



Coupry advocaten, Hausfeld advocaten
T.a.v. de heren mr. dr. J.J.M. Sluijs en mr. dr. R. Meijer
Carnegieplein 5
2517 KJ DEN HAAG

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer
088 770 8 770

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
0512200/1689248

Onderwerp
Verzoek om standpunt verdringing van zorg (kenmerk 14.499)

Datum
16 april 2025

Geachte heren Sluijs en Meijer,

Op 10 maart j.l. heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om ons standpunt duidelijk te maken betreffende dure geneesmiddelen en verdringing. U heeft ons daartoe de volgende vragen gesteld:

- 1. Bevestigen de monitoren 2016 en 2019 de conclusie dat er geen sprake is geweest, of kan zijn geweest, van verdringing van wettelijk verzekerde basiszorg als gevolg van dure geneesmiddelen?*
- 2. Onderschrijft de NZa de definitie van verdringing van zorg zoals FTV deze hanteert, te weten: "de zorg die had kunnen worden verleend voor het surplus op de billijke prijs van het betrokken geneesmiddel, gegeven het feit dat de zorgvraag groter is dan het daarvoor beschikbare budget." En met de toelichting dat in ons wettelijk verzekerde basiszorgstelsel het bovenmatige deel van de totale prijs van een geneesmiddel verdringing van zorg bevordert en de toegang tot andere zorg belemmert.*
- 3. Wat is het standpunt van de NZa over het door FTV hanteerde concept van verdringing van zorg, en wat kan de NZa daarover zeggen in de tijd, dat wil zeggen in de periode 2004 tot en met 2018?*

In deze brief gaan wij in op uw vragen. Om deze goed te kunnen beantwoorden, hebben wij de volgorde van de vragen aangepast. In onderstaand kader vindt u een samenvatting van onze antwoorden in deze aangepaste volgorde. Vervolgens zijn onze volledige antwoorden beschreven.

a. Onderschrijft de NZa de definitie van verdringing van zorg zoals FTV hanteert? En: Wat is het standpunt van de NZa over het door FTV gehanteerde concept van verdringing van zorg?

De NZa benadert verdringing op macroniveau. Wij kijken niet specifiek naar de vraag hoeveel gezondheidswinst wordt behaald (deze informatie is niet structureel beschikbaar) en of voor datzelfde geld méér gezondheidswinst behaald kon worden als het niet aan het betreffende geneesmiddel was besteed, maar aan iets anders. En ook niet of de prijs redelijk is. Onze benadering is als volgt: omdat er binnen de medisch specialistische zorg (msz) een steeds groter aandeel aan geneesmiddelen wordt besteed en de uitgaven aan msz worden begrensd, blijft er minder geld over voor andere msz en is er sprake van verdringing. Terwijl vaak niet duidelijk is of dure geneesmiddelen meer waarde toevoegen dan andere medisch specialistische zorg. Geld dat je uitgeeft aan een geneesmiddel kan niet uitgegeven worden aan andere zorg of andere collectieve uitgaven. Of dit een probleem is, hangt af van de vraag of de huidige uitgaven aan geneesmiddelen en, onderliggend daaraan, de huidige prijzen van geneesmiddelen maatschappelijk aanvaardbaar zijn in verhouding tot andere zorguitgaven. De uitgaven aan zorg en, daarbinnen, aan medisch specialistische zorg worden begrensd via hoofdlijnenakkoorden tussen het ministerie van VWS, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In onze publicaties laten wij zien dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen harder stegen dan de uitgaven aan overige medisch specialistische zorg (msz). Het aandeel dure geneesmiddelen binnen de msz uitgaven is gestegen van 6,8% in 2012 naar 9,9% in 2018. Dit leidt tot verdringing van iets anders. Pas de laatste jaren zijn wij tot dit inzicht gekomen en benoemen wij verdringing expliciet in onze rapportages.

b. Wat kan de NZa zeggen over verdringing in de periode 2004-2018?

Er was in de periode 2012-2018 sprake van maximaal toegestane uitgaven aan msz per jaar. Dit leidde ertoe dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars keuzes moesten maken over de besteding van geld, rekening houdend met hun zorgplicht voor zorg die was toegelaten tot het verzekerde pakket en stijgende zorguitgaven. Er werd gezocht naar financiële ruimte binnen (scherper inkoopbeleid) en buiten het geneesmiddelendossier. Nacalculatieafspraken gaven dure geneesmiddelen een voorrangspositie ten opzichte van andere kostenposten. Over de gehele periode 2004-2018 geldt dat stijgende zorguitgaven andere collectieve uitgaven verdringen.

c. Bevestigen de monitoren 2016 en 2019 de conclusie dat er geen sprake is geweest, of kan zijn geweest, van verdringing van wettelijk verzekerde basiszorg als gevolg van dure geneesmiddelen?

