

Monitor

Contractering en inkoop geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg

Vierde kwartaal 2016

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opdracht	12
1.3 Scope	12
1.4 Methodiek	13
1.4.1 kwalitatieve analyse	13
1.4.2 Methodiek kwantitatieve analyse	14
2. Cijfers	17
2.1 Omzet	17
2.1.1 Totale omzet MSZ-geneesmiddelen	17
2.1.2 Omzet MSZ-geneesmiddelen exclusief overheveling	18
2.1.3 Omzet overgehevelde MSZ-geneesmiddelen	20
2.1.4 Omzetverdeling en relatieve omzet	21
2.1.5 Omzet per patiënt en/of geneesmiddel(engroep)	22
2.1.6 Kosten	24
3. Contractering	27
3.1 Contracteerproces 2017	27
3.2 Contractafspraken 2017	28
4. Betaalbaarheid	33
4.1 Inkoop geneesmiddelen	33
4.1.1 Zorgverzekeraar maakt prijsafpraak met fabrikant	33
4.1.2 Ontwikkeling inkoopprijs door zorgaanbieders	33
4.1.3 Ontwikkeling contractprijs door zorgverzekeraars	34
4.1.4 Contractsoort	35
4.1.5 Samenwerking zorgaanbieders onderling	35
4.1.6 Samenwerking zorgaanbieders en zorgverzekeraars	36
4.1.7 Resultaten van samenwerking	36
4.2 Inzet biosimilars	37
4.3 Geneesmiddelencommissie	38
4.4 Positie en invloed farmaceutische industrie	39
4.5 Horizonscan (+)	41
5. Toegankelijkheid	43
5.1 Financiële knelpunten zorgaanbieders	43
5.1.1 Oplossingen financiële knelpunten	44
5.1.1.1 Tussentijdse onderhandelingen	44
5.1.1.2 Verwijzingen naar andere instellingen	44
5.1.1.3 Zorgaanbieder betaalt uit andere opbrengsten of reserves	45
5.1.2 Klachten patiënten	45
5.2 Rol zorgverzekeraars toegankelijkheid	45
5.2.1 Onvoorzien nieuw geneesmiddel	46
5.2.2 Nog geen add-on prestatie beschikbaar	46
5.2.3 Selectieve inkoop geneesmiddelen	47
5.3 Bemiddelingsverzoeken en klachten verzekerden	48
5.4 Signalen	48
5.5 Verwachtingen 2017	49
5.6 Monitoring en periodieke evaluatie	49
5.7 Nader onderzoek	50
6. Bijlagen	51

Vooraf

Voor u ligt de tweede uitgave van de monitor 'Contractering en inkoop geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg'. De monitor is onderdeel van een integraal pakket aan maatregelen dat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg¹ heeft opgesteld, ter bevordering van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen (add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren). Hierin is afgesproken dat de Nederlandse Zorgautoriteit periodiek een inzage geeft in het contracteerproces en de contractinhoud over geneesmiddelen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast biedt deze monitor informatie over de inkoop van deze geneesmiddelen en de toegankelijkheid voor verzekerden tot deze zorg. In deze uitgave is tevens een kwantitatieve analyse opgenomen van de uitgaven aan add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren.

Voor deze monitor heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een online enquête uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland en interviews afgenomen met een aantal van hen.

Deze monitor geeft de resultaten van het onderzoek weer. De Nederlandse Zorgautoriteit bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze monitor.

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

¹ Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Patiëntenfederatie NPCF, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorginstituut Nederland (ZiNL), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Samenvatting

In juni 2015 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het rapport 'Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' gepubliceerd. In dat rapport constateert de NZa dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg onder druk staat en doet zij een aantal aanbevelingen aan de minister. Deze aanbevelingen richten zich op Europees, nationaal (geneesmiddelen zonder concurrentie) en lokaal niveau (geneesmiddelen met concurrentie). Dat laatste heeft betrekking op de afspraken die individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken. De resultaten van deze monitor geven slechts weer welke inspanningen op lokaal niveau worden ondernomen om prijs en volume te verlagen. Dit dient echter in samenhang te worden gezien met de inspanningen die op nationaal en Europees niveau worden ondernomen om hetzelfde te bereiken. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid onderzoekt de NZa twee maal per jaar welke afspraken verzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken over de groep dure geneesmiddelen (add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren) en wat dit betekent voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid. Voor u ligt de tweede monitor; de eerste monitor is in maart 2016 gepubliceerd.

Totale uitgaven stijgen ondanks inspanning aanbieders en verzekeraars

De totale uitgaven aan add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren is gestegen van € 1,73 in 2014 naar € 1,76 miljard in 2015, een stijging van 1,6%. Indien de vanuit het extramurale kader overgehevelde geneesmiddelen buiten beschouwing worden gelaten, is de omzet van deze geneesmiddelen gestegen van € 823 miljoen naar € 877 miljoen, een stijging van 6,5%. Het aandeel van intramurale geneesmiddelen afgezet tegen de totale omzet medisch specialistische zorg is gestegen van 8,1% in 2014 naar 8,5% in 2015. De stijging wordt met name veroorzaakt door de kosten van nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen en de toename in patiënten aantallen van relatief nieuwe geneesmiddelen.

Tegelijkertijd is er een afname van 3,1% in uitgaven aan geneesmiddelen die al voor 2012 als duur geneesmiddel op de markt zijn gekomen. Dit is de categorie geneesmiddelen waar grotendeels concurrentie voor is. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door het feit dat zorgverzekeraars vanaf het jaar 2015 risicodragend zijn voor de uitgaven van deze geneesmiddelen. Dit beeld wordt bevestigd in de enquêteresultaten van en de interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daaruit blijkt dat zorgverzekeraars én zorgaanbieders zich inspannen om de uitgaven aan geneesmiddelen te beperken.

Ten opzichte van de vorige monitor slagen meer zorgaanbieders erin lagere inkooprijzen te bedingen dan voorheen, met name bij geneesmiddelen met concurrentie. Dit komt deels door de grote mate van samenwerking tussen zorgaanbieders bij de inkoop van geneesmiddelen. Veruit de meeste zorgaanbieders maken in hun instelling afspraken over de inzet van biosimilars², waarvan ongeveer de helft nieuwe patiënten laat starten en de helft patiënten overzet van een biological naar de biosimilar. Vrijwel alle zorgaanbieders sturen actief en structureel op de

² Een biosimilar is een geneesmiddel dat soortgelijk is aan het originele biologisch referentiegeneesmiddel (biological) waarvan het patent is verlopen.

inzet van dure geneesmiddelen door middel van een geneesmiddelencommissie. Op hun beurt slagen alle zorgverzekeraars erin lagere contractprijzen af te spreken met zorgaanbieders dan voorheen.

Financiële knelpunten blijven

Ondanks dat de meeste verzekeraars meer risico op zich nemen door meer nacalculatie afspraken te maken voor nieuwe dure geneesmiddelen, ervaart nog steeds het merendeel van de zorgaanbieders financiële knelpunten. Een reden hiervoor is selectieve inkoop van bepaalde geneesmiddelen door zorgverzekeraars. Sommige instellingen willen patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel terwijl dit niet is ingekocht door de zorgverzekeraar. Een andere reden is dat lagere contractprijzen voor geneesmiddelen worden afgesproken met verzekeraars dan voorheen. Of een instelling wil méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan eerder is afgesproken met de verzekeraar. Instellingen kiezen ervoor deze patiënten dan toch te behandelen of hen te verwijzen naar andere instellingen. Géén zorgaanbieder heeft aangegeven dat patiënten niet zijn behandeld met het optimale geneesmiddel.

Toegankelijkheid: nader onderzoek noodzakelijk

Zorgverzekeraars moeten de inspanning leveren om enerzijds de betaalbaarheid en anderzijds de toegankelijkheid te borgen. Zij hebben een zorgplicht richting hun verzekerden als het gaat om basiszorg. Uit deze monitor kan geconcludeerd worden dat patiënten het geneesmiddel krijgen waarop zij zijn aangewezen. Toch geven de resultaten de NZa reden om nader onderzoek te doen naar mogelijke knelpunten in de toegankelijkheid.

Uit de monitor blijkt dat, ondanks getekende contractafspraken, zorgaanbieders tussentijds onderhandelen met zorgverzekeraars. Drie van de zeven zorgverzekeraars maken geen nacalculatieafspraken voor nieuwe geneesmiddelen. Wanneer de zorgaanbieders bij deze verzekeraars proberen de contractafspraken open te breken indien op dat moment een patiënt in hun instelling is aangewezen op dit geneesmiddel, kost dat tijd. Van de zorgaanbieders heeft 29% aangegeven dat zij wacht met de inzet van het geneesmiddel, totdat er een akkoord is bereikt met de zorgverzekeraar. Het is niet bekend hoe lang dit duurt. Géén zorgverzekeraar spant zich proactief in om, in de periode dat er nog geen add-on prestatie voor een nieuw geneesmiddel beschikbaar is, en de patiënt er wel aanspraak op heeft, hier aparte prijsafspraken over te maken. Alle verzekeraars kopen bepaalde dure geneesmiddelen bij een selectief aantal zorgaanbieders in. Indien een patiënt is aangewezen op een geneesmiddel dat niet is ingekocht bij de instelling waar hij op dat moment in behandeling is, dient de patiënt te worden doorverwezen. Het is niet bekend hoe lang dit proces duurt. Géén van de zorgverzekeraars heeft een plan klaar liggen hoe zij patiënten begeleiden in de situatie dat een verzekerde in de loop van een behandeling is aangewezen op een geneesmiddel dat niet is ingekocht bij de instelling waar de verzekerde op dat moment in behandeling is. Zij wachten af of de instelling hierover met hen contact opneemt.

Naar aanleiding van deze bevindingen onderzoekt de NZa momenteel in hoeverre zorgverzekeraars voldoen aan de zorgplicht die zij hebben ten aanzien van de toegankelijkheid. Hoewel patiënten op dit moment de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben, is het ook noodzakelijk dat zorgverzekeraars dit voor de in deze monitor geschetste situaties

voldoende structureel borgen. De NZa verwacht hierover in januari 2017 te kunnen rapporteren.

1. Inleiding

1.1 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% mogen stijgen. Tegelijkertijd stijgt het kostenbeslag van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg met meer dan 1%. Een belangrijke reden hiervoor is de komst van steeds meer en duurere geneesmiddelen met kosten oplopend tot een half miljoen per patiënt per jaar. Eind 2015 was bijvoorbeeld het geneesmiddel nivolumab onderwerp van aandacht omdat het kostenbeslag hiervan, zonder prijsonderhandeling, naar verwachting zou oplopen tot € 200 miljoen in 2017.

Als gevolg van het stijgende kostenbeslag zijn in 2015, in opdracht van de minister van VWS, twee rapporten verschenen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het KWF Kankerbestrijding (KWF) waarin onderzoek is gedaan naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen.³ De NZa en KWF concludeerden dat de toegankelijkheid van (kanker)geneesmiddelen onder druk staat. De NZa heeft diverse aanbevelingen gedaan aan de minister van VWS om de toenemende druk op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg als gevolg van de hoge geneesmiddelenprijzen aan te pakken. De aanbevelingen richten zich op Europees (prijsonderhandeling, markttoelating), nationaal (pakketbeheer, prijswetgeving) en lokaal niveau (gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gepast gebruik). Dat laatste heeft betrekking op de afspraken die individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken.

De uitkomsten van deze onderzoeken hebben ertoe geleid dat de minister van VWS met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg, afspraken heeft gemaakt over een integraal pakket aan maatregelen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen. Eén van de onderdelen van het integrale pakket aan maatregelen is dat de NZa twee maal per jaar een monitor oplevert geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

De monitor die nu voor u ligt, is de tweede in de reeks. Het heeft betrekking op de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten. Hierbij wordt aandacht besteed aan de mate van toegankelijkheid voor patiënten en verzekerden tot geneesmiddelen op dit moment. Daarnaast is een kwantitatieve analyse opgenomen van de kosten van geneesmiddelen.

³ KWF rapport 'Effectieve nieuwe middelen tegen kanker, maar het financieringssysteem kraakt' (juli 2015) en NZa onderzoeksrapport: Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' (juli 2015)

1.2 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 enerzijds een kwalitatieve analyse van de contractering, inkoop en toegankelijkheid van add-ongeneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, op basis van meningen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Anderzijds omvat het een kwantitatieve analyse van de kosten van geneesmiddelen.

1.3 Scope

Op welke geneesmiddelen heeft deze monitor betrekking?

De informatie die is opgenomen in deze monitor heeft betrekking op add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.⁴ Omdat dit beide lange woorden zijn, wordt in de rest van dit rapport het woord ‘ozp-stollingsfactoren’ gesproken over geneesmiddelen, tenzij het relevant is om wel een onderscheid te maken. Waar in deze monitor wordt gesproken over ‘(dure) geneesmiddelen’ wordt hiermee de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren bedoeld.

Add-ongeneesmiddelen zijn geneesmiddelen die mede vanwege de hoge kosten niet als onderdeel van een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. De reden van het apart declareren van deze geneesmiddelen is dat hiermee financieringsproblemen en daarmee toegankelijkheidsproblemen worden beoogd te voorkomen. Financieringsproblemen kunnen ontstaan omdat de kosten van deze geneesmiddelen hoog zijn, fluctueren per patiënt en niet alle patiënten binnen één dbc-zorgproduct daarmee worden behandeld, waardoor het moeilijk is een juist tarief voor een dbc-zorgproduct af te spreken. Niet voor alle geneesmiddelen zijn add-on of ozp prestaties vastgesteld. De geneesmiddelen waarvoor dit niet is gebeurd, worden niet apart, maar als onderdeel van een dbc-zorgproduct door zorgaanbieders gedeclareerd.

Op de add-on geneesmiddelenlijst van de NZa staan met name dure, maar ook een aantal relatief goedkope geneesmiddelen. De relatief goedkope geneesmiddelen betreffen geneesmiddelen die voorheen (toen er nog patent op rustte) duur waren en om die reden op de add-on geneesmiddelenlijst zijn geplaatst, maar waarvan het patent inmiddels is verlopen en nu gelijkwaardige producten op de markt zijn gekomen

⁴ Ozp=overig zorgproduct. Dit is, net als een add-on, een aparte prestatietitel en wordt door de NZa vastgesteld.

(generica of biosimilars). Op de website van de NZa kunt u de meest recente add-on geneesmiddelenlijst en ozp-stollingsfactorenlijst van de NZa raadplegen.⁵

Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on is geen duiding van aanspraak of een recht op vergoeding voor een individuele patiënt. Nieuwe geneesmiddelen stromen, indien zij voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk en de patiënt redelijkerwijs op het geneesmiddel is aangewezen, automatisch het verzekerde pakket in (aanspraak Geneeskundige zorg) zodra zij op de markt zijn toegelaten.

Op welke zorgaanbieders heeft deze monitor betrekking?

Add-ongeneesmiddelen worden als behandeling ingezet en gedeclareerd door ziekenhuizen, maar ook door andere zorginstellingen die geneeskundige zorg leveren, zoals revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra (zbc's). Aan de groep van algemene en academische ziekenhuizen, zbc's en categorale instellingen is één enquête verstuurd. Aan revalidatie instellingen is een andere, kortere enquête verstuurd, omdat zij in de regel slechts een beperkt aantal add-ongeneesmiddelen inzetten. In deze monitor wordt de eerste groep geduid als 'zorgaanbieders' en de tweede groep als 'revalidatie instellingen'. Binnen de categorie zorgaanbieders wordt in een aantal analyses onderscheid gemaakt naar de soorten instellingen.

Er zijn diverse hoofdrolspelers betrokken bij de productie, inkoop, toediening, prijsstelling en vergoeding van add-ongeneesmiddelen. Zorgaanbieders kopen geneesmiddelen in bij fabrikanten en groothandels. De prijs van het geneesmiddel wordt per land bepaald door de fabrikant en de hoogte ervan is van veel factoren afhankelijk. De verkoopprijzen worden in Nederland gereguleerd door wet- en regelgeving. De NZa stelt vast tegen welk maximumtarief add-ongeneesmiddelen mogen worden gedeclareerd en vergoed door respectievelijk zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor een beschrijving van de gehele (financiële) keten van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg verwijzen wij u naar het onderzoeksrapport van de NZa.⁶

1.4 Methodiek

1.4.1 kwalitatieve analyse

De NZa heeft op 22 augustus 2016 een online enquête uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland. De vragenlijsten voor enerzijds de zorgaanbieders en anderzijds de zorgverzekeraars zijn afgestemd met de brancheorganisaties van beide partijen (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)). In de bijlagen zijn deze vragenlijsten opgenomen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn tot uiterlijk 9 september 2016 in de gelegenheid gesteld de antwoorden op de enquêtevragen in te dienen bij de NZa.

Respons enquête

De uitvoering van de periodieke monitor is mede op verzoek van de branchepartijen van zorgaanbieders ontstaan. In het integraal pakket

⁵ <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/Add-on-geneesmiddelen-en-stollingsfactoren/>

⁶ NZa onderzoeksrapport: Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' (juli 2015).

aan maatregelen is opgenomen dat branchepartijen hun achterban oproepen om aan deze monitor mee te werken. Desondanks is de respons onder algemene ziekenhuizen lager dan die in begin 2016. Mogelijk is dit als gevolg van de korte opvolging na de eerste monitor.

Tabel 1. Respons enquête

Geënquêteerde partij	Uitgezet	Respons	Betrokken in analyse ⁷
Algemene ziekenhuizen ⁸	76	34 (45%)	28
Academische ziekenhuizen	8	7 (88%)	7
Categorale instelling	14	6 (43%)	5
Zelfstandig behandelcentrum	17	7 (41%)	5
Revalidatie-instellingen	19	8 (42%)	8
Zorgverzekeraars	8	7 (88%)	7

In totaal zijn de enquêtegegevens van 53 zorgaanbieders betrokken in deze monitor, waarvan 28 algemene ziekenhuizen. Dit omvat algemene en academische ziekenhuizen, categorale instellingen, zbc's en revalidatie instellingen. In de monitor begin dit jaar zijn de gegevens van 66 zorgaanbieders, waarvan 52 algemene ziekenhuizen zijn betrokken. Destijds was de enquête niet uitgezet onder zbc's. Om trends te signaleren worden in deze voorliggende monitor desondanks vergelijkingen gemaakt met de resultaten zoals gerapporteerd in de monitor van begin 2016.

Interviews

Om een betere indruk te krijgen van de contractering, inkoop en toegankelijkheid, heeft de NZa naast deze enquêtes ook interviews afgenomen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Aan de interviews hebben vier algemene ziekenhuizen, twee academische ziekenhuizen, een revalidatie instelling, een categorale instelling en vijf zorgverzekeraars deelgenomen. De vragenlijsten die als leidraad voor deze interviews dienden, zijn opgenomen in de bijlagen.

1.4.2 Methodiek kwantitatieve analyse

Omzet, kosten en prijzen

De NZa heeft kwantitatieve analyses gemaakt van geneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg (msz) over de afgelopen jaren. Het gaat daarbij add-ongeneesmiddelen (en voormalige dure en weesgeneesmiddelen), én om de stollingsfactoren waar de NZa aparte prestaties en tarieven voor vaststelt. De cijfers hebben betrekking op de geneesmiddelen die op de lijst van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren stonden in de jaren 2012 t/m 2015.⁹

Bronnen

Bij elke analyse in het hoofdstuk 'Cijfers' zijn de gebruikte bronnen weergegeven. Wij hebben de meest recente data gebruikt die wij tot onze beschikking hebben. De vulling van de diverse jaren en bronnen verschilt (zie bijlage). Zo is voor het jaar 2015 door Vektis geschat dat 95% van het te declareren jaarvolume is verwerkt. Dit percentage wordt bepaald op basis van uitlooppatronen uit het verleden, maar ook op basis van kennis over het huidige uitlooppatroon.

⁷ De respons van geënquêteerden die bij alle antwoorden 'niet van toepassing' hebben ingevuld (zij maken geen gebruik van add-ongeneesmiddelen) zijn niet gebruikt in de analyse.

⁸ In deze categorie is ook de respons gebruikt van zorgaanbieders die specifieke zorg leveren. Hieronder vallen het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, het Oogziekenhuis Rotterdam en de sint Maartenskliniek en Reade (reumatologie).

⁹ Declaratiecodes: 191201 t/m 191898 en 193301 t/m 194636.

Resultaten ziekenhuizen

In dit rapport gaan we niet in op de exploitatieresultaten en de solvabiliteitspositie van zorgaanbieders. Die financiële positie wordt uiteraard mede beïnvloed door de kosten en inkomsten die verband houden met behandeling van add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren. En omgekeerd wordt de financiële armslag voor het gebruik van geneesmiddelen mede bepaald door de financiële positie. De NZa brengt jaarlijks een marktscan uit over de medisch specialistische zorg waarin onder meer de ontwikkelingen in resultaten, solvabiliteit en liquiditeit worden getoond. Begin 2017 komt de marktscan medisch specialistische zorg 2016 uit.

Overschrijdingen budget geneesmiddelen

Van diverse kanten wordt gesteld dat zorgaanbieders problemen hebben vanwege 'overschrijdingen van het geneesmiddelenbudget'. De NZa merkt op dat er geen van overheidswege vastgesteld apart budget voor MSZ-geneesmiddelen is. Deze maken deel uit van het Budgettair Kader medisch specialistische zorg. Als er al sprake is van een budget voor geneesmiddelen, dan heeft dit betrekking op de afspraken die de zorgaanbieder met de zorgverzekeraar(s) heeft gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen of op een door de zorgaanbieder in de eigen begroting opgenomen bedrag voor geneesmiddelen.

