

Q&A Webinar Overheveling epoëtines en G-CSF middelen 6 juli 2021

Op 6 juli 2021 hebben NFU, NVZA, FMS en NVZ een Webinar georganiseerd over de overheveling epoëtines en G-CSF middelen. Tijdens dat Webinar zijn vragen gesteld over de overheveling. Hieronder staan antwoorden op de gestelde vragen. De antwoorden op de meeste vragen zijn ook terug te vinden in het "Handboek Overheveling epoëtines en G-CSF middelen".

Overheveling groepen geneesmiddelen

1. De reden dat we dit doen is doelmatigheid, wordt aangegeven. Waarom wordt MS-medicatie dan niet overgeheveld?

Over de overheveling zijn afspraken gemaakt in het regeerakkoord en in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. De MS-middelen staan niet op de lijst van middelen die in deze kabinetsperiode worden overgeheveld.

Door de landelijke werkgroep overheveling (hierin zijn vertegenwoordigd: VWS, Patiëntenfederatie Nederland, NZa, FMS, KNMP, NVZA, NFU, ZN en NVZ) onder leiding van VWS is een lijst opgesteld van mogelijk over te hevelen geneesmiddelen. De toegevoegde waarde van een overheveling van deze middelen is door externe onderzoekbureaus getoetst. De minister voor Medische Zorg en Sport besluit welke middelen worden overgeheveld en per wanneer.

2. Zijn er plannen om de volgende middelen over te hevelen (te gebruiken in de oncologie): fulvestrant (faslodex), zoladex, octreotide e.d.?

Een nieuw kabinet gaat over eventuele toekomstige overhevelingen geneesmiddelen. In deze kabinetsperiode worden geen nieuwe groepen geneesmiddelen meer overgeheveld.

3. Voor de overheveling wordt macro budget overgeheveld naar het financiële kader medisch specialistische zorg. Wat te doen als de kosten het budget wat overgeheveld is, overschrijden?

Er is ruim voldoende budget overgeheveld. VWS heeft het bedrag vastgesteld in afstemming met NFU, ZN en NVZ. Als zekerheidsclausule is afgesproken dat, mocht de realisatie meer dan 15 % afwijken van de overgehevelde bedragen, deze laatste worden bijgesteld. Ook wordt een monitoringsproces ingericht.

Vergoeding geneesmiddel

4. Komt de NZa per 1-1-2022 met nieuwe zorgactiviteiten voor de verstrekking van epoëtines en G-CSF?

Alle ZI-nummers (met handelsvergunning) krijgen een add-on prestatie voor de geregistreerde indicaties. Voor de ongeregistreerde indicaties wordt ook een add-on afgegeven indien de behandeling conform stand van de wetenschap en praktijk is. De wetenschappelijke verenigingen kunnen deze ongeregistreerde indicaties indienen bij de CieBAG (ZN).

5. Wanneer worden de add-on codes opgeleverd in de G-standaard?

De geregistreerde indicaties en de off-label indicaties van deze middelen worden zo spoedig mogelijk doch uiterlijk 1 januari 2022 in de G-standaard opgenomen.

6. Worden de off-label indicaties waarvoor deze middelen worden voorgeschreven, ook vergoed?

Ja, mits deze voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Dat is het criterium dat gehanteerd wordt in de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars hebben de taak te beoordelen of de zorg hieraan voldoet. De Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (CieBAG) van ZN beoordeelt namens alle zorgverzekeraars de geregistreerde en off-label indicaties.

De wetenschappelijke verenigingen is gevraagd de off label indicaties met wetenschappelijke onderbouwing aan te leveren aan de CieBAG. De CieBAG zal deze beoordelen op 'stand van de wetenschap en praktijk'. De indicaties zullen met status van aanspraak in de G-Standaard van januari 2022 staan.

7. Orthopeden zetten wel nog epo in afhankelijk van Hb. Blijft dit wel vergoed?

Er is een geregistreerde indicatie van epoëtine alfa en epoëtine zeta voor toepassing bij orthopedische operaties: (zie tabel paragraaf 3.3.1 Handboek Overheveling): *"Ter beperking van de blootstelling aan allogene bloedtransfusies voorafgaand aan een electieve orthopedische operatie"*

Een geregistreerde indicatie van een geneesmiddel is verzekerde zorg mits dit naar stand der wetenschap en praktijk is. Als dat het geval is voor deze indicatie, zal dit ook per 2022 een verzekerde indicatie zijn die als add-on indicatie in de G-standaard wordt opgenomen.

