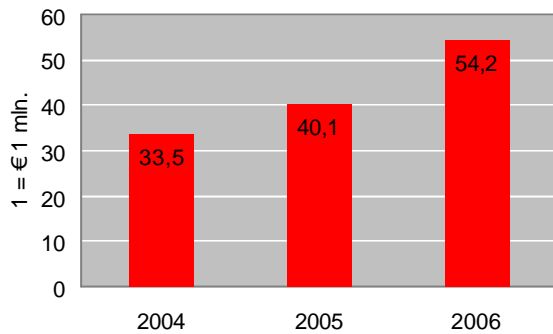
Immunomodulantia zijn middelen die het functioneren van het immunologisch systeem beïnvloeden. Ze hebben binnen het cellulaire en/of het humorale immunologisch systeem veelal verschillende aangrijpingspunten. In klinisch opzicht wordt door de toepassing van immunomodulantia een toestand van immunosuppressie of immunostimulatie beoogd. De uitgaven aan de immunomodulantia die in de beleidsregels zijn opgenomen kwamen in 2006 uit op €154,9 miljoen. Deze uitgaven zijn drie keer zo hoog als in 2004. Binnen de totale uitgaven voor dure- en weesgeneesmiddelen vormen ze daarmee de grootste en snelst stijgende groep.

#### 5.1.1. Infliximab

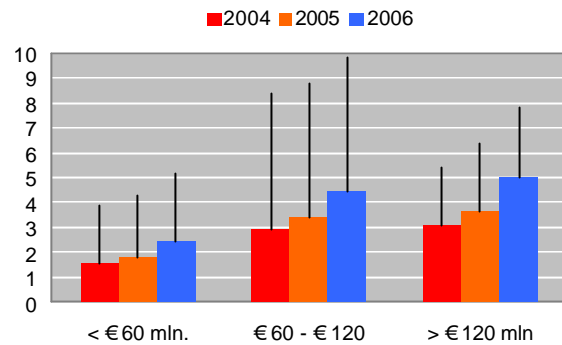
Infliximab (Remicade) onderdrukt afweerreacties van het lichaam. Het behoort tot de groep van TNF-alfa remmers. Infliximab is vanaf 1 januari 2002 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Behandelingen van patiënten met infliximab die vóór 1 mei 2004 zijn gestart, worden voor 100 procent vergoed. Voor de overige behandelingen geldt een budgetcompensatie van 80 procent. Sinds 1 juni 2007 wordt infliximab onder voorwaarde ook buiten het ziekenhuis vergoed voor de behandeling van reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, spondylitis ankylopoetica, artritis psoriatica en chronische plaques psoriasis. Tot nu toe wordt dit middel vanwege de toedieningsvorm en de mogelijke ernstige infusie gerelateerde bijwerkingen uitsluitend klinisch toegepast. Een flacon van 100 mg poeder als concentraat voor infusie-oplossing kost €654,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Per standaarddagdosering (3- 5 mg/kg) komt dat neer op een bedrag van bijna €25.

In 2006 bedroegen de kosten van dit geneesmiddel ten laste van de beleidsregel €54,2 miljoen. Daarmee is infliximab het geneesmiddel op de beleidsregels met de hoogste uitgaven. Ten opzichte van 2005 zijn de uitgaven voor infliximab met € 14 miljoen toegenomen. Procentueel komt dat uit op een stijging van bijna 35 procent. Het aandeel dat infliximab heeft in het totale ziekenhuisbudget verschilt relatief sterk per ziekenhuis.

Uitgaven infliximab, alle instellingen, 2004-2006



Uitgaven infliximab in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

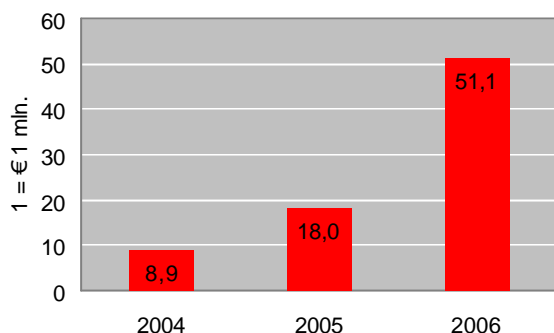
### Extramurale uitgaven

Voor de vergoeding buiten het ziekenhuis is infliximab per 1 juni 2007 opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Daar is het geclusterd met etanercept (Enbrel) en adalimumab (Humira). Deze middelen hadden in 2006 buiten het ziekenhuis een omzet van €66 miljoen respectievelijk €62 miljoen en waren bovendien de twee geneesmiddelen met de hoogste extramurale uitgaventoename (Bron: SFK). Ten opzichte van 2005 namen de kosten van adalimumab met €19 miljoen toe en die van etanercept met €18 miljoen. Op dit moment zijn er nog geen gegevens over het extramurale gebruik van infliximab beschikbaar.

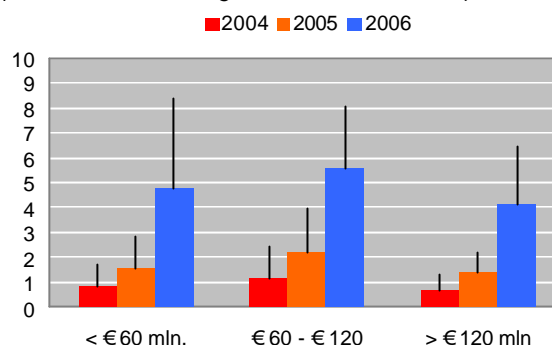
### 5.1.2. Trastuzumab

Trastuzumab (Herceptin) is een monoclonaal antilichaam dat wordt gebruikt bij patiënten met HER2 positieve borstkanker. Een flacon met 150 mg infusiepoeder kost €673,-. (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index), Trastuzumab is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt het niet vergoed. In 2006 kwamen de kosten van trastuzumab die ten laste van de beleidsregel werden gebracht uit op een bedrag van €51,1 miljoen. In 2005 was dit nog €18 miljoen en in 2004 was dit €8,9 miljoen. Daarmee is trastuzumab het geneesmiddel met de sterkste uitgaventoename.

