

Monitor Dure Geneesmiddelen 2007

Kosten van dure- en weesgeneesmiddelen
in het ziekenhuis

12.283.181	13.163.724
5.381.877	5.812.312
17.099.708	18.302.001
7.788.632	7.951.255
7.156.700	7.440.156
2.076.252	2.269.515
6.601.536	6.609.594
446.792	499.951
7.146.782	7.532.854
22.997.545	24.090.607
371.749	368.586
10.472.924	11.086.957
4.099.984	4.401.420



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, mei 2009

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	10
1.1. Achtergrond en aanleiding	10
1.2. Doelstelling van de monitor	10
1.3. Indeling van het rapport	11
2. De onderzoeksopzet	12
2.1. De onderzoekspopulatie	12
2.2. Onderzoeksvariabelen	12
2.3. Gegevensverzameling	12
3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens	14
3.1. De gerealiseerde respons in aantallen	14
3.2. Extrapolatie	14
3.3. Bruikbaarheid van de geleverde gegevens	15
4. Kosten dure geneesmiddelen	17
4.1. Beleidsregel dure geneesmiddelen	17
4.2. Budgetaandeel	21
4.3. Spreiding dure geneesmiddelen	21
4.4. Alle intramurale geneesmiddelen	23
5. Individuele dure geneesmiddelen	24
5.1. Immunomodulantia	24
5.1.1. Infliximab	24
5.1.2. Trastuzumab	25
5.1.3. Rituximab	26
5.1.4. Bevacizumab	27
5.1.5. Omalizumab	27
5.1.6. Natalizumab	28
5.1.7. Cetuximab	28
5.1.8. Alemtuzumab	28
5.1.9. Abatacept	29
5.2. Cytostatica	29
5.2.1. Docetaxel	29
5.2.2. Oxaliplatin	30
5.2.3. Gemcitabine	30
5.2.4. Irinotecan	31
5.2.5. Pemetrexed	32
5.2.6. Paclitaxel	32
5.2.7. Bortezomib	33
5.2.8. Doxorubicine in gepegyleerde liposomen	34
5.2.9. Vinorelbine	34
5.3. Immunoglobulinen	35
5.3.1. Immunoglobuline i.v.	35
5.4. Spierrelaxantia	37
5.4.1. Botulinetoxine	37
5.5. Oogmiddelen	37

5.5.1.	Ranibizumab.....	37
5.5.2.	Verteporfin.....	38
5.5.3.	Pegaptanib.....	38
5.6.	Drotrecogin alfa.....	39
5.6.1.	Drotrecogin alfa.....	39
5.7.	Radiofarmaca.....	39
5.7.1.	Ibritumomab tiuxetan.....	39
5.8.	Therapeutische hulpstoffen.....	39
5.8.1.	Palifermin.....	39
6.	Individuele weesgeneesmiddelen.....	40
6.1.	Alglucosidase-alfa.....	40
6.2.	Agalsidase-beta.....	40
6.3.	Laronidase.....	40
6.4.	Agalsidase-alfa.....	40
6.5.	Idursulfase.....	41
6.6.	Galsulfase.....	41
Bijlage 1: Begeleidingscommissie.....		42
Bijlage 2: Lijst van stofnamen.....		43
Bijlage 3: Figuur netto-inkoopkosten dure- en weesgeneesmiddelen.....		45

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 procent 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 eenzelfde en tevens hoger vergoedingspercentage van 80 procent geïntroduceerd. Daarnaast is per 2006 de beleidsregel weesgeneesmiddelen van kracht geworden. Om meer zicht te krijgen op de groeiende kosten van dure- en weesgeneesmiddelen heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging 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. Voor de monitor over 2007 hebben bijna 100 algemene, academische en categorale ziekenhuizen gegevens voor de monitor beschikbaar gesteld. Hierdoor kan een voldoende betrouwbaar landelijk beeld worden geschetst van de kosten van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen.

Beleidsregel dure geneesmiddelen

Uitgaven dure geneesmiddelen stijgen minder sterk

De totale kosten ten laste van de regeling dure geneesmiddelen kwamen in 2007 uit op een bedrag van € 317,6 miljoen. Het gaat hierbij om de totale netto-inkoopkosten zoals gemaakt door algemene, academische en categorale instellingen. In 2006 kwamen deze kosten uit op € 266,0 miljoen. Dat komt neer op een toename van 19,4 procent. Deze stijging is beduidend lager dan in 2006 en 2005. Toen namen de uitgaven aan dure geneesmiddelen in beide jaren met 43 procent toe ten opzichte van het daaraan voorafgaande jaar. Net als in eerdere jaren namen de netto-inkoopkosten bij algemene ziekenhuizen veel sterker toe dan bij academische ziekenhuizen. In 2007 stegen deze kosten bij algemene ziekenhuizen met 22 procent, terwijl dit percentage bij academische ziekenhuizen op 13 procent uitkwam.

Budgettaire lasten voor ziekenhuizen nemen toe

De kosten die ziekenhuizen in 2007 uit hun reguliere budget moesten dekken, bedroegen € 59,7 miljoen. Dit is € 10,4 miljoen meer dan in 2006 en slechts € 1,1 miljoen meer dan in 2005. Tot nu toe was 2005 het jaar met de hoogste netto lasten voor de ziekenhuizen. De daling van de lasten die in 2006 oprad na de introductie van het vaste vergoedingspercentage, deed zich daarmee éénmalig voor. Evenredig aan de aan 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 2007 liep het aandeel van de netto-inkoopkosten voor dure geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget per ziekenhuis uiteen tussen de 0,8 en de 5,2 procent.

Meer geneesmiddelen, meer indicaties

Er zijn steeds meer geneesmiddelen in de beleidsregels opgenomen. In 2002 waren dit er 11. Eind 2007 stonden er 26 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 2007 waren dat er drie. Naast de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen, is de beleidsregel dure geneesmiddelen in de loop van de tijd uitgebreid met 8 nieuwe (sub)indicaties van geneesmiddelen die reeds onderdeel waren van de beleidsregel.

Helft van de uitgaven bij drie geneesmiddelen

Drie geneesmiddelen namen in 2007 ruim de helft van de totale kosten van dure geneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (Remicade) met € 69,4 miljoen, trastuzumab (Herceptin) met € 59,3 miljoen en rituximab (Mabthera) met € 42,6 miljoen. Alledrie 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 2007 toe met € 15,9 miljoen tot € 27,8 miljoen. Ook dit geneesmiddel wordt gerekend tot de immunomodulatia. Deze groep geneesmiddelen is verantwoordelijk voor vrijwel de gehele kostenstijging binnen de dure geneesmiddelen.

Beleidsregel weesgeneesmiddelen

Uitgaven weesgeneesmiddelen ruim verviervoudigd

Per 1 januari 2006 is een beleidsregel voor weesgeneesmiddelen geïntroduceerd. Weesgeneesmiddelen die op deze beleidsregel komen te staan, worden voor 100 procent budgettair gecompenseerd. Alleen academische ziekenhuizen kunnen van deze beleidsregel gebruik maken. In 2007 bedroegen de kosten ten laste van de beleidsregel weesgeneesmiddelen € 37,3 miljoen. Een jaar eerder kwam deze kosten nog uit op 8,6 miljoen. Het grootste deel van de toename wordt veroorzaakt door één geneesmiddel, namelijk alglucosidase alfa (Myozyme). Het overige deel van de kostenstijging kan worden verklaard, doordat meer geneesmiddelen op deze beleidsregel zijn opgenomen..

Netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2007 (1 = € 1 mln.)

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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Netto-inkoopkosten weesgeneesmiddelen per geneesmiddel, 2004-2007 (1 = € 1 mln.)

Geneesmiddel	Merknaam	2004	2005	2006	2007
Alglucosidase alfa	Myozyme	-	-	3,9	20,2
Agalsidase bèta	Fabrazyme	-	-	-	6,0
Laronidase	Aldurazyme	-	-	4,6	5,5
Agalsidase alfa	Replagal	-	-	-	3,5
Idursulfase	Elaprased	-	-	-	1,9
Galsulfase	Naglazyme	-	-	-	0,2
totaal weesgeneesmiddelen		-	-	8,6	37,2

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 procent. 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 procent. 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. Ten opzichte van de eerste kostenmonitor is de monitor 2007 gebaseerd op andere brongegevens. De eerste monitor maakte gebruik van de gegevens die door Nederlandse ziekenhuisapothekers zijn aangeleverd. De gegevens in de huidige 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.

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. Daarnaast wordt gevraagd om een opgave te doen van de totale uitgaven aan alle intramurale geneesmiddelen. De SFK extrapoleert deze gegevens met een betrouwbare methode naar nationaal niveau en analyseert de resultaten. Deelnemende ziekenhuizen ontvangen benchmarkinformatie.

