

Bijlage 1 Monitor msz 2020-2021 gegevens per analyse

Versie 1

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Soort document:

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 01-06-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 31-05-2021

Taal: nl

Inhoudsopgave

1	Totale uitgaven msz.....	4
1.1	In kaart.....	4
1.2	Dure geneesmiddelen binnen msz.....	5
1.2.1	Resultaat financiële arrangementen VWS.....	5
1.2.2	Oorzaak uitgavenstijging binnen dure geneesmiddelen.....	6
1.2.3	De top 25 geneesmiddelen.....	12
2	Overzicht totale uitgaven, patiënten en uitgaven per patiënt in de msz per diagnosegroepen....	20
2.1	Concurrentie in diagnosegroepen.....	22
3	Prijsanalyse van dure geneesmiddelen.....	24
3.1	Onderhandelresultaten naar type instelling.....	25
3.2	Onderhandelresultaten naar type geneesmiddel.....	26

1 Totale uitgaven msz

1.1 In kaart

In dit hoofdstuk worden de uitgaven voor zorggebruik in de medisch specialistische zorg (msz) in kaart gebracht. Voor zover niet anders aangegeven kijken we daarbij naar de bedragen die door de zorgaanbieders van msz bij verzekeraars gedeclareerd zijn. Met uitzondering van tabel 1 en 2, houden we daarbij geen rekening met eventuele kortingen die bijvoorbeeld door de VWS bedingt worden. In de bijlage - methode en bronnen - wordt dit verder toegelicht. Hierin staat ook de indeling van de add-on geneesmiddelen weergegeven en zijn verschillende analyses in meer detail uitgelegd.

Tabel 1 laat zien dat de afgelopen jaren de uitgaven aan msz steeds verder zijn gestegen, tot ruim €25 miljard in 2019. Daarmee liggen de totale uitgaven 4% hoger dan in 2018. Exclusief dure geneesmiddelen was deze toename lager en lag deze in 2019 op 3,6%. Daarmee was de groei in 2019 gelijk aan het jaar ervoor. Een deel van deze toename per 2019 is toe te schrijven aan de verhoging van het btw-tarief van 6% naar 9%, de impact van deze maatregel is echter onduidelijk. In het HLA msz 2019-2022 is gerekend met compensatie van een effect van € 60 miljoen.

Tabel 1: Uitgavenontwikkeling msz en dure geneesmiddelen

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totale uitgaven msz inclusief dgm, exclusief verrekening € mln.*	22.112	22.290	22.501	23.119	23.279	24.244	25.202
Totale uitgaven dure geneesmiddelen (inclusief extramurale uitgaven) mln. euro	1.599	1.727	1.838	1.964	2.095	2.305	2.475
Nog te betalen/verrekenen mln. euro	-16	-42	-61	-80	-49	-65	-62
Na verrekening mln. euro	1.583	1.685	1.777	1.884	2.046	2.240	2.413
Totale uitgaven msz ex dgm	20.529	20.605	20.724	21.235	21.233	22.004	22.789
Aandeel uitgaven dure ge-	7,2	7,6	7,9	8,1	8,8	9,2	9,6

neesmid- delen (%)							
Toename uitgaven dure ge- neesmid- delen (%)		6,5	5,4	6	8,6	9,5	7,7
Toename totale uit- gaven msz ex dgm (%)		0,4	0,6	2,5	0	3,6	3,6
Toename totale uit- gaven msz incl dgm (%)		0,8	0,9	2,7	0,7	4,1	4

* Deze cijfers zijn exclusief verrekeningen, daarmee zijn deze cijfers (en de groeicijfers op totaal msz niveau) niet een-op-een vergelijkbaar met de afgesproken groeicijfers in de HLA msz. In de methodische bijlage wordt dit verder toegelicht.

Bronnen: Vektis, GIP-data.

1.2 Dure geneesmiddelen binnen msz

De totale uitgaven aan dure geneesmiddelen zijn in 2019 € 2,475 miljard. Het bedrag in 2019 'na verrekening' is gebaseerd op het bedrag dat in de meest recente staten van de zorgverzekeraars is verantwoord. Daarmee liggen de uitgaven 7,7% hoger dan in 2018. Het bedrag aan totale uitgaven medisch-specialistische zorg is exclusief verrekeningen, in de methodische bijlage wordt dit uitgebreider toegelicht.

Het aandeel van dure geneesmiddelen in de totale msz stijgt van 9,2% in 2018 naar 9,6% in 2019. Omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen sneller stijgen dan de overige zorg zal dit aandeel naar alle waarschijnlijkheid verder gaan toenemen.

De toename van de uitgaven aan dure geneesmiddelen in 2019 van 7,7% ligt lager dan de toename in de afgelopen twee jaar, waarbij het groeicijfers 2019 beïnvloed wordt door de btw verhoging van 3%. De belangrijkste verklaring voor de daling van dit groeicijfer is de introductie en het toenemende gebruik van biosimilars. Hiervan worden de effecten in 2019 voor het eerst goed zichtbaar.

De oorzaken van de groeiende uitgaven aan dure geneesmiddelen worden in paragraaf 1.2.2 'Oorzaak uitgavenstijging binnen dure geneesmiddelen' verder toegelicht.

1.2.1 Resultaat financiële arrangementen VWS

De Minister van VWS is eind 2012 gestart met het afsluiten van financiële arrangementen bij de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. De minister beoogt hiermee de prijs en uitgaven aan bepaalde dure geneesmiddelen tot aanvaardbare niveaus terug te brengen en deze zorg op financieel verantwoorde wijze in het basispakket beschikbaar te stellen voor patiënten. De Minister heeft in 2020 bekend gemaakt wat de gerealiseerde uitgavenverlaging was als gevolg van de financiële arrangementen over de jaren 2016, 2017, 2018 en 2019 (deels gebaseerd op voorlopige gegevens). De gerealiseerde uitgavenverlagingen is berekend op basis van de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars gedeclareerde volumes en de door de leverancier ingediende vraagprijs (apothek inkoop prijs), zonder prijsverlaging of korting. In 2019 zijn er voor 15 intramurale add-ongeneesmiddelen financiële arrangement afspraken gemaakt.

Zonder afsluiting van deze arrangementen zouden de uitgaven in 2019 voor deze geneesmiddelen € 609,3 miljoen zijn geweest. De totale uitgaven verlaging van de financiële arrangementen bedraagt € 276.6 miljoen, gemiddeld genomen is er in 2019 dus een korting van circa 45,4% behaald op de intramurale add-ongeneesmiddelen in de financiële arrangementen. Omdat de criteria voor financiële arrangementen openbaar zijn, kunnen leveranciers de vraagprijs met het oog op deze arrangementen strategisch bepalen. Of en in hoeverre dit gebeurt, hebben wij geen zicht op.

Tabel 2: Overzicht financiële arrangementen VWS (€ mln.)

	2016	2017	2018	2019
Intramurale geneesmiddelen	25,1	73,3	153,4	276,6
Extramurale geneesmiddelen	82,2	61,8	119,9	158,2
Totale uitgavenverlaging	107,3	135,1	273,4	434,7

Bronnen: kamerbrief.

Tussen 2016 en 2019 is het aantal aan (intramurale) financiële arrangementen toegenomen, van negentien (waarvan vijf intramurale) arrangementen in 2016 naar vijftientwintig (waarvan vijftien intramurale) arrangementen in 2019. De totale uitgavenverlaging is hiermee ook toegenomen van € 107 miljoen naar € 435 miljoen.

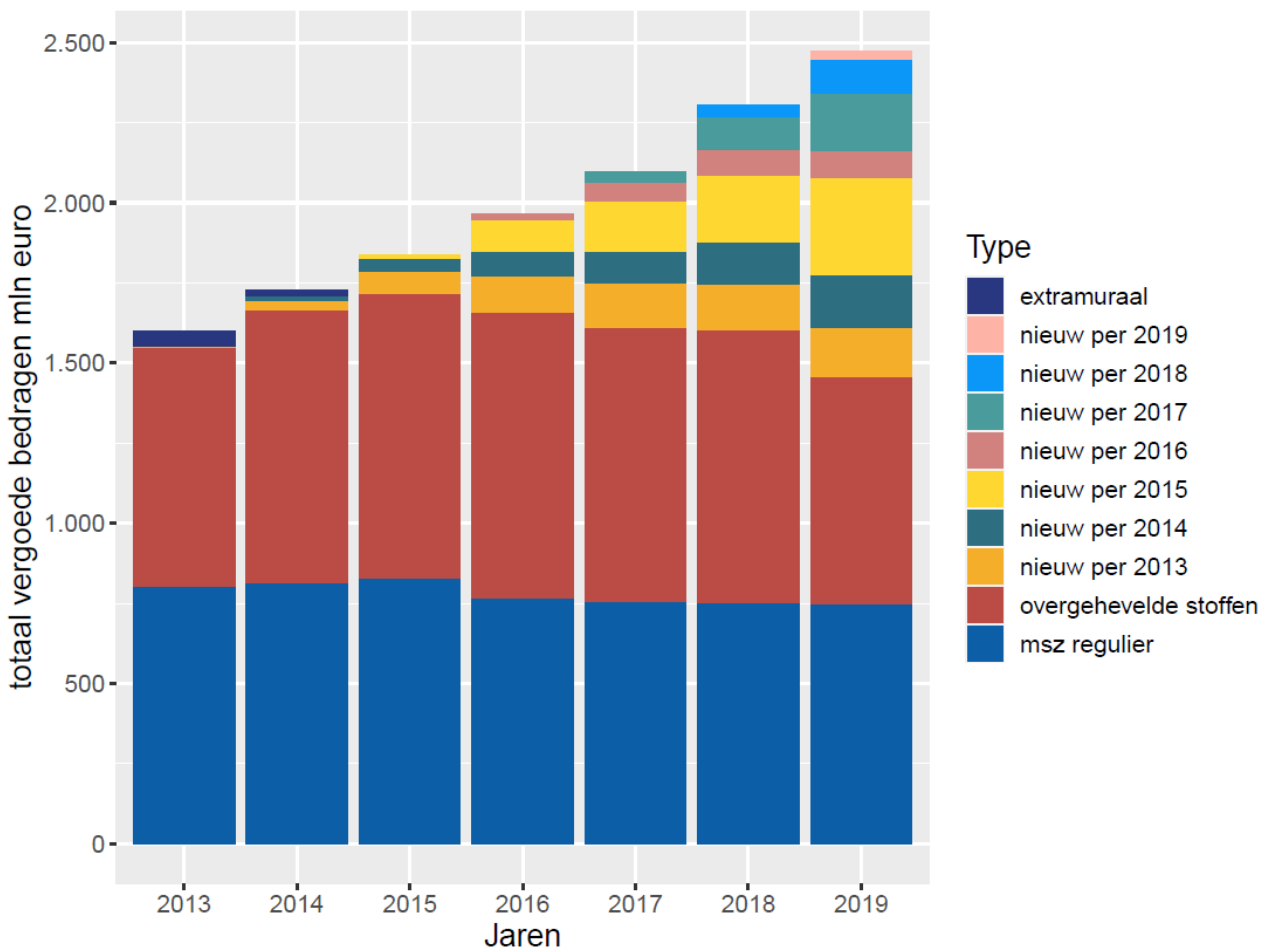
1.2.2 Oorzaak uitgavenstijging binnen dure geneesmiddelen