2. Cijfers

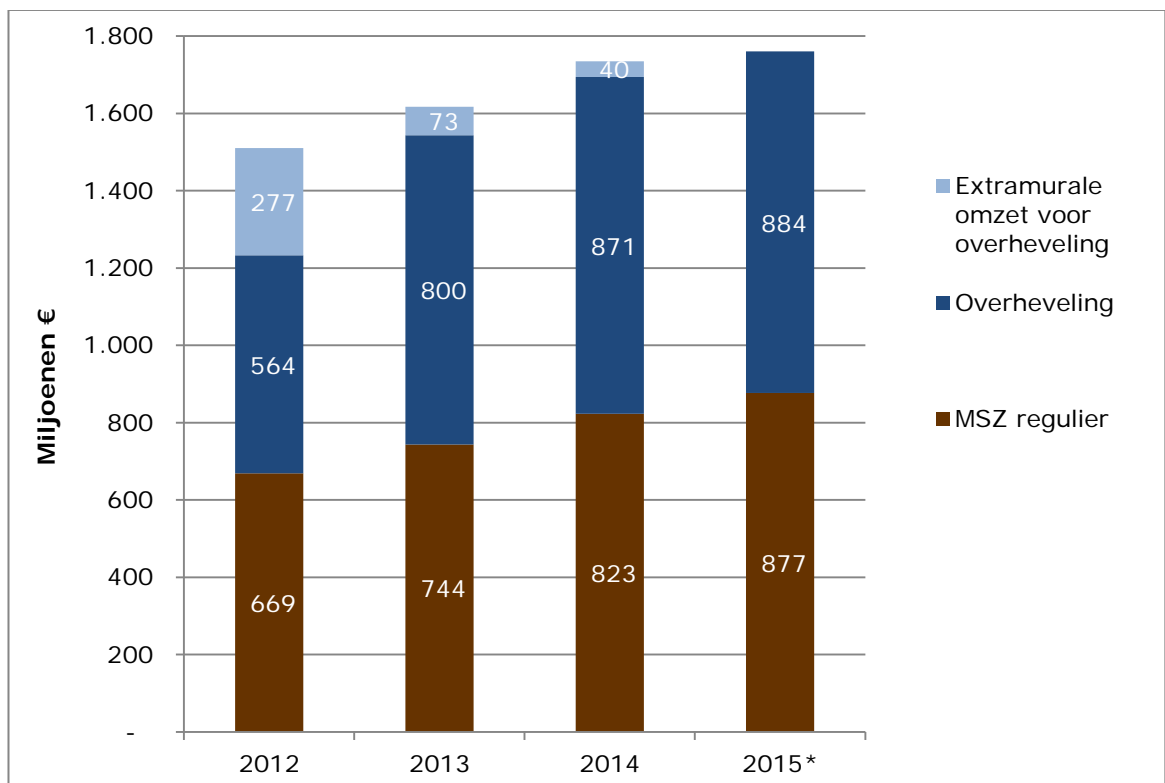
In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de volgende analyses aan bod:

- Totale omzet MSZ-geneesmiddelen¹⁰
 - Omzetpercentage per type instelling
 - Relatieve omzet MSZ-geneesmiddelen
 - Omzet per categorie geneesmiddelen
 - Omzet geneesmiddelen per patiënt
 - Top 25 geneesmiddelen op basis van totale omzet
 - Top 25 geneesmiddelen op basis van omzet per patiënt
 - Inkoopkosten geneesmiddelen versus totale kosten ziekenhuis
 - Inkoopprijs versus contractprijs versus maximumtarief
 - Gehonoreerde aanvragen voor add-ongeneesmiddelen vanaf 2015
- De gehanteerde bronnen zijn per analyse weergegeven.

2.1 Omzet

2.1.1 Totale omzet msz-geneesmiddelen

Figuur 1. Totale omzet msz-geneesmiddelen 2012 - 2015



¹⁰ Onder msz-geneesmiddelen wordt verstaan: geneesmiddelen waarvoor een add-on of een overig zorgproduct (ozp)-prestatie is vastgesteld, dus inclusief stollingsfactoren

Jaar	2012	2013	2014	2015*
Totaal mln €	1.510	1.617	1.735	1.760
Percentueel		7,1%	7,3%	1,5%

Bronnen: Omzet extramuraal voor overheveling: GIP-data, Zorginstituut Nederland.

Omzet overgehevelde middelen intramuraal: Zorgprisma 2012 - 2015, Vektis.

Omzet intramuraal 2012 - 2015: Zorgprisma 2012-2015, Vektis.

*2015 is op basis van declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 31 augustus 2016, dit betreft declaratiegegevens die zijn aangeleverd t/m 20 kasmaanden. Dit representeert ongeveer 95% van het jaarvolume.

In bovenstaande figuur is de totale omzet msz-geneesmiddelen zichtbaar, inclusief de overgehevelde¹¹ en nieuwe geneesmiddelen. Op basis van declaraties tot en met 31 augustus 2016 is totale gedeclareerde omzet van add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren gestegen van € 1,73 in 2014 naar € 1,76 miljard in 2015, een stijging van 1,6%. Dit lijkt in vergelijking met voorgaande jaren een zeer milde stijging, echter is voor 2015 nog maar een geschatte 95% van het totale volume gedeclareerd.

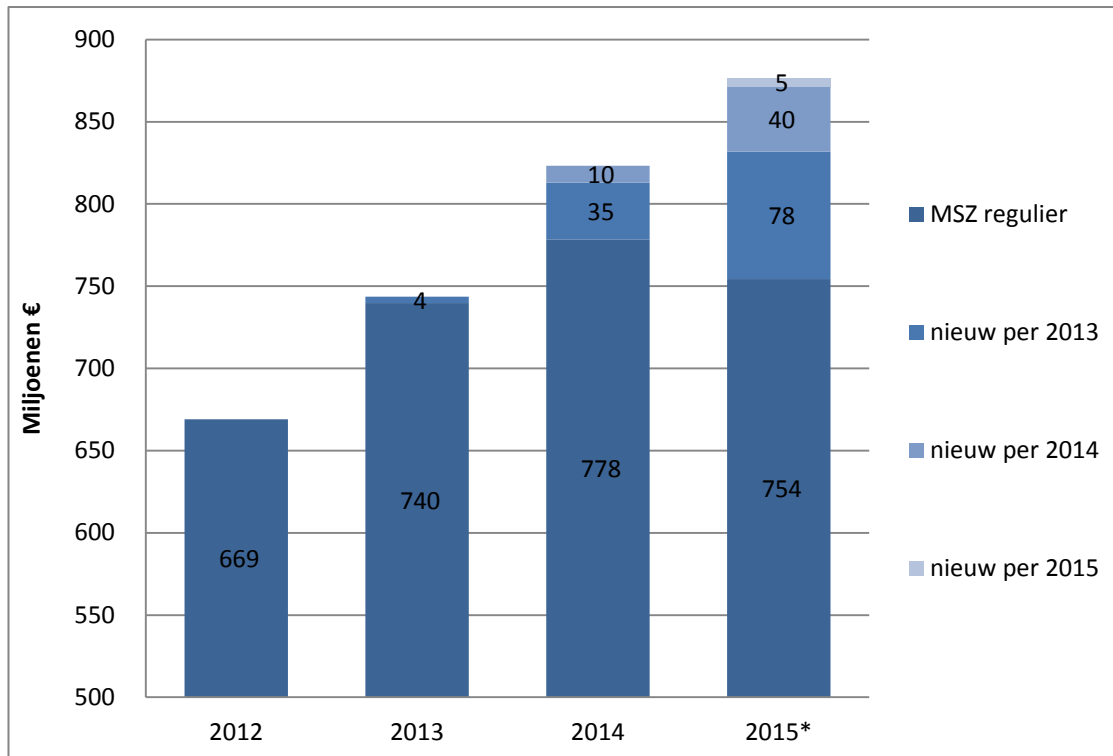
Achter deze stijgingen zitten complexe samenstellingen van verschillende oorzaken. Het aantal mensen dat geneesmiddelen gebruikt neemt toe, indicaties van middelen worden uitgebreid en er komen nieuwe middelen op de markt. Daarnaast zijn er de afgelopen jaren verschillende overhevelingen geweest van de extramurale farmacie naar de intramurale farmacie, waardoor de omzet aan geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg is gestegen.

2.1.2 Omzet msz-geneesmiddelen exclusief overheveling

Indien de omzetontwikkeling door de overgehevelde geneesmiddelen buiten beeld wordt gelaten, is te zien welke omzet ontwikkeling heeft plaats gevonden voor de overige geneesmiddelen, de reguliere msz-geneesmiddelen.

¹¹ Geneesmiddelen die in de jaren 2012-2015 vanuit het kader Farmaceutische zorg zijn overgeheveld naar het kader medisch-specialistische zorg door het ministerie van VWS.

Figuur 2. Totale reguliere¹² msz-omzet 2012 - 2015



Jaar	2012	2013	2014	2015*
Totaal in mln €	669	744	823	877
Percentueel		11,1%	10,7%	6,5%

Bronnen: Omzet intramuraal 2012-2015: Zorgprisma 2012-2015, Vektis.

*2015 is op basis van declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 31 augustus 2016, dit betreft declaratiegegevens die zijn aangeleverd t/m 20 kasmaanden. Dit representeert ongeveer 95% van het jaarvolume.

In bovenstaande figuur is het aandeel van de reguliere geneesmiddelen weergegeven, waarbij de aandelen van nieuw vastgestelde add-on en ozp-prestaties per jaar apart zijn opgenomen. De omzet van deze geneesmiddelen is gestegen van € 823 miljoen naar € 877 miljoen, een stijging van 6,5%.

Deze stijging wordt voornamelijk veroorzaakt door de groeiende omzet van nieuwe¹¹ geneesmiddelen. Het aandeel van nieuwe geneesmiddelen ten opzichte van de totale reguliere geneesmiddelen omzet stijgt van 5,4% in 2014 naar 14% in 2015. Ten opzichte van de totale geneesmiddelen omzet is dit respectievelijk 2,6% en 6,9%. Toegenomen gebruik en uitbreiding van indicaties van geneesmiddelen zorgen ervoor dat de omzet van de 'nieuwe' geneesmiddelen over de jaren toeneemt.

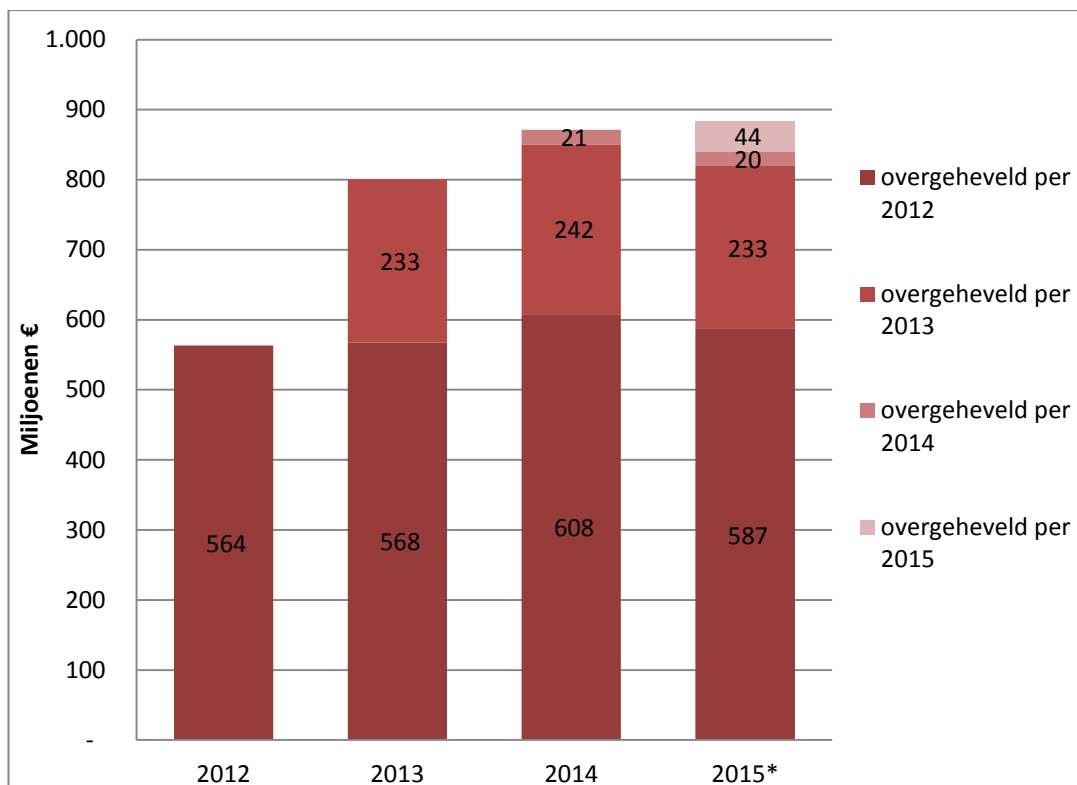
De categorie geneesmiddelen die al voor 2012 op de lijsten Dure en Weesgeneesmiddelen van de NZa stonden daalt in omzet waarde in het jaar 2015 ten opzichte van 2014. Oorzaken hiervan kunnen zijn dat zorgaanbieders lagere inkooprijzen kunnen bedingen bij fabrikanten, zorgverzekeraars lagere contractrijzen kunnen bedingen bij

¹² Onder 'regulier' wordt verstaan: alle (wees)geneesmiddelen en stollingsfactoren die niet zijn overgeheveld. Hieronder valt de categorie geneesmiddelen die al voor 2012 op de lijsten Dure en Weesgeneesmiddelen stonden en de 'nieuwe' geneesmiddelen waarvoor vanaf 2012 add-on geneesmiddel en ozp-stollingsfactor prestaties zijn vastgesteld.

zorgaanbieders en verdringing door nieuwere geneesmiddelen. Een voorbeeld hiervan is de introductie van biosimilars.

2.1.3 Omzet overgehevelde msz-geneesmiddelen

Figuur 3. Totale overgehevelde omzet msz-geneesmiddelen 2012 - 2015



Jaar	2012	2013	2014	2015**
Totaal in mln €	564*	800	871	884
Percentueel		42,0%	8,9%	1,5%

Bronnen: Omzet overgehevelde middelen intramuraal: Zorgprisma 2012-2015, Vektis.

* Een deel van de omzet van infliximab en abatacept vond al voor de overheveling in de medisch specialistische zorg plaats. **2015 is op basis van declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 31 augustus 2016, dit betreft declaratiegegevens die zijn aangeleverd t/m 20 kasmaanden. Dit representeert ongeveer 95% van het jaarvolume.

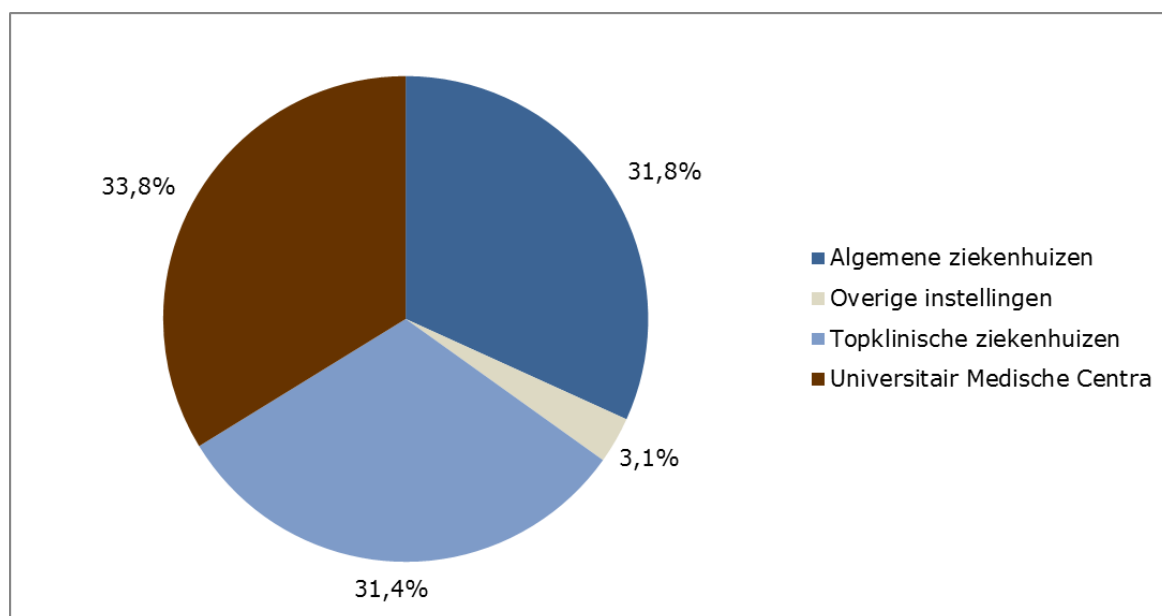
Voor de overgehevelde middelen vanaf 2012 is in 2015 sprake van een omzet van totaal € 884 miljoen. In bovenstaande figuur is de verdeling van de overgehevelde middelen per jaar zichtbaar.

Vanuit de overheid zijn voor deze overheveling ook bedragen naar het Budgettair Kader medisch specialistische zorg overgeheveld. Voor 2012 ging dit om een totaalbedrag van € 455 miljoen, in 2013 om € 701 miljoen, in 2014 € 771 miljoen en in 2015 € 840 miljoen.

Tabel 2. Overgehevelde bedragen naar BKZ medisch-specialistische zorg (€ miljoen)

	2012	2013	2014	2015
Overheveling TNF alfaremmers 2012	450,0	461,0	473,0	485,0
Overheveling dure geneesmiddelen 2013	0,0	214,7	238,1	257,1
Overige overhevelingen	5,0	25,0	59,7	97,6
Totaal	455,0	700,7	770,8	839,7

2.1.4 Omzetverdeling en relatieve omzet

Figuur 4. Omzetverdeling per type instelling in 2014

Bronnen: Omzetverdeling over type instellingen: Vektisdata 2014

In bovenstaande figuur is de omzetverdeling tussen de diverse type instellingen 2014 opgenomen. In vergelijking tot hetgeen weergegeven is in het rapport 'Onderzoek naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' met cijfers over 2013, is er een verschuiving van 0,9% richting de algemene ziekenhuizen zichtbaar.

Tabel 3. Relatieve omzet intramurale geneesmiddelen afgezet tegen de totale msz-omzet van 2012 tot en met 2015 (€ miljoen)

	2012	2013	2014	2015*
Totale omzet intramurale MSZ-geneesmiddelen	1.233	1.544	1.694	1.760
Totale omzet MSZ	19.468	20.513	20.934	20.612
Percentage add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren in totale msz-kosten	6,3%	7,5%	8,1%	8,5%

Bronnen: Omzet intramuraal 2012-2015: Zorgprisma 2012-2015, Vektis

Totale omzet medisch specialistische zorg: Zorgcijfers databank Zorginstituut Nederland

*2015 is op basis van declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 31 augustus 2016, dit betreft declaratiegegevens die zijn aangeleverd t/m 20 kasmaanden. Dit representeert ongeveer 95% van het jaarvolume.

De bovenstaande tabel geeft het aandeel add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren ten opzichte van de totale omzet medisch-specialistische zorg weer. Het aandeel stijgt in de loop van de jaren; de

volledige cijfers van het jaar 2015 zijn echter nog niet beschikbaar (95%).

2.1.5 Omzet per patiënt en/of geneesmiddel(engroep)

In de onderstaande tabel is de gemiddelde intramurale omzet per patiënt weer gegeven. Hierbij is geen rekening gehouden met unieke patiënten, maar is gedeeld door het totaal. Dat betekent dat als één patiënt bijvoorbeeld twee add-ongeneesmiddelen krijgt, deze patiënt twee keer meetelt.

Tabel 4. Totale gemiddelde intramurale omzet per patiënt (€)

Jaar	Totale msz-omzet	Totaal aantal patiënten	Gemiddelde omzet per patiënt
2012	€ 1.232.654.000	124.111	€ 9.932
2013	€ 1.543.807.000	143.546	€ 10.755
2014	€ 1.694.474.000	167.018	€ 10.145
2015	€ 1.760.460.000	231.897	€ 7.592

Bronnen: Omzet intramuraal 2012-2015: Zorgprisma 2012-2015, Vektis

In de onderstaande tabellen is de totale omzet en de omzet per patiënt verdeeld naar groepen geneesmiddelen, daarnaast is er ook in een tabel het aantal patiënten en de omzet per patiënt weergegeven. Ook zijn er twee tabellen waar een rangschikking is gemaakt van de top 25 geneesmiddelen op basis van totale omzet en omzet per patiënt in 2014.