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

1.3. Indeling van het rapport

Hoofdstuk 2 van het rapport beschrijft de gehanteerde onderzoeksopzet. In hoofdstuk 3 staan de gerealiseerde respons en de bruikbaarheid van de geleverde gegevens centraal. De belangrijkste resultaten met betrekking tot de kosten van dure 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 dure geneesmiddelen kan krijgen. Tot 2006 werd 0 tot 75 procent van de kosten vergoed. Dit was afhankelijk van de afspraken met verzekeraars. Vanaf 1 januari 2006 ontvangt een ziekenhuis een budgetcompensatie van 80 procent van de netto-inkoopkosten voor de verstrekking van een geneesmiddel dat op de 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 procent 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. Aan elke deelnemer aan de monitor is verzocht om de kosten op te geven van de geneesmiddelen die in de beleidsregels zijn opgenomen. Het gaat hierbij om de uitgaven op basis van de netto-inkoopkosten die door de instelling ten laste van deze beleidsregels bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd. Bij 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 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 vorige 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 januari 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.cibg.nl/zorgaanbieders/jaarverslagenzorg/>).

In hoofdstuk 5 is prijsinformatie opgenomen van de in de beleidsregels opgenomen geneesmiddelen. Het betreft de inkooprijzen uit de G-Standaard 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 worden de gerealiseerde netto-inkoopkosten van de dure geneesmiddelen getoetst aan de kostenprognoses die Commissie farmaceutische Hulp (CFH) van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft gehanteerd in haar advies over opname van de geneesmiddelen op de beleidsregels, overeenkomen met de realisatiecijfers. 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. Deze rapporten zijn terug te vinden op de website van het CVZ (<http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/speciaal/cfh-rapporten/index.asp>)

3. Respons en bruikbaarheid van de geleverde gegevens

3.1. De gerealiseerde respons in aantallen

Per 1 december hebben 95 deelnemers zich aangemeld voor de monitor. Bij academische ziekenhuizen is de respons 100 procent en bij de algemene ziekenhuizen komt deze uit op 89 procent. De respons ligt hiermee duidelijk boven de doelstelling van 80 procent zoals gedefinieerd door de begeleidingscommissie.

De respons onder de categorale instellingen ligt op 18 procent. 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 procent.

Respons monitor dure geneesmiddelen

	Aantal instellingen	Aantal deelnemers	In %
Academische ziekenhuizen	8	8	100%
Algemene ziekenhuizen	85	76	89%
Categorale ziekenhuizen	62	11	18%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

3.2. Extrapolatie

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

Alle academische ziekenhuizen hebben gegevens geleverd voor de monitor. Dit betekent dat gegevens van deze ziekenhuizen niet geëxtrapoléerd hoeven te worden. Bij de algemene ziekenhuizen ligt de respons op 76 van de 85 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. In de voorgaande monitor heeft de begeleidingscommissie 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 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 doen 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 januari 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 de indicatie. Dit geldt voor rituximab, infliximab, trastuzumab en bevacizumab. 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

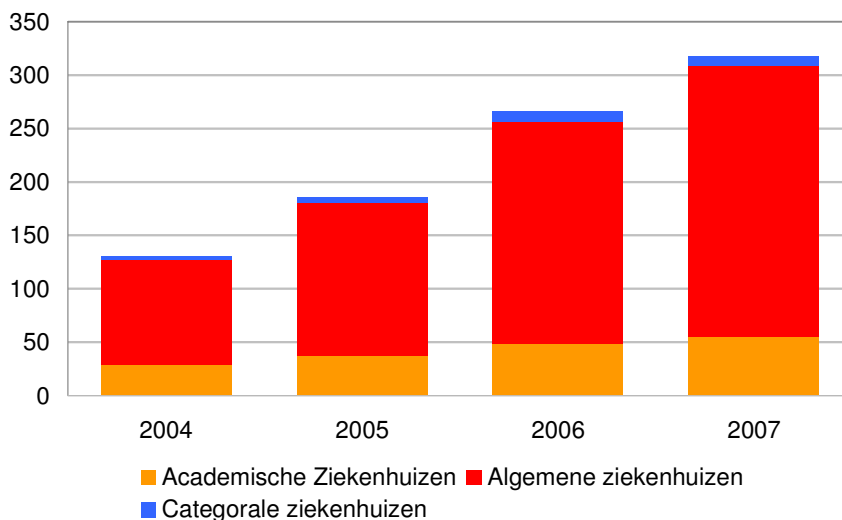
kunnen de in deze monitor opgenomen bedragen licht afwijken van de door de NZa vastgelegde totale netto-inkoopkosten. Omdat alleen indicaties van een geneesmiddel waarvoor het is geregistreerd of waarbij het CVZ heeft geoordeeld dat het een algemeen aanvaarde medische indicatie betreft voor vergoeding krachtens de beleidsregel in aanmerking komen, kunnen de totale netto-inkoopkosten 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 2007 uit op een bedrag van € 317,6 miljoen. Het gaat hierbij om de netto-inkoopkosten van de in de beleidsregel opgenomen geneesmiddelen voor zover de ziekenhuizen hiervoor een budgettaire compensatie hebben aangevraagd. Het aandeel van algemene ziekenhuizen in de totale kosten is gestegen van 75 procent in 2004 tot 80 procent in 2007. De kosten van de dure geneesmiddelen namen bij algemene ziekenhuizen dus veel sterker toe dan bij academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen. Het kostenaandeel van de academische ziekenhuizen bedroeg 17 procent en dat van de categorale ziekenhuizen kwam uit op 2 procent. Ten opzichte van 2006 zijn de kosten van de dure geneesmiddelen met 19 procent gestegen. Toen kwamen de kosten uit op € 266,0 miljoen. De procentuele toename is minder sterk dan in 2005 en 2006, maar in absolute zin in de stijging vergelijkbaar aan die in 2005. In 2007 zijn de kosten van de dure geneesmiddelen bijna tweeënhalve 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
Academische Ziekenhuizen	28,6	37,5	48,3	54,8
Algemene ziekenhuizen	98	142,5	208,3	254,1
Categorale ziekenhuizen	3,5	5,6	9,4	8,7
Totaal	130,1	185,6	266,0	317,6

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Mutatie netto-inkoopkosten dure geneesmiddelen ten opzichte van voorgaand jaar

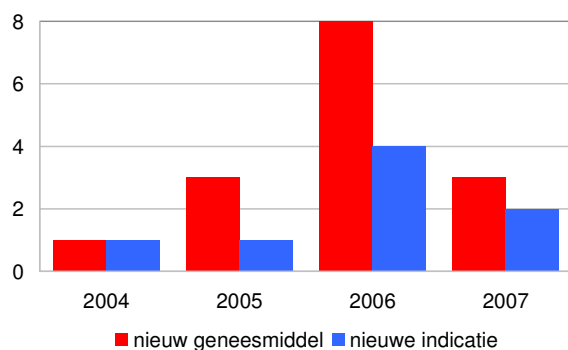
	2005	2006	2007
Academische Ziekenhuizen	31%	29%	13%
Algemene ziekenhuizen	45%	46%	22%
Categorale ziekenhuizen	60%	68%	-7%
Totaal	43%	43%	19%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De afname van de kosten bij categorale ziekenhuizen wordt veroorzaakt doordat het aantal deelnemende overige categorale instellingen in de monitor over 2004, 2005 en 2006 hoger is dan in deze monitor. Vanwege het verschillende karakter zijn deze instellingen namelijk niet opgehoogd en daarmee impliciet op nul gesteld.

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 2007 waren dat er 26. Een groot deel hiervan staat relatief kort op de lijst. In 2006 en 2007 zijn er namelijk 11 geneesmiddelen aan de beleidsregels toegevoegd. Naast de toevoeging van nieuwe geneesmiddelen, is de lijst met dure geneesmiddelen in de loop van de tijd uitgebreid met 8 nieuwe (sub)indicaties.

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



In 2005 en 2006 stegen de kosten vooral bij de geneesmiddelen die al vanaf 1 januari 2002 in de beleidsregels zijn opgenomen. De kostenstijging bedroeg toen respectievelijk 38 en 35 procent. In 2007 zwakte deze stijging af en bedroeg deze 10 procent. De sterkste stijging deed zich in 2007 voor bij de geneesmiddelen die in 2006 in de beleidsregels waren opgenomen.

