

Nederlandse Zorgautoriteit

Monitor

Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg

December 2017

Inhoud


Samenvatting

1 Inleiding

2 Cijfers

3 Contractering

4 Betaalbaarheid

5 Toegankelijkheid

Samenvatting

De NZa brengt, op verzoek van de minister van VWS, periodiek een monitor uit over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. Deze monitor bevat informatie over de uitgaven, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid ten aanzien van 'dure geneesmiddelen'. De uitkomsten van de monitor laten verschillende ontwikkelingen zien waarvan sommige reden zijn voor optimisme, andere echter voor bezorgdheid.

In 2015 is € 1,85 miljard gedeclareerd aan dure geneesmiddelen. De uitgaven stegen de afgelopen jaren met gemiddeld 6,7% per jaar. Nog niet alle declaraties over het jaar 2016 zijn verwerkt. Het is echter de verwachting van verzekeraars en de NZa dat de uitgavengroei voor 2016 vergelijkbaar zal zijn. Deze stijging wordt veroorzaakt door de komst van nieuwe geneesmiddelen met een hoge prijs en een hoge budget impact.

Zorgaanbieders geven aan dat zij zich inspannen om te zorgen dat de geneesmiddelen betaalbaar en dus toegankelijk blijven voor patiënten. Zij kopen vaker gezamenlijk met andere instellingen geneesmiddelen in en bedingen lagere inkoopprijzen bij de farmaceutische industrie dan vorig jaar. Ook worden vaker biosimilars ingezet dan vorig jaar. In vrijwel alle instellingen is een geneesmiddelencommissie actief die stuurt op gepast gebruik en doelmatige inzet. Zorgverzekeraars stimuleren deze ontwikkelingen door hierover contractafspraken te maken. Ook kopen zorgverzekeraars de duurste geneesmiddelen niet bij alle instellingen in. Door selectief in te kopen willen zij de kwaliteit van zorg verbeteren en daarmee kosten besparen. Verzekeraars maken overwegend nacalculatieafspraken met zorginstellingen. In 2018 start een pilot waarin voor het eerst alle zorgverzekeraars en alle zorgaanbieders samen een groep geneesmiddelen inkoopt bij de farmaceutische industrie. Wij onderschrijven het belang van de gezamenlijke inspanning van aanbieders en verzekeraars om lage geneesmiddelenprijzen te bedingen bij de farmaceutische industrie.

Geneesmiddelen vormen nog steeds, maar minder dan vorig jaar, een knelpunt in het contracteerproces. De belangrijkste reden hiervoor is dat de uitgaven aan geneesmiddelen harder stijgen dan andere zorg binnen de medisch-specialistische zorg en er tegelijkertijd een maximale uitgavengroei aan medisch-specialistische zorg is afgesproken.

Ondanks de genoemde inspanningen ervaren zowel aanbieders als verzekeraars meer financiële knelpunten dan vorig jaar. Uit deze monitor is niet gebleken dat patiënten in Nederland geen toegang hebben tot een geneesmiddel dat onder de aanspraak van de Zorgverzekeringswet valt. Wel moeten patiënten soms wachten om te worden behandeld in een bepaald ziekenhuis, al dan niet na doorverwijzing. De belangrijkste redenen voor de door ziekenhuizen ervaren knelpunten in de toegankelijkheid zijn: de uitvoering van selectief inkoopbeleid van zorgverzekeraars, de vergoedingsprijs van bepaalde geneesmiddelen en de onvoorspelbaarheid van de komst van nieuwe dure geneesmiddelen.

Wij moedigen verzekeraars en zorgaanbieders aan zich te blijven inspannen om de geneesmiddelenprijzen te verlagen. Daarnaast roepen wij verzekeraars en aanbieders op om eerder en duidelijker met elkaar te communiceren over de plaats en hoogte van vergoeding van nieuwe dure geneesmiddelen en overige zorg binnen de medisch-specialistische zorg. Ook adviseren wij de beïnvloeding en afhankelijkheid van zorgaanbieders van de farmaceutische industrie in kaart te brengen en transparanter te maken.

Wij blijven de ontwikkelingen op het gebied van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen meten. Als de zorgplicht onvoldoende wordt nageleefd grijpen wij in. In 2018 zullen wij controleren of aan de aanbevelingen uit deze monitor wordt voldaan.



1. Inleiding

Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg jaarlijks met niet meer dan 1,6% mogen stijgen. Het aandeel van de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg is rond de 8% en de stijging van de uitgaven van nieuwe geneesmiddelen is rond de 10-15%. Dat betekent dat de groeiruimte voor een groot deel opgesoupeerd worden door de uitgaven aan dure genees-middelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concludeerde in 2015 dat de toegankelijkheid van (kanker)geneesmiddelen onder druk staat.

De minister van VWS heeft met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg afspraken gemaakt over een integraal pakket aan maatregelen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen. Eén van deze maatregelen is dat de NZa periodiek een monitor oplevert over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

De monitor die nu voor u ligt, is de vierde in de reeks. Het heeft betrekking op de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten. In deze monitor besteden wij aandacht aan de mate van toegankelijkheid voor patiënten en verzekerden tot geneesmiddelen op dit moment. Daarnaast geven wij een weergave van de uitgaven aan geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

Opdracht

In het integrale pakket aan maatregelen voor het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen is de volgende opdracht voor de NZa opgenomen:

'De NZa monitort twee keer per jaar de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken en de uitvoering die zij daaraan geven. De monitoring richt zich op de volgende onderwerpen:

- De contractvorm die is afgesproken en bijbehorende voorwaarden (PxQ of andere vorm).
- De inkoopvorm en contracttypen (al dan niet samen met zorgverzekeraars of in een collectief) waarmee geneesmiddelen worden ingekocht bij de farmaceutische industrie.
- De vraag of er afspraken zijn gemaakt over evaluatie van de ontwikkelingen en tijdig overleg in geval zich knelpunten voordoen.
- Door ziekenhuis en/of zorgverzekeraar ervaren knelpunten en hoe deze partijen hier mee om gaan.'

Deze monitor omvat een kwantitatieve analyse van de uitgaven aan geneesmiddelen en een kwalitatieve analyse van de contractering, inkoop en toegankelijkheid van add-ongeneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

2. Cijfers

Dit hoofdstuk brengt de uitgaven en het gebruik van dure geneesmiddelen in kaart. We beschrijven daarbij de ontwikkelingen in de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen. We delen deze kosten vervolgens toe aan groepen patiënten met vergelijkbare zorgvragen.

Met uitgaven bedoelen we in dit hoofdstuk de bedragen die door zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg bij verzekeraars zijn gedeclareerd. De uiteindelijke maatschappelijke uitgaven zullen lager zijn als gevolg van eventuele ex-postverrekeningen als gevolg van onder andere plafondafspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen en resultaten van financiële arrangementen die het ministerie van VWS afsluit met geneesmiddelenfabrikanten (Zie kader op pagina 7).

Aandeel geneesmiddelen

Ten opzichte van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg spelen de uitgaven aan geneesmiddelen een steeds grotere rol. Tussen 2012 en 2016 stijgt dit aandeel van 7,2% naar 8,4%. De declaratiecijfers medisch-specialistische zorg over 2016 zijn nog niet volledig: Vektis schat in dat ongeveer 98% van het te declareren jaarvolume is verwerkt. Omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen sneller stijgen dan de overige zorg zal dit aandeel naar alle waarschijnlijkheid verder gaan toenemen.

Tabel 1 **Aandeel dure geneesmiddelen in totale uitgaven medisch-specialistische zorg**

	2012	2013	2014	2015* (gecorrigeerd)	2016**
Totale uitgaven dure geneesmiddelen (inclusief extramurale uitgaven) € mln	1.495	1.612	1.741	1.850	1.939
Totale uitgaven medisch-specialistische zorg € mln	20.751	22.112	22.290	22.484	22.951
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen	7,2%	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%

Bronnen: Vektis, GIP-data, Zorginstituut Nederland, NZa. Peildatum: 1 oktober 2017
* De totale MSZ-uitgaven over 2015 zijn gecorrigeerd voor de zogenoemde 'schadelastdip' in 2015.
**De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig: over 2016 zijn +/- 98% van de declaraties verwerkt.
Zie bijlage voor meer informatie.

De totale medisch-specialistische zorg uitgaven in deze tabel zijn gecorrigeerd voor de zogenoemde 'schadelastdip' in 2015. De maximale doorlooptijd van een medisch-specialistische behandeling (dbc-zorgproduct) is in opdracht van het ministerie van VWS per 1 januari 2015 verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Als gevolg hiervan is in het jaar 2015 sprake van een eenmalige dip in de uitgaven. Dit heeft alleen gevolgen voor de totale uitgaven medisch-specialistische zorg, niet voor de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Meer informatie hierover leest u in Beoordelingsdocument RZ15a en de Toelichting op informatieproducten Verkorten Doorlooptijd van de NZa.

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 2017 bekend gemaakt wat de gerealiseerde uitgavenverlaging was als gevolg van de financiële arrangementen bij zestien geneesmiddelen (twaalf extramurale producten en vier intramurale geneesmiddelen: ruxolitinib, agalsidase alfa, agalsidase beta en alglucosidase alfa) over het jaar 2015. De totale gerealiseerde uitgavenverlaging (intra- en extramuraal) in 2015 als gevolg van financiële arrangementen bedroeg € 62,2 miljoen. Het onderscheid naar extra- en intramurale besparingen maakt VWS niet vanwege de vertrouwelijkheid van deze afspraken. Hierdoor is het niet mogelijk in dit rapport inzichtelijk te maken in welke mate de uitgaven over het jaar 2015 feitelijk lager zijn dan in deze monitor wordt gerapporteerd. Over het jaar 2016 heeft het ministerie een totale uitgavenverlaging van € 97 miljoen gerealiseerd, waarvan € 25 miljoen betrekking heeft op bovengenoemde intramurale geneesmiddelen plus nivolumab (vanaf maart 2016). Van deze € 25 miljoen heeft € 2 miljoen betrekking op een verlaging van de openbare prijs (AIP) (bron: VWS). In 2017 zijn voor de volgende nieuwe dure intramurale geneesmiddelen arrangementen van start gegaan: pertuzumab (januari), pembrolizumab (juli) en palbociclib (augustus).

Resultaat verrekenbedragen

In onderstaand overzicht zijn resultaten van verrekenbedragen opgenomen die onder andere voortkomen uit plafondafspraken, financiële arrangementen en correcties van declaratiefouten. Zie bijlage voor nadere informatie.

Tabel 2 **Resultaat verrekenbedragen van o.a. plafondafspraken en financiële arrangementen**

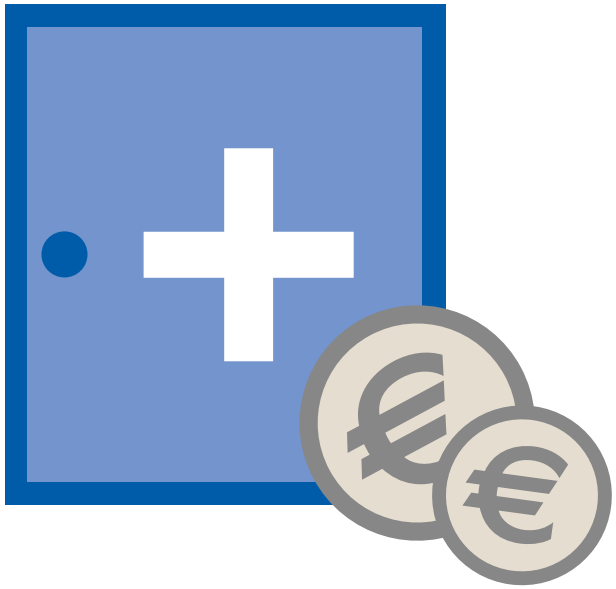
Jaar	2012	2013	2014	2015
Totaal mln €	1.495	1.612	1.741	1.850
Verrekeningen mln €	-74	-16	-41	-30
Totaal inclusief verrekeningen mln €	1.421	1.596	1.700	1.819
toename/afname		12,3%	6,5%	7,0%

Bronnen: Vektis, GIP-data, Zorginstituut Nederland, NZa. Peildatum: oktober 2017

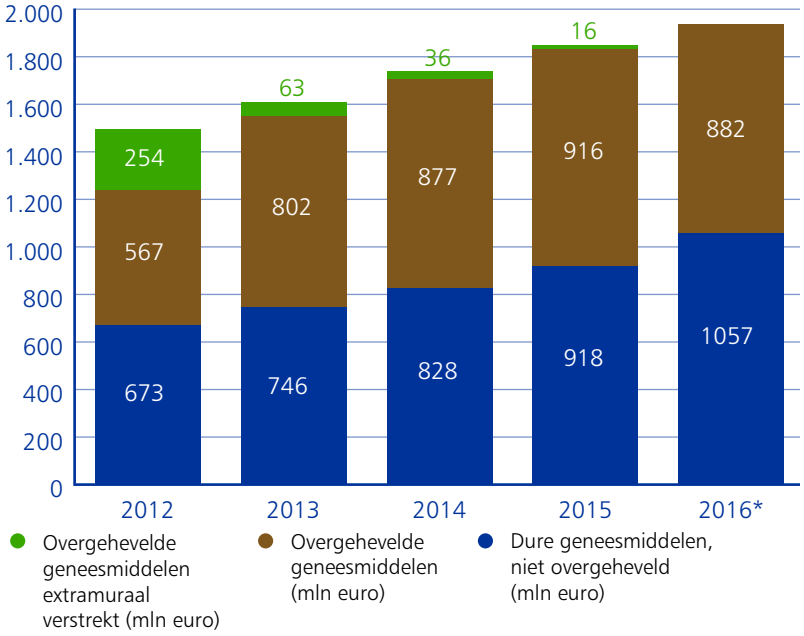
We constateren ook op basis van deze cijfers dat de groeipercentages inclusief de verrekeningen, hoger liggen dan de groeipercentages van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg. De verrekende bedragen verschillen sterk over de jaren heen en zorgen daardoor voor andere groeipercentages. Met name 2013 valt op, omdat de verrekening over 2012 een stuk hoger uitviel (€ 74 miljoen) dan over 2013 (€ 16 miljoen). Over 2016 heeft nog geen verrekening plaats gevonden, omdat 2016 nog niet volledig is gedeclareerd.

Totale uitgaven dure geneesmiddelen

De figuur hiernaast geeft de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen weer van 2012 tot en met 2016 verdeeld naar de verschillende segmenten dure geneesmiddelen. In het kader worden de verschillende segmenten nader toegelicht.



Figuur 1 **Totale uitgaven dure geneesmiddelen 2012-2016**



Jaar	2012	2013	2014	2015	2016*
Totaal mln €	1.495	1.612	1.741	1.850	1.939
Toename/afname		7,8%	8,0%	6,2%	4,8%

Bronnen: Vektis, GIP-data, Zorginstituut Nederland. Peildatum: 1 oktober 2017
*De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig, over 2016 zijn +/- 98% van de declaraties verwerkt.
Zie bijlage voor meer informatie.

In de figuur zijn de totale uitgaven onderverdeeld in de volgende categorieën:

- **Dure geneesmiddelen, niet overgeheveld:** dit zijn de uitgaven aan geneesmiddelen waarvoor in de getoonde jaren een add-ongeneesmiddel prestatie of een ozp-stollingsfactor prestatie geldig was en waarbij de prestatie is vastgesteld naar aanleiding van een aanvraag door een Wmg-partij (tot 2012) of twee Wmg-partijen (vanaf 2012); niet naar aanleiding van een maatregel (zijnde de overheveling) van het ministerie van VWS.

- **Overgehevelde geneesmiddelen:** dit zijn de uitgaven aan geneesmiddelen die zijn overgeheveld en waarvoor add-onprestaties zijn vastgesteld door de NZa. In de jaren 2012 tot en met 2015 heeft de minister van VWS expliciet benoemde groepen geneesmiddelen uitgesloten van de aanspraak farmaceutische zorg. Dat betekent dat die geneesmiddelen, ongeacht de plaats van toediening, vanaf het moment van 'overheveling' uitsluitend vallen onder de aanspraak geneeskundige zorg.

- **Overgehevelde geneesmiddelen extramuraal verstrekt:** dit zijn de uitgaven vanuit het extramurale kader aan de overgehevelde geneesmiddelen vóórdat deze overgeheveld werden. Dit betekent dat het bedrag in 2012 is opgebouwd uit de extramurale uitgaven van de geneesmiddelen die zijn overgeheveld per 2013, 2014 en 2015. Het bedrag in 2013 is opgebouwd uit de extramurale uitgaven van de geneesmiddelen die zijn overgeheveld per 2014 en 2015 etc. Deze uitgaven zijn in dit figuur opgenomen om een beeld te krijgen van de uitgaven van deze geneesmiddelen over de jaren heen.

De geneesmiddelen zijn op prestatieniveau (zorgactiviteit) ingedeeld in categorieën, zodat de prestatie specifieke uitgaven over de jaren heen te volgen zijn. Zie de bijlage voor meer informatie over en een overzicht van de indeling van de geneesmiddelen.

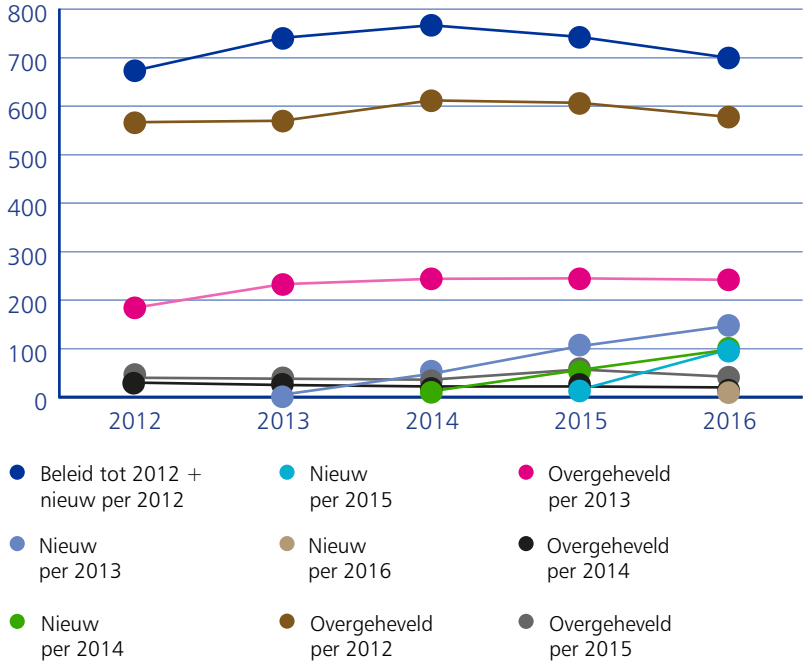
Gemiddeld stegen de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen (inclusief overgehevelde geneesmiddelen) de afgelopen jaren met 6,7% per jaar. De groei fluctueert en hangt samen met de introductie van nieuwe geneesmiddelen. Tussen 2014 en 2015 steeg het gedeclareerd bedrag aan dure geneesmiddelen van € 1,74 miljard naar € 1,85 miljard (inclusief extramurale uitgaven overgehevelde geneesmiddelen). Dit is een stijging van 6,2%. De uitgavengroei in 2015 ligt lager dan die in 2013 en 2014. Wij verklaren dit door de afname van de uitgaven aan de oude geneesmiddelen (geneesmiddelen die in of voor 2012 beschikbaar waren).