*Uitgaven trastuzumab, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven trastuzumab in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*

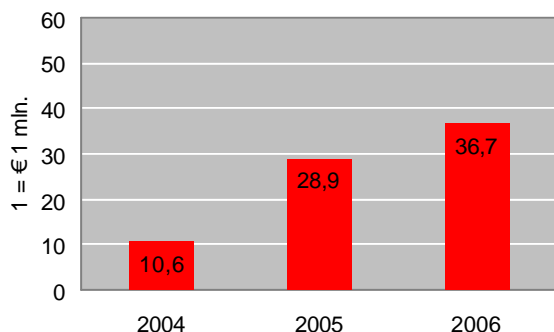


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

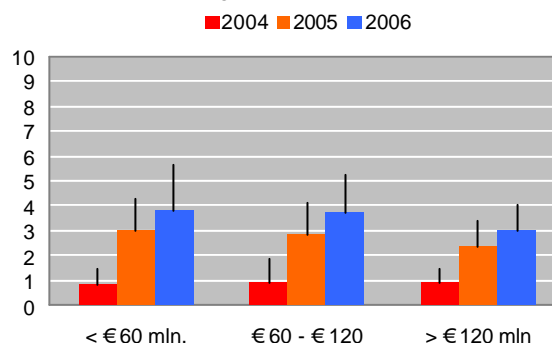
### 5.1.3. Rituximab

Rituximab (Mabthera®) is een monoklonaal antilichaam dat wordt gebruikt bij de behandeling van B-cel-non-Hodgkinlymfoom, B-celleukemie en reumatoïde artritis. Per 1 januari 2002 is rituximab opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Gebruik buiten het ziekenhuis wordt niet vergoed. Uitgaande van een dosering van 375 milligram per m<sup>2</sup> lichaamsoppervlak bij de indicatie non-Hodgkin-lymfoom bedragen de kosten van één behandeling gemiddeld € 2.074,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). De dosering bij de behandeling van reuma is 1000 milligram, na 2 weken wordt deze dosering nog een keer herhaald. De uitgaven aan rituximab ten laste van de beleidsregel bedroegen in 2006 € 36,7 miljoen. Ten opzichte van 2004 zijn deze uitgaven met € 26 miljoen toegenomen. Vooral in 2005 stegen de uitgaven aan dit middel aanzienlijk.

*Uitgaven rituximab, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven rituximab in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*



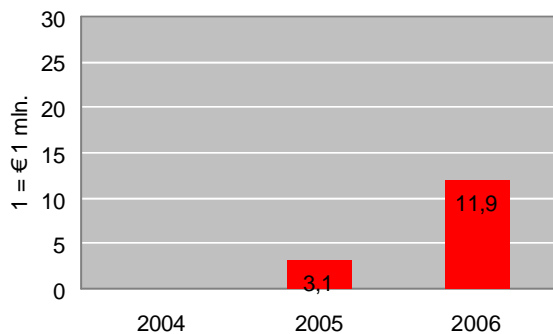
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen



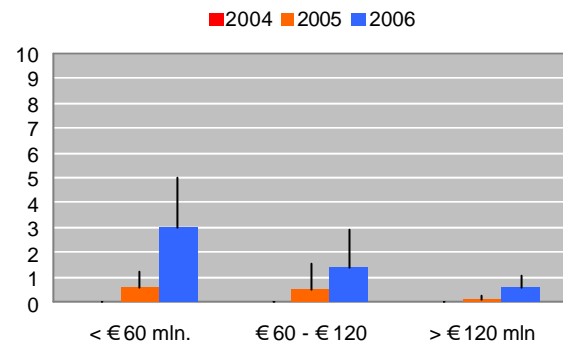
#### 5.1.4. Bevacizumab

Bevacizumab (Avastin) werd in 2005 geregistreerd voor de behandeling van gemetastaseerde colorectalkanker en in maart 2006 voor de behandeling van gemetastaseerde borstkanker. In augustus 2007 werd de behandeling van vergevorderde longkanker aan de indicatie toegevoegd. Naast deze geregistreerde indicaties is bekend dat oogartsen bevacizumab off-label toepassen bij maculadegeneratie in plaats van het daarvoor geregistreerde ranibizumab (Lucentis) of pegaptanib (Macugen). Bevacizumab is vanaf 1 januari 2005 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Een flacon van 400 mg poeder als concentraat voor infusie-oplossing kost € 1.350,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Buiten het ziekenhuis wordt het niet vergoed. In 2006 bedroegen de uitgaven aan bevacizumab € 11,9 miljoen.

*Uitgaven bevacizumab, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven bevacizumab in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

#### 5.1.5. Omalizumab

Omalizumab (Xolair) wordt ingezet bij de behandeling van ernstig allergisch astma. Per 1 januari 2006 is het middel toegevoegd aan de beleidsregel dure geneesmiddelen. Een flacon met 150 milligram omalizumab en oplosmiddel voor injectie heeft een apotheekinkoop prijs van € 408,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Per standaarddagdosering bedragen de geneesmiddelenkosten € 43,-. Buiten het ziekenhuis wordt omalizumab niet vergoed.

In het eerste jaar dat omalizumab in de beleidsregel dure geneesmiddelen was opgenomen kwam de omzet uit op € 0,5 miljoen.

#### **5.1.6. Alemtuzumab**

Alemtuzumab (Mabcampath) is een monoklonaal antilichaam dat wordt gebruikt voor het behandelen van patiënten met chronische lymfatische leukemie wanneer andere eerdere behandelingen geen succes hebben gehad. Het geneesmiddel is per 1 januari 2006 op de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen en wordt buiten het ziekenhuis niet vergoed. De uitgaven aan alemtuzumab bedroegen bijna €0,5 miljoen.