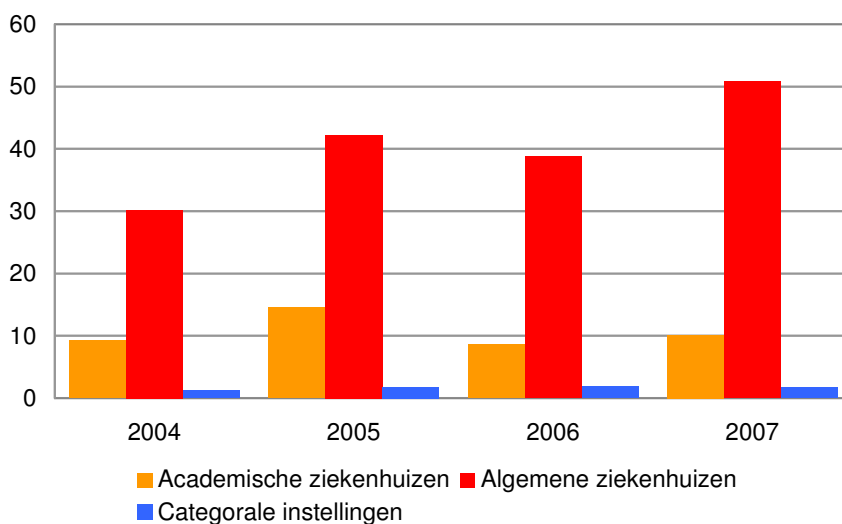
Uitgaven dure- en weesgeneesmiddelen per jaar van opname van het betreffende geneesmiddel in de beleidsregel (1 = 1 € mln.)

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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

De kosten die ziekenhuizen in 2007 uit hun reguliere budget moesten dekken, bedroegen € 59,7 miljoen. Dit is € 10,4 miljoen meer dan in 2006 en € 1,1 miljoen meer dan in 2005. Tot nu toe was 2005 het jaar met de hoogste budgettaire lastendruk. De daling van de lasten die in 2006 optrad met de introductie van een vast vergoedingspercentage, bleek zich éénmalig voor te doen. Bij de algemene ziekenhuizen namen de budgettaire lasten in 2007 voor alle ziekenhuizen sterker toe dan bij de academische ziekenhuizen. Deze toename komt vanwege de aard van de beleidsregel nagenoeg overeen met de stijging van de netto-inkoopkosten bij dure geneesmiddelen.

Ontwikkeling kosten uit reguliere budget instellingen, 2004-2007 (1 = € 1 mln.)



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Overzicht kosten en budgetcompensatie* dure geneesmiddelen 2004-2007 (1 = € 1 mln)

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

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

Met ingang van 2006 wordt op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen 80 procent 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 procent vergoed. Hierdoor ligt het feitelijke vergoedingspercentage in werkelijkheid iets hoger dan 80 procent. Daarmee is het percentage van de kosten die ziekenhuizen vanuit het reguliere budget moeten dekken, iets lager dan 20 procent.

Gemiddelde vergoedingspercentages* dure geneesmiddelen 2004-2006

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

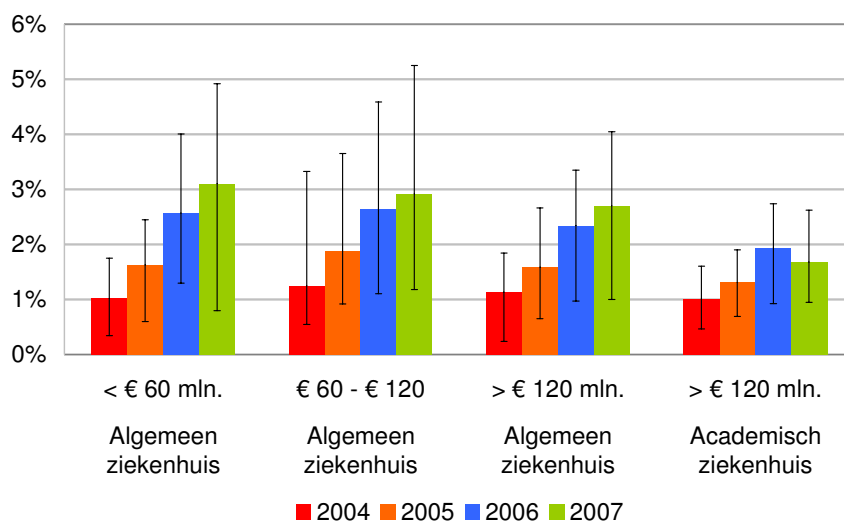
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

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

4.2. Budgetaandeel

Alhoewel de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen sterk correleren met de hoogte van het budget, kan het budgetaandeel van de geneesmiddelenuitgaven tussen het ene en het andere ziekenhuis sterk verschillen. In 2007 liep dit budgetaandeel bij academische ziekenhuizen uiteen tussen de 0,9 en de 2,6 procent, terwijl deze percentages bij algemene ziekenhuizen op 0,8 respectievelijk 5,2 uitkwamen. Zowel het laagste als het hoogste budgetaandeel betreft een algemeen ziekenhuis. Algemene ziekenhuizen met een budget van meer dan € 120 miljoen gaven in 2007 relatief minder uit aan dure geneesmiddelen dan ziekenhuizen met een budget onder de € 120 miljoen. Opvallend is dat het gemiddelde budgetaandeel bij academische ziekenhuizen in 2007 – in tegenstelling tot de overige onderscheiden klassen – licht is afgenomen.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.3. Spreiding dure geneesmiddelen

Van de 26 geneesmiddelen die op de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen zijn er slechts 7 geneesmiddelen die in min of meerdere mate bij alle deelnemende academische en algemene ziekenhuizen worden ingezet. Dit zijn infliximab, trastuzumab, bevacizumab, docetaxel, oxaliplatin, gemcitabine, en irinotecan. Ondanks dat infliximab in alle ziekenhuizen wordt toegepast, concentreren de kosten zich relatief sterk. Het aandeel van de 20 ziekenhuizen met de hoogste kosten bedraagt 61 procent, terwijl dit voor alle dure geneesmiddelen op 45 procent ligt. Het aandeel van het ziekenhuis met de hoogste kosten liep in 2007 uiteen van 3 procent bij bevacizumab tot 50 procent bij palifermin. In zijn algemeenheid geldt dat de concentratie afneemt naarmate een geneesmiddel langer in de beleidsregel is opgenomen.

Spreiding dure geneesmiddelen in algemene en academische ziekenhuizen, 2007

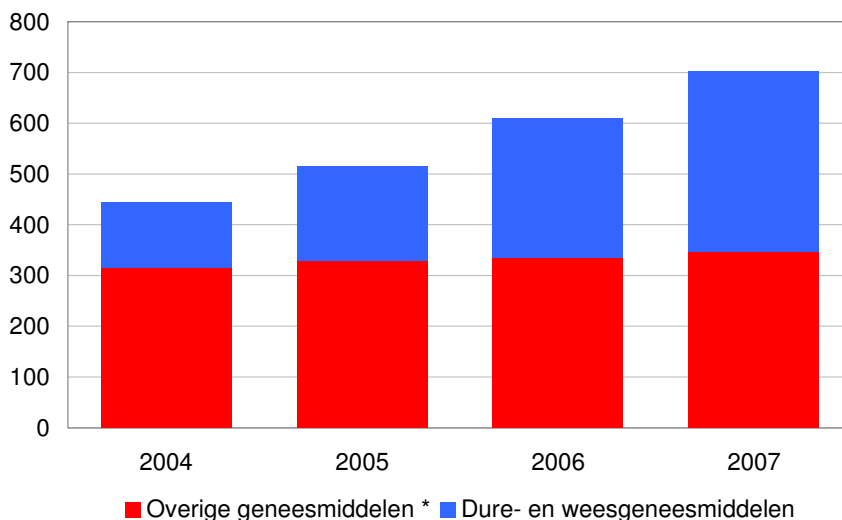
	Aantal ziekenhuizen	Kostenandeel per x-aantal ziekenhuizen				
		1	5	10	20	40
Infliximab	84	8%	24%	39%	61%	84%
Trastuzumab	84	4%	16%	26%	45%	71%
Rituximab	83	4%	17%	29%	49%	75%
Bevacizumab	84	3%	15%	26%	44%	71%
Docetaxel	84	4%	18%	30%	48%	73%
Oxaliplatin	84	5%	17%	29%	47%	71%
Immunoglobuline	80	7%	27%	42%	63%	87%
Gemcitabine	84	3%	15%	26%	46%	72%
Irinotecan	84	4%	15%	26%	45%	72%
Pemetrexed	72	5%	21%	37%	61%	85%
Paclitaxel	82	4%	17%	28%	48%	76%
Bortezomib	66	9%	35%	50%	68%	90%
Doxorubicine liposomaal	80	5%	19%	34%	54%	82%
Botulinetoxine	53	8%	34%	55%	81%	98%
Omalizumab	47	8%	33%	55%	80%	99%
Natalizumab	32	23%	69%	82%	95%	
Cetuximab	37	14%	50%	72%	94%	
Vinorelbine	71	6%	26%	43%	63%	87%
Drotrecogin-alfa	26	15%	53%	75%	96%	
Alemtuzumab	26	16%	55%	75%	97%	
Ranibizumab	17	19%	73%	93%		
Palifermin	5	50%	100%			
Verteporfin	9	25%	86%			
Ibritumomab tiuxetan	5	46%	100%			
Abatacept	14	37%	75%	94%		
Pegaptanib	0					
Totaal dure geneesmiddelen	84	3%	14%	26%	45%	72%

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

4.4. Alle intramurale geneesmiddelen

In de monitor over 2004, 2005 en 2006 heeft de SFK de totale kosten van alle geneesmiddelen in alle academische en algemene ziekenhuizen opgevraagd. Over 2007 ontbreken deze gegevens. Op basis van de gegevens over 2004 tot en met 2006 heeft de SFK een schatting gemaakt van de trendmatige kostenontwikkeling van geneesmiddelen die niet in de beleidsregels zijn opgenomen. Uitgaande van deze schatting zijn de kosten van alle geneesmiddelen in algemene en academische ziekenhuizen met 15 procent toegenomen tot een bedrag van € 701 miljoen. Over de waarde van deze schatting kunnen geen uitspraken worden gedaan. Weliswaar is het bedrag logischerwijs in lijn met voorgaande jaren, maar aan de andere kant ligt het aanzienlijk lager dan het bedrag dat is vermeld in paragraaf 6 van de ConQuaestor-bijlage bij het NZa-rapport over inkoopvoordelen en praktijkkosten bij apotheekhoudenden. Hierin wordt vermeld dat netto-inkoopwaarden in 2007 van alle geneesmiddelen in ziekenhuizen 849,7 miljoen (inclusief BTW) bedragen.

