



Monitor Dure Geneesmiddelen 2008

Kosten van dure- en weesgeneesmiddelen
in het ziekenhuis



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, april 2010

Samenstelling

Ronald 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
Website www.sfk.nl



Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1. Achtergrond en aanleiding	11
1.2. Doelstelling van de monitor	11
1.3. Indeling van het rapport	12
2. De onderzoeksopzet	13
2.1. De onderzoekspopulatie	13
2.2. Onderzoeksvariabelen	13
2.3. Gegevensverzameling	13
3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens	15
3.1. De gerealiseerde respons in aantallen	15
3.2. Extrapolatie	15
3.3. Bruikbaarheid van de geleverde gegevens	16
4. Kosten dure geneesmiddelen	18
4.1. Beleidsregel dure geneesmiddelen	18
4.2. Kosten uit reguliere budget	22
4.3. Budgetaandeel	24
4.4. Kostendrempel	24
4.5. Spreiding dure geneesmiddelen	25
5. Individuele dure geneesmiddelen	27
5.1. Immunomodulantia	27
5.1.1. Infliximab	27
5.1.2. Trastuzumab	28
5.1.3. Rituximab	29
5.1.4. Bevacizumab	30
5.1.5. Natalizumab	30
5.1.6. Omalizumab	31
5.1.7. Cetuximab	31
5.1.8. Abatacept	31
5.1.9. Alemtuzumab	32
5.2. Cytostatica	32
5.2.1. Docetaxel	32
5.2.2. Gemcitabine	33
5.2.3. Pemetrexed	34
5.2.4. Irinotecan	34
5.2.5. Bortezomib	35
5.2.6. Oxaliplatin	36
5.2.7. Doxorubicine	36
5.2.8. Paclitaxel	37
5.2.9. Vinorelbine	38
5.3. Immunoglobulinen	39
5.3.1. Immunoglobuline i.v.	39
5.4. Spierrelaxantia	40
5.4.1. Botulinetoxine	40

5.5.	Antimycotica	40
5.5.1.	Caspofungine	40
5.5.2.	Voriconazol	41
5.5.3.	Anidulafungine	41
5.6.	Oogmiddelen	41
5.6.1.	Ranibizumab	41
5.6.2.	Verteporfin	42
5.6.3.	Pegaptanib	42
5.7.	Radiofarmaca	43
5.7.1.	Ibritumomab tiuxetan	43
5.8.	Oncolytica	43
5.8.1.	Methylaminolevulinaat	43
5.8.2.	Temoporfin	43
5.9.	Therapeutische hulpstoffen	43
5.9.1.	Palifermin	43
6.	Individuele weesgeneesmiddelen	45
6.1.	Alglucosidase alfa	45
6.2.	Agalsidase beta	45
6.3.	Laronidase	45
6.4.	Idursulfase	46
6.5.	Agalsidase alfa	46
6.6.	Galsulfase	46
	Bijlage 1: Begeleidingscommissie	47
	Bijlage 2: Lijst van stofnamen	48

Samenvatting

Inleiding

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 ontvingen ziekenhuizen tot 2006 een additionele budgettaire compensatie van maximaal 75 % van de kosten van de in de lijst opgenomen geneesmiddelen. Dit vergoedingspercentage kon per verzekeraar verschillen. Met ingang van 1 januari 2006 is de beleidsregel aangepast en is daarmee een voor alle ziekenhuizen zelfde en tevens hoger vergoedingspercentage van 80% geïntroduceerd. De overige 20% van de kosten moeten ziekenhuizen dekken via hun reguliere budget. Daarnaast is per 2006 de beleidsregel weesgeneesmiddelen van kracht geworden. Weesgeneesmiddelen worden via de beleidsregel weesgeneesmiddelen voor 100% additioneel in de budgetten gecompenseerd.

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 van Ziekenhuisapothekers (NVZA) besloten om een kostenmonitor voor dure- en weesgeneesmiddelen op te zetten. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) voert deze monitor uit. In november 2007 heeft de SFK de eerste kostenmonitor over de jaren 2004, 2005 en 2006 uitgebracht en in mei 2009 is de kostenmonitor over 2007 verschenen. Voor de monitor over 2008 hebben 92 algemene, academische en categorale ziekenhuizen gegevens beschikbaar gesteld. Hiermee kan een voldoende betrouwbaar landelijk beeld worden geschetst van de kosten van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen.

Beleidsregel dure geneesmiddelen

Uitgaven dure geneesmiddelen nemen met bijna 20% toe

De totale kosten ten laste van de regeling dure geneesmiddelen kwamen in 2008 uit op een bedrag van € 379,5 miljoen. Dit betreft de totale netto-inkoopkosten zoals gemaakt door algemene, academische en categorale instellingen. Ten opzichte van 2007 zijn de kosten met 19,5% toegenomen. Procentueel gezien is deze toename in 2008 vrijwel gelijk aan die van 2007, toen de kosten met 19,4% toenamen. In absolute zin namen de kosten echter sterker toe. In 2008 bedroeg de kostentoe name € 61,9 miljoen, terwijl deze in het daaraan voorafgaande jaar op € 51,6 miljoen uitkwam. Net als in eerdere jaren namen de netto-inkoopkosten bij algemene ziekenhuizen sterker toe dan bij academische ziekenhuizen. In 2008 stegen deze kosten bij algemene ziekenhuizen met 21% en bij academische ziekenhuizen met 16%.

Hogere budgettaire lasten voor ziekenhuizen

De kosten die ziekenhuizen in 2008 uit hun reguliere budget moesten dekken, bedroegen € 73,3 miljoen. Dit is € 13,6 miljoen meer dan in 2007. Daarmee is 2008 het jaar met de hoogste budgettaire lastendruk sinds de invoering van de beleidsregel. Net als bij de

stijging van de netto-inkoopkosten van de dure geneesmiddelen, namen ook de budgettaire lasten bij algemene ziekenhuizen veel sterker toe dan bij academische ziekenhuizen. Doordat de groei van de netto-inkoopkosten van dure geneesmiddelen ook voor individuele instellingen verschilt, is de toename van de netto-lasten vanzelfsprekend niet voor ieder ziekenhuis gelijk. In 2008 liep het aandeel van de netto-inkoopkosten voor dure geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget per ziekenhuis uiteen tussen de 0,8% en de 6,4%. Zowel het ziekenhuis met het laagste als met het hoogste budgetaandeel is een ziekenhuis met een relatief klein budget.

Aantal geneesmiddelen verdrievoudigd

Er zijn steeds meer geneesmiddelen in de beleidsregels opgenomen. In 2002 waren dit er 11. Eind 2008 stonden er 33 geneesmiddelen op de beleidsregel. De meeste hiervan zijn in 2006 aan de beleidsregel toegevoegd. In dat jaar kwamen acht nieuwe geneesmiddelen op de beleidsregel. In 2008 waren dat er zeven. Naast de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen, is de beleidsregel dure geneesmiddelen in de loop van de tijd uitgebreid met 14 nieuwe (sub)indicaties van geneesmiddelen die reeds onderdeel waren van de beleidsregel.

Om voor opname in de beleidsregel dure geneesmiddelen in aanmerking te komen, hanteert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in de praktijk een kostendrempel van 2,5 miljoen euro. In 2008 zijn de netto-inkoopkosten van 7 geneesmiddelen die drie jaar of langer op de beleidsregel dure geneesmiddelen staan, lager dan de kostendrempel van 2,5 miljoen.

Helft van de uitgaven bij drie geneesmiddelen

Drie geneesmiddelen namen in 2008 bijna de helft van de totale kosten van dure geneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (Remicade) met € 78,1 miljoen, trastuzumab (Herceptin) met € 58,8 miljoen en rituximab (Mabthera) met € 51,2 miljoen. Alle drie de geneesmiddelen horen tot de groep immunomodulantia. Het geneesmiddel op de regeling dure geneesmiddelen met de sterkste uitgaventoename is bevacizumab (Avastin). De uitgaven aan dit middel namen in 2008 toe met € 16,9 miljoen tot € 44,6 miljoen. Ook dit geneesmiddel wordt gerekend tot de immunomodulantia. Aan zowel infliximab, trastuzumab, rituximab als bevacizumab zijn in de afgelopen jaren nieuwe indicaties toegevoegd die in de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen.

Beleidsregel weesgeneesmiddelen

Sterke kostenstijging bij één weesgeneesmiddel

Per 1 januari 2006 is een beleidsregel voor weesgeneesmiddelen geïntroduceerd. Weesgeneesmiddelen die op deze beleidsregel staan, worden voor 100% budgettair gecompenseerd. Alleen academische ziekenhuizen kunnen van deze beleidsregel gebruik maken. In 2008 bedroegen de kosten ten laste van de beleidsregel € 56,9 miljoen. Ten opzichte van 2007 zijn de kosten met € 19,7 miljoen toegenomen. Dit is een toename van 53,0%. Net als in 2007 wordt deze toename grotendeels veroorzaakt door één geneesmiddel, namelijk alglucosidase alfa (Myozyme). De kosten van dit weesgeneesmiddel namen in 2008 in absolute zin met € 15,3 miljoen en in procentuele zin met 75,7% toe.

Netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2008 (1 = € 1 mln.)

Geneesmiddel	Merknaam	2004	2005	2006	2007	2008
Infliximab	Remicade	33,5	40,1	54,2	69,4	78,1
Trastuzumab	Herceptin	8,9	18,0	51,1	59,3	58,8
Rituximab	Mabthera	10,6	28,9	36,7	42,6	51,2
Bevacizumab	Avastin	-	3,1	11,9	27,8	44,6
Docetaxel	Taxotere	14,4	18,4	23,2	26,2	31,9
Immunoglobuline i.v.	diverse preparaten	12,2	14,0	13,9	15,0	18,1
Gemcitabine	Gemzar	11,3	12,5	13,1	14,5	15,1
Pemetrexed	Alimta	-	1,9	5,1	6,6	9,8
Irinotecan	Campto	7,4	7,2	6,7	7,6	9,1
Bortezomib	Velcade	-	-	3,3	5,7	8,2
Oxaliplatin	diverse preparaten	11,2	24,8	29,3	18,5	8,0
Natalizumab	Tysabri	-	-	0,1	2,1	7,3
Doxorubicine	Caelyx, Myocet	2,1	3,2	3,7	4,5	6,5
Paclitaxel	diverse preparaten	13,9	7,8	6,5	6,3	5,3
Omalizumab	Xolair	-	-	0,5	2,8	4,9
Botulinetoxine	Botox, Dysport	2,9	3,2	3,1	3,6	4,8
Caspofungine	Cancidas	-	-	-	-	3,3
Ranibizumab	Lucentis	-	-	-	0,5	3,0
Voriconazol	Vfend	-	-	-	-	2,9
Cetuximab	Erbitux	-	-	-	1,3	2,1
Abatacept	Orencia	-	-	-	0,2	1,7
Methylaminolevulinaat	Metvix	-	-	-	-	0,9
Alemtuzumab	Mabcampath	-	-	0,5	0,5	0,9
Palifermin	Kepivance	-	-	0,0	0,4	0,6
Drotrecogin alfa	Xigris	-	-	0,7	0,6	0,6
Vinorelbine	Navelbine, Navirel	-	0,7	0,9	0,6	0,4
Verteporfin	Visudyne	1,7	1,8	1,5	0,4	0,4
Temsirolimus	Torisel	-	-	-	-	0,3
Panitumumab	Vectibix	-	-	-	-	0,3
Ibritumomab tiuxetan	Zevalin	-	-	0,0	0,3	0,2
Temoporfin	Foscan	-	-	-	-	0,2
Anidulafungine	Ecalta	-	-	-	-	0,1
Pegaptanib	Macugen	-	-	0,0	0,0	0,0
Totaal dure geneesmiddelen		130,1	185,6	266,0	317,6	379,5
			+42,7%	+43,3%	+19,4%	+19,5%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Netto-inkoopkosten weesgeneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2008 (1 = € 1 mln.)