#### **5.1.7. Natalizumab**

Natalizumab (Tysabri) is per 1 juli 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Het is een monoklonaal antilichaam, dat de afweer onderdrukt. Artsen schrijven natalizumab voor bij de behandeling van relapsing remitting multiple sclerose aan patiënten die niet hebben gereageerd op een interferon- $\beta$ . De uitgaven aan alemtuzumab bedroegen net iets meer dan €0,1 miljoen.

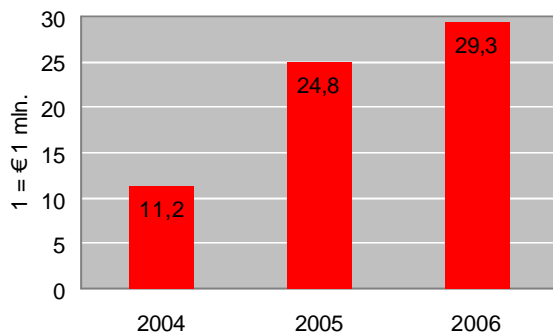
### **5.2. Cytostatica**

Cytostatica worden gebruikt bij de behandeling van kanker. Een cytostaticum beoogt de deling van cellen te stoppen. De werking berust over het algemeen op het ingrijpen op de chemische reacties in de cel die nodig zijn voor de celdeling. Hierbij worden vooral snelgroeiende cellen beschadigd. In 2006 bedroegen de uitgaven voor de cytostatica die in de beleidsregels opgenomen zijn €91,8 miljoen. Deze uitgaven zijn €15 miljoen hoger dan in 2005. Van 2004 op 2005 stegen de uitgaven met ongeveer hetzelfde bedrag. Oxaliplatin en docetaxel zijn de cytostatica met de hoogste uitgaven.

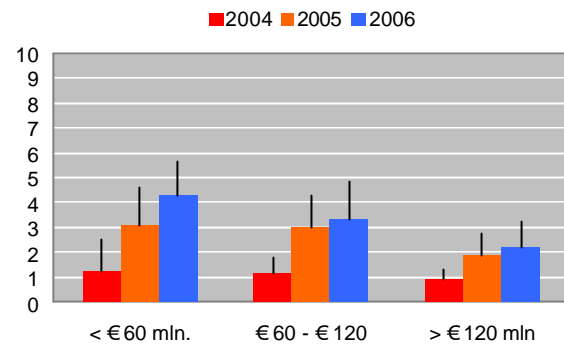
#### **5.2.1. Oxaliplatin**

Oxaliplatine is een platinaverbinding die inmiddels onder diverse namen in de handel wordt gebracht. Artsen schrijven het voor bij bepaalde vormen van darmkanker. Een flacon met 100 milligram oxaliplatine als infusiepoeder heeft een apotheekinkoopprijs van bijna €700 (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Oxaliplatine is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt oxaliplatine niet vergoed. In 2006 kwamen de kosten van oxaliplatin die ten laste van de beleidsregel werden gebracht uit op een bedrag van €29,3 miljoen.

Uitgaven oxaliplatin, alle instellingen, 2004-2006



Uitgaven oxaliplatin in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)



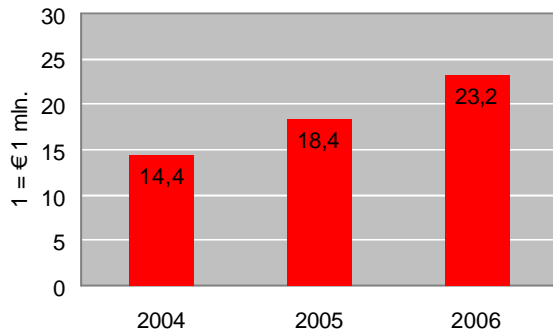
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

### 5.2.2. Docetaxel

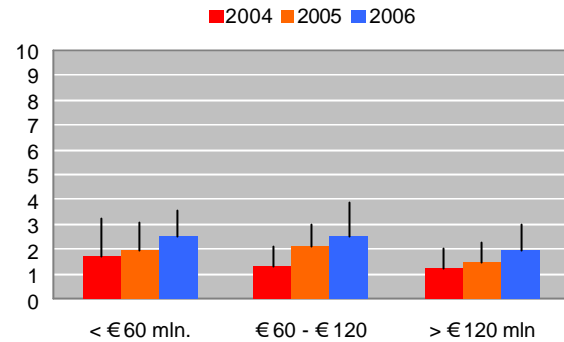
Docetaxel (Taxotere) hoort samen met het eveneens in de beleidsregel opgenomen paclitaxel tot de taxanen. Het wordt ingezet bij de behandeling van borstkanker en bij niet-kleincellig longkanker, prostaatcancer, maagdarmkanker of hoofdhalskanker. Docetaxel als concentraat voor infusievloeistof van 40 milligram per milliliter heeft per milliliter een apotheekinkoop prijs van € 404,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Docetaxel is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt docetaxel niet vergoed.

In 2006 kwamen de kosten van docetaxel die ten laste van de beleidsregel werden gebracht uit op een bedrag van €23,2 miljoen. De kosten zijn in de afgelopen drie jaar gelijkmatig gestegen. In 2006 namen de kosten met 27 procent ten opzichte van het jaar daarvoor en in 2005 kwam de kostengroei uit op 28 procent.

Uitgaven docetaxel, alle instellingen, 2004-2006



Uitgaven docetaxel in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)



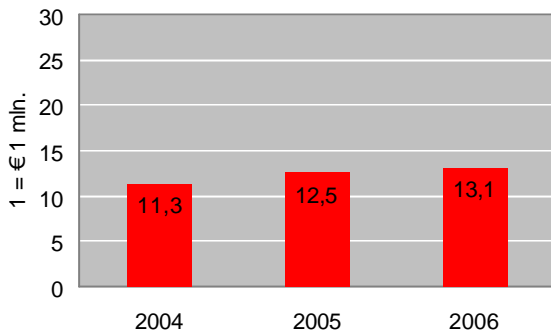
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

### 5.2.3. Gemcitabine

Gemcitabine (Gemzar®) wordt onder meer ingezet bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker, alveolaire kanker, blaaskanker of borstkanker. Gemcitabine als concentraat voor infusievloeistof van 200 milligram per flacon kost €49,-. Een flacon van 1000 milligram kost €213,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Gemcitabine is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt gemcitabine niet vergoed.