Over het jaar 2016 is tot en met september 2017 € 1,94 miljard aan dure geneesmiddelen gedeclareerd bij zorgverzekeraars. De totale stijging over 2016 is nog onzeker. Vektis schat in dat in dit cijfer ongeveer 98% van de declaraties medisch-specialistische zorg is verwerkt. Als we dit extrapoleren, zou het gedeclareerd bedrag 2016 ongeveer 7% hoger uitkomen dan van 2015. Daarmee lijkt de groei in 2016, na een relatief laag groeipercentage in 2015, weer op het niveau van de groeipercentages van de afgelopen jaren uit te komen. Uit de derde kwartaalstaten 2017 blijkt dat de verzekeraars zelf ook geen afwijking van de groeitrend over de afgelopen jaren verwachten voor 2016. Daarbij houden zij rekening met plafond- en aanneem-somafspraken en de financiële arrangementen van het ministerie van VWS (zie de bijlage voor meer informatie).

De uitgavegroei verschilt tussen groepen geneesmiddelen. Het uitgavenniveau van de 'overgehevelde geneesmiddelen' is relatief stabiel over de jaren heen. De uitgaven aan 'dure geneesmiddelen, niet overgeheveld' stegen echter van € 828 miljoen in 2014 naar € 918 miljoen in 2015. Dit is een stijging van 10,9%. Hoewel de uitgaven over het jaar 2016 nog niet volledig zijn, zijn de uitgaven aan de niet overgehevelde dure geneesmiddelen nu al 15,1% (€ 139 miljoen) hoger dan in 2015. Deze mate van uitgavengroei wordt nu voor het vierde jaar op rij geconstateerd. Over 2016 is de groei zelfs hoger dan gemiddeld over de afgelopen jaren, tussen 2012 en 2015 was de gemiddelde groei van deze groep geneesmiddelen 10,9%.

In onderstaande figuur is een onderverdeling gemaakt naar het moment dat het geneesmiddel als onderdeel van medisch-specialistische zorg werd gedeclareerd.

Figuur 2 **Uitgaven dure geneesmiddelen per categorie (mln euro)**



Bronnen: Vektis, GIP-data, Zorginstituut Nederland. Peildatum: 1 oktober 2017
*De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig. Over 2016 zijn +/- 98% van de declaraties verwerkt.
Zie bijlage voor meer informatie.

De lijnen ‘Beleid tot 2012 + nieuw per 2012’ en alle ‘nieuw per [jaartal]’ tellen op tot de staaf ‘Dure geneesmiddelen, niet overgeheveld’ uit figuur 1. Bij de ‘nieuw per [jaartal]’ label indeling is rekening gehouden met nieuwe toedieningsvormen van bestaande stofnamen, maar niet met indicatie uitbreidingen van bestaande toedieningsvormen. Alle lijnen ‘overgeheveld per [jaartal]’ tellen op tot de staven ‘Overgehevelde geneesmiddelen’ en ‘Overgehevelde geneesmiddelen extramuraal verstrekt’ samen uit figuur 1. De gerapporteerde uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen hebben dus betrekking op de optelsom van extra- en intramurale uitgaven. In de bijlage is opgenomen in welke categorieën de afzonderlijke stofnamen zijn ingedeeld.



In de onderstaande tabel wordt specifiek de ontwikkeling van de som aan declaraties van nieuwe geneesmiddelen van 2013 weergegeven.

Tabel 3 **Ontwikkeling uitgaven geneesmiddelen per categorie (mln euro)**

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016*
Beleid tot 2012 + nieuw per 2012	673	741	767	743	700
Overgehevelde geneesmiddelen inclusief extramurale omzet	821	865	913	932	882
Nieuwe geneesmiddelen		5	61	176	357

Bronnen: Vektis, GIP-data, Zorginstituut Nederland. Peildatum: 1 oktober 2017
*De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig. Over 2016 zijn +/- 98% van de declaraties verwerkt. Zie bijlage voor meer informatie.

Uit figuur 2 en de tabel concluderen wij dat de uitgavenstijging van de afgelopen jaren met name wordt veroorzaakt door nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen. Voor de geneesmiddelen die al langer op de markt zijn zwakt de uitgavengroei af (overgehevelde medicijnen) of nemen de totale uitgaven af (relatief oude intramurale geneesmiddelen die al voor 2012 alleen via het ziekenhuis beschikbaar waren of nieuw waren per 2012). De afname van de uitgaven aan de relatief oude geneesmiddelen zorgen voor een relatief laag groeipercentage van de totale uitgaven aan dure

geneesmiddelen in 2015. Deze afname van de relatief oude geneesmiddelen is echter onvoldoende om de extra uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen volledig te compenseren.

Daarnaast is de groei van de uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen die in 2015 zijn geïntroduceerd opvallend hoog; binnen één jaar zijn de uitgaven aan deze medicijnen al gestegen naar € 100 miljoen. Deze stijging is twee keer zo hoog als de stijging in het eerste jaar na introductie van de geneesmiddelen die nieuw waren per 2013 en 2014.

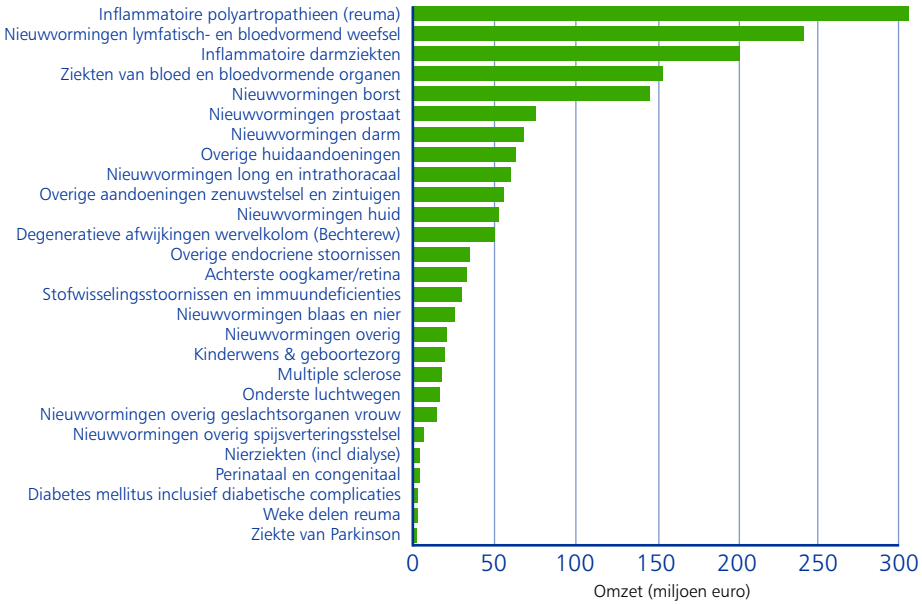
Uitgaven geneesmiddelen per patiëntengroep

In de figuren en tabellen hebben wij ziekenhuispatiënten die een add-ongeneesmiddel hebben gebruikt ingedeeld in groepen zorgvragen waarmee een patiënt naar het ziekenhuis is gekomen. Een add-ongeneesmiddel wordt samen met een ziekenhuistraject (dbc) in rekening gebracht en bij iedere dbc wordt een diagnosecode geregistreerd. Wanneer een patiënt in één zorgtraject meerdere diagnoses krijgt, wordt in deze analyse de best passende gekozen.

De geregistreerde diagnose verwijst naar de meest bepalende zorgvraag voor de ziekenhuisopname. Die is niet altijd hetzelfde als de indicatie (ziekte) waarvoor de add-on is voorgeschreven. Een patiënt met een stofwisselingsziekte, die is aangewezen op een add-ongeneesmiddel, kan ook voor een heupvervanging in het ziekenhuis komen. Daarnaast zijn bepaalde groepen geneesmiddelen, zoals antimycotica en immunoglobulinen, moeilijk toe te wijzen omdat ze bij verschillende diagnoses voorkomen, bijvoorbeeld omdat ze worden voorgeschreven bij een complicatie. Deze geneesmiddelen zijn buiten de patiëntgroepen analyse gehouden.

Onderstaande grafiek geeft grafisch de verdeling van uitgaven over de patiëntengroepen weer geordend naar uitgaven.

Figuur 3 **Uitgaven dure geneesmiddelen 2015 naar zorgvraag**



Bron: Vektis, peildatum oktober 2017

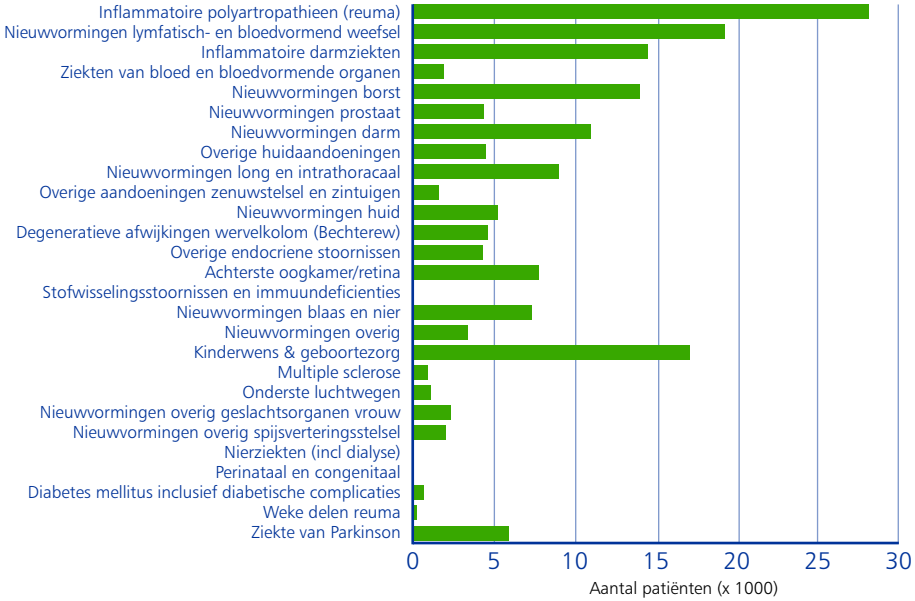
Aantal patiënten en uitgaven per patiënt

De uitgaven aan dure geneesmiddelen per patiëntengroep zijn uit te splitsen in een volume en een prijs component. De volgende grafieken laten voor dezelfde patiëntengroepen het aantal patiënten en de uitgaven per patiënt zien.

Het aantal patiënten dat add-ongeneesmiddelen gebruikt is de belangrijkste verklarende factor in de kosten. Er zijn een paar uitzonderingen.
We zien dat de kosten per patiënt met name erg hoog zijn bij stofwisselingsstoornissen en ziekten van bloed en bloedvormende organen (waaronder stollingsstoornissen). De kosten per patiënt zijn relatief laag bij kinderwens en geboorte en de ziekte van Parkinson. Dit is goed te zien in onderstaande figuren aan de afwijkende lengte van de staven.

De grafiek hiernaast geeft grafisch de verdeling van het aantal patiënten over de patiëntengroepen weer, geordend naar uitgaven in 2015.

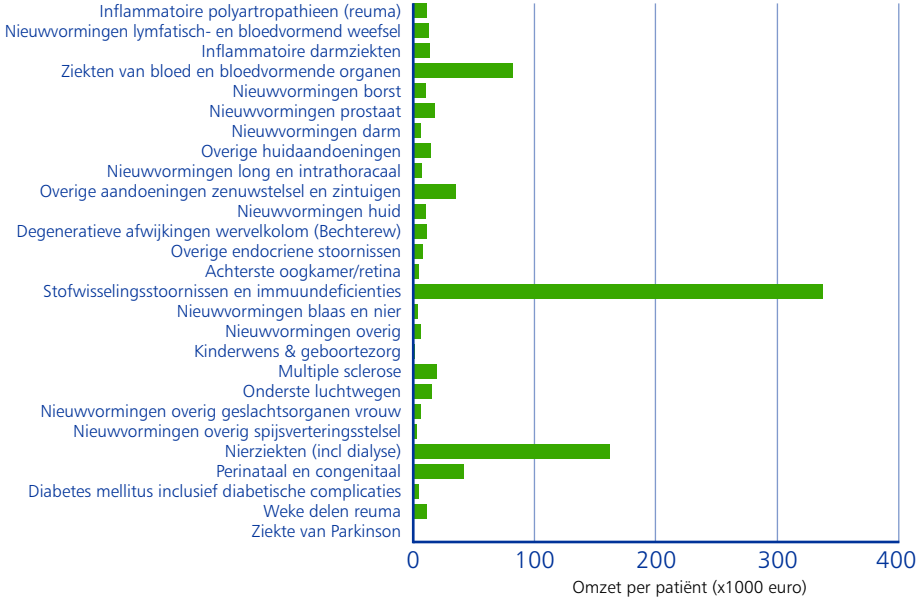
Figuur 4 **Aantal patiënten in 2015 per patiëntengroep (in duizenden)**



Bron: Vektis, peildatum oktober 2017

Hieronder is grafisch weergegeven wat de verschillen zijn in uitgaven per patiënt tussen de patiëntengroepen. Ook hier is de figuur geordend naar uitgaven.

Figuur 5 **Uitgaven aan add-ongeneesmiddelen per patiënt in 2015 per patiëntengroep (in duizenden euro's)**



Bron: Vektis, peildatum oktober2017



In onderstaande tabel is weergegeven wat de verdeling is in uitgaven over de patiëntengroepen voor het jaar 2015 en wat de veranderingen in de afgelopen twee jaar zijn. De eerste kolom geeft het aandeel van de patiëntengroep weer in de totale add-on uitgaven. De 2e tot en met de 4e kolom laten zien wat de uitgaven zijn per patiëntengroep en hoeveel patiënten gebruik maken van add-ons binnen die patiëntengroep. De 5e kolom geeft de totale kosten van de patiëntengroep binnen de medisch-specialistische zorg. De laatste vier kolommen laten de veranderingen zien ten opzichte van 2012.

Tabel 4 **Uitgaven add-ongeneesmiddelen per patiëntgroep**

	2015				Jaarlijkse verandering tussen 2012 en 2015			
Uitgaven en aantallen add-on genees-middelen per patiëntengroep	**Aandeel uitgaven**	**Uitgaven (in miljoenen)**	**Aantal patiënten (*1000)**	**Uitgaven per patiënt**	**Uitgaven**	**Aantal patiënten met add-ongeneesmiddel**	**Add-on Uitgaven per patiënt**	**Totale uitgaven (DOT + add-on)**
Nieuwvormingen (kanker)	40%	673	53	€ 12.619,40	30%	7%	22%	4%
• borst	9%	143	12	€ 12.008,59	12%	5%	6%	1%
• darm	4%	64	8	€ 8.285,17	5%	5%	0%	7%
• huid	3%	53	5	€ 10.130,06	56%	-17%	87%	-3%
• long en intrathoracaal	3%	56	6	€ 8.874,51	18%	5%	13%	5%
• lymfatisch- en bloedvormend weefsel	13%	218	11	€ 19.425,87	41%	23%	15%	15%
• prostaat	5%	76	4	€ 17.359,05	92%	46%	32%	5%
• overig	4%	63	7	€ 9.626,60	88%	11%	69%	2%

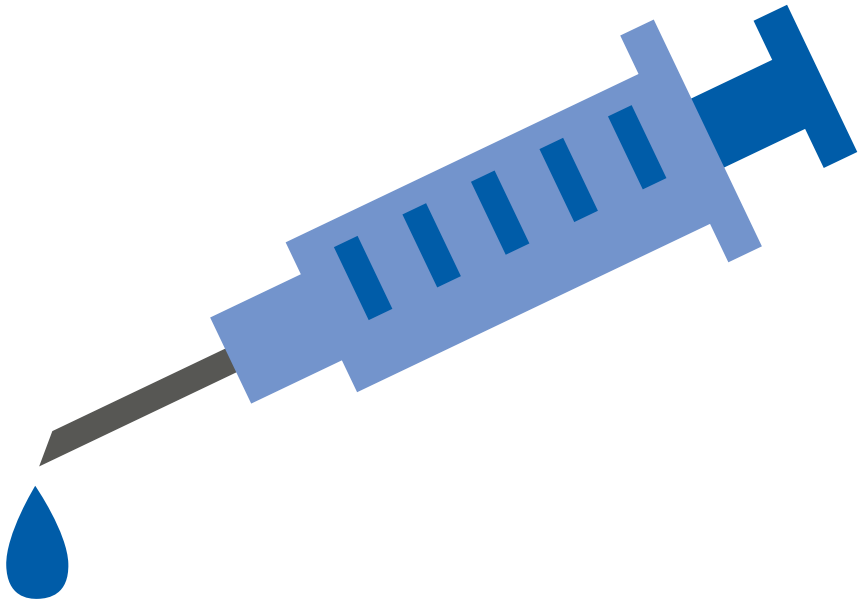
Uitgaven en aantallen add-on geneesmiddelen per patiëntengroep	2015 Aandeel uitgaven	2015 Uitgaven (in miljoenen)	2015 Aantal patiënten (*1000)	2015 Uitgaven per patiënt	Jaarlijkse verandering tussen 2012 en 2015 Uitgaven	Aantal patiënten met add-ongeneesmiddel	Add-on Uitgaven per patiënt	Totale uitgaven (DOT + add-on)
Ontstekingsziekten	30%	510	42	€ 37.836,91	4%	8%	-5%	1%
• inflammatoire polyartropathieën (reuma)	18%	306	28	€ 10.888,72	0%	5%	-5%	-2%
• inflammatoire darmziekten	12%	201	13	€ 14.923,26	12%	14%	-2%	5%
• weke delen reuma	0%	3	0	€ 12.024,94	12%	23%	-9%	0%
Deg.afwijkingen wervelkolom (Bechterew)	3%	50	5	€ 10.834,47	-3%	3%	-6%	-5%
Ziekten van bloed en Bloedvormende organen	9%	154	2	€ 95.949,56	3%	6%	-3%	1%
Stofwisselings-stoornissen en immuundeficiënties	2%	30	0	€ 337.170,34	12%	1%	10%	2%
Overige endocriene stoornissen*	2%	35	4	€ 8.132,03				

Uitgaven en aantallen add-on geneesmiddelen per patiëntengroep	2015				Jaarlijkse verandering tussen 2012 en 2015			
	Aandeel uitgaven	Uitgaven (in miljoenen)	Aantal patiënten (*1000)	Uitgaven per patiënt	Uitgaven	Aantal patiënten met add-ongeneesmiddel	Add-on Uitgaven per patiënt	Totale uitgaven (DOT + add-on)
Aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen								
• multiple sclerose	1%	18	1	€ 19.627,63	-4%	-7%	3%	-4%
• achterste oogkamer/ retina	2%	33	8	€ 4.294,70	22%	16%	6%	2%
• ziekte van Parkinson	0%	2	6	€ 397,31	-6%	8%	-13%	-3%
• overige aandoeningen	3%	56	2	€ 34.705,76	3%	-2%	5%	0%
Huidaandoeningen	4%	64	5	€ 14.039,82	8%	6%	1%	-3%
Onderste luchtwegen (astma)*	1%	16	1	€ 14.937,61	13%	12%	2%	3%
Kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg*	1%	20	17	€ 1.153,63				
Overige	1%	16	2	€ 6.990,36	32%	3%	28%	0%

Bronnen: Vektis, peildatum oktober 2017; overheveling 2015 is buiten beschouwing gelaten; antimycotica en immunoglobinen zijn niet meegenomen in de analyse.
Dikgedrukt zijn samenvoegingen van patiëntgroepen.