Geneesmiddel	Merksnaam	2004	2005	2006	2007	2008
Alglucosidase alfa	Myozyme	-	-	3,9	20,2	35,5
Agalsidase bèta	Fabrazyme	-	-	-	6	6,8
Laronidase	Aldurazyme	-	-	4,6	5,5	5,1
Idursulfase	Elaprase	-	-	-	1,9	4,5
Agalsidase alfa	Replagal	-	-	-	3,5	3,7
Galsulfase	Naglazyme	-	-	-	0,2	1,3
Totaal weesgeneesmiddelen		-	-	8,6	37,2	56,9
						+53,0%

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 in zijn geheel uit het reguliere budget. Om er voor te zorgen dat de behandeling met dure geneesmiddelen om financiële redenen niet in het gedrang zou komen, 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%. De overige 20% moeten ziekenhuizen dekken vanuit het reguliere budget. Daarvóór waren regionale verschillen in vergoedingspercentages mogelijk, omdat deze tot stand kwamen in onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Hierbij gold een maximale vergoeding van 75%. Ondanks de opgehoogde budgetcompensatie gaven ziekenhuizen 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. In opdracht van VWS voert de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) de monitor dure geneesmiddelen uit. In november 2007 bracht de SFK de eerste kostenmonitor uit over de periode 2004 tot en met 2006 en in mei 2009 is de tweede kostenmonitor over 2007 verschenen. De eerste en de tweede kostenmonitor zijn gebaseerd op verschillende brongegevens. De eerste monitor maakte gebruik van de gegevens die door Nederlandse ziekenhuisapothekers zijn aangeleverd. De gegevens in de tweede monitor zijn aangeleverd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit heeft als voordeel dat ziekenhuizen de gegevens niet twee keer hoefden aan te leveren. Het nadeel is dat er in de nieuwe opzet, in tegenstelling tot de eerdere monitor, helaas geen gegevens meer voorhanden zijn over de totale geneesmiddelenkosten in ziekenhuizen. Ook in deze monitor is opnieuw gebruik gemaakt van gegevens die zijn aangeleverd door de NZa.

1.2. Doelstelling van de monitor

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 zijn per ziekenhuis gegevens opgevraagd over het gebruik van en de uitgaven aan dure- en weesgeneesmiddelen per geneesmiddel. 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 geneesmiddelen staan in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 worden de individuele geneesmiddelen die op de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen, beschouwd. In hoofdstuk 6 komt de beleidsregel weesgeneesmiddelen aan bod.

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 compensatie voor de kosten van dure geneesmiddelen kan krijgen. Tot 2006 werd 0 tot 75% van de kosten vergoed. Dit was afhankelijk van de afspraken met verzekeraars. Vanaf 1 januari 2006 ontvangt een ziekenhuis een budgetcompensatie van 80% van de netto-inkoopkosten voor de verstrekking van een geneesmiddel dat op de beleidsregel dure geneesmiddelen is opgenomen. Daarnaast is per 1 januari 2006 een beleidsregel voor weesgeneesmiddelen geïntroduceerd. Weesgeneesmiddelen die op de lijst van deze beleidsregel komen te staan worden voor 100% in het ziekenhuisbudget gecompenseerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen vast. De instellingen die via de beleidsregel dure geneesmiddelen 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. Uitsluitend academische ziekenhuizen kunnen een beroep doen op de beleidsregel weesgeneesmiddelen. Al 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 uitgangpunt geweest voor de monitor. Het gaat hierbij om de uitgaven die op basis van de netto-inkoopkosten door de instelling ten laste van deze beleidsregels bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd. Bij de definitie van netto-inkoopkosten gaat de NZa uit van de inkoopprijs (volgens de lijstprijs) na aftrek van eventuele kortingen en bonussen, van het door de zorgaanbieder ingekochte geneesmiddel.

2.3. Gegevensverzameling

In tegenstelling tot de gegevensverzameling over de jaren 2004 tot en met 2006 konden deelnemende instellingen een machtiging afgeven aan de NZa om de benodigde gegevens over 2007 en 2008 door te leveren aan de SFK. Instellingen leveren de netto-inkoopkosten van geneesmiddelen die in de beleidsregels dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen zijn opgenomen, al aan bij de NZa en worden op deze wijze administratief niet dubbel belast. In de eerste versie van de monitor konden deelnemende instellingen gegevens aanleveren aan de SFK via een webformulier of een voorgedefinieerde spreadsheet.

De door de NZa aangeleverde gegevens hebben betrekking op de per oktober 2009 afgerekende vergoeding van de netto-inkoopkosten per instelling. De SFK bedankt Edwin Stuivenwold van de NZa voor zijn medewerking aan deze monitor.

Naast deze gegevens zijn referentiegegevens over instellingskenmerken noodzakelijk voor de extrapolatie en presentatie van de gegevens zoals het aantal verpleegdagen en het Wettelijk Budget Aanvaardbare Kosten (WBAK). Deze gegevens zijn afkomstig uit de individuele jaarverslagen van academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale instellingen zoals terug te vinden op de website jaarverslagen zorg van het CIBG (<http://www.jaarverslagenzorg.nl>).

In hoofdstuk 5 is prijsinformatie opgenomen van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen. Het betreft de inkooprijzen uit de G-Standaard van december 2008 zoals vastgelegd door Z-Index. Al deze prijzen worden exclusief BTW weergegeven. Voor het beroep op de beleidsregels gelden de netto inkoopkosten. Deze kunnen gebaseerd zijn op afwijkende prijzen. Indien de WHO een standaarddagdosering (DDD) voor een betreffend geneesmiddel heeft vastgesteld, is de inkoopprijs uit de G-Standaard uitgedrukt in een prijs per DDD. In de andere gevallen wordt een prijs voor een gangbare sterkte en toedieningsvorm weergegeven.

In hoofdstuk 5 wordt bij een deel van de geneesmiddelen getoetst of de gerealiseerde netto-inkoopkosten overeenkomen met de met de kostenprognose van de Commissie farmaceutische Hulp (CFH) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in haar advies over opname van de geneesmiddelen op de beleidsregels. Hierbij moet worden opgemerkt dat de kostenprognose in de adviezen van het CVZ meestal gebaseerd is op de verwachte kosten drie jaar na introductie van het betreffende geneesmiddel.

3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens

3.1. De gerealiseerde respons in aantallen

92 instellingen hebben gegevens aangeleverd voor de monitor over 2008. Bij academische ziekenhuizen is de respons 100% en bij de algemene ziekenhuizen komt deze uit op 88%. De respons ligt hiermee duidelijk boven de doelstelling van 80% zoals gedefinieerd door de begeleidingscommissie.

De respons onder de categorale instellingen ligt op 18%. Dit is niet vreemd aangezien de beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen voor de meeste van deze instellingen niet van toepassing zijn. In 2007 telt Nederland volgens de Zorgatlas van het RIVM 98 categorale instellingen die georganiseerd zijn in 62 organisaties. Het RIVM onderscheidt zes typen ziekenhuizen: Revalidatiecentra (23), Astmacentra/longrevalidatiecentra (5), Epilepsiecentra (2), Dialysecentra (4), Audiologische centra (20) en Radiotherapeutische centra (6) en overige categorale instellingen (4). Van de categorale instellingen deden 20 revalidatiecentra een beroep op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Negen hiervan hebben zich voor de monitor aangemeld. De overige deelnemers worden tot de overige categorale instellingen gerekend. Hierdoor ligt de reële respons onder categorale instellingen rond de 50%.

Respons monitor dure geneesmiddelen

	Aantal instellingen	Aantal deelnemers	In %
Academische ziekenhuizen	8	8	100%
Algemene ziekenhuizen	83	73	88%
Categorale ziekenhuizen	62	11	18%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.2. Extrapolatie

Aangezien de totale respons niet op 100% uitkomt, moeten de gegevens worden geëxtrapolerd om tot een landelijke raming van de kosten van dure geneesmiddelen te komen. Hierbij gaan we uit van een populatieverdeling van ziekenhuizen in de categorieën: academische, algemene en categorale ziekenhuizen.

Alle academische ziekenhuizen hebben gegevens geleverd voor de monitor. Dit betekent dat gegevens van deze ziekenhuizen niet geëxtrapolerd hoeven te worden. Bij de algemene ziekenhuizen ligt de respons op 73 van de 83 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.

In de monitor over 2004 tot en met 2006 is een extrapolatie uitgevoerd op basis van een aantal kenmerken die voor de hele populatie beschikbaar zijn zoals het aantal bedden, het wettelijk budget aanvaardbare kosten, opbrengsten, lasten, aantal opnamen en aantal verpleegdagen. Op basis van de vergelijking bleek dat de grotere algemene ziekenhuizen licht waren oververtegenwoordigd onder de deelnemende instellingen en dat om die reden extrapolatie op basis van een (productie)parameter is aangewezen. De begeleidingscommissie heeft toen de voorkeur uitgesproken voor een extrapolatie op basis van een dynamische productieparameter en niet op basis van een statische parameter. Omdat het aantal verpleegdagen de sterkste correlatie heeft met de uitgaven aan dure geneesmiddelen en de hoogste betrouwbaarheid geeft, is toen gekozen voor een extrapolatie op basis van het aantal verpleegdagen. Ook in de monitor over 2007 en in de voorliggende monitor over 2008 zijn de gegevens van algemene ziekenhuizen geëxtrapoleerd op basis van het aantal verpleegdagen.

De categorale instellingen zijn opgedeeld in revalidatiecentra, astmacentra/long-revalidatiecentra, epilepsiecentra, dialysecentra, audiologische centra en radiotherapeutische centra en overige categorale instellingen. Uitsluitend revalidatiecentra, astmacentra/longrevalidatiecentra en overige categorale instellingen doen een beroep op de beleidsregel dure geneesmiddelen. 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. Voor de astmacentra/longrevalidatiecentra en de overige categorale instellingen hebben vier instellingen gegevens voor de monitor als afzonderlijke instelling aangeleverd. De gegevens van de ontbrekende instellingen zijn vanwege het verschillende karakter van deze instellingen niet opgehoogd en zijn daarmee impliciet op nul gesteld.

3.3. Bruikbaarheid van de geleverde gegevens

De gegevensopvraag is vanwege praktische haalbaarheid van het onderzoek beperkt tot de aan de NZa beschikbaar gestelde gegevens over de netto-inkoopkosten van de dure- en weesgeneesmiddelen. De peildatum van deze gegevens is oktober 2009. 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 de beleidsregel dure geneesmiddelen van de NZa wordt bij een aantal geneesmiddelen een uitsplitsing gemaakt naar verschillende indicaties. Dit geldt voor rituximab, infliximab, trastuzumab, bevacizumab, bortezomib en alemtuzumab. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over de uitsplitsing van de netto-inkoopkosten van deze middelen naar de genoemde indicaties. Voor wat betreft de totale opgave van netto inkoopkosten door instellingen zou alleen op basis van de aan de beleidsregel verbonden toetsingsrapporten en dus door het CVZ getoetste indicaties mogen worden verantwoord. In deze monitor gaat het uitsluitend om die netto-inkoopkosten die ten laste van de betreffende beleidsregels zijn gebracht.

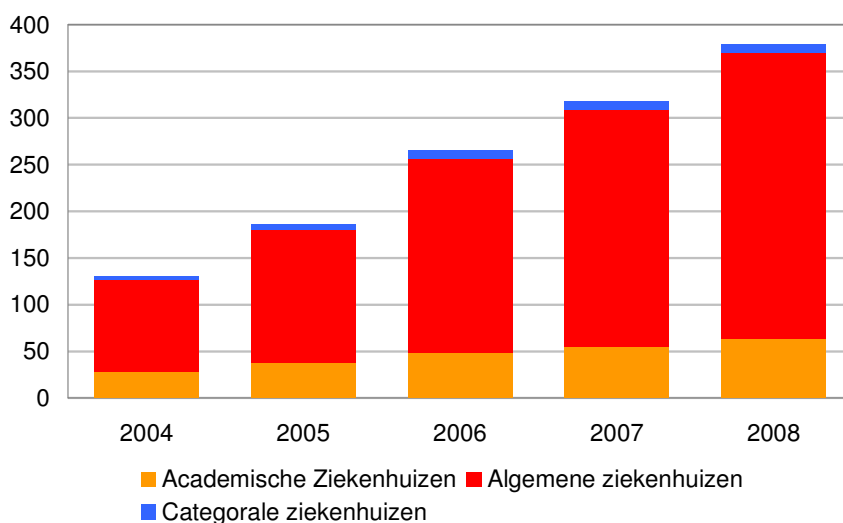
De op basis van een steekproef van de NZa verkregen gegevens zijn geëxtrapoleerd tot een landelijke raming. Ondanks dat er voldoende deelname is voor een representatief beeld kunnen de in deze monitor opgenomen bedragen licht afwijken van de door de NZa vastgelegde totale netto-inkoopkosten. Omdat alleen indicaties van een geneesmiddel waarvoor het is geregistreerd of waarbij het CVZ heeft geoordeeld dat het een algemeen aanvaarde medische indicatie betreft voor vergoeding krachtens de beleidsregel in aanmerking komen, kunnen de totale netto-inkoopkosten van de in van de beleidsregel opgenomen geneesmiddelen in voorkomende gevallen ook lager zijn dan de totale inkoopkosten van deze geneesmiddelen.