Zoals eerder aangegeven in tabel 1 stijgen de geneesmiddelen uitgaven. Deze stijging wordt door verschillende factoren veroorzaakt. Dit zijn onder andere een groei aan uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen en doorgevoerde beleidswijzigingen. Daartegenover staat dat het ontstaan van concurrentie voor verschillende geneesmiddelstoffen zorgt voor een daling van uitgaven van deze geneesmiddelen. Hieronder lichten we deze punten toe.

Zoals figuur 1 laat zien gaven we in 2019 € 1.021 miljoen uit aan geneesmiddelen die tussen 2013 en 2019 nieuw geïntroduceerd zijn in Nederland. Dit is 41% van de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen in 2019. In 2018 lag dit aandeel nog op 31%. De uitgaven aan nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen nemen na introductie substantieel toe. Dit wordt veroorzaakt door een combinatie van een groeiend aantal patiënten (volume) en hoge uitgaven per patiënt (prijs). Tabel 4 (paragraaf 1.2.3) laat zien dat 9 van de 25 geneesmiddelen met de hoogste totale uitgaven in 2019 'nieuw per 20xx' geneesmiddelen zijn.

De groep 'overgehevelde stoffen' bestaat uit geneesmiddelen die zijn overgeheveld uit het extramurale kader (budgettair kader Farmaceutische zorg) naar het intramurale kader (budgettair kader Geneeskundige zorg). De groep 'extramuraal' laat de uitgaven zien van de overgehevelde geneesmiddelen in het extramurale kader, voordat ze werden overgeheveld, t.b.v. de vergelijkbaarheid van de cijfers over de jaren heen. De geneesmiddelen in de groep 'msz regulier', zijn intramurale geneesmiddelen waarvoor al voor 2012 een aparte prestatie bestond. In de bijlage (bronnen en methode) staat de indeling per geneesmiddel stof aangegeven.

Figuur 1: Totale uitgaven dure geneesmiddelen in msz naar ontstaanstype per jaar (mln. €)



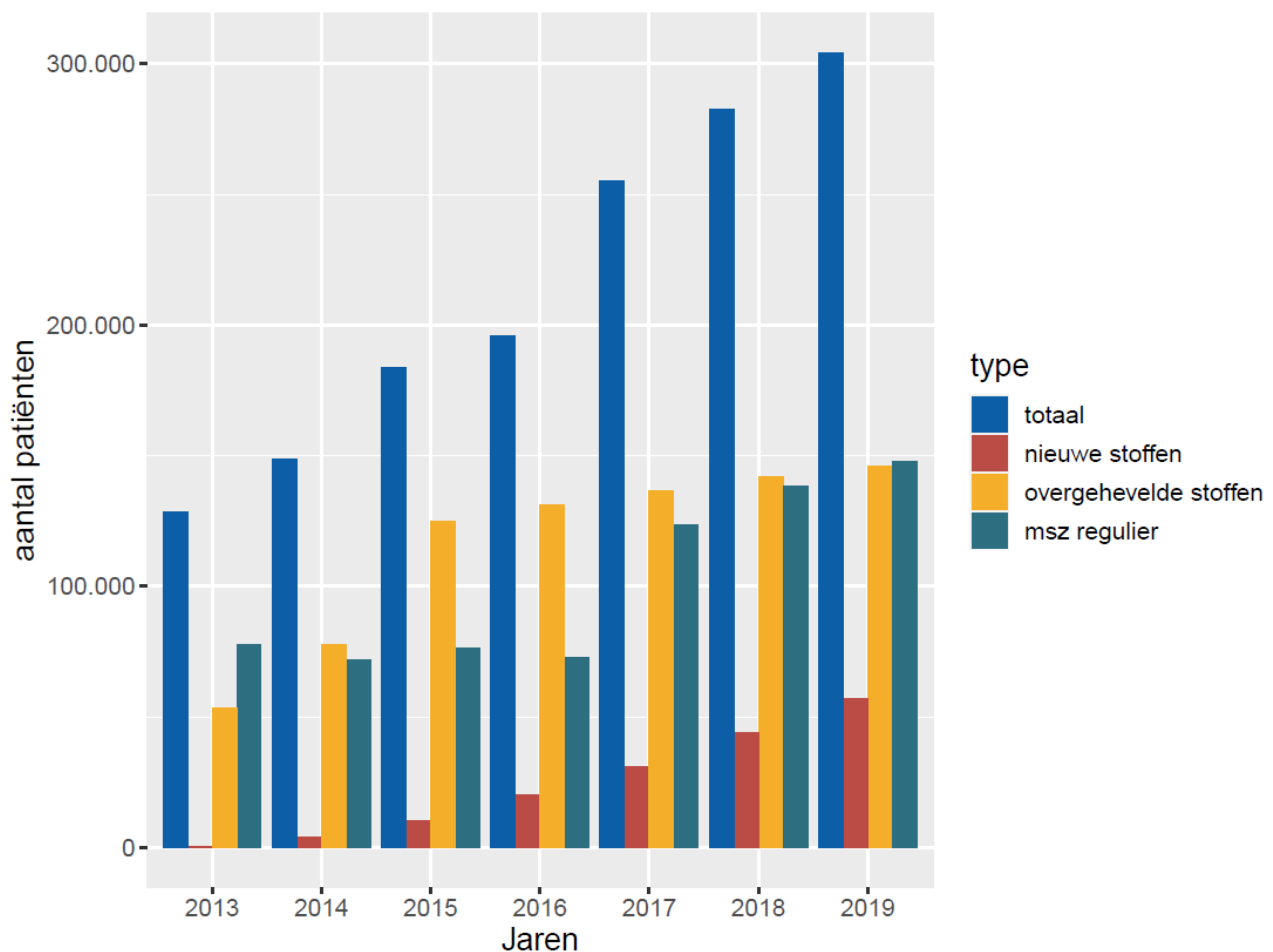
Bronnen: Vektis, GIP-data.

Stijging aantal patiënten

In figuur 2 is te zien dat het aantal unieke patiënten wat tussen 2013-2019 nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen (rode staaf) krijgt de laatste jaren fors stijgt. Dit wordt veroorzaakt door een combinatie van 'uptake' van de geneesmiddelen (mensen gaan het nieuwe geneesmiddel gebruiken), indicatie uitbreidingen (het geneesmiddelen wordt ook bij andere patiëntengroepen inzetbaar) en een toename van het aantal patiënten an sich per patiëntengroep.

De toename per 2015 en 2017 voor respectievelijk de staven 'overgehevelde stoffen' en 'msz regulier' lichten wij toe in paragraaf X.

Figuur 2: Unieke aantal patiënten per type geneesmiddel per jaar



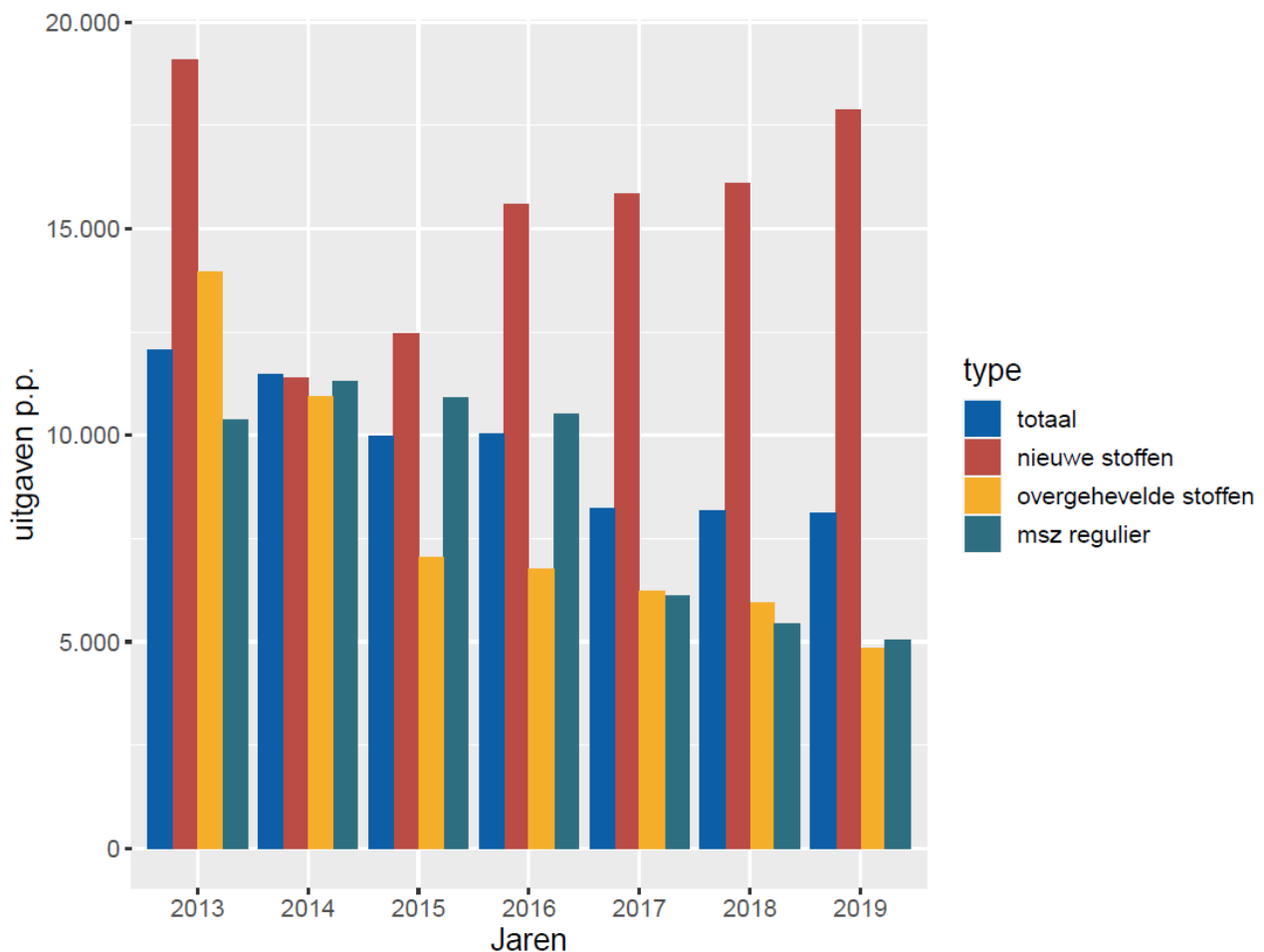
Hier zijn de 'nieuw per 20xx' categorieën samengevoegd. Patiënten zijn uniek per staaf en kunnen in meerdere staven voorkomen, daarom telt het totaal van de drie onderliggende categorieën niet op tot de staaf 'totaal'.