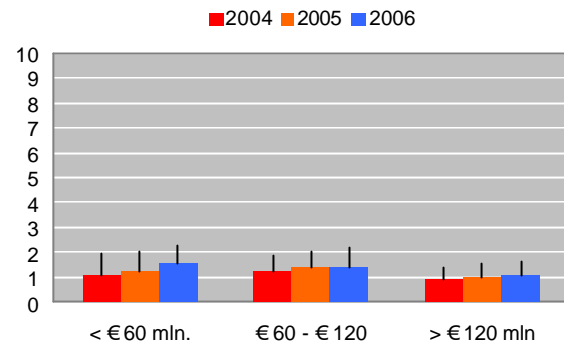
In 2006 kwamen de uitgaven aan gemcitabine ten laste van de beleidsregel uit op een bedrag van €13,3 miljoen. In vergelijking met 2004 en 2005 is er bij dit middel sprake van een relatief beperkt toename van de uitgaven. In deze eerdere jaren namen de uitgaven toe met 10 respectievelijk 5 procent.

Kosten gemcitabine, alle instellingen, 2004-2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Uitgaven gemcitabine in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)

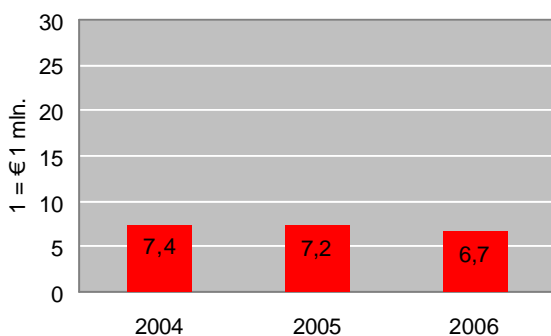


#### 5.2.4. Irinotecan

Irinotecan (Camppto) hoort tot de topo-isomerase-i-remmers en wordt ingezet bij uitgezaaide vormen van darmkanker. Irinotecan als concentraat voor infusievloeistof van 20 milligram per milliliter heeft per flacon van 40 milligram een apothekinkoopprijs van €47,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Irinotecan is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt irinotecan niet vergoed.

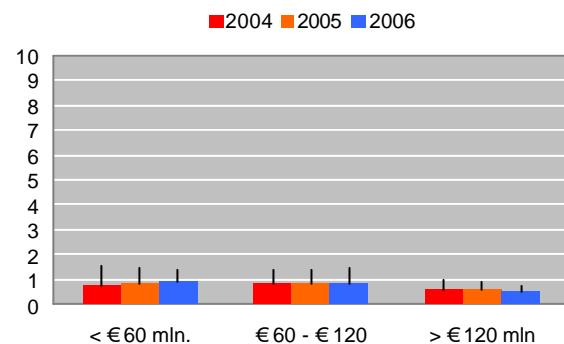
In 2006 kwamen de uitgaven aan irinotecan ten laste van de beleidsregel uit op €6,7 miljoen. Dit bedrag is iets lager dan de uitgaven in 2005 en 2004. Deze lagere uitgaven zijn niet het gevolg van lagere taxeprijzen zoals door Z-Index geregistreerd in de G-Standaard. De monitor geeft op dit moment geen inzicht op de vraag of dit komt door lagere netto-inkoopkosten, een verminderd gebruik, gemiddeld lagere doseringen of door een kortere gebruiksduur.

Uitgaven irinotecan, alle instellingen, 2004-2006



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

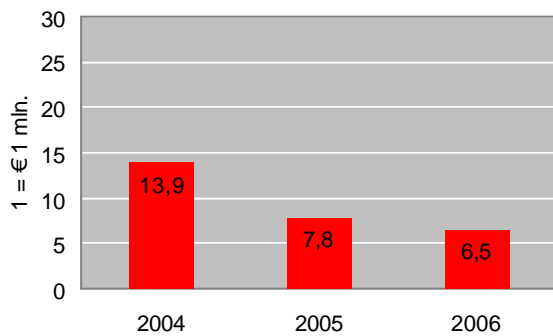
Uitgaven irinotecan in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)



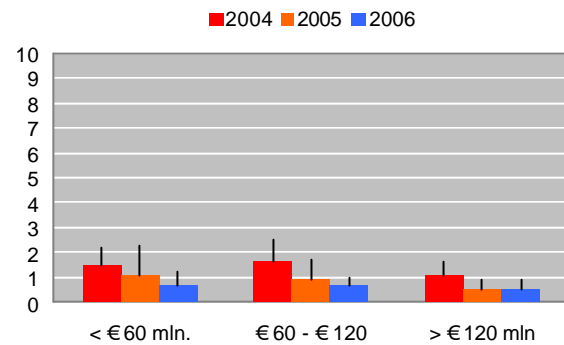
### 5.2.5. Paclitaxel

Paclitaxel (Taxol) was het eerste dure geneesmiddel waarvoor al in 1995 een bijzondere financiële regeling werd getroffen. Het wordt onder andere toegepast bij gemetastaseerde borstkanker, eierstokkanker en niet-kleincellige longkanker. Het geneesmiddel is sinds 1 januari 2002 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Extramuraal gebruik wordt niet vergoed. Paclitaxel wordt door verschillende generieke leveranciers op de markt gebracht. Het merkgeneesmiddel is inmiddels uit de handel. Een flacon met 300 mg paclitaxel concentraat voor infusievloeistof kent een apotheekinkoopsprijs van € 1.800,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Paclitaxel is het enige geneesmiddel van de beleidsregel waarbij de omzet in de loop van de tijd sterk is afgenomen. De uitgaven daalden van € 13,9 miljoen in 2004 tot € 6,5 miljoen in 2006.