4. Kosten dure geneesmiddelen

4.1. Beleidsregel dure geneesmiddelen

De totale kosten van de dure geneesmiddelen in ziekenhuizen kwamen in 2008 uit op een bedrag van € 379,5 miljoen. Dit betreft de netto-inkoopkosten van de in de beleidsregel opgenomen geneesmiddelen voor zover de ziekenhuizen hiervoor een budgettaire compensatie hebben aangevraagd. In 2008 zijn de kosten van dure geneesmiddelen met 19,5% toegenomen. Procentueel gezien is deze toename vrijwel gelijk aan die van 2007, toen de kosten met 19,4% toenamen. In absolute zin namen de kosten wel meer toe. In 2008 bedroeg de kostentoeename € 61,9 miljoen, terwijl deze in het daaraan voorafgaande jaar op € 51,6 uitkwam. In 2008 zijn de kosten van de dure geneesmiddelen bijna drie keer hoger dan in 2004.

Ontwikkeling netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen per deelsector (1 = € 1 mln.)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

	2004	2005	2006	2007	2008
Academische Ziekenhuizen	28,6	37,5	48,3	54,8	63,8
Algemene ziekenhuizen	98	142,5	208,3	254,1	306,9
Categoriale ziekenhuizen	3,5	5,6	9,4	8,7	8,8
Totaal	130,1	185,6	266,0	317,6	379,5

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Het aandeel van algemene ziekenhuizen in de totale kosten is gestegen van 75% in 2004 tot 81% in 2008. Het kostenaandeel van de academische ziekenhuizen bedroeg 17% en dat van de categorale ziekenhuizen kwam uit op 2%. De kosten van de dure geneesmiddelen namen bij algemene ziekenhuizen evenals in voorgaande jaren sterker toe dan bij academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen, alhoewel het verschil minder groot is dan in andere jaren. In 2008 namen de netto inkoopkosten bij algemene ziekenhuizen met 21% toe en bij academische ziekenhuizen met 16%. In 2007 bedroegen deze percentages 22% respectievelijk 13%. De gemiddelde netto inkoopkosten van dure geneesmiddelen bedroegen per algemeen ziekenhuis € 3,7 miljoen, voor academische ziekenhuizen was dat € 8,0 miljoen.

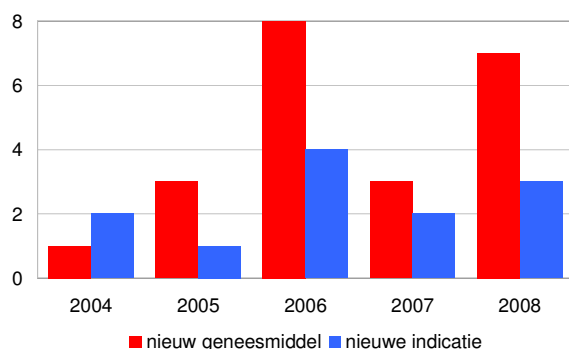
Mutatie netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen ten opzichte van voorgaand jaar

	2005	2006	2007	2008
Academische Ziekenhuizen	31%	29%	13%	16%
Algemene ziekenhuizen	45%	46%	22%	21%
Categorale ziekenhuizen	60%	68%	-7%	1%
Totaal	43%	43%	19%	19%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Een deel van de kostenstijging ten laste van de beleidsregels kan worden verklaard, doordat er steeds meer geneesmiddelen in de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen (zie bijlage 2). In 2002 waren er 11 geneesmiddelen op de lijst opgenomen. Eind 2008 waren dat er 33. Een groot deel hiervan staat relatief kort op de lijst. Vanaf 2006 zijn er namelijk 18 geneesmiddelen aan de beleidsregel dure geneesmiddelen toegevoegd. Naast de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen, is de lijst met dure geneesmiddelen in de loop van de tijd uitgebreid met 14 nieuwe (sub)indicaties.

Aantal nieuwe geneesmiddelen en nieuwe indicaties op de beleidsregel dure geneesmiddelen vanaf 2002



De kosten van geneesmiddelen die al vanaf 2002 in de beleidsregel zijn opgenomen waren in 2008 ruim twee keer zo hoog als in 2004. Samen namen deze vanaf 2002 opgenomen geneesmiddelen in 2008 drie kwart van de totale kosten van alle geneesmiddelen op beleidsregel dure geneesmiddelen voor hun rekening. Doordat de kosten van deze middelen in 2008 met een stijgingspercentage van 6% minder dan gemiddeld toenamen, lag dit aandeel aanzienlijk lager dan in de daaraan voorafgaande jaren. Zo bedroeg het

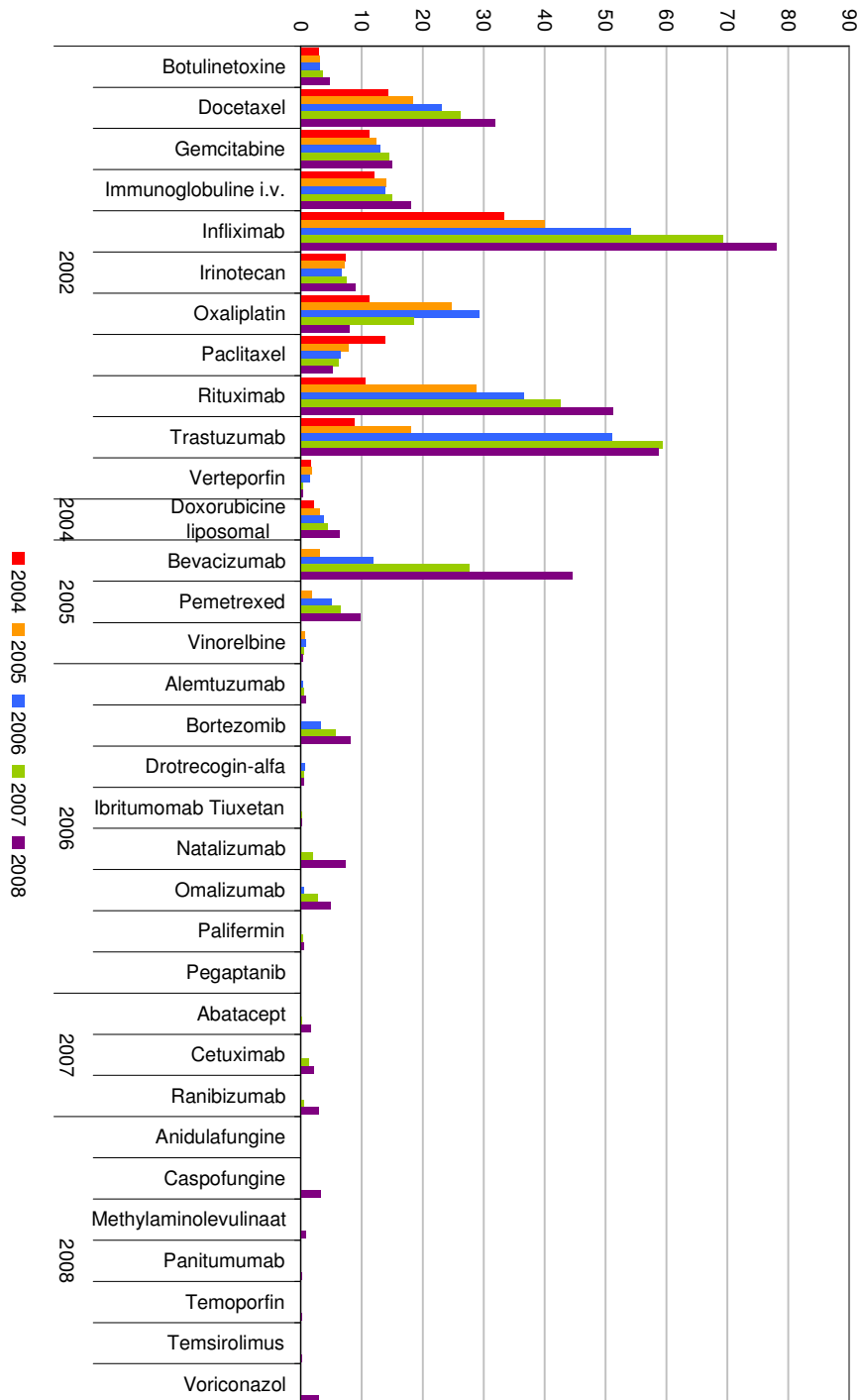
aandeel van de in 2002 opgenomen en middelen in 2007 nog 83%. Vooral de in 2005 en 2006 in de beleidsregel opgenomen middelen maakten in 2008 een relatief sterke kostenstijging door. Dit heeft waarschijnlijk deels te maken met de uitbreiding van het indicatiegebied van deze geneesmiddelen.

Netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen per jaar van opname van het betreffende geneesmiddel in de beleidsregel (1 = 1 € mln.)

	2004	2005	2006	2007	2008
2002	128,0	176,7	239,3	263,6	280,7
2003	-	-	-	-	-
2004	2,1	3,2	3,7	4,5	6,5
2005	-	5,7	17,9	35,0	54,8
2006	-	-	5,1	12,4	22,7
2007	-	-	-	2,1	6,8
2008	-	-	-	-	7,9

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

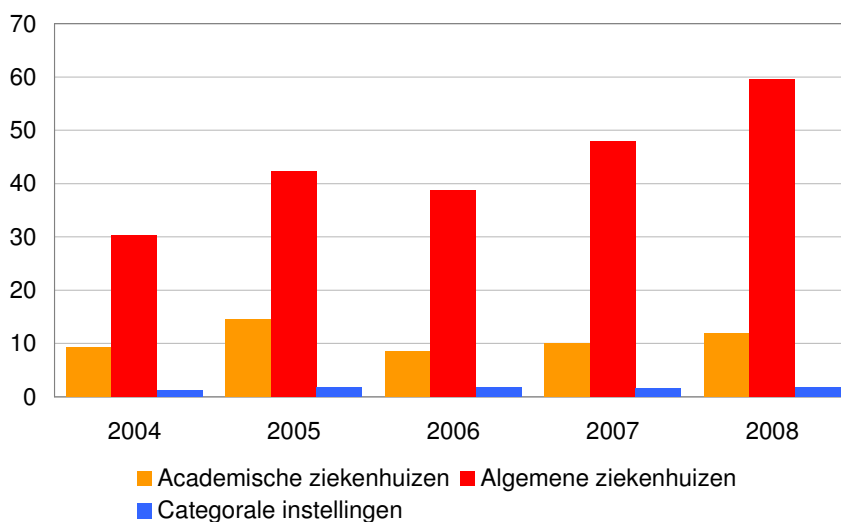
Netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen naar jaar van opname in de beleidsregel



4.2. Kosten uit reguliere budget

De kosten die ziekenhuizen in 2008 uit hun reguliere budget moesten dekken, bedroegen € 73,3 miljoen. Dit is € 13,6 miljoen meer dan in 2007. Daarmee is 2008 het jaar met de hoogste budgettaire lastendruk sinds de invoering van de beleidsregel. Met de introductie van een vast vergoedingspercentage in 2006 daalde de budgettaire lastendruk aanvankelijk, maar in 2007 lag deze met € 59,7 miljoen net boven het niveau van 2005. Vanwege het vaste vergoedingspercentage in de beleidsregel komt de toename van de lastendruk nagenoeg overeen met de stijging van de netto-inkoopkosten bij dure geneesmiddelen.