Tabel 5. Omzet van 2013-2015 verdeeld over groepen geneesmiddelen (x € 1000) *

Omzet per groep geneesmiddelen	2013	2014	2015
Oncolytica	554.875	626.345	703.769
TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	544.739	576.662	551.684
Stollingsfactoren	128.336	134.312	121.844
Stofwisselingsziekten	75.762	80.304	77.945
Overige anti-reumatica	38.147	50.981	57.562
Overig**	29.563	52.670	56.117
Immunoglobuline	48.247	47.354	53.987
Groeihormonen	48.688	43.198	38.187
Maculadegeneratie	15.417	22.042	36.072
Astma	12.509	14.347	17.160
Antimycotica	15.437	14.563	16.764
MS middelen	19.087	17.194	16.331
Weesgeneesmiddelen	7.389	8.511	9.515
Botulinetoxine	5.611	5.991	3.523

Bronnen: Omzet intramuraal 2012-2015: Zorgprisma 2013-2015, Vektis

* Exclusief (extramuraal) omzet overgehevelde middelen voor overheveling

** 5-Aminolevulinezuur, anagrelide, canakinumab, chondrocelect, collagenase clostridium histolyticum, corifollitropine (alfa), defibrotide, eculizumab, follitropine (alfa/bèta), gonadoreline, ivacaftor, leuproreline, menopauzagonadotrofine, methylaminolevulinaat, palifermin, urofollitropine

Tabel 6. Totale gemiddelde omzet per patiënt per groep geneesmiddelen*

Categorie indeling	Aantal gebruikers		Omzet per patiënt per groep geneesmiddelen (€)	
	2013	2014	2013	2014
Stofwisselingsziekten	229	227	330.838	353.762
Weesgeneesmiddelen	19	39	388.895	218.231
Stollingsfactoren	2.962	2.430	43.327	55.272
MS middelen	1.136	927	16.802	18.548
Astma	929	1.000	13.465	14.347
Immunoglobuline	3.514	3.409	13.730	13.891
Overig anti-reumatica	3.060	3.954	12.466	12.894
TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	44.492	46.987	12.244	12.273
Oncolytica	57.233	60.053	9.695	10.430
Groeihormonen	5.133	5.167	9.485	8.360
Antimycotica	2.740	2.694	5.634	5.406
Maculadegeneratie	3.635	5.470	4.241	4.030
Overig**	8.834	25.445	3.347	2.070

Bronnen: Omzet intramuraal 2013-2014: Zorgprisma 2013-2014, Vektis

* Exclusief (extramuraal) omzet overgehevelde middelen voor overheveling

** 5-Aminolevulinezuur, Anagrelide, Canakinumab, Chondrocelect, Collagenase clostridium histolyticum, Corifollitropine (alfa), Defibrotide, Eculizumab, Follitropine (alfa/bèta), Gonadoreline, Ivacaftor, Leuproreline, Menopauzagonadotrofine, Methylaminolevulinaat, Palifermin, Urofollitropine

Tabel 7. Top 25 geneesmiddelen op basis van totale omzet in 2014*

Rang 2014 (2013)	Stofnaam	Groep	Totale omzet (x €1.000)
1 (1)	Adalimumab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	223.053
2 (2)	Etanercept	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	155.197
3 (3)	Infliximab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	154.007
4 (4)	Trastuzumab	Oncolytica	79.530
5 (5)	Rituximab	Oncolytica	62.021
6 (6)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	53.796
7 (9)	Bevacizumab	Oncolytica	49.541
8 (10)	Lenalidomide	Oncolytica	47.080
9 (8)	Immunoglobuline i.v.	Immunoglobuline	46.936
10 (7)	Somatropine	Groeihormonen	43.165
11 (12)	Advate	Stollingsfactoren	37.872
12 (11)	Imatinib	Oncolytica	36.702
13 (15)	Pemetrexed	Oncolytica	34.013
14 (16)	Bortezomib	Oncolytica	33.495
15 (13)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	30.248
16 (17)	Abirateronacetaat	Oncolytica	29.442
17 (19)	Ustekinumab	Overig anti-reumatica	29.221
18 (-)	Ipilimumab	Oncolytica	26.339
19 (20)	Eculizumab	Overig	24.856
20 (24)	Golimumab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	23.369
21 (18)	Everolimus	Oncolytica	22.659

22 (14)	Docetaxel	Oncolytica	20.827
23 (23)	Paclitaxel	Oncolytica	20.428
24 (25)	Tocilizumab	Overig anti-reumatica	19.328
25 (21)	Natalizumab	MS middelen	16.749

Bronnen: Omzet intramuraal 2013-2014: Zorgprisma 2013-2014, Vektis

* Exclusief (extramurale) omzet overgehevelde middelen voor overheveling

Tabel 8. Top 25 geneesmiddelen op basis van omzet per patiënt*

Rang 2014 (2013)	Stofnaam	Groep	Omzet per gebruiker (x € 1000)
1 (3)	Galsulfase	Stofwisselingsziekten	566
2 (1)	Idursulfase	Weesgeneesmiddelen	562
3 (2)	Ceprothin	Stollingsfactoren	536
4 (4)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	445
5 (8)	Laronidase	Stofwisselingsziekten	293
6 (5)	Eculizumab	Overig	289
7 (9)	Ivacaftor	Overig	229
8 (6)	Feiba S-TIM 4	Stollingsfactoren	221
9 (10)	Agalsidase alfa	Stofwisselingsziekten	213
10 (11)	Agalsidase bèta	Stofwisselingsziekten	171
11 (7)	Mononine	Stollingsfactoren	154
12 (16)	Immunonine	Stollingsfactoren	112
13 (14)	Benefix	Stollingsfactoren	98
14 (12)	Aafact	Stollingsfactoren	98
15 (13)	ReFacto AF	Stollingsfactoren	95
16 (17)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	95
17 (18)	Advate	Stollingsfactoren	86
18 (15)	Nonafact	Stollingsfactoren	83
19 (22)	Helixate Nex Gen	Stollingsfactoren	74
20 (23)	Novoseven	Stollingsfactoren	71
21 (20)	Ipilimumab	Oncolytica	65
22 (-)	Ofatumumab	Oncolytica	60
23 (-)	Pomalidomide	Oncolytica	52
24 (19)	Canakinumab	Overig	51
25 (21)	Crisantaspase	Oncolytica	43

Bronnen: Omzet intramuraal 2013-2014: Zorgprisma 2013-2014, Vektis

* Exclusief (extramurale) omzet overgehevelde middelen voor overheveling

2.1.6 Kosten

In onderstaande tabel staan de inkoopkosten van geneesmiddelen als percentage van de totale kosten van ziekenhuizen. De cijfers zijn exclusief en inclusief de overgehevelde middelen van de extramurale farmacie naar de medisch specialistische zorg. Het gaat daarbij om de periode van 2012 tot en met 2014. Deze cijfers zijn gebaseerd op een selectie van 24 algemene ziekenhuizen, 20 topklinische ziekenhuizen en 7 umc's. Deze instellingen hebben gegevens aangeleverd ten behoeve van het NZa-kostprijsmodel in 2012, 2013 en 2014. De tabel geeft de gemiddelde verhouding weer van de inkoopkosten van msz-geneesmiddelen ten opzichte van de totale kosten van ziekenhuizen. De verhouding is gewogen op inkoopkosten.

Tabel 9. Inkoopkosten geneesmiddelen versus totale kosten ziekenhuis

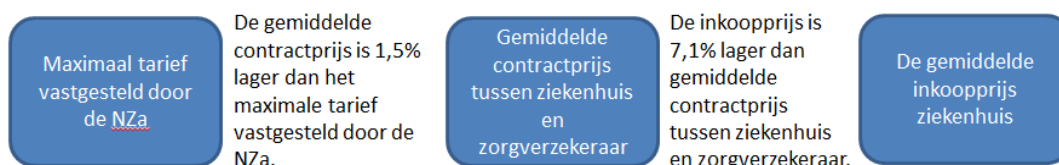
Type instelling	Exclusief overheveling			Inclusief overheveling*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Algemene ziekenhuizen	2,5%	2,6%	2,7%	5,8%	6,2%	6,6%
Topklinische Ziekenhuizen	2,5%	2,6%	2,8%	6,0%	6,8%	7,3%
Universitair Medische Centra	6,8%	5,7%	6,5%	8,0%	7,5%	9,2%
Totaal	5,0%	4,3%	4,6%	6,9%	7,0%	7,9%

Bronnen: Inkoopkosten geneesmiddelen 2012 en 2013: Aanlevering kostprijsinformatie ten behoeve van NZa-kostprijsmodel van 24 algemene ziekenhuizen, 20 Topklinische ziekenhuizen en 7 Universitair Medische Centra

Totale kosten ziekenhuis: Totale kosten uit jaarrekening van de 24 algemene ziekenhuizen, 20 Topklinische ziekenhuizen en 7 Universitair Medische Centra

* Gegevens over de kosten van overgehevelde middelen vóórdat ze werden overgeheveld zijn niet beschikbaar.

Hieronder staat het procentuele verschil tussen enerzijds de maximumtarieven zoals vastgesteld door de NZa en de gemiddelde contractprijs die is afgesloten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Ook is het procentuele verschil weergegeven tussen deze gemiddelde contractprijs en de gemiddelde inkoopprijs die het ziekenhuis betaalt aan de fabrikant. Deze verschillen zijn gebaseerd op beschikbare data over 2014.

Figuur 17. Inkoopprijs versus contractprijs versus maximumtarief

Bronnen: Inkoopkosten geneesmiddelen 2014: Aanlevering kostprijsinformatie ten behoeve van NZa-kostprijsmodel van 64 algemene/topklinische ziekenhuizen, 3 revalidatie instellingen, 1 categorale instelling en 8 Universitair Medische Centra

Contractprijzen geneesmiddelen 2014: Vektis informatie van 64 algemene/topklinische ziekenhuizen, 3 revalidatie instellingen, 1 categorale instelling en 8 Universitair Medische Centra

De percentages betreffen de procentuele verschillen tussen de productiewaarden op basis van de productie-aantallen uit het kostprijsmodel, afgezet tegen de tarieven, de gemiddelde contractprijzen en de kostprijzen. Dat er een procentueel verschil is betekent niet automatisch dat het ziekenhuis hier geld overhoudt: dat is afhankelijk van de andere afspraken met de zorgverzekeraars (zoals 'wel of geen omzetplafond' of nacalculatie).

Ten opzichte van het jaar 2013 is het verschil tussen maximumtarief en contractprijs én het verschil tussen contractprijs en inkoopprijs door de zorgaanbieder gestegen. Het procentuele verschil tussen de maximumtarieven en de gemiddelde contractprijs over 2013 betrof 1% en het procentuele verschil tussen de gemiddelde contractprijs en de gemiddelde inkoopprijs over 2013 betrof 5%.

3. Contractering

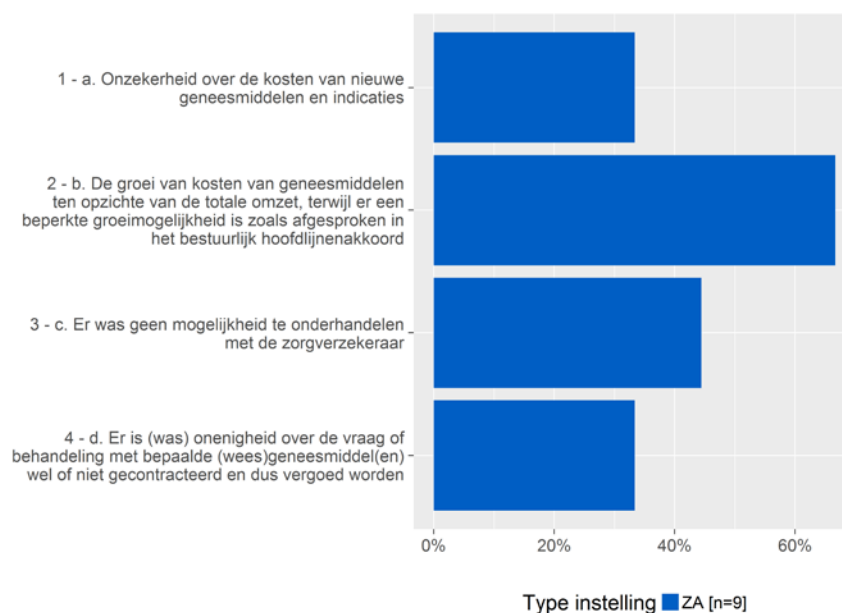
Het onderwerp ‘contractering’ is veel omvattend. Enerzijds zijn er de jaarlijks te tekenen contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor medisch specialistische zorg, waaronder de geneesmiddelen en de daarmee gepaarde onderhandelingen die daaraan voorafgaan. Anderzijds zijn er de tussentijdse onderhandelingen over geneesmiddelen. Dit laatste kan op patiënten c.q. verzekerden niveau geschieden.

Elk contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar heeft zijn eigen specifieke kenmerken en is daarmee uniek. Variabelen die een rol spelen in de contractering van add-ongeneesmiddelen zijn onder andere: regionale belangen (marktaandeel), voorschrijffrequentie add-ongeneesmiddelen, categorie add-ongeneesmiddelen (unieke geneesmiddelen, onderling vervangbare geneesmiddelen met patent, patentloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die nog worden verwacht maar nog niet tot de markt zijn toegelaten) én beleid (speerpunten) van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Bij zowel het structurele als het incidentele proces kunnen knelpunten ontstaan.

3.1 Contracteerproces 2017

Vijfentwintig van de 31 zorgaanbieders (81%) en één van de zes revalidatie instellingen (17%) ervaren knelpunten in de contractering 2017. De meest genoemde reden hiervan is de groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet, gegeven de beperkte mogelijkheid tot groei binnen de afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg.

Figuur 1. Ervaren knelpunten in contractering



Zorgaanbieders hebben in de interviews aangegeven dat de verschillen in afspraken en voorwaarden tussen de zorgverzekeraars de onderhandelingen in zijn algemeenheid lastiger maakt. Zorgverzekeraars hebben op hun beurt te kennen gegeven dat de contractafspraken voor

2017 waarschijnlijk niet tijdig rond zullen zijn. Dit komt omdat er te weinig transparantie is over de allocatie van het geld en onzekerheid over volumes. Ook geven verzekeraars en zorgaanbieders aan dat het vertraagt vanwege de invoering van nieuw NZa bekostigingsbeleid voor geneesmiddelen.

3.2 Contractafspraken 2017

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn in de periode augustus-september 2016 gevraagd de stand van zaken aan te geven van de contractering over het jaar 2017. Veruit de meeste zorgaanbieders en zorgverzekeraars hadden op dat moment nog geen afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over het jaar 2017; zij zaten toen nog midden in de onderhandelingsfase.

In de vraagstelling over de contractafspraken 2017 is onderscheid gemaakt naar de volgende categorieën geneesmiddelen, omdat uit de monitor van begin 2016 bleek dat dit onderscheid vaak wordt gehanteerd bij de contractering:

- Generieke¹³ add-on geneesmiddelen (bijvoorbeeld docetaxel)
- Specialité¹⁴ add-on geneesmiddelen met concurrentie (bijvoorbeeld adalimumab)
- Specialité add-on geneesmiddel zonder concurrentie (bijvoorbeeld eculizumab)
- Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd
- OZP-stollingsfactoren

Add-on geneesmiddelen

Uit de enquêteresultaten blijkt dat de antwoorden tussen de categorieën 1 t/m 3 niet verschillen. Vandaar dat in onderstaand figuur geen onderscheid is gemaakt tussen de verschillende add-ongeneesmiddelen. De cijfers hebben betrekking op de aantallen potentiële contracten voor de totale groep van add-on geneesmiddelen. Zo geldt voor de aan de enquête deelgenomen academische ziekenhuizen (n=7) dat zij potentieel met zeven zorgverzekeraars¹⁵ een contract kunnen afsluiten: n=49.

Figuur 2. Contractafspraken 2017 add-on geneesmiddelen

Geënquêteerde partij	Nog geen afspraken gemaakt	Meest gemaakte afspraak	Op één na meest gemaakte afspraak
Algemene ziekenhuizen (n=196)	88 %	Nacalculatie (12%)	-
Academische ziekenhuizen (n=49)	72%	Nacalculatie (15%)	Onderdeel integraal plafond zonder doorleverplicht (4%)
Categorale instelling (n=35)	80%*	Nacalculatie (20%)	-
Zelfstandige	60%	Onderdeel	Nacalculatie (11%)

¹³ Generiek geneesmiddel is een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof of stoffen bevat als een oorspronkelijk op de markt gebracht merkgeneesmiddel. Het wordt geproduceerd door een andere fabrikant dan het bedrijf dat het oorspronkelijke merk heeft ontwikkeld. Het generiek mag pas op de markt gebracht worden ná het verlopen van het octrooi op het oorspronkelijke merkgeneesmiddel. Een vereiste is dat het generieke geneesmiddel dezelfde werking heeft als het origineel.

¹⁴ Specialité geneesmiddel is het oorspronkelijke merkgeneesmiddel.

¹⁵ In de enquête zijn de volgende zorgverzekeraar concerns opgenomen: Zilveren Kruis, CZ, Menzis, VGZ, DSW, De Friesland en Multizorg (inkooporganisatie)

behandelcentra (n=35)		integrale aanneemsom (14%)	
Revalidatie-instellingen (n=8)	38%*	Onderdeel integraal omzetplafond met doorleverplicht (25%)	Onderdeel integrale aanneemsom (13%); onderdeel integraal omzetplafond zonder doorleverplicht (13%); apart plafond met doorleverplicht (13%)
Zorgverzekeraars (n=7)	71%	Onderdeel integraal omzetplafond zonder doorleverplicht (14%)	Onderdeel integrale omzetplafond met doorleverplicht (11%)

*Omvat ook het antwoord dat de instelling geen add-on geneesmiddelen toepast.

Uit de interviews met de zorgaanbieders kwam naar voren dat zij voor de dure geneesmiddelen de voorkeur geven aan nacalculatie afspraken met aanvullende voorwaarden, omdat in het verleden de plafondafspraken vaak tot problemen leidde. Gehanteerde voorwaarden zijn bijvoorbeeld gepast gebruik, biosimilar gebruik, start stop criteria, monitoring en dosis optimalisatie. Dit is in lijn met het beeld de monitor van begin 2016 gaf.

Nieuwe geneesmiddelen en indicaties

Gedurende het jaar kunnen nieuwe geneesmiddelen worden toegelaten tot de Nederlandse markt en het verzekerde pakket. Dit heeft ook betrekking op nieuwe indicaties van bestaande geneesmiddelen.¹⁶ In de enquête is gevraagd of en hoe de onderhandelingspartijen hierop anticiperen op het moment dat de contractonderhandelingen voor het opvolgende jaar plaatsvinden. Het is namelijk vaak zo dat een nieuw geneesmiddel of indicatie een toevoeging is aan bestaande farmacotherapie en daarmee niet andere kosten vervangt.

Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is gevraagd welke afspraken zij hebben gemaakt over nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd en waarvan men weet dat ze duurder zijn dan gemiddeld € 1.000 per patiënt per jaar.

Geënquêteerde partij	Nog geen afspraken gemaakt	Meest gemaakte afspraak	Op één na meest gemaakte afspraak
Algemene ziekenhuizen (n=196)	73%	Nacalculatie (21%)	Onderdeel integraal omzetplafond met doorleverplicht (3%)
Academische ziekenhuizen (n=49)	88%	Nacalculatie (12%)	-

Geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat het gebruik van nieuwe geneesmiddelen onzeker is en dat dit het maken van afspraken bemoeilijkt. De vergoeding van een geneesmiddel bij een bepaalde indicatie kan verschillen tussen zorgverzekeraars onderling. Verzekeraars vinden dit lastig uit te leggen aan de patiënt.

¹⁶ Met 'bestaande geneesmiddelen' bedoelen we geneesmiddelen en/of indicaties die al op de markt beschikbaar zijn.

Ozp-stollingsfactoren

De kosten van stollingsfactoren zijn hoog (zie hoofdstuk 'Cijfers'). Stollingsfactoren zijn geneesmiddelen en worden ingezet voor onder andere hemofiliebehandeling en aanverwante metastaseziekten. De behandeling van deze aandoeningen valt onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). De minister heeft een aantal instellingen aangewezen die deze aandoeningen mogen behandelen. In de praktijk passen ook andere dan deze instellingen stollingsfactoren toe en kopen deze in, zoals in de situatie van een (spoed)operatie bij een hemofiliepatiënt.

Geënuquêteerde partij	(Nog) Geen afspraken gemaakt/te maken	Meest gemaakte afspraak	Op één na meest gemaakte afspraak
Algemene ziekenhuizen (n=196)	88%	Onderdeel integrale aanneemsom (6%)	Nacalculatie (4%)
Academische ziekenhuizen (n=49)	90%	Nacalculatie (10%)	-
Zorgverzekeraars	57%	-	-

Bevoorschotting

Een minderheid van de zorgaanbieders (14 van de 43; 33%) wordt in het jaar 2016 door één of meer zorgverzekeraars bevoorschot. Dit heeft betrekking op add-ongeneesmiddelen om de periode te overbruggen tussen het maken van de kosten en het ontvangen van vergoeding door de zorgverzekeraar(s).

Zes van de zeven zorgverzekeraars geven aan ziekenhuizen niet te bevoorschotten in het jaar 2016. Zij zullen dat ook in het jaar 2017 niet doen.

Realisatie lager dan begroot

Zorgaanbieders die voor add-ongeneesmiddelen een apart of integrale aanneemsom hebben afgesproken over het jaar 2017 (n=17) is gevraagd welke afspraken zij hebben gemaakt over de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-ongeneesmiddelen lager is dan begroot.

Vijftien van deze zeventien zorgaanbieders die het betreft hebben hierover geen afspraken gemaakt. Twee van de zeventien instellingen hebben afgesproken dat een onderschrijving voor geneesmiddelen door het ziekenhuis wordt terugbetaald aan de zorgverzekeraar.

Geen van de revalidatie instellingen heeft hierover afspraken gemaakt.