*Uitgaven paclitaxel, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven paclitaxel in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*

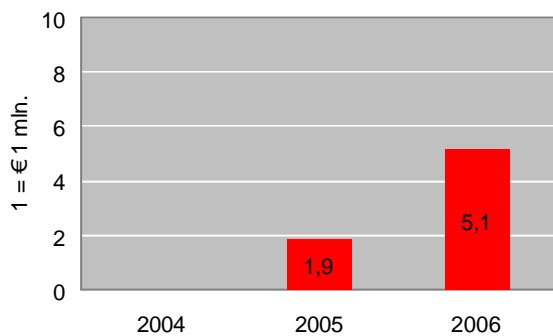


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

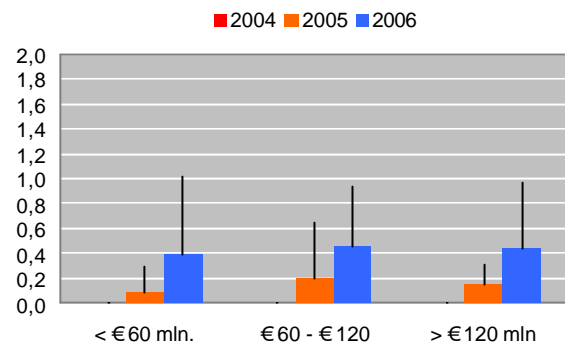
### 5.2.6. Pemetrexed

Pemetrexed wordt toegepast bij borstvlieskanker. Het middel is sinds 1 januari 2005 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. In 2006 bedroegen de uitgaven aan dit middel €5,1 miljoen.

*Uitgaven pemetrexed, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven pemetrexed in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*

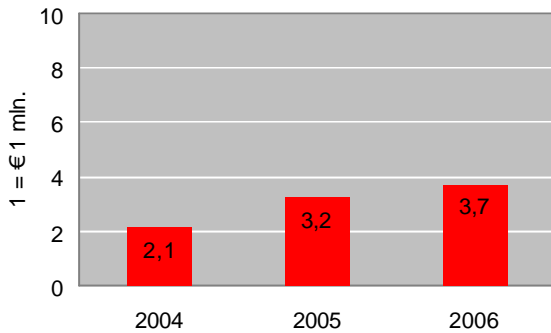


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

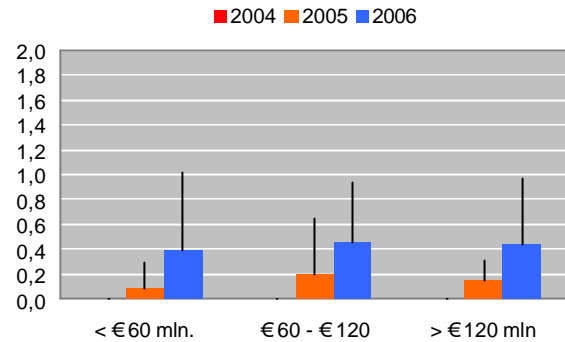
### 5.2.7. Doxorubicine in gepegyleerde liposomen

Doxorubicine kan worden toegediend als standaard doxorubicine, als doxorubicine in niet-gepegyleerde liposomen (Myocet) en als doxorubicine in gepegyleerde liposomen (Caelyx). Deze laatste vorm wordt toegepast als chemotherapie bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker en een verhoogd risico op hartproblemen. Daarnaast wordt het ook voorgeschreven bij vrouwen met uitgezaaide eierstokkanker bij wie de ziekte voortschrijdt na de standaardbehandeling of die vanwege overgevoeligheid niet met een platinaverbinding kunnen behandeld. Standaard doxorubicine is generiek beschikbaar en wordt ook buiten het ziekenhuis vergoed vanuit de basisverzekering. Het gebruik buiten het ziekenhuis is echter beperkt tot enkele tientallen verstrekkingen. Zowel doxorubicine in niet-gepegyleerde liposomen (Myocet) als doxorubicine in gepegyleerde liposomen (Caelyx) worden buiten het ziekenhuis niet vergoed. Zowel Caelyx als Myocet zijn per 1 januari 2004 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen.

*Uitgaven doxorubicine liposomaal, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven doxorubicine liposomaal in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*

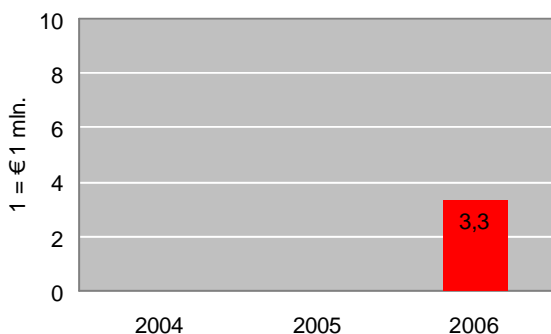


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

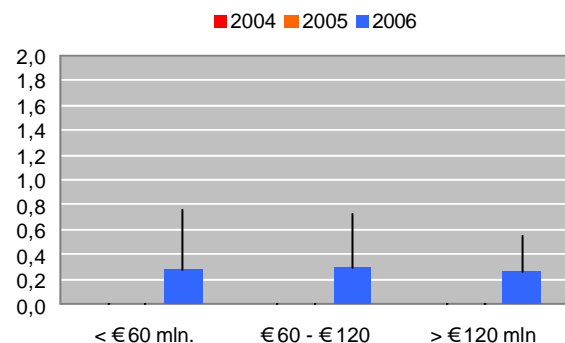
### 5.2.8. Bortezomib

Bortezomib (Velcade) is een proteasoomremmer. Het wordt ingezet bij de behandeling van beenmergkanker (multipel-myeloom) bij patiënten die tenminste 2 behandelingen hebben gehad en waarbij de aandoening na de 2e behandeling verergerde. Een flacon met 3,5 milligram injectiepoeder heeft een apotheekinkoopprijs van € 1.143,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Bortezomib is vanaf 1 januari 2006 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen en wordt buiten het ziekenhuis niet vergoed. De uitgaven bedroegen €3,3 miljoen.