Ontwikkeling kosten uit reguliere budget instellingen, 2004-2008 (1 = € 1 mln.)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Met ingang van 2006 wordt op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen 80% van de netto-inkoopkosten budgettair gecompenseerd en moeten ziekenhuizen dus voor maximaal 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% vergoed. Hierdoor ligt het feitelijke vergoedingspercentage in werkelijkheid iets hoger dan 80%. Daarmee is het percentage van de kosten die ziekenhuizen vanuit het reguliere budget moeten dekken, iets lager dan 20%.

Overzicht kosten en budgetcompensatie* dure geneesmiddelen 2004-2008 (1 = € 1 mln)

	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Academische ziekenhuizen</i>					
Netto inkoopkosten	28,6	37,5	48,3	54,8	63,8
Budgetcompensatie NZa	19,3	22,9	39,7	44,7	51,9
Uit reguliere budget	9,3	14,6	8,6	10,1	11,9
<i>Algemene ziekenhuizen</i>					
Netto inkoopkosten	98,0	142,5	208,3	254,1	306,9
Budgetcompensatie NZa	67,8	100,3	169,5	206,2	247,3
Uit reguliere budget	30,2	42,2	38,8	47,9	59,6
<i>Categorale instellingen</i>					
Netto inkoopkosten	3,5	5,6	9,4	8,6	8,8
Budgetcompensatie NZa	2,3	3,8	7,5	6,9	7,0
Uit reguliere budget	1,2	1,8	1,9	1,7	1,8
<i>Totaal alle instellingen</i>					
Netto inkoopkosten	130,1	185,6	266,0	317,5	379,5
Budgetcompensatie NZa	89,4	127,0	216,7	257,8	306,2
Uit reguliere budget	40,7	58,6	49,3	59,7	73,3

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

Gemiddelde vergoedingspercentages* dure geneesmiddelen 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Academische ziekenhuizen	67,5%	61,1%	82,2%	81,6%	81,4%
Algemene ziekenhuizen	69,2%	70,4%	81,4%	81,1%	80,6%
Categorale instellingen	65,7%	67,9%	80,2%	80,2%	80,0%
Totaal alle instellingen	68,7%	68,4%	81,5%	81,2%	80,7%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

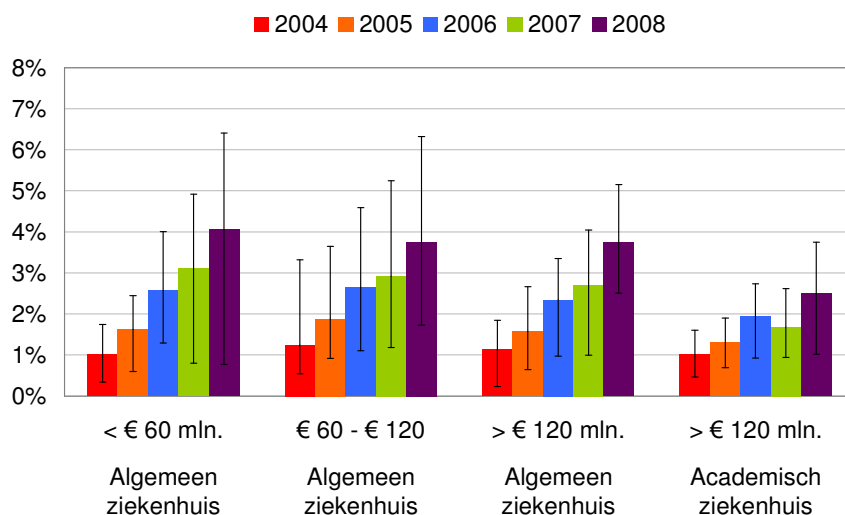
*) inclusief behandelingen met infliximab die voor 100% zijn vergoed

4.3. Budgetaandeel

Alhoewel de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen sterk samenhangen met de hoogte van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten, kan het budgetaandeel van de geneesmiddelen uitgaven tussen het ene en het andere ziekenhuis sterk verschillen. In 2008 liep dit budgetaandeel bij academische ziekenhuizen uiteen tussen de 1,0% en de 3,8%, terwijl deze percentages bij algemene ziekenhuizen op 0,8% respectievelijk 6,4% uitkwamen. Zowel het ziekenhuis met het laagste als het ziekenhuis met het hoogste budgetaandeel betreft een algemeen ziekenhuis in de budgetklasse tot € 60 miljoen.

De afbouw van het wettelijk budget voor aanvaardbare kosten ten gunste van de uitbreiding van het B-segment en de directe financiering vanaf 2008 van de academische component vanuit het Zorgverzekeringsfonds bij de academische ziekenhuizen zorgen voor een vertekend beeld bij het vergelijken in de tijd.

De kosten dure geneesmiddelen in procenten van het wettelijk budget aanvaardbare kosten per budgetklasse



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.4. Kostendrempel

Om voor opname in de beleidsregel dure geneesmiddelen in aanmerking te komen, moesten de verwachte kosten aanvankelijk gelijk of hoger zijn dan 0,5% van de totale geneesmiddelenkosten van ziekenhuizen. In de praktijk hanteert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een kostendrempel van 2,5 miljoen euro. In 2008 haalden 14 van de 33 geneesmiddelen die op de beleidsregel dure geneesmiddelen waren opgenomen, deze drempel niet. Hierbij moet worden opgemerkt dat de kostenprognose in de adviezen van het CVZ meestal gebaseerd is op de verwachte kosten drie jaar na introductie van het betreffende geneesmiddel. De helft van de middelen met een lagere omzet dan de kostendrempel staat korter dan drie jaar op de beleidsregel opgenomen. Van de middelen

die drie jaar of langer op de beleidsregel staan, waren de netto-inkoopkosten van alemtuzumab, palifermin, drotrecogin alfa, vinorelbine, verteporfin, panitumumab en pegaptanib in 2008 lager dan de kostendrempel van 2,5 miljoen.

4.5. Spreiding dure geneesmiddelen

Voor alle dure geneesmiddelen geldt dat een kwart van de netto-inkoopkosten binnen 10 van de 81 ziekenhuizen in de steekproef wordt gerealiseerd. 25 ziekenhuizen zijn samen verantwoordelijk voor de helft van de kosten en 45 ziekenhuizen dragen drie kwart van de kosten. Op het oog lijkt hier sprake van een scheve verdeling, maar deze scheefheid kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan de omvang van een ziekenhuis. Zo zijn ook 25 ziekenhuizen verantwoordelijk voor de helft van het totaal aantal verpleegdagen. Dit zijn overigens niet perse dezelfde ziekenhuizen.

Er zijn grote verschillen in spreiding tussen de verschillende geneesmiddelen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Van de 33 geneesmiddelen die op de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen zijn er slechts 12 geneesmiddelen die in min of meerdere mate bij vrijwel alle deelnemende academische en algemene ziekenhuizen worden ingezet. Dit zijn infliximab, trastuzumab, rituximab, bevacizumab, docetaxel, immunoglobuline, gemcitabine, pemetrexed, irinotecan, oxaliplatin, paclitaxel en vinorelbine. Caspofungine, cetuximab, abatacept, alemtuzumab en drotrecogin alfa worden bij ongeveer de helft van de ziekenhuizen ingezet. In het algemeen geldt dat de middelen die het langst op de beleidsregel dure geneesmiddelen staan ook bij de meeste ziekenhuizen worden toegepast en ook de kosten gelijkmatiger zijn verdeeld.

Aantal algemene en academische ziekenhuizen in de steekproef naar kostenaandeel, 2008

	Kostenaandeel			
	25%	50%	75%	100%
Infliximab	7	18	38	80
Trastuzumab	11	27	46	81
Rituximab	9	23	42	81
Bevacizumab	10	24	44	80
Docetaxel	8	21	42	81
Immunoglobuline	5	17	38	81
Gemcitabine	10	24	44	80
Pemetrexed	4	15	38	80
Irinotecan	8	23	43	81
Bortezomib	5	15	31	73
Oxaliplatin	9	26	47	81
Natalizumab	2	6	15	72
Doxorubicine	3	16	39	78
Paclitaxel	9	23	41	81
Omalizumab	4	11	24	77
Botulinetoxine	3	8	16	51
Caspofungine	2	4	8	41
Ranibizumab	3	6	14	68
Voriconazol	2	6	18	74
Cetuximab	4	9	17	37
Abatacept	3	9	20	41
Methylaminolevulinaat	2	6	17	73
Alemtuzumab	1	2	5	40
Palifermin	-	1	2	4
Drotrecogin alfa	2	3	9	40
Vinorelbine	4	16	39	80
Verteporfin	1	2	3	8
Temsirolimus	2	3	8	64
Panitumumab	1	2	4	66
Ibritumomab Tiuxetan	-	-	1	3
Temoporfin	-	1	2	2
Anidulafungine	-	-	1	2
Pegaptanib	-	-	-	-
Totaal dure geneesmiddelen	10	25	45	81

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5. Individuele dure geneesmiddelen

Drie geneesmiddelen namen in 2008 meer dan de helft van de totale kosten van dure geneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (Remicade) met € 78,1 miljoen, trastuzumab (Herceptin) met € 58,8 miljoen en rituximab (Mabthera) met € 51,2 miljoen. Alle drie de geneesmiddelen horen tot de groep immunomodulantia en staan vanaf 2002 op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Aan alle drie de geneesmiddelen zijn in de loop van de tijd nieuwe indicaties toegevoegd. Net als in 2007 is ook bevacizumab (Avastin) het geneesmiddel op de regeling dure geneesmiddelen met de sterkste uitgaventoename. De uitgaven aan dit middel namen in 2008 met € 16,9 miljoen toe tot € 44,6 miljoen. Ook dit geneesmiddel wordt gerekend tot de immunomodulantia en is vanaf 2005 op de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. In deze periode zijn er voor bevacizumab drie nieuwe indicaties aan de beleidsregel toegevoegd.

De in dit hoofdstuk vermelde prijzen zijn afkomstig uit de G-Standaard van december 2008 zoals vastgelegd door Z-Index. Indien de WHO een standaarddagdosering (DDD) voor een betreffend geneesmiddel heeft vastgesteld, is de inkoopprijs uit de G-Standaard uitgedrukt in een prijs per DDD. In de andere gevallen wordt een prijs voor een gangbare sterkte en toedieningsvorm weergegeven. Voor het beroep op de beleidsregels gelden de netto inkoopkosten. Deze kunnen gebaseerd zijn op afwijkende prijzen.

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 2008 uit op € 249,8 miljoen. Dit is een toename van € 43,7 miljoen ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze groep geneesmiddelen levert daarmee een aanzienlijk bijdrage aan de gehele kostenstijging binnen de dure geneesmiddelen.

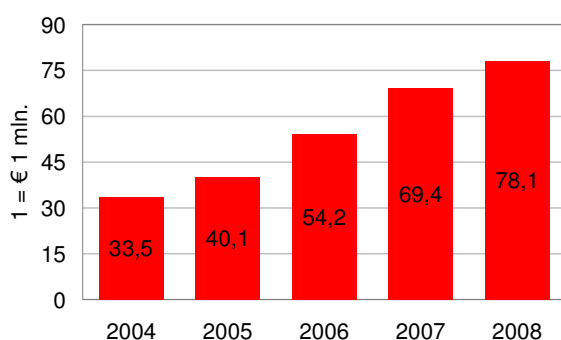
5.1.1. Infliximab

Infliximab (Remicade) onderdrukt afweerreacties van het lichaam. Het behoort tot de groep van TNF-alfaremmers. 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% vergoed. Voor de overige behandelingen geldt een budgetcompensatie van 80%. 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 dan toe werd dit middel vanwege de toedieningsvorm en de mogelijke ernstige infusie gerelateerde bijwerkingen uitsluitend klinisch toegepast. Een flacon van 100 mg poeder als concentraat voor infusieoplossing heeft in de G-Standaard van Z-Index een

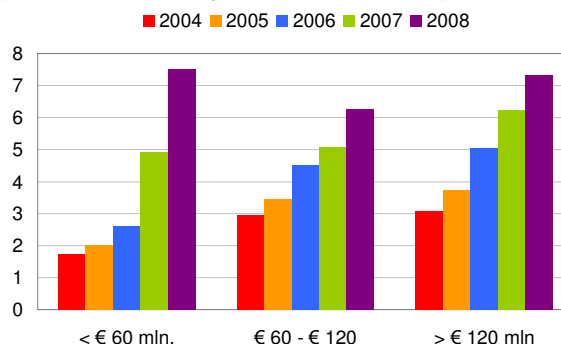
inkoopprijs van € 622,-. Per standaarddagdosering (3,755 mg per dag) komt dat neer op een bedrag van € 23,-. Deze prijs is de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven.