De tabel laat zien dat 40% van de uitgaven aan dure geneesmiddelen in 2015 is ingezet bij patiënten met kanker. Binnen deze groep gaat een derde van de uitgaven aan geneesmiddelen naar patiënten met nieuwvormingen van lymfatisch- en bloedvormend weefsel (bloedkanker). Eén derde van de uitgaven aan dure geneesmiddelen is ingezet bij patiënten met ontstekingsziekten (30%).

In de meeste patiëntengroepen stijgen de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Voor een aantal patiëntengroepen is de groei in uitgaven vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal patiënten dat ermee wordt behandeld. De uitgaven per patiënt zijn het sterkst gestegen bij huidkanker, prostaatkanker en stofwisselings-stoornissen, maar ook bij maculadegeneratie nemen de uitgaven aan add-ongeneesmiddelen per patiënt met 6% per jaar toe door het gebruik van duurdere geneesmiddelen. Bij ontstekingsziekten en de ziekte van Parkinson zijn de uitgaven per patiënt juist gedaald tussen 2012 en 2015.



Uitgaven per geneesmiddel

In onderstaande tabellen is een ranking gegeven van de uitgaven aan dure geneesmiddelen per werkzame stof en per werkzame stof per patiënt over het jaar 2016.

Tabel 5 **Top 25 geneesmiddelen op basis van totale uitgaven 2016***

Rang 2016 (2015)	Werkzame stof	Groep	Totale uitgaven €1.000
1 (1)	Adalimumab	TNF-alfaremmer (anti-reumatica)	214.529
2 (3)	Etanercept	TNF-alfaremmer (anti-reumatica)	142.184
3 (2)	Infliximab	TNF-alfaremmer (anti-reumatica)	138.518
4 (4)	Trastuzumab	Oncolytica	76.613
5 (8)	Lenalidomide	Oncolytica	64.408
6 (5)	Rituximab	Oncolytica	62.746
7 (7)	Bevacizumab	Oncolytica	57.723
8 (6)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	55.985
9 (15)	Enzalutamide	Oncolytica	51.954
10 (9)	Immunoglobuline i.v.	Immunoglobuline	42.908
11 (87)	Nivolumab	Oncolytica	41.713
12 (24)	Aflibercept	Oogziekten	39.918
13 (11)	Advate	Stollingsfactoren	38.019
14 (12)	Imatinib	Oncolytica	36.902
15 (10)	Somatropine	Groeihormonen	36.659
16 (13)	Pemetrexed	Oncolytica	31.933
17 (14)	Ustekinumab	Overig anti-reumatica	31.901
18 (16)	Eculizumab	Overig	31.890
19 (85)	Pembrolizumab	Oncolytica	28.224
20 (17)	Bortezomib	Oncolytica	26.376
21 (19)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	25.983
22 (21)	Tocilizumab	Overig anti-reumatica	24.332
23 (35)	Pertuzumab	Oncolytica	24.094
24 (22)	Golimumab	TNF-alfaremmer (anti-reumatica)	23.278
25 (23)	Everolimus	Oncolytica	22.616

Bron: Vektis, exclusief uitgaven overgehevelde middelen vóór overheveling. *De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig: de uitgaven kunnen nog toenemen. Zie bijlage voor meer informatie.

De middelen met de hoogste uitgaven zijn drie TNF-alfaremmers.
In totaal wordt er meer uitgegeven aan oncolytica, maar die uitgaven zijn verdeeld over meerdere stofnamen.
Drie nieuwkomers in de top 25 zijn de oncolytica nivolumab en pembrolizumab die worden gebruikt door patiënten met huidkanker en pertuzumab door patiënten met borstkanker.
Opvallende stijgers zijn verder de oncolytica enzalitumide, dat steeds vaker wordt ingezet bij prostaatkanker en lenalidomide, ingezet bij bloedkanker.

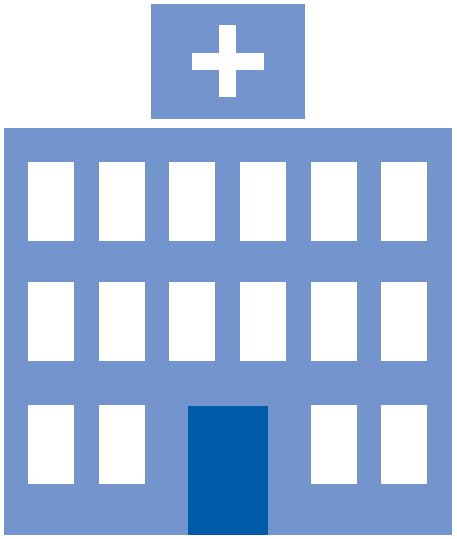
Uitgaven per patiënt

Tabel 6 **Top 25 geneesmiddelen uitgaven per patiënt over 2016***

Rang 2016 (2015)	Stofnaam	Groep	Uitgaven per patiënt (x € 1000)
1 (3)	Galsulfase	Stofwisselingsziekten	600
2 (1)	Idursulfase	Stofwisselingsziekten	594
3 (2)	Ceprotin	Stollingsfactoren	544
4 (4)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	451
5 (6)	Laronidase	Stofwisselingsziekten	340
6 (5)	Eculizumab	Overig	266
7 (8)	Feiba	Stollingsfactoren	242
8 (7)	Agalsidase alfa	Stofwisselingsziekten	173
9 (12)	Mononine	Stollingsfactoren	169
10 (9)	Elosulfase alfa	Stofwisselingsziekten	149
11 (10)	Agalsidase bŠta	Stofwisselingsziekten	146
12 (11)	Immunine	Stollingsfactoren	130
13 (15)	Ivacaftor	Overig	121
14 (22)	Novoseven	Stollingsfactoren	114
15 (17)	Benefix	Stollingsfactoren	110
16 (16)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	109
17 (13)	Nonafact	Stollingsfactoren	108
18 (14)	Aafact	Stollingsfactoren	103
19 (195)	Blinatumomab	Oncolytica	88
20 (19)	ReFacto AF	Stollingsfactoren	86
21 (128)	Mabthera	Stollingsfactoren	84
22 (21)	Helixate Nex Gen	Stollingsfactoren	83
23 (18)	Advate	Stollingsfactoren	81
24 (20)	NovoEight	Stollingsfactoren	77
25 (24)	Canakinumab	Overig	75

Bron: Vektis, exclusief uitgaven overgehevelde middelen vóór overheveling. *De cijfers over 2016 zijn nog niet volledig: de uitgaven kunnen nog toenemen. Zie bijlage voor meer informatie.

In de tabel zijn de geneesmiddelen gesorteerd op basis van de uitgaven per patiënt in het jaar 2016. De top 25 bevat vrijwel alleen stollingsfactoren en geneesmiddelen voor stofwisselingsziekten. De 22 duurste geneesmiddelen hebben een vergoeding van meer dan € 80.000 per patiënt per jaar.



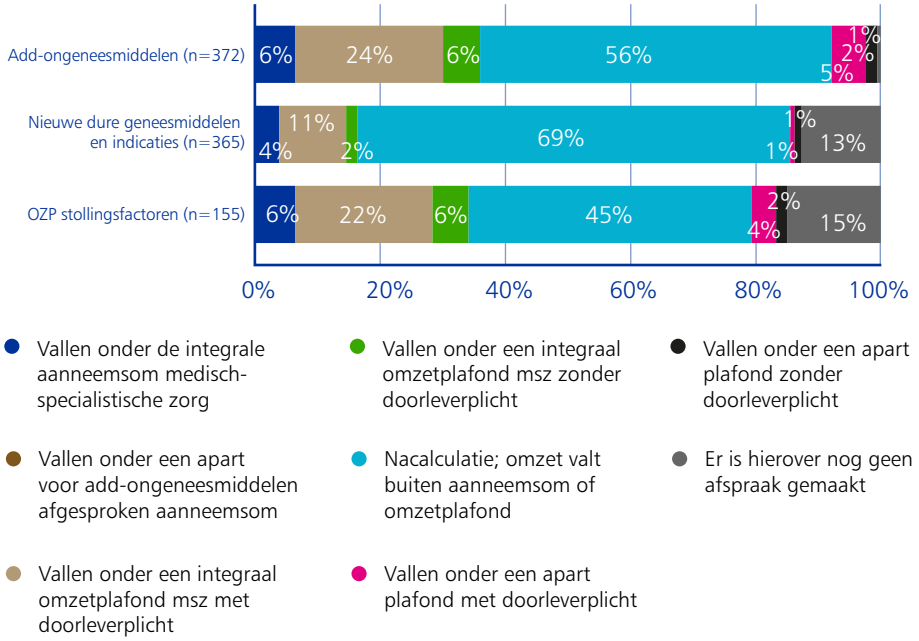
3. Contractering

In dit hoofdstuk beschrijven we de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het proces van contracteren.

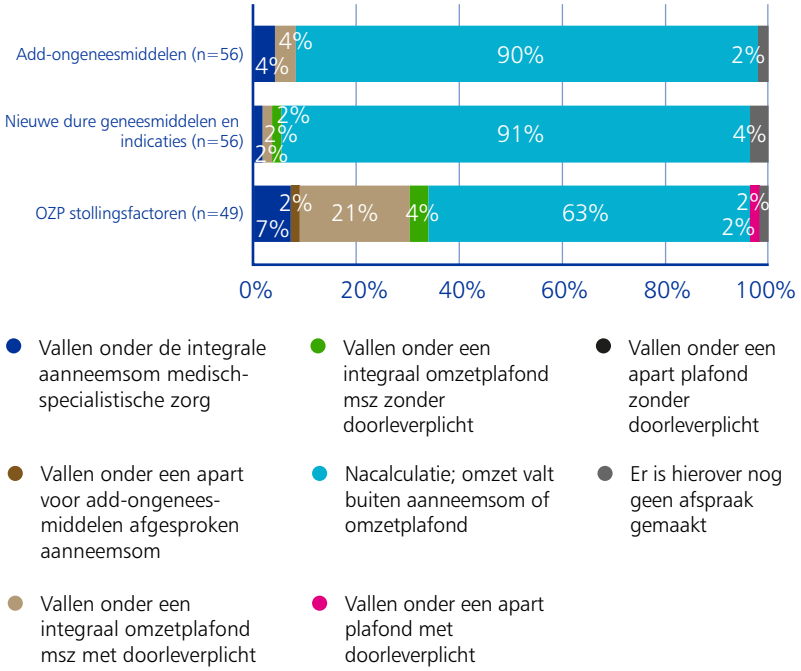
Contractafspraken 2017

In de volgende figuren is te zien welk type contractafspraken de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen met zorgverzekeraars over dure geneesmiddelen hebben gemaakt over het jaar 2017. Deze contractafspraken worden in de regel gemaakt in het voorgaande jaar (in dit geval in 2016). Hierbij zijn afspraken over add-ongeneesmiddelen, nieuwe (nog te registreren) dure geneesmiddelen en indicaties, en OZP-stollingsfactoren, apart weergegeven. De aantallen en percentages in de figuren hebben betrekking op het totaal aantal contracten dat is afgesloten tussen de deelnemende ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders die hebben aangegeven de categorie geneesmiddelen in kwestie niet te contracteren met zorgverzekeraars zijn buiten beschouwing gelaten.

Figuur 6 **Contractafspraken 2017 algemene ziekenhuizen**



Figuur 7 **Contractafspraken 2017 academische ziekenhuizen**



In een (ruime) meerderheid van de contracten, bij zowel de algemene als de academische ziekenhuizen, is afgesproken dat vergoeding van zowel bestaande dure geneesmiddelen als de dure geneesmiddelen waar ten tijde van de contractafspraken nog een handelsvergunning voor moest worden afgegeven, plaatsvindt op basis van nacalculatie.

Vergoeding van geneesmiddelen op basis van nacalculatie houdt in dat er over geneesmiddelen apart van de rest van de medisch-specialistisch zorg afspraken worden gemaakt . Veelal zal dit betekenen dat de vergoeding van geneesmiddelen plaatsvindt op basis van ‘pxq’: de prijs (p) van een geneesmiddel maal het aantal patiënten (q). De inhoud van de nacalculatie-afspraken, zoals de gestelde voorwaarden, is echter niet door ons onderzocht.

Bij de contractafspraken van academische ziekenhuizen over add-ongeneesmiddelen en nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties betreft dit zelfs 90-91%. Dit kan erop wijzen dat academische ziekenhuizen meer financiële ruimte krijgen om nieuwe geneesmiddelen in te zetten dan algemene ziekenhuizen, maar dit is afhankelijk van het geheel aan afspraken over medisch-specialistische zorg bij academische ziekenhuizen.

Algemene ziekenhuizen maken ook wel de afspraak dat de vergoeding van geneesmiddelen valt onder een integraal omzetplafond met doorleverplicht (11% tot 24%). Bij academische ziekenhuizen wordt deze afspraak, in 21% van de gevallen, ook gemaakt over OZP-stollingsfactoren.

Afspraken over inzet van weesgeneesmiddelen
In de volgende tabel is weergegeven wat er in contracten van 2017 is afgesproken met de dominante zorgverzekeraar over de behandeling van patiënten met weesgeneesmiddelen.

Tabel 7 **Afspraken over inzet van weesgeneesmiddelen**

	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen	
	Aantal	%	Aantal	%
Wij kunnen indien nodig alle weesgeneesmiddelen inzetten bij de verzekerden van onze dominante verzekeraar, indien zij daarop zijn aangewezen.	3	6%	8	100%
Wij kunnen sommige maar niet alle weesgeneesmiddelen inzetten bij de verzekerden van onze dominante verzekeraar.	20	39%	0	0%
Hierover zijn geen afspraken gemaakt.	28	55%	0	0%
Totaal	**51**	**100%**	**8**	**100%**

Uit de tabel komt naar voren dat alle academische ziekenhuizen contractueel alle weesgeneesmiddelen kunnen inzetten bij verzekerden van de dominante zorgverzekeraar. Dit geldt niet voor de algemene ziekenhuizen. Zorgverzekeraars contracteren weesgeneesmiddelen bij een deel van de algemene ziekenhuizen. De meeste algemene ziekenhuizen hebben geen contractafspraak over de inzet van weesgeneesmiddelen. Zij verwachten ook niet dat zorgverzekeraars weesgeneesmiddelen over het jaar 2018 bij hen inkopen. Er is sprake van selectief contracteren: een verzekeraar koopt (een deel van) de zorg niet bij alle aanbieders van medisch-specialistische zorg in, maar bij een selectie van de aanbieders, met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren.

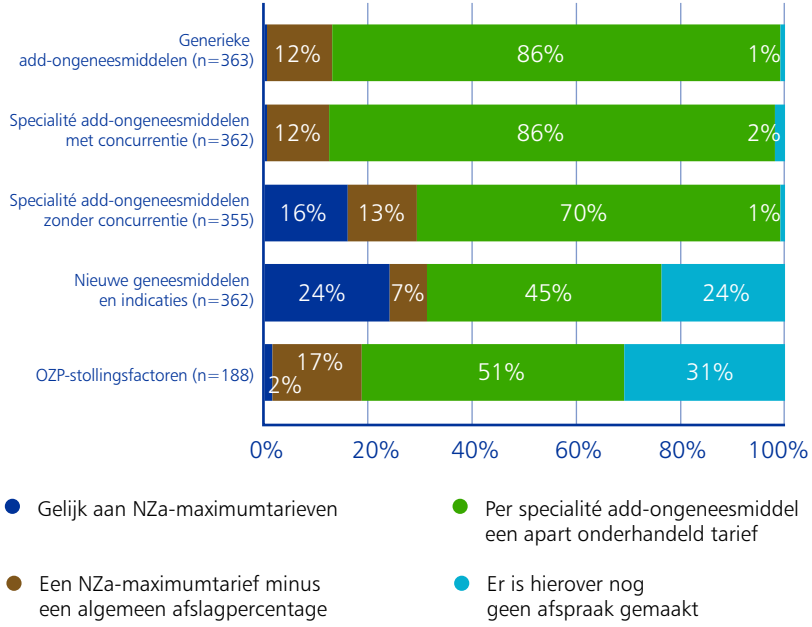
Afspraken over bijkomende kosten
Afspraken over eventuele bijkomende kosten bij de inzet van add-ongeneesmiddelen (bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek) worden weinig gemaakt met zorgverzekeraars, namelijk 8% van de algemene ziekenhuizen en 13% van de academische ziekenhuizen.

Afspraken over bevoorschotting
Zorgverzekeraars bevoorschotten in het jaar 2017 een minderheid (29%) van de zorgaanbieders voor de kosten van add-ongeneesmiddelen. Op basis van de antwoorden van verzekeraars, blijkt dit om twee verzekeraars te gaan. Eén van deze verzekeraars gaf aan niet meer te bevoorschotten over het contractjaar 2018, de andere verzekeraar zal dit wel weer doen.

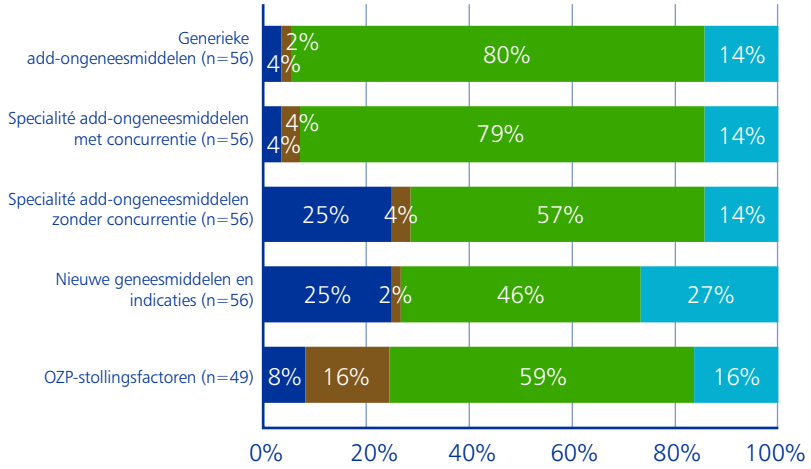
Tariefafspraken 2017

De volgende twee figuren laten de tariefafspraken zien die in de contracten over 2017 voor de diverse categorieën geneesmiddelen zijn gemaakt.