*Uitgaven bortezomib, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven bortezomib in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen



### 5.2.9. Vinorelbine

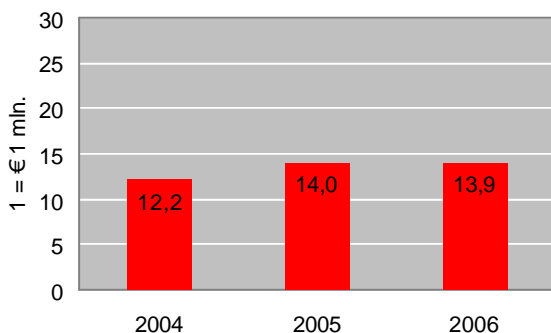
Vinorelbine (Navelbine/Navirel) wordt gebruikt voor de behandeling van uitgezaaide borst- of longkanker. Het is per 1 juli 2005 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. Buiten het ziekenhuis wordt vinorelbine niet vergoed. Een flacon van 5 ml met 50 milligram Navelbine of Navirel kost €94,- respectievelijk €151,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). De gebruikelijke dosering is één flacon van 50 milliliter per toediening. De uitgaven aan vinorelbine ten laste van de beleidsregel zijn toegenomen van €0,7 miljoen in 2005 tot €0,9 miljoen in 2006.

### 5.3. Immunoglobulinen

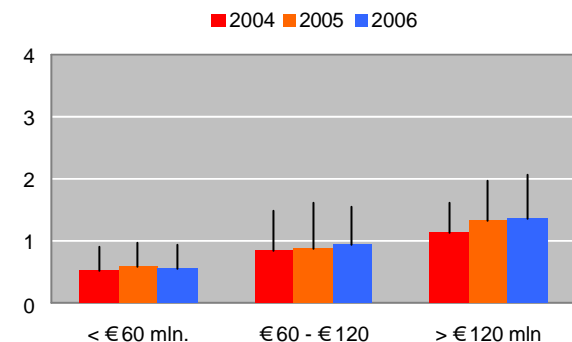
#### 5.3.1. Immunoglobuline i.v.

Intraveneuze toediening van immunoglobulinen vindt plaats bij mensen met een aangetast immuunsysteem. Immunoglobulinen kunnen in de spier (intramusculair), in het onderhuidse weefsel (subcutaan) of in de ader (intraveneus) toegediend worden. Via deze laatste toedieningsweg kunnen hogere doseringen worden toegediend. Alleen intraveneuze vormen van immunoglobulinen zijn sinds 1 januari 2002 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. De uitgaven ten laste van de beleidsregel waren de afgelopen jaren vrij constant en schommelden tussen de €12 miljoen en de €14 miljoen.

*Uitgaven immunoglobuline i.v., alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven immunoglobuline i.v. in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen), 20*



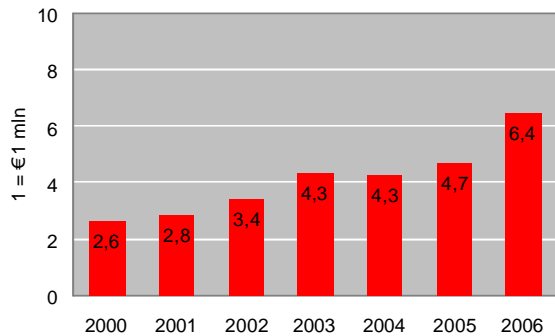
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

### Extramuraal

De uitgaven aan intraveneuze toediening van immunoglobulinen buiten het ziekenhuis via openbare apotheken bedroegen €6,4 miljoen. Dit bedrag is inclusief BTW en exclusief de afleververgoeding. Daar waar de kosten in het ziekenhuis in de periode 2004 tot en met 2006 min of meer stabiel waren, zijn deze buiten het ziekenhuis vooral in 2006 aanzienlijk toegenomen. Subcutane en intramusculaire toediening van immunoglobulinen hebben buiten

het ziekenhuis terrein verloren. In 2000 bedroeg het kostenaandeel van niet-intraveneuze toedieningen bijna 30 procent. Dit is teruggelopen tot bijna 7 procent in 2007.

*Uitgaven immunoglobuline i.v. via openbare apotheken, 2000-2006*



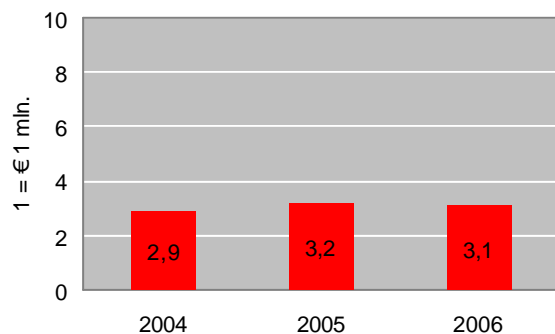
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

#### 5.4. Spierrelaxantia

##### 5.4.1. Botulinetoxine

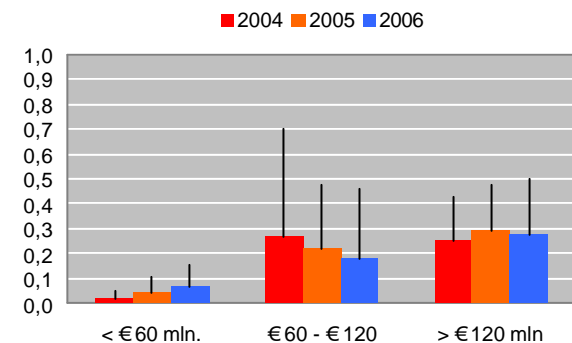
Botulinetoxine dankt zijn bekendheid vooral aan de cosmetische chirurgie. In de regeling dure geneesmiddelen is het gebruik beperkt tot revalidatiebehandeling in algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Botulinetoxine is sinds 1 januari 2002 in de beleidsregel opgenomen. De uitgaven ten laste van de beleidsregel waren de afgelopen jaren vrij constant en schommelden tussen de €2,9 miljoen en de €3,2 miljoen. Ongeveer 8 procent van deze uitgaven worden gemaakt binnen revalidatiecentra. Gebruik van botulinetoxine buiten het ziekenhuis wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