In 2008 bedroegen de kosten van dit geneesmiddel ten laste van de beleidsregel € 78,1 miljoen. Daarmee is infliximab voor het vijfde achtereenvolgende jaar het geneesmiddel op de beleidsregels met de hoogste uitgaven. In 2008 namen de uitgaven aan infliximab met € 8,7 miljoen toe. Dit aanzienlijk minder dan in 2007 en 2006, toen de uitgaven voor infliximab met ongeveer € 15 miljoen toenamen.

Uitgaven infliximab, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

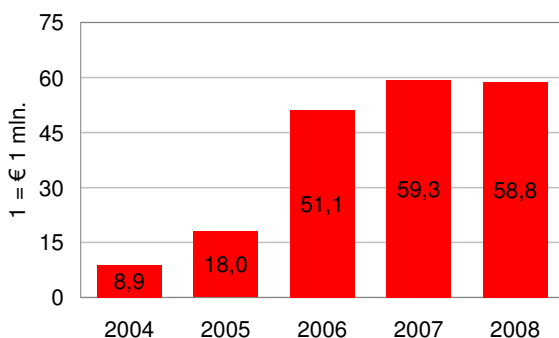
Extramuraal

Voor de vergoeding buiten het ziekenhuis is infliximab per 1 juni 2007 opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het extramurale gebruik van infliximab bleef in 2008 echter beperkt tot minder dan 100 verstrekkingen. Infliximab is voor gebruik buiten het ziekenhuis geclusterd met etanercept (Enbrel) en adalimumab (Humira). Deze middelen hadden in 2008 buiten het ziekenhuis een omzet van € 110 miljoen respectievelijk € 108 miljoen. Daarmee stonden deze twee geneesmiddelen hoog in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgaven en voerden ze bovendien de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging aan. Ten opzichte van 2007 namen de kosten van etanercept met € 31 miljoen toe en die van adalimumab met € 36 miljoen.

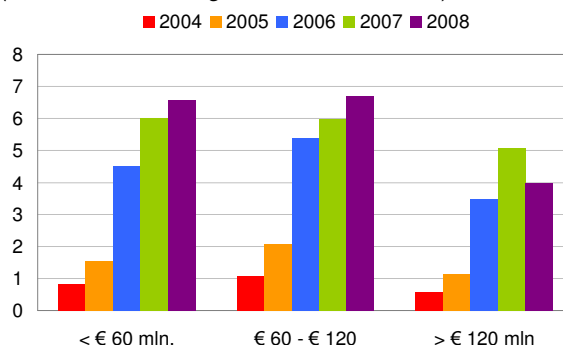
5.1.2. Trastuzumab

Trastuzumab (Herceptin) is een monoclonaal antilichaam dat vanaf 1 januari 2002 in de beleidsregel dure geneesmiddelen is opgenomen voor patiënten met gemetastaseerde borstkanker. Vanaf 1 januari 2006 is de indicatie niet-gemetastaseerde borstkanker aan de beleidsregel toegevoegd. In dat jaar stegen de uitgaven aan trastuzumab van € 18,0 miljoen tot € 51,1 miljoen en was trastuzumab het geneesmiddel met de sterkste uitgaventoename. In 2008 daalden de uitgaven aan trastuzumab met € 0,6 miljoen tot € 58,8 miljoen. Een flacon met 150 mg infusiepoeder kost € 673,-.

Uitgaven trastuzumab, alle instellingen, 2004-2008



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



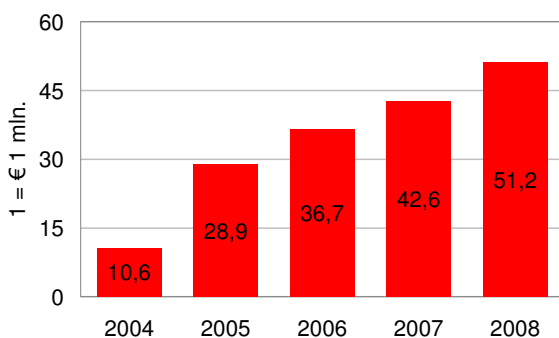
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.3. Rituximab

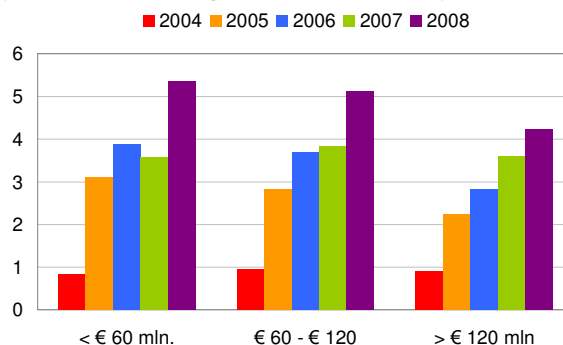
Rituximab (Mabthera®) is een monoklonaal antilichaam dat wordt gebruikt bij de behandeling van B-cel-non-Hodgkinlymfoom, B-celleukemie en reumatoïde artritis. Per 1 januari 2002 is rituximab opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen voor de twee eerstgenoemde indicaties. Per 1 januari 2006 is daar de indicatie reumatoïde artritis aan toegevoegd. De uitgaven aan rituximab toe van € 42,6 in 2007 tot € 51,2 in 2008.

Een flacon van 500 mg als concentraat voor infusieoplossing kost € 1.422,-. Uitgaande van een dosering van 375 milligram per m² lichaamsoppervlak bij de indicatie non-Hodgkinlymfoom bedragen de kosten van één behandeling gemiddeld € 1.813,-. De dosering bij de behandeling van reuma is 1000 milligram, na 2 weken wordt deze dosering nog een keer herhaald. Gebruik buiten het ziekenhuis wordt niet vergoed.

Uitgaven rituximab, alle instellingen, 2004-2008



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



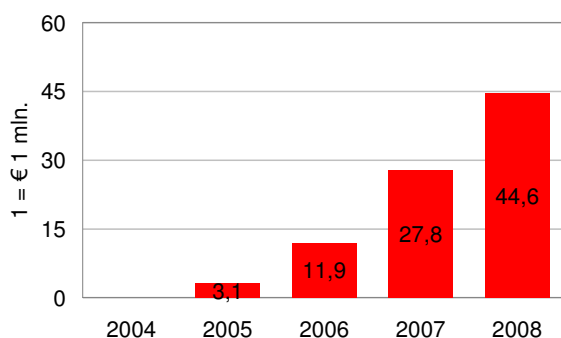
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.4. Bevacizumab

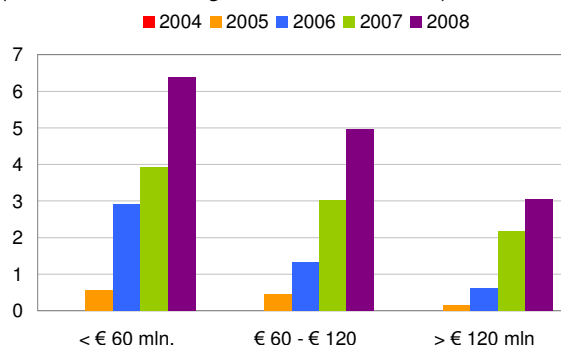
Bevacizumab (Avastin) werd in 2005 geregistreerd voor de behandeling van gemetastaseerde colorectalkanker en is vanaf 1 januari 2005 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. In april 2007 mag dit middel bij de behandeling van gemetastaseerde borstkanker ook ten laste van de beleidsregel worden gebracht. In september 2007 werd wederom een indicatie aan de beleidsregel toegevoegd, namelijk de behandeling van vergevorderde longkanker. Per 1 januari is opnieuw een indicatie toegevoegd en mag bevacizumab ook bij gemetastaseerde nierkanker ten laste van de beleidsregel worden gebracht. Mogelijk als gevolg van de uitbreiding van de indicaties zijn de uitgaven sterk gestegen. Binnen de beleidsregel dure geneesmiddelen is bevacizumab het geneesmiddel met de sterkste uitgavenstijging in absolute zin. De uitgaven namen in 2008 met € 16,9 miljoen toe tot € 44,6 miljoen.

Een flacon van 400 mg poeder als concentraat voor infusieoplossing kost € 1.350,-. Sinds de opname op de beleidsregel is deze prijs licht gedaald. Buiten het ziekenhuis wordt bevacizumab niet vergoed.

Uitgaven bevacizumab, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

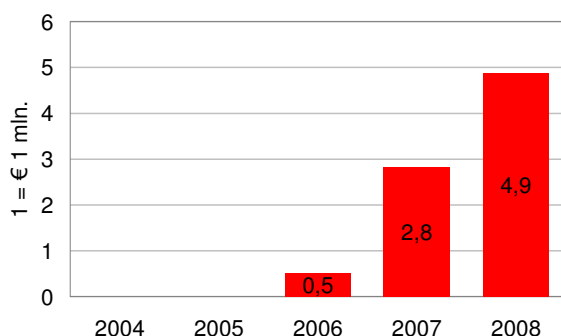
5.1.5. Natalizumab

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- β . In 2006 bedroegen de uitgaven aan natalizumab net iets meer dan € 0,1 miljoen en inmiddels zijn deze in 2008 opgelopen tot een bedrag van € 7,4 miljoen. Ten tijde van de opname in de beleidsregel verwachte het CVZ dat de kosten op 11,9 miljoen per jaar zouden uitkomen.

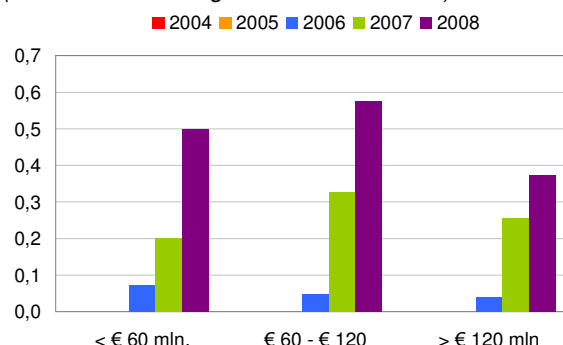
5.1.6. Omalizumab

Omalizumab (Xolair) wordt ingezet bij de behandeling van ernstig allergisch astma. Per 1 januari 2006 is het middel toegevoegd aan de beleidsregel dure geneesmiddelen. In het eerste jaar dat omalizumab in de beleidsregel dure geneesmiddelen was opgenomen kwam de omzet uit op € 0,5 miljoen. De omzet van omalizumab nam in het derde jaar toe tot € 4,9 miljoen. Dit bedrag ligt nog ver onder de prognose van het CVZ, die de kosten schatte op 11,6 tot 16,1 miljoen euro. Een flacon met 150 milligram omalizumab en oplosmiddel voor injectie heeft in de G-Standaard een inkoopprijs van € 407,-. Per standaarddagdosering van 16 mg bedragen de geneesmiddelenkosten € 43,-. Buiten het ziekenhuis wordt omalizumab niet vergoed.

Uitgaven omalizumab, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.7. Cetuximab

Cetuximab (Erbix) is een monoklonaal antilichaam dat wordt toegepast bij bepaalde vormen van darmkanker of bij plaveiselcelcarcinoom van het hoofd-halsgebied. Voor deze laatste indicatie is cetuximab per 1 januari 2007 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. De uitgaven aan cetuximab bedroegen in 2008 € 2,1 miljoen.

5.1.8. Abatacept

Abatacept (Orencia) is per 1 januari 2007 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en wordt ingezet voor de behandeling van volwassenen met ernstige reumatoïde artritis. De uitgaven aan alemtuzumab bedroegen € 1,7 miljoen.

5.1.9. 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 kwamen zowel in 2006 als in 2007 uit op een bedrag van € 0,5 miljoen. In 2008 nam dit bedrag toe tot € 0,9 miljoen, maar hiermee blijft alemtuzumab nog steeds ruim ver onder de door het CVZ geprognosticeerde kosten van circa € 5,3 miljoen euro per jaar.