Bronnen: Vektis

Hoge prijzen nieuwe geneesmiddelen

Figuur 3 laat zien dat de uitgaven per patiënt van de groep 2013-2019 nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen gemiddeld ruim 3,6 keer hoger zijn dan van de groepen 'msz- regulier' of 'overgehevelde stoffen'. In 2019 bedroegen de kosten per patiënt voor nieuwe geneesmiddelen ('nieuwe stoffen') gemiddeld € 17.876. Voor 'msz-regulier' was dit € 5.057 en voor overgehevelde geneesmiddelen € 4.834. Tabel 4 (paragraaf 1.2.3) laat zien dat 13 van de 25 geneesmiddelen met de hoogste uitgave per unieke patiënt in 2019 'nieuw per 20xx' zijn, waarvan 3 geneesmiddelen zijn geïntroduceerd in 2019. In combinatie met de sterk toegenomen patiëntenaantallen, zijn de groep 2013-2019 nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen voor een groot deel verantwoordelijk voor de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen de afgelopen jaren.

Figuur 3: Uitgaven per unieke patiënt per type geneesmiddel



Hier zijn de 'nieuw per 20xx' categorieën samengevoegd. Patiënten zijn uniek per staaf en kunnen in meerdere staven voorkomen, daarom telt het totaal van de drie onderliggende categorieën niet op tot de staaf 'totaal'.

Bronnen: Vektis

Beleidswijzigingen

Wijzigingen in beleid hebben een grote impact gehad op de dure geneesmiddelenmarkt de afgelopen jaren. In de bijlage (bronnen en methoden) is een compleet overzicht opgenomen van de beleidswijzigingen. De belangrijkste beleidswijzigingen van de afgelopen jaren zijn:

- de btw-verhoging per 2019 van 6 naar 9%;
- de overheveling van een relatief grote groep oncolytica geneesmiddelen per 2015;
- de wijziging van het declaratiesysteem per 2017.

De NZa heeft naar aanleiding van de btw-verhoging de maximumtarieven van add-ongeneesmiddelen met 3% verhoogd. Het is onbekend of en welke invloed de btw-verhoging heeft op de geneesmiddelenuitgaven.

De overheveling en de wijziging van het declaratiesysteem hebben met name gezorgd voor een forse stijging van het aantal intramuraal behandelde patiënten met een duur geneesmiddel.

In de jaren 2012-2015 heeft de minister van VWS groepen geneesmiddelen (waaronder middelen tegen reuma en kanker) die tot dan toe werden bekostigd binnen het GVS (budgettair kader Farmaceutische zorg - budget A) overgeheveld naar de ziekenhuizen (budgettair kader Geneeskundige zorg - budget B). Met name geneesmiddelen die per 2015 zijn overgeheveld (de groep 'overige oncolytica'), hadden een groot

aantal unieke patiënten en relatief lage uitgaven per patiënt. Deze groep geneesmiddelen heeft hierdoor een verlagend effect op de gemiddelde uitgaven per intramurale patiënt.

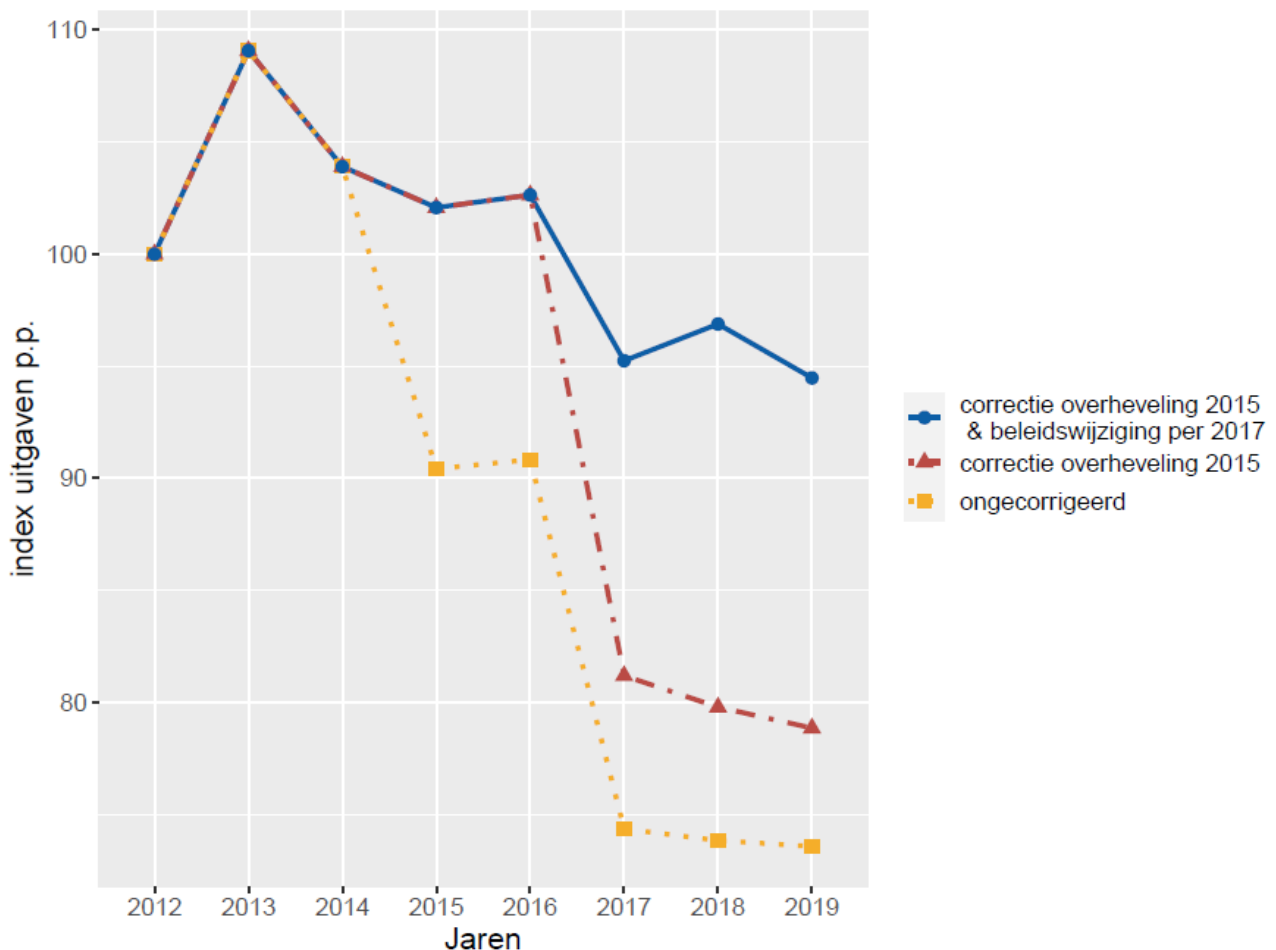
In 2017 is een verandering van het declaratiesysteem van intramurale geneesmiddelen door de NZa doorgevoerd. Vóór 2017 kon een ziekenhuis alleen een specifieke combinatie van een geneesmiddel met een indicatie (de aandoening waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven) apart declareren als add-ongeneesmiddel. Niet voor alle mogelijke aandoeningen was namelijk een aparte add-on prestatie vastgesteld. Vanaf 2017 declareert een ziekenhuis een add-ongeneesmiddel - ongeacht de indicatie - als aparte prestatie. Wel is het ziekenhuis verplicht om op de factuur aan te geven voor welke indicatie dat add-ongeneesmiddel is voorgeschreven. Door deze wijziging wordt een add-ongeneesmiddel waarschijnlijk bij meer indicaties apart gedeclareerd dan voor 2017 en daarmee kan het tot een groter gemeten volume (meer gebruik) leiden. Deze wijziging had met name een grote impact op de geneesmiddelen in de categorie 'msz regulier'.

De effecten van de beleidswijzigingen op de uitgaven en volumemetingen die wij doen in deze monitor zijn duidelijk terug te zien in figuur 2 en 3. Een sterke stijging van het aantal unieke patiënten en een daling van de uitgaven per unieke patiënt.

In figuur 4 laat de index (2012 = 100%) de ontwikkeling zien van de uitgaven per unieke patiënt gecorrigeerd voor de overheveling per 2015 en de wijziging van het declaratiesysteem per 2017. Ongecorrigeerd daalden de uitgaven per patiënt van 2012 naar 2019 met ruim 26%. Echter als je corrigeert voor de grote instroom in de meting van patiënten per 2015 en 2017, dan blijft er maar een daling over van circa 5,5%. Verreweg het grootste deel van de daling van de uitgaven per patiënt tussen 2012 en 2019 is dus veroorzaakt door oorzaken van buitenaf. Deze beleidswijzigingen hebben dus grote invloed op de gerapporteerde hoogte van de jaarlijkse uitgaven en patiëntaantallen, terwijl het niet hoeft te betekenen dat de patiëntenzorg is veranderd.