*Kosten botulinetoxine, alle instellingen, 2004-2006*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

*Uitgaven botulinetoxine in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen), 2006*



## Extramuraal

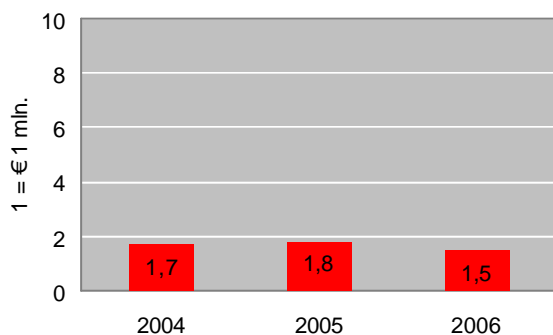
Buiten het ziekenhuis wordt botulinetoxine maar beperkt toegediend. In 2006 verstrekten openbare apotheken bijna 500 voorschriften. De bijbehorende uitgaven bedroegen € 0,7 miljoen (exclusief afleverkosten).

## 5.5. Oogmiddelen

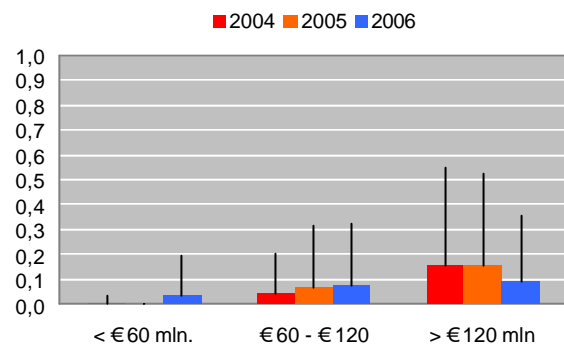
### 5.5.1. Verteporfin

Verteporfin (Visudyne) is geregistreerd voor behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie en wordt ingezet bij fotodynamische therapie. In 2005 stegen de uitgaven van € 1,7 miljoen naar € 1,8 miljoen. In 2006 daalden de uitgaven tot € 1,5 miljoen.

*Kosten verteporfin, alle instellingen, 2004-2006*



*Uitgaven verteporfin in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen), 2006*



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

### 5.5.2. Pegaptanib

Pegaptanib (Macugen) kan evenals het bovengenoemde verteporfin worden ingezet voor de behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie. Pegaptanib is een oplossing voor intravitreale injectie (injectie in het oog) en verschilt daarmee wezenlijk van verteporfin. Ondanks dat pegaptanib sinds 1 januari 2006 op de beleidsregel dure geneesmiddelen is opgenomen, is er geen beroep op deze regeling gedaan. Binnen de deelnemende ziekenhuizen werden geen uitgaven aan dit middel geregistreerd. Mogelijk heeft dit te maken met het off-label gebruik van bevacizumab (Avastin) dat aanzienlijk goedkoper is dan de geneesmiddelen die voor leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn geregistreerd. Daarnaast is de opname van pegaptanib in de loop van 2006 met terugwerkende kracht op de lijst dure geneesmiddelen opgenomen. Ranibizumab (Lucentis) is in 2007 aan de beleidsregel toegevoegd.

## **5.6. Drotrecogin alfa**

### **5.6.1. Drotrecogin alfa**

Drotrecogin alfa (Xigris) is geregistreerd voor de behandeling van volwassen patiënten met ernstige sepsis en meervoudig orgaanfalen en wordt toegevoegd aan de standaardbehandeling. Het middel is sinds 1 januari 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. De uitgaven bedroegen € 0,7 miljoen.

## **5.7. Radiofarmaca**

### **5.7.1. Ibritumomabtiuxetan**

Zevalin is een kit voor de bereiding van een radioactief gelabeld preparaat voor infusie (indruppeling) van ibritumomabtiuxetan. Het radioactief gelabelde Zevalin is bestemd voor de behandeling van volwassenen met folliculair Bcel non-Hodgkin lymfoom. Zevalin wordt toegepast als rituximab (een andere behandeling voor non-Hodgkin lymfoom) niet langer werkzaam blijkt te zijn. Zevalin is per 1 januari 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en had in dat jaar een omzet van € 29.000. Eén kit Zevalin kost € 10.845,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index).

## **5.8. Therapeutische hulpstoffen**

### **5.8.1. Palifermin**

Palifermin (Kepivance) wordt gebruikt voor het verkorten van de duur en het verminderen van de frequentie en van de ernst van orale mucositis (ontsteking van het mondslijmvlies die kan variëren van pijnlijke plekken en roodheid tot ernstige zweren). Palifermin wordt gebruikt bij patiënten die een grote kans op ernstige mucositis hebben, omdat zij lijden aan bloedkanker. Palifermin is per 1 januari 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en had in dat jaar een omzet van € 27.000. Een injectieflacon bevat 6,25 mg van de werkzame stof palifermin en kost € 7.314,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index).

## **5.9. Weesgeneesmiddelen**

### **5.9.1. Laronidase**

Larodidase (Aldurazyme) is sinds 1 januari 2006 opgenomen op de regeling weesgeneesmiddelen. Het is geïndiceerd voor de ziekte mucopolysacharidose I (MPS I). De kosten van 1 flacon (500U/ 5 ml) bedragen € 700,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Per standaarddagdosering komt dit neer op een bedrag van € 1.400,-. De uitgaven aan dit middel bedroegen € 4,6 miljoen.

### **5.9.2. Alglucosidase alfa**

Alglucosidase alfa (Myozyme) wordt ingezet bij de ziekte van Pompe. Een flacon van 20 ml met 50 mg alglucosidase-alfa kost € 525,- (Bron: G-Standaard Oktober 2007 / Z-Index). Per standaarddagdosering komt dit neer op een bedrag van € 1.050,-. Net als laronidase is het sinds 1 januari 2006 opgenomen in de regeling weesgeneesmiddelen. De uitgaven aan alglucosidase alfa bedroegen € 3,9 miljoen.