5.2. Cytostatica

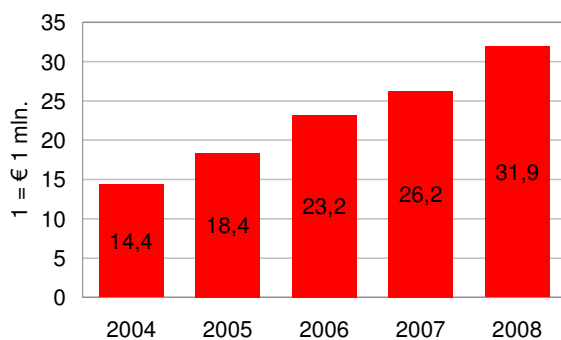
Cytostatica worden gebruikt bij de behandeling van kanker. Een cytostaticum beoogt de deling van cellen te stoppen. De werking berust over het algemeen op het ingrijpen op de chemische reacties in de cel die nodig zijn voor de celdeling. Hierbij worden vooral snelgroeiende cellen beschadigd. In 2008 bedroegen de uitgaven voor de cytostatica die in de beleidsregels opgenomen zijn € 94,3 miljoen. Deze uitgaven zijn net iets hoger dan in 2007 toen de uitgaven aan cytostatica binnen de beleidsregel dure geneesmiddelen op € 90,4 uitkwamen. Docetaxel en gemcitabine zijn de cytostatica met de hoogste uitgaven.

5.2.1. Docetaxel

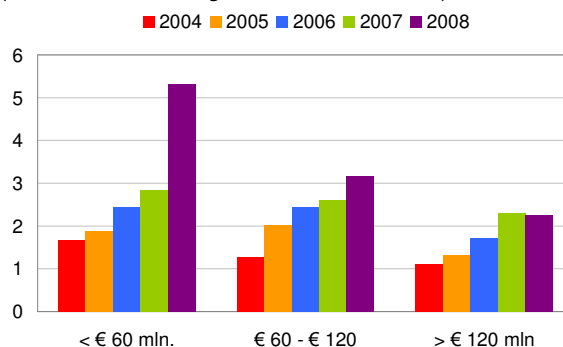
Docetaxel (Taxotere) hoort samen met het eveneens in de beleidsregel opgenomen paclitaxel tot de taxanen. Het wordt ingezet bij de behandeling van borstkanker en bij niet-kleincellig longkanker, prostaatkanker, maagdarmkanker of hoofdhalskanker. Docetaxel als concentraat voor infusievloeistof van 40 milligram per milliliter heeft in een flacon van 6 milliliter een inkoopprijs van € 738,-. Docetaxel is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt docetaxel niet vergoed.

In 2008 kwamen de kosten van docetaxel die ten laste van de beleidsregel werden gebracht uit op een bedrag van € 31,9 miljoen. De kosten zijn in een periode van vijf jaar vrij gelijkmatig gestegen. Sinds 2004 namen de uitgaven met gemiddeld € 4 miljoen per jaar toe.

Uitgaven docetaxel, alle instellingen, 2004-2008



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



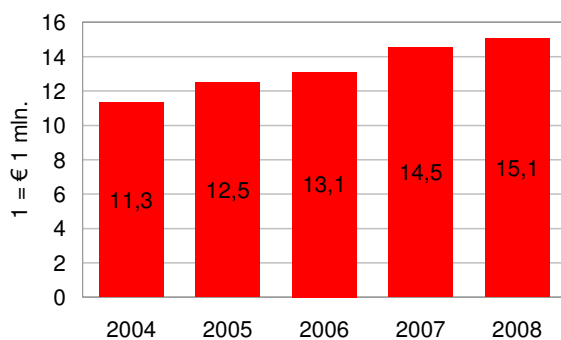
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.2.2. Gemcitabine

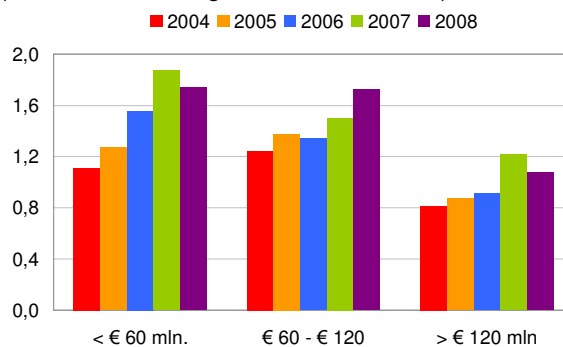
Gemcitabine (Gemzar®) wordt onder meer ingezet bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker, alvleesklierkanker, blaaskanker of borstkanker. Gemcitabine als concentraat voor infusievloeistof van 200 milligram per flacon kost € 47,-. Een flacon van 1000 milligram kost € 204,-. Gemcitabine is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt gemcitabine niet vergoed.

Bij gemcitabine is er sprake van een relatief gelijkmatige groei van de uitgaven. In 2008 kwamen de uitgaven aan gemcitabine ten laste van de beleidsregel uit op een bedrag van € 15,1 miljoen. Vanaf medio 2009 zijn er generieke varianten van gemcitabine beschikbaar. Deze varianten zijn aanzienlijk lager geprijsd waardoor voor 2009 een daling van de kosten mag worden verwacht.

Kosten gemcitabine, alle instellingen, 2004-2008



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

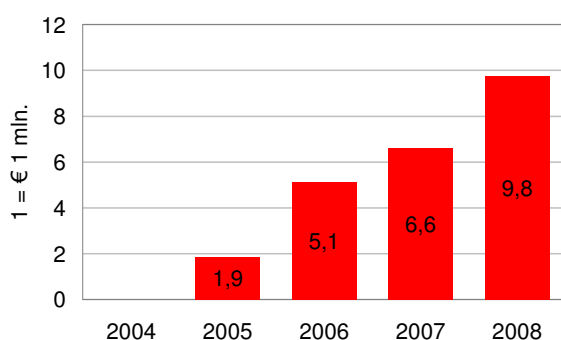


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

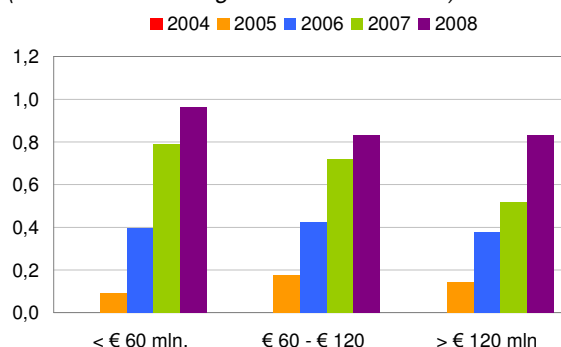
5.2.3. Pemetrexed

Pemetrexed (Alimta) wordt toegepast bij borstvlieskanker. Het middel is sinds 1 januari 2005 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. In 2008 namen de aan dit middel toe tot € 9,8 miljoen. Een flacon pemetrexed van 500mg kost € 1.733.

Uitgaven pemetrexed, alle instellingen, 2004-2008



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

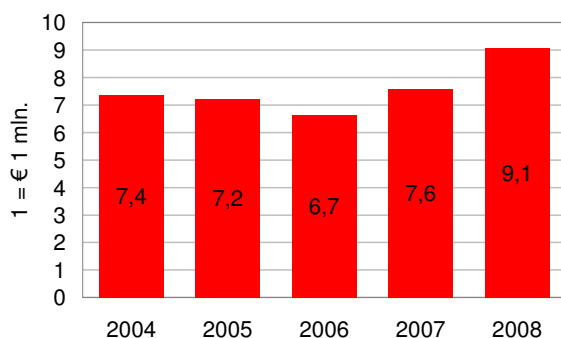


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

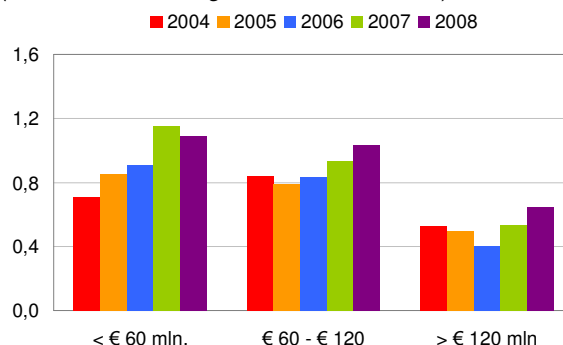
5.2.4. Irinotecan

Irinotecan (Campto) 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 100 milligram een apothekinkoopprijs van € 211,-. Irinotecan is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. In 2008 namen de uitgaven aan irinotecan ten laste van de beleidsregel toe tot € 9,1 miljoen. In 2009 zijn er generieke varianten van irinotecan beschikbaar, waardoor voor 2009 een daling van de kosten mag worden verwacht. Buiten het ziekenhuis wordt irinotecan niet vergoed.

Uitgaven irinotecan , alle instellingen, 2004-2008



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

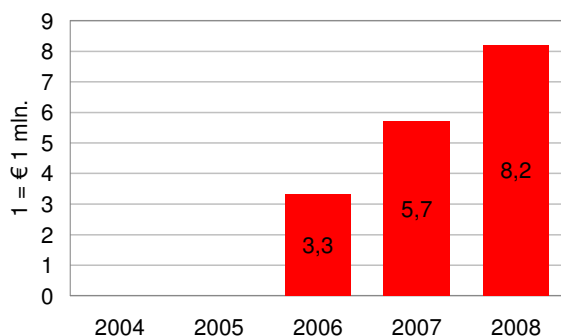


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

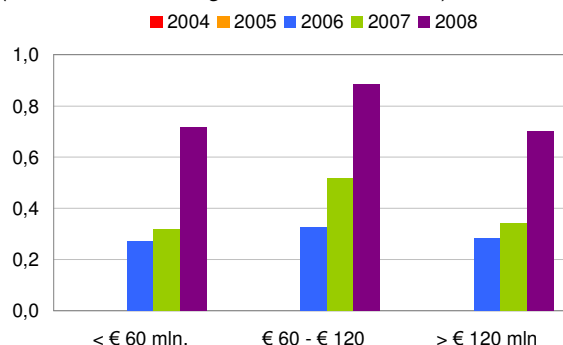
5.2.5. Bortezomib

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 in de G-Standaard een apotheekinkoopprijs van € 1.143,-. Bortezomib is vanaf 1 januari 2006 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen en wordt buiten het ziekenhuis niet vergoed. De uitgaven aan bortezomib namen toe van € 3,3 miljoen in 2006 tot € 8,2 miljoen in 2008.

Uitgaven bortezomib, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

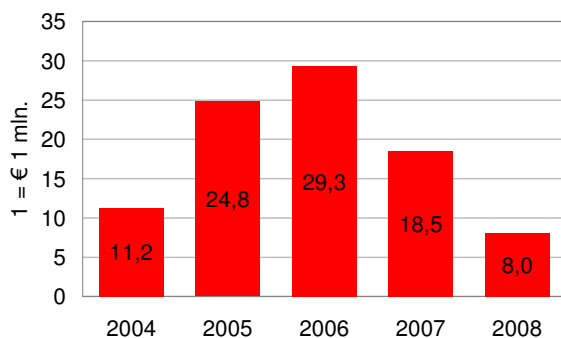
Extramuraal

Voor de vergoeding buiten het ziekenhuis is infliximab per 1 november 2008 onder aanvullende voorwaarden opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Gebruik buiten het ziekenhuis wordt uitsluitend vergoed voor verzekerden die lijden aan een progressief multipel myeloom en die minstens een eerdere specifieke farmaceutische of geneeskundige behandeling voor deze ziekte hebben gehad. In 2008 heeft de SFK geen extramuraal gebruik geregistreerd.