Nee, dat is niet het geval. De monitors laten zien dat de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van medisch specialistische zorg onder druk zetten, omdat er jaarlijks sprake was van maximale uitgaven aan msz. In beide monitors was het onderzoek gericht op de toegankelijkheid van *dure geneesmiddelen* en niet van andere msz. Wij rapporteerden dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich zorgen maakten over verdringing van andere zorg. Zo ook al in 2016: *'Daarbij bestaat ook de zorg dat een (verdere) stijging van de kosten van dure geneesmiddelen andere zorg zal verdringen.'* En dat deze verdringing moeilijk te herkennen is, maar vorm kan hebben in bezuinigingen op personeelskosten, wat kan leiden tot wachtlijsten.

Ad. a. Onderschrijft de NZa de definitie van verdringing van zorg zoals FTV hanteert? En: Wat is het standpunt van de NZa over het door FTV gehanteerde concept van verdringing van zorg?

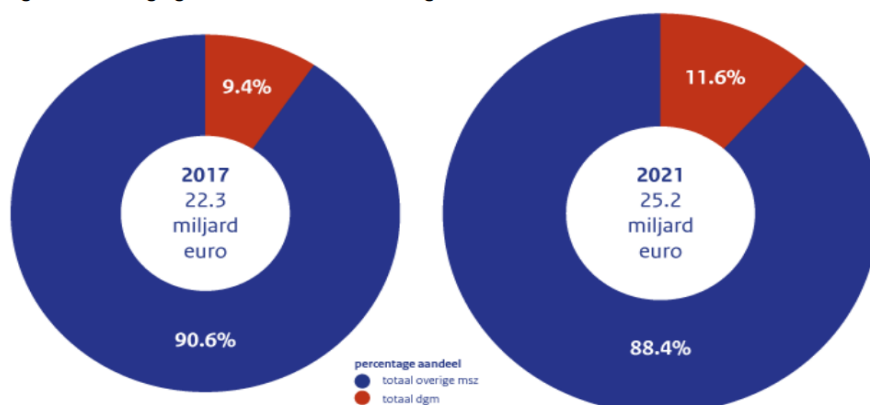
De NZa benadert verdringing op macroniveau. Wij kijken niet specifiek naar de vraag hoeveel gezondheidswinst wordt behaald (deze informatie is niet structureel beschikbaar) en of voor datzelfde geld méér gezondheidswinst behaald kon worden als het niet aan het betreffende geneesmiddel was besteed, maar aan iets anders. En ook niet of de prijs redelijk is.

De uitgaven aan zorg en, daarbinnen, aan medisch specialistische zorg (msz) worden begrensd via afspraken tussen het ministerie van VWS en veldpartijen. In onze [publicaties](#) laten wij zien dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen harder stegen dan de uitgaven aan overige msz. Het aandeel dure geneesmiddelen is gestegen van 6,8% in 2012 naar 9,9% in 2018.¹ Dit leidt tot verdringing van iets anders. Pas de laatste jaren zijn wij tot dit inzicht gekomen en benoemen wij expliciet het optreden van verdringing. In onze [Kerncijfers](#) rapportage uit 2023 verwoordden wij dit als volgt:

‘Omdat er binnen de msz een steeds groter aandeel aan geneesmiddelen wordt besteed, blijft er minder geld over voor andere msz en is er sprake van verdringing. Terwijl vaak niet duidelijk is of dure geneesmiddelen meer waarde toevoegen dan andere medisch specialistische zorg. Om te weten hoe groot dit effect is, kijken we naar de verandering in het aandeel dure geneesmiddelen binnen de totale uitgaven aan msz. Hierbij kijken we bewust naar de uitgaven vóór verrekening van onder andere de opbrengsten tussen het ministerie van VWS met geneesmiddelenfabrikanten. Dit geld wordt namelijk overgemaakt aan zorgverzekeraars, die vervolgens zelf bepalen hoe zij dit geld besteden. Uit onze monitor van 2022 bleek dat de meeste zorgverzekeraars dit geld inzetten voor de premiehoogte van verzekerden en niet terug laten stromen naar de msz. Mogelijk is de praktijk nu anders. Maar omdat zorgverzekeraars die keuze zelf maken, leiden de prijsonderhandelingen van VWS niet per sé direct tot vermindering van verdringing van msz door dure geneesmiddelen in het ziekenhuis. Het aandeel van de uitgaven aan dure geneesmiddelen ten opzichte van de totale msz (na verrekening en exclusief covidregelingen) stijgt van 9,4% in 2017 naar 11,6% in 2021. Dit is een verdringingseffect van 2,2 procentpunt. Dit komt overeen met ongeveer €554 miljoen (prijspeil 2021) en is ruim 13 duizend keer een gemiddeld bruto jaarsalaris van een verpleegkundige.’

¹ Dit zijn de cijfers uit onze meest recente publicaties waarin het desbetreffende jaar is opgenomen.