Dat ondanks de correctie voor de twee grote beleidswijzigingen er nog steeds een kleine daling zichtbaar is wordt waarschijnlijk veroorzaakt door sterke onderliggende trends. Zo is er onder andere ook een toename te zien van het aantal patiënten wat relatief goedkope geneesmiddelen gebruikt, zichtbaar in figuur 2 als de groei van de gele en turquoise staven de afgelopen jaren. Dit kan een gevolg zijn van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Ook zorgen de resultaten van de financiële arrangementen voor lagere uitgaven per patiënt per jaar. Daarnaast is een toename van de concurrentie voor een aantal van de geneesmiddelen die hoog in de top 25 (zie tabel 4) stonden een belangrijke factor, hieronder wordt daar verder op in gegaan.

Figuur 4: Index (2012 = 100%) ontwikkeling uitgaven dure geneesmiddelen per unieke patiënt op totaal niveau, gecorrigeerd voor grote beleidswijzigingen



Bronnen: Vektis

Concurrentie

Tegenover de toename aan uitgaven voor nieuwe geneesmiddelen staat dat de uitgaven aan overgehevelde stoffen in 2019 17% lager zijn dan in 2018 (zie figuur 1). Deze afname is vooral aan een groep geneesmiddelen toe te schrijven die per 2012 zijn overgehevelde. Binnen deze groep, bestaande uit 8 anti-reumatica geneesmiddelen, werden biosimilars geïntroduceerd: infliximab (2015), etanercept (2016) en adalimumab (eind 2018). Hierdoor zijn ondanks stijgende patiëntenaantallen de totale uitgaven gedaald. De daling in de totale uitgaven voor deze geneesmiddelen is ook terug te zien in tabel 4, waar adalimumab en etanercept ten opzichte van het voorgaande jaar lager in de ranking zijn komen te staan.

De positieve effecten van concurrentie op de totale geneesmiddelenuitgaven is te zien in tabel 3. Hier maken we onderscheid tussen geneesmiddelen afkomstig van één of meerdere fabrikanten. Met concurrentie bedoelen wij in deze context dus het bestaan van meer dan één fabrikant per geneesmiddel. Daarbij houden we geen rekening ermee dat verschillende stoffen voor eenzelfde indicatie ingezet zouden kunnen worden. De stijgende uitgaven op totaal niveau worden duidelijk veroorzaakt door sterk groeiende uitgaven van stoffen zonder concurrentie. Bij deze groep zien we tussen 2018 en 2019 een toename van 27,7% in totale uitgaven, het aantal patiënten groeide met van 15,1% en de uitgaven per patiënt namen met 10,9% toe.

Daarentegen zien we bij de geneesmiddelen mét concurrentie dat, ondanks dat de patiëntenaantallen toenamen, de totale uitgaven daalden, door sterk dalende uitgaven per patiënt. De grootste daling in uitgaven per patiënt is terug te zien in de groep geneesmiddelen met concurrentie vanaf 2018. Hier daalden de uitgaven per patiënt met bijna 56%. Deze daling wordt grotendeels (rond 85% van de daling oftewel € 128 miljoen) veroorzaakt door de eerdergenoemde introductie van biosimilars.

Tabel 3: Overzicht uitgavenontwikkeling voor geneesmiddelen met één (zonder concurrentie) of meerdere fabrikanten per stofnaam (concurrentie vanaf 20XX)

Begin concurrentie	Totale uitgave 2019 in mln. Euro	Aantal pat 2019	Uitgaven pp 2019	Toename totale uitgaven t.o.v. 2018	Toename totaal aantal pat t.o.v. 2018	Toename uitgaven pp t.o.v. 2018
concurrentie vanaf 2017 of eerder	505	163.869	3.082	-12,3%	2,0%	-14,0%
concurrentie vanaf 2018	146	33.090	4.424	-50,6%	12,1%	-55,9%
concurrentie vanaf 2019	20	844	23.932	-0,4%	6,2%	-5,4%
zonder concurrentie	1.801	139.205	12.939	27,7%	15,1%	10,9%

Bronnen: Vektis, Z-index

1.2.3 De top 25 geneesmiddelen

De top 25 geneesmiddelen met de hoogste totale uitgaven zijn goed voor ruim 62% van de totale geneesmiddelen uitgaven. Van deze 25 geneesmiddelen zijn 14 oncolytica die bij elkaar ruim 35% van de totale uitgaven bevatten. Vergeleken met 2018 zien we dat de voormalige koploper adalimumab en etanercept dit jaar lager in de ranking te staan komen. Hun totale uitgaven is ongeveer om de helft gedaald.

Tabel 4: Top 25 totale uitgaven per stofnaam

Rang 2019 (2018)	Werkzame stof	Geneesmiddel groep	Ontstaan	Totale uitgaven (€ duizenden)
1 (5)	pembrolizumab*	Oncolytica	Nieuw per 2015	160.331
2 (2)	lenalidomide	Oncolytica	Overgeheveld	136.688
3 (4)	infliximab	Anti-reumatica	Overgeheveld	89.292
4 (1)	adalimumab	Anti-reumatica	Overgeheveld	89.070
5 (10)	nivolumab*	Oncolytica	Nieuw per 2015	83.344
6 (8)	aflibercept	Oogziekten	Nieuw per 2014	75.771
7 (6)	factor viii	Stollingsfactor	msz regulier	72.121
8 (35)	daratumumab*	Oncolytica	Nieuw per 2017	69.525
9 (3)	etanercept	Anti-reumatica	Overgeheveld	66.509
10 (11)	alglucosidase alfa*	Stofwisselingsziekten	msz regulier	63.542
11 (9)	enzalutamide	Oncolytica	Nieuw per 2013	63.089
12 (13)	ustekinumab	Anti-reumatica	Overgeheveld	61.104
13 (12)	bevacizumab	Oncolytica	msz regulier	54.190
14 (7)	trastuzumab	Oncolytica	msz regulier	50.451

15 (15)	immunoglobuline, normaal, intravasculair	Immunoglobulinen	msz regulier	45.365
16 (14)	rituximab	Oncolytica	msz regulier	40.006
17 (17)	eculizumab*	Overig	msz regulier	37.937
18 (25)	pemetrexed	Oncolytica	msz regulier	37.858
19 (19)	ruxolitinib	Oncolytica	Overgeheveld	37.450
20 (18)	palbociclib*	Oncolytica	Nieuw per 2017	37.421
21 (16)	pertuzumab*	Oncolytica	Nieuw per 2013	36.769
22 (23)	ibrutinib	Oncolytica	Nieuw per 2014	36.739
23 (21)	vedolizumab	Overig	Nieuw per 2014	36.431
24 (24)	omalizumab	Astma	msz regulier	32.818
25 (28)	abirateron	Oncolytica	Overgeheveld	31.206

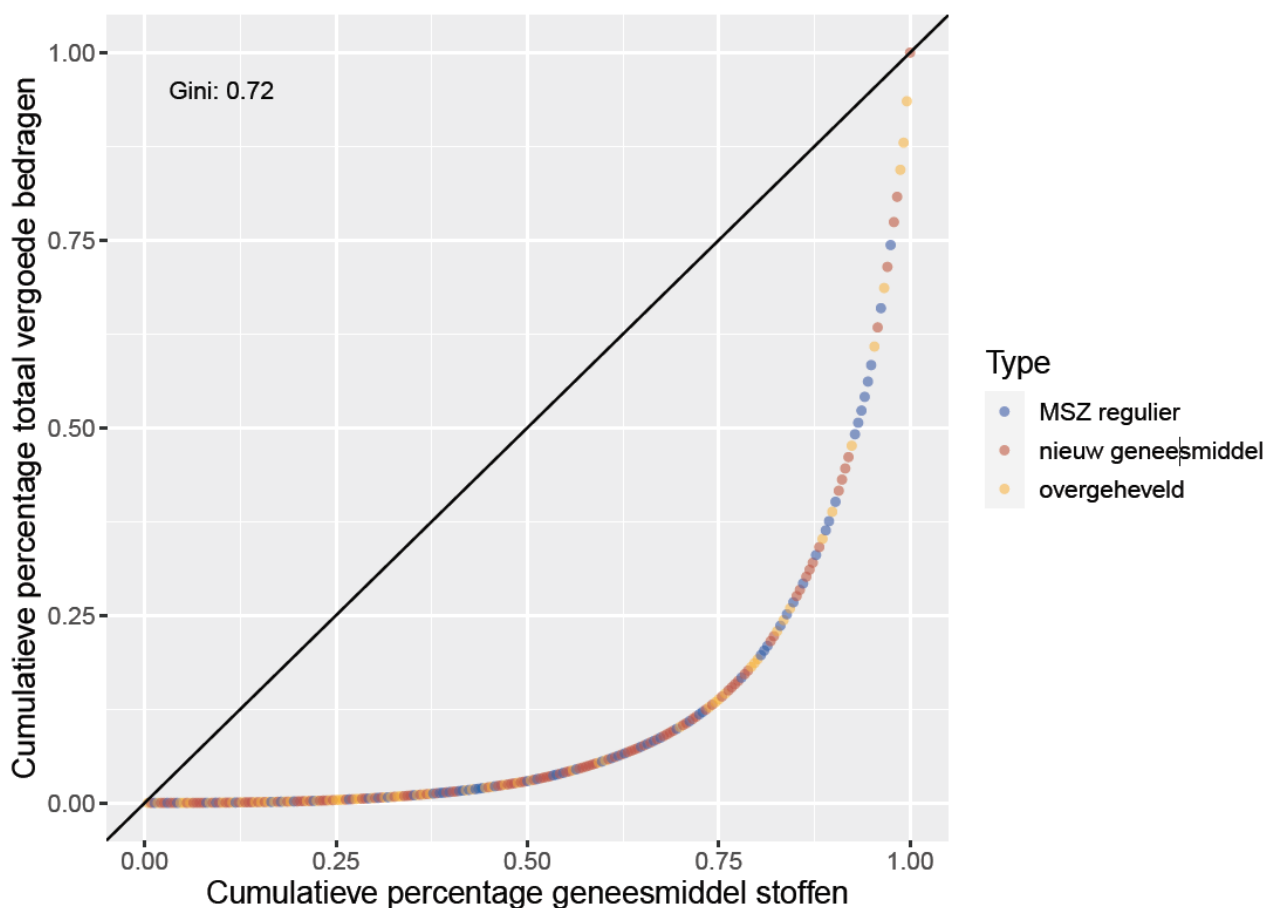
* Voor deze werkzame stoffen lopen er in 2019 financiële arrangementen tussen het ministerie van VWS en de betreffende fabrikanten.