Figuur 8 **Tariefafspraken 2017 Algemene ziekenhuizen**



Figuur 9 **Tariefafspraken 2017 Academische ziekenhuizen**



De meest voorkomende tariefafspraak, in zowel de algemene als de academische ziekenhuizen, is dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief afspreken. Dit geldt vooral voor de generieke add-ongeneesmiddelen en specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie.

Bij de specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie, en bij de nieuwe geneesmiddelen en indicaties die naar verwachting in 2017 een handelsvergunning krijgen c.q. kregen, spreken zorgverzekeraars en ziekenhuizen in 16-25% van de gevallen de NZa-maximumtarieven af. Bij de OZP-stollingsfactoren onderhandelen zorgverzekeraars en ziekenhuizen in ongeveer de helft van de gevallen een apart tarief, en in 16-17% van de gevallen een NZa-maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage. Er zijn geen opvallende verschillen zichtbaar tussen algemene en academische ziekenhuizen wat betreft de tariefafspraken, behalve dat het erop lijkt dat academische ziekenhuizen minder vaak dan algemene ziekenhuizen concrete tariefafspraken hebben gemaakt.

Verwachte ontwikkeling contractprijzen 2018

Aan zorgverzekeraars is gevraagd wat hun verwachtingen zijn over de ontwikkeling van de contractprijzen voor 2018. Deze zijn optimistisch: alle zorgverzekeraars verwachten voor 2018 lagere inkoopprijzen dan voorheen te kunnen bedingen voor generieke add-ongeneesmiddelen en specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie, bij zowel (sommige) UMC's als bij algemene of categorale ziekenhuizen. Deze verwachting geldt in mindere mate voor specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie en voor OZP-stollingsfactoren. Voor de geneesmiddelen zonder concurrentie verwachten vijf zorgverzekeraars bij geen enkele instelling korting te kunnen bedingen. Drie zorgverzekeraars verwachten in 2018 in het algemeen geen korting te kunnen bedingen op OZP-stollingsfactoren bij hemofiliecentra, vijf verwachten dat dit wel mogelijk zal zijn.

Contracteerproces 2018

In onderstaande alinea's gaan we in op het contracteerproces over het contractjaar 2018.

Knelpunten in de contractering

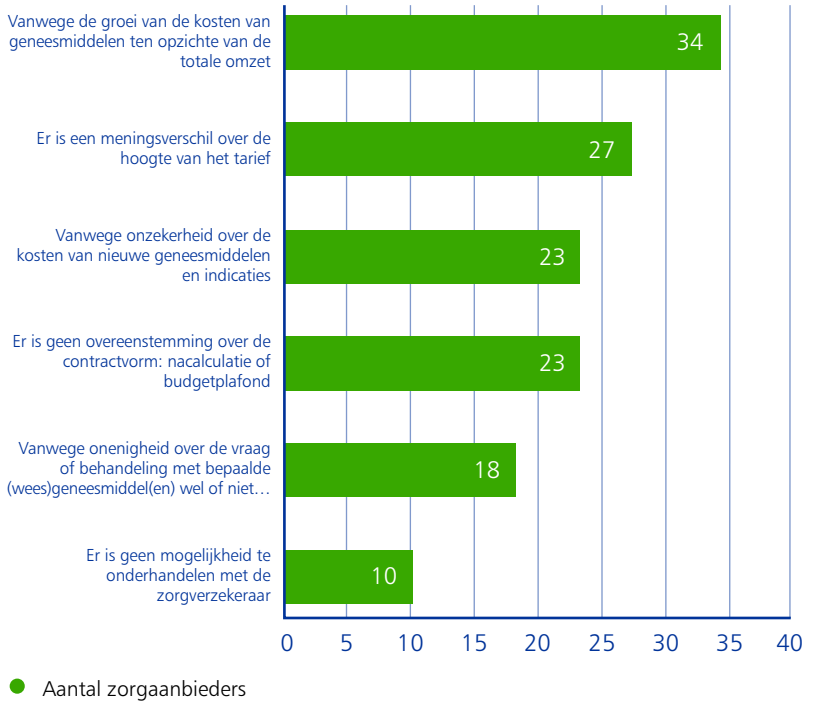
Zorgaanbieders

Bij 38 van de 59 zorgaanbieders (64%) vormden de add-ongeneesmiddelen naar eigen zeggen een knelpunt in de totstandkoming van de contracten voor medisch-specialistische zorg voor 2018. In de monitor van november 2016 lag dit percentage over het jaar 2017 hoger, namelijk 81%.

In de figuur hiernaast zijn de verschillende redenen weergegeven die zorgaanbieders noemen voor de knelpunten in de contractering. Bijna 90% van deze zorgaanbieders geven als reden hiervoor de groei van de kosten van de geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet. In de monitor van november 2016 was de groei van de kosten van de geneesmiddelen ook de meest genoemde reden voor de knelpunten. De tweede genoemde oorzaak (71%) is een meningsverschil over de hoogte van de tarieven. Daarbij noemt 60% van de ziekenhuizen als oorzaak de onzekerheid over de kosten van geneesmiddelen en indicaties die ten tijde van de contractonderhandelingen nog niet op de markt beschikbaar waren (nieuwe geneesmiddelen en indicaties).

Ondanks dat de meeste ziekenhuizen nacalculatieafspraken hebben gemaakt voor add-ongeneesmiddelen, ervaren toch veel ziekenhuizen knelpunten in het contacteerproces, met name over de groei van de kosten van geneesmiddelen, de hoogte van de tarieven en onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties. Een verklaring hiervoor is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar hebben afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg met maximaal 1% per jaar (in 2018 is dat 1,6%) mogen stijgen, terwijl de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg relatief harder stijgen. Ondanks de nacalculatie afspraken voor geneesmiddelen moeten de uitgaven toch binnen de afgesproken maximale uitgavengroei blijven, wat een uitdaging betekent voor het contracteerproces.

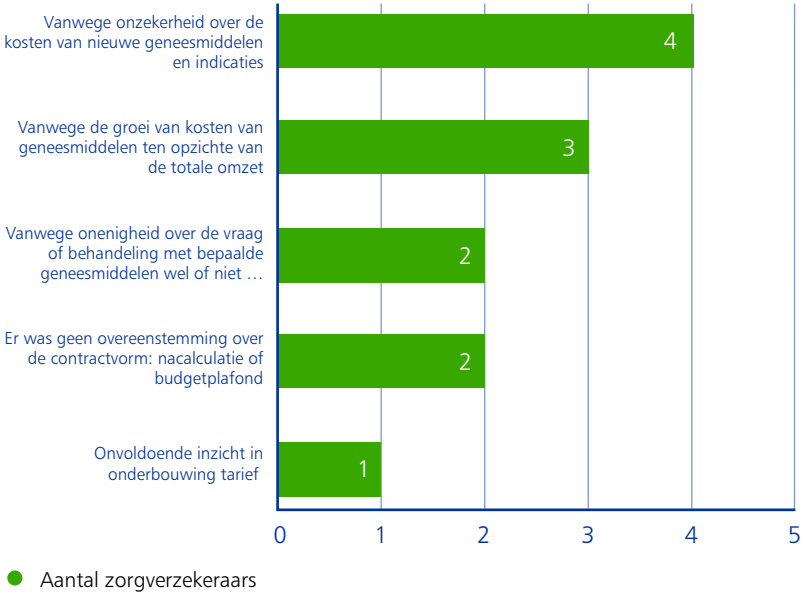
Figuur 10 **Achtergrond knelpunten volgens zorgaanbieders**



Zorgverzekeraars

Bij de helft van de zorgverzekeraars vormen add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van de contracten het jaar 2018; deze verzekeraars hebben knelpunten ervaren bij 5% tot 65% van de te contracteren instellingen. In de volgende figuur is te zien wat volgens de zorgverzekeraars de oorzaken van deze knelpunten zijn.

Figuur 11 **Achtergrond knelpunten volgens zorgverzekeraars**



Vooral de onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties leidt tot knelpunten in de contractering, aldus verzekeraars. Daarnaast geven drie van de acht zorgverzekeraars aan knelpunten te ondervinden in de totstandkoming van de contracten 2018 wat betreft ozp-stollingsfactoren.

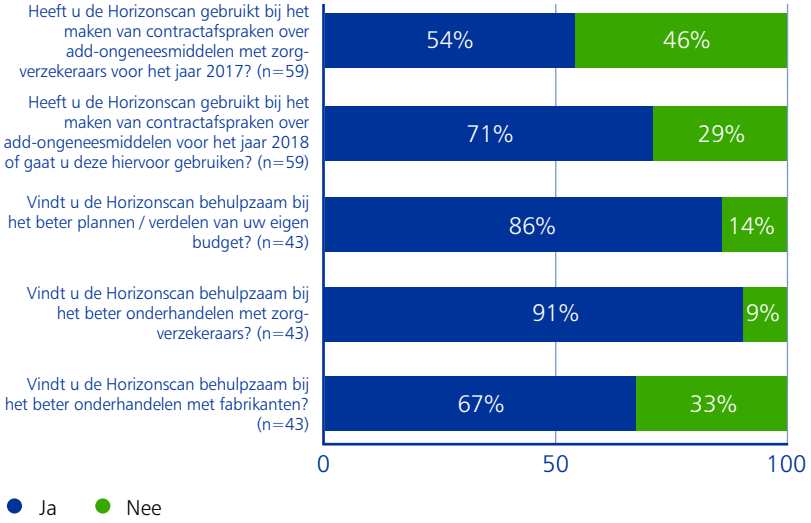
Invloed Horizonscan

Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de Horizonscan (www.horizonscangeneesmiddelen.nl). Deze scan monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten, en identificeert (voor zover mogelijk) het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's. Hiermee wordt onder andere beoogd meer inzicht te bieden aan zorgaanbieders en verzekeraars over de verwachte uitgavenontwikkeling in het opvolgende contractjaar. Ook stelt de Horizonscan voorschrijvers in staat om eerder een plaatsbepaling te doen in het behandelaanbod en richtlijnen aan te passen, en bevordert daarmee doelmatige inzet van de geneesmiddelen en versnelling van de inzet van de genees-middelen bij de patiënt. De Horizonscan laat zien dat er de komende jaren veel nieuwe en waarschijnlijk dure geneesmiddelen aan komen.

Zorgaanbieders

In de figuur is te zien in hoeverre zorgaanbieders de Horizonscan hebben gebruikt bij het maken van contractafspraken, en hoe behulpzaam zij dit instrument vinden.

Figuur 12 **Gebruik van en oordeel over Horizonscan**



Nog lang niet alle zorgaanbieders maken gebruik van de Horizonscan. Iets meer dan de helft (54%) van de zorgaanbieders heeft de Horizonscan gebruikt bij het maken van contactafspraken voor add-ongeneesmiddelen voor 2017, een wat grotere groep van 71% verwacht dit voor de contracten 2018 te gaan doen. De (toekomstige) gebruikers van de Horizonscan vinden deze vrijwel allemaal behulpzaam bij het beter plannen en verdelen van het eigen budget en het onderhandelen met zorgverzekeraars. Een ruime meerderheid van 67% vindt deze tevens behulpzaam bij het onderhandelen met fabrikanten.

Zorgverzekeraars

De meeste zorgverzekeraars, zes van de acht, hebben de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgaanbieders voor het jaar 2017 en gaan dit instrument ook weer voor 2018 gebruiken. Een zevende zorgverzekeraar heeft de scan dit jaar niet gebruikt, maar is dit wel van plan van voor 2018. Deze zeven zorgverzekeraars antwoorden allen bevestigend op de vraag of zij de horizonscan behulpzaam vinden voor de interne organisatie en voor de onderhandeling met zorgaanbieders.

Invloed financiële arrangementen

In het hoofdstuk Cijfers zijn de financiële arrangementen tussen het ministerie van VWS en fabrikanten van geneesmiddelen aan bod gekomen. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: in beginsel uitsluitend in gevallen van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel. De opbrengsten van de arrangementen komen via een terugbetalingsconstructie terecht bij de zorgverzekeraar. Het is vervolgens aan de individuele zorgverzekeraar of en hoe zij deze opbrengsten inzetten.

Behalve dat verzekeraars deze opbrengst in mindering moeten brengen in de risicoverevening, is er geen regelgeving dat voorschrijft hoe zij dit geld besteden. De huidige stand van zaken is dat er voor de volgende intramurale geneesmiddelen financieel arrangementen lopen of hebben gelopen: ruxolitinib, alglucosidase alfa, agalsidase alfa, agalsidase beta, nivolumab, pertuzumab, pembrolizumab en palbociclib. In de enquête vroegen wij aan zowel aanbieders als verzekeraars welke invloed en/of gevolg deze arrangementen hebben bij het maken van contractafspraken.

De ruime meerderheid van de zorgaanbieders, 75%, geeft aan dat het feit dat er voor een bepaald geneesmiddel een arrangement is afgesloten geen onderwerp van gesprek is tijdens de onderhandelingen. Vijf ziekenhuizen (8%) laten weten dat verzekeraars hen hebben aangegeven de opbrengst elders in te zetten, zoals bij bepaling van de premiehoogte. Vier ziekenhuizen (7%) antwoorden dat de zorg-verzekeraars in de contractonderhandelingen hebben aangegeven de opbrengst geheel of gedeeltelijk in te zetten in de onderhandelingen, in de vorm van hogere dbc-contractprijzen en/of add-on contractprijzen. Overige ziekenhuizen laten weten dat dit nog niet van toepassing is geweest, of dat zorgverzekeraars aangeven geen zicht te hebben in de opbrengsten van deze financiële arrangementen en ze daarom niet gericht in kunnen zetten.

Dit beeld strookt met hetgeen zorgverzekeraars hebben geantwoord. Vijf van de acht verzekeraars geven aan dat dit geen onderwerp is tijdens de contractonderhandelingen. Meer dan de helft van de zorgverzekeraars meldt dat aan het begin van het jaar een schatting gemaakt wordt van de opbrengsten die vervolgens worden meegenomen in de premieberekening. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat de opbrengsten ingezet worden om nieuwe dure geneesmiddelen te financieren en dat de opbrengsten in de geboekte schade op bulkniveau worden verwerkt (waarmee de schade dus verlaagd wordt).

Invloed nieuw NZa geneesmiddelenbeleid

De NZa heeft met ingang van 1 januari 2017 twee beleidswijzigingen doorgevoerd. De eerste is dat prestaties en tarieven niet langer op het niveau van de werkzame stof worden vastgesteld, maar op het niveau van het handelsproduct (van zorgactiviteitencode naar ZI-nummer). De tweede is dat zorgaanbieders de indicatie van het gebruikte dure geneesmiddel moeten vermelden op de factuur. Om de overgang naar dit nieuwe beleid te faciliteren, gold in het jaar 2017 het ingroeimodel: zorgaanbieders hadden de mogelijkheid om niet de indicatie te vermelden op de factuur.

Aan zorgaanbieders vroegen wij of deze beleidswijziging het contracteerproces voor het jaar 2018 vergemakkelijkt, bemoeilijkt of dat het geen verschil maakt. De meeste ziekenhuizen (58%, waaronder zeven van de acht academische centra) geven aan dat het hierdoor wordt bemoeilijkt, 32% merkt geen verschil en 10% ervaart dat deze wijziging het contracteerproces vergemakkelijkt.

De zorgaanbieders die aangeven dat deze wijziging de contractering bemoeilijkt, noemen hiervoor verschillende redenen. Zo moet er nu op een lager niveau (per verpakking en per periode) onderhandeld worden over tarieven, waardoor het aantal te onderhandelen tarieven is toegenomen. Daarbij kan er niet meer op de historie worden teruggevallen wat de onderhandelingen bemoeilijkt. Ook geven de aanbieders aan dat er continu ZI-codes worden toegevoegd en verwijderd en regelmatig tarieven worden aangepast, wat veel administratie met zich meebrengt. Het is daarbij ook niet altijd duidelijk of een geneesmiddel wordt vergoed en tegen welk tarief, zo meldt een ziekenhuis: 'de registratie is veel complexer geworden en niet-vergoede indicaties leiden voor het ziekenhuis tot onvoorziene kostenposten'.

Een (kleiner) aantal van zes algemene ziekenhuizen ervaart het nieuwe beleid echter wel als makkelijker voor de onderhandelingen, juist vanwege het lagere niveau van prestaties en maximumtarieven, het inzicht in indicaties en aanspraak per add-onprestatie en de vergelijkbaarheid van inkoop- en verkooptarieven. In de volgende monitor dure geneesmiddelen zal opnieuw worden onderzocht welke invloed het nieuwe beleid heeft op het contracteerproces.

Conclusies en aanbevelingen

Ondanks optimistische verwachtingen over de ontwikkeling van scherpere inkoopprijzen, vormen de add-ongeneesmiddelen toch vaak een knelpunt in de totstandkoming van de contracten. Met name door de komst van nieuwe dure geneesmiddelen groeien de kosten van geneesmiddelen harder dan de kosten van overige zorg. Veel ziekenhuizen hebben weliswaar nacalculatieafspraken gemaakt met zorgverzekeraars voor add-ongeneesmiddelen, maar partijen zijn toch gehouden aan de afgesproken maximale uitgavengroei voor de medische specialistische zorg. Dit vormt een uitdaging voor het contracteerproces.

Een punt van zorg is dat sommige ziekenhuizen op het moment van de enquête nog steeds geen afspraken met verzekeraars hebben gemaakt over de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen in 2017. De Horizonscan kan helpen om eerder duidelijkheid te krijgen over de komst en kosten van nieuwe geneesmiddelen, en daarmee het contracteerproces vergemakkelijken en onenigheid en onduidelijkheid over vergoedingen tegen gaan. Aangezien nog maar de helft van de zorgaanbieders gebruikt maakt van de Horizonscan, en de gebruikers het instrument als behulpzaam ervaren, zouden partijen meer gebruik kunnen maken van dit instrument.

4. Betaalbaarheid

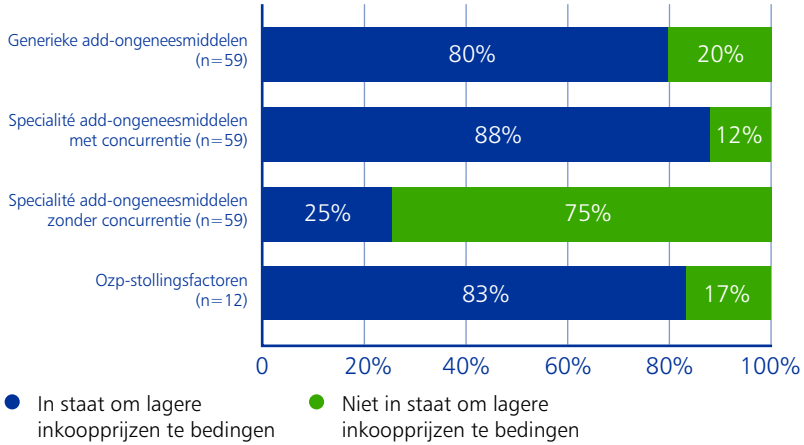
Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen op meerdere manieren de betaalbaarheid van add-ongeneesmiddelen bevorderen. Dit hoofdstuk gaat in op de (gezamenlijke) inkoop van geneesmiddelen door zorgaanbieders en verzekeraars, de inzet van een geneesmiddelencommissie, doelmatige inzet van geneesmiddelen, de inzet van biosimilars en de invloed van de farmaceutische industrie. Tot slot zijn Kamervragen over dit onderwerp opgenomen.