Figuur 1 Verdringing van andere msz door dure geneesmiddelen in de ziekenhuizen



Bron: Zorginstituut Nederland (jaar- en kwartaalstaten) en Vektis

Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars (na verrekening en exclusief covidregelingen) groeit het aandeel dure geneesmiddelen van 9,2% in 2017 naar 10,5% in 2021. Dit is een verschil van 1,3 procentpunt en komt overeen met ongeveer €339 miljoen (prijspeil 2021).

FTV betreft in haar definitie het surplus op een billijke prijs. De NZa doet dat niet en zegt daarover in deze publicatie uit 2024: **Zijn medicijnprijzen zo hoog dat ze andere zorg verdringen? Ja.** Ziekenhuizen geven een steeds groter deel van hun budget uit aan medicijnen. Dit geld kan niet worden uitgegeven aan iets anders, waardoor er sprake is van verdringing van andere ziekenhuiszorg. Of dat erg is, is afhankelijk van de gezondheidswinst die je met hetzelfde geld kunt bereiken bij de ene of de andere zorgvorm. Dat weten we nu niet. **Geven we te veel uit aan medicijnen? Dat weten we nu niet goed.** In vergelijking met andere landen geeft Nederland relatief weinig geld uit aan medicijnen. Dat klopt voor generieken, maar niet voor monopolie medicijnen. Een vergelijking op basis van totale uitgaven aan middelen (dus inclusief de generieken) zegt niets over de hoge uitgaven aan monopolie medicijnen. Voor de 'klant' (de burger die premie betaalt, patiënt, arts, overheid) is het belangrijk dat: 1) De prijs die we betalen opweegt tegen de daadwerkelijke gezondheidswinst. 2) We ons zorggeld zo eerlijk mogelijk besteden. Kun je beter één patiënt behandelen met een medicijn van drie ton of méér patiënten met bijvoorbeeld ouderenzorg of GGZ? Dat weten we nu niet goed, omdat de kosten niet transparant zijn, er regelmatig onvoldoende duidelijkheid is over de effectiviteit van een nieuw monopolie medicijn bij vergoedingsbesluiten en omdat middelen in de praktijk niet altijd doen wat ze beloven.

De NZa keek bij haar uitspraken over verdringing niet specifiek naar de vraag of een prijs redelijk is. Geld dat je uitgeeft aan een geneesmiddel kan niet uitgegeven worden aan andere zorg of andere collectieve uitgaven. De NZa signaleert dat de uitgaven aan msz worden begrensd en de uitgaven aan add-on geneesmiddelen stijgen, waardoor andere uitgaven niet meer of minder mogelijk zijn. Of dit een probleem is, hangt af van de vraag of de huidige uitgaven aan geneesmiddelen en, onderliggend daaraan, de huidige prijzen van geneesmiddelen maatschappelijk aanvaardbaar zijn in verhouding tot andere zorguitgaven.

Ad. b. Wat kan de NZa zeggen over verdringing in de periode 2004-2018?

Wij bouwen de beantwoording van deze vraag chronologisch op. In de gevraagde periode en daaraan voorafgaand zijn, op het gebied van aanspraak en bekostiging, veranderingen doorgevoerd die van invloed zijn op het antwoord op deze vraag. Relevant is dat geneesmiddelen onder twee aanspraken vallen: Farmaceutische zorg (openbaar apotheken, bekostiging farmaceutische zorg) en Geneeskundige zorg (ziekenhuizen, bekostiging msz). Adalimumab werd tot 2012 verstrekt via de aanspraak Farmaceutische zorg en vanaf 2012 via de aanspraak Geneeskundige zorg. Voor een goed begrip van de ziekenhuisbekostiging, beschrijven wij ook de periode vóór 2004.

Periode eind vorige eeuw tot en met 2012: Beschrijving bekostiging medisch specialistische zorg

Ziekenhuizen ontvingen elk jaar een vast individueel budget, dat op basis van parameters werd vastgesteld door de NZa. Ziekenhuizen moesten voor dat geld de zorg leveren.

Eind vorige eeuw introduceerden geneesmiddelenfabrikanten (ziekenhuis)geneesmiddelen met hogere vraagprijzen dan de markt tot dan toe gewend was. De overheid was niet ingericht op deze budgettaire ontwikkeling: voor pakketopname in de aanspraak Geneeskundige zorg speelden de prijs en (verwachte) uitgaven geen rol. Alhoewel zorg en dus geneesmiddelen wel moesten voldoen aan de pakketcriteria, werd ook dit niet beoordeeld. In de praktijk betekende dit dat geneesmiddelen 'automatisch' werden vergoed voor de vraagprijs van de fabrikant, ongeacht de effectiviteit en budget impact.

Hierdoor steeg de druk op de ziekenhuisbudgetten. Er kwamen signalen in het nieuws dat het ene ziekenhuis (A) wel een bepaald duur geneesmiddel inzette en een ander ziekenhuis (B) niet. De aandacht was gericht op de toegankelijkheid van geneesmiddelen: krijgen patiënten het geneesmiddel waar zij recht op hebben? En niet op de vraag wat ziekenhuis A niet meer deed als het geneesmiddel wel werd ingezet. En ook niet op de vraag of de fabrikanten wel een redelijke prijs vroegen in verhouding tot onder andere hun investeringen, gezondheidswinst in de praktijk en/of andere zorg (inzet verpleegkundigen en artsen).

