

Aanleiding

Ziekenhuizen gebruiken op de intensive care diverse geneesmiddelen voor COVID-19 patiënten, bijvoorbeeld pijnstillers of slaapmiddelen. Sinds het begin van de COVID uitbraak monitort het Landelijk Coördinatiecentrum geneesmiddelen (LCG) de landelijke beschikbaarheid van deze geneesmiddelen. Dit gebeurt in opdracht van VWS.

Er is een ruime voorraad IC medicatie nodig om toegerust te zijn op een nieuwe piekbelasting van de COVID IC bedden. De totale in NL aanwezige voorraden zijn op dit moment ruim voldoende volgens het LCG. Deze voorraad ligt echter nog grotendeels bij leveranciers en groothandels en niet bij de ziekenhuizen zelf. Export van deze voorraden kan niet worden uitgesloten.

We willen de minister om een principe akkoord vragen op het voorstel om een crisisvoorraad IC medicatie aan te leggen die gegarandeerd is voor de Nederlandse ziekenhuizen.

De bedoeling is dat deze dynamische Covid Crisis Voorraad (CCV) als buffer dient en hier enkel op wordt ingeteerd indien de medicatie onverhoopt niet meer in de markt verkrijgbaar zou zijn. We streven naar een dynamische voorraad om verspilling van deze kostbare en kritieke medicatie te beperken. Ook streven we naar een aanpak die niet aanzet tot marktverstoring.

De kosten van de CCV bedragen naar schatting max. € 30,4 mln (op basis van bruto prijzen). We werken aan een aanpak waarbij VWS in eerste instantie betaalt voor de crisisvoorraad en ook instaat voor eventuele restvoorraad maar waarbij de ziekenhuizen wel betalen voor het gebruik van deze voorraad. VWS houdt zeggenschap over het moment van interen op de crisisvoorraad en over eventuele herverdeling tussen ziekenhuizen ingeval van een noodsituatie.

Samenvatting en conclusies

Situatieschets

Om voorbereid te zijn voor een volgende COVID uitbraak wordt de IC capaciteit in NL uitgebreid naar 1700 bedden, waarvan 650 COVID bedden. Ook de beschikbare voorraden IC medicatie in NL moeten aan een nieuwe piekvraag kunnen voldoen. Daarnaast zijn er mogelijk – gezien de wereldwijde vraag naar deze medicatie en mogelijke lockdowns in productielanden – risico's m.b.t. de leveringszekerheid.

Om deze reden is de wens om een buffer aan te leggen voor de situatie dat het gebruik zou pieken én de middelen niet meer vanuit de reguliere marktkanalen beleverd zouden kunnen worden.

Het LCG heeft in kaart gebracht hoeveel IC medicatie op dit moment beschikbaar is in NL. Daaruit blijkt dat er ruime voorraden zijn, verspreid over ziekenhuizen, leveranciers en groothandels. De oranje lijn geeft het noodzakelijke voorraadniveau aan wat nodig is voor een buffer van vijf maanden maximale reguliere zorg en drie maanden maximale COVID zorg. Daarbij is gerekend met de op te hogen IC capaciteit van 1700 bedden (1050 regulier en 650 COVID).

Uitgangspunten aanleg Covid Crisis Voorraad

- Er is thans een ruime voorraad in NL. Maar het deel van de voorraden dat nog bij leveranciers en groothandels ligt is niet exclusief voor Nederlands gebruik en kan (in theorie) ook worden geëxporteerd (zeker nu er op dit moment geen sprake is van een tekort in NL). Deze voorraden bieden dus geen ultieme zekerheid. Daarom is het gewenst een adequate buffer zeker te stellen voor ziekenhuizen.
- Voorstel: wij stellen voor om een landelijke CCV aan te leggen die voldoende buffer biedt voor vijf maanden reguliere zorg (o.b.v. 1050 bedden) en drie maanden COVID zorg (o.b.v. 650 bedden).
- Deze voorraden kunnen zich fysiek bevinden bij groothandels, maar VWS (of eventueel ziekenhuizen) zijn de juridisch eigenaar. De voorraden kunnen dus niet meer worden geëxporteerd.
- Het is de bedoeling dat VWS de kosten betaalt van de CCV maar ziekenhuizen betalen bij gebruik ervan. VWS houdt zeggenschap over het aanspreken en het eventueel herverdelen van de voorraden. Op de CCV wordt dan niet ingeteerd voordat VWS daar fiat voor heeft gegeven, op advies van het LCG. De voorraad is uitsluitend bedoeld voor een situatie waarbij een eventuele toenemende vraag niet meer beleverd zou kunnen worden via de reguliere kanalen.
- Na afloop van de covid crisis wordt ook op de CCV ingeteerd zodat deze wordt afgebouwd.