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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

*) 2007 betreft een schatting

5. Individuele dure geneesmiddelen

Drie geneesmiddelen namen in 2007 meer dan de helft van de totale kosten van dure geneesmiddelen voor hun rekening. Het gaat om infliximab (Remicade) met € 69,4 miljoen, trastuzumab (Herceptin) met € 59,3 miljoen en rituximab (Mabthera) met € 42,6 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. Het geneesmiddel op de regeling dure geneesmiddelen met de sterkste uitgaventoename is bevacizumab (Avastin). De uitgaven aan dit middel namen in 2007 toe met € 15,9 miljoen tot € 27,8 miljoen. Ook dit geneesmiddel wordt gerekend tot de immunomodulatia en is vanaf 2005 op de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. In deze periode zijn er twee nieuwe indicaties aan bevacizumab toegevoegd.

5.1. Immunomodulantia

Immunomodulantia zijn middelen die het functioneren van het immunologisch systeem beïnvloeden. Ze hebben binnen het cellulaire en/of het humorale immunologisch systeem veelal verschillende aangrijpingspunten. In klinisch opzicht wordt door de toepassing van immunomodulantia een toestand van immunosuppressie of immunostimulatie beoogd. De uitgaven aan de immunomodulantia die in de beleidsregels zijn opgenomen kwamen in 2007 uit op € 206,1 miljoen. Dit is een toename van 51,2 miljoen ten opzichte van het jaar daarvoor. Deze groep geneesmiddelen is daarmee verantwoordelijk voor vrijwel de gehele kostenstijging binnen de dure geneesmiddelen.

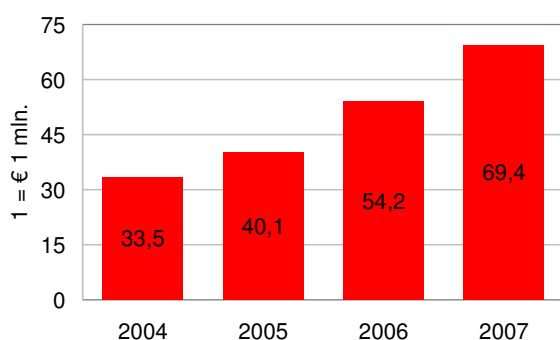
5.1.1. Infliximab

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 procent vergoed. Voor de overige behandelingen geldt een budgetcompensatie van 80 procent. Sinds 1 juni 2007 wordt infliximab onder voorwaarde ook buiten het ziekenhuis vergoed voor de behandeling van reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, spondylitis ankylopoetica, artritis psoriatica en chronische plaques psoriasis. Tot 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 € 623,-. Per standaarddagdosering (3- 5 mg/kg) komt dat neer op een bedrag van bijna € 23. Deze prijs is de afgelopen jaren nagenoeg gelijk gebleven.

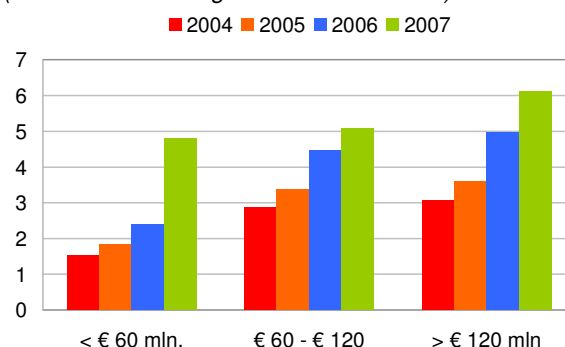
In 2007 bedroegen de kosten van dit geneesmiddel ten laste van de beleidsregel € 69,4 miljoen. Daarmee is infliximab het geneesmiddel op de beleidsregels met de hoogste uitgaven. Zowel in 2007 als in 2006 namen de uitgaven voor infliximab met ongeveer € 15 miljoen toe.

Opvallend is dat de uitgaven aan infliximab in 2007 met name in de ziekenhuizen in de budgetklasse tot € 60 miljoen ruim verdubbelden, terwijl de kosten voor dit middel in ziekenhuizen met een hoger budget relatief veel minder sterk toenamen.

Uitgaven infliximab, alle instellingen, 2004-2007



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

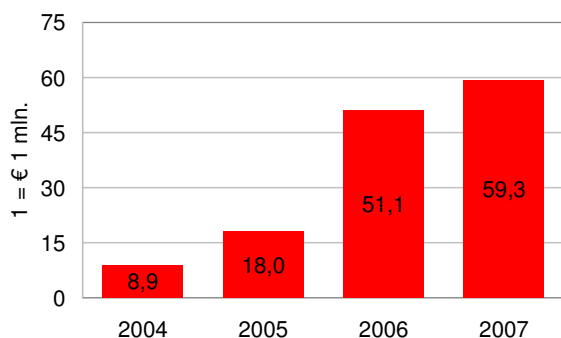
Extramurale uitgaven

Voor de vergoeding buiten het ziekenhuis is infliximab per 1 juni 2007 opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het extramurale gebruik van infliximab bleef in 2007 echter beperkt tot een zeer klein aantal verstrekkingen. Infliximab is voor gebruik buiten het ziekenhuis geclusterd met etanercept (Enbrel) en adalimumab (Humira). Deze middelen hadden in 2007 buiten het ziekenhuis een omzet van € 80 miljoen respectievelijk € 73 miljoen. Deze twee geneesmiddelen stonden zowel hoog in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste als in de top 10 van geneesmiddelen met de hoogste uitgavenstijging. Ten opzichte van 2006 namen de kosten van etanercept met € 13 miljoen toe en die van adalimumab met € 11 miljoen.

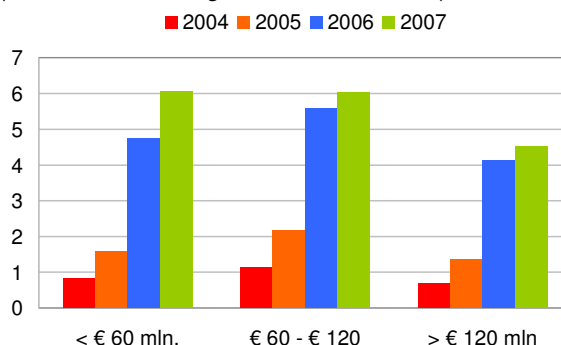
5.1.2. Trastuzumab

Trastuzumab (Herceptin) is een monoclonaal antilichaam dat vanaf 1 januari 2002 in de beleidsregel dure geneesmiddelen is opgenomen voor patiënten met gemetasteerde borstkanker. Vanaf 1 januari 2006 is de indicatie niet-gemetasteerde borstkanker aan de beleidsregel toegevoegd. In dat jaar stegen de uitgaven aan trastuzumab van € 18 miljoen tot € 51,1 miljoen en was trastuzumab het geneesmiddel met de sterkste uitgaventoename. In 2007 was de uitgavenstijging minder sterk en liepen deze op tot een bedrag van € 59 miljoen euro. Een flacon met 150 mg infusiepoeder kost € 673,-.