In plaats daarvan werd meer geld beschikbaar gesteld voor geneesmiddelen. Om de toegankelijkheid van zorg te borgen, introduceerde de NZa in 2002 de beleidsregels 'Dure geneesmiddelen' en 'Weesgeneesmiddelen'. Dit was een 'open-eind-regeling' (zonder maximum), waar zorginstellingen achteraf de kosten voor vergoed kregen. Voor geneesmiddelen met een therapeutische meerwaarde en met een macrokostenbeslag van meer dan 2,5 miljoen euro, ontvingen ziekenhuizen náást hun budget, 80% van hun netto inkoopkosten voor deze dure geneesmiddelen.^{2 3}

Periode 2004-2012: beschrijving bekostiging Farmaceutische zorg en medisch specialistische zorg

AbbVie introduceerde Humira in 2004 op de Nederlandse markt. Het werd tot en met 2011 vergoed via de aanspraak Farmaceutische zorg en gefinancierd onder het kader Farmaceutische zorg. Humira werd weliswaar wel door medisch specialisten voorgeschreven, maar de verstrekking, inkoop, declaratie en vergoeding verliepen via de openbaar apotheken en de zorgverzekeraars. In die jaren werden de uitgaven aan Farmaceutische zorg niet begrensd. Dat betekent dat uitgavenstijgingen door de komst van nieuwe

² https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20020402/brief_minister_volksgesondheid

³ Onderzoeksrapport - Toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg – 2015
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3308_22/

dure geneesmiddelen via Farmaceutische zorg van invloed waren op de totale uitgaven aan zorg. Die situatie geldt ook vandaag de dag. De Studiegroep Begrotingsruimte geeft aan dat de zorguitgaven andere uitgaven verdringen en het besteedbaar inkomen drukken, omdat zorg voorrang krijgt binnen de totale Rijksbegroting.⁴

Ziekenhuizen ontvingen in deze periode een budget ter dekking van hun kosten en de overgangsperiode naar prestatiebekostiging was ingezet.

Periode 2012-2018: beschrijving bekostiging medisch specialistische zorg

In 2012 werd adalimumab, tegelijk met vergelijkbare middelen, door de minister van VWS uitgesloten van de aanspraak Farmaceutische zorg. Vanaf dat moment viel adalimumab uitsluitend onder de aanspraak Geneeskundige zorg en kon het alleen nog maar via de medisch specialistische zorg gedeclareerd en vergoed worden. Ziekenhuizen zijn vanaf dan financieel verantwoordelijk voor het voorschrijven van adalimumab.

In 2013 werd de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging voltooid: de ziekenhuizen werden voor hun inkomsten vrijwel volledig afhankelijk van de gedeclareerde productie. Over het algemeen concurreren de uitgaven van ziekenhuizen aan dure intramurale geneesmiddelen met alle andere kostenposten, zoals personeelskosten, materiële kosten, kosten voor onderhoud en energie, afschrijvingen activa en rente. Zij krijgen betaald per geleverde zorgprestatie. Dit noemen we dbc-zorgproducten (dbc-zp). Een dbc-zp is een combinatie van de diagnose en uitgevoerde handelingen gedurende een vastgestelde periode. De prijs per dbc-zp is afhankelijk van de afspraken die ziekenhuizen met zorgverzekeraars maken en wordt doorgaans gebaseerd op een overkoepelende plafondafpraak of aanneemsom.⁵ De beleidsregels dure- en weesgeneesmiddelen werden afgeschaft. Om te voorkomen dat de hoge kosten van een geneesmiddel zou knellen of niet goed zou passen in een dbc-zp, kunnen ziekenhuizen sinds 2013 dure geneesmiddelen apart in rekening brengen, via een add-on prestatie náást een dbc-zp. De NZa stelde deze vast met een tarief die gelijk staat aan de laagste prijs per milligram. In het geval dat er maar één aanbieder was, zoals bij adalimumab, was het NZa maximumtarief gelijk aan de vraagprijs van de fabrikant.