- Indien de totale IC beddencapaciteit nog verder zou worden vergroot (> 1700 bedden) dan zal de CCV naar rato worden aangevuld.

Uitvoering

- LCG berekent de hoogte van de CCV op basis van een max. 1700 IC-bedden (rekening houdend met 650 COVID-bedden). Er wordt uitgegaan van een noodcapaciteit van 5 maanden reguliere zorg en drie maanden COVID zorg.
- VWS geeft de ziekenhuizen (via de inkoopgroepen van ziekenhuizen) opdracht om de CCV naar behoefte en op geleide van het LCG aan te leggen. VWS betaalt en wordt in principe eigenaar van de CCV.
- Het LCG koopt zelf niet in (want heeft in zijn huidige rol van monitor van voorraden te veel marktkennis), maar faciliteert en ziet er op toe dat de verschillende inkoopgroepen van ziekenhuizen ieder de juiste hoeveelheid medicatie inkopen die gezamenlijk resulteert in de gewenste landelijke crisisvoorraad.
- De CCV wordt een *dynamische voorraad* om verspilling te voorkomen. De CCV is van VWS maar ligt in de praktijk bij de leveranciers en groothandels. Hierbij volgt men het 'first expiry – first out' principe. Voor reguliere vraag wordt er continu aangevuld aan de voorkant (door firma's/groothandels) en uitgehaald aan de achterkant door ziekenhuizen. Er resteert toch enig risico op verspilling, vanwege de omvang van de CCV in relatie tot de omvang van het regulier gebruik.
- De CCV is voorzien voor een periode van twee jaar. Gedurende deze periode monitort LCG de voorraden van IC-geneesmiddelen bij ziekenhuizen, en rapporteert dit aan VWS. VWS heeft dus altijd inzicht in de voorraad.

Op deze wijze worden voorraden opgebouwd met minimum aan marktverstoring én verspilling en is er geen extra distributiesysteem benodigd (tenzij er herverdeling nodig is tijdens een noodsituatie).

Internationale context

Het aanleggen van noodvoorraden door landen kan juist verstoringen in vraag en aanbod in de hand werken en zo aanleiding zijn voor internationale beschikbaarheidsproblemen of prijsopdrijving. De Europese Commissie probeert daarom meer centrale regie te voeren op de monitoring en eventueel gezamenlijke aanschaf (joint procurement) van bepaalde geneesmiddelen. We volgen deze ontwikkelingen nauwgezet en sluiten waar mogelijk aan op de Europese aanpak. Desalniettemin verloopt dit afstemmingsproces nog te traag om de nationale opbouw van de IC-middelen op te schorten. Wel zullen we de prijsontwikkelingen in de gaten houden.

Financiële gevolgen

Uitgaande van bruto prijzen (zonder inkoopkorting) worden de totale kosten van de aan te leggen voorraad worden door LCG becijferd op circa € 30 mln. Zie bijlage.

De kosten vallen mogelijk lager uit als de voorraad wordt ingekocht door de inkoopgroepen van ziekenhuizen en handelskortingen van toepassing zijn (gemiddelde korting die ziekenhuizen behalen op add-ons betreft 20%, LCG gaf aan dat kortingen tot 30% mogelijk zijn). Daartegen staat dat er nog kosten bijkomen voor opslag.

Randvoorwaarde voor definitieve opdrachtverstrekking financiering aan de ziekenhuizen is dat VWS betaalt voor de voorraadopbouw maar ziekenhuizen betalen voor het gebruik van de voorraad. Ook zal een eventueel restvoorraad aan ziekenhuizen worden verkocht. Mocht dit laatste niet lukken is het financiële restrisico voor VWS.

Voordat de uitvoering start wordt nog bezien hoe de kosten door VWS worden gefinancierd, of dat plaats vindt via een directe betaling door VWS van de inkoopkosten van ziekenhuizen dan wel wordt aangesloten bij bredere afspraken tussen VWS en ziekenhuizen over de financiering van COVID IC zorg (mogelijk via subsidiëring).