## 6. Aanbevelingen

De gekozen opzet van de monitor biedt inzicht in de kostenontwikkelingen van de geneesmiddelen die op de beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen. Op basis hiervan kunnen partijen beoordelen of de huidige bekostigingsregeling toereikend is geweest. Gelet op de hoge respons verdient het de aanbeveling om de monitor in zijn huidige vorm te continueren. Vanwege de toename van de uitgaven aan dure geneesmiddelen zal de bekostigingsregeling namelijk ook in 2007 en 2008 een discussiepunt blijven. In 2009 zal de huidige bekostigingssystematiek van dure- en weesgeneesmiddelen naar verwachting plaats maken voor prestatiebekostiging op basis van DBC's..

De monitor geeft op dit moment geen inzicht in onderliggende factoren die ten grondslag liggen aan de kostenontwikkeling van dure geneesmiddelen, zoals nieuwe gebruikers, gebruiksduur en verminderd gebruik door gemiddeld lagere doseringen of kortere gebruiksduur. Uitbreiding van de monitor met deze gegevens biedt meer kwantitatieve en kwalitatieve informatie over het gebruik van de betreffende geneesmiddelen. Zo zou in het vervolgonderzoek getoetst kunnen worden of de uitgangspunten die het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft gehanteerd in haar advies over opname van de geneesmiddelen op de beleidsregels, overeenkomen met de realisatiecijfers. De huidige monitor geeft wel inzicht in de omvang van het verschil tussen ramingen en realisatie, maar niet in de oorzaken daarvan. Gedetailleerde gegevens over het aantal gebruikers bieden daarnaast betere mogelijkheden om de vraag te beantwoorden of patiënten ook de zorg krijgen die ze nodig hebben. Daarnaast is dergelijke meer gedetailleerde informatie gewenst voor het maken van gefundeerde prognoses omtrent de toekomstige uitgavenontwikkeling.

De benodigde detailgegevens voor eventueel vervolgonderzoek zijn niet voor ieder ziekenhuis via een geautomatiseerde procedure beschikbaar. Gebleken is dat sommige ziekenhuizen bij een alternatieve procedure voor de opvraag van meer gedetailleerde gegevens administratief onevenredig zwaar worden belast. Voor uitbreiding van de monitor wordt daarom aanbevolen om de detailgegevens via een selecte steekproef te verkrijgen op basis van een geautomatiseerde aanlevering.

### **Bijlage 1 : Begeleidingscommissie**

drs. C.J. (Yolande) Jansen-v.d. Kooij, NVZA  
dr. H.J.M. (Harrie) Kemna, NVZ  
dr. P.D. (Pieter) Knoester, NVZA  
drs. H. (Huib) Kooijman, VWS  
drs. J.D.L. (Jan Dirk) Kroon, SFK  
drs. M. (Maaïke) Prins, VWS  
drs. M.R.Th.W (Martijn) Sanders, VWS (voorzitter)  
M. (Margreet) Schreurs, VWS  
prof. dr. A. (Adri) Steenhoek  
drs. J.L (Léon) Tinke, SFK  
R.J. (Ronald) van der Vaart, SFK  
drs. V.F. (Victor) Verrijp, NFU

## Bijlage 2: Lijst van stofnamen

beleidsregel dure geneesmiddelen	ingangsdatum
Doxetaxel	1 januari 2002
Irinotecan	1 januari 2002
Gemcitabine	1 januari 2002
Oxaliplatin	1 januari 2002
Paclitaxel	1 januari 2002
Rituximab	1 januari 2002
bij folliculair lymfoom	1 januari 2002
bij DLBCL in combinatie met CHOP	1 januari 2002
bij reumatoïde artritis	1 januari 2006
Infliximab	1 januari 2002
bij M. Crohn	1 januari 2002
bij reumatoïde artritis (subtotaal)	1 mei 2004
start behandeling voor 1 mei 2004	1 mei 2004
start behandeling vanaf 1 mei 2004	1 mei 2004
bij spondylitis ankylopoetica	1 januari 2004
bij artritis psoriatica	1 januari 2005
bij psoriasis	1 januari 2006
bij colitis ulcerosa	1 januari 2006
Immunoglobuline i.v.	1 januari 2002
Trastuzumab (totaal)	1 januari 2002
bij gemetastaseerde borstkanker	1 januari 2002
bij niet-gemetastaseerde borstkanker	1 januari 2006
Botulinetoxine (lokale dystoniën)	1 januari 2002
Verteporfin	1 januari 2002
Doxorubicine liposomaal	1 januari 2004
Vinorelbine	1 juli 2005
Bevacizumab	1 januari 2005
Pemetrexed	1 januari 2005
Bortezomib	1 januari 2006
Omalizumab	1 januari 2006
Ibritumomab tiuxetan	1 januari 2006
Pegaptanib	1 januari 2006
Alemtuzumab	1 januari 2006
Palifermin	1 januari 2006
Drotrecogin-alfa	1 januari 2006
Natalizumab (tysabri)	1 juli 2006
<b>beleidsregel weesgeneesmiddelen</b>	
Laronidase	1 januari 2006
Alglucosidase alfa	1 januari 2006



**Colofon**

De Monitor Dure Geneesmiddelen is een uitgave van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Overname van gegevens uit dit rapport is toegestaan mits onder volledige bronvermelding: Stichting Farmaceutische Kengetallen, november 2007

**Samenstelling**

R.J. van der Vaart

**Redactie-adres**

Stichting Farmaceutische Kengetallen

Postbus 30460

2500 GL Den Haag

Telefoon 070 3737444

Fax 070 3737445

E-mail [info@sfk.nl](mailto:info@sfk.nl)

Website [ww.sfk.nl](http://ww.sfk.nl)