Financiële arrangementen VWS

Het ministerie van VWS wil voor bepaalde dure geneesmiddelen financiële arrangementen met fabrikanten van geneesmiddelen overeen kunnen komen om die geneesmiddelen tegen verlaagde en meer aanvaardbare kosten op te kunnen nemen in het basispakket. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: uitsluitend in gevallen dat er sprake is 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.

Het onderhandelingsresultaat heeft landelijk bereik. De opbrengsten van de arrangementen komen via een terugbetalingsconstructie terecht bij de zorgverzekeraar van de patiënt aan wie het geneesmiddel wordt verstrekt. Omdat de uiteindelijk uit onderhandelde prijs niet openbaar is, is aan zorgaanbieders en verzekeraars gevraagd welk effect deze arrangementen hebben op de contractafspraken over deze geneesmiddelen.

De meeste algemene ziekenhuizen (64%) en alle categorale instellingen geven aan dat financiële arrangementen geen rol spelen in de contractafspraken. Bij de academische ziekenhuizen geeft de meerderheid (57%) aan dat er nacalculatie afspraken worden gemaakt voor geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement in de maak is of die al gemaakt zijn, bij algemene ziekenhuizen is dat percentage met 29% beduidend lager. Verder is er niet een sterk signaal dat de financiële arrangementen de contractafspraken bemoeilijken of vergemakkelijken, 11% van de instellingen vindt dat de afspraken worden bemoeilijkt en 7% vindt de afspraken worden vergemakkelijkt.

Vier van de zeven zorgverzekeraars geven aan dat de financiële arrangementen geen rol spelen in de contractafspraken. Hetzelfde aantal geeft aan dat zij nacalculatie afspraken maken voor geneesmiddelen die onder een financieel arrangement (hebben ge)vallen. Drie zorgverzekeraars zeggen dat de arrangementen juist de contractafspraken bemoeilijken, omdat beide onderhandelingspartijen uitgaan van het NZa maximumtarief en de maximaal toegestane groei zoals overeengekomen in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Géén van de zorgverzekeraars geeft aan dat de arrangementen de contractafspraken vergemakkelijken.

Horizonscan en Horizonscan+

Het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen van het ministerie van VWS heeft in de afgelopen jaren een eigen Horizonscan ontwikkeld. Deze Horizonscan monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten en het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's identificeert. Dit met het oog op de mogelijke inzet van een financieel arrangement.

Op dit moment is VWS de huidige horizonscan aan het ontwikkelen tot een Horizonscan+. Het is de bedoeling dat in deze Horizonscan+ uiteindelijk niet alleen de nieuwe innovatieve geneesmiddelen op te nemen, maar bijvoorbeeld ook verwachte indicatie-uitbreidingen, het patentverloop, lijstprijzen en de verwachte alternatieve behandelingen. De 'plus' is dan ook nog niet in deze huidige horizonscan verwerkt. Toch kan deze informatie zeer waardevol zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om die reden heeft VWS in december 2015 en in mei 2016 een uittreksel van de bestaande horizonscan naar de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestuurd.

Negentwintig zorgaanbieders gaan de Horizonscan+ gebruiken bij het maken van contractafspraken over geneesmiddelen. De helft van de zorgaanbieders verwacht dat dit helpt bij het maken van betere contractafspraken. Geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat de Horizonscan actief gebruikt wordt bij de contractering. Voor het inschatten van de volumes en kosten van een middel, maar ook voor het voorspellen van off-label gebruik, wordt de Horizonscan gebruikt. Op termijn zal de Horizonscan geëvalueerd moeten worden om de waarde ervan beter in te kunnen schatten. Verzekeraars geven aan dat de Horizonscan een algemeen beeld weergeeft, waardoor het beperkt bruikbaar is.

4. Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van zorg staat onder druk als gevolg van de steeds hogere prijzen van een groeiend aantal geneesmiddelen die ook steeds vaker in combinatie met elkaar worden gebruikt. Hierdoor staat de toegankelijkheid onder druk. In haar brief 'Visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten' geeft de minister van VWS aan dat een combinatie van maatregelen, uitgevoerd door meerdere partijen, nodig is om de toegankelijkheid van zorg in de toekomst te kunnen borgen. Indien er geen concurrentie is voor een bepaald geneesmiddel en de vraagprijs te hoog is, zijn maatregelen op nationaal of internationaal nodig.

Zo onderneemt de minister maatregelen op nationaal en internationaal niveau door onder andere samenwerking te zoeken met andere Europese landen. Hoe meer een geneesmiddel onderhavig is aan concurrentie, hoe meer lokale partijen kunnen betekenen in het beteugelen van de kosten. Op lokaal niveau zijn maatregelen nodig van onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze partijen kunnen op meerdere manieren de kosten van add-ongeneesmiddelen verlagen. Bijvoorbeeld door de inkoopkracht te versterken en om meer patiënten te behandelen met gelijkwaardige, maar goedkopere alternatieven.

4.1 Inkoop geneesmiddelen

Zorgaanbieders kopen geneesmiddelen in bij fabrikanten en worden voor de meeste geneesmiddelen beleverd door één of meer groothandels. Deze taak is primair belegd bij de ziekenhuisapotheek. De meeste revalidatie instellingen kopen geneesmiddelen in bij een ziekenhuisapotheek; de overige doen dit bij een openbare apotheek of bij beide. Eén revalidatie instelling koopt geneesmiddelen rechtstreeks bij de groothandel in, omdat ze beschikken over een apotheek in de revalidatie instelling.

Zorgverzekeraars kopen zorg, waaronder geneesmiddelen, in bij zorgaanbieders. Dat wil zeggen dat zij hier contractafspraken over maken; zij kopen niet letterlijk geneesmiddelen in. Dat is voorbehouden aan praktiserende (ziekenhuis)apothekers. Wel kunnen zorgverzekeraars prijsafspraken maken met fabrikanten van geneesmiddelen, waarna zij de contractafspraken met zorgaanbieders hierop baseren.

4.1.1 Zorgverzekeraar maakt prijsafpraak met fabrikant

Vijf van de zeven zorgverzekeraars hebben aangegeven prijsafspraken over add-ongeneesmiddelen te hebben gemaakt met fabrikanten, waarvan grotendeels staffelafspraken. De afspraken zien op specialité geneesmiddelen met concurrentie (3 van de 5) en specialité geneesmiddelen zonder concurrentie (4 van de 5).

Geen van de ondervraagde zorgverzekeraars hebben prijsafspraken gemaakt over add-on geneesmiddelen met groothandels.

4.1.2 Ontwikkeling inkoopprijs door zorgaanbieders

In onderstaand figuur is weergegeven of zorgaanbieders in 2016 in staat zijn lagere inkooprijzen te bedingen dan voorheen. In de monitor van maart 2016 gaf 67% van de zorgaanbieders aan dat zij in staat waren

lagere geneesmiddelenprijzen te bedingen dan voorheen. Daarbij werd de vraag niet opgesplitst naar categorie geneesmiddel.

Nog steeds slaagt het merendeel van de zorgaanbieders erin om meer kortingen te bedingen op generieke add-on geneesmiddelen. Nóg meer zorgaanbieders slagen erin dit te bereiken voor de specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie.

Figuur 5. Ontwikkeling inkooprijzen zorgaanbieders

Geneesmiddel-categorie	% zorgaanbieders dat lagere inkooprijzen dan voorheen bedingen in 2016	Voornaamste reden	Voornaamste reden dat dit niet lukt
Generieke add-on geneesmiddelen	60%	concurrentie	Inkoopstrategie is al optimaal
Specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie	75%	Meer aanbod, meer concurrentie	Inkoopstrategie is nu niet optimaal
Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie	25%	Inkoopstrategie is verbeterd	Geen concurrentie
Ozp-stollingsfactoren	58%*	Inkoopstrategie is verbeterd	Inkoopstrategie is al optimaal

*29 van de 43 ondervraagde zorgaanbieders heeft aangegeven geen ozp stollingsfactoren in te kopen. Van de 14 die hebben aangegeven wel ozp stollingsfactoren in te kopen hebben er 8 aangegeven hier lagere inkooprijzen op te kunnen bedingen.

4.1.3 Ontwikkeling contractprijs door zorgverzekeraars

In onderstaand figuur is weergegeven of zorgverzekeraars in 2016 in staat zijn lagere contractprijzen af te spreken dan voorheen.

Figuur 6. Ontwikkeling contractprijzen zorgverzekeraars

Geneesmiddel categorie	Zorgverzekeraars bedingen in 2016 lagere contractprijzen bij instellingen dan voorheen
Generieke add-on geneesmiddelen	100%*
Specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie	100%*
Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie	14%
Ozp-stollingsfactoren	14%

*Eén verzekeraar slaagt hier niet in bij de categorale instellingen; twee slagen hier niet in bij revalidatie instellingen

Ook in de vorige monitor gaven alle zorgverzekeraars aan lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen.

Het beeld dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven in de enquête wordt bevestigd in het hoofdstuk 'Cijfers' in deze monitor, zij het dat het over andere jaren gaat. De gemiddelde marge is gestegen van 5% in 2013 naar 7,1% in 2014. En de totale omzet van 'oude' add-ongeneesmiddelen daalt van het jaar 2014 naar 2015.

4.1.4 Contractsoort

De meeste ziekenhuizen (76%) maken over een (aantal) specifiek(e) geneesmiddel(en) prijsafspraken met zowel de innovatieve als de generieke industrie. De overige ziekenhuizen maken prijsafspraken over het geheel van de producten van de fabrikant. Eén ziekenhuis geeft aan dat het maken van prijsafspraken voor een aantal generieke geneesmiddelen tot gevolg heeft dat ook andere geneesmiddelen bij dezelfde fabrikant (zonder eventuele marges) moeten worden afgenomen 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.

Figuur 7. Contractsoorten met innovatieve en generieke industrie

Soort afspraak met innovatieve industrie (%)	%	Soort afspraak met generieke industrie (%)	%
Inkoopprijs	93	Inkoopprijs	91
Inkoopprijs met staffelkorting over het geheel (prijs afhankelijk van volume)	71	Inkoopprijs met staffelkorting over het geheel (prijs afhankelijk van volume)	44
Inkoopprijs met staffelkorting over surplus (een lagere prijs boven een bepaald volume)	51	Inkoopprijs met staffelkorting over surplus (een lagere prijs boven een bepaald volume)	27
Inkoopprijs met een speciale staffelkorting	29	Inkoopprijs met een speciale staffelkorting	13
Korting gekoppeld aan kwaliteitsovereenkomsten	25	Korting gekoppeld aan kwaliteitsovereenkomsten	4
Korting in vorm van gratis geneesmiddelen	9	Korting in vorm van gratis geneesmiddelen	2
Afspraken over onderzoeksgeld	7	Afspraken over onderzoeksgeld	-

De meeste ziekenhuizen (69%) maken contractafspraken met de fabrikanten voor de duur van 1 jaar. Daarnaast worden ook voor een deel van de geneesmiddelen ook afspraken gemaakt voor 2 (15%) of 3 jaar (11%). Er worden nauwelijks contractafspraken gemaakt voor langer dan 3 jaar of korter dan 1 jaar (beide 3%).

4.1.5 Samenwerking zorgaanbieders onderling

In juli 2016 heeft de ACM de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uitgebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg. ACM signaleert dat inkopers soms terughoudend zijn om samen te werken, ook als dat in het belang van patiënten en verzekerden is. Met de leidraad wil ACM meer duidelijkheid bieden over de mogelijkheden binnen het kader van de concurrentieregels.

De voorliggende monitor geeft hetzelfde beeld als de monitor van begin 2016. Het merendeel, namelijk 84% (38 van de 45) van de zorgaanbieders werkt samen met andere instellingen bij de inkoop van geneesmiddelen (niet alleen add-ongeneesmiddelen, maar alle

geneesmiddelen inclusief eventuele stollingsfactoren). Van deze ziekenhuizen is 62% aangesloten bij één inkoopcombinatie; 20% werkt samen met meer dan één inkoopcombinatie. En 2% werkt wel samen met andere instellingen maar is niet aangesloten bij een inkoopcombinatie. Vaak worden regionale inkoopcollectieven gevormd.

De gezamenlijk inkoop richt zich voornamelijk op de generieke en de specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie. Academische ziekenhuizen proberen gezamenlijk weesgeneesmiddelen in te kopen. Van de negen instellingen die aangeven te zijn aangewezen als een hemofiliebehandelcentrum, kopen vier instellingen de stollingsfactoren samen met andere hemofiliecentra in bij fabrikanten en groothandels. Vijf instellingen kopen deze geneesmiddelen zelfstandig in.

Van alle ziekenhuizen geeft 16% aan helemaal niet samen te werken bij de inkoop. Knelpunten bij deze inkoopcollectieven kunnen zijn:

- Verschillen in beleid en daarmee verschillen in geneesmiddel/biosimilar gebruik;
- Verschillende belangen van specialisten in loondienst en in maatschappen.

De minderheid van zorgaanbieders (36%) stellen dat de leidraad van ACM hen handvatten biedt, zoals het aangaan of intensiveren van samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders en/of verzekeraars. Zes van de zeven zorgverzekeraars geven aan dat de leidraad invloed heeft gehad op de huidige inkoop van geneesmiddelen of dat zij dit verwachten. Drie daarvan geven aan dat zij meer samenwerkingsverbanden met andere zorgverzekeraars zijn aangegaan of dit gaan doen. De drie andere hebben aangegeven dat zij dit doen of gaan doen met andere verzekeraars én zorgaanbieders. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat de leidraad de mogelijkheid biedt om vragen bij ACM voor te leggen. Beperkend is volgens hen dat de leidraad alleen de kaders stelt en geen detailinformatie bevat.

4.1.6 Samenwerking zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Twee van de zeven zorgverzekeraars hebben aangegeven gezamenlijk met een of meerdere ziekenhuizen geneesmiddelen in te kopen bij fabrikanten. Beide zorgverzekeraars hebben aangegeven dat dit jaarlijkse afspraken zijn.

Uit de interviews blijkt dat zorgaanbieders verschillende ideeën hebben over de plannen van zorgverzekeraars om gezamenlijk in te kopen. Een ziekenhuis voorziet dat er door deze samenwerking grotere volumes ingekocht kunnen worden waardoor mogelijk voor een lagere prijs kan worden ingekocht. Echter, andere ziekenhuizen vinden dat de samenwerking niet binnen de structuur van marktwerking past: de zorgverzekeraar maakt dan zowel afspraken over de prijs als over de inkoop. Daarnaast is een ziekenhuis van mening dat het dossier te ingewikkeld is en dat een zorgverzekeraar het subtiele spel tussen de patiënt en de behandelaar niet kan sturen. Ook zal bij een samenwerking met de zorgverzekeraar de korting gedeeld moeten worden, waardoor het voordeel wegvalt.

4.1.7 Resultaten van samenwerking

Dertig van de 45 zorgaanbieders (67%) geven aan dat samenwerking bij de inkoop van generieke geneesmiddelen met andere zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars leidt tot lagere inkooprijzen dan bij zelfstandige inkoop. Voor de specialité geneesmiddelen met concurrentie stellen

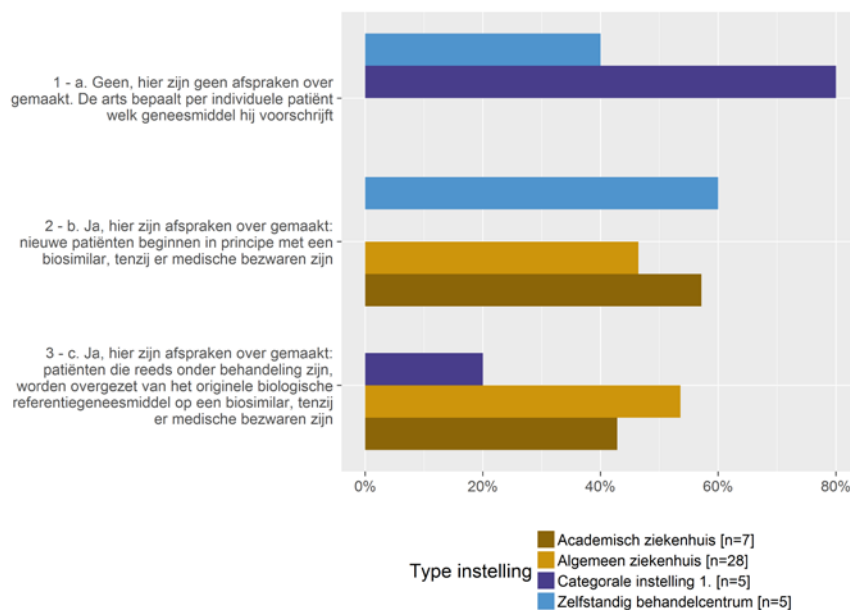
23 van de 45 zorgaanbieders (51%) in staat te zijn om, door middel van samenwerking, lagere inkoopprijzen te bedingen. Vijftien van de 45 zorgaanbieders (33%) geven aan dat alleen lagere inkoopprijzen worden behaald voor specialité geneesmiddelen met concurrentie als het aantal samenwerkende zorgaanbieders niet te groot is. Bijna een kwart (24%) geeft aan dat er ook voordelen zijn te behalen voor specialité geneesmiddelen zonder concurrentie. Verder geven 9 van de 45 ziekenhuizen (20%) aan dat ze geen beeld van het rendement van samenwerking bij de inkoop van geneesmiddelen hebben.

4.2 Inzet 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.

In 39 van de 45 instellingen (87%) zijn afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars, waarvan ongeveer de helft inhoudt dat patiënten die reeds onder behandeling zijn worden overgezet van specialité naar biosimilar, tenzij er medische bezwaren zijn. In 6 instellingen zijn geen afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars.

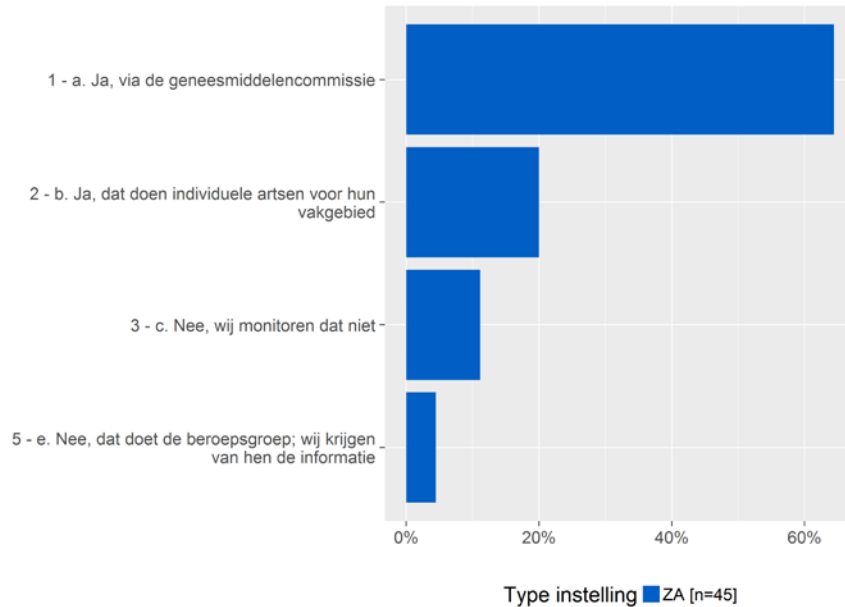
Figuur 8. Afspraken over inzet biosimilars



Bij 36 van de 45 instellingen (80%) is de inzet van biosimilars de afgelopen tijd toegenomen. Achtendertig instellingen (85%) verwachten dat de inzet van biosimilars binnen hun instelling de komende tijd toe zal nemen.

Ook volgen instellingen actief de komst van nieuwe biosimilars op de markt.

Figuur 9. Actieve monitoring nieuw beschikbare biosimilars



Ruim de helft van de zorgaanbieders (29 van de 45) heeft in de enquête aangegeven via de geneesmiddelencommissie actief de beschikbaarheid van biosimilars die nieuw op de markt komen te monitoren. Een kleiner aantal zorgaanbieders (9 van de 45) heeft aangegeven dat deze monitoring wordt gedaan door - individuele artsen voor hun vakgebied. Ook zijn er enkele zorgaanbieders (5 van de 45) die hebben aangegeven dit helemaal niet te monitoren. Twee zorgaanbieders (2 van de 45) geeft aan dat zij niet zelf monitoren, maar dat de beroepsgroep dit monitort en zij van hen de informatie ontvangen.

Zesentwintig van de 45 zorgaanbieders (58%) geven aan geen afspraken te hebben gemaakt met hun dominante zorgaanbieder over de inzet van biosimilars. Negentien hebben dit wel, waarvan de meeste (n=10) een minimum percentage hebben afgesproken van het aandeel nieuwe patiënten die starten met een biosimilar.

Twee zorgverzekeraars geven aan dat zij met de meeste zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt over de inzet van biosimilars. Zij hebben aangegeven dat er zowel voor nieuwe patiënten als voor het omzetten van patiënten een doelpercentage is afgesproken. De overige vijf zorgverzekeraars hebben hier geen afspraken over gemaakt.

4.3 Geneesmiddelencommissie

In totaal geven 41 zorgaanbieders (91%) aan dat een geneesmiddelencommissie actief is, waarin het beleid op het gebied van geneesmiddelen wordt bepaald, gesproken en actueel gehouden. Vier aanbieders hebben hiervoor nog geen aparte commissie.