Inkoop geneesmiddelen door zorgaanbieders

Ontwikkeling inkoopprijzen

In onderstaande figuur is weergegeven of zorgaanbieders in 2017 naar eigen zeggen in staat zijn lagere inkoopprijzen bij fabrikanten te bedingen dan voorheen.

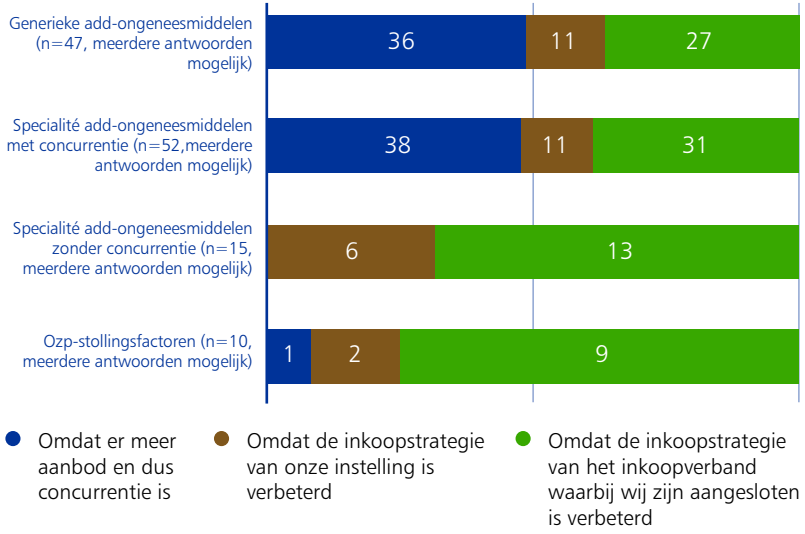
Figuur 13 **Bedingen van lagere inkoopprijzen**



Een ruime meerderheid van zorgaanbieders geeft aan in 2017 lagere inkoopprijzen te kunnen bedingen dan voorheen voor generieke add-ongeneesmiddelen (80%), specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie (88%) en OZP-stollingsfactoren (83%). In de monitor van november 2016 waren deze percentages respectievelijk 60%, 75% en 58%. Het aandeel aanbieders dat lagere inkoopprijzen zegt te kunnen bedingen lijkt dus te zijn toegenomen.

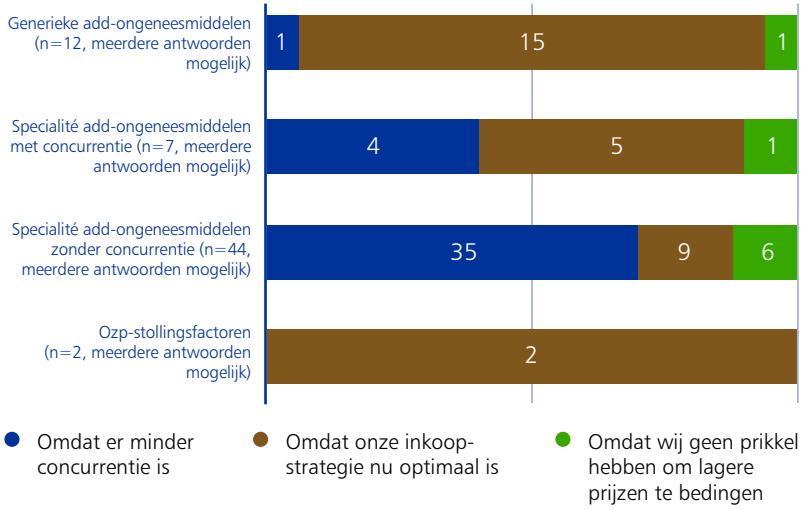
Voor specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie geldt dat ongeveer 25% in staat is om lagere inkoopprijzen te bedingen bij de farmaceutische industrie. In de monitor van november 2016 rapporteerden wij voor deze categorie hetzelfde percentage.

Figuur 14 **Redenen voor het kunnen bedingen van lagere prijzen**



De figuur laat zien welke redenen ziekenhuizen geven voor het in staat zijn om lagere inkoopprijzen te bedingen dan voorheen. Zo geven respectievelijk 36 en 38 ziekenhuizen aan lagere prijzen te kunnen bedingen voor generieke en specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie, omdat er meer aanbod en dus meer concurrentie is. Op de tweede plaats zijn lagere prijzen mogelijk omdat de inkoopstrategie, veelal van het inkoopverband, is verbeterd. De reden voor het bedingen van lagere prijzen voor specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie is een verbeterde inkoop-strategie. Bij de inkoop van OZP-stollingsfactoren blijkt eveneens, volgens de ziekenhuizen, vaak sprake te zijn van een verbeterde inkoopstrategie van het inkoopverband.

Figuur 15 **Redenen voor het niet kunnen bedingen van lagere prijzen**



De ziekenhuizen die niet in staat zijn om lagere inkoopprijzen te bedingen voor de generieke add-ongeneesmiddelen, geven hiervoor meestal als reden dat hun inkoopstrategie nu al optimaal is. Dit antwoord wordt gegeven door een vijfde van de algemene ziekenhuizen en de helft van de academische ziekenhuizen. Ook de twee (algemene) ziekenhuizen die geen lagere prijzen voor OZP-stollingsfactoren kunnen bedingen, geven hiervoor deze reden. Voor wat betreft de OZP-stollingsfactoren gaf geen enkel academisch ziekenhuis aan lagere prijzen te kunnen bedingen. Voor de specialité add-ongeneesmiddelen, en logischerwijs vooral die zonder concurrentie, wordt ook het gebrek aan concurrentie als reden genoemd dat er geen lagere prijzen worden bedongen, door zowel de algemene als de academische ziekenhuizen.

Vrijwel alle zorgaanbieders (97%) laten weten dat, bij de keuze tussen twee of meer therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen, financiële factoren een rol spelen bij de inkoop. Slechts 3% zegt dat financiën geen rol spelen. Opvallend is dat in de monitor van 2016 nog 18% procent van de zorgaanbieders meldde dat financiën geen rol spelen in de keuze. Financiële overwegingen lijken dus nu (nog) vaker een rol te spelen dan vorig jaar.

In financieel opzicht is het, in theorie, in het belang van een zorgaanbieder om een zo groot mogelijke marge te maken op de inkoop van geneesmiddelen. Er is een prikkel om een geneesmiddel voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij de fabrikant, en deze voor een zo hoog mogelijke prijs te verkopen aan de zorgverzekeraar. Een ziekenhuis heeft in theorie niet zozeer een prikkel om het voor de verzekeraar goedkoopste geneesmiddel in te zetten; maar om een geneesmiddel in te zetten waar het verschil tussen de inkoopprijs en de verkoopprijs het grootst is.

Wij hebben in de enquête de ziekenhuizen de vraag gesteld welke financiële factor vooral bepalend is in de keuze tussen twee of meer therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen. Hierop antwoordt 75% dat zij in de regel kiezen voor het geneesmiddel met de laagste inkoopprijs van de fabrikant (in 2016 was dit 56%). In deze enquête geeft 18% aan dat de hoogte van de marge tussen de inkoopprijs en de contractprijs, de belangrijkste factor is; in 2016 gaf nog een kwart van de ziekenhuizen dit aan. De contractprijs speelt maar bij 4% de grootste rol. De 3% overige instellingen noemen een combinatie van factoren.

Inkoopafspraken met fabrikanten

Ziekenhuizen maken afspraken met verschillende fabrikanten over de prijzen van één of meer specifieke producten. Dit geldt zowel voor de generieke geneesmiddelen (68%) als voor specialité geneesmiddelen (de innovatieve industrie) (88%). Voor academische ziekenhuizen in het bijzonder geldt dat zij alleen afspraken over specifieke middelen maken, en geen ‘package deals’. Een minderheid van de algemene ziekenhuizen maakt wel ‘package deals’.

Tabel 8 **Inkoopafspraken geneesmiddelen**

	Generieke geneesmiddelen		Specialité geneesmiddelen	
	Aantal	%	Aantal	%
Afspraken over prijzen van het geheel van haar producten (‘package deal’)	19	32%	7	12%
Afspraken over prijzen van een aantal producten	40	68%	52	88%
Totaal	**59**	**100%**	**59**	**100%**

Desgevraagd ontkennen vrijwel alle ziekenhuizen die ‘package deals’ maken, dat zij hierdoor geneigd zijn om ook andere geneesmiddelen bij dezelfde fabrikant (zonder eventuele marges) af te nemen in plaats van bij de concurrent.

In onderstaand overzicht is weergegeven wat voor een soort contracten zorgaanbieders afsluiten met de generieke en innovatieve farmaceutische industrie.

Tabel 9 **Contractsoorten met generieke en innovatieve industrie**

Soort afspraak	Generieke industrie (%)	Innovatieve industrie (%)
Een inkoopprijs	58%	58%
Inkoopprijs met staffelkorting over het geheel (één prijs, afhankelijk van volume)	18%	48%
Inkoopprijs met staffelkorting over een surplus (een lagere prijs boven bepaald volume)	14%	49%
Inkoopprijs met speciale staffelkorting (bijv. minicap met aanzienlijke korting boven bepaalde grens)	7%	21%
Korting in vorm van gratis geneesmiddelen (‘free goods’)	3%	17%
Korting gekoppeld aan kwaliteitsovereenkomsten	7%	29%
Onderzoeksgeld	1%	7%

Ziekenhuizen konden bij deze vraag meerdere soorten afspraken aanvinken. Uit de tabel blijkt dat ziekenhuizen vooral met de innovatieve industrie vaak verschillende soorten afspraken maken. Met de innovatieve industrie spreken ziekenhuizen vaak inkoopprijzen af (58%), maar daarbij maakt ongeveer de helft van de ziekenhuizen met de innovatieve industrie ook afspraken over inkoopprijzen met staffelkorting over het geheel en inkoopprijzen met staffelkorting over een surplus. Met de generieke industrie spreken ziekenhuizen eveneens het meest inkoopprijzen af (58%), andere soorten afspraken komen wat minder vaak voor.

Invloed van financiële arrangementen

Wij hebben onderzocht of de financiële arrangementen die het ministerie van VWS afsluit met fabrikanten van geneesmiddelen invloed hebben op de inkoop van ziekenhuizen bij de farmaceutische industrie.

Het ministerie beoogt alleen financiële arrangementen af te sluiten voor geneesmiddelen waarbij zorgaanbieders onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs (monopolie geneesmiddelen).
17 van de 59 ziekenhuizen (29%) geven aan dat het voorkomt dat zij voor een geneesmiddel waar een financieel arrangement voor is afgesloten, voorheen korting konden bedingen. Dit zijn allemaal algemene ziekenhuizen. Alle academische ziekenhuizen geven aan dat zij nooit, voorafgaand aan een financieel arrangement over een geneesmiddel, kortingen voor dit geneesmiddel konden bedingen bij de fabrikant. Van de 17 ziekenhuizen die aangaven dat zij eerder korting konden bedingen, geven er 15 aan deze korting als gevolg van het financieel arrangement niet meer te krijgen bij de fabrikant. Het is de NZa onbekend om hoeveel geneesmiddelen het gaat. Zoals eerder in deze rapportage aangegeven is het voor zorgaanbieders meestal niet duidelijk of en hoe verzekeraars de opbrengst van het arrangement verwerken in de financiële afspraken met zorgaanbieders. Mede hierdoor kunnen zorgaanbieders de invloed van financiële arrangementen als negatief ervaren. Eén ziekenhuis merkte daarnaast op dat het moeilijker wordt het goedkoopste van twee gelijkwaardige geneesmiddelen te kiezen als vanwege het geheime arrangement niet bekend is wat de prijs van een geneesmiddel is.

Gezamenlijke inkoop geneesmiddelen

Zorgaanbieders

Vrijwel alle 59 ziekenhuizen die de enquête hebben ingevuld zijn aangesloten bij een inkoopcombinatie van zorgaanbieders, slechts één is dit niet. Van deze 98% die gezamenlijk met andere ziekenhuizen inkoopt, is 83% aangesloten bij één inkoopcombinatie, en 15% bij meer dan één inkoopcombinatie. In de monitor van november 2016 gaf 84% aan samen te werken met andere instellingen bij de inkoop. Dit percentage is dus toegenomen.

De overgrote meerderheid van de gezamenlijk inkopende ziekenhuizen, namelijk 95%, is van mening dat deze samenwerking hen in staat stelt om lagere inkoopprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder samenwerking het geval zou zijn.

Van de 58 ziekenhuizen die gezamenlijk inkopen, koopt 92% gezamenlijk generieke add-ongeneesmiddelen in, 88% koopt specialité geneesmiddelen mét, en 76% koopt specialité geneesmiddelen zonder concurrentie gezamenlijk in. Enkele ziekenhuizen geven aan zoveel mogelijk geneesmiddelen via de inkoopcombinatie in te kopen, afhankelijk van of de fabrikant een contract gunt aan de inkoopcombinatie.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kopen in de regel niet gezamenlijk in met zorgaanbieders. Slechts één van de acht verzekeraars geeft aan dit te doen. Bij de zorgverzekeraar die wel gezamenlijk inkoopt, gaat het om de inkoop van biosimilars. De zorgaanbieder krijgt een deel van de opbrengst van de gezamenlijke inkoop. In 2016 waren dit twee van de zeven zorgverzekeraars.

Daarnaast geven zorgverzekeraars aan de pilot van de gezamenlijke inkoop met zorgaanbieders van oncolytica af te wachten.

Pilot zorgaanbieders en zorgverzekeraars

September 2017 werd bekend dat er een pilot start van gezamenlijke inkoop door ziekenhuizen en verzekeraars van een groep medicijnen tegen leukemie (kanker). Er zal een Europese aanbestedingsprocedure voor lopen, waar één fabrikant uit zal komen met als doel om voor het voorkeursmiddel een zo laag mogelijke prijs af te spreken. De intentieverklaring is getekend door brancheorganisaties van de universitair medische centra (NFU), ziekenhuizen (NVZ) en zorgverzekeraars (ZN).

Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen

In juli 2016 bracht de ACM de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uit om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg. Meer helderheid hierover leidt mogelijk tot meer gezamenlijke inkoop. In de vragenlijst is daarom nagevraagd of men bekend is met deze leidraad en of deze ook tot meer samenwerking bij de inkoop heeft geleid.

Twee derde van de ziekenhuizen en alle zorgverzekeraars geven aan de leidraad als nuttig te ervaren; 15% van de ziekenhuizen ervaart deze niet als nuttig en 19% kent de leidraad niet. Ondanks dat de leidraad dus veelal als nuttig wordt ervaren, heeft deze in mindere

mate invloed op de inkoop: 71% van de ziekenhuizen die de leidraad kennen geeft aan dat de leidraad geen invloed heeft op het huidige inkoopbeleid. Overige ziekenhuizen geven aan dat de al bestaande samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders zijn geïntensiveerd of dat zij meer samenwerkingsverbanden zijn aangegaan. Enkele ziekenhuizen (n=8) die nu geen invloed van de leidraad rapporteren, verwachten dat deze in de nabije toekomst wel invloed zal hebben op het inkoopbeleid. De meeste weten dit nog niet (n=17) of verwachten dat de leidraad ook in de toekomst geen invloed zal hebben (n=9).

De ziekenhuizen die negatief antwoorden op de vraag of de leidraad in de nabije toekomst invloed zal hebben op de inkoop van geneesmiddelen, geven allen aan dat ze al naar tevredenheid gezamenlijk inkopen en dat het conform de leidraad is.

Zeven van de acht zorgverzekeraars stellen dat de leidraad geen invloed heeft op de inkoop. Eén verzekeraar heeft door de leidraad de samenwerking met andere zorgverzekeraars geïntensiveerd. Vijf van de zeven zorgverzekeraars die aangeven dat de leidraad nu niet van invloed is, verwachten dat deze in de toekomst wel invloed zal hebben op het inkoopbeleid. De enige zorgverzekeraar die aangeeft in de nabije toekomst geen invloed te verwachten van de leidraad is niet van plan om te gaan samenwerken met andere verzekeraars of zorgaanbieders.

Geneesmiddelencommissie

In vrijwel alle instellingen (57 van de 59: 97%) is in 2017 een geneesmiddelencommissie actief. Dit percentage was in 2016 91%. In 95% van de instellingen die een geneesmiddelencommissie hebben, houdt men bij de inkoop van geneesmiddelen rekening met de adviezen van deze commissie.

Tabel 10 **De meest genoemde taken van de geneesmiddelencommissie**

Taken van geneesmiddelencommissie	Aantal ziekenhuizen
Het maken van een plaatsbepaling van bestaande én nieuwe geneesmiddelen in een intern geneesmiddelenformularium	49
Het maken van afspraken over gepast gebruik voor bepaalde middelen	49
Bespreken van patiëntcasussen om inzet geneesmiddel in specifieke casus te bepalen	19
Betrokken zijn bij de onderhandeling over alle geneesmiddelen die onze instelling inkoopt	14
Betrokken zijn bij de onderhandeling over specialité geneesmiddelen met en zonder concurrentie met de innovatieve fabrikanten	12

In de meeste ziekenhuizen maakt de commissie plaatsbepalingen van geneesmiddelen die tot uiting komen in een intern geneesmiddelenformularium, en afspraken over gepast gebruik. In een minderheid van de ziekenhuizen is de commissie (ook) betrokken bij het bespreken van patiëntcasussen en/of onderhandelingen over geneesmiddelen.

Contractafspraken over gepast gebruik

Alle acht zorgverzekeraars geven aan afspraken te maken met zorgaanbieders over gepast gebruik van dure geneesmiddelen. Dit zijn bijvoorbeeld:

- afspraken over het beperken van spillage en het bijhouden van een spillagerapport;
- doelmatige indicatiestelling;
- het opvolgen van landelijke afspraken van de beroepsgroepen,
- het hebben besproken van elk toegepast geneesmiddel in de geneesmiddelencommissie;
- het vastgelegd hebben van start- en stopcriteria;
- deelname aan landelijke of Europese patiëntregisters;
- inzet van generieken en biosimilars;
- het initiëren van doelmatigheidsprojecten;
- dosisoptimalisatie;
- het hanteren van het stepped care principe waarbij er gestart wordt met het goedkoopste alternatief.

Zes zorgverzekeraars spreken daarbij ook af dat zorgaanbieders aan hen rapporteren over gepast gebruik. Het is onbekend of deze afspraken worden gemonitord of geëvalueerd, omdat wij daar geen vraag over hebben gesteld in de enquête.