8. Mogen de kosten van de verpleging thuis worden bekostigd uit het tarief van de add-on prestaties voor het geneesmiddel?

Zie het antwoord bij vraag 9.

Vergoeding/ declareren verpleegkundige zorg i.v.m. thuistoediening

9. Hoe is de vergoeding van de verpleegkundige zorg rondom de toediening in de thuissituatie geregeld?

De verpleegkundige zorg in de thuissituatie valt niet onder de overheveling. Voor de levering en bekostiging van de verpleegkundige zorg in de thuissituatie geldt het uitgangspunt 'wie levert declareert'.

Verpleegkundige zorg die geleverd wordt door de wijkverpleegkundige, wordt gedeclareerd door de wijkverpleegkundige (via prestaties voor Verpleging en Verzorging).

Bekostiging van verpleegkundige zorg in de thuissituatie die geleverd wordt door het ziekenhuis moet het ziekenhuis declareren via ozp's voor verpleging in de thuissituatie. Het maakt hierbij niet uit of het ziekenhuis deze verpleegkundige zorg zelf levert (mobiel team) of hiervoor een andere zorgaanbieder contracteert (ziekenhuis als hoofdaannemer).

De volgende overige zorgproducten met betrekking tot verpleging in de thuissituatie staan opgenomen in de bijlage van de NZa- Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2103a:

190288	Verpleging, minder complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.	Verplegen bij minder ingewikkelde zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.	ozp Overige verrichtingen	Verpleging in thuissituatie
190289	Verpleging, complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.	Verplegen bij ingewikkelde zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.	ozp Overige verrichtingen	Verpleging in thuissituatie

Het komt in de huidige situatie voor dat de verpleegkundige zorg wordt geleverd met het geneesmiddel via landelijke service-organisaties of unieke leveranciers (zoals Eurocept, Mediq, ApotheekZorg, Alcura). De verpleegkundige zorg wordt in die gevallen uit de prijs van het geneesmiddel bekostigd.

ZN, NFU en NVZ hebben over deze constructie overleg gehad met de NZa. De NZa wil die route van bekostigen niet promoten. De add-on prestatie is bedoeld voor declaratie van de materiaalkosten (het geneesmiddel) en niet dienstverlening. Voor dienstverlening zijn namelijk andere prestaties beschikbaar. De NZa heeft laten weten dat het ook na 1 januari mogelijk is via deze route thuistoediening te regelen en te bekostigen. De NZa wil naar deze constructie onderzoek laten doen.

NB: geen dubbele declaratie. Het is niet toegestaan om verpleging te declareren via de wijkverpleging of de ozp's indien de kosten van thuistoediening betaald worden uit de marge op het geneesmiddel (als integraal onderdeel van de inkoopprijs van het geneesmiddel). Het ziekenhuis maakt dan geen aparte kosten voor de verpleging. De hogere kosten voor de inkoopprijs van het geneesmiddel vallen binnen de AIP (NIP)/het maximumtarief van het add-on geneesmiddel.

10. Wordt de verpleegkundige zorg thuis straks rechtstreeks door de zorgverzekeraar gecontracteerd of moet het ziekenhuis dit regelen?

Van belang is dat ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken maken over de wijze waarop de thuistoediening van epoëtines en G-CSF middelen per 2022 zal worden georganiseerd en hoe aan alle randvoorwaarden m.b.t. kwaliteit en doelmatigheid kan worden voldaan.

Omdat de verpleegkundige zorg niet is overgeheveld, kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen deze zorg in te kopen bij het ziekenhuis of bij een gekwalificeerde thuiszorgorganisatie. Ook na overheveling kan dus de situatie blijven bestaan dat lokale thuiszorgorganisaties of landelijk werkende partijen deze verpleegkundige zorg leveren.

De uitvoering en kwaliteit van deze verpleegkundige zorg in de thuissituatie moet geborgd zijn. Tevens is van belang dat de afspraken met verschillende partijen helder zijn en de zorgverzekeraar voldoende zorg inkoop.

Let op bijzonderheden m.b.t. het moment van toediening, zoals: indien patiënten G-CSF middelen krijgen vanwege chemotherapie, dient toediening plaats te vinden tussen de 24 en 36 uur na de chemotherapie.