Bij alle zorgaanbieders die een geneesmiddelencommissie hebben, maken artsen met verschillende specialismen hier deel vanuit. Verder zit er bijna overal een ziekenhuisapotheker (n=40) in de geneesmiddelencommissie. Van alle zorgaanbieders maakt bij 16 een manager relatie zorgverzekeraar deel uit van de commissie, bij 11 zorgaanbieders zit een manager zorginkoop en bij 9 zorgaanbieders zit een lid van de raad van bestuur in de geneesmiddelencommissie.

Bijna alle commissies (n=38) maken een plaatsbepaling van bestaande én nieuw tot de markt toegelaten geneesmiddelen dat tot uiting komt in een intern geneesmiddelenformulier. Drieëntwintig zorgaanbieders bespreken patiëntcasussen om inzet van een geneesmiddel in een specifieke casus te bepalen. Verder wordt de commissie betrokken bij de onderhandeling over specialité geneesmiddelen (n=12) en bij de onderhandeling over alle geneesmiddelen (n=11).

Dit beeld werd bevestigd in de interviews met zorgaanbieders. Vrijwel alle ziekenhuizen geven aan over een geneesmiddelencommissie te beschikken. Zij beoordelen nieuwe geneesmiddelen inhoudelijk en nemen vaak ook de kosten hierin mee. Ook het gebruik van biosimilars wordt in deze commissie of in aparte werkgroepen besproken. Een actief doelmatigheidsbeleid helpt ziekenhuizen tevens bij de onderhandelingen over de inkoop en contactering van dure geneesmiddelen.

4.4 Positie en invloed farmaceutische industrie

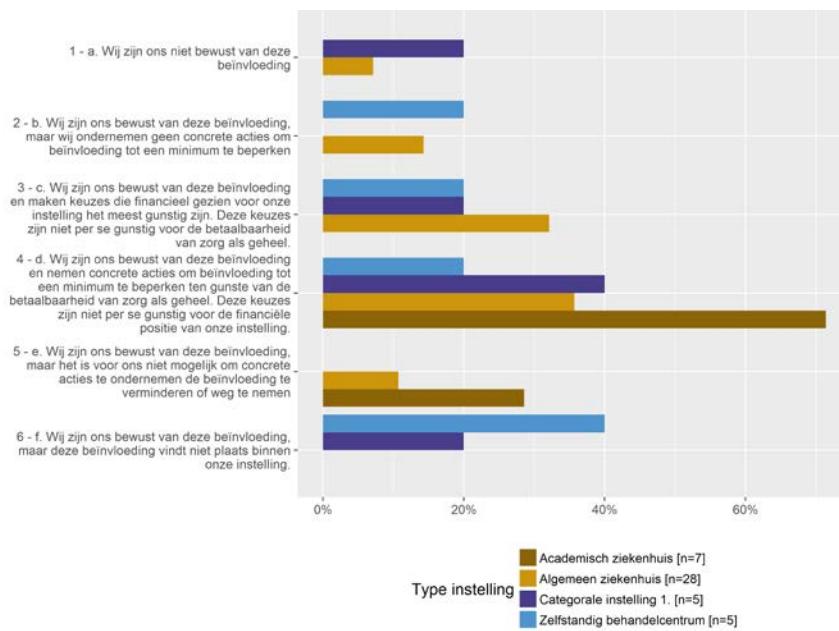
In financieel opzicht is het in het belang van een zorgaanbieder om een zo groot mogelijke marge te maken op de inkoop van geneesmiddelen. Namelijk om een geneesmiddel voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij de fabrikant en deze voor een zo hoog mogelijke prijs te verkopen aan de zorgverzekeraar. Dat betekent dat het ziekenhuis niet per sé de prikkel heeft het goedkoopste geneesmiddel (laagste AIP) in te zetten; dit hangt af van de hoogte van de marge.

De meeste geënquêteerde zorgaanbieders (56%) geven echter aan dat als er bij de inkoop twee of meer therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen zijn, de laagste apotheek inkoop prijs van de fabrikant bepalend is in de keuze. Een kwart van de zorgaanbieders (24%) geeft aan dat de marge bepalend is. Achttien procent van de zorgaanbieders geeft aan dat financiën geen rol spelen in de keuze. Eén zorgaanbieder geeft aan dat de laagste vergoedingsprijs van de dominante zorgverzekeraar leidend is.

De inspanning van de farmaceutische industrie om het voorschrijfgedrag van medisch specialisten te beïnvloeden voltrekt zich op meerdere vlakken zoals de inkoop van geneesmiddelen (verstrekken van kortingen), het (mede) betalen van onderzoek en overige activiteiten, zoals het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen.

Drie ziekenhuizen geven aan zich helemaal niet bewust te zijn van deze beïnvloeding. De overige 42 zorgaanbieders (93%) zijn zich hier wel bewust van.

Figuur 9. Anticipatie zorgaanbieders op invloed industrie



Van deze 42 zorgaanbieders nemen er 18 (43%) concrete acties om beïnvloeding tot een minimum te beperken ten gunste van de betaalbaarheid als geheel. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de financiële positie van hun instelling. Elf instellingen (26%) maken keuzes die financieel gezien het meest gunstig zijn voor de eigen instelling; deze zijn niet per se gunstig voor de betaalbaarheid van de zorg als geheel. Dertien instellingen zijn zich wel bewust van beïnvloeding door de farmaceutische industrie, maar anticiperen hier niet op.

Alle geënquêteerde revalidatie instellingen geven aan zich bewust te zijn van deze beïnvloeding. Meer dan de helft (5 van de 8) van de ondervraagde revalidatie instellingen geeft aan dat deze beïnvloeding niet plaatsvindt binnen hun instelling. Eén revalidatie instelling heeft aangegeven zich bewust te zijn van deze beïnvloeding en maakt keuzes die financieel gezien voor hun instelling het meest gunstig zijn. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de betaalbaarheid van zorg als geheel.

Geïnterviewde ziekenhuizen geven aan kritisch te zijn op samenwerkingen met de farmaceutische industrie. Zij krijgen aanbiedingen vanuit de industrie in de vorm van kortingen, subsidies en sponsoring van onderzoek. Eén ziekenhuis gaf aan het niet de juiste gang van zaken te vinden als er subsidies gegeven worden in ruil voor de inkoop van een bepaald geneesmiddel. Een ander ziekenhuis geeft aan sponsoring van onderzoek en de inkoop van geneesmiddelen strikt gescheiden te houden zodat er ook geen sprake is van beïnvloeding van voorschrijfgedrag. Een geïnterviewd ziekenhuis stuurt op langdurige samenwerkingen met fabrikanten waarbij naast kortingen ook afspraken gemaakt worden over kennisdeling. Dit gaat dan om het delen van kennis rond producten, bedrijfskennis en bijvoorbeeld ontwikkelingen rondom e-health.

4.5 Horizonscan (+)

Zeventien van de 45 zorgaanbieders (38%) gebruiken de Horizonscan in 2016 bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten. Twee aanbieders slagen erin door middel van de huidige horizonscan lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten in het jaar 2016. De meeste zorgaanbieders gebruikt de Horizonscan niet. Slechts 4% zegt dat de horizonscan helpt om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten. De overige ziekenhuizen hebben de scan nog niet gebruikt (40%), een deel verwacht de scan hiervoor wel te kunnen gaan gebruiken in de toekomst (29%). Zevenentwintig procent verwacht de scan niet de kunnen gebruiken i.v.m. de monopolie positie van de fabrikant. Dertig van de 45 zorgaanbieders (67%) verwacht de Horizonscan+ te gaan gebruiken bij de inkoop van geneesmiddelen. Zij verwachten echter niet dat zij lagere inkooprijzen kunnen bedingen door de Horizonscan+.

5. Toegankelijkheid

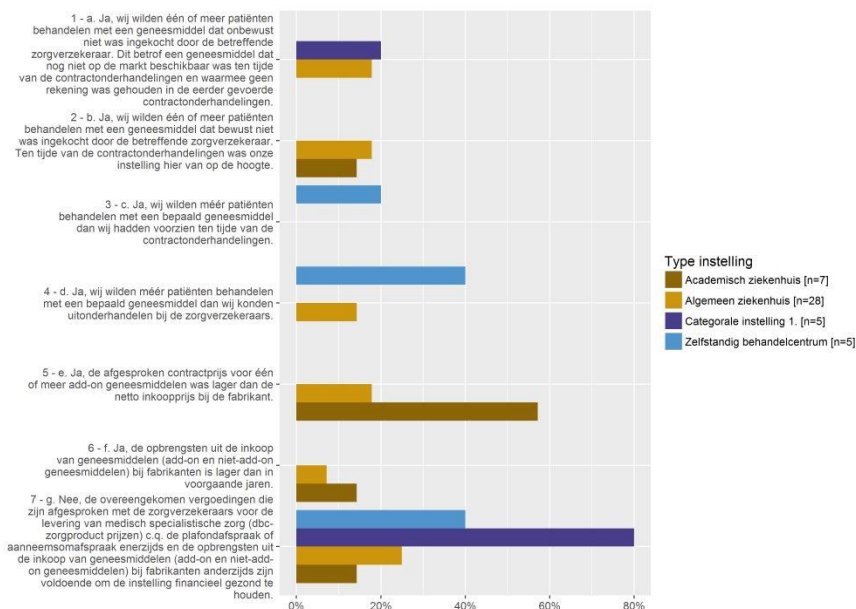
Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven zijn de burgerbelangen betaalbaarheid en toegankelijkheid met elkaar communicerende vaten. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht richting hun verzekerden. Dat betekent dat de zorgverzekeraar er voor moet zorgen dat zijn verzekerde toegang heeft tot zorg dat in het basispakket zit. Dat hoeft niet te betekenen dat deze zorg in elk ziekenhuis ingekocht moet zijn door de zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk is weergegeven of en welke knelpunten in de toegankelijkheid van geneesmiddelen bestaan. De NZa houdt toezicht op naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van de bevindingen in dit hoofdstuk is de NZa nader aan het onderzoeken of de toegankelijkheid van bepaalde dure geneesmiddelen in het geding is. Zij verwacht hierover in januari 2017 te kunnen rapporteren.

5.1 Financiële knelpunten zorgaanbieders

In deze monitor geeft ongeveer een gelijk deel van de zorgaanbieders (n=31; 69%) aan dat zij financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren als in de voorgaande monitor (n=42; 64%). Negen van hen (20%) van hen geeft aan dat de afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen lager was dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant. De overige reden zijn opgenomen in onderstaand overzicht.

Figuur 10. Ervaren financiële knelpunten in 2016



Voorts komt uit de interviews naar voren dat de marge die de instelling behaalt op de inkoop van geneesmiddelen onder druk komt te staan. De handelingen die komen kijken bij het toepassen van dure geneesmiddelen (bereiding, genotypering, etc.) nemen net als de toepassing van dure geneesmiddelen in frequentie toe. Een instelling geeft aan dat er een risico is dat de prikkel om als instelling goed

geneesmiddelen in te kopen verdwijnt als zorgverzekeraars deze marge blijven verkleinen.

Géén van de revalidatie instellingen (n=8) ervaart in 2016 financiële knelpunten ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-on geneesmiddelen. In de vorige monitor gaf één revalidatie instelling (n=7) aan wel financiële knelpunten te ervaren.

Drie zorgverzekeraars hebben van één of meer instellingen vernomen dat zij financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren. Deze instellingen hebben aangegeven één of meer verzekerden te willen behandelen met een geneesmiddel dat de zorgverzekeraar bewust niet had ingekocht. Ten tijde van de contractonderhandelingen was het ziekenhuis daarvan op de hoogte. De vier overige zorgverzekeraars geven aan dat zij niet op de hoogte zijn gesteld van financiële knelpunten.

5.1.1 Oplossingen financiële knelpunten

Zorgaanbieders die knelpunten ervaren in het jaar 2016 ondernemen verschillende acties. Eenentwintig van hen gaven aan wat deze zijn. De meerderheid (76%, n=16) probeert de eerder gemaakte contractafspraken gedurende het jaar aan te passen. Zes instellingen combineren dit met het verwijzen van patiënten naar andere instellingen. Vijf instellingen proberen het intern op te lossen door de algemene kosten te drukken en een grotere marge te bedingen op de inkoop van geneesmiddelen.

5.1.1.1 Tussentijdse onderhandelingen

De meeste zorgaanbieders die financiële knelpunten ervaren proberen de eerder gemaakte contractafspraken gedurende het jaar aan te passen. Bij drie van dertig zorgaanbieders (10%) zijn de contractprijzen verhoogd naar aanleiding van tussentijdse onderhandelingen. Eén zorgverzekeraar heeft gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken voor add-on geneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren aangepast.

In algemene zin, dus los van de instellingen die financiële knelpunten ervaren, geven van de 45 zorgaanbieders er 25 (56%) aan dat zij tussentijdse onderhandelingen voeren met verzekeraars. De helft van deze instellingen (n=12) geven aan dat zij vóórdat er een akkoord is bereikt het betreffende geneesmiddel toepassen; de andere instellingen (n=13) doen dat vanaf het moment dat er een akkoord is met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt.

Tussentijdse onderhandeling over dure geneesmiddelen kost tijd. Het is de NZa niet bekend hoe lang dergelijke onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regel duren. De NZa heeft naar aanleiding van deze resultaten nader onderzoek ingesteld.

5.1.1.2 Verwijzingen naar andere instellingen

Het aantal verwijzingen naar andere instellingen is ongeveer hetzelfde als hetgeen begin 2016 is gemeten. Van de eenendertig zorgaanbieders die financiële knelpunten hebben ervaren, hebben zes instellingen in totaal 24 patiënten om deze reden verwezen naar een andere instelling in 2016. De doorverwijzingen hebben voornamelijk plaatsgevonden bij drie instellingen. Een daarvan heeft tien patiënten doorverwezen en twee

instellingen ieder 5 patiënten. In de monitor van begin 2016 gaven 8 zorgaanbieders aan in totaal 21 patiënten te hebben doorverwezen in het jaar 2015.

Het doorverwijzen van patiënten kost tijd. Het is de NZa niet bekend hoeveel tijd dit kost. In de praktijk komt het voor dat eerst tussentijdse onderhandelingen worden gevoerd, waarna geconcludeerd wordt dat de patiënt wordt doorverwezen, waardoor sprake is van een grotere tijdsperiode. De NZa heeft naar aanleiding van deze resultaten nader onderzoek ingesteld.

5.1.1.3 Zorgaanbieder betaalt uit andere opbrengsten of reserves

Er zijn ook instellingen (vijf van de 21) die financiële knelpunten zelf proberen op te lossen. Namelijk door de algemene kosten te drukken en een grotere marge te bedingen op de inkoop van geneesmiddelen. Vervolgens geven vijftien van dertig instellingen aan dat zij hierin zijn geslaagd.

Elf instellingen van dertig instellingen hebben hun financiële knelpunt, ongeacht wat ze hebben geprobeerd, niet kunnen oplossen. Uit de enquête voor deze monitor en nadere uitvraag bij een aantal instellingen blijkt dat, ten tijde van het uitzetten ervan, géén instelling aangeeft één of meer patiënten niet te behandelen met het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel.

Deze instellingen zullen de kosten betalen uit eigen reserves of opbrengsten uit dbc-zorgproducten. Wat de gevolgen van onopgeloste financiële knelpunten zijn volgt niet uit deze monitor en is niet nader onderzocht. De situatie zou kunnen ontstaan dat andere zorg binnen de instelling wordt verdrongen. Vanuit haar reguliere toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars binnen de medisch specialistische zorg monitort de NZa of dit potentiële zorgplichtproblemen oplevert.

5.1.2 Klachten patiënten

In de eerste acht maanden van 2016 hebben meer instellingen (5 van de 35; 11%) klachten van patiënten ontvangen met betrekking tot het niet verkrijgen van geneesmiddelen dan in het gehele jaar 2015 (4 van de 66; 6%). In totaal gaat het om 19 patiënten verdeeld over 5 instellingen, waarbij bij één instelling tien patiënten een klacht hebben ingediend. Over het jaar 2015 betrof dit tien patiënten in één instelling.

Géén van de acht revalidatie instellingen heeft in 2016 klachten van patiënten ontvangen met betrekking tot het niet verkrijgen van geneesmiddelen. Dit was tevens het geval in de vorige monitor.

5.2 Rol zorgverzekeraars toegankelijkheid

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor hun verzekerden te borgen. Alle zorgverzekeraars hebben aangegeven geen problemen in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor hun verzekerden te ervaren. Ook verwachten zij allemaal dat de voor 2016 gemaakte contractafspraken toereikend zijn om alle benodigde add-on geneesmiddelen in 2016 aan hun verzekerden te kunnen verstrekken. In de monitor van maart 2016 gaven de zorgverzekeraars hetzelfde aan, met uitzondering van één verzekeraar die verwachtte dat de contractafspraken niet toereikend zouden zijn.

Aan de hand van diverse praktijksituaties heeft de NZa aan zorgverzekeraars gevraagd hoe zij de zorgplicht naar hun verzekerden borgen. Dit wordt in onderstaande paragrafen beschreven.

5.2.1 Onvoorzien nieuw geneesmiddel

Hoe gaat een verzekeraar om met de situatie dat een nieuw geneesmiddel of indicatie wordt toegelaten tot de Nederlandse markt, zijn verzekerde is aangewezen op dit geneesmiddel, maar dat de verzekeraar hier ten tijde van de onderhandelingen over het lopende contractjaar geen rekening mee had gehouden en waarvan zij nog niet weet of zij het selectief in wil kopen of niet?	Aantal zorgverzekeraars (n=7)
Voor deze categorie geneesmiddelen hebben wij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel) nacalculatieafspraken gemaakt. Indien wij het selectief willen gaan inkopen, informeren wij zo snel mogelijk de instellingen die wij wel en niet voor dit geneesmiddel contracteren. In de tijd tussen handelsvergunning en onderhandeling met (selectie van) instellingen worden onze verzekerden behandeld met het betreffende geneesmiddel in de betreffende instellingen. Zij declareren dan op nacalculatiebasis. Daarna bemiddelen wij bij de verwijzing van patiënten naar de daarvoor gecontracteerde instellingen	4
Voor deze situatie hebben wij tot nu toe geen expliciete afspraken gemaakt met instellingen. Per casus hebben wij hierover contact met de betreffende instellingen. Per casus kan de situatie ontstaan dat bij een verzekerde gedurende de onderhandeling over deze situatie het geneesmiddel waar hij of zij op is aangewezen niet wordt ingezet. Dat is tot nu een keuze van de instelling.	1
Voor deze situatie geldt dat de kosten van een dergelijk geneesmiddel betaald dienen te worden uit de contractafspraken medisch specialistische zorg	2

De meeste verzekeraars nemen een financieel risico als het gaat om nieuwe geneesmiddelen of indicaties waarmee geen rekening is gehouden in de contractafspraken. Dat betekent dat in eerste periode dat een geneesmiddel op de markt komt er géén onduidelijkheid bestaat bij de zorgaanbieder of een patiënt wel of niet kan worden behandeld.

Drie verzekeraars geven aan geen nacalculatieafspraken te maken. Twee zorgverzekeraars geven aan dat de kosten van de nieuwe geneesmiddelen uit de contractafspraken moeten worden betaald. Uit de enquêteresultaten volgt dat de kans aanwezig is dat de instellingen voor deze verzekerden tussentijdse onderhandelingen voeren met zorgverzekeraars. De NZa heeft naar aanleiding van deze resultaten nader onderzoek ingesteld.

5.2.2 Nog geen add-on prestatie beschikbaar

Welke mogelijkheden biedt u instellingen indien nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel is geregistreerd?	Aantal zorgverzekeraars (n=7)
Geen onderhandeling over vergoeding. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-on prestatie in werking treedt.	4
Onderhandeling over de prijs van de dbc-zorgproducten die bij de geïndiceerde patiënten zijn geopend.	1
Tot nu toe is dit vraagstuk nog niet aan de orde geweest; hier hebben wij (nog) geen plan van aanpak voor ingericht.	2

Onderhandeling over verhoging van plafondafspraken	0
--	---

Op één verzekeraar na, geven zorgverzekeraars aan dat zij niet onderhandelen over een nieuw geneesmiddel waarop een verzekerde mogelijk aanspraak heeft, maar waarvoor nog geen aparte prestatie is vastgesteld door de NZa. Over deze situatie zijn tevens signalen binnengekomen, en momenteel wordt hier nader onderzoek naar gedaan door de NZa.

5.2.3 Selectieve inkoop geneesmiddelen

Zorgverzekeraars kopen bepaalde dure geneesmiddelen selectief in bij zorgaanbieders, met als doel de inzet van dure geneesmiddelen te concentreren bij expertise centra ten gunste van de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Dit betekent dat zorgverzekeraars één of meerdere geneesmiddelen niet bij alle, maar bij een selectief aantal instellingen inkoop.

Alle zorgverzekeraars hanteren de mening van de beroepsgroep en wetenschappelijke verenigingen als criterium bij de selectie van zorgaanbieders waar bepaalde add-on geneesmiddelen worden ingekocht. Twee van de zeven zorgverzekeraars geven aan dat zij daarnaast per geneesmiddel een besluit nemen op basis van een set door hen zelf opgestelde criteria. Een verzekeraar heeft aangegeven (ook) de mate van expertise van een instelling naar hun eigen oordeel mee te nemen als criterium. Drie van de zeven zorgverzekeraars geven aan dat zij weesgeneesmiddelen (zoals erkend door de Europese registratie autoriteit) uitsluitend inkopen bij academische ziekenhuizen.