De collectieve uitgaven, waaronder zorg en waaronder medisch specialistische zorg, werden en worden begroot door het Centraal Planbureau en VWS. Vervolgens spreekt de politiek uitgavenplafonds af per sector. Deze zijn hard. De minister van Volksgezondheid spreekt vervolgens met veldpartijen af hoe het uitgavenplafond voor de msz kan worden gerealiseerd (hoofdlijnenakkoorden, hla's). In de jaren 2012 en 2013 werd een maximale uitgavengroei van 2,5% afgesproken. In 2014 was dit 1,5% en 2015 t/m 2017 1%. Deze groeilmiet kwam tot uiting in de afspraken tussen individuele zorgverzekeraars en individuele ziekenhuizen die vaak een omzetplafond overeen kwamen; een contractueel vastgelegd verbod om in een jaar meer te declareren dan een bepaald bedrag. De overheid kan ingrijpen als de uitgaven te hoog worden. Het ministerie van VWS geeft de NZa dan de opdracht om bij elk van de instellingen een deel van de individuele omzet weg te halen, zodat de totale omzet weer daalt naar het afgesproken niveau. Deze heffing heet 'het macrobeheersingsinstrument (mbi)'.⁶

⁴ 16^e Studiegroep Begrotingsruimte: Koers bepalen - Kiezen in tijden van budgettaire krapte [pdf](#)

⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3308_22/

⁶ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3308_22/

Ondertussen werden geneesmiddelen toegelaten tot het verzekerde pakket, bleven de uitgaven aan geneesmiddelen stijgen en concurreerden deze steeds harder met andere uitgaven binnen het ziekenhuis. In 2015 schreven wij daarover in het onderzoeksrapport Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg het volgende: *‘Uit de cijfers blijkt dat de uitgaven aan MSZ-geneesmiddelen sneller groeien dan de uitgaven aan andere vormen van zorg. De uitgaven aan geneesmiddelen stijgen ook sneller dan het beschikbare BKZ, waardoor de totale uitgaven aan MSZ onder druk komen te staan. De overheveling van geneesmiddelen naar het kader medisch specialistische zorg versterkt dit effect; de totale groei aan MSZ uitgaven stijgt hierdoor.’* En vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars constateerden wij: *‘Er kan uitbreiding van het basisverzekeringspakket plaatsvinden (bijvoorbeeld door opnemen van een nieuw, duur geneesmiddel in het pakket) zonder dat de macroprestatiebedragen (risicoverevening) worden verruimd. Dan zullen de zorgverzekeraars andere uitgaven onder de loep moeten nemen om daar maatregelen op te treffen. Hiervoor zijn grofweg twee mogelijkheden: 1. De nominale premie verhogen. (Anders dan bij ziekenhuizen is er geen regelgeving die de collectieve omzet van verzekeraars limiteert. Alleen de risicoverevening kent een maximum.) 2. De uitgaven (van bijvoorbeeld geneesmiddelen) beperken. Dit kan bijvoorbeeld: - door een omzetplafond vast te stellen; - door zorgaanbieders aan te sporen tot bepaald voorschrijfgedrag; - door zelf te onderhandelen met producenten; - en/of door te bezuinigen op andere uitgaven. Een risico is dat er verkapte risicoselectie wordt toegepast.’*

Uit onze monitor 2016: *‘Als voornaamste reden voor de ervaren knelpunten in de contractering voeren zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aan dat er onzekerheid bestaat over de totale kosten van geneesmiddelen. Daarnaast vormen de stijgende kosten van geneesmiddelen, de groei van deze kosten in verhouding tot het totale budget van de zorgaanbieder en de beperkte groeimogelijkheden in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord een probleem. De onzekerheid wordt veroorzaakt door de komst van nieuwe geneesmiddelen, indicatie uitbreidingen en groeiende toepassing van off-label gebruik (gebruik voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel niet is geregistreerd). De kosten van geneesmiddelen stijgen doordat er steeds meer gespecialiseerde geneesmiddelen met een beperktere indicatie, maar met hogere prijzen op de markt worden gebracht. Daarnaast worden veel ziektes chronisch en worden patiënten steeds ouder en langer behandeld. Om de stijgende kosten van geneesmiddelen op te vangen, ontstaat mogelijk verdringing van andere zorg.’* En: *‘Alle zorgaanbieders geven aan dat de geneesmiddelenkosten stijgen en er daardoor meer druk op de betaalbaarheid komt en in de (nabije) toekomst mogelijk ook op de toegankelijkheid.’* En: *‘De geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat zij weinig tot geen mogelijkheid hebben tot het verkrijgen van inkoopkortingen bij unieke geneesmiddelen. Veel fabrikanten verschuilen zich achter de prijsarrangementen van VWS. Een aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars vinden de prijsarrangementen een goed initiatief. Een andere zorgaanbieder en zorgverzekeraar zien echter ook nadelen omdat er geen transparantie is ten aanzien van het behaalde resultaat. Een zorgverzekeraar geeft aan dat het financiële knelpunt voor geneesmiddelen waar een prijsarrangement voor wordt afgesloten, op het moment dat de patiënt behandeld wordt, niet wordt weggenomen. De zorgaanbieder moet de apotheekinkoopprijs betalen en kan geen korting bedingen. De kans op verdringing van andere zorg wordt dan ook niet kleiner.’*