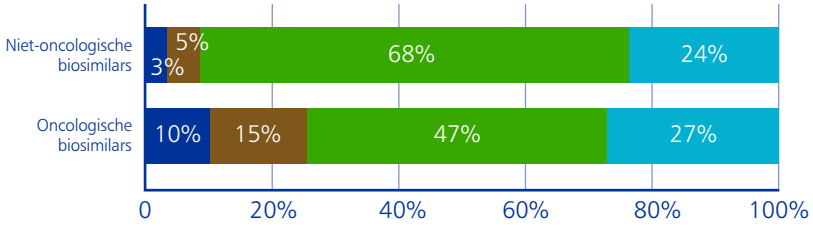
Dit beeld komt overeen met de antwoorden van de zorgaanbieders: vrijwel alle zorgaanbieders, namelijk 90%, hebben voor 2018 afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over gepast gebruik van dure geneesmiddelen. 37% van de ziekenhuizen spraken daarbij ook af te rapporteren over gepast gebruik. Daarnaast geven alle zorgaanbieders aan dat doelmatig voorschrijven binnen hun instelling wordt bevorderd. Ook zegt 88% van de instellingen dat zij het doelmatig voorschrijven in hun instelling monitoren.

Inzet van biosimilars

Een biosimilar is een geneesmiddel dat is gemaakt door een levend organisme, of dat is afgeleid van een levend organisme, en is soortgelijk aan het originele biologische referentiegeneesmiddel waarvan het patent is verlopen. Over het algemeen geldt dat als meerdere aanbieders eenzelfde geneesmiddel gaan maken, de prijs van deze geneesmiddelen lager wordt dan vóór er concurrentie binnen één stofnaam was.

De meeste ziekenhuizen maakten in 2017 afspraken over de inzet van biosimilars: in 97% van de ziekenhuizen over niet-oncologische biosimilars, en in 90% van de ziekenhuizen over oncologische biosimilars. Dit percentage is gestegen sinds 2016: toen betrof dit 87% van de ziekenhuizen. Deze percentages betreffen alle ziekenhuizen, dus inclusief ziekenhuizen die mogelijk niet behandelen met biosimilars.

Figuur 16 **Afspraken over inzet biosimilars**



- Geen afspraken, de arts bepaalt per individuele patiënt welk geneesmiddel hij/zij voorschrijft.
- Afspraak dat bestaande behandelingen niet veranderen maar dat nieuwe patiënten beginnen met een biosimilar.
- Afspraak dat nieuwe patiënten starten met een biosimilar en patiënten die reeds onder behandeling zijn, worden overgezet op een biosimilar.
- Afspraken verschillen per patiëntengroep

Met name wat betreft niet-oncologische biosimilars is de afspraak veelal, in 68% van de ziekenhuizen, dat (tenzij er medische bezwaren zijn), nieuwe patiënten starten met een biosimilar én onder behandeling zijnde patiënten hierop worden overgezet. Voor oncologische biosimilars geldt deze afspraak in ongeveer de helft van de ziekenhuizen. 15% van de ziekenhuizen heeft voor dit type biosimilar afgesproken dat nieuwe patiënten beginnen met een biosimilar, maar dat bestaande behandelingen niet veranderen.

Vrijwel alle ziekenhuizen, op twee na, laten weten dat de inzet van biosimilars de laatste tijd is toegenomen. De reden voor deze toename is meestal een combinatie van het vervallen van patenten van biologicals, en dat er binnen één indicatie meer patiënten zijn gestart met of omgezet zijn naar een biosimilar.

Naast deze waargenomen toename wordt er ook voor de toekomst een verdere toename van de inzet van biosimilars verwacht door vrijwel alle ziekenhuizen (58 van de 59).

Verwachte contractafspraken over biosimilars

Zeven van de acht zorgverzekeraars maken (naar verwachting) in 2018 contractafspraken met zorgaanbieders over de inzet van biosimilars. De meeste zorgverzekeraars maken hierbij de algemene afspraak dat de instelling zich inspant voor doelmatige inzet van geneesmiddelen. Daarnaast maken enkele verzekeraars afspraken over het percentage patiënten dat naar een biosimilar wordt omgezet

en over het percentage patiënten dat start met een biosimilar. Twee verzekeraars maken geen specifieke afspraken over percentages maar hebben de korting van biosimilars in de afgesproken prijzen verrekend.

Maatregelen tegen invloed van de farmaceutische industrie

De farmaceutische industrie oefent op verschillende manieren invloed uit op het voorschrijfgedrag van medisch specialisten. Bijvoorbeeld door advieswerk, gesponsorde cursussen, bijdragen voor bepaalde soorten onderzoek het verstrekken van kortingen op geneesmiddelen en het (mede) betalen van klinisch wetenschappelijk onderzoek. Via het Transparantieregister Zorg kan inzichtelijk worden gemaakt welke vormen van samenwerking een zorgverlener of -instelling met bedrijven heeft en welke waarde dit vertegenwoordigt. De laatste twee genoemde vormen van beïnvloeding worden hierin echter niet geregistreerd. Voor deze monitor hebben wij gevraagd of instellingen maatregelen nemen om deze invloed te beperken.

Zorgaanbieders

Alle academische ziekenhuizen en 61% van de algemene ziekenhuizen, antwoorden bevestigend op de vraag of zij in 2017 en/of 2018 maatregelen nemen om beïnvloeding vanuit de farmaceutische industrie te beperken. Deze ziekenhuizen geven in meer dan de helft van de antwoorden aan dat bij hen de inkoop multidisciplinair plaatsvindt en niet op individueel niveau van arts of apotheker. Daarnaast geeft een klein deel van de ziekenhuizen aan dat er een meldingsplicht geldt ten aanzien van contracten met de farmaceutische industrie en dat er afspraken zijn gemaakt over wat wordt aangeboden door de farmaceutische industrie (gesponsorde congresuitnodigingen, adviesraden etcetera) zodat er nagenoeg niet aan wordt deelgenomen of in ieder geval in overleg met de vakgroep.

De ziekenhuizen die aangeven geen maatregelen te nemen tegen het beperken van de invloed vanuit de farmaceutische industrie, geven in ongeveer een kwart van hun antwoorden aan dat er geen maatregelen nodig zijn, omdat de specialisten, behalve via prijsonderhandelingen (kortingen), niet beïnvloed worden door hen. Ook geven de ziekenhuizen in ongeveer een kwart van de antwoorden aan dat ze onbekend zijn met de invloed en de impact van die beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Een kleiner deel van de aanbieders geeft aan dat de beïnvloeding van de specialisten niet leidt tot veranderingen in de inkoop.

Zorgverzekeraars

Vijf zorgverzekeraars laten weten op dit moment of voor het jaar 2018 maatregelen te nemen om beïnvloeding vanuit de farmaceutische industrie te beperken, drie zorgverzekeraars doen dit niet. De bewuste vijf zorgverzekeraars geven allen aan dit te doen door scherp in te kopen. Scherpe prijsafspraken moeten volgens hen de prikkels voor de medisch specialisten minimaliseren. Een zorgverzekeraar geeft aan dat te willen compenseren in de contractprijzen voor dbc-zorgproducten. Twee zorgverzekeraars geven tevens aan inzicht te willen in ziekenhuis gegevens.

De drie zorgverzekeraars die aangeven geen maatregelen te nemen zeggen dat dit komt doordat ze geen inzicht hebben in hoe die beïnvloeding door de farmaceutische industrie eruit ziet. Naar hun mening kunnen ze daardoor geen maatregelen nemen, alhoewel een zorgverzekeraar hier wel bij aangeeft de kortingen mee te nemen in de prijsafspraken die ze met de ziekenhuizen maken.

Kamervragen

Vragen die gesteld worden door een lid van de Eerste of Tweede Kamer aan de regering, zogenaamde Kamervragen, geven een beeld van hetgeen er leeft in de maatschappij.

In 2017 zijn er tot en met oktober 2017 dertig sets van antwoorden op schriftelijke Kamervragen gepubliceerd waarin het woord 'medicijn' voorkwam. Daarvan hebben er veertien een relatie met het onderwerp van deze monitor, waarvan zeven betrekking hebben op de betaalbaarheid:

1. Onethische verdienmodellen van de farmaceutische industrie
2. De afhankelijkheid van farmaceutische bedrijven
3. De winst die op de handel in geneesmiddelen wordt gemaakt
4. Slimme deals van farmaceuten
5. Artsen kiezen vaker pillen van farmaceuten waarvan zij sponsorgeld ontvangen
6. Wouter Bos bepleit winstplafond voor farmabedrijven
7. Dure geneesmiddelen die in de toekomst door apothekers veel goedkoper gemaakt kunnen worden

Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk laat diverse positieve ontwikkelingen zien: partijen zijn steeds vaker in staat zijn lagere prijzen te bedingen voor geneesmiddelen en de aandacht voor doelmatige inzet neemt toe.

Ziekenhuizen betalen in 2017 veelal lagere prijzen bij fabrikanten dan in 2016, letten bij de inkoop ook steeds vaker op de prijs, en zorgverzekeraars verwachten in 2018 lagere prijzen bij ziekenhuizen te kunnen bedingen dan in 2017. Met name de (toename van) gezamenlijk inkopen door zorgaanbieders leidt er toe dat lagere tarieven kunnen worden bedongen. Sommige ziekenhuizen lukt het dankzij (gezamenlijke) inkoopstrategieën zelfs om voor geneesmiddelen zonder concurrentie lagere prijzen te bedingen. Het zou goed zijn als ziekenhuizen, bijvoorbeeld door van elkaar te leren, inzetten op het optimaliseren van hun inkoopstrategie.

Binnen vrijwel alle ziekenhuizen is een geneesmiddelencommissie actief die plaatsbepalingen maakt van geneesmiddelen en afspraken maakt over gepast gebruik. Ook zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders om gepast gebruik te bevorderen. De inzet van biosimilars in ziekenhuizen neemt toe, en voor de toekomst wordt nog een verdere toename verwacht.

Tot slot de invloed van de farmaceutische industrie. Hoewel de meeste zorgverzekeraars en zorgaanbieders maatregelen nemen om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken, zijn er ook signalen dat deze invloed niet altijd transparant is. Het verdient daarom aanbeveling om te bekijken hoe deze invloed transparanter kan worden gemaakt, zodat maatregelen gerichter kunnen worden ingezet.



5. Toegankelijkheid

Verzekerde zorg dient voldoende toegankelijk te zijn, dit geldt ook voor dure geneesmiddelen. In onze enquête zijn diverse vragen gesteld over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen binnen de Zorgverzekeringswet.

Deze zijn door 59 ziekenhuizen beantwoord. Op basis van deze resultaten hebben wij 21 ziekenhuizen telefonisch geïnterviewd die aangeven knelpunten in de toegankelijkheid te ervaren. Deze interviews zijn gebruikt om de enquêteresultaten te verifiëren en te duiden. De resultaten hiervan zijn in dit hoofdstuk verwerkt. Dit hoofdstuk bevat informatie over de ervaren knelpunten in de toegankelijkheid, de maatregelen die partijen nemen, de gevolgen voor de patiënt en conclusies en aanbevelingen.

Allereerst inventariseren we de knelpunten in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen zoals genoemd door zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.

Ervaring zorgverzekeraars

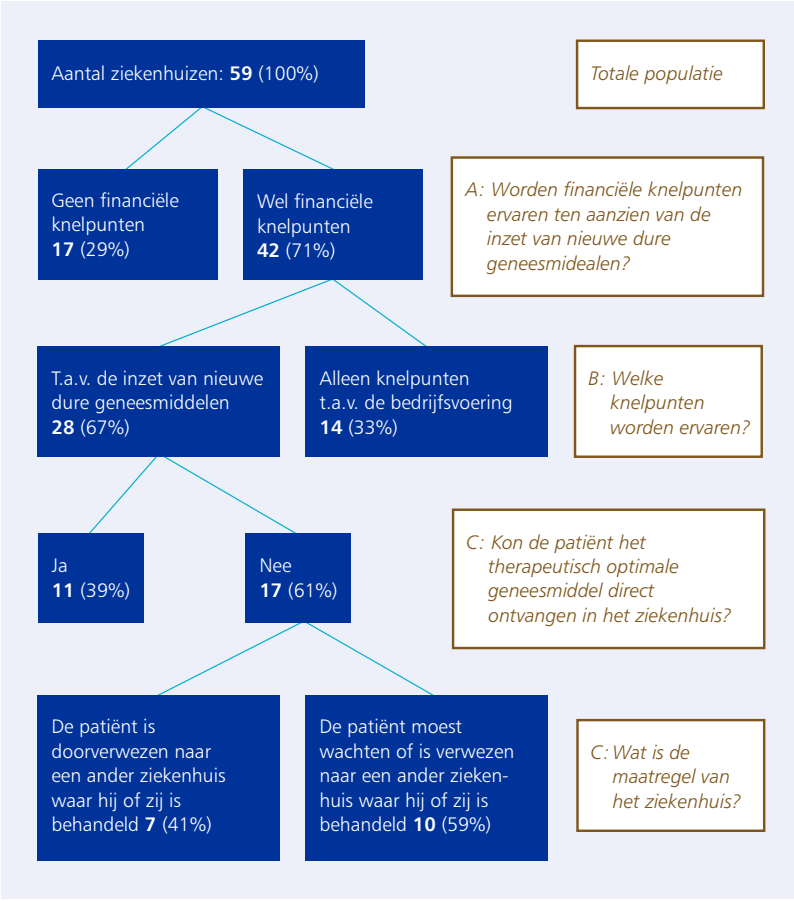
Slechts één verzekeraar geeft aan knelpunten te hebben ervaren in de toegankelijkheid. Het betrof de situatie dat een fabrikant een geneesmiddel dat niet in het basispakket was opgenomen niet gratis verstrekte aan ziekenhuizen. Het betrof een geneesmiddel dat was opgenomen in de zogenaamde 'Sluis'. De Minister kan ervoor kiezen om geneesmiddelen met zeer hoge kosten niet automatisch in te laten stromen in het verzekerde pakket door deze tijdelijk in de pakketsluis te plaatsen. Daarnaast ondervindt de verzekeraar knelpunten bij geneesmiddelen die bij bepaalde indicaties niet meer onder de verzekerde zorg vallen. Een andere verzekeraar stelt dat het in algemene zin lastig is om de toegankelijkheid te borgen, vanwege de ontwikkeling in prijsstelling van de fabrikant en uitgaven-ontwikkeling.

De meeste verzekeraars geven aan juist knelpunten te voorkomen door nacalculatie afspraken te maken. Alle zorgverzekeraars geven aan dat de voor 2017 gemaakte contractafspraken toereikend zijn om alle benodigde add-ongeneesmiddelen in 2017 aan hun verzekerden te kunnen verstrekken. Veruit de meeste zorgverzekeraars zeggen geen signalen over problemen in de toegankelijkheid te ontvangen van zorgaanbieders.

Ervaring zorgaanbieders

In figuur 17 zijn de belangrijkste enquêteresultaten op het gebied van toegankelijkheid schematisch weergegeven. In de opvolgende paragrafen worden deze bevindingen beschreven.

Figuur 17 **knelpunten nieuwe dure geneesmiddelen (n=59)**



A: Knelpunten bij dure geneesmiddelen

71% van de ziekenhuizen geeft aan knelpunten te ervaren met de inzet van nieuwe dure geneesmiddelen. In eerdere NZa-monitors was dit percentage nog 69% (2016) en 64% (2015). Er lijkt hiermee sprake van een licht opwaartse trend. Met de inzet van ozp-stollingsfactoren worden minder knelpunten ervaren. Slechts twee van de twaalf bevraagde behandelcentra voor hemofilie geven aan knelpunten bij de inzet van OZP-stollingsfactoren te ervaren.

Het is opvallend dat minder verzekeraars knelpunten ervaren dan zorgaanbieders. Uit de enquête blijkt namelijk dat 80% van de algemene ziekenhuizen contact opneemt met de zorgverzekeraar indien zij door een knelpunt het optimale geneesmiddel niet kunnen inzetten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekeraars en ziekenhuizen van elkaar verschillen in wat zij als knelpunt bestempelen. Verzekeraars geven aan dat de gemaakte afspraken over het jaar 2017 toereikend zijn om alle verzekerden zorg te bieden. Dit staat los van de vraag in welk ziekenhuis dit gebeurt. Een ziekenhuis kan het als knelpunt ervaren als een bepaald geneesmiddel niet is ingekocht, ongeacht of het wel bij een andere instelling is ingekocht. Een verzekeraar ervaart dit mogelijk niet als knelpunt, de zorg wordt immers in een ander ziekenhuis geleverd.

B: Soort knelpunten

In figuur 17 is te zien dat van de 42 ziekenhuizen die knelpunten ervaren met de inzet van nieuwe dure geneesmiddelen, 28 aangeven

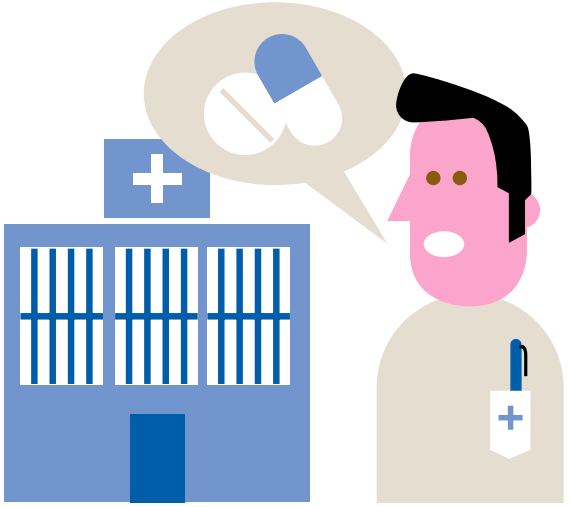
dat dit heeft geleid tot knelpunten in de toegankelijkheid van het geneesmiddel in kwestie. Onder deze 28 ziekenhuizen zijn er 10 instellingen die hierdoor ook knelpunten in de bedrijfsvoering ervaren. Naast deze 28 instellingen zijn er 14 ziekenhuizen die alleen knelpunten met de bedrijfsvoering ervaren. Uit hun onderbouwing komt met name naar voren dat het ziekenhuis zelf de groei van de dure geneesmiddelen moet opvangen. Dit komt bijvoorbeeld ten laste van de reserves of besparingen en doelmatigheid elders.

C: Behandelen of verwijzen

In figuur 17 is te zien dat, van de 28 ziekenhuizen die knelpunten hebben ervaren met de inzet van een nieuw add-ongeneesmiddel, 17 ziekenhuizen (29%) aangeven dat patiënten hierdoor tijdelijk niet het therapeutisch optimale geneesmiddel hebben ontvangen, of dat deze patiënten het middel niet in hun ziekenhuis hebben ontvangen. Uit de interviews blijkt dat de behandeling in deze gevallen is doorgezet, maar dat patiënten een korte tijd moesten wachten, of in een ander ziekenhuis zijn behandeld.