Bronnen: Vektis

In figuur 5 hebben we alle stofnamen op een rijtje gezet in een Lorentz curve. Daarbij hebben we de stofnamen gesorteerd naar hun totale uitgaven, van laag naar hoog. Hiertegenover zetten we hun cumulatieve uitgaven, weergegeven als percentageel aandeel aan de totale uitgaven voor dure geneesmiddelen. Hoe dichter de curve bij de diagonale lijn ligt, hoe gelijkmatiger de uitgaven zijn verdeeld over alle geneesmiddelen.

De Lorentz curve laat een zeer scheve verdeling zien en bevestigt dat 81% van de geneesmiddelen uitgaven wordt veroorzaakt door 20% van de geneesmiddelen. Deze groep bestaat voor een derde uit oncolytica waar geen concurrentie binnen de werkzame stof aanwezig is.

Figuur 5: Lorentz curve van de verdeling van de uitgaven per stofnaam



Bronnen: Vektis

Kijken we naar de uitgaven per patiënt, dan zien we een vergelijkbaar beeld als in 2018. Deze lijst wordt gedomineerd door geneesmiddelen voor stofwisselingsziekten (8), gevolgd door stollingsfactoren (6) en oncolytica (5). Tisagenlecleucel, een geneesmiddel wat in 2019 geïntroduceerd werd voor immunotherapie bij kanker komt in het jaar van introductie op plek 6 te staan. De geneesmiddelen patisiran, caplacizumab en limbale stamcellen staan dit jaar ook voor het eerst in de lijst.

Veel van deze stoffen komen niet voor in de top 25 tabel met de hoogste totale uitgaven, omdat veel van deze stoffen aan een relatief klein aantal patiënten wordt gegeven.

Tabel 5: Top 25 uitgaven per patiënt per stofnaam

Rang 2019 (2018)	Werkzame stof	Geneesmiddel groep	Ontstaan	Uitgaven per patiënt (€ duizenden)
1 (1)	sebelipase alfa	Stofwisselingsziekten	Nieuw per 2018	1.583
2 (19)	cerliponase alfa	Stofwisselingsziekten	Nieuw per 2018	546
3 (2)	galsulfase	Stofwisselingsziekten	msz regulier	501
4 (4)	alglucosidase alfa*	Stofwisselingsziekten	msz regulier	467

5 (3)	idursulfase	Stofwisselings- ziekten	msz regulier	452
6 (-)	tisagenlecleucel	Oncolytica	Nieuw per 2019	349
7 (5)	laronidase	Stofwisselings- ziekten	msz regulier	343
8 (6)	proteine c	Stollingsfactor	msz regulier	285
9 (12)	nusinersen*	Spierziekte	Nieuw per 2018	281
10 (7)	eculizumab*	Overig	msz regulier	273
11 (13)	Burosumab	Overig	Nieuw per 2018	263
12 (-)	Patisiran	Overig	Nieuw per 2019	250
13 (23)	emicizumab	Stollingsfactor	Nieuw per 2018	229
14 (9)	agalsidase beta*	Stofwisselings- ziekten	msz regulier	168
15 (10)	dinutuximab beta	Oncolytica	msz regulier	148
16 (11)	agalsidase alfa*	Stofwisselings- ziekten	msz regulier	141
17 (15)	canakinumab	Overig	msz regulier	112
18 (14)	factor ix	Stollingsfactor	msz regulier	100
19 (-)	caplacizumab	Stollingsfactor	Nieuw per 2019	92
20 (-)	limbale stamcel- len, autoloog	Overig	Nieuw per 2019	82
21 (22)	blinatumomab	Oncolytica	Nieuw per 2016	78
22 (18)	inotuzumab ozo- gamicine	Oncolytica	Nieuw per 2017	75
23 (29)	alfa-1-proteina- seremmer	Stollingsfactor	Nieuw per 2017	70
24 (25)	daratumumab*	Oncolytica	Nieuw per 2017	67
25 (17)	factor viii	Stollingsfactor	msz regulier	66

* Voor deze werkzame stoffen lopen er in 2019 financiële arrangementen tussen het ministerie van VWS en de betreffende fabrikanten.

Bronnen: Vektis

In de lijst van de 25 geneesmiddelen met de hoogste uitgaven per patiënt wordt echter geen rekening gehouden met uitgaven voor andere dure geneesmiddelen, die de patiënt daarnaast nog voor dezelfde zorgvraag ontvangt. Deze geneesmiddelen zouden onder ander ingezet kunnen worden ter bestrijding van bijwerkingen, ter verhoging van de effectiviteit (synergie) of ter vervanging van een eerder voorgeschreven stof wat niet het gewenste effect liet zien. In tabel 6 hebben we per werkzame stof uit de top 25 lijst (tabel 5) weergegeven welke andere werkzame stoffen voor de behandeling van de patiënten binnen hetzelfde zorgtraject in 2019 nog verder voorgeschreven werden en welke uitgaven hiermee gemoeid zijn. Hierbij hebben we geen onderscheid gemaakt tussen de onderliggende reden om voor een patiënt meerdere geneesmiddelstoffen voor te schrijven.

Tabel 6 laat onder ander zien dat de gemiddelde uitgaven aan geneesmiddelen per patiënt die in 2019 met emicizumab behandeld werden circa 43% hoger lagen dan voor de stof alleen. Dit komt omdat een deel van de patiënten voor dezelfde zorgvraag ook stollingsfactoren toegediend kregen. Patiënten die

met het oncolyticum daratumumab behandeld werden kregen daarnaast in sommige gevallen ook andere oncolytica en antimycotica toegediend. Hierdoor zijn voor deze groep, die meer dan 1.000 patiënten omvat, de gemiddelde uitgaven aan geneesmiddelen per patiënt 49% hoger dan de uitgaven voor de werkzame stof daratumumab alleen.

Tabel 6: Top 25 uitgaven per patiënt per stofnaam inclusief geneesmiddel uit hetzelfde zorgtraject

Rang 2019 (2018)	Werkzame stof	Uitgaven per patiënt (€ duizend)	Werkzame stof uit hetzelfde zorgtraject	Uitgaven per patiënt per zorgtraject (€ duizend)	Toename uitgaven incl stoffen uit zorgtraject
1 (1)	sebelipase alfa	1.583	-	-	-
2 (19)	cerliponase alfa	546	-	-	-
3 (2)	galsulfase	501	-	-	-
4 (4)	alglucosidase alfa*	467	immunoglobuline, rituximab	486	0,1%
5 (3)	idursulfase	452	-	-	-
6 (-)	tisagenlecleucel	349	cyclofosfamide ,fludarabine ,inotuzumab ozogamicine ,posaconazol ,amfotericine b ,cytarabine ,hydroxycarbamide ,immunoglobuline ,pegaspargase ,vincristine ,voriconazol ,micafungine ,mitoxantron ,anidulafungine ,busulfan ,asparaginase ,tocilizumab	370	6,0%
7 (5)	laronidase	343	-	-	-
8 (6)	proteine c	285	antitrombine iii	286	0,4%
9 (12)	nusinersen*	281	-	-	-
10 (7)	eculizumab*	273	busulfan ,fludarabine ,immunoglobuline ,posaconazol ,rituximab ,cyclofosfami-	273	0,1%

			de ,anidulafun- gine ,belata- cept ,hydroxy- carbamide ,mi- cafungine ,vori- conazol ,capla- cizumab ,leter- movir ,isavu- conazol ,soma- tropine		
11 (13)	burosumab	263	-	-	-
12 (-)	patisiran	250	-	-	-
13 (23)	emicizumab	229	factor viia ,fac- tor viii ,factor viii inhibitor bypassactiviteit (f.e.i.b.a.) ,von willebrandfac- tor met factor viii	328	43,4%
14 (9)	agalsidase be- ta*	168	agalsidase alfa	171	2,2%
15 (10)	dinutuximab beta	148	busulfan ,defi- brotide ,irino- tecan ,melfa- lan ,temozolo- mide ,topote- can ,etoposi- de ,amfoterici- ne b ,immuno- globuline,vori- conazol ,cispla- tine ,vincristine	153	3,6%
16 (11)	agalsidase al- fa*	141	agalsidase beta	161	14,0%
17 (15)	canakinumab	112	anakinra ,to- cilizumab ,ri- tuximab ,vori- conazol ,sarilu- mab ,cyclofos- famide	113	0,9%
18 (14)	factor ix	100	factor viii ,pro- trombinecom- plex ,fibrino- geen	100	0,0%

19 (-)	caplacizumab	92	rituximab ,cyclofosfamide ,eculizumab	98	6,4%
20 (-)	limbale stamcellen, auto-loog	82	-	-	-
21 (22)	blinatumomab	78	amfotericine b ,cyclofosfamide ,cytarabine ,etoposide ,micafungine ,mitoxantron ,pegaspargase ,vincristine ,voriconazol ,fludarabine ,inotuzumab ozogamicine ,ruxolitinib ,tocilizumab ,rituximab ,defibrotide ,imatinib ,posaconazol	93	20,1%
22 (18)	inotuzumab ozogamicine	75	cyclofosfamide ,fludarabine ,posaconazol ,tisagenlecleucel ,blinatumomab ,micafungine ,ruxolitinib ,tocilizumab ,pegaspargase ,vincristine ,amfotericine b ,cytarabine ,dexrazoxaan ,immunoglobuline ,mitoxantron ,voriconazol ,etoposide ,defibrotide ,asparaginase ,hydroxycarbamide	170	127,4%

23 (29)	alfa-1-proteïnaseremmer	70	-	-	-
24 (25)	daratumumab*	67	bortezomib ,carfilzomib ,cyclofosfamide ,lenalidomide ,pomalidomide ,melfalan ,immunoglobuline, ixazomib ,bendamustine ,asparaginase ,gemcitabine ,oxaliplatine ,plerixafor ,caspofungine ,voriconazol ,cytarabine ,ruxolitinib ,elotuzumab ,enzalutamide ,amfotericine b ,anidulafungine ,hydroxycarbamide ,rituximab ,vincristine	99	49,1%
25 (17)	factor viii	66	factor viia ,factor viii inhibitor bypassactiviteit (f.e.i.b.a.) ,factor ix ,emicizumab ,von willebrandfactor met factor viii ,protrombincomplex ,von willebrandfactor	69	5,4%

* Voor deze werkzame stoffen lopen er in 2019 financiële arrangementen tussen het ministerie van VWS en de betreffende fabrikanten.