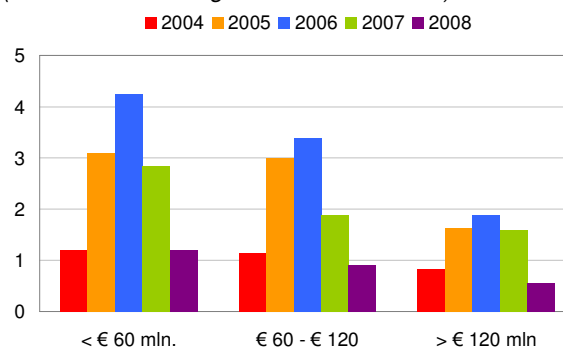
5.2.6. Oxaliplatin

Oxaliplatin is een platinaverbinding waarvan vanaf februari 2007 generieke varianten beschikbaar zijn. Voor die tijd werd het onder de merknaam Eloxatin in de handel gebracht. Artsen schrijven oxaliplatin voor bij bepaalde vormen van darmkanker. Oxaliplatin is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt oxaliplatin niet vergoed. In 2007 waren de uitgaven aan oxaliplatin met € 18,5 miljoen ruim € 10 miljoen lager dan in het jaar daarvoor. In 2008 daalde de uitgaven verder tot € 8 miljoen waarmee onder het niveau liggen van 2004. Het is zeer waarschijnlijk dat het patentverloop een belangrijke oorzaak is van deze lagere uitgaven.

Uitgaven oxaliplatin, alle instellingen, 2004-2008



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



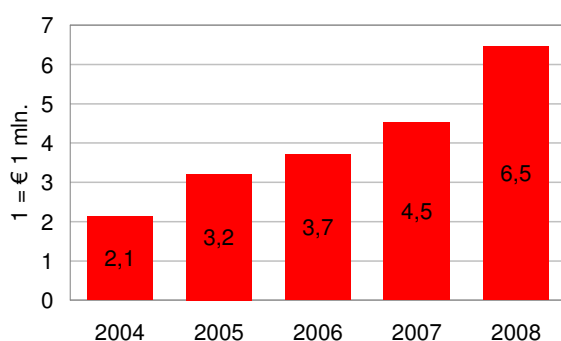
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.2.7. Doxorubicine

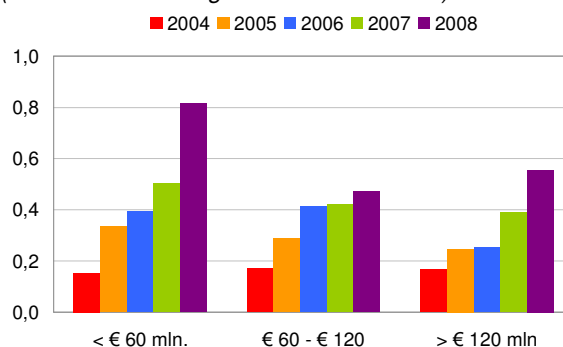
Doxorubicine kan worden toegediend als standaard doxorubicine, als doxorubicine in niet-gepegyleerde liposomen (Myocet) en als doxorubicine in gepegyleerde liposomen (Caelyx). Deze laatste vorm wordt toegepast als chemotherapie bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker en een verhoogd risico op hartproblemen. 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 worden 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. Caelyx en Myocet zijn per 1 januari 2004 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. De uitgaven namen toe van 4,5 miljoen in 2007 tot 6,5 miljoen in 2008.

Uitgaven doxorubicine liposomaal, alle instellingen, 2004-2008



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

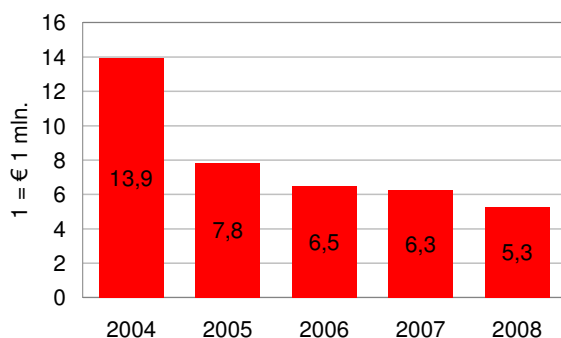


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.2.8. Paclitaxel

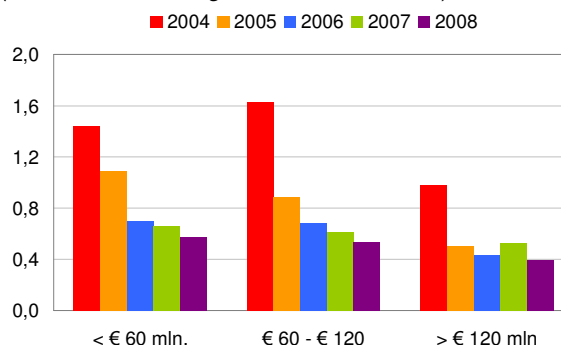
Paclitaxel (Taxol) was het eerste dure geneesmiddel waarvoor al in 1995 een bijzondere financiële regeling werd getroffen. Het wordt onder andere toegepast bij gemetastaseerde borstkanker, eierstokkanker en niet-kleincellige longkanker. Het geneesmiddel is sinds 1 januari 2002 opgenomen op de beleidsregel 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 kende tot medio 2007 een apotheekinkoopprijs van bijna € 1.800,-. Daarna daalde deze apotheekinkoopprijs in de G-Standaard bij de meeste leveranciers tot ongeveer € 1.313,- in december 2008. Eén leverancier heeft dit geneesmiddel tegen een aanzienlijk lagere inkoopprijs van € 240,- in de G-Standaard opgenomen. De uitgaven aan paclitaxel daalden van € 13,9 miljoen in 2004 tot € 5,3 miljoen in 2008. Het is zeer waarschijnlijk dat het patentverloop een belangrijke oorzaak is van deze lagere uitgaven.

Uitgaven paclitaxel, alle instellingen, 2004-2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

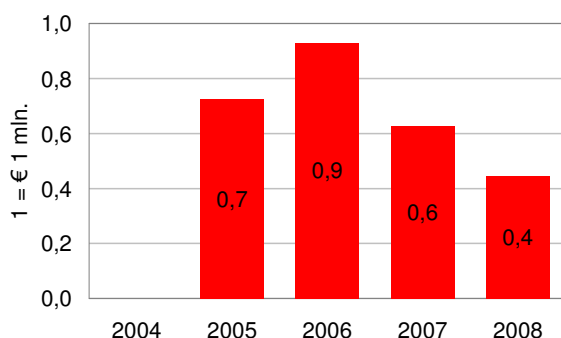
Uitgaven paclitaxel in promille van budget aanvaardbare kosten per budgetklasse (academische en algemene ziekenhuizen)



5.2.9. Vinorelbine

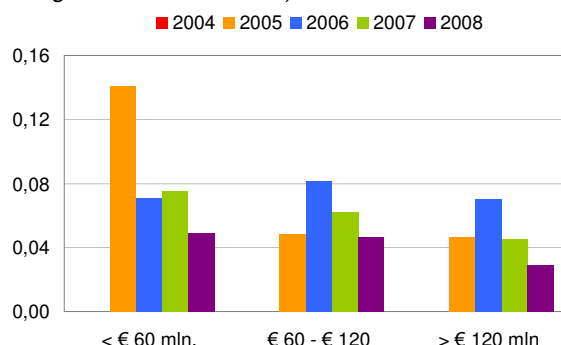
Vinorelbine (Navelbine/Navirel) wordt gebruikt voor de behandeling van uitgezaaide borst- of longkanker. Het is per 1 juli 2005 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. Buiten het ziekenhuis wordt vinorelbine niet vergoed. Een flacon van 5 ml met 50 milligram Navelbine of Navirel kost € 94,- respectievelijk € 143,-. De gebruikelijke dosering is één flacon van 50 milliliter per toediening. De uitgaven aan vinorelbine ten laste van de beleidsregel namen in 2007 af tot € 0,4 miljoen. Inmiddels zijn ook generieke varianten van vinorelbine beschikbaar.

Uitgaven vinorelbine, alle instellingen, 2004-2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

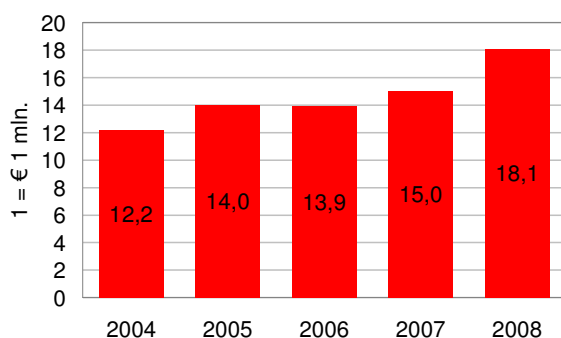


5.3. Immunoglobulinen

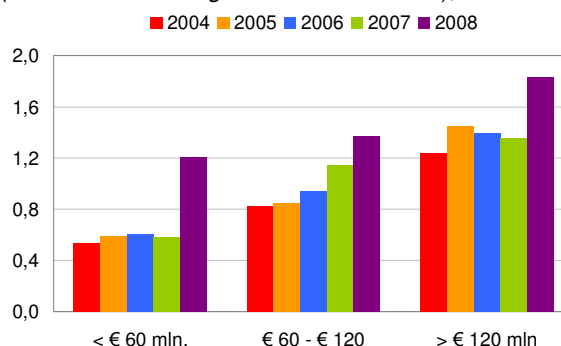
5.3.1. Immunoglobuline i.v.

Intraveneuze toediening van immunoglobuline 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 namen in 2008 toe tot € 18,1 miljoen.

Uitgaven immunoglobuline i.v., alle instellingen, 2004-2008



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

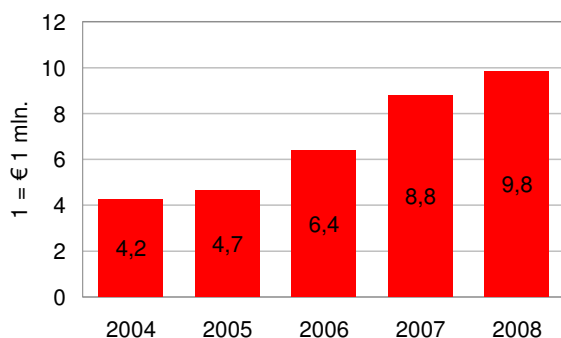


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Extramuraal

De uitgaven aan intraveneuze toediening van immunoglobulinen buiten het ziekenhuis via openbare apotheken bedroegen € 9,8 miljoen. Dit bedrag is inclusief BTW en exclusief de afleververgoeding. Buiten het ziekenhuis kwam het aandeel van de intraveneuze toediening ten opzichte van alle toedieningsvormen van immunoglobulinen in 2008 op 92%.

Kosten immunoglobuline i.v. via openbare apotheken, 2004-2008



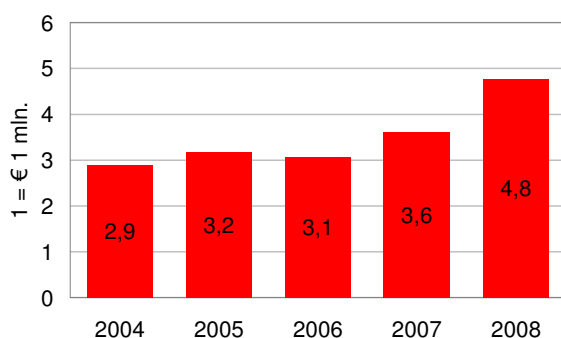
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.4. Spierrelaxantia

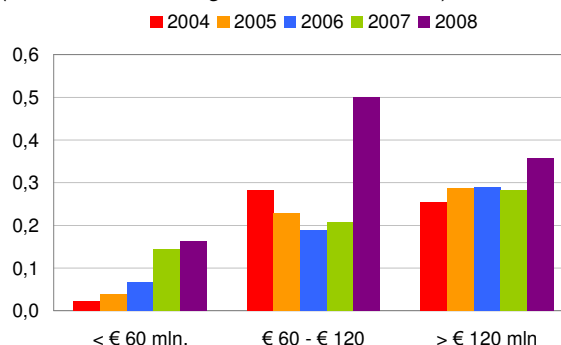
5.4.1. Botulinetoxine

In de regeling dure geneesmiddelen is het gebruik beperkt tot revalidatiebehandeling in algemene, categorale en academische ziekenhuizen, maar Botulinetoxine dankt zijn bekendheid vooral aan de cosmetische chirurgie. 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 € 3,6 miljoen. Ongeveer 15% van deze kosten worden gemaakt binnen revalidatiecentra. Gebruik van botulinetoxine buiten het ziekenhuis wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Kosten botulinetoxine, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Extramuraal

Buiten het ziekenhuis wordt botulinetoxine maar beperkt toegediend. In 2008 verstrekten openbare apotheken iets meer dan 700 voorschriften. De bijbehorende geneesmiddelenkosten bedroegen € 0,8 miljoen (exclusief afleverkosten).