Uitgaven trastuzumab, alle instellingen, 2004-2007



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



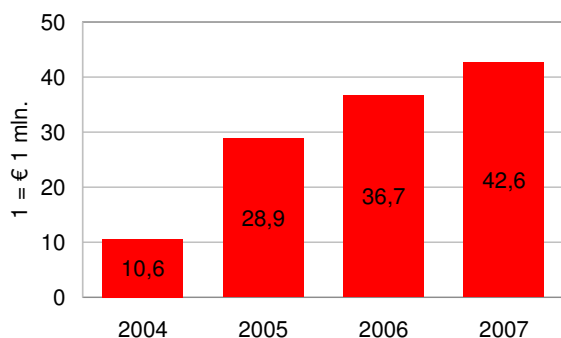
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.3. Rituximab

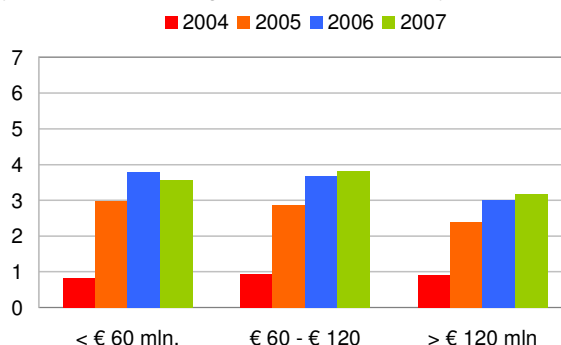
Rituximab (Mabthera®) is een monoklonaal antilichaam dat wordt gebruikt bij de behandeling van B-cel-non-Hodgkinlymfoom, B-celleukemie en reumatoïde artritis. Per 1 januari 2002 is rituximab opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen voor de twee eerstgenoemde indicaties. Per 1 januari 2006 is daar de indicatie reumatoïde artritis aan toegevoegd. In dat jaar namen de uitgaven aan rituximab toe van € 29 miljoen tot € 37 miljoen en ook in 2007 zette deze toename door tot een bedrag van € 43 miljoen.

Uitgaande van een dosering van 375 milligram per m² lichaamsoppervlak bij de indicatie non-Hodgkin-lymfoom 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, 2004-2007



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



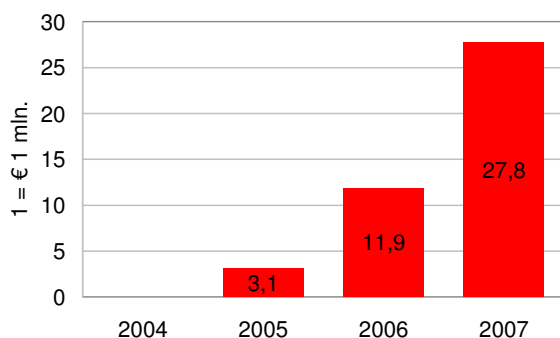
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.4. Bevacizumab

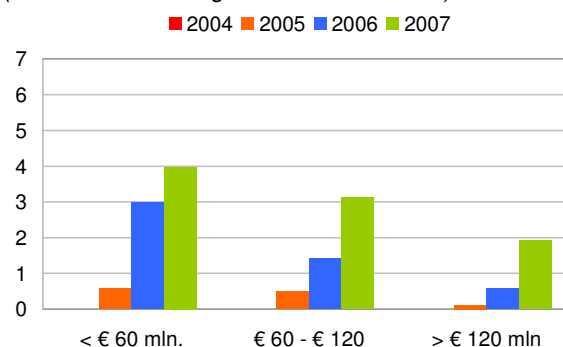
Bevacizumab (Avastin) werd in 2005 geregistreerd voor de behandeling van gemetastaseerde colorectalkanker en is vanaf 1 januari 2005 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. In april 2007 mag dit middel bij de behandeling van gemetastaseerde borstkanker ook ten laste van de beleidsregel worden gebracht. In september 2007 werd wederom een indicatie aan de beleidsregel toegevoegd, namelijk de behandeling van vergevorderde longkanker. 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. De uitgaven namen in 2007 met € 16 miljoen toe tot € 28 miljoen.

Een flacon van 400 mg poeder als concentraat voor infusieoplossing kost € 1.331,-. Sinds de opname op de beleidsregel is deze prijs gelijk gebleven. Buiten het ziekenhuis wordt bevacizumab niet vergoed.

Uitgaven bevacizumab, alle instellingen, 2004-2007



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

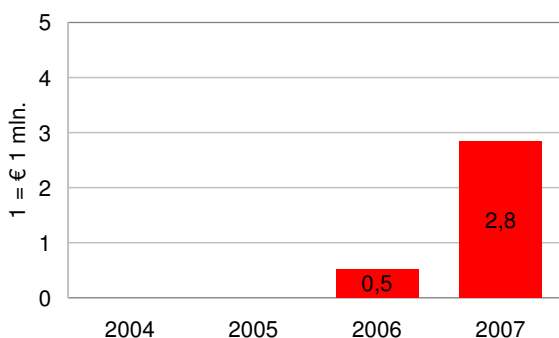


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

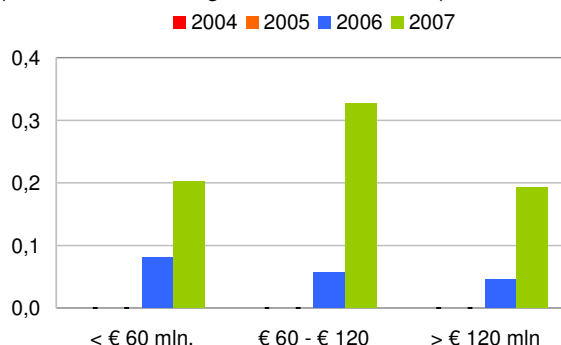
5.1.5. Omalizumab

Omalizumab (Xolair) wordt ingezet bij de behandeling van ernstig allergisch astma. Per 1 januari 2006 is het middel toegevoegd aan de beleidsregel dure geneesmiddelen. In het eerste jaar dat omalizumab in de beleidsregel dure geneesmiddelen was opgenomen kwam de omzet uit op € 0,5 miljoen. In het tweede jaar nam deze omzet toe tot € 2,8 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 € 386,-. Per standaarddagdosering bedragen de geneesmiddelenkosten € 41,-. Buiten het ziekenhuis wordt omalizumab niet vergoed.

Uitgaven omalizumab, alle instellingen, 2004-2007



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.1.6. 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 in 2007 liepen deze op tot een bedrag van € 2,1 miljoen. Ten tijde van de opname in de beleidsregel verwachtte het CVZ dat de kosten op 11,9 miljoen per jaar zouden uitkomen.

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 € 1,3 miljoen.

5.1.8. 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. Hiermee blijft alemtuzumab ver onder de door het CVZ geprognosticeerde kosten van circa € 5,3 miljoen euro per jaar.

5.1.9. 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 € 0,2 miljoen.

5.2. Cytostatica

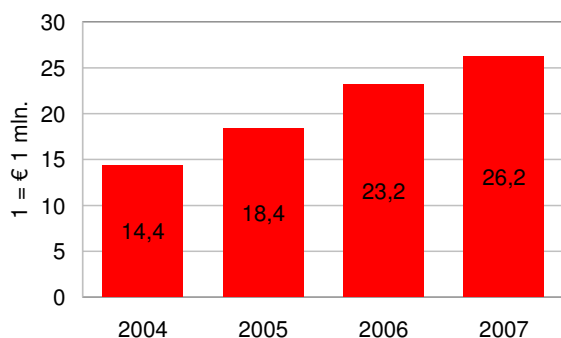
Cytostatica worden gebruikt bij de behandeling van kanker. Een cytostaticum beoogt de deling van cellen te stoppen. De werking berust over het algemeen op het ingrijpen op de chemische reacties in de cel die nodig zijn voor de celdeling. Hierbij worden vooral snelgroeiende cellen beschadigd. In 2007 bedroegen de uitgaven voor de cytostatica die in de beleidsregels opgenomen zijn € 90,6 miljoen. Deze uitgaven zijn net iets lager dan in 2006 toen de uitgaven aan cytostatica binnen de beleidsregel dure geneesmiddelen op € 91,9 uitkwamen. Docetaxel en oxaliplatin zijn de cytostatica met de hoogste uitgaven.

5.2.1. Docetaxel

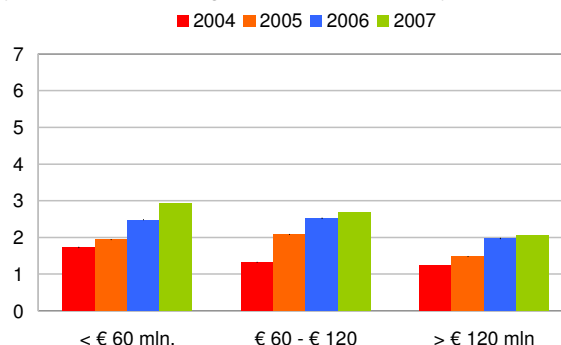
Docetaxel (Taxotere) hoort samen met het eveneens in de beleidsregel opgenomen paclitaxel tot de taxanen. Het wordt ingezet bij de behandeling van borstkanker en bij niet-kleincellig longkanker, prostaatcancer, maagdarmkanker of hoofdhalskanker. Docetaxel als concentraat voor infusievloeistof van 40 milligram per milliliter heeft per milliliter een inkoopprijs van € 369,-. Docetaxel is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt docetaxel niet vergoed.