Selectieve inkoop kan, naast de genoemde voordelen, echter voor sommige patiënten en in sommige situaties ook nadelige effecten voor de patiënt hebben.

Ongecoördineerde verwijzing

Selectieve contractering van specifieke geneesmiddelen in specifieke instellingen vergt goede coördinatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Het kan en zal voorkomen dat in de loop van een behandeling van een verzekerde, hij of zij aangewezen is op behandeling met een geneesmiddel dat zijn zorgverzekeraar niet heeft ingekocht bij de instelling waar hij op dat moment in behandeling is. Uit deze enquête blijkt dat géén van de zorgverzekeraars voor deze situatie vooraf afspraken heeft gemaakt met de niet-geselecteerde instellingen. Zij zullen voor de patiënt bemiddelen om in een geselecteerde instelling te worden behandeld met het gewenste geneesmiddel, als zij door de niet-geselecteerde instelling van deze situatie op de hoogte zijn gebracht. In 2016 hebben twee van de zeven zorgverzekeraars, in samenwerking met de verwijzende instelling, in totaal zes verzekerden naar een andere instelling verwezen vanwege selectieve inkoop van één of meer add-on geneesmiddelen.

Er wordt door de verschillende verzekeraars niet altijd een eenduidig inkoopbeleid gevoerd bij de inkoop van geneesmiddelen. Sommige geneesmiddelen worden door de zorgverzekeraars bij verschillende instellingen ingekocht. Daarnaast bestaat er, bij nieuwe geneesmiddelen, bij zorginstellingen soms onduidelijkheid of deze wel of niet selectief worden ingekocht door verzekeraars. Onvoldoende coördinatie bij verwijzing als gevolg van selectieve contractering kan onnodig veel tijd kosten. Het is onbekend hoe lang dit duurt. De NZa heeft naar aanleiding van deze resultaten nader onderzoek ingesteld.

Reistijd

Indien een patiënt als gevolg van selectieve inkoop van een geneesmiddel wordt verwezen naar een andere instelling kan dit een toename in reistijd betekenen. Hoe een individuele patiënt dit ervaart is subjectief en van vele factoren afhankelijk, waaronder de conditie van de patiënt, ernst en zeldzaamheid van de aandoening. Vier zorgverzekeraars houden bij de inkoop van geneesmiddelen, die zij selectief bij een aantal instellingen inkopen, rekening met de reisafstand voor hun verzekerden in combinatie met de frequentie waarmee de verzekerde naar deze gecontracteerde instelling moet reizen. Twee zorgverzekeraars geven aan hier geen rekening mee te houden. Als toelichting hierop wordt door één verzekeraar aangegeven dat de expertise van een zorgaanbieder het belangrijkste criterium is waarmee rekening wordt gehouden bij de inkoop van zorg, en niet de reisafstand. De verzekeraar in kwestie geeft tevens aan dat zij van haar verzekerden geen klachten krijgt over de reisafstand.

Behandelrelatie patiënt-arts

Zorgverzekeraars kunnen de behandeling van zorg, bijvoorbeeld verschillende stadia van kanker, bij méér instellingen (breder) hebben ingekocht, terwijl zorgverzekeraars een specifiek geneesmiddel voor kanker bij minder instellingen inkopen (selectief inkopen). Dat betekent dat patiënten, indien zij op een gegeven moment in hun behandeling een bepaald geneesmiddel nodig hebben, verwezen moeten worden naar een ziekenhuis waar het bewuste geneesmiddel wél is ingekocht. Een individuele patiënt kan dit als voordeel of als nadeel beschouwen. Hier is in deze monitor geen onderzoek naar gedaan.

5.3 Bemiddelingsverzoeken en klachten verzekerden

Het aantal ingediende bemiddelingsverzoeken en klachten van verzekerden bij zorgverzekeraars is toegenomen.

Twee van de zeven zorgverzekeraars hebben in 2015 bemiddelingsverzoeken ontvangen van zorgaanbieders ten aanzien van de inzet van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg in 2015; dit waren er één tot vijf. In 2016 gold dit voor vier van de zeven verzekeraars; drie ontvingen er één tot vijf en één ontving vijf tot tien bemiddelingsverzoeken. Zes van de zeven verzekeraars verwijzen patiënten in een dergelijk geval naar instellingen die een bepaald geneesmiddel wel verstrekken. Eén verzekeraar verwijst een patiënt niet, maar stelt dat het aan het behandelend ziekenhuis is hoe de behandeling wordt voortgezet.

Drie van de zeven zorgverzekeraars hebben in 2015 en 2016 van in totaal 12 verzekerden klachten ontvangen met betrekking tot het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen. In de monitor van begin 2016 was er sprake van drie klachten bij één zorgverzekeraar. Deze verzekerden zijn vervolgens doorgestuurd naar een andere zorgaanbieder.

5.4 Signalen

In de monitor van maart 2016 is opgenomen dat er drie signalen over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen worden onderzocht door de NZa.

Dit betrof twee signalen vanuit consumenten over het niet-ontvangen van dure geneesmiddelen. De signalen zijn nader onderzocht en

opgevolgd. Uit de informatie die de NZa hierbij heeft verkregen blijkt niet dat de zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht naar hun verzekerden hebben voldaan.

Daarnaast gaf één ziekenhuis in de enquête aan dat er patiënten niet waren behandeld met een bepaald weesgeneesmiddel, omdat het ziekenhuis hiervoor geen contract had afgesloten met de zorgverzekeraars. De NZa is met meerdere betrokkenen van dit ziekenhuis in gesprek gegaan over dit signaal. Nader onderzoek wijst uit dat er sprake is geweest van miscommunicatie binnen de instelling. Ondanks dat de onderhandelingen met de zorgverzekeraars over het specifieke middel stroef begon, geeft het ziekenhuis aan dat er voor het geneesmiddel wel degelijk afspraken zijn gemaakt, en dat patiënten worden behandeld. Er is in deze casus geen sprake van een probleem ten aanzien van de zorgplicht van de zorgverzekeraar.

5.5 Verwachtingen 2017

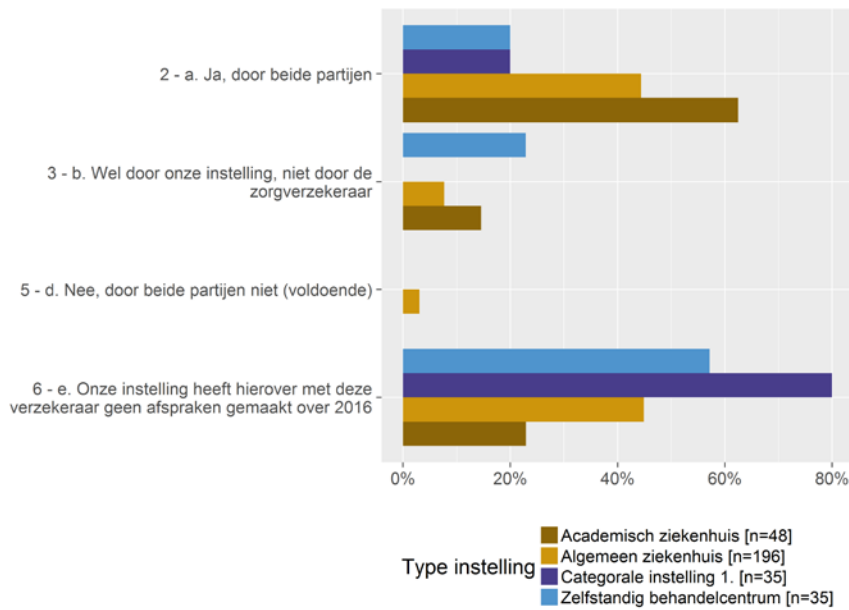
De meeste zorgaanbieders (23 van de 28; 82%) verwachten in 2017 financiële knelpunten te ervaren. In de vorige monitor gaf hetzelfde percentage dat aan over het jaar 2016. De meesten denken dat zij méér patiënten willen behandelen met een bepaald geneesmiddel dan zij hebben kunnen uitonderhandelen met de verzekeraars. De tweede redenen die zij noemen is dat zij verwachten één of meer patiënten te willen behandelen met een geneesmiddel dat dan niet is ingekocht. Dit betreft zowel de situatie dat dit middel dan expliciet niet is ingekocht, maar ook dat het onbewust niet is ingekocht omdat het geneesmiddel ten tijde van de onderhandeling nog niet beschikbaar is en waar geen rekening mee wordt gehouden.

5.6 Monitoring en periodieke evaluatie

Uit de monitor van begin 2016 bleek dat bijna alle verzekeraars afspraken hebben gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen met algemene en academische ziekenhuizen. Uit de voorliggende monitor blijkt dat deze afspraken grotendeels zijn nageleefd door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Bijna driekwart (73%) van de zorgaanbieders geeft bij één specifieke zorgverzekeraar aan dat de afspraken met deze zorgverzekeraar door beide partijen zijn nageleefd. Voor de overige zorgverzekeraars geldt dat het percentage zorgaanbieders dat aangeeft geen afspraken hierover te hebben gemaakt hoger ligt.

Figuur 12. Naleving monitoring afspraken



Vier van de zeven zorgverzekeraars geeft aan dat de over 2016 gemaakte afspraken met hun dominante algemene ziekenhuis en algemene academische ziekenhuis zijn nageleefd door henzelf en de zorgaanbieder. De overige zorgverzekeraars geven aan dat hier geen afspraken over zijn gemaakt of dat (van beide kanten) de afspraken niet of onvoldoende zijn nageleefd. Voor de categorale instellingen heeft het merendeel van de zorgverzekeraars (5 van de 7) aangegeven dat zij hierover geen afspraken hadden gemaakt met elkaar. En de overige zorgverzekeraars geven aan dat de afspraken die zij hadden gemaakt door beide partijen zijn nageleefd. Geen van de zorgverzekeraars heeft monitoring of periodieke evaluatie afspraken gemaakt met de revalidatie instellingen.

5.7 Nader onderzoek

Naar aanleiding van deze bevindingen onderzoekt de NZa momenteel in hoeverre zorgverzekeraars voldoen aan de zorgplicht die zij hebben ten aanzien van de toegankelijkheid van bepaalde dure geneesmiddelen. Hoewel patiënten op dit moment de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben, is het ook noodzakelijk dat zorgverzekeraars dit voor de in deze monitor geschetste situaties voldoende structureel borgen. De NZa verwacht hierover in januari 2017 te kunnen rapporteren.

6. Bijlagen

– Peildatum en vulling bronnen

Bron	Gebruikte maanden en cumulatief verloop declaratiegegevens
Zorgprisma, Vektis	Gegevens over declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 31 augustus 2016. De gegevens tot en met openingsjaar 2013 zijn volledig. Voor openingsjaar 2014 betreft dit declaratiegegevens die aangeleverd zijn t/m 32 kasmaanden. Voor openingsjaar 2015 betreft dit declaratiegegevens die aangeleverd zijn t/m 20 kasmaanden. Voor 2015 is ongeveer 95% van het jaarvolume verwerkt.
Vektis 2012-2015, periodieke aanlevering NZa	Gegevens over declaraties die door zorgverzekeraars zijn verwerkt tot en met 30 april 2016. De gegevens tot en met openingsjaar 2014 zijn volledig. Alleen correcties worden nog verwerkt. Naar verwachting vormen de gegevens over 2015 85% van het jaarvolume voor dbc-zorgproducten, maar dit kan variëren tussen de verschillende (soorten) instellingen en de verschillende specialismes en/of zorgproducten.
GIP-data, Zorginstituut Nederland	GIP databank, peildatum 30 augustus 2016
Zorgcijfers databank, Zorginstituut Nederland	Cijfers (site zorgcijfers databank) in deze tabellen zijn gebaseerd op de meest recent beschikbare gegevens zoals deze door de zorgverzekeraars worden verantwoord in de kwartaal- en jaarstaten. De lasten van het lopende jaar en de twee voorgaande jaren ramingen zijn van de totaal verwachte lasten. De gegevens zijn geactualiseerd op 21 oktober 2016.

Enquête zorgaanbieders

Enquêtevragen zorgaanbieders (deelname 22 augustus - 9 september 2016)

De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering en inkoop van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.

Begrippenlijst

Add-on geneesmiddelen: de geneesmiddelen die zijn opgenomen op de add-on geneesmiddelenlijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en geneesmiddelen die naar verwachting in de toekomst zullen worden opgenomen in deze lijst. Op dit moment bestaat de add-on geneesmiddelenlijst uit generieke geneesmiddelen, specialité's mét concurrentie en specialité's zonder concurrentie.

OZP-stollingsfactoren: de geneesmiddelen die zijn opgenomen op de ozp-stollingsfactorenlijst van de NZa en geneesmiddelen die naar verwachting in de toekomst zullen worden opgenomen in deze lijst.

Generiek geneesmiddel: Een generiek geneesmiddel is het therapeutische equivalent van een origineel farmaceutisch product, waarvan het patent is verlopen. Het bevat dezelfde actieve ingrediënten als het origineel en is in essentie gelijkwaardig en daardoor uitwisselbaar met het specialité. Een generiek geneesmiddel wordt op de markt gebracht overeenkomstig de internationale patentwetten. Generieke middelen luisteren naar de internationaal vastgestelde stofnaam (INN) of worden - minder gebruikelijk - onder eigen merknaam op de markt gebracht.

Specialité: een geneesmiddel dat als eerste op de markt is gebracht; het oorspronkelijke merkgeneesmiddel.

Dominante zorgverzekeraar: Een aantal vragen heeft betrekking op uw dominante zorgverzekeraar. Indien de marktaandelen van uw twee grootste zorgverzekeraars nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgverzekeraar. Deze ene zorgverzekeraar is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgverzekeraar wordt gevraagd.

Innovatieve farmaceutische industrie: de verzameling van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen. Op deze geneesmiddelen is over het algemeen nog patentbescherming van kracht en worden voor deze producten marketingactiviteiten ontplooid door de betreffende fabrikant.

Instructie voor invulling

Antwoordopties:

In deze enquête worden gesloten vragen gesteld. Iedere aangeboden vraag moet beantwoord worden om de enquête te kunnen voltooien. De vragen en antwoordopties zijn ten behoeve van juistheid en volledigheid afgestemd met de NVZ, NVZA, NFU, RN, ZKN, Actiz en ZN. Als desondanks voor u het juiste antwoord niet bij de antwoordopties staat, dient u het antwoord te geven dat het dichtst bij het juiste antwoord ligt.

Bij de vragen over de inkoop van geneesmiddelen kan het voorkomen dat u voor één geneesmiddel een andere manier van inkoop hanteert. Tenzij anders aangegeven, dient uw antwoord geen betrekking te hebben op dergelijke uitzonderlijke situaties.

Periode waarop de enquête betrekking heeft:

Per enquêtevraag zal duidelijk worden gemaakt op welke periode de vraag betrekking heeft. De vragen over contractering hebben over het algemeen betrekking op het contractjaar 2017. De vragen over de inkoop van geneesmiddelen hebben betrekking op zowel het verleden als het heden. Datzelfde geldt voor vragen over de toegankelijkheid.

Duur deelname:

Het invullen van de vragenlijst duurt circa 60 minuten.

Aanleiding

In het Bestuurlijk Overleg tussen branches en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zijn naar aanleiding van de diverse rapporten afspraken gemaakt over het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Een van de afspraken betreft het monitoren van de contractering en de inkoop. Hierover is de volgende tekst opgenomen in het integrale pakket aan maatregelen van VWS:

‘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.

Branchepartijen roepen hun achterban op hieraan mee te werken. De NZa brengt over de uitkomsten van deze monitoring verslag uit aan het Bestuurlijk Overleg Hoofdlijnenakkoord Medisch-Specialistische Zorg.’

Doelen en rapportage van deze enquête

De NZa zal in november 2016 de resultaten van deze vragenlijst en van interviews met een aantal ziekenhuizen, een revalidatiecentrum en zorgverzekeraars opnemen in de ‘Monitor contractering dure geneesmiddelen 4e kwartaal 2016’. Deze periodieke monitor vormt onderdeel van een breed pakket aan maatregelen. Het ministerie van VWS beoogt hiermee de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen en partijen te ondersteunen bij het vervullen van hun rol en verantwoordelijkheden. Voor u ligt de uitvraag ten behoeve van de tweede monitor.

Daarnaast zijn in deze enquête ook vragen opgenomen met een ander doeleinde, namelijk voor een onderzoek naar zorgplicht. We hebben beoogd u minder te belasten door deze verschillende uitvragen voor nu te bundelen in één enquête.

De gegevens zullen in de NZa publicaties niet naar individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars of personen herleidbaar zijn. Op het moment dat blijkt dat een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet, kan de NZa ingrijpen. Handhavingsmaatregelen kunnen openbaar worden gemaakt als deze niet opgevolgd worden, dit kan ook met naam en toenaam.

Gegevens zorgaanbieder

Naam instelling
Plaatsnaam instelling
AGB-code instelling

Type zorgaanbieder: academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, categorale instelling¹⁷, zelfstandig behandelcentrum

Naam contactpersoon

E-mailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

Marktaandelen zorgverzekeraar(concerns):

Zilveren Kruis ...%

CZ....%

Menzis....%

VGZ....%

DSW

Inkoopcombinatie Multizorg voor a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid

....%

De Friesland....%

Contractering 2017

1. Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande zorgverzekeraars gemaakt over de vergoeding van de volgende geneesmiddelcategorieën [Eén antwoord mogelijk per rij per kolom]?

Zorgverzekeraar	Contract-afpraak 2017 Generieke add-ongeneesmiddelen	Contract-afpraak 2017 Specialité' add-ongeneesmiddelen met concurrentie	Contract-afpraak 2017 Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie	Contract-afpraak 2017 Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd en waarvan men weet dat ze duurder zijn dan gemiddeld €1000 per patiënt per jaar	Contract-afpraak 2017 OZP-stollingsfactoren
Zilveren Kruis	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een aparte voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond

¹⁷ Onder 'categorale instelling' verstaan wij: categorale ziekenhuizen, epilepsie instellingen, dialyse centra, audiologische centra, radiotherapeutische centra en revalidatiecentra.

	f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen contracteren wij niet met verzekeraars	f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen contracteren wij niet met verzekeraars	f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen contracteren wij niet met verzekeraars	apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen contracteren wij niet met verzekeraars	f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen contracteren wij niet met verzekeraars
CZ					
Menzis					
VGZ					
DSW					
Multizorg					
De Friesland					

2. Indien bij de dominante zorgverzekeraar is gekozen voor minstens 1x antwoord a of b:
Welke afspraken heeft u gemaakt met uw dominante zorgverzekeraar over de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-on geneesmiddelen lager is dan begroot [één antwoord mogelijk]?
 - a. Er zijn geen afspraken gemaakt over de situatie dat de begroting ten aanzien van add-on geneesmiddelen te ruim blijkt te zijn.
 - b. Een onderschrijding voor geneesmiddelen wordt door het ziekenhuis terugbetaald aan de zorgverzekeraar
 - c. Een onderschrijding voor geneesmiddelen mag het ziekenhuis (deels) houden als compensatie voor het zuinig voorschrijven

3. Heeft u met uw dominante zorgverzekeraar contractueel afgesproken dat u in 2017 uw patiënten kunt behandelen met één of meerdere nader geduide weesgeneesmiddelen¹⁸ [één antwoord mogelijk]?
 - a. Ja, wij hebben afgesproken dat wij, zonder uitzondering, alle weesgeneesmiddelen kunnen inzetten bij de verzekerden van onze dominante verzekeraar indien zij daarop zijn aangewezen
 - b. Ja, maar niet alle weesgeneesmiddelen die wij de verzekerden van onze dominante verzekeraar willen bieden zijn gecontracteerd met onze dominante zorgverzekeraar. Indien zij daarop zijn aangewezen dienen wij de patiënt door te sturen naar een andere instelling.
 - c. Nee, daarover hebben wij geen afspraken gemaakt
 - d. Nog niet, wij verwachten wel weesgeneesmiddel(en) in te kunnen gaan zetten in 2017
 - e. Nog niet, wij verwachten hier ook geen afspraken meer over te kunnen maken

¹⁸ Met weesgeneesmiddel wordt bedoeld, een geneesmiddel waarvan de Europese registratie autoriteit (EMA) heeft aangegeven dat het een weesgeneesmiddelstatus heeft. Zie link <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/orphreg.htm>

4. Behoort u tot een door de minister ex artikel 8 WBMV aangewezen centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten in het kader van een behandelplan toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren voor de behandeling van patiënten met de aandoeningen hemofilie A en B, Von Willebrandziekte, congenitale geïsoleerde stollingsfactordeficiënties en congenitale thrombocytopathie [één antwoord mogelijk]?
 - a. Ja [ga door naar vraag 5]
 - b. Nee [ga door naar vraag 8]
5. Werkt u bij de inkoop van stollingsfactoren bij fabrikanten samen met andere aangewezen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten [één antwoord mogelijk]?
 - a. Ja, wij kopen deze geneesmiddelen samen met andere hemofiliecentra in bij fabrikanten en groothandels
 - b. Nee, wij kopen deze geneesmiddelen zelfstandig in bij de fabrikanten en groothandels
6. Bij welke zorgverzekeraar(s) vorm(d)en de ozp-stollingsfactoren naar uw mening een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?
 - a. Zilveren Kruis
 - b. VGZ
 - c. CZ
 - d. Menzis
 - e. DSW
 - f. Multizorg als vertegenwoordiger van a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
 - g. De Friesland
 - j. Er was geen sprake van een knelpunt als gevolg van ozp-stollingsfactoren [ga door naar vraag 8]
7. Waarom vorm(d)en de ozp-stollingsfactoren een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?
 - a. Onzekerheid over de kosten van nieuwe stollingsfactoren
 - b. De groei van kosten van stollingsfactoren ten opzichte van de totale omzet, terwijl er een beperkte groeimogelijkheid is zoals afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
 - c. Er was geen mogelijkheid te onderhandelen met de zorgverzekeraar
 - d. Er is (was) onenigheid over de vraag of behandeling met (een) bepaald(e) stollingsfactor(en) wel of niet gecontracteerd en dus vergoed worden
8. Heeft u bij de toepassing van stollingsfactoren per patiënt contact met één van de door de minister ex artikel 8 WBMV aangewezen centra [één antwoord mogelijk]?
 - a. Ja
 - b. Nee, want wij zijn zelf een aangewezen instelling
 - c. Nee, niet per patiënt maar wij krijgen generieke instructie voor toepassing stollingsfactoren
 - d. Nee, wij dienen in dergelijke situaties de stollingsfactoren zelfstandig toe
 - e. Tot op heden hebben wij geen stollingsfactoren toegepast
9. Bij welke zorgverzekeraar(s) vorm(d)en de add-on geneesmiddelen naar uw mening een knelpunt in de

totstandkoming van het contract 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?