Bij het maken van afspraken met de organisatie die de toediening in de thuissituatie verzorgt, dient hier nadrukkelijk aandacht voor te zijn om ervoor te zorgen dat in alle vereiste gevallen de verpleegkundige zorg tijdig aanwezig is.

a. De zorgverzekeraar contracteert het ziekenhuis

Het ziekenhuis levert deze zorg zelf (mobiele team) of schakelt een onderaannemer in. Het ziekenhuis declareert een ozp bij de zorgverzekeraar.

b. Zorgverzekeraar contracteert andere aanbieder

Het borgen van de uitvoering en kwaliteit van deze verpleegkundige zorg in de thuissituatie moet zijn besproken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Van belang is dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen bij deze thuiszorgorganisaties of landelijke werkende partijen voor het leveren van deze zorg. Alvorens het ziekenhuis de inhoudelijke opdracht geeft aan de organisatie die de verpleegkundige zorg zal gaan uitvoeren, dient het ziekenhuis te checken of deze partij een contract heeft met de zorgverzekeraar.

Levert de thuiszorgorganisatie de verpleegkundige zorg dan valt de zorg en bijbehorende bekostiging onder de te verzekeren prestatie 'wijkverpleging' en declareert de thuiszorgorganisatie de zorg bij de zorgverzekeraar onder het kader wijkverpleging.

11. Wanneer mogen ozp's worden gefactureerd? In het document van de NZa over toedieningen in de thuissituatie staat dat ozp's alleen mogen worden gefactureerd als er geen lopende of passende DBC is.

Ziekenhuizen die deze zorg leveren, declareren de thuistoediening met een ozp. De kosten worden apart via ozp in rekening gebracht en niet via het tarief van het DBC-zorgproduct. Zie het antwoord bij vraag 9.

De situatie die wordt beschreven in de informatiekaart van de NZa is niet van toepassing op de over te hevelen geneesmiddelen (Informatiekaart Registeren en declareren van medisch-specialistische medicatietoediening in de thuissituatie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_319392_22/1/).

De informatiekaart heeft betrekking op behandelingen met geneesmiddelen die in de huidige praktijk veelal in het ziekenhuis plaatsvinden en die in toenemende mate, als dat meerwaarde heeft, in de thuissituatie worden uitgevoerd (biologicals, chemotherapie, immunotherapie, etc.). De over te hevelen geneesmiddelen vallen hier niet onder. Voor de toediening in de thuissituatie van de over te hevelen geneesmiddelen gelden deze verstrekings- en begeleidingscodes niet.

12. Wat moeten ziekenhuizen registeren bij thuistoedieningen van middelen die niet te vangen zijn in de categorieën chemotherapie, immunotherapie, hormoontherapie, bisfosfonaten of biologicals?

Thuistoedieningen van de nu over te hevelen geneesmiddelen vallen niet onder de prestaties zoals opgenomen op bijlage 1 van de informatiekaart van de NZa (zie het antwoord bij vraag 11). Deze toedieningen thuis worden dan ook niet als een zorgactiviteit geregistreerd die van belang is voor de afleiding naar het juiste zorgproduct. Om te voorzien in eigen informatiebehoefte kan het ziekenhuis hiervoor zo nodig een eigen registratiewijze hanteren. Levert het ziekenhuis de thuistoediening van de over te hevelen geneesmiddelen, dan registreert en declareert het ziekenhuis een ozp. Zie het antwoord bij vraag 9.

13. Krijgt het ziekenhuis wel volledige vergoeding voor de thuistoediening? Dus personeelskosten, afleverkosten etc.?

De kosten van de farmaceutische zorg (inclusief distributie) dienen te worden bekostigd uit het tarief van het DBC-zorgproduct.

In geval het ziekenhuis de thuistoediening levert en hiervoor een contract heeft met de zorgverzekeraar, declareert het ziekenhuis een ozp. De NZa stelt maximumtarieven vast. In de tabel hierna staan de huidige maximumtarieven voor de betreffende ozp's.

De ozp's worden per uur gedeclareerd (of naar rato, indien de verpleging minder dan een vol uur duurt).

Declaratiecode	Tarief	Ingangsdatum	Einddatum	Omschrijving declaratiecode
190288	€95,81	20210101		Verpleging, minder complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.
190289	€95,81	20210101		Verpleging, complexe zorg noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie.

Ziekenhuis en zorgverzekeraar zorgen ervoor dat de kosten van de thuistoediening (mits efficiënt en effectief georganiseerd) volledig worden vergoed.