Omdat zorgaanbieders verdienen aan de inkoop en verkoop van geneesmiddelen en zorgverzekeraars deze financiële ruimte wilden benutten om binnen het hoofdlijnenakkoord te blijven, ontstond meer wrijving tussen deze partijen. Zorgverzekeraars zochten die ruimte ook bij andere zorgvormen: *‘Zorgaanbieders en zorgverzekeraars proberen kostenstijging te minimaliseren. Zorgverzekeraars proberen dit onder meer door lagere prijzen te bedingen waar dat mogelijk is. Lagere prijzen zijn volgens zorgverzekeraars mogelijk bij geneesmiddelen die uit patent zijn en waar inkoopkortingen te behalen zijn of door het gebruik van*

biosimilars te stimuleren. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat dit door zorgaanbieders wordt ervaren als 'korten' op het geneesmiddelenbudget. Zorgaanbieders geven aan dat in plaats van te 'korten' op het geneesmiddelenbudget ook wel lagere prijzen worden bedongen door zorgverzekeraars voor andere zorg, dit ervaart de zorgaanbieder als 'sigaar uit eigen doos'.

De ziekenhuizen spanden zich in om dure geneesmiddelen vergoed te krijgen van zorgverzekeraars, of verwezen patiënten naar andere instellingen. Enkele zorgaanbieders gaven aan de overschrijding van de contractafspraken te hebben geaccepteerd als verlies voor het ziekenhuis, omdat zij geen zorg aan patiënten willen weigeren en patiënten niet willen doorverwijzen om financiële redenen.^{7 8} Wederom was, ondanks het laatstgenoemde gevolg van de financiële druk binnen het ziekenhuis, de aandacht gericht op de toegankelijkheid van *geneesmiddelen*. De NZa rapporteerde hierover in 2015 en 2016 en onderzocht dit in 2017: *'Bij bijna alle zorgverzekeraars is sprake van plafondaafspraken bij de inkoop van geneesmiddelen. Eén verzekeraar maakt nacalculatie-afspraken. Bij nacalculatie-afspraken wordt er een vaste prijs (p) afgesproken per geneesmiddel, maar wordt, anders dan bij een plafondaafpraak, het aantal behandelingen (q) vooraf niet gelimiteerd.'* En *'Uit ons onderzoek is niet gebleken dat er patiënten zijn die ...hun geneesmiddelen niet of te laat hebben ontvangen.'*

In de opvolgende jaren namen zorgverzekeraars steeds meer de kosten voor de dure geneesmiddelen over van de ziekenhuizen door deze te vergoeden op basis van nacalculatie binnen en buiten de omzetplafonds. Dit in ruil voor lagere contractprijzen bij middelen waar onderhandelingsruimte was vanwege concurrentie, met name op stofnaamniveau. En afspraken over het doelmatig voorschrijven van dure geneesmiddelen waar het niet lukte een lage inkoopprijs af te dwingen bij de fabrikant vanwege monopoliepositie.

Nacalculatieafspraken verminderden toegankelijkheidsrisico's voor dure geneesmiddelen, maar niet van de msz als geheel. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hadden zich immers gecommitteerd aan maximale uitgavengroei van msz, waar geneesmiddelen onder vallen. De uitgaven aan geneesmiddelen groeiden harder dan de afgesproken groeirimte.⁹ De uitgavengroei aan add-ongeneesmiddelen ten opzichte van het jaar ervoor was in 2015 5,4%, in 2016 6%, in 2017 9,2% en 2018 8,7%. Dit leidt tot verdringing van andere uitgaven binnen het ziekenhuis. Dat de minister overschrijdingen van het msz-kader niet heeft teruggevorderd via het macro beheersingsinstrument doet daar niet aan af. De financiële druk had immers al plaatsgevonden en als gevolg daarvan waren er al keuzes gemaakt.

In de monitor 2019 rapporteerden wij: *'Ondanks dat de meeste ziekenhuizen nacalculatieafspraken hebben gemaakt, ervaren dus nog veel ziekenhuizen knelpunten in het contracteerproces, met name over de groei van de kosten van geneesmiddelen, de hoogte van de tarieven en onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties. Een verklaring hiervoor is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar hebben afgesproken dat de uitgaven aan msz in 2019 met maximaal 0,8% mogen stijgen, terwijl de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de msz relatief harder stijgen. Ondanks de nacalculatieafspraken voor geneesmiddelen moeten de uitgaven toch binnen de afgesproken maximale uitgavengroei blijven, wat een uitdaging betekent voor het contracteerproces. Het risico op verdringing van*

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3425_22/

⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3511_22/

⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3425_22/

overige msz wordt hiermee vergroot. In een interview geeft een ziekenhuis aan dat die uitgavengroei een reden is dat de volumegroei voor overige zorg nihil is en dat er op sommige plekken wachtlijsten ontstaan.'