Bronnen: Vektis

2 Overzicht totale uitgaven, patiënten en uitgaven per patiënt in de msz per diagnosegroepen

Het grootste deel van de totale msz uitgaven wordt besteed aan de behandeling van nieuwvormingen, voor aandoening van het bewegingsapparaat en voor aandoening van het hart vaatstelsel. Deze drie groepen bij elkaar bevatten in 2019 ongeveer 49% van de totale uitgaven aan msz en ongeveer 60% van de patiënten. Over alle diagnosegroepen heen zien we een toename van de uitgaven van 4%, dit wordt met name veroorzaakt door een toename van de uitgaven per patiënt van 2,9% en in mindere mate door een toename van het aantal patiënten met 1,1%.

Tabel 7: Ontwikkeling van de uitgaven, patiënt aantallen en uitgaven per patiënt per diagnosegroep

Diagnosegroep	Uitgaven msz 2019 (in mln.)*	Aantal patiënten 2019	Uitgaven per patiënt 2019	Aandeel patiënten 2019**	Toename Uitgaven msz t.o.v. 2018	Toename aantal patiënten t.o.v. 2018	Toename uitgaven pp t.o.v. 2018
Nieuwvormingen	5.119	1.548.996	3.305	21,7%	9,1%	2,7%	6,3%
Zenuwstelsel en zintuigen	2.055	1.980.339	1.038	27,8%	5,6%	1,3%	4,3%
Hart vaatstelsel	3.566	1.349.096	2.643	18,9%	4,3%	0,1%	4,2%
Ademhalingswegen	1.248	895.903	1.394	12,6%	3,2%	1,3%	1,9%
Spijsverteringsstelsel	1.506	741.765	2.031	10,4%	0,5%	1,9%	-1,4%
Urogenitaal systeem	1.295	678.615	1.909	9,5%	2,6%	1,3%	1,3%
Kinderwens e.a.	1.166	503.917	2.313	7,1%	2,8%	1,4%	1,4%
Bewegingsapparaat	2.426	1.386.818	1.749	19,5%	-1,0%	1,1%	-2,1%
Letsel	1.561	784.644	1.990	11,0%	3,3%	-0,2%	3,5%
Overig	2.348	1.749.535	1.342	24,5%	4,8%	1,3%	3,5%
Totaal	22.537	7.128.458	3.162		4,0%	1,1%	2,9%

* Dit is exclusief de uitgaven aan overige verrichtingen en andere niet aan diagnosegroepen koppelbare declaraties.

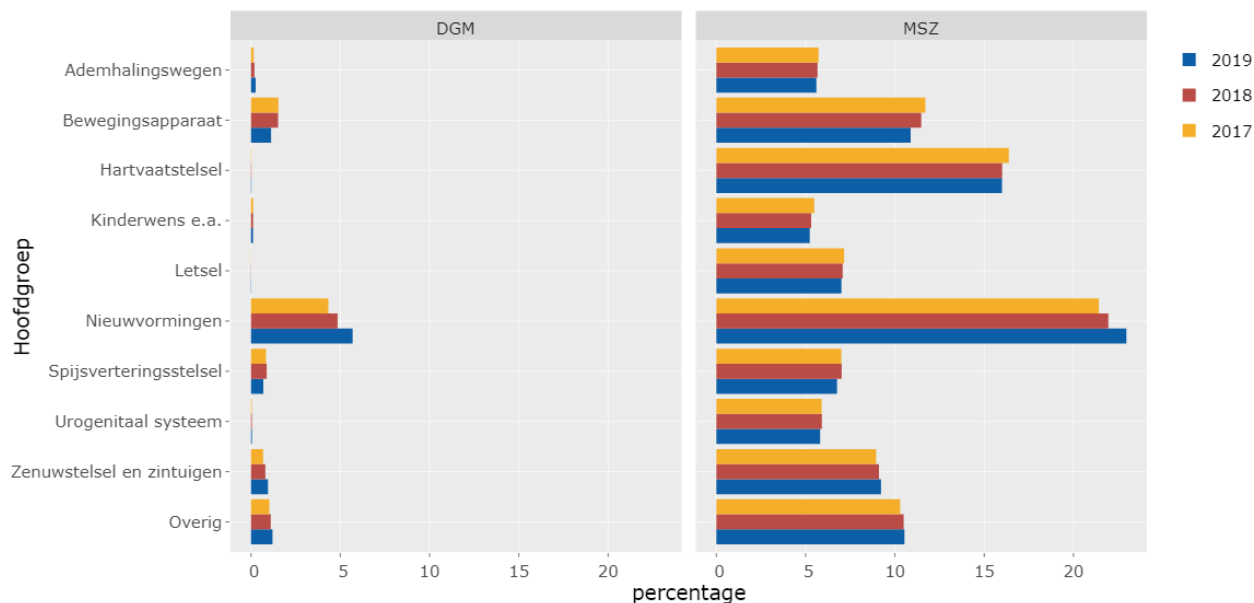
** Deze percentages tellen niet op tot 100%, omdat 1 patiënt gemiddeld in 1,6 groepen zitten.

Bronnen: Vektis

In figuur 6 hebben we de verdeling over de diagnosegroepen van de totale msz- en dure geneesmiddelen uitgaven als percentage van de totale msz uitgaven uiteengezet. Hierin is duidelijk te zien dat de diagnosegroepen nieuwvormingen, bewegingsapparaat en het hart vaatstelsel de grootste groepen waren.

Echter neemt het aandeel van de groep bewegingsapparaat af, terwijl die van nieuwvormingen duidelijk toeneemt. Dit is in overeenstemming met de groeicijfers die we zien in tabel 7. Zowel de toename bij nieuwvormingen als de afname bij bewegingsapparaat wordt mede veroorzaakt door een duidelijke toename danwel afname van de uitgaven aan dure geneesmiddelen in deze groepen. Bij hart vaatstelsel valt op dat dure geneesmiddelen geen substantiële bijdrage leveren aan de totale uitgaven in deze groep.

Figuur 6: Verdeling msz- en dgm uitgaven naar patiëntgroep als % van de totale msz uitgaven



Bronnen: Vektis

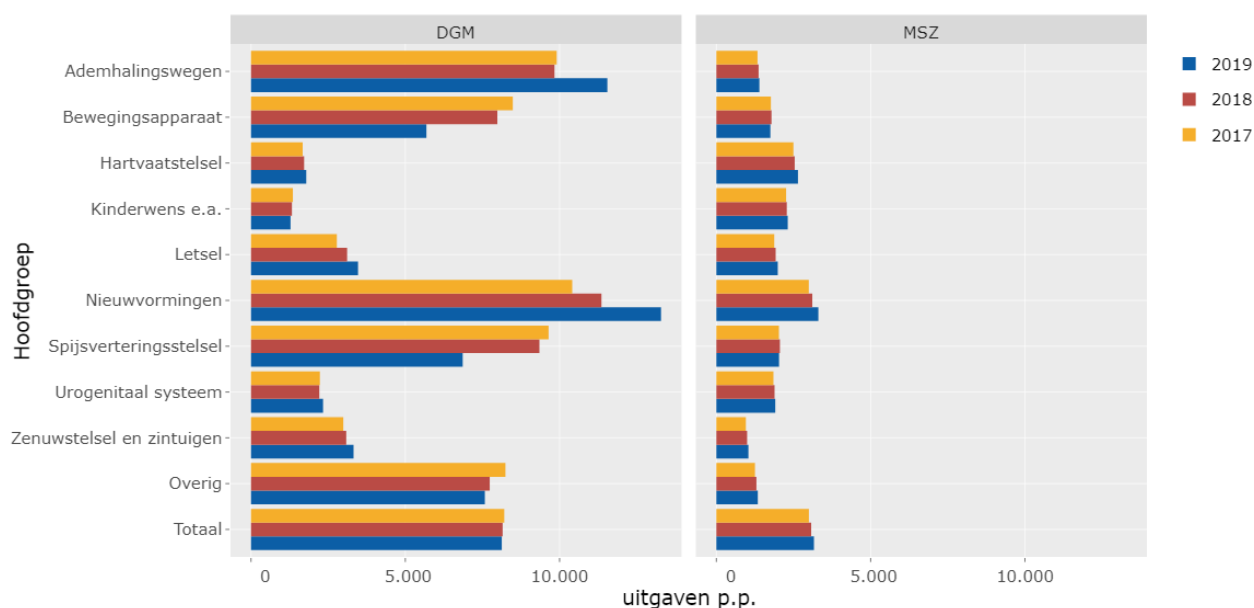
In figuur 7 hebben we de uitgaven per patiënt per diagnosegroep opgenomen. Hierin is bij groep nieuwvormingen duidelijk te zien dat de uitgaven per patiënt aan dure geneesmiddelen de afgelopen jaren fors is gestegen en dat dit ook zichtbaar is op het totale msz niveau van de groep. Tabel 7 laat zien dat de toename van de uitgaven per patiënt van de groep nieuwvormingen op totaal msz in 2019 6,3% bedroeg.

Kortom, we zien niet alleen een toename van de uitgaven aan oncolytica én een toename aan de uitgaven per patiënt aan oncolytica, maar we zien ook een toename van de uitgaven van medisch specialistische kankerzorg.

Ook bij de diagnosegroepen ademhalingswegen en spijsverteringsstelsel zien we een sterke toename respectievelijke afname van de uitgaven per patiënt. Echter, omdat binnen deze diagnosegroepen de aandelen van de geneesmiddelen relatief klein zijn, is de verschuiving in uitgaven niet terug te zien op het totale msz niveau van deze groepen. Bij de groep bewegingsapparaat is bij de dure geneesmiddelen een forse daling te zien, veroorzaakt door een toename van concurrentie onder de anti-reumatica geneesmiddelen. Deze daling leidt op totaal msz niveau tot een daling van 2,1%.