14. Mogen de kosten van de thuisverpleging worden versleuteld in het tarief van de DBC?

Nee. Zie het antwoord bij vraag 9.

15. Veel verzekeraars willen de msvt 190288&289 niet contracteren. Is de verwachting dat dit voor 2022 anders wordt?

Het is aan zorgverzekeraars en ziekenhuizen om dit samen te bespreken. Vanuit ZN, NFU en NVZ is het advies dat voorop moet staan dat de patiënt tijdig (G-CSF) de juiste zorg krijgt en dat daar goede afspraken over gemaakt worden.

16. Kan de inzet van bijv. Mediq ook middels onderlinge dienstverlening via het tarief van DBC worden bekostigd?

Indien de inzet van verpleegkundige door het ziekenhuis apart kan worden gecontracteerd, los van het geneesmiddel, heeft dit de voorkeur. Het ziekenhuis factureert dan bij de zorgverzekeraar de ozp voor toediening in de thuissituatie en een prijs voor het add-on geneesmiddel waarin geen kosten zitten voor de toediening in de thuissituatie.

Indien geneesmiddel en dienstverlening niet los van elkaar kunnen worden gecontracteerd, kan het ziekenhuis de prijs van het add-on geneesmiddel declareren inclusief de kosten van toediening in de thuissituatie. Zie het antwoord bij vraag 9.

Registratie thuistoediening in EPD

17. Hoe verloopt de registratie van de thuistoediening in het EPD?

De meeste EPD-systemen hebben geen mogelijkheid voor koppeling met systemen van thuistoedieningsorganisaties. In die gevallen zal een work-around nodig zijn, waarbij het ziekenhuis bericht ontvangt dat het geneesmiddel is toegediend en dat vervolgens registreert in het systeem. Dit brengt administratieve lasten met zich mee.

Indien er een verpleegkundig team is van het ziekenhuis, is het mogelijk om wel te registreren in het eigen systeem.

Voorschrijven huisarts

18. Geeft het uitschrijven door een huisarts van epoëtine geen vergoedingsprobleem?

Indien deze situatie van toepassing is, dan geeft de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2103a) duidelijkheid over hoe na overheveling de add-on gedeclareerd kan worden. Op basis van de Regeling medisch-specialistische zorg artikel 6 lid 1 is het onder voorwaarden toegestaan om het eerder geopende zorgtraject voor de chronische nierinsufficiëntie open te laten staan (dus niet afsluiten na 3x120 dagen een leeg subtraject). Add-on geneesmiddelen kunnen dan gekoppeld worden aan dit zorgtraject.

19. Wordt het niet een ingewikkelde constructie als de huisarts het voor blijft schrijven?

Niet alle patiënten die epoëtines voorgeschreven krijgen in het kader van chronische nierschade, worden primair gezien door een internist-nefroloog. Het gaat dan met name om oudere, vaak minder mobiele patiënten, die door de huisarts gecontroleerd worden en waarbij de internist-nefroloog in overleg met de huisarts, op basis van de meest recente bloedsuitslagen de epoëtines voorschrijft. In principe kunnen deze patiënten na de overheveling onder begeleiding van de huisarts blijven. Wel is het in die situatie van belang dat het ziekenhuis de betreffende huisartsen en patiënten informeert over de overheveling en hierbij ook bespreekt op welke wijze de patiënt het geneesmiddel geleverd kan krijgen.

Declareren Wlz-instelling

20. In het handboek staat dat bij een Wlz-patiënt deze geneesmiddelen door de instelling betaald moeten worden. Wij declareren tot dusver add-ons voor deze patiënten, indien onder behandeling in ons ziekenhuis. Is dit nieuw en anders dan voor een oncologische behandeling? Wel vreemd wanneer het ziekenhuis gewoon een lopende DBC heeft op dit moment.

De Wlz valt niet onder de overheveling. Door de overheveling wijzigt enkel binnen de Zvw de aanspraak van 'farmaceutische zorg' naar 'geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten' die plegen te bieden.

Indien geen sprake is van Verblijf met behandeling, dan valt farmaceutische zorg (mits niet vallende onder de Wlz-specifieke behandeling) niet binnen de Wlz, maar binnen de Zvw. De geneesmiddelen die momenteel aan deze patiënten in de Wlz gegeven worden en gedeclareerd worden via het GVS worden straks via een add-on bekostigd.

Voor patiënten met Wlz met verblijf verandert er niets, want de overheveling heeft geen invloed op de Wlz.