En in de monitor uit 2021 rapporteerden wij: *'Omdat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de uitgaven aan msz beperkt mogen groeien (0,8% in 2019), resulteert de uitgavenstijging aan geneesmiddelen tot een krimp op de toegestane uitgaven medisch specialistische zorg. Deze druk op de uitgaven vergroot de noodzaak tot efficiëntie, waaronder de beweging 'Juiste zorg op de juiste plek'. Maar de rek is er volgens de ziekenhuizen wel uit. Het vergt een maatschappelijke discussie om te bepalen in welke mate de ontwikkeling van zorguitgaven zorgelijk is. Geen van de geïnterviewde partijen heeft een concreet voorbeeld van gewenste, maar ongeleverde zorg. Een geïnterviewd ziekenhuis denkt dat verdringing eerder zit in personeelskosten.'*

Kortom, er was in de periode 2012-2018 op macroniveau sprake van verdringing, omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen harder groeiden dan de overige msz en er plafondatafspraken van kracht waren op basis van de afgesproken maximale groeiruimte van de totale msz. Dit leidde ertoe dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars keuzes moesten maken over de besteding van geld, rekening houdend met hun zorgplicht voor zorg die was toegelaten tot het verzekerde pakket. Er werd, zo laten onze rapportages over die jaren zien, gezocht naar financiële ruimte binnen (scherper inkoopbeleid) en buiten het geneesmiddelendossier. Nacalculatieafspraken gaven dure geneesmiddelen een voorrangpositie ten opzichte van andere kostenposten.

Ad. c. Bevestigen de monitoren 2016 en 2019 de conclusie dat er geen sprake is geweest, of kan zijn geweest, van verdringing van wettelijk verzekerde basiszorg als gevolg van dure geneesmiddelen?

Nee, dat is niet het geval. De monitors laten zien dat de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van medisch specialistische zorg onder druk zetten, omdat er jaarlijks sprake is van een maximale uitgavenmogelijkheid aan msz. In beide monitors was het onderzoek specifiek gericht op de toegankelijkheid en dus eventuele verdringing van *dure geneesmiddelen*. Wij rapporteerden dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich zorgen maakten over verdringing van andere zorg. Zo ook al in 2016: *'Daarbij bestaat ook de zorg dat een (verdere) stijging van de kosten van dure geneesmiddelen andere zorg zal verdringen.'* En dat deze verdringing moeilijk te herkennen is, maar vorm kan hebben in bezuinigingen op personeelskosten, wat kan leiden tot wachtlijsten.

Van patent tot concurrentie

Recent hebben wij gepubliceerd over de uitgaven en het gebruik van zeven geneesmiddelen, waaronder adalimumab, vanaf de introductie door AbbVie tot en met de introducties van biosimilars door andere fabrikanten. Hieruit blijkt dat het lang duurt voordat er concurrentie ontstaat voor deze medicijnen. Bij het afgeven van patenten voor nieuwe medicijnen kijkt de overheid niet naar de terugverdiëntijd van fabrikanten. De prijzen dalen na het verlopen van het patent met 80 tot soms wel 99 procent. Hierdoor betaalt de samenleving lang een hoge prijs voor deze medicijnen. De analyses van adalimumab vindt u in de bijlage.

Tot slot

Wij hebben op macro- en mesoniveau uiteengezet hoe wij kijken naar verdringing in de periode 2004-2018. Op deze niveaus werden uitgaven begrensd, waardoor individuele ziekenhuizen (microniveau) keuzes moesten maken. Dat geldt ook vandaag de dag. De stijgende zorguitgaven, zorgpremies en collectieve overheidsuitgaven vergroten de noodzaak voor de overheid, politiek en maatschappij om bewuster keuzes te maken. Zo ook bij de keuze om nieuwe geneesmiddelen met bijkomende budget impact wel of niet op te nemen in het verzekerde pakket. De Studiegroep Begrotingsruimte geeft aan dat de zorguitgaven andere uitgaven verdringen en het besteedbaar inkomen drukken, omdat zorg voorrang krijgt binnen de totale Rijksbegroting.

Het is belangrijk dat goede geneesmiddelen beschikbaar blijven voor wie dat nodig heeft, nu en in de toekomst. Net zoals het belangrijk is dat er voldoende geld beschikbaar blijft voor personeel en voorzieningen die nodig zijn voor de beschikbaarheid van andere zorg. We moeten daarom zorgen dat geneesmiddelenprijzen niet onnodig hard stijgen en daarmee een te grote hap uit het beschikbare zorgbudget nemen. De NZa adresseert deze problematiek sinds 2015 in inmiddels zestien publicaties. In het programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven en prijzen van Geneesmiddelen (MAUG) werken de Autoriteit Consument en Markt, Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit samen om te komen tot maatschappelijk aanvaardbare prijzen en uitgaven voor geneesmiddelen.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