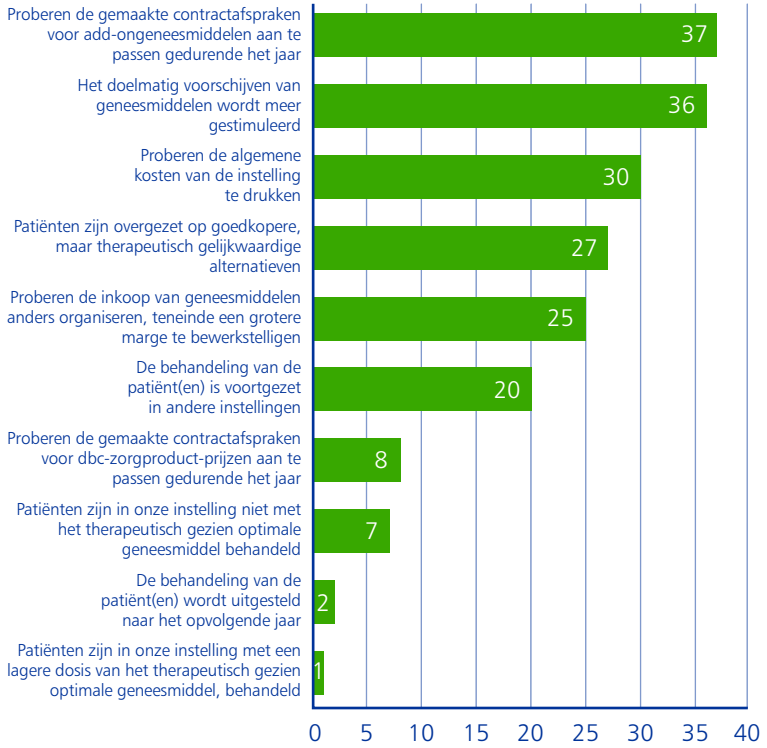
Maatregelen ziekenhuizen

In figuur 17 is te zien dat zeven ziekenhuizen aangeven patiënten niet zelf te behandelen met het nieuwe geneesmiddel. In dit geval is de patiënt doorverwezen naar een instelling die het geneesmiddel wel kan en/of mag toedienen, zo blijkt uit onze navraag. Twee maal gaf een ziekenhuis aan dat een behandeling, van een patiënt die zich aan het einde van het jaar aandiende, kortstondig is uitgesteld naar



het daaropvolgende jaar, omdat in dat jaar het geneesmiddel wel gecontracteerd was. Volgens de instellingen was dit medisch verantwoord voor de patiënt.
Bijna alle instellingen proberen de gemaakte contractafspraken gedurende het jaar aan te passen indien knelpunten zich voordoen. Dit gebeurt meestal in combinatie met het stimuleren van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en het drukken van de algemene kosten in de instelling. De figuur op de volgende pagina toont alle maatregelen die ziekenhuizen nemen tegen de door hen ervaren knelpunten.

Figuur 18 **Genomen maatregelen tegen knelpunten (n=42)**



Zorgaanbieder informeert de patiënt

Ruim de helft (53%) van de algemene ziekenhuizen informeert patiënten als zij (tijdelijk) het therapeutisch optimale geneesmiddel niet kunnen inzetten, en de patiënt daarom moet worden doorverwezen of een korte periode moet wachten. Het andere deel, 47% van de ziekenhuizen, verstrekt deze informatie niet aan de patiënt.

Bij academische ziekenhuizen is het percentage dat patiënten hierover informeert slechts 25%. Uit deze cijfers blijkt dat patiënten hier geregeld niet van op de hoogte zijn.

Zorgaanbieder informeert de verzekeraar

De tabel laat zien in hoeverre de patiënt naar de zorgverzekeraar wordt verwezen en of de verzekeraar wordt geïnformeerd.

Tabel 11 **Informeren van zorgverzekeraar en patiënt bij niet inzetten optimale geneesmiddel**

	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen		Totaal	
	Aantal	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Ziekenhuis verwijst patiënt naar en neemt zelf contact op met zorg-verzekeraar	15	29%	0	0%	15	25%
Ziekenhuis neemt zelf contact op met zorg-verzekeraar	26	51%	4	50%	30	51%
Geen van beide	10	20%	4	50%	14	24%
Totaal	**51**	**100%**	**8**	**100%**	**59**	**100%**

Uit de tabel komt naar voren dat 80% van de algemene ziekenhuizen contact opneemt met de zorgverzekeraar indien het therapeutisch optimale geneesmiddel niet kan worden ingezet, 29% verwijst tevens de patiënt naar de zorgverzekeraar. Bij academische ziekenhuizen gebeurt dit minder: de helft neemt contact op met de zorg-verzekeraar, en geen enkel academisch ziekenhuis verwijst de patiënt naar diens zorgverzekeraar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat academische centra patiënten zelf behandelen en niet hoeven te verwijzen.

Zorgaanbieder verwijst de patiënt door

Indien een ziekenhuis een patiënt niet kan behandelen met een geneesmiddel vanwege de ervaren knelpunten, dan wordt de patiënt doorverwezen naar een ander ziekenhuis. In de enquête geven 20 van de 42 ziekenhuizen aan patiënten door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. In de monitor van 2016 waren dit zes van de 31 zorgaanbieders. Het lijkt er dus op dat het aantal verwijzingen toeneemt. Aan ziekenhuizen is gevraagd hoe vaak patiënten vanuit andere instellingen zijn verwezen, vanwege financiële knelpunten of selectieve inkoop.

Tabel 12 **Verwijzingen vanuit andere ziekenhuizen**

Zijn patiënten vanuit andere instellingen voor de behandeling met een geneesmiddel verwezen naar uw instelling?	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen	
	Aantal	%	Aantal	%
Ja, om financiële redenen	3	6%	0	0%
Ja, vanwege selectieve contractering	9	18%	0	0%
Ja, om financiële redenen en vanwege selectieve contractering	1	2%	4	50%
Nee, er zijn geen patiënten doorverwezen naar mijn instelling	38	75%	4	50%
Totaal	**51**	**100%**	**8**	**100%**

Een kwart van de algemene en de helft van de academische ziekenhuizen geven aan dat patiënten naar hun instelling zijn verwezen voor de behandeling met een geneesmiddel. Bij algemene ziekenhuizen is dit meestal vanwege selectief inkopen, bij academische ziekenhuizen is dit zowel om financiële redenen als selectief inkopen. Het is opvallend dat de helft van de academische ziekenhuizen stelt dat er géén patiënten naar hun instelling zijn

doorverwezen. Omdat alle verzekeraars dure geneesmiddelen selectief inkopen, is de verwachting dat alle centra patiënten doorverwezen krijgen. Mogelijk is de verklaring dat de geënquêteerden niet het geneesmiddel als reden zien van de doorverwijzing, maar de volledige behandeling.

Het aantal patiënten dat is doorverwezen varieert per ziekenhuis van twee tot honderd. Vrijwel alle ziekenhuizen geven aan dat deze patiënten rechtstreeks via de verwijzende instelling bij hun terecht komen.

Bemiddeling via zorgverzekeraar

Drie van de acht zorgverzekeraars hebben in 2017 van zorgaanbieders bemiddelingsverzoeken ontvangen over de inzet van geneesmiddelen. Bij één zorgverzekeraar betrof dit twee verzoeken, bij een ander drie; een derde zorgverzekeraar heeft 25 bemiddelingsverzoeken ontvangen. In 2016 ontvingen vier van de zeven verzekeraars bemiddelingsverzoeken.

Zorgverzekeraars handelen verschillend in het geval van een bemiddelingsverzoek:

- drie zorgverzekeraars geven aan de patiënt te verwijzen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat het geneesmiddel wel verstrekt;
- drie verzekeraars verwijzen niet, en laten het aan het behandelend ziekenhuis over hoe de behandeling wordt voortgezet;
- twee zorgverzekeraars verwijzen de patiënt naar een expertisecentrum.

Op de vraag welke actie een zorgverzekeraar onderneemt wanneer één van hun verzekerden moet worden verwezen vanwege selectieve inkoop, antwoorden vier van de acht zorgverzekeraars dat zij geen actie ondernemen. De instelling overlegt zelf met de patiënt of de behandeling met het betreffende geneesmiddel wordt voortgezet in een wel-geselecteerde instelling.

De overige vier zorgverzekeraars handelen als volgt:

- Twee verzekeraars geven aan te bemiddelen voor de patiënt om in een wel-geselecteerde instelling te worden behandeld. Eén zorgverzekeraar benadrukt hierbij dat zij verwachten dat deze situatie zich niet voordoet, omdat het advies van de beroepsgroep wordt gevolgd bij selectieve inkoop.
- De te nemen actie wordt bepaald in samenspraak met het ziekenhuis.
- Beoordeeld wordt of het geneesmiddel alsnog bij het ziekenhuis in kwestie wordt ingekocht, zo niet, dan wordt bemiddeld naar een geselecteerde instelling.

Redenen van ervaren financiële knelpunten

De volgende figuur toont de redenen van de financiële knelpunten bij de inzet van nieuwe dure geneesmiddelen.

Figuur 19 **Redenen van ervaren knelpunten bij de inzet van nieuwe dure geneesmiddelen (n=42)**



Zbc's geven ook aan knelpunten ten aanzien van dure geneesmiddelen te ervaren. Zij konden in 2017, vanwege technische redenen, niet altijd direct nieuwe geneesmiddelen declareren. Hierdoor moesten zij geneesmiddelen voorschieten. Vanwege hun (vaak) beperkte financiële omvang was dit een grote uitdaging. Tevens maken sommige verzekeraars gebruik van omzetplafonds bij zbc's. Wanneer deze wordt gehaald kan het voorkomen dat patiënten moeten worden doorverwezen naar andere instellingen waar nog wel budget is.

Uit de enquêteresultaten en de aanvullende interviews blijkt dat de belangrijkste knelpunten in te delen zijn in de volgende thema's:

1. Uitvoering selectieve inkoop nieuwe dure geneesmiddelen
2. Vergoeding nieuwe dure geneesmiddelen
3. Voorspelbaarheid nieuwe dure geneesmiddelen

Aan de hand van deze thema's worden de ervaren knelpunten nader beschouwd.

Uitvoering selectieve inkoop

Verschillend beleid zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraars kopen bepaalde geneesmiddelen bij een selectief aantal zorgaanbieders in. Het doel van selectieve inkoop is om de inzet van dure geneesmiddelen te concentreren bij

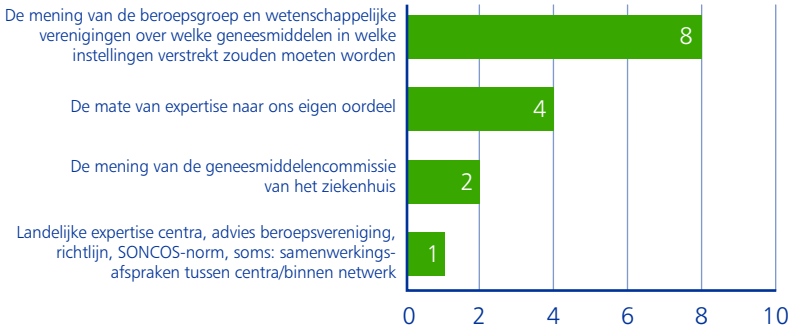
expertisecentra ten gunste van de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Een ziekenhuis kan dit als een knelpunt ervaren: zij is hierdoor beperkt in de zorg die zij kan leveren. Vanuit het perspectief van de patiënt betekent dit niet per sé dat er een toegankelijkheidsknelpunt is.

Het inkoopbeleid van de verzekeraars kan flink variëren. Uit de interviews blijkt dat de meeste ziekenhuizen het als knelpunt ervaren als een bepaald geneesmiddel door de ene verzekeraar wel bij haar wordt ingekocht en door de andere verzekeraar niet. Een deel van de patiënten moet dan worden doorverwezen naar een ziekenhuis waar de betreffende zorgverzekeraar het geneesmiddel wel inkoopt. Vanuit de geïnterviewde ziekenhuizen komt ook naar voren dat er met goede argumenten soms kan worden afgeweken van het selectieve inkoopbeleid. De verzekeraar besluit dan om een geneesmiddel wel in te kopen bij het ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen maken de keuze om verzekerden van de laatst genoemde zorgverzekeraar toch op eigen kosten te behandelen. Andere ziekenhuizen verwijzen deze patiënten door naar instellingen waar het geneesmiddel wel is ingekocht door de betreffende verzekeraar.

Criteria zorgverzekeraars

Hoe geven zorgverzekeraars het selectieve inkoopbeleid van geneesmiddelen vorm? Alle zorgverzekeraars hanteren de mening van de beroepsgroep en wetenschappelijke verenigingen als criterium bij de selectie van zorgaanbieders waar bepaalde add-ongeneesmiddelen worden ingekocht. Dit komt overeen met het beeld uit de NZa monitor van 2016. De helft van de zorgverzekeraars let daarnaast op de mate van expertise van het ziekenhuis. Ook de mening van de geneesmiddelencommissie van het ziekenhuis en landelijke richtlijnen en normen kunnen een rol spelen. Slechts één van de acht zorgverzekeraars geeft aan dat zij weesgeneesmiddelen uitsluitend inkopen bij academische ziekenhuizen en het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Vorig jaar gold dit voor drie van de zeven zorgverzekeraars.

Figuur 20 **Criteria bij selectieve inkoop (meerdere antwoorden mogelijk, n=8)**



Twee van de acht verzekeraars houden nadrukkelijk rekening met reisafstand in combinatie met de frequentie dat de verzekerde naar de instelling moet reizen. In 2016 waren dit nog vier van de zeven zorgverzekeraars. Eén zorgverzekeraar beoordeelt of er voldoende geografische spreiding is, en een andere benadrukt dat de kwaliteit van zorg belangrijker is dan reistijd. Er zijn zeldzame aandoeningen waar maar één landelijk expertisecentrum voor is ingericht. Een andere zorgverzekeraar stelt dat het belangrijkste criterium is dat er 'een redelijk behandelalternatief' moet zijn voor de patiënt.

Informatieverstrekking zorgverzekeraars

Informeren van zorgaanbieders

Slechts drie van de acht zorgverzekeraars communiceren naar alle ziekenhuizen in Nederland bij welke instellingen zij bepaalde geneesmiddelen wel of niet inkopen. Drie andere zorgverzekeraars geven aan voornemens te zijn dit in 2018 te gaan doen. Dit wordt bevestigd in de reacties van zorgaanbieders op de vraag of verzekeraars duidelijk hebben gemaakt richting ziekenhuizen waar patiënten naar toe kunnen worden verwezen.

Figuur 21 **Informatie zorgverzekeraars over verwijzing bij selectieve inkoop (n=59)**



Uit de figuur blijkt dat dit per verzekeraar verschilt, maar veertien ziekenhuizen (24%) ervaren dat géén van de zorgverzekeraars aangeeft waar het ziekenhuis hun verzekerden naar toe kan verwijzen indien deze verzekerde is aangewezen op een geneesmiddel dat de betreffende verzekeraar niet in bij hen heeft ingekocht. Daarnaast ervaart 20% van de ziekenhuizen dat verzekeraars dit reactief doen. Het lijkt weinig voor te komen dat zorgverzekeraars hier proactief over informeren. Uit de interviews blijkt echter dat het in de praktijk voor een ziekenhuis vaak wel voldoende duidelijk is waar een patiënt naar toe moet worden doorverwezen. Dit wordt wel degelijk door de verzekeraar doorgegeven indien hier om wordt gevraagd.

Informeren van verzekerden

Uit de enquête blijkt dat geen van de zorgverzekeraars in 2017 richting haar verzekerden communiceert bij welke instellingen zij bepaalde geneesmiddelen wel en -expliciet- niet inkopen. Vijf verzekeraars geven aan dit wel van plan te zijn in 2018. Wij vinden dit een goede ontwikkeling, en verwachten ook van de andere zorgverzekeraars dat zij op hun website aandacht gaan besteden aan dit thema.

Informeren door ziekenhuizen

De meeste ziekenhuizen informeren patiënten niet (proactief) over welke geneesmiddelen door welke verzekeraars wel en niet zijn ingekocht door verzekeraars. 35% van de ziekenhuizen verstrekt deze informatie wel mondeling als hier naar wordt gevraagd; 48% informeert de patiënt hier niet over. De overige 16% geeft aan dat deze vraag voor hen niet van toepassing is. Volgens patiëntenverenigingen zijn patiënten vaak onvoldoende op de hoogte van het selectieve inkoopbeleid van hun zorgverzekeraar en de consequenties die dit heeft.

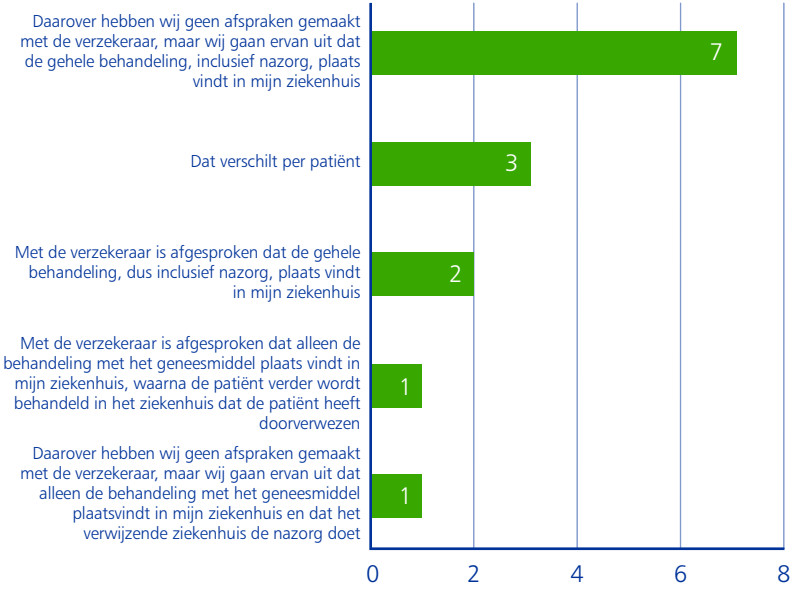
Reikwijdte: in- of exclusief nazorg?

Bij selectief inkopen is het in principe mogelijk dat een patiënt enkel voor het geneesmiddel worden verwezen naar een ander ziekenhuis, en niet voor de behandeling. Aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders is gevraagd of als gevolg hiervan de patiënt voor de gehele behandeling wordt doorverwezen van ziekenhuis A naar B, of alleen voor de toediening van een duur geneesmiddel.

Zeven zorgverzekeraars laten weten dat dit per patiënt en zorgaanbieder verschilt. Eén zorgverzekeraar geeft wel aan dat de gehele behandeling, dus inclusief nazorg, plaatsvindt in ziekenhuis A (waar de geneesmiddelen selectief zijn ingekocht).

In onderstaande tabel is te zien hoe ziekenhuizen deze vraag hebben beantwoord.

Figuur 22 **Waar vindt de nazorg plaats na de behandeling met een geneesmiddel waarvoor de patiënt is doorverwezen? (n=14)**



De helft van de ziekenhuizen laat weten hier geen afspraken over te maken met zorgverzekeraars, maar dat zij er van uitgaan dat de gehele behandeling in hun ziekenhuis plaatsvindt. Twee ziekenhuizen hebben dit ook met de verzekeraars afgesproken. Het lijkt minder voor te komen dat de nazorg plaatsvindt in het doorverwijzende ziekenhuis. Zorgverzekeraars lijken hier ook niet expliciet op aan te sturen.