- a. Zilveren Kruis
- b. VGZ
- c. CZ
- d. Menzis
- e. DSW
- f. Multizorg als vertegenwoordiger van a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
- g. De Friesland
- h. Er was geen sprake van een knelpunt als gevolg van add-ongeneesmiddelen [ga door naar vraag 11]

10. Waarom vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?

- a. Onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
- b. De groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet, terwijl er een beperkte groeimogelijkheid is zoals afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
- c. Er was geen mogelijkheid te onderhandelen met de zorgverzekeraar
- d. Er is (was) onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde (wees)geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd en dus vergoed worden

11. Heeft u met de meerderheid van zorgverzekeraars contractafspraken gemaakt over eventuele bijkomende kosten, niet zijnde het add-ongeneesmiddel zelf, zoals bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek, voor de inzet van add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?

- a. Ja
- b. Nee

12. Heeft u met de meerderheid van zorgverzekeraars aparte afspraken gemaakt over intramurale bereidingen [één antwoord mogelijk]?

- a. Ja
- b. Nee

Zorgverzekeraar	Contract-afspraken 2017 Generieke geneesmiddelen	Contract-afspraken 2017 Specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie	Contract-afspraken 2017 Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie	Contract-afspraken 2017 Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd	Contract-afspraken 2017 OZP-stollingsfactoren
Zilveren Kruis	* Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per generiek add-ongeneesmiddel een apart onderhandeld tarief * Er is hierover nog geen afspraak gemaakt	* Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per specialité add-ongeneesmiddel met concurrentie een apart onderhandeld tarief * Er is hierover nog geen afspraak gemaakt	* Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per specialité add-ongeneesmiddel zonder concurrentie een apart onderhandeld tarief * Er is hierover nog geen afspraak gemaakt	* Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per nieuw add-ongeneesmiddel en indicatie een apart onderhandeld tarief * Er is hierover nog geen afspraak gemaakt	* Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per ozp-stollingsfactor een apart onderhandeld tarief * Er is hierover nog geen afspraak gemaakt
CZ					
Menzis					
VGZ					
DSW					
Multizorg					
De Friesland					

13. Welk type **tarief**afspraken heeft u met onderstaande zorgverzekeraars gemaakt voor de volgende verschillende categorieën van geneesmiddelen? [Eén antwoord mogelijk per rij per kolom]

14. Wordt u in het jaar 2016 door één of meerdere zorgverzekeraars bevoorschot voor de door u te maken kosten voor add-ongeneesmiddelen om de periode te overbruggen tot het vergoed krijgen van deze zorg na declaratie [meerdere antwoorden mogelijk]?

- Ja, dat doen meerdere zorgverzekeraars voor alle add-ongeneesmiddelen
- Ja, dat doet één zorgverzekeraar voor alle add-ongeneesmiddelen
- Ja, dat doen meerdere zorgverzekeraars voor een deel van de add-ongeneesmiddelen
- Ja, dat doet één zorgverzekeraar voor een deel van de add-ongeneesmiddelen
- Nee, de zorgverzekeraars betalen in principe uit nadat de add-ongeneesmiddelen zijn gedeclareerd

15. Wordt (of verwacht) u in het jaar 2017 (te worden) bevoorschot voor de door u te maken kosten voor add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?

- Ja, hetzelfde als in het jaar 2016
- Nee, in tegenstelling tot in het jaar 2016 zal dat in 2017 niet gebeuren
- Nee, dat gebeurde ook niet in het jaar 2016

Het ministerie van VWS wil voor bepaalde dure geneesmiddelen financiële arrangementen met fabrikanten van geneesmiddelen overeen kunnen komen om die geneesmiddelen tegen verlaagde en meer aanvaardbare kosten op te kunnen nemen in het basispakket. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: uitsluitend in gevallen dat er sprake is 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.

16. Welke rol spelen de financiële arrangementen in uw contractafspraken met zorgverzekeraars over add-ongeneesmiddelen [meerdere antwoorden mogelijk]?
- De financiële arrangementen spelen geen rol in de contractafspraken
 - De financiële arrangementen bemoeilijken de contractafspraken, omdat beide onderhandelingspartijen uitgaan van het NZa maximumtarief en de maximaal toegestane groei in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
 - Er worden nacalculatie afspraken gemaakt voor geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement in de maak is of die al gemaakt zijn.
 - De financiële arrangementen vergemakkelijken de contractafspraken, omdat de verzekeraars uitgaan van iets meer financiële ruimte vanwege voorinschatting van de opbrengsten van de financiële arrangementen

Inkoop en inzet add-on geneesmiddelen

17. Wat was de totale omvang van de *omzet* (declaratiewaarde) van geneesmiddelen (niet alleen add-ongeneesmiddelen, maar alle door u ingekochte geneesmiddelen inclusief eventuele stollingsfactoren) voor de medisch specialistische zorg in uw instelling in het jaar 2015 [beide velden invullen]?
- In euro's
 - In percentage van totale instellingsomzet
18. Wat was de totale omvang van de *omzet* (declaratiewaarde) van add-ongeneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg in uw instelling in het jaar 2015 [beide velden invullen]?
- In euro's
 - In percentage van totale instellingsomzet
19. Wat was de totale omvang van de *omzet* (declaratiewaarde) van ozp-stollingsfactoren voor de medisch specialistische zorg in uw instelling in het jaar 2015 [beide velden invullen]?
- In euro's
 - In percentage van totale instellingsomzet
20. Werkt u bij de inkoop van geneesmiddelen (niet alleen add-ongeneesmiddelen, maar alle door u ingekochte geneesmiddelen inclusief eventuele stollingsfactoren) in 2016 samen met andere instellingen voor medisch specialistische zorg [één antwoord mogelijk]?
- Ja, wij zijn aangesloten bij een inkoopcombinatie
 - Ja, wij zijn aangesloten bij meer dan één inkoopcombinaties
 - Ja, maar wij zijn niet aangesloten bij een inkoopcombinatie

- d. Nee [ga door naar vraag 26]
21. Deze samenwerking bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen in 2016 heeft betrekking op [meerdere antwoorden mogelijk]:
- Alle add-on geneesmiddelen
 - De generieke add-ongeneesmiddelen,
 - De specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie,
 - De specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie en
 - Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd?
 - Alle ozp-stollingsfactoren
 - Een deel van de ozp-stollingsfactoren
 - Weesgeneesmiddelen
 - Specifieke add-on geneesmiddelen, namelijk
22. Wat is de duur van de contracten die u in 2016 afsluit met fabrikanten [in totaal 100%]?
- X% langer dan 3 jaar
 - X% 3 jaar
 - X% 2 jaar
 - X% 1 jaar
 - X% korter dan 1 jaar
23. Hoe koopt u of de inkoopcombinatie geneesmiddelen in bij de innovatieve farmaceutische industrie in 2016 [één antwoord mogelijk]?
- Er worden prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over het geheel van zijn producten.
 - Er worden prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over een (aantal) specifiek(e) product(en).
24. Hoe koopt u of de inkoopcombinatie geneesmiddelen in bij de generieke farmaceutische industrie in 2016 [één antwoord mogelijk]?
- Er worden prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over het geheel van zijn producten.
 - Er worden prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over een (aantal) specifiek(e) product(en). Deze prijsafspraken hebben geen consequenties voor andere geneesmiddelen die ik bij de concurrent kan afnemen.
 - Er worden prijsafspraken gemaakt met de fabrikant over een (aantal) specifiek(e) product(en). Deze prijsafspraken dwingen mij dan wel om ook andere geneesmiddelen bij dezelfde fabrikant (zonder eventuele marges) af te nemen i.p.v. bij de concurrent.
25. Welk type afspraken maakt u of uw inkoopcombinatie met fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Een inkoopprijs
 - Inkoopprijs met staffelkorting over het geheel (een prijs, afhankelijk van volume)
 - Inkoopprijs met staffelkorting over een surplus (een lagere prijs boven bepaald volume)
 - Inkoopprijs met speciale staffelkorting (bijv. minicap met aanzienlijke korting boven bepaalde grens)
 - Korting in vorm van gratis geneesmiddelen ('free goods')
 - Korting gekoppeld aan kwaliteitsovereenkomsten
 - Onderzoeksgeld

26. Welk type afspraken maakt u of uw inkoopcombinatie met fabrikanten van generieke geneesmiddelen [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Een inkoopprijs
 - Inkoopprijs met staffelkorting over het geheel (een prijs, afhankelijk van volume)
 - Inkoopprijs met staffelkorting over een surplus (een lagere prijs boven bepaald volume)
 - Inkoopprijs met speciale staffelkorting (bijv. minicap met aanzienlijke korting boven bepaalde grens)
 - Korting in vorm van gratis geneesmiddelen ('free goods')
 - Korting gekoppeld aan kwaliteitsovereenkomsten
 - Onderzoeksgeld
27. Indien u twee of meer therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen gaat inkopen voor uw patiënten: welke *financiële* factor is, naast medisch en/of farmaceutisch inhoudelijke factoren, bepalend in uw keuze [één antwoord mogelijk]?
- De hoogste marge tussen de prijs waarvoor wij het geneesmiddel kunnen declareren bij de zorgverzekeraar(s) en de inkoopprijs bij de fabrikant
 - De laagste Apotheek Inkoop Prijs van de fabrikant
 - De laagste vergoedingsprijs van de dominante zorgverzekeraar
 - Financiën spelen geen rol in de keuze. De voorschrijver of geneesmiddelencommissie bepaalt in dergelijke gevallen alleen op medisch of farmaceutisch inhoudelijke gronden
28. Kunt u aangeven in hoeverre de samenwerking op het gebied van inkoop met andere zorgaanbieders en/of met zorgverzekeraars u in staat stelt om lagere inkooprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Overall zien wij dat samenwerking bij de inkoop van generieke geneesmiddelen leidt tot lagere inkooprijzen dan zelfstandige inkoop
 - Overall zien wij dat samenwerking bij de inkoop van specialité's met concurrentie leidt tot lagere inkooprijzen dan zonder samenwerking
 - Overall zien wij dat samenwerking bij de inkoop van specialité's met concurrentie leidt tot lagere inkooprijzen dan zonder samenwerking, mits het aantal samenwerkende zorgaanbieders niet te groot is
 - Overall zien wij dat de samenwerking bij de inkoop van specialité's zonder concurrentie leidt tot overall lagere inkooprijzen dan zonder samenwerking
 - Wij hebben geen beeld van het rendement van samenwerking bij de inkoop van geneesmiddelen
29. Bent u in 2016 in staat om lagere inkooprijzen te bedingen dan voorheen bij fabrikanten voor generieke add-on geneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja, omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
 - Nee, omdat er minder concurrentie is
 - Nee, omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is

- f. Nee, omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
30. Bent u in 2016 in staat om lagere prijzen te bedingen dan voorheen voor specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie [één antwoord mogelijk]?
- Ja, omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
 - Nee, omdat er minder concurrentie is
 - Nee, omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
 - Nee, omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
31. Bent u in 2016 in staat om lagere prijzen te bedingen dan voorheen voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie [één antwoord mogelijk]?
- Ja, omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
 - Nee, omdat er geen concurrentie is
 - Nee, omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
 - Nee, omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
32. Bent u in 2016 in staat om lagere prijzen te bedingen dan voorheen voor ozp-stollingsfactoren [één antwoord mogelijk]?
- Ja, omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
 - Ja, omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
 - Nee, omdat er minder concurrentie is
 - Nee, omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
 - Nee, omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
 - Niet van toepassing: in onze instelling worden stollingsfactoren niet toegepast
33. In juli 2016 heeft de ACM de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uitgebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg. ACM signaleert dat inkopers soms terughoudend zijn om samen te werken, ook als dat in het belang van patiënten en verzekerden is. Met de leidraad wil ACM meer duidelijkheid bieden over de mogelijkheden binnen het kader van de concurrentieregels. Heeft deze leidraad invloed gehad op uw huidige inkoop van geneesmiddelen of verwacht u dat dat gaat gebeuren [één antwoord mogelijk]?
- Ja, hierdoor zijn wij meer samenwerkingsverbanden aangegaan met andere zorgaanbieders of zijn we van plan dit te gaan doen
 - Ja, hierdoor zijn wij meer samenwerkingsverbanden aangegaan met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zijn we van plan dit te gaan doen

- c. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - d. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - e. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - f. Nee, de leidraad biedt ons geen reden ons huidige beleid aan te passen
 - g. Nee, wij hebben nog niet onderzocht welke mogelijkheden de leidraad ons biedt.
34. Is in uw instelling in 2016 een geneesmiddelencommissie actief waarin het beleid op het gebied van geneesmiddelen wordt bepaald, besproken en actueel gehouden [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja
 - b. Nee
35. Welke functies van uw instelling zijn lid van de geneesmiddelencommissie [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Ziekenhuisapotheker
 - b. Een aantal artsen van verschillende specialismen
 - c. Manager relatie zorgverzekeraar
 - d. Manager inkoop
 - e. Lid raad van bestuur
36. Welke taken heeft uw geneesmiddelencommissie [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Het maken van een plaatsbepaling van bestaande én nieuw tot de markt toegelaten geneesmiddelen dat tot uiting komt in een intern geneesmiddelenformularium
 - b. Betrokken zijn bij de onderhandeling over specialité geneesmiddelen met en zonder concurrentie met de innovatieve fabrikanten al dan niet via de inkoopcombinatie
 - c. Betrokken zijn bij de onderhandeling over alle geneesmiddelen die onze instelling inkoopt
 - d. Bespreken van patiëntcasussen om inzet geneesmiddel in specifieke casus te bepalen

Horizonscan: Het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen van het ministerie van VWS heeft in de afgelopen jaren een eigen horizonscan ontwikkeld die monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten en het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's identificeert. Dit met het oog op de mogelijke inzet van een financieel arrangement. Op dit moment is VWS de huidige horizonscan aan het doorontwikkelen tot een Horizonscan+. Het is de bedoeling in deze Horizonscan+ uiteindelijk niet alleen de nieuwe innovatieve geneesmiddelen op te nemen, maar bijvoorbeeld ook verwachte indicatie-uitbreidingen, het patentverloop, lijstprijzen en de verwachte alternatieve behandelingen. De 'plus' is dan ook nog niet in deze huidige horizonscan verwerkt. Toch kan deze informatie zeer waardevol zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om die reden heeft VWS in december 2015 en in mei 2016 een uittreksel van de bestaande horizonscan naar de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestuurd.

37. Gebruikt u de huidige horizonscan bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgverzekeraars voor het jaar 2017?
- Ja
 - Nee
38. Helpt de huidige horizonscan bij het maken van betere contractafspraken voor het jaar 2017?
- Ja
 - Nee
39. Gebruikt u de huidige horizonscan bij de inkoop van geneesmiddelen in het jaar 2016?
- Ja
 - Nee
40. Kunt u door middel van de huidige horizonscan lagere inkooprijzen bedingen bij fabrikanten in 2016 [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee, dat kan en verwacht ik niet vanwege de monopoliepositie van de fabrikant
 - Nee, nog niet; ik verwacht dat in de toekomst wel te kunnen
 - Nee, ik heb de horizonscan (nog) niet gebruikt
41. Verwacht u dat u de Horizonscan+ gaat gebruiken bij de inkoop van geneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
42. Gaat u de Horizonscan+ gebruiken bij het maken van contractafspraken over geneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
43. Verwacht u door de Horizonscan+ helpt bij het maken van betere contractafspraken?
- Ja
 - Nee
44. Verwacht u door de Horizonscan+ lagere inkooprijzen te kunnen bedingen?
- Ja
 - Nee
45. 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 biologisch referentiegeneesmiddel waarvan het patent is verlopen. Zijn in uw instelling afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars [één antwoord mogelijk]?
- Geen, hier zijn geen afspraken over gemaakt. De arts bepaalt per individuele patiënt welk geneesmiddel hij voorschrijft
 - Ja, hier zijn afspraken over gemaakt: nieuwe patiënten beginnen in principe met een biosimilar, tenzij er medische bezwaren zijn
 - Ja, hier zijn afspraken over gemaakt: patiënten die reeds onder behandeling zijn, worden overgezet van het

originele biologische referentiegeneesmiddel op een biosimilar, tenzij er medische bezwaren zijn

46. Kunt u aangeven hoeveel procent van uw patiënten in 2016 na eerst te zijn behandeld met een biosimilar worden behandeld met het specialité met dezelfde werkzame stof?
...%
47. Is de inzet van biosimilars in uw instelling de afgelopen tijd toegenomen?
- Ja
 - Nee
48. Verwacht u dat de inzet van biosimilars in uw instelling de komende tijd toe neemt?
- Ja
 - Nee
49. Monitort uw instelling actief de beschikbaarheid van biosimilars die nieuw op de markt komen [één antwoord mogelijk]?
- Ja, via de geneesmiddelencommissie
 - Ja, dat doen individuele artsen voor hun vakgebied
 - Nee, wij monitoren dat niet
 - Nee, dat doet de zorgverzekeraar; wij krijgen van hen de informatie
 - Nee, dat doet de beroepsgroep; wij krijgen van hen de informatie
50. Heeft u een afspraak gemaakt met uw dominante zorgverzekeraar over de inzet van biosimilars [één antwoord mogelijk]?
- Ja, er is een percentage afgesproken van het aandeel patiënten dat wordt omgezet van een origineel biologisch referentieproduct naar een biosimilar, dat minimaal behaald moet worden
 - Ja, er is een percentage afgesproken van het aandeel nieuwe patiënten die starten met een biosimilar, dat minimaal behaald moet worden
 - Ja, er is voor beide bovenstaande patiëntengroepen een percentage afgesproken, dat minimaal behaald moet worden
 - Nee, daar hebben wij geen afspraken over gemaakt
51. De inspanning van de farmaceutische industrie om het voorschrijfgedrag van medisch specialisten te beïnvloeden volstrekt zich op meerdere vlakken zoals de inkoop van geneesmiddelen (verstrekken van kortingen), het (mede) betalen van onderzoek en overige activiteiten, zoals het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen. Hoe anticipeert u op deze beïnvloeding [één antwoord mogelijk]?
- Wij zijn ons niet bewust van deze beïnvloeding
 - Wij zijn ons bewust van deze beïnvloeding, maar wij ondernemen geen concrete acties om beïnvloeding tot een minimum te beperken
 - Wij zijn ons bewust van deze beïnvloeding en maken keuzes die financieel gezien voor onze instelling het meest gunstig zijn. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de betaalbaarheid van zorg als geheel.
 - Wij zijn ons bewust van deze beïnvloeding en nemen concrete acties om beïnvloeding tot een minimum te beperken ten gunste van de betaalbaarheid van zorg als geheel. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de financiële positie van onze instelling.

- e. Wij zijn ons bewust van deze beïnvloeding, maar het is voor ons niet mogelijk om concrete acties te ondernemen de beïnvloeding te verminderen of weg te nemen
- f. Wij zijn ons bewust van deze beïnvloeding, maar deze beïnvloeding vindt niet plaats binnen onze instelling.

Betaalbaarheid en toegankelijkheid

52. Heeft u in 2016 financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja, wij wilden één of meer patiënten behandelen met een geneesmiddel dat onbewust niet was ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar. Dit betrof een geneesmiddel dat nog niet op de markt beschikbaar was ten tijde van de contractonderhandelingen en waarmee geen rekening was gehouden in de eerder gevoerde contractonderhandelingen.
 - b. Ja, wij wilden één of meer patiënten behandelen met een geneesmiddel dat bewust niet was ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar. Ten tijde van de contractonderhandelingen was onze instelling hier van op de hoogte.
 - c. Ja, wij wilden méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij hadden voorzien ten tijde van de contractonderhandelingen.
 - d. Ja, wij wilden méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij konden uitonderhandelen bij de zorgverzekeraars.
 - e. Ja, de afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen was lager dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant.
 - f. Ja, de opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten is lager dan in voorgaande jaren.
 - g. Nee, de overeengekomen vergoedingen die zijn afgesproken met de zorgverzekeraars voor de levering van medisch specialistische zorg (dbc-zorgproduct prijzen) c.q. de plafondafpraak of aanneemsomafpraak enerzijds en de opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten anderzijds zijn voldoende om de instelling financieel gezond te houden. [ga door naar vraag 59]
53. Wat heeft u gedaan naar aanleiding van de ervaren financiële knelpunten [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Proberen de gemaakte contractafspraken aan te passen gedurende het jaar voor add-on geneesmiddelen
 - b. Proberen de gemaakte contractafspraken aan te passen gedurende het jaar voor dbc-zorgproduct prijzen
 - c. Algemene kosten van de instelling proberen te drukken.
 - d. Inkoop van geneesmiddelen anders organiseren, teneinde een grotere marge te bewerkstelligen
 - e. De behandeling van patiënten is voortgezet in andere instellingen. [vragen X en X poppen op]
 - g. Patiënten zijn in onze instelling niet met het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel behandeld [vraag X popt op]
 - i. Patiënten zijn in onze instelling met een lagere dosis dan gebruikelijk van het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel behandeld
 - j. Kosten van geneesmiddelen (meer) een rol laten spelen in afweging inzet geneesmiddelen.