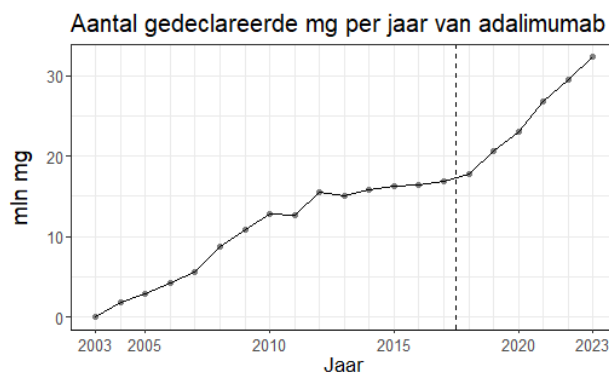
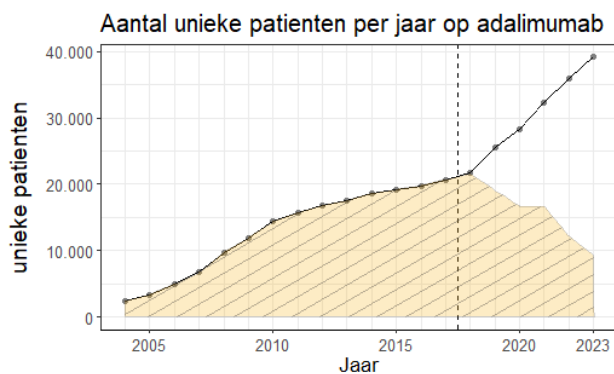
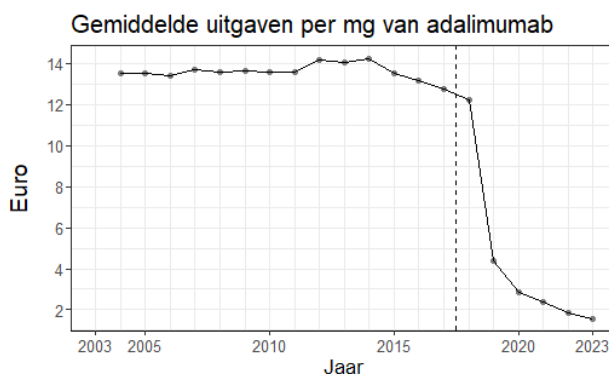
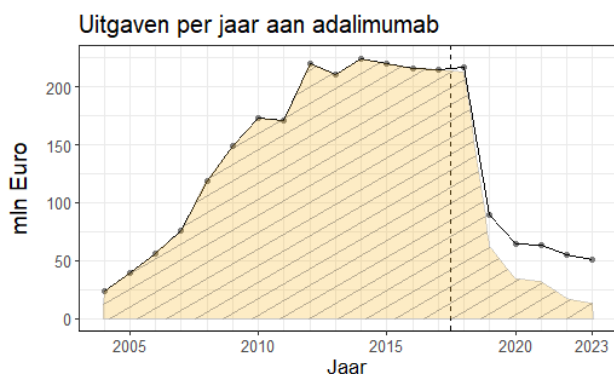
Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. J. Rijnveld
directeur Regulering

Bijlage

Adalimumab

Merknaam	Humira®
Fabrikant	AbbVie
Jaar introductie	2004
Jaar ontstaan concurrentie op stofnaam	2018
Werkingsmechanisme	TNF-alfaremmers; ATC-code L04AB04
Therapeutisch gebied	Reumatoïde artritis, idiopathische artritis, enthesitis gerelateerde artritis, spondylitis ankylopoetica, artritis psoriatica, plaque psoriasis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, hidradenitis suppurativa, uveïtis; Behcet; IBD; Takayasu; polychondritis; sarcoidose; fasciïtis; JIA; Pyoderma; gangrenosum; toxiciteit checkpointremmer
Toediening	Per subcutane injectie
Financieel arrangement VWS	Nee



Wat zien we?

De uitgaven aan adalimumab zijn sinds de markttoelating in 2004 gestegen tot ongeveer €218 miljoen per jaar tussen 2012 en 2018. De dip in 2011 en kleine stijging in 2012 zijn mogelijk een effect van de overheveling van TNF-alfaremmers per 2012. Na het ontstaan van concurrentie in 2018 daalden de uitgaven sterk naar €90 miljoen in 2019. Vervolgens dalen zij verder tot €51 miljoen in 2023. Ten opzichte van 2018 zijn de uitgaven in 2023 met ruim 77% gedaald. Na het ontstaan van concurrentie in 2018 steeg het aantal patiënten jaarlijks sneller dan daarvoor. Het aantal gedeclareerde milligrammen laat een enigszins vergelijkbaar patroon zien,

De gemiddelde uitgaven per mg waren rond de €13,5/mg in 2004-2017. Daarna daalden deze uitgaven naar €12,2/mg in 2018. Na het ontstaan van concurrentie daalden de uitgaven flink: naar €4,4 in 2019 en verder naar €1,6 in 2023. Ten opzichte van 2004 is dit een daling van bijna 90%. **De uitgaven per patiënt per jaar daalden tussen 2017 en 2023 van ongeveer €10.400 naar ongeveer €1.300.**

Gedurende 14 jaar ondervond Abbvie géén concurrentie op stofnaam. Het gele oppervlakte in de figuur linksboven laat zien hoeveel geld door zorgverzekeraars per jaar is uitgegeven aan Humira® van Abbvie. Sinds 2019 namen biosimilars een steeds groter marktaandeel in.