In 2007 kwamen de kosten van docetaxel die ten laste van de beleidsregel werden gebracht uit op een bedrag van € 26,2 miljoen. De kosten zijn in de afgelopen drie jaar gelijkmatig gestegen. Sinds 2004 namen de uitgaven met gemiddeld € 4 miljoen per jaar toe.

Uitgaven docetaxel, alle instellingen, 2004-2007



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



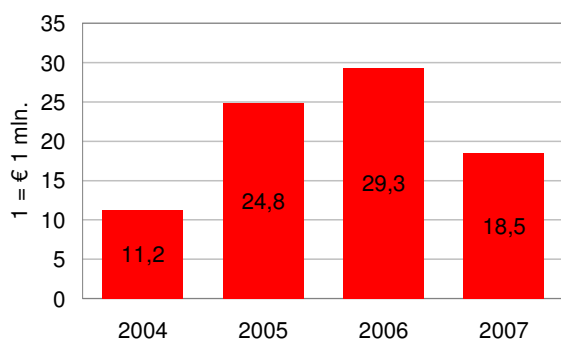
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.2.2. Oxaliplatin

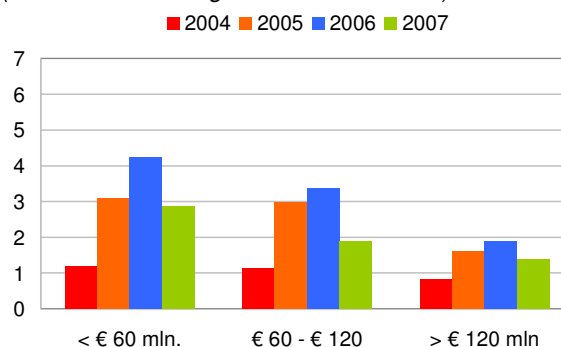
Oxaliplatin is een platinaverbinding waarvan vanaf februari 2007 generieke varianten beschikbaar zijn. Voor die tijd werd het onder de merknaam Eloxatin in de handel gebracht. Artsen schrijven oxaliplatin voor bij bepaalde vormen van darmkanker. Oxaliplatin is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel 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. Het is zeer waarschijnlijk dat het patentverloop een belangrijke oorzaak is van deze lagere uitgaven.

Een flacon met 100 milligram oxaliplatin als infusiepoeder had van 2004 tot en met december 2008 een apotheekinkoop prijs van € 689. Per januari 2009 daalden de prijzen in de G-Standaard. De prijsverschillen in deze lijst tussen de verschillende aanbieders zijn echter gering.

Uitgaven oxaliplatin, alle instellingen, 2004-2007



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



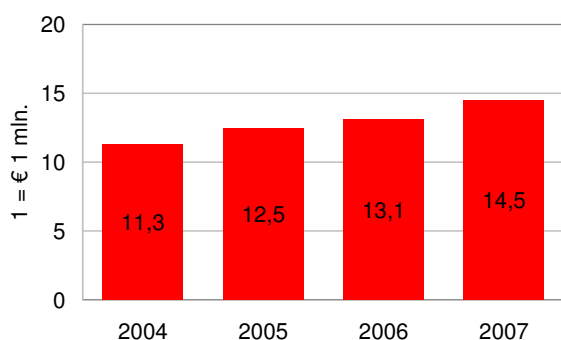
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.2.3. Gemcitabine

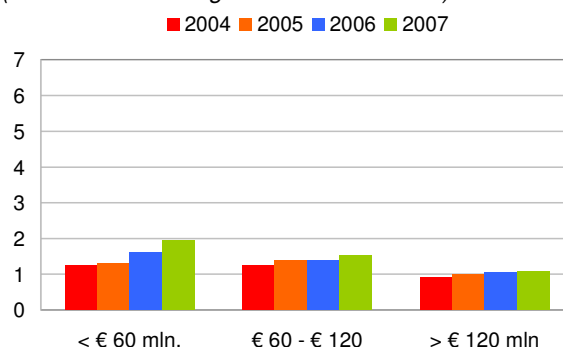
Gemcitabine (Gemzar®) wordt onder meer ingezet bij de behandeling van niet-kleincellig longkanker, alveesklierkanker, blaaskanker of borstkanker. Gemcitabine als concentraat voor infusievloeistof van 200 milligram per flacon kost € 49,-. Een flacon van 1000 milligram kost € 204,-. Gemcitabine is vanaf 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 2007 kwamen de uitgaven aan gemcitabine ten laste van de beleidsregel uit op een bedrag van € 14,5 miljoen. Vanaf medio 2009 zijn er generieke varianten van gemcitabine beschikbaar.

Kosten gemcitabine, alle instellingen, 2004-2007



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

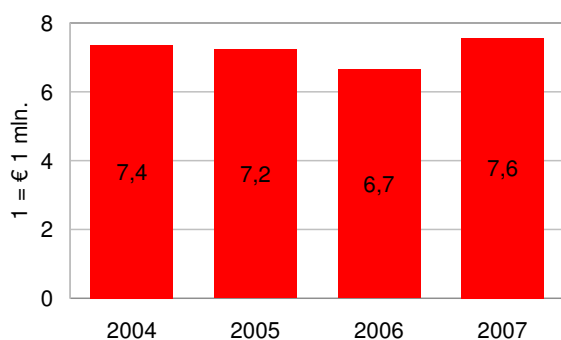


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

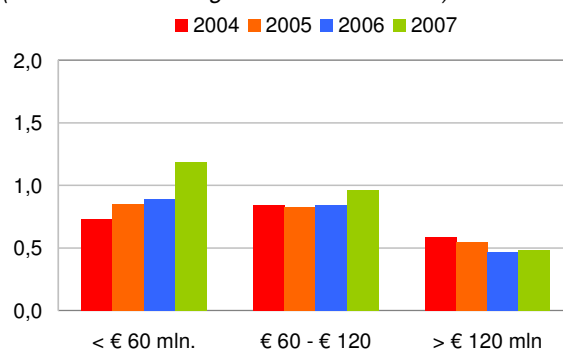
5.2.4. Irinotecan

Voor het eerst sinds 2004 namen de uitgaven aan irinotecan ten laste van de beleidsregel toe tot € 7,6 miljoen. Deze stijging deed zich vooral voor in ziekenhuizen met een budget tot € 60 miljoen. 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 40 milligram een apothekinkoop prijs van €87,-. Irinotecan is vanaf 1 januari 2002 opgenomen in de beleidsregel dure geneesmiddelen. Buiten het ziekenhuis wordt irinotecan niet vergoed.

Uitgaven irinotecan, alle instellingen, 2004-2007



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

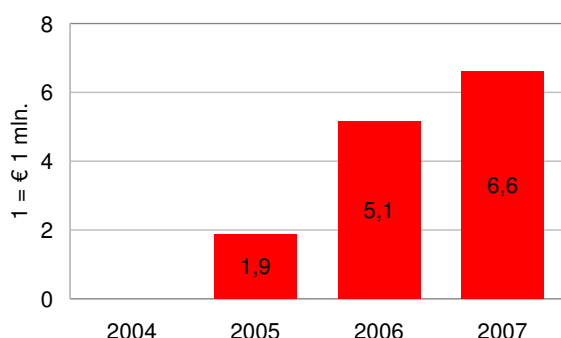


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

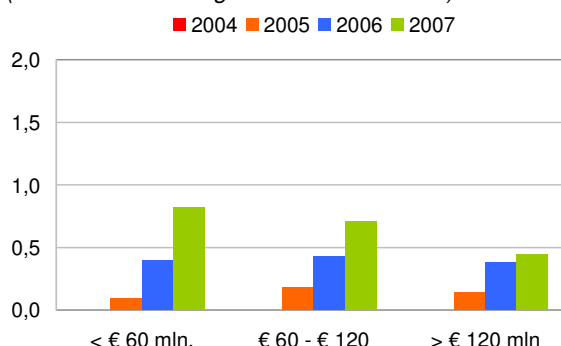
5.2.5. Pemetrexed

Pemetrexed wordt toegepast bij borstvlieskanker. Het middel is sinds 1 januari 2005 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. In 2006 bedroegen de uitgaven aan dit middel € 5,1 miljoen en in 2007 namen deze uitgaven toe tot € 6,6 miljoen.