In het handboek staat dat, als de patiënt is opgenomen in de Wlz-instelling voor verblijf en behandeling, de Wlz-instelling de kosten van alle geneesmiddelen draagt die worden toegediend in deze instelling. Deze informatie in het handboek was aangeleverd door NZa en VWS. Naar aanleiding van de vragen die in het Webinar zijn gesteld over dit onderwerp, hebben de NZa en VWS laten weten nog nader naar dit onderwerp te willen kijken. VWS en de NZa hebben aangegeven dat zij in 2021 helderheid zullen geven over de vraag hoe geneesmiddelen moeten worden gedeclareerd die zijn voorgeschreven als onderdeel van medisch specialistische zorg en die worden toegediend binnen een Wlz-instelling aan patiënten met verblijf en behandeling. NZa en VWS hebben aangegeven dat tot die tijd de huidige praktijk kan worden gecontinueerd: patiënten die nu geneesmiddelen via het ziekenhuis bekostigd krijgen, blijven dit krijgen én patiënten die nu geneesmiddelen via de Wlz (beleidsregel dure geneesmiddelen) bekostigd krijgen, blijven dit ook zo krijgen.

21. Wie levert/declareert het geneesmiddel indien de patiënt bij een Wlz-instelling verblijft die valt onder dezelfde zorggroep als ziekenhuis 1 maar onder behandeling is bij een specialist in ziekenhuis 2?

Zie het antwoord bij vraag 20.

Kosten apotheek

22. Hoe worden de 'handlingskosten' van de apotheek bepaald? M.a.w. op basis waarvan wordt de DBC met welk bedrag verhoogd?"

Er is een bedrag voor farmaceutische zorg overgeheveld van het financiële kader farmaceutische zorg naar het financiële kader medisch-specialistische zorg. In de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen hierover bilaterale afspraken gemaakt worden.

23. Het zou handig zijn als de vergoeding voor de apotheek een vast bedrag is, in plaats van dat een ieder dit weer zelf moet uit onderhandelen. Kan dit geregeld worden?

Zorgverzekeraar en ziekenhuis dienen bilateraal afspraken te maken over de te leveren prestaties en de vergoeding ervan. Indien zonder noodzaak hierover op landelijk niveau afspraken worden gemaakt, handelen partijen strijdig met de mededingingswetgeving.

Zorgcontractering

24. Welke deadline hebben de verzekeraars voor de bekendmaking van de tarieven voor de nieuwe add-ons?

Zorgverzekeraar en ziekenhuis onderhandelen samen over de hoogte van de prijs. De prijs die wordt overeengekomen wordt vastgelegd in de VECOZO-prijslijst. Verzekeraar en ziekenhuis hebben de gezamenlijke plicht dit onderhandelingsproces tijdig af te ronden.

25. Bij eerdere overhevelingen (zoals bijvoorbeeld TNF-alfa) was de insteek dat deze overgehevelde middelen in ieder geval het eerste jaar op basis van nacalculatie werden afgesproken met de zorgverzekeraars. Is dit nu niet de insteek?"

Partijen hebben geprobeerd via Vektis-overzichten te verstrekken aan de ziekenhuizen van aantallen patiënten. Dat is niet gelukt vanwege de AVG. De declaratiegegevens mogen niet voor dit doel worden bewerkt.

Het is aan zorgverzekeraar en ziekenhuis om bilateraal goede afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit.

Indien er geen goed zicht is op het aantal patiënten en gebruik per ziekenhuis kan een bilaterale afspraak gemaakt worden over het volume middels een nacalculatie-afpraak.

26. Krijgt het ziekenhuis ook volledige vergoeding (add-on) voor een on-body injector?

Deze middelen zijn een belangrijke innovatie voor de patiënt, omdat hiermee de zelfredzaamheid wordt bevorderd. Hiermee kunnen bovendien kosten van thuiszorg worden bespaard. Het is aan ziekenhuizen (medisch specialisten) en zorgverzekeraars om over de inzet en de vergoeding van deze middelen goede afspraken te maken.

Bij de reeks over te hevelen bedragen van het kader farmaceutische zorg naar het kader msz is rekening gehouden met een stijgende inzet van deze middelen. Het is overigens de vraag of deze producten een meerprijs hebben. De apotheekinkoopprijs (AIP) van de leverancier laat wel een prijsverschil zien.

27. Gaan zorgverzekeraars akkoord met de duurdere auto-injectoren en on-body injectoren?

Zie het antwoord bij vraag 26.