5.5. Antimycotica

5.5.1. Caspofungine

Caspofungine (Cancidas) wordt toegepast bij een gistinfectie met Candida, wanneer die het lichaam is binnengedrongen. Het middel is sinds 1 januari 2008 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en in dat jaar bedroegen de uitgaven € 3,3 miljoen.

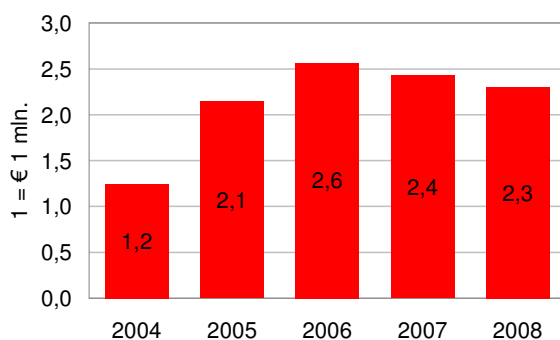
5.5.2. Voriconazol

Voriconazol (Vfend) is geregistreerd voor de behandeling van diverse gist- en schimmelinfecties en is per 1 januari 2008 op de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen bij de behandeling van invasieve aspergillose. Voriconazol is sinds 1 januari 2008 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. In dat eerste jaar kwamen de kosten die ziekenhuizen ten laste van de beleidsregel brachten, uit op een bedrag van € 2,9 miljoen.

Extramuraal

Sinds februari 2003 is voriconazol in het verzekerde pakket opgenomen en vanaf 2005 schommelen de geneesmiddelenkosten via openbare apotheken rond de € 2 miljoen (inclusief BTW en exclusief afleververgoeding). In 2008 kwamen deze geneesmiddelenkosten uit op een bedrag van € 2,3 miljoen.

Kosten voriconazol via openbare apotheken, 2004-2008



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.5.3. Anidulafungine

Evenals caspofungine is anidulafungine (Ecalta) per 1 januari 2009 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen voor de behandeling van invasieve candidiasis. In 2008 kwamen de kosten van anidulafungine uit op een bedrag van € 0,1 miljoen.

5.6. Oogmiddelen

5.6.1. Ranibizumab

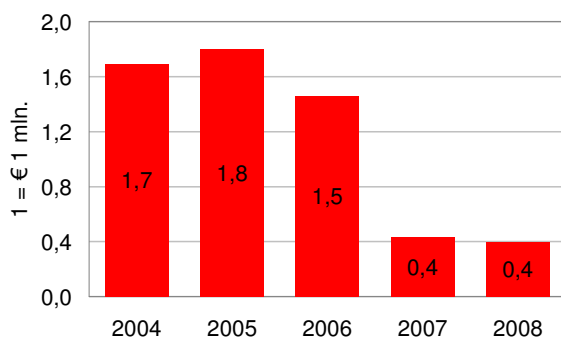
Ranibizumab (Lucentis) kan worden ingezet voor de behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie. Het middel is sinds 1 januari 2007 op de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen en in dat eerste jaar bedroegen

de uitgaven € 0,5 miljoen. In 2008 namen deze uitgaven toe tot € 3 miljoen. Dit is nog steeds maar een fractie van de door het CVZ verwachte jaarlijkse kosten van € 44,1 miljoen. Mogelijk heeft dit te maken met het off-label gebruik van bevacizumab (Avastin) dat aanzienlijk goedkoper kan zijn dan de geneesmiddelen die voor leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn geregistreerd.

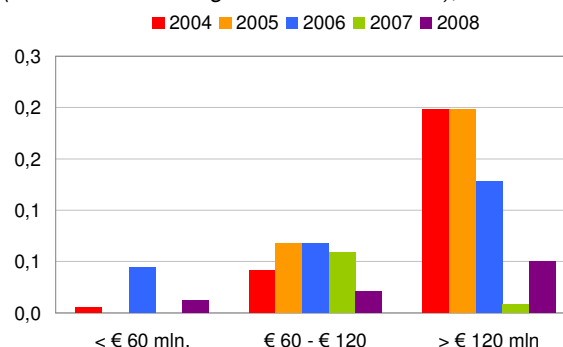
5.6.2. Verteporfin

Evenals het bovengenoemde ranibizumab is verteporfin (Visudyne) geregistreerd voor behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie. In 2008 bleven de uitgaven met € 0,4 miljoen op hetzelfde niveau als in 2007, terwijl ze in de jaren daarvoor nog rond de € 1,5 miljoen schommelden. Ook dit is een aanwijzing dat er andere geneesmiddelen voor de behandeling worden ingezet. Vooral bij de grotere ziekenhuizen worden er nauwelijks meer kosten voor dit geneesmiddel ten laste van de beleidsregels gebracht.

Kosten verteporfin, alle instellingen, 2004-2008



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.6.3. Pegaptanib

Pegaptanib (Macugen) kan evenals het bovengenoemde verteporfin worden ingezet voor de behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie. Net als ranibizumab is pegaptanib 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 in al deze jaren geen beroep op deze regeling gedaan.

5.7. Radiofarmaca

5.7.1. Ibritumomab tiuxetan

Zevalin is een kit voor de bereiding van een radioactief gelabeld preparaat voor infusie (indruppeling) van ibritumomab tiuxetan. Het radioactief gelabelde Zevalin is bestemd voor de behandeling van volwassenen met folliculair B-cel non-Hodgkin lymfoom. Zevalin wordt toegepast als rituximab (een andere behandeling voor non-Hodgkin lymfoom) niet langer werkzaam blijkt te zijn. In de G-Standaard is één kit Zevalin opgenomen voor een inkoopprijs van € 10.845,-. Zevalin is per 1 januari 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en had in dat jaar een zeer beperkte omzet. In 2007 liepen de uitgaven aan dit middel op tot € 0,3 miljoen en in 2008 namen deze af tot € 0,2 miljoen. Daarmee bleven deze uitgaven sterk achter bij de verwachtingen. In haar kostenprognose ging het CVZ uit van een bedrag van € 4,2 miljoen euro.

5.8. Oncolytica

5.8.1. Methylaminolevulinaat

Metvix wordt toegepast voor verschillende vormen van huidkanker en is per 1 januari 2008 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen voor de indicaties actinische keratose en basaalcelcarcinoom. In 2008 bedroegen de uitgaven € 0,9 miljoen.

5.8.2. Temoporfin

Temoporfin (Foscan) wordt ingezet bij de behandeling van hoofdhalskanker en is sinds 1 januari 2008 na een herbeoordeling door het CVZ alsnog in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. Aanvankelijk voldeed temoporfin niet aan het kostencriterium voor opname in de beleidsregel. Met € 0,2 miljoen aan kosten blijft dit bedrag in 2008 ruim achter bij de door het CVZ geprognosticeerde kosten van € 3,0 miljoen en voldoet dit middel vooralsnog niet aan dit kostencriterium.

5.9. Therapeutische hulpstoffen

5.9.1. 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 mondslimvlies 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. In 2007 kwamen de uitgaven aan dit middel uit op € 0,4 miljoen en in 2008 namen deze uitgaven toe tot € 0,6 miljoen. Een injectieflacon bevat 6,25 mg van de werkzame stof palifermin en heeft in de G-Standaard een inkoopprijs van € 1.219,-.

6. Individuele 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% budgettair gecompenseerd. Alleen academische ziekenhuizen kunnen van deze beleidsregel gebruik maken. In 2008 bedroegen de kosten ten laste van de beleidsregel € 56,9 miljoen. Ten opzichte van 2007 zijn de kosten met € 19,7 miljoen toegenomen. Dit is een toename van 53,0%. Net als in 2007 wordt deze toename grotendeels veroorzaakt door één geneesmiddel, namelijk alglucosidase alfa (Myozyme). De kosten van dit weesgeneesmiddel namen in 2008 met € 15,3 miljoen toe. Dit is de sterkste toename van alle middelen die in de beleidsregel weesgeneesmiddelen waren opgenomen. Van de middelen op de beleidsregel dure geneesmiddelen namen alleen de kosten van bevacizumab met € 16,9 miljoen sterker toe.

6.1. Alglucosidase alfa

Alglucosidase alfa (Myozyme) wordt ingezet bij de ziekte van Pompe. Een flacon van 20 ml met 50 mg alglucosidase alfa kost € 540,-. Alglucosidase alfa is sinds 1 januari 2006 opgenomen in de regeling weesgeneesmiddelen. In 2007 namen de uitgaven aan dit weesgeneesmiddel toe van € 3,9 miljoen tot € 20,2 miljoen en in 2008 namen de uitgaven opnieuw sterk toe tot € 35,5 miljoen. Hiermee is alglucosidase alfa in absolute zin één van de sterkste kostenstijgers van de geneesmiddelen die op de beleidsregels dure of weesgeneesmiddelen staan. De totale netto-inkoopkosten van alglucosidase alfa overstijgen de kostenprognose van het CVZ met ruim € 5 miljoen.

6.2. Agalsidase beta

Agalsidase bèta (Fabrazyme) is sinds 1 januari 2007 op de beleidsregel weesgeneesmiddelen opgenomen en wordt ingezet bij de ziekte van Fabry. De uitgaven aan agalsidase bèta bedroegen in 2008 € 6,8 miljoen. Dit bedrag ligt licht boven de kostenprognose van het CVZ.

6.3. Laronidase

Laronidase (Aldurazyme) is sinds 1 januari 2006 opgenomen op de regeling weesgeneesmiddelen. Het is geïndiceerd voor de ziekte mucopolysaccharidose I (MPS I). De kosten van 1 flacon (500U/ 5 ml) bedragen € 700,-. Per standaarddagdosering komt dit neer op een bedrag van € 1.400,-. De uitgaven aan dit middel schommelen rond de € 5 miljoen.

6.4. Idursulfase

Idursulfase (Elaprase) is een weesgeneesmiddel, dat werd ontwikkeld voor de langdurige behandeling van het syndroom van Hunter. In 2008 kwamen de uitgaven aan dit middel uit op € 4,5 miljoen.

6.5. Agalsidase alfa

Evenals het bovengenoemde agalsidase bèta wordt agalsidase alfa (Replagal) ingezet bij de ziekte van Fabry. In 2008 bedroegen de uitgaven aan alglucosidase alfa € 3,7 miljoen. Dit bedrag komt vrijwel overeen met de kostenprognose van het CVZ.

6.6. Galsulfase

Galsulfase (Naglazyme) is op de beleidsregel weesgeneesmiddelen opgenomen voor de behandeling van patiënten met het syndroom van Maroteaux-Lamy. In 2008 bedroegen de uitgaven aan dit middel € 1,3 miljoen.

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
dr. R. (Reineke) Poll, NFU
drs. M.R.Th.W (Martijn) Sanders, VWS (voorzitter)
M. (Margreet) Schreurs, VWS
dr. A. (Adri) Steenhoek, iBMG/ErasmusMC
R.J. (Ronald) van der Vaart, SFK
drs. V.F. (Victor) Verrijp, NFU

Bijlage 2: Lijst van stofnamen

beleidsregel dure geneesmiddelen	ingangsdatum
Docetaxel	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	
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	
bij gemetastaseerd colon- of rectumcarcinoom	1 januari 2005
bij gemetastaseerde borstkanker	1 april 2007
bij eerstelijns gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom	1 september 2007
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	1 juli 2006
Cetuximab	
bij plaveiselcelcarcinoom van het hoofd- halsgebied	1 januari 2007
Ranibizumab	1 januari 2007
Abatacept	1 januari 2007

Voriconzaol	1 januari 2008
Methylaminolevulinaat bij actinische keratose	1 januari 2008
Panitumumab	1 januari 2008
Anidulafungine	1 januari 2008
Caspofungine	1 januari 2008
Temsirolimus	1 januari 2008
Temoporfine	1 januari 2008

beleidsregel weesgeneesmiddelen

Laronidase	1 januari 2006
Alglucosidase-alfa	1 januari 2006
Agalsidase-alfa	1 januari 2007
Agalsidase-bèta	1 januari 2007
Galsulfase	1 januari 2007
Idursulfase	1 januari 2007
Clofarabine	1 januari 2007
Eculizumab	1 juli 2007