Vergoeding nieuwe dure geneesmiddelen

Uit dit onderzoek komt naar voren dat instellingen knelpunten ervaren omdat enerzijds er voor een aantal nieuwe geneesmiddelen een lagere vergoedingsprijs door de verzekeraar wordt betaald dan de prijs waarvoor de instelling het heeft ingekocht bij de fabrikant. Anderzijds wordt als reden genoemd dat de opbrengst uit de inkoop van geneesmiddelen lager is dan voorheen.

Dit punt is lastig te duiden, omdat er geen vervolgvragen over zijn gesteld. Zo is onbekend hoe groot de omvang hiervan is en hoe het zich verhoudt tot het verschil tussen de totale netto inkoopkosten voor het ziekenhuis en de ontvangen vergoedingen vanuit verzekeraars voor dure geneesmiddelen. Eind 2016 rapporteerden wij dat zorgaanbieders over alle geneesmiddelen gemiddeld een hogere vergoeding ontvangen van verzekeraars dan de kosten die zij betalen aan de geneesmiddelenfabrikant. Over het algemeen wordt gesteld dat aanbieders dit verschil aanwenden voor het leveren van de zorg. Als zorgaanbieders een lagere vergoeding ontvangen van zorgverzekeraars voor geneesmiddelen, is er minder geld beschikbaar voor

overige zorg binnen het ziekenhuis. Wij vinden het in het belang van de burger als zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun krachten bundelen richting de farmaceutische industrie en gezamenlijk nastreven om geneesmiddelenprijzen zo laag mogelijk te maken en houden. Een positieve ontwikkeling hierin is de nieuwe pilot van de gezamenlijke inkoop door alle zorgverzekeraars en alle ziekenhuizen in Nederland voor de inkoop van drie geneesmiddelen. Op deze manier wordt gezamenlijk inkoopmacht gevormd richting de farmaceutische industrie.

Zbc's ervaren ook knelpunten met de vergoeding van dure geneesmiddelen. Er zijn niet veel zbc's die dure geneesmiddelen inzetten, de zbc's die dit doen gebruiken een beperkt aantal geneesmiddelen. Voor zbc's is de vergoeding van een individueel geneesmiddel een belangrijk knelpunt . Als deze te laag is, dan kunnen zij, in tegenstelling tot ziekenhuizen, de prijs niet compenseren met een (mogelijke) hogere vergoeding voor andere geneesmiddelen.

Voorspelbaarheid nieuwe dure geneesmiddelen

Gedurende het jaar worden nieuwe geneesmiddelen en indicaties geïntroduceerd op de Nederlandse markt.

Zorgverzekeraars

We vroegen aan de zorgverzekeraars hoe zij omgaan met nieuwe geneesmiddelen waarover zij nog geen afspraken hebben gemaakt.

Tabel 13 **Beleid zorgverzekeraars nieuwe geneesmiddelen**

Het kan voorkomen dat uw verzekerde is aangewezen op een geneesmiddel dat nieuw wordt toegelaten tot de Nederlandse markt. Ten tijde van de onderhandelingen over het lopende contractjaar heeft u hier geen rekening mee gehouden en u weet nog niet of u het selectief wilt inkopen. Wat is uw beleid in 2017 een dergelijk situatie?	**Aantal zorg-verzekeraars (n=8)**
Voor deze categorie geneesmiddelen hebben wij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel) nacalculatieafspraken gemaakt.	3
Voor deze situatie hebben wij geen expliciete afspraken gemaakt met instellingen. Indien instellingen dit geneesmiddel willen inzetten, zullen wij per individuele casus hierover contact hebben met de betreffende instellingen.	3
Een combinatie tussen antwoord 1 en 2.	1
Wij spreken met de ziekenhuizen af dat we gedurende het contractjaar de nieuwe geneesmiddelen toevoegen. Dit doen we omdat we kort van te voren pas willen bepalen waar we de nieuwe middelen willen inkopen. Advies, discussie en organisatie vanuit de beroepsgroep is een jaar van te voren nog niet gereed. Wij willen deze informatie graag meenemen in de inkoop. We voegen maandelijks de nieuwe middelen toe aan onze prijslijst en geven dan aan waar we het willen inkopen. Idealiter wordt de landelijke discussie en organisatie meer naar voren gehaald. Dan zouden wij ook eerder ons inkoopbeleid voor specifieke middelen kunnen vaststellen.	1
De kosten van deze geneesmiddelen moeten uit de contractafspraken medisch-specialistische zorg worden betaald	0

Ziekenhuizen

Als het gaat om een geneesmiddel met een hoge prijs, of met een hoge budget impact, overleggen vrijwel alle instellingen, namelijk 88% (n=51), met de verzekeraar of de betreffende patiënt aanspraak heeft op dat geneesmiddel en of dat in de betreffende instelling kan worden gegeven. Dit vindt plaats, ondanks het feit dat het jaar ervoor mogelijk een afspraak is gemaakt over het nacalculeren van nieuwe dure geneesmiddelen (zie hoofdstuk Contractering).

Bij veel van de ondervraagde ziekenhuizen heerst onzekerheid over het inkoopbeleid van verzekeraars voor nieuwe dure geneesmiddelen. Ziekenhuizen zoeken naar de bevestiging van de individuele zorgverzekeraar dat een nieuw geneesmiddel wel of niet vergoed gaat worden. Na een introductie van een geneesmiddel kan het soms even duren voordat een zorgverzekeraar dit aangeeft. Ondertussen kan het zijn dat de patiënten zich aandienen en dat het ziekenhuis moet wachten voordat het uitsluitsel krijgt van de verzekeraar. Als duidelijk is dat de verzekeraar het nieuwe dure geneesmiddel niet bij hen inkoopt, maar elders, dan kunnen zij de patiënt daar naar toe doorverwijzen. Uit de enquête komt naar voren dat 17 ziekenhuizen aangeven dat er landelijk in totaal 159 patiënten worden doorverwezen. Veel ziekenhuizen geven aan dat dit een inschatting betreft.

Wachten voordat er wordt toegediend

55% van de ziekenhuizen geeft aan dat patiënten in de regel het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel krijgen nadat er een akkoord is bereikt met de zorgverzekeraar over de vergoeding. Voor 45% geldt dat patiënten dit al krijgen voordat er een akkoord is bereikt. Deze cijfers komen redelijk overeen met het beeld uit 2016.

Aan de ziekenhuizen, waar patiënten het optimale geneesmiddel krijgen nadat er een akkoord is bereikt, is gevraagd hoeveel patiënten in 2017 moesten wachten en hoe lang. Gemiddeld betrof het per ziekenhuis vijf patiënten die moesten wachten, met een maximum van 15 patiënten. In totaal hebben 91 patiënten in deze ziekenhuizen moeten wachten op het optimale geneesmiddel omdat er nog geen akkoord was bereikt. Gemiddeld moesten zij 17 dagen wachten. Uit interviews met ziekenhuizen komt naar voren dat dit in de praktijk hinderlijk kan zijn voor de patiënt en het ziekenhuis, maar dat dit alleen wordt gedaan als dit medisch aanvaardbaar is.

Nieuwe geneesmiddelen en indicaties zonder add-on

Voordat een geneesmiddel een add-onprestatie krijgt, vindt er nog duiding plaats door de zorgverzekeraars. Indien een geneesmiddel nog geen add-onprestatie heeft, en een ziekenhuis wil het toch toedienen, dan moet het middel vanuit de dbc-prijzen worden bekostigd. Ook kan een geneesmiddel door de fabrikant worden bekostigd. De aanwezigheid van een add-onprestatie zegt niets over de vraag of een bepaald geneesmiddel voor de patiënt wordt vergoed uit het basispakket.

Aan ziekenhuizen is gevraagd hoe zij omgaan met nieuwe dure geneesmiddelen, die voldoen aan stand van wetenschap en praktijk, maar waarvoor nog een add-onprestatie moet worden vastgesteld.

Tabel 14 **Beleid ziekenhuizen nieuwe dure geneesmiddelen zonder add-onprestatie**

Hoe gaat u om met nieuwe dure geneesmiddelen, die voldoen aan stand van wetenschap en praktijk, maar waarvoor nog een add-onprestatie moet worden vastgesteld?	**Algemene ziekenhuizen**		**Academische ziekenhuizen**	
	Aantal	**%**	**Aantal**	**%**
Wij dienen dit type geneesmiddelen nauwelijks toe, bijvoorbeeld vanwege het profiel van onze instelling, of omdat de geneesmiddelencommissie hier nog over moet beslissen.	22	43%	0	0%
Wij wachten altijd met het toedienen van deze geneesmiddelen totdat er een add-onprestatie is vastgesteld, anders lopen wij het risico de kosten te moeten dekken uit de dbc-contractprijzen.	19	37%	1	13%
Wij dienen deze geneesmiddelen wel toe en dekken deze kosten uit de dbc-contractprijzen, of nemen de kosten voor eigen rekening.	4	8%	4	50%
Wij dienen deze geneesmiddelen wel toe en kunnen hierover aanvullende afspraken maken met de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld door de dbc-prijs of het budget te verhogen.	0	0%	1	13%
Wij ontvangen dit type geneesmiddelen gratis van de fabrikant.	6	12%	2	25%
Totaal	**51**	**100%**	**8**	**100%**

In algemene ziekenhuizen worden nieuwe dure geneesmiddelen zonder add-onprestatie in de regel weinig of nauwelijks toegediend, in de academische ziekenhuizen wel. Van de algemene ziekenhuizen geeft 37% aan te wachten met toedienen totdat er een add-onprestatie is vastgesteld, om financiële risico's te mijden. Academische ziekenhuizen dekken deze geneesmiddelen vaker uit de dbc-prijzen (50%).

In totaal geven vijftien ziekenhuizen (25%) aan dat patiënten in 2017 moesten wachten op het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel omdat voor dit middel nog geen add-onprestatie was vastgesteld. In de meeste gevallen gaat het hier om enkele patiënten, maar er worden ook aantallen van tien, vijftien en zelfs door één ziekenhuis honderd patiënten genoemd.

Tevens is bij de zorgverzekeraars nagegaan of zij nieuwe geneesmiddelen zonder add-on eventueel vergoeden. In onderstaande tabel staan de resultaten weergegeven.

Tabel 15 **Beleid zorgverzekeraars nieuwe dure geneesmiddelen zonder add-onprestatie**

Het kan voorkomen dat er nog geen add-onprestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel beschikt over een handelsvergunning. Wat is uw beleid in 2017 in een dergelijke situatie?	**Aantal zorg-verzekeraars (n=8)**
Er wordt niet onderhandeld over vergoeding. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-onprestatie in werking treedt.	3
Er wordt niet onderhandeld over vergoeding via dbc-zorgproduct of add-onprestatie totdat duidelijk is of de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel.	2
Er wordt onderhandeld over de prijs van de dbc-zorgproducten die bij de geïndiceerde patiënten zijn geopend.	1
Er wordt onderhandeld over verhoging van plafondafspraken.	1
Dit hangt af van het geneesmiddel, de prijs en de indicatie	1

De verzekeraars verschillen in het beleid dat zij hanteren voor de gevallen dat er nog geen add-onprestatie beschikbaar is voor een nieuw geneesmiddel. Drie zorgverzekeraars onderhandelen niet voordat er een add-onprestatie is, twee anderen doen dit wel als duidelijk is dat de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel. Andere zorgverzekeraars onderhandelen in deze gevallen over de prijs van de dbc-zorgproducten of verhoging van de plafondafspraken.

Informatie over omzetplafonds

Een meerderheid van de ziekenhuizen laat weten dat zorg-verzekeraars niet aangeven waar hun verzekerden naar toe verwezen kunnen worden in het geval dat een afgesproken plafond voor één of meer geneesmiddel(en) is bereikt: 61% zegt dat geen van de zorgverzekeraars dit aangeeft; 39% van de ziekenhuizen antwoordt dat dit per zorgverzekeraar verschilt. Uit de interviews komt niet naar voren dat deze situatie vaak voorkomt en tevens komt niet naar voren dat dit een probleem oplevert voor de patiëntenzorg. Ziekenhuizen weten, of informeren bij de zorgverzekeraar waar de patiënt vervolgens wel zorg kan ontvangen. Desgevraagd antwoorden drie van de acht zorgverzekeraars dat zij de instelling laten weten waar de verzekerde naar toe verwezen kan worden indien een plafond is bereikt, één zorgverzekeraar doet dit niet. De overige vier zorgverzekeraars geven aan dat dit niet van toepassing is.

Klachten en signalen

Klachten bij ziekenhuizen

Op de vraag of zij in 2017 klachten hebben ontvangen van patiënten over het (tijdelijk) niet-verkrijgen van geneesmiddelen, antwoorden vier ziekenhuizen (7%) bevestigend. Dit zijn alle vier algemene ziekenhuizen; zij ontvingen in totaal 68 klachten. In de monitor van 2016 waren dit 5 van de 45 (11%) ziekenhuizen, en zij ontvingen gezamenlijk 19 klachten van patiënten. Het aantal klachten per ziekenhuis blijkt sterk te variëren met een minimum van één patiënt en een maximum van 50 patiënten per ziekenhuis die een klacht hebben ingediend. Uit navraag blijkt dat in het laatste het geen officiële klachten betreft maar de ontevredenheid van de patiënten over de doorverwijzing. Wij sluiten niet uit dat er bij andere instellingen meer van dergelijke (informele) klachten zijn gemeld door patiënten.

In figuur 23 op de volgende pagina is weergegeven waarom het geneesmiddel niet werd verstrekt in de gevallen dat patiënten hierover een klacht hebben ingediend. Deze vraag is door vier ziekenhuizen beantwoord, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. Indien de patiënt het geneesmiddel niet kon ontvangen, heeft er verwijzing van de patiënt naar een ander ziekenhuis plaatsgevonden, zo blijkt uit interviews.

Figuur 23 **Bij klachten over het niet verstrekken van een geneesmiddel: Reden dat geneesmiddel niet werd verstrekt (n=4)**



Klachten bij zorgverzekeraars

Geen van de acht zorgverzekeraars heeft in 2017 klachten ontvangen van verzekerden over het (tijdelijk) niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen. In voorgaande jaren zijn hier wel klachten over ontvangen: drie van de zeven zorgverzekeraars hebben in 2015 en 2016 van in totaal twaalf verzekerden klachten ontvangen met betrekking tot het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen.

Signalen

In 2017 zijn geen signalen over problemen in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen bij de Nederlandse Zorgautoriteit gemeld.

Kamervragen

Vragen die gesteld worden door een lid van de Eerste of Tweede Kamer aan de regering, zogenaamde Kamervragen, geven een beeld van wat er leeft in de maatschappij.

In 2017 zijn er tot en met oktober 2017 dertig sets van antwoorden op schriftelijke Kamervragen gepubliceerd waarin het woord ‘medicijn’ voorkwam. Daarvan hebben er veertien een relatie met het onderwerp van deze monitor, waarvan zeven betrekking hebben op de toegankelijkheid:

1. Het niet vergoeden van een hoopgevend maar peperduur geneesmiddel
2. De ziekte van Huntington
3. Wel of niet vergoeden Orkambi (4x)
4. Bericht dat medicijnenproductie verdwijnt uit Nederland.

Conclusies en aanbevelingen

Eerder rapporteerden wij dat er een reële kans bestaat dat, door de kostenontwikkeling van dure geneesmiddelen, in de toekomst de toegankelijkheid van behandelingen met geneesmiddelen en ook de totale medisch-specialistische zorg, onder druk komen te staan. Dit blijft, gezien de aanhoudende kostenstijging van geneesmiddelen en de verwachte introductie van nieuwe geneesmiddelen, een conclusie die nog steeds actueel is. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben beiden te kampen met dit gegeven. Samen moeten zij een weg vinden om dure medicatie voor iedereen toegankelijk te houden.

In ons onderzoek van juli 2017 hebben wij diverse aanbevelingen gedaan aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders, om zo te werken aan diverse knelpunten in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. In 2017 zagen wij dat er meer nacalculatie-afspraken zijn gemaakt over dure geneesmiddelen; voor de toegankelijkheid is dit een goede stap. Uit deze monitor komt naar voren dat er met name door zorgaanbieders knelpunten worden ervaren bij de inzet van met name nieuwe dure geneesmiddelen. De door ziekenhuizen ervaren knelpunten vatten wij samen in drie onderwerpen: (1) de uitvoering van selectieve inkoop, (2) onvoldoende vergoeding voor nieuwe dure geneesmiddelen en (3) de onvoorspelbaarheid van nieuwe dure geneesmiddelen.

Hoewel uit de interviews blijkt dat de patiënt het geneesmiddel krijgt waar hij of zij aanspraak op heeft, en het voor de aanbieders duidelijk is waar de patiënt naar toe verwezen moet worden, lijkt op andere aspecten het proces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog niet vlekkeloos te verlopen. Hierdoor lijkt het er bijvoorbeeld op dat patiënten in sommige gevallen onnodig moeten wachten totdat zij een geneesmiddel kunnen ontvangen.

Aanbevelingen

Om de patiënt snel te kunnen behandelen, verwachten wij dat zorgverzekeraar, zorgaanbieder en de beroepsgroep anticiperen op de introductie van nieuwe middelen door op tijd het gesprek aan te gaan. Door gebruik te maken van de Horizonscan+ kunnen introducties van nieuwe geneesmiddelen eerder worden voorzien. Voor zorgaanbieders is het van belang dat zij op tijd weten of zij door verzekeraars worden geselecteerd voor een bepaald geneesmiddel. De exacte prijsstelling kan dan later worden besproken. Ook gedurende de Sluisperiode kan er al afgestemd worden of een bepaald geneesmiddel vergoed wordt en bij welke instellingen dit wordt ingekocht.

Verschillend selectief inkoopbeleid van verzekeraars wordt als knelpunt ervaren door zorgaanbieders. De instelling moet hierdoor mogelijk een deel van de patiënten wel doorverwijzen en een ander deel niet. Wij vragen aan de zorgverzekeraars om te onderzoeken of de afwegings- en beoordelingskaders voor de inkoop van (nieuwe) geneesmiddelen onderling in lijn met elkaar kunnen worden gebracht. Hierbij wijzen wij op de voorwaarden van de 'Informatiekaart samenwerking zorgverzekeraars' van Autoriteit Consument en Markt (ACM).

Ook verwachten wij dat zorgverzekeraars betere informatie bieden richting zorgaanbieders en consumenten op het gebied van transparantie over het selectief inkopen van dure geneesmiddelen. De basis hiervoor kan worden gevonden in onze regelgeving over de transparantie.

Wij blijven de ontwikkelingen op het gebied van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen meten. Als de zorgplicht onvoldoende wordt nageleefd grijpen wij in. In 2018 gaan wij controleren of aan de aanbevelingen uit deze monitor wordt voldaan.





Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Optima Forma bv