Uitgaven pemetrexed, alle instellingen, 2004-2007



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

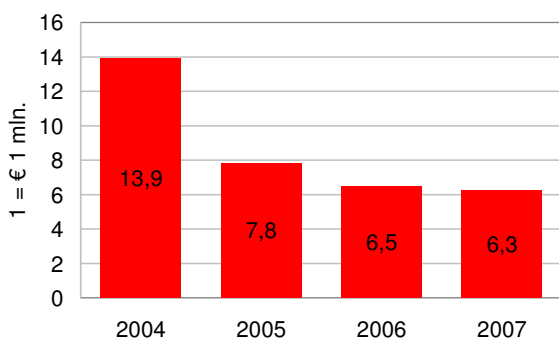


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

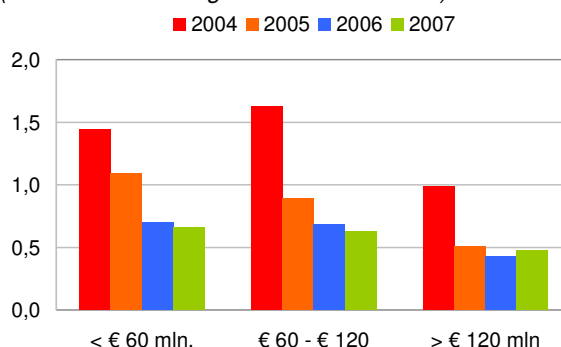
5.2.6. Paclitaxel

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 tot ongeveer € 1.300,- in april 2009. De uitgaven aan paclitaxel daalden van € 13,9 miljoen in 2004 tot € 6,3 miljoen in 2007.

Uitgaven paclitaxel, alle instellingen, 2004-2007



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

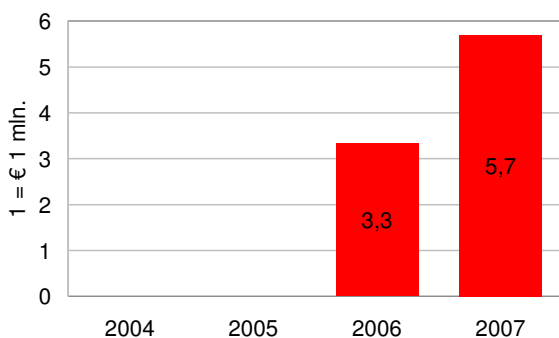


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

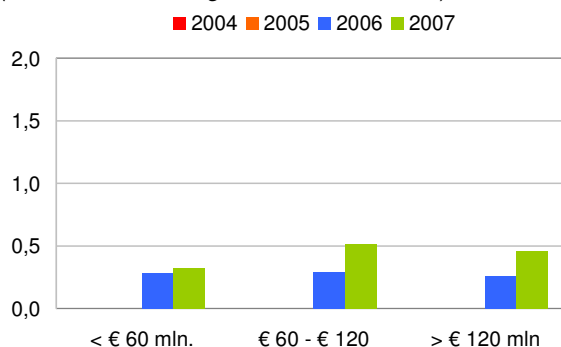
5.2.7. Bortezomib

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 al jaren 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 € 5,7 miljoen in 2007.

Uitgaven bortezomib, alle instellingen, 2004-2007



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

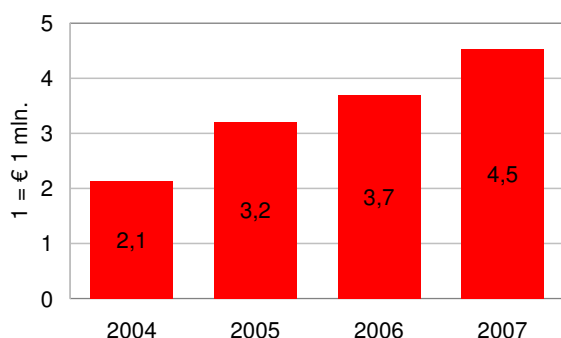


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

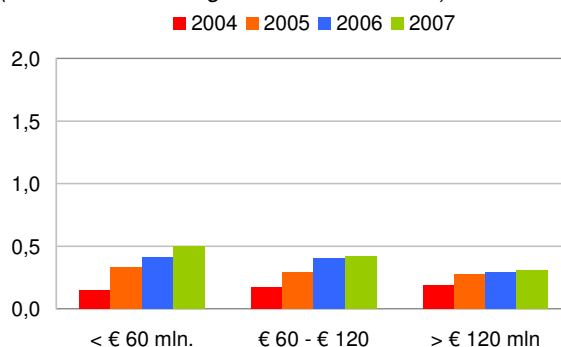
5.2.8. Doxorubicine in gepegyleerde liposomen

Doxorubicine kan worden toegediend als standaard doxorubicine, als doxorubicine in niet-gepegyleerde liposomen (Myocet) en als doxorubicine in gepegyleerde liposomen (Caelyx). Deze laatste vorm wordt toegepast als chemotherapie bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker en een verhoogd risico op hartproblemen. Daarnaast wordt het ook voorgeschreven bij vrouwen met uitgezaaide eierstokkanker bij wie de ziekte voortschrijdt na de standaardbehandeling of die vanwege overgevoeligheid niet met een platinaverbinding kunnen 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 3,7 miljoen in 2006 tot 4,5 miljoen in 2007.

Uitgaven doxorubicine liposomaal, alle instellingen, 2004-2007



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

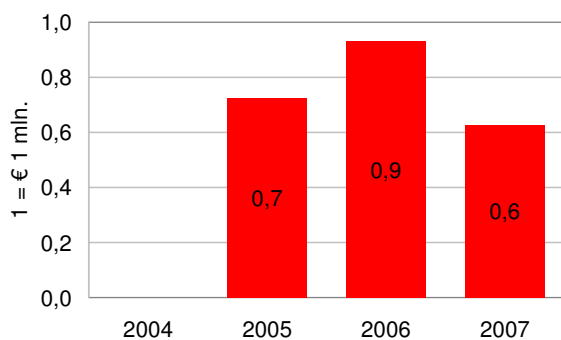


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

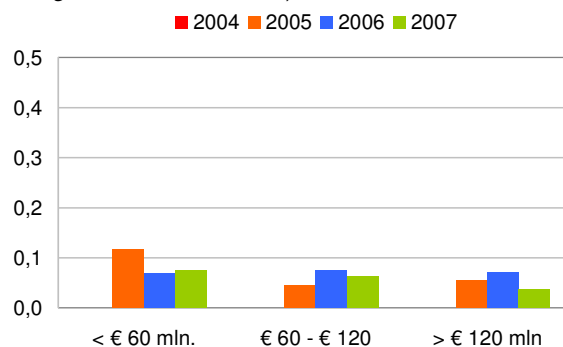
5.2.9. Vinorelbine

Vinorelbine (Navelbine/Navirel) wordt gebruikt voor de behandeling van uitgezaaide borst- of longkanker. Het is per 1 juli 2005 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. Buiten het ziekenhuis wordt vinorelbine niet vergoed. Een flacon van 5 ml met 50 milligram Navelbine of Navirel kost € 94,- respectievelijk € 151,-. 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 € 0,6 miljoen.

Uitgaven vinorelbine, alle instellingen, 2004-2007



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



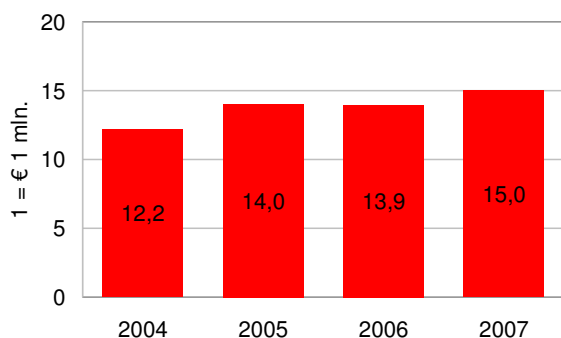
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.3. Immunoglobulinen

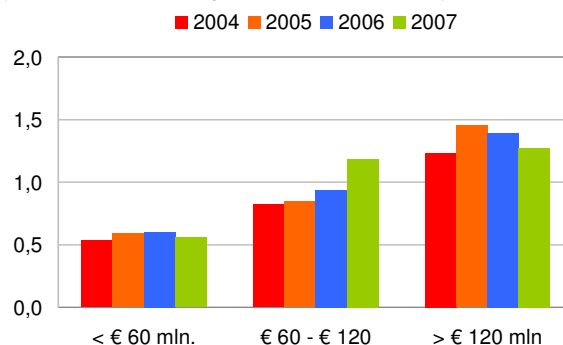
5.3.1. Immunoglobuline i.v.

Intraveneuze toediening van immunoglobulinen vindt plaats bij mensen met een aangetast immuunsysteem. Immunoglobulinen kunnen in de spier (intramusculair), in het onderhuidse weefsel (subcutaan) of in de ader (intraveneus) toegediend worden. Via deze laatste toedieningsweg kunnen hogere doseringen worden toegediend. Alleen intraveneuze vormen van immunoglobulinen zijn sinds 1 januari 2002 in de beleidsregel dure geneesmiddelen opgenomen. De uitgaven ten laste van de beleidsregel waren de afgelopen jaren vrij constant en schommelden tussen de € 12 miljoen en de € 15 miljoen. Intraveneus toegediende immunoglobulinen worden vooral toegepast in de grotere ziekenhuizen.