Doordat sommige patiënten voor verschillende diagnoses behandeld worden en dus in meerdere diagnosegroepen terug kunnen komen (gemiddeld in 1,6 groepen), zijn de uitgaven per patiënt op totaal msz niveau relatief hoog t.o.v. de losse diagnosegroepen.

Figuur 7: Uitgaven per patiënt dgm en totale msz (incl. dgm) in de patiëntgroepen.



Bronnen: Vektis

2.1 Concurrentie in diagnosegroepen

In tabel 3 (paragraaf 1.2.2) hebben we de impact van concurrentie op de totale dure geneesmiddelenmarkt laten zien. Bij de diagnosegroepen nieuwvormingen en bewegingsapparaat is die impact nog duidelijker.

Een groot deel van de uitgaven aan de diagnosegroep nieuwvormingen wordt besteed aan oncolytica. Bij de diagnosegroep bewegingsapparaat zijn dat de anti-reumatica. Een belangrijk verschil tussen de twee groepen is dat er voor een groot deel van de uitgaven aan oncolytica geen concurrentie is, terwijl er bij de anti-reumatica wel sprake is van concurrentie. In 2019 kwam circa 84% (€ 1.111 mln.) van de totale uitgaven aan oncolytica uit de groep zonder concurrentie, voor anti-reumatica was dit circa 45% (€ 202 mln.). In 2019 kwamen er tien nieuwe oncolytica op de markt. Naast een toename van het aantal patiënten, lijken de oncolytica zonder concurrentie de belangrijkste drijvende kracht achter de stijgende uitgaven.

Bij de anti-reumatica is zoals eerdergenoemd (zie paragraaf 1.2.2 *Oorzaak uitgavenstijging binnen dure geneesmiddelen*) in 2019 een afname van uitgaven van een aantal anti-reumatica geneesmiddelen te zien die per 2012 overgeheveld werden. Als gevolg van de introductie en uptake van biosimilars ontstond er meer concurrentie en daalden voor deze geneesmiddelen de uitgaven per patiënt op totaal niveau met circa 30,8% en de totale uitgaven met circa 24,5%.

Tabel 8: De impact van concurrentie op de uitgaven aan oncolytica en anti-reumatica geneesmiddelen

Type geneesmiddel	Begin concurrentie	Aantal stoffen 2018	Aantal stoffen 2019	Totale uitgaven 2019 in mln. Euro	Aantal pat 2019	Toename uitgaven t.o.v. 2018	Toename aantal pat t.o.v. 2018	Toename uitgaven pp t.o.v. 2018
Oncolytica	vanaf 2017 of eerder	29	29	137	72.308	-3,7%	1,9%	-5,5%
	vanaf 2018	5	5	52	6.213	-28,0%	0,0%	-28,0%

	vanaf 2019	2	2	20	783	-0,9%	3,3%	-4,0%
	zonder concurrentie	88	98	1.111	85.592	30,1%	12,2%	16,0%
	totaal	124	134	1.320	141.644	21,3%	6,4%	13,9%
Anti-reumata	concurrentie vanaf 2017 of eerder	2	2	156	29.260	-24,1%	-1,1%	-23,3%
	concurrentie vanaf 2018	1	1	89	25.262	-58,9%	16,0%	-64,6%
	vanaf 2019							
	zonder concurrentie	14	14	202	20.706	19,2%	19,4%	-0,1%
	totaal	17	17	447	70.783	-24,5%	9,1%	-30,8%

Bronnen: Vektis, Z-index

3 Prijsanalyse van dure geneesmiddelen

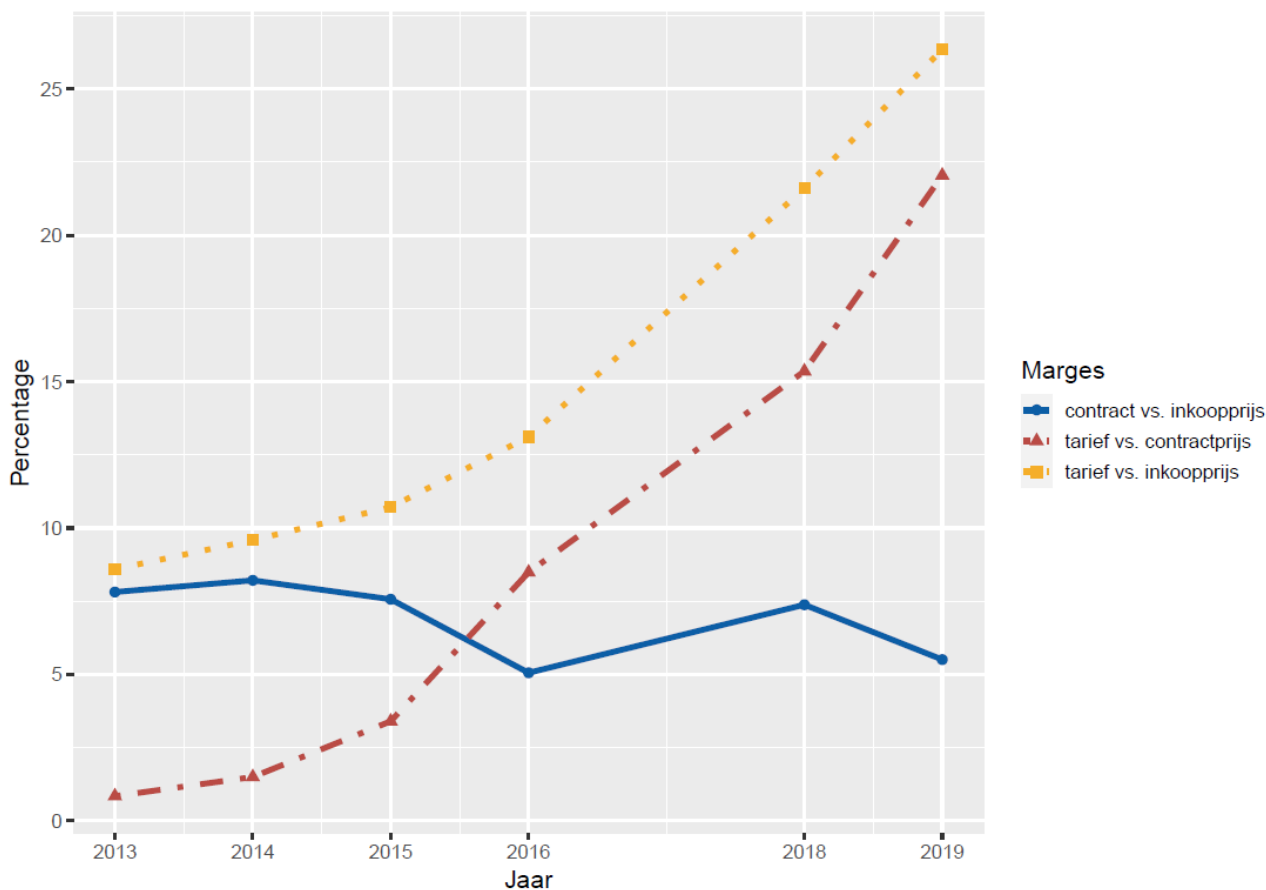
In deze analyse worden het NZa maximumtarief, de contractprijs en de netto inkoopprijs van dure geneesmiddelen met elkaar vergeleken. Deze vergelijking geeft inzicht over de marges welke ziekenhuizen weten te onderhandelen met enerzijds de farmaceutische bedrijven (verschil tussen maximumtarief en inkoopprijs) en anderzijds met de zorgverzekeraars (verschil tussen contractprijs en inkoopprijs).

Daarbij zien we op het totaal niveau (figuur 8) dat de trend van de afgelopen jaren voortgezet wordt. De ziekenhuizen zijn in 2019 er wederom in geslaagd om hogere kortingen te onderhandelen met de farmaceut (zie gele stippellijn). Omdat het maximumtarief over de jaren heen over het algemeen niet sterk wijzigt is dit effect vooral toe te schrijven aan een beter onderhandelresultaat van ziekenhuizen. Zo konden in 2019 de ziekenhuizen een netto inkoopprijs onderhandelen die rond 26,3% onder de NZa maximumtarieven lag, 4,7%-punt hoger dan in 2018.

Tegelijkertijd is in 2019 te zien dat het gemiddelde onderhandelresultaat van de ziekenhuizen met verzekeraars (blauwe lijn) licht is afgenomen t.o.v. het jaar ervoor. De prijs waarvoor een ziekenhuis een geneesmiddel inkoopt (netto inkoopprijs) ligt in 2019 weer dicht bij de prijs waarvoor het ziekenhuis het geneesmiddel verkoopt aan zorgverzekeraars (contractprijs). Terwijl ziekenhuizen in 2018 gewogen gemiddeld een onderhandelresultaat behaalden van 7,4%, daalde dat resultaat naar 5,5% in 2019.

De rode streep-stippel lijn laat de gemiddelde ontwikkeling zien van het onderhandelresultaat van de verzekeraar met het ziekenhuis; het verschil tussen de prijs die een zorgverzekeraar maximaal mag vergoeden (NZa-maximumtarief) aan een ziekenhuis in vergelijking met de prijs die hij daadwerkelijk vergoedt aan het ziekenhuis (contractprijs). Het onderhandelresultaat van de zorgverzekeraars was in 2018 gewogen gemiddeld 15,4% onder de NZa maximumtarieven. In 2019 is deze marge gegroeid naar 22,0%. Samen met de gedaalde blauwe lijn laat dit zien dat een steeds groter deel van het onderhandelresultaat van ziekenhuizen met fabrikant (gele lijn) terecht komt bij de zorgverzekeraars.

Figuur 8: Onderhandelresultaten op totaal niveau



Voor 2017 werden geen kostprijzen bij de ziekenhuizen uitgevraagd, waardoor de bovenstaande vergelijking voor 2017 niet berekend kan worden.