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



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

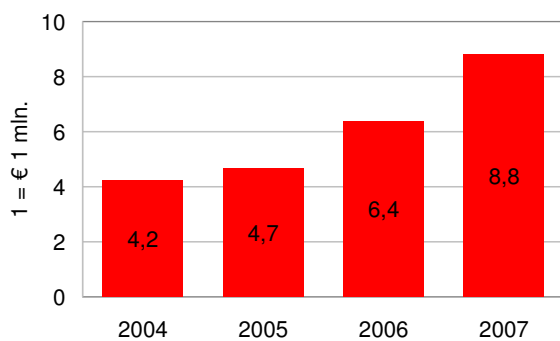


Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Extramuraal

De uitgaven aan intraveneuze toediening van immunoglobulinen buiten het ziekenhuis via openbare apotheken bedroegen € 8,8 miljoen. Dit bedrag is inclusief BTW en exclusief de afleververgoeding. Daar waar de kosten in het ziekenhuis in de periode 2004 tot en met 2006 min of meer stabiel waren, zijn deze buiten het ziekenhuis zowel in 2006 als in 2007 aanzienlijk toegenomen. Buiten het ziekenhuis kwam het aandeel van de intraveneuze toediening ten opzichte van alle toedingsvormen van immunoglobulinen in 2007 op 93 procent.

Uitgaven immunoglobuline i.v. via openbare apotheken, 2004-2007



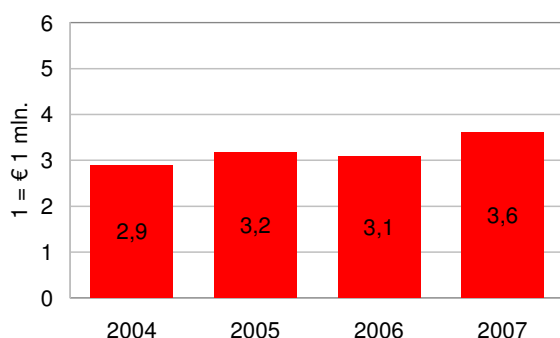
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.4. Spierrelaxantia

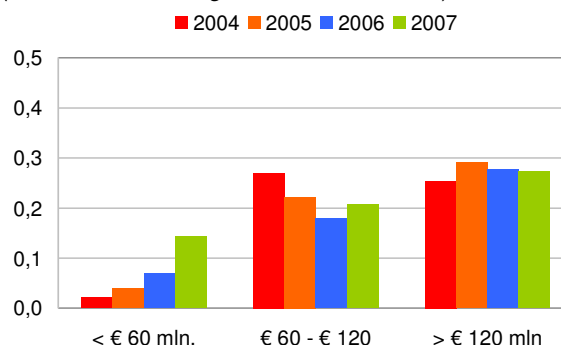
5.4.1. Botulinetoxine

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 procent van deze kosten worden gemaakt binnen revalidatiecentra. Gebruik van botulinetoxine buiten het ziekenhuis wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Kosten botulinetoxine, alle instellingen, 2004-2006



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 2007 verstrekten openbare apotheken bijna 700 voorschriften. Evenals in 2006 bedroegen de bijbehorende uitgaven € 0,7 miljoen (exclusief afleverkosten).

5.5. Oogmiddelen

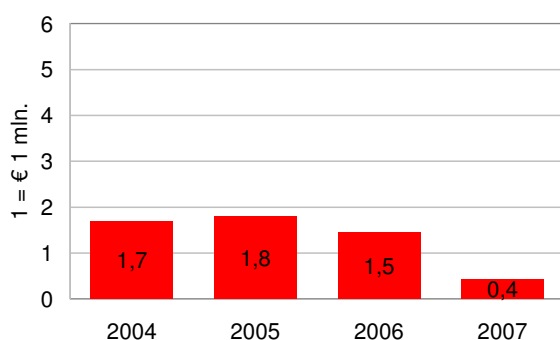
5.5.1. Ranibizumab

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. Dit is 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 is dan de geneesmiddelen die voor leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn geregistreerd.

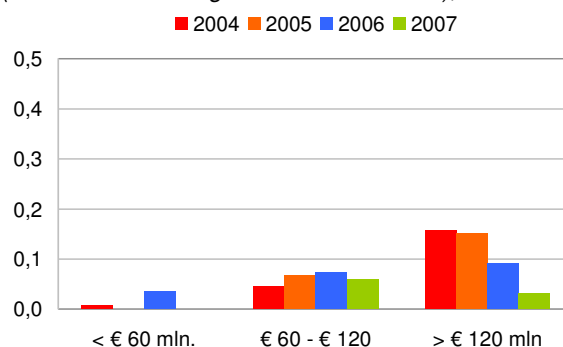
5.5.2. Verteporfin

Evenals het bovengenoemde ranibizumab is verteporfin (Visudyne) geregistreerd voor behandeling van patiënten met exsudatieve (natte) leeftijdsgebonden maculadegeneratie. In 2007 daalden de uitgaven van € 1,5 miljoen in 2006 tot € 0,4 miljoen in 2007. 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, 2004-2007



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



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen

5.5.3. 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 zowel in 2006 als in 2007 geen beroep op deze regeling gedaan.

5.6. Drotrecogin alfa

5.6.1. Drotrecogin alfa

Drotrecogin alfa (Xigris) is geregistreerd voor de behandeling van volwassen patiënten met ernstige sepsis en meervoudig orgaanfalen en wordt toegevoegd aan de standaardbehandeling. Het middel is sinds 1 januari 2006 opgenomen op de beleidsregel dure geneesmiddelen. De uitgaven bedroegen in 2006 € 0,7 miljoen en in 2007 daalden deze tot € 0,6 miljoen. Dit is veel minder dan de verwachting. Het CVZ verwachtte dat de jaarlijkse uitgaven op ongeveer € 3 miljoen zouden uitkomen. De Nederlandse Vereniging voor intensive care schatte dat er jaarlijks ongeveer 1670 patiënten met drotrecogin alfa behandeld zouden worden, met € 13,5 miljoen aan bijbehorende uitgaven.

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, maar 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. Therapeutische hulpstoffen

5.8.1. Palifermin

Palifermin (Kepivance) wordt gebruikt voor het verkorten van de duur en het verminderen van de frequentie en van de ernst van orale mucositis (ontsteking van het 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. 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 procent vergoed door de overheid. Alleen academische ziekenhuizen kunnen van deze beleidsregel gebruik maken. In 2007 bedroegen de kosten ten laste van de beleidsregel weesgeneesmiddelen € 37,3 miljoen. Een jaar eerder kwam deze kosten nog uit op 8,6 miljoen. Het grootste deel van de toename wordt veroorzaakt door één geneesmiddel, namelijk alglucosidase-alfa (Myozyme). Het overige deel van de kostenstijging kan worden verklaard, doordat de beleidsregel is uitgebreid met meer geneesmiddelen

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 € 525,-. Per standaarddagdosering komt dit neer op een bedrag van € 1.050,-. Alglucosidase-alfa 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. Hiermee is alglucosidase-alfa de sterkste kostenstijger van de geneesmiddelen die op de beleidsregels dure of weesgeneesmiddelen staan. De totale netto-inkoopkosten van alglucosidase-alfa blijven in 2007 echter wel binnen de kostenprognose van het CVZ van ongeveer € 30 miljoen.

6.2. Agalsidase-beta

Agalsidase-beta (Fabrazyme) is sinds 1 januari 2007 op de beleidsregel weesgeneesmiddelen opgenomen en wordt ingezet bij de ziekte van Fabry. De uitgaven aan agalsidase-beta bedroegen € 6 miljoen. Dit bedrag komt vrijwel overeen met 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 mucopolysacharidose 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 bedroegen in 2006 € 4,6 miljoen. In 2007 namen deze toe tot € 5,5 miljoen.

6.4. Agalsidase-alfa

Evenals het bovengenoemde agalsidase-beta wordt agalsidase-alfa (Replagal) ingezet bij de ziekte van Fabry. De uitgaven aan alglucosidase-alfa bedroegen € 3,5 miljoen. Dit bedrag komt vrijwel overeen met de kostenprognose van het CVZ.

6.5. Idursulfase

Idursulfase (Elaprase) is een weesgeneesmiddel, dat werd ontwikkeld voor de langdurige behandeling van het syndroom van Hunter. In 2007 kwamen de uitgaven aan dit middel uit op € 1,9 miljoen.

6.6. Galsulfase

Galsulfase (Naglazyme) is op de beleidsregel weesgeneesmiddelen opgenomen voor de behandeling van patiënten met het syndroom van Maroteaux-Lamy. In 2007 bedroegen de uitgaven aan dit middel € 0,2 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
drs. M.R.Th.W (Martijn) Sanders, VWS (voorzitter)
M. (Margreet) Schreurs, VWS
dr. A. (Adri) Steenhoek, iBMG/ErasmusMC
drs. J.L (Léon) Tinke, SFK
R.J. (Ronald) van der Vaart, SFK
drs. V.F. (Victor) Verrijp, NFU

Bijlage 2: Lijst van stofnamen

beleidsregel dure geneesmiddelen	ingangsdatum
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

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

Bijlage 3: Figuur netto-inkoopkosten dure- en weesgeneesmiddelen