Bronnen: Vektis, NZa kostprijsmodel

Dat ziekenhuizen als groep kortingen kunnen afspreken met fabrikanten betekent echter niet dat ziekenhuizen in het algemeen een hoge winst maken met betrekking tot de exploitatie van het ziekenhuis in zijn geheel. De rentabiliteit (een mate van winstgevendheid) van ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen en universitair medische centra) lag volgens cijfers van het CBS² in 2018 gemiddeld op 2%. In 2018 had zelfs 12% van de ziekenhuizen een negatieve rentabiliteit (maakten verlies), in 2017 was dit 14% van de ziekenhuizen. Ziekenhuizen geven aan dat zij de marges die zij maken op de inkoop van geneesmiddelen gebruiken om eventuele verlieslatende activiteiten in het ziekenhuis mee te bekostigen en om te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseisen van banken.

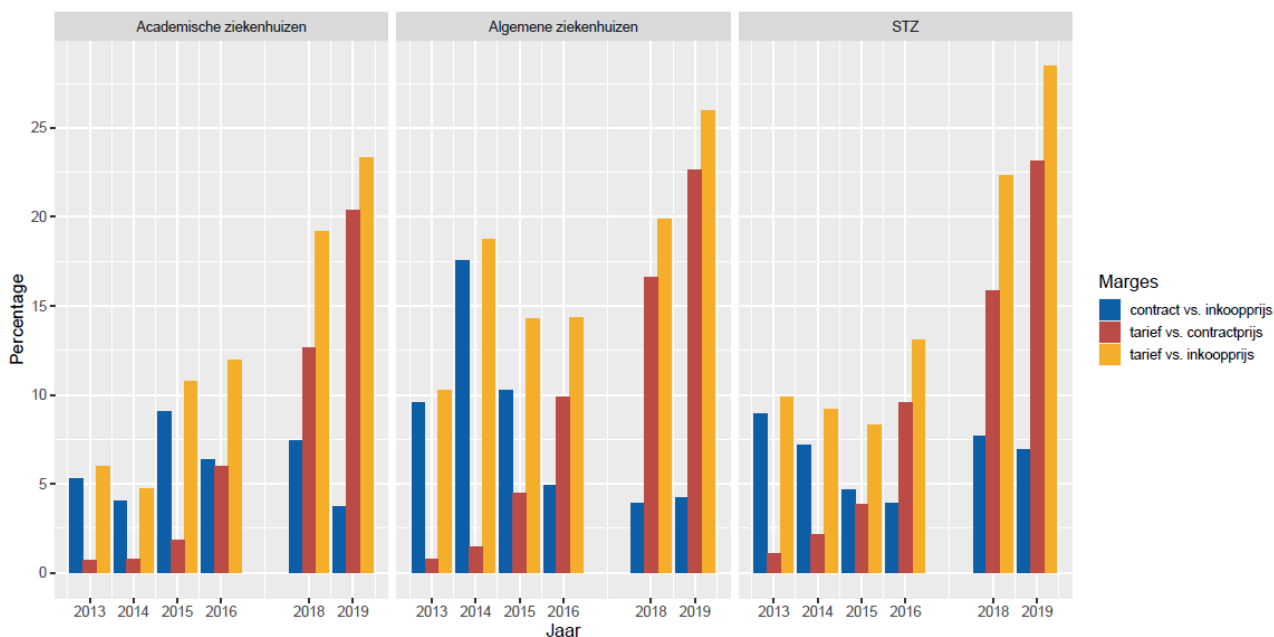
3.1 Onderhandelresultaten naar type instelling

Bij de type indeling van de ziekenhuizen hebben we drie groepen gehanteerd: academische ziekenhuizen, samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ) en algemene ziekenhuizen. Wat opvalt is dat voor alle type ziekenhuizen de ontwikkeling vergelijkbaar is met het algemene beeld. Over de jaren heen behalen instellingen steeds betere onderhandelresultaten t.o.v. farmaceuten (gele balk) en gaat een steeds groter deel daarvan naar verzekeraars (rode balk). De topklinische ziekenhuizen behalen daarbij de hoogste marges op hun pakket geneesmiddelen. Zij behalen de beste onderhandelresultaten met de farmaceut en met de verzekeraars. Bij de groep algemene ziekenhuizen lijken de verzekeraars de beste onderhandelresultaten te halen, hier ligt de rode balk het dichtste bij de gele balk. Bij de academische ziekenhuizen daarentegen zijn de laagste marges te zien. Dit kan worden veroorzaakt door het feit dat de

² <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83670NED/table?fromstatweb>
cijfers over 2019 zijn nog onvolledig

umc's een hoger aandeel innovatieve, nieuwe geneesmiddelen (zonder concurrentie) voorschrijven waarop marges moeilijker zijn uit te onderhandelen.

Figuur 9: Onderhandelresultaten naar type instelling (STZ-ziekenhuizen)



Voor 2017 werden geen kostprijzen bij de ziekenhuizen uitgevraagd, waardoor de bovenstaande vergelijking voor 2017 niet berekend kan worden.

Bronnen: Vektis, NZa kostprijsmodel

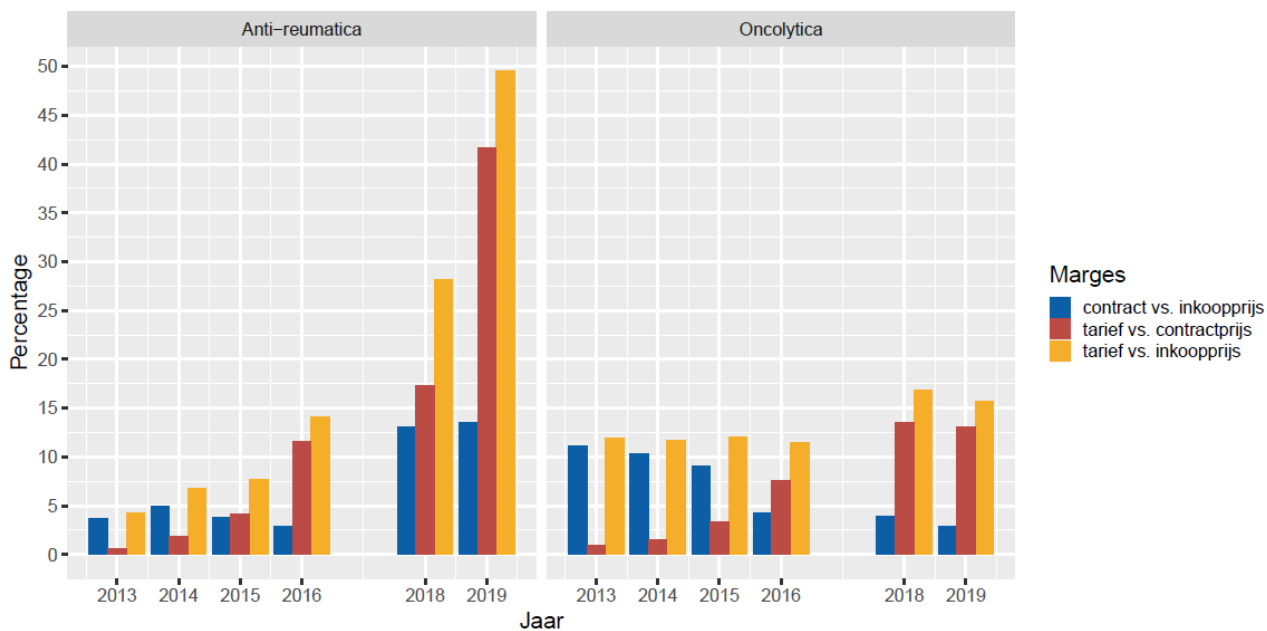
De brancheorganisatie van zelfstandige behandelcentra (ZKN) heeft aangegeven dat de kleinere zbc's die dure geneesmiddelen inzetten (voornamelijk oogklinieken) regelmatig te maken hebben met contractprijzen die lager zijn dan de netto inkooprijzen. Er zijn ook klinieken die het beter vinden als de inkoop van dure geneesmiddelen centraal voor zorgaanbieders of door een andere partij wordt uitgevoerd zodat de contractonderhandelingen en bedrijfsvoering hier niet mee wordt belast.

3.2 Onderhandelresultaten naar type geneesmiddel

Het eerder genoemde ontstaan van concurrentie bij anti-reumatica (TNF alfaremmers) is ook terug te zien in de onderhandelresultaten. Zoals boven beschreven zijn in 2019 de uitgaven voor anti-reumatica geneesmiddelen sterk gedaald door het verschijnen van biosimilars voor adalimumab en etanercept. Deze biosimilars waren in 2018 al (deels) op de markt, maar hebben in 2019 een sterke uptake laten zien. De beschikbaarheid van concurrerende geneesmiddelen was een faciliterende factor voor de prijsonderhandeling van de ziekenhuizen. Figuur 10 laat zien dat de ziekenhuizen in 2019 een netto inkoopprijs konden onderhandelen die gewogen gemiddeld circa 50% onder de NZa maximumtarief lag (gele staaf). Daarmee is de onderhandelmargin sinds het jaar ervoor met circa 22%-punt toegenomen. En ook hier is een groot deel van deze onderhandelwinst naar de verzekeraar gegaan (rode staaf). Zij konden hun marge bij de onderhandeling met de ziekenhuizen meer dan verdubbelen, van 17,5% in 2018 naar 42% in 2019.

De onderhandelresultaten bij oncolytica zijn daarentegen redelijk stabiel gebleven. Dit kan voor een deel terug gevoerd worden op de introductie van nieuwe oncolytica geneesmiddelen in 2019. Daarnaast bestaat een groot aandeel van de uitgaven voor oncolytica (circa 83%) uit uitgaven voor geneesmiddelen zonder concurrentie. Deze stoffen zijn daarmee ook de drijvende factor achter de stijgende uitgaven voor oncolytica. Het gebrek aan concurrentie voor een groot deel van deze geneesmiddelen verzwakt de onderhandelpositie voor ziekenhuizen. Dit is terug te zien aan de verhoudingsgewijs lage marges die de ziekenhuizen bij de farmaceut voor deze groep geneesmiddelen wisten te behalen.

Figuur 10: Onderhandelresultaten oncologie en anti-reumatica geneesmiddelen



Voor 2017 werden geen kostprijzen bij de ziekenhuizen uitgevraagd, waardoor de bovenstaande vergelijking voor 2017 niet berekend kan worden.

Bronnen: Vektis, NZa kostprijsmodel