- k. Behandeling patiënt wordt uitgesteld naar het opvolgende jaar.
- l. Patiënten zijn overgezet op goedkopere alternatieven (biosimilars)
54. Waar heeft uw inspanning toe geleid [één antwoord mogelijk]?
- De contractafspraken zijn herzien; de contractprijzen zijn verhoogd
 - Er is financiële ruimte ontstaan vanwege een besparing op de inkoop van geneesmiddelen of elders in de instelling
 - Het knelpunt is opgelost, doordat de patiënt niet meer door onze instelling wordt behandeld in 2016
 - Het knelpunt is opgelost, doordat de behandeling van de patiënt is gewijzigd.
 - Het knelpunt is opgelost door een herallocatie van geld binnen de instelling
 - Tot niets
55. Onderhandelt u gedurende het jaar met zorgverzekeraars over de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen of indicaties? Zo ja, heeft dit tot nu toe effect op de toediening van dat geneesmiddel gehad [één antwoord mogelijk]?
- Nee, er zijn geen tussentijdse onderhandelingen
 - Ja, er zijn wel tussentijdse onderhandelingen, de patiënten krijgen het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel voordat er een akkoord is bereikt met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt
 - Ja, er zijn wel tussentijdse onderhandelingen, de patiënten krijgen het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel vanaf het moment dat er een akkoord is met de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt
 - Overig.
56. Bij hoeveel patiënten heeft het door u eerder genoemde financiële knelpunt geleid tot het **niet** inzetten van het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel in uw instelling?
N=
57. Informeert uw instelling patiënten wanneer u vanwege het door u eerder genoemde financiële knelpunten het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel **niet** inzet [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
 - Niet van toepassing
58. Verwijst u een patiënt naar haar zorgverzekeraar, of neemt u als instelling zelf contact op met de zorgverzekeraar, wanneer u vanwege het door u bij vraag 54 genoemde reden het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel **niet** inzet [één antwoord mogelijk]?
- Ja, beide
 - Wij verwijzen een patiënt naar zijn/haar zorgverzekeraar
 - Wij nemen contact op met zorgverzekeraar
 - Nee
59. Bij hoeveel patiënten heeft het door u eerder genoemde financiële knelpunt geleid tot het verwijzen van de patiënt naar een andere instelling?
N=

60. Indien van patiënten de behandeling in een andere instelling is voortgezet als gevolg van een financieel knelpunt, wie heeft dat bepaald [meerdere antwoorden mogelijk]?
- de behandelend arts
 - de geneesmiddelencommissie
 - raad van bestuur
 - financiële afdeling
 - de zorgverzekeraar
 - de patiënt
61. Heeft u in 2016 ervaren dat patiënten vanuit andere instellingen naar uw instelling zijn doorverwezen vanwege de (vermoedelijke) reden van de kosten van geneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
62. Om hoeveel patiënten gaat dit?
N=
63. Hoe is de patiënt bij u terecht gekomen [één antwoord mogelijk]?
- Via bemiddeling door de zorgverzekeraar van de patiënt
 - Rechtstreeks door de verwijzende instelling
64. Heeft u in 2016 in uw instelling klachten ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
65. Om hoeveel patiënten gaat dit?
N=
66. Wat is de oorzaak dat het dure geneesmiddel niet verstrekt werd in die specifieke gevallen [één antwoord mogelijk]?
- Therapeutische reden (werking/bijwerking).
 - Onvoldoende ervaring met het geneesmiddel.
 - Onvoldoende expertise met behandeling van de aandoening van de patiënt.
 - Geneesmiddel is niet ingekocht door zorgverzekeraar van de betreffende patiënt.
 - Kosten.
67. Meldt u de zorgverzekeraar van een patiënt wanneer een duur geneesmiddel niet verstrekt wordt als gevolg van de kosten [één antwoord mogelijk]?
- Ja, en wij hebben ook de patiënt gewezen op de mogelijkheid het te melden aan de zorgverzekeraar
 - Ja
 - Nee, wij hebben de patiënt gewezen op de mogelijkheid het te melden aan de zorgverzekeraar
 - Nee
68. Verwacht u in 2017 financiële knelpunten te ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat wij één of meer patiënten willen behandelen met een geneesmiddel dat onbewust niet is ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar, omdat het geneesmiddel nog niet op de markt beschikbaar is ten

- tijde van de contractonderhandelingen 2017 en waarmee geen rekening wordt gehouden.
 want ik heb geen goed zicht op welke geneesmiddelen er in 2017 op de markt komen.
- b. Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat wij één of meer patiënten willen behandelen met een geneesmiddel dat bewust niet is ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar en waar onze instelling zich bewust van is tijdens de contractonderhandelingen.
- c. Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat wij méér patiënten willen behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij voorzien tijdens de contractonderhandelingen 2017.
- d. Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat wij méér patiënten willen behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij kunnen uitonderhandelen in de contractonderhandelingen 2017.
- e. Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat de afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen lager is dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant
- f. Ja, wij verwachten dat in 2017 de situatie bestaat dat de opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten lager is dan in voorgaande jaren
- g. Nee, wij verwachten dat de met de zorgverzekeraars overeengekomen vergoedingen voor de levering van medisch specialistische zorg (dbc-zorgproduct prijzen) c.q. de plafondbesluit of aanneemsomafpraak enerzijds en de opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten anderzijds voldoende zijn om de instelling financieel gezond te houden.

69. Welke afspraken heeft u gemaakt met onderstaande zorgverzekeraars over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-on geneesmiddelen in 2017 [één antwoord mogelijk per zorgverzekeraar]?

- Zilveren Kruis
- VGZ
- CZ
- Menzis
- DSW
- Multizorg als vertegenwoordiger van a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
- De Friesland

- a. Er zijn geen afspraken gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren daarvan.
- b. Er is een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2017.
- c. Er is afgesproken dat de instelling op het moment dat een financieel knelpunt wordt ervaren het initiatief neemt een contactmoment in te plannen met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar vervolgens in overleg gaat met de betreffende instelling.
- d. Daar hebben wij nog geen afspraken over gemaakt

70. Zijn de over 2016 gemaakte afspraken met onderstaande zorgverzekeraars over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-

ongeneesmiddelen nageleefd door u én de zorgverzekeraar [één antwoord mogelijk per zorgverzekeraar]?

- Zilveren Kruis
 - VGZ
 - CZ
 - Menzis
 - DSW
 - Multizorg als vertegenwoordiger
 - De Friesland
 - Zorg en Zekerheid
-
- a. Ja, door beide partijen
 - b. Wel door onze instelling, niet door de zorgverzekeraar
 - c. Niet door onze instelling, wel door de zorgverzekeraar
 - d. Nee, door beide partijen niet (voldoende)
 - e. Onze instelling heeft hierover met deze verzekeraar geen afspraken gemaakt over 2016

Enquête zorgverzekeraars

Enquêtevragen zorgverzekeraars (deelname 22 augustus-9 september 2016)

De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren.

Begrippenlijst

Add-on geneesmiddelen: de geneesmiddelen die zijn opgenomen op de add-on geneesmiddelenlijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en geneesmiddelen die naar verwachting in de toekomst zullen worden opgenomen in deze lijst. Op dit moment bestaat de add-on geneesmiddelenlijst uit generieke geneesmiddelen, specialité's mét concurrentie en specialité's zonder concurrentie.

OZP-stollingsfactoren: de geneesmiddelen die zijn opgenomen op de ozp-stollingsfactorenlijst van de NZa en geneesmiddelen die naar verwachting in de toekomst zullen worden opgenomen in deze lijst.

Generiek geneesmiddel: Een generiek geneesmiddel is het therapeutische equivalent van een origineel farmaceutisch product, waarvan het patent is verlopen. Het bevat dezelfde actieve ingrediënten als het origineel en is in essentie gelijkwaardig en daardoor uitwisselbaar met het specialité. Een generiek geneesmiddel wordt op de markt gebracht overeenkomstig de internationale patentwetten. Generieke middelen luisteren naar de internationaal vastgestelde stofnaam (INN) of worden - minder gebruikelijk - onder eigen merknaam op de markt gebracht.

Specialité: een geneesmiddel dat als eerste op de markt is gebracht; het oorspronkelijke merkgeneesmiddel.

Dominante zorgaanbieder: Een aantal vragen heeft betrekking op uw dominante zorgaanbieder per categorie (academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, categorale instelling, etc). Indien de marktaandelen van uw twee grootste instellingen binnen één categorie nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgaanbieder. Deze ene zorgaanbieder is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgaanbieder (per categorie) wordt gevraagd.

Innovatieve farmaceutische industrie: de verzameling van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen. Op deze geneesmiddelen is over het algemeen nog patentbescherming van kracht en worden voor deze producten marketingactiviteiten ontplooid door de betreffende fabrikant.

Instructie voor invulling

Antwoordopties:

In deze enquête worden gesloten vragen gesteld. Iedere aangeboden vraag moet beantwoord worden om de enquête te kunnen voltooien. De vragen en antwoordopties zijn ten behoeve van juistheid en volledigheid afgestemd met de NVZ, NVZA, NFU, RN, ZKN, Actiz en ZN. Als desondanks voor u het juiste antwoord niet bij de antwoordopties staat, dient u het antwoord te geven dat het dichtst bij het juiste antwoord ligt.

Bij de vragen over de inkoop van geneesmiddelen kan het voorkomen dat u voor één geneesmiddel een andere manier van inkoop hanteert. Tenzij anders aangegeven, dient uw antwoord geen betrekking te hebben op dergelijke uitzonderlijke situaties.

Periode waarop de enquête betrekking heeft:

Per enquêtevraag zal duidelijk worden gemaakt op welke periode de vraag betrekking heeft. De vragen over contractering hebben over het algemeen betrekking op het contractjaar 2017. De vragen over de de toegankelijkheid hebben betrekking op zowel het verleden als het heden.

Duur deelname:

Het invullen van de vragenlijst duurt circa 60 minuten.

Aanleiding

In het Bestuurlijk Overleg tussen branches en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zijn naar aanleiding van de diverse rapporten afspraken gemaakt over het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Een van de afspraken betreft het monitoren van de contractering en de inkoop. Hierover is de volgende tekst opgenomen in het integrale pakket aan maatregelen van VWS:

‘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

Branchepartijen roepen hun achterban op hieraan mee te werken De NZa brengt over de uitkomsten van deze monitoring verslag uit aan het Bestuurlijk Overleg Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg.’

Doelen en rapportage van deze enquête

De NZa zal in november 2016 de resultaten van deze vragenlijst en van interviews met een aantal ziekenhuizen, een revalidatiecentrum en zorgverzekeraars opnemen in de ‘Monitor contractering dure geneesmiddelen 4e kwartaal 2016’. Deze periodieke monitor vormt onderdeel van een breed pakket aan maatregelen. Het ministerie van VWS beoogt hiermee de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen en partijen te ondersteunen bij het vervullen van hun rol en verantwoordelijkheden. Voor u ligt de uitvraag ten behoeve van de tweede monitor.

Daarnaast zijn in deze enquête ook vragen opgenomen met een ander doeleinde, namelijk voor een onderzoek naar zorgplicht. We hebben beoogd u minder te belasten door deze verschillende uitvragen voor nu te bundelen in één enquête.

De gegevens zullen in de NZa publicaties niet naar individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars of personen herleidbaar zijn. Op het moment dat blijkt dat een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet, kan de NZa ingrijpen. Handhavingsmaatregelen kunnen openbaar worden gemaakt als deze niet opgevolgd worden, dit kan ook met naam en toenaam.

Gegevens zorgverzekeraar

Naam zorgverzekeraar

Plaatsnaam zorgverzekeraar

Naam contactpersoon

E-mailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

Contractering 2017

1. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante instelling per onderstaande categorieën van instellingen gemaakt over de vergoeding van de volgende geneesmiddelcategorieën? [Eén antwoord mogelijk per rij per kolom]

zorgaanbieder	Contract-afspraken 2017 Generieke add-ongeneesmiddelen	Contract-afspraken 2017 Specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie	Contract-afspraken 2017 Specialité' add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie	Contract-afspraken 2017 Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd en waarvan men weet dat ze duurder zijn dan gemiddeld €1000 per patiënt per jaar	Contract-afspraken 2017 OZP-stollingsfactoren
umc's	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze instellingen niet in	a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor ozp-stollingsfactoren afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze

	categorie instellingen niet in	categorie instellingen niet in	categorie instellingen niet in		categorie instellingen niet in
Algemene ziekenhuizen					
Categorale instellingen					
Revalidatie instellingen					
Hemofieliecentra					

2. Indien is gekozen voor minstens 1x antwoord a of b:
Welke afspraken heeft u gemaakt met uw dominante instelling per onderstaande categorieën van instellingen over de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-on geneesmiddelen lager is dan begroot [één antwoord mogelijk per zorgverzekeraar]?

- Umc's

- Algemene ziekenhuizen

- Categorale instellingen

- Revalidatie instellingen

a. Er zijn geen afspraken gemaakt over de situatie dat de begroting ten aanzien van add-on geneesmiddelen te ruim blijkt te zijn.

b. Een onderschrijding voor geneesmiddelen wordt door het ziekenhuis terugbetaald aan de zorgverzekeraar

c. Een onderschrijding voor geneesmiddelen mag het ziekenhuis (deels) houden als compensatie voor het zuinig voorschrijven

3. Heeft u met onderstaande categorieën van instellingen contractueel afgesproken dat zij in 2017 uw verzekerden kunnen behandelen met één of meer nader geduide weesgeneesmiddelen¹⁹ [één antwoord mogelijk]?

- Umc's

- Algemene ziekenhuizen

- Categorale instellingen

- Revalidatie instellingen

a. Ja, met alle umc's

b. Ja, met een aantal umc's, namelijk de expertisecentra zoals aangegeven door de betreffende wetenschappelijke vereniging per weesgeneesmiddel

c. Ja, met een aantal umc's, waarbij de selectie anders tot stand is gekomen dan uitsluitend via de wetenschappelijke verenigingen

d. Nee, met geen enkele umc

a. Ja, met alle algemene ziekenhuizen

¹⁹ Met weesgeneesmiddel wordt bedoeld, een geneesmiddel waarvan de Europese registratie autoriteit (EMA) heeft aangegeven dat het een weesgeneesmiddelstatus heeft. Zie link:
<http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/html/orphreg.htm>

- b. Ja, met een aantal algemene ziekenhuizen, namelijk de expertisecentra zoals aangegeven door de betreffende wetenschappelijke vereniging per weesgeneesmiddel
 - c. Ja, met een aantal algemene ziekenhuizen, waarbij de selectie anders tot stand is gekomen dan uitsluitend via de wetenschappelijke verenigingen
 - d. Nee, met geen enkel algemeen ziekenhuis
 - a. Ja, met alle categorale instellingen
 - b. Ja, met een aantal categorale instellingen, namelijk de expertisecentra zoals aangegeven door de betreffende wetenschappelijke vereniging per weesgeneesmiddel
 - c. Ja, met een aantal categorale instellingen, waarbij de selectie anders tot stand is gekomen dan uitsluitend via de wetenschappelijke verenigingen
 - d. Nee, met geen enkele categorale instelling
 - a. Ja, met alle revalidatie instellingen
 - b. Ja, met een aantal revalidatie instellingen, namelijk de expertisecentra zoals aangegeven door de betreffende wetenschappelijke vereniging per weesgeneesmiddel
 - c. Ja, met een aantal revalidatie instellingen, waarbij de selectie anders tot stand is gekomen dan uitsluitend via de wetenschappelijke verenigingen
 - d. Nee, met geen enkele revalidatie instelling
4. Heeft u alle tot de minister ex artikel 8 WBMV aangewezen centra voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten in het kader van een behandelplan toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren voor de behandeling van patiënten met de aandoeningen hemofilie A en B, Von Willebrandziekte, congenitale geïsoleerde stollingsfactordeficiënties en congenitale thrombocytopathie gecontracteerd voor de inzet van ozp-stollingsfactoren in het jaar 2017 [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Nog niet allemaal
5. Heeft u aanvullende contractafspraken gemaakt met deze instellingen over de vergoeding van ozp-stollingsfactoren [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja, deze instellingen leveren een periodieke rapportage van de inzet van stollingsfactoren
 - b. Ja, deze instellingen leveren een bepaalde voorkeurs stollingsfactor
 - c. Ja, beide bovenstaande afspraken zijn gemaakt
 - d. Ja, wij hebben andere nadere afspraken gemaakt
 - e. Nee
 - f. Niet van toepassing
6. Bij hoeveel procent van de instellingen waar u ozp-stollingsfactoren heeft gecontracteerd, vormden deze categorie geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2017?
...%
7. Bij hoeveel procent van de instellingen vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2017?
...%

8. Waarom vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
 - De groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet, terwijl er een beperkte groeimogelijkheid is zoals afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
 - Onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde (wees)geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd worden
 - Er was geen sprake van een knelpunt
9. Heeft u met de meeste zorgaanbieders contractafspraken gemaakt over eventuele bijkomende kosten, niet zijnde het add-ongeneesmiddel zelf, zoals bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek, voor de inzet van add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
10. Heeft u met de meeste zorgaanbieders aparte afspraken gemaakt over intramurale bereidingen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
11. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante instelling per onderstaande categorieën van instellingen gemaakt voor de volgende geneesmiddelcategorieën? [Eén antwoord mogelijk per rij per kolom]

zorgaanbieder	Contract-afspraken 2017 Generieke geneesmiddelen	Contract-afspraken 2017 Specialité's met concurrentie	Contract-afspraken 2017 Specialité's zonder concurrentie	Contract-afspraken 2017 Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het, te contracteren jaar, zullen worden geregistreerd	Contract-afspraken 2017 OZP-stollingsfactoren
umc	<ol style="list-style-type: none"> Gelijk aan NZa maximumtarieven Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage Per generiek add-ongeneesmiddel een apart onderhandeld tarief Er is hierover nog geen afspraak gemaakt Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze categorie 	<ol style="list-style-type: none"> Gelijk aan NZa maximumtarieven Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage Per specialité add-ongeneesmiddel met concurrentie een apart onderhandeld tarief Er is hierover nog geen 	<ol style="list-style-type: none"> Gelijk aan NZa maximumtarieven Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage Per specialité add-ongeneesmiddel zonder concurrentie een apart onderhandeld tarief Er is hierover nog geen afspraak gemaakt Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze categorie instellingen niet in 	<ol style="list-style-type: none"> Gelijk aan NZa maximumtarieven Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage Per nieuw geneesmiddel en indicatie een apart onderhandeld tarief Er is hierover nog geen afspraak gemaakt Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze categorie instellingen niet in 	<ol style="list-style-type: none"> Gelijk aan NZa maximumtarieven Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage Per ozp-stollingsfactor een apart onderhandeld tarief Er is hierover nog geen afspraak gemaakt Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze categorie instellingen

	instellingen niet in	afpraak gemaakt e. Deze categorie geneesmiddelen kopen wij bij deze categorie instellingen niet in			niet in
Algemene zieken huizen					
Categoriële instellingen					
Revalidatie instellingen					
Hemofilië centra					

12. Bevoorschot u in het jaar 2016 één of meerdere instellingen voor de door hen gemaakte kosten van add-ongeneesmiddelen en/of ozp-stollingsfactoren om de periode te overbruggen tot u de instellingen heeft vergoed [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Ja, umc's
 - Ja, algemene ziekenhuizen
 - Ja, categorale instellingen
 - Ja, revalidatie instellingen
 - Ja, hemofiliëcentra
 - Nee
13. Gaat u in het jaar 2017 instellingen bevoorschotten voor de door hen te maken kosten voor add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja, hetzelfde als in het jaar 2016
 - Nee, in tegenstelling tot in het jaar 2016 zal dat in 2017 niet gebeuren
 - Nee, dat gebeurde ook niet in het jaar 2016

Het ministerie van VWS wil voor bepaalde dure geneesmiddelen financiële arrangementen met fabrikanten van geneesmiddelen overeen kunnen komen om die geneesmiddelen tegen verlaagde en meer aanvaardbare kosten op te kunnen nemen in het basispakket. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: uitsluitend in gevallen dat er sprake is 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.

14. Welke rol spelen de financiële arrangementen in uw contractafspraken met uw dominante ziekenhuis [meerdere antwoorden mogelijk]?
- De financiële arrangementen spelen geen rol in de contractafspraken
 - De financiële arrangementen bemoeilijken de contractafspraken, omdat beide onderhandelingspartijen uitgaan van het NZa maximumtarief en de maximaal toegestane groei in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
 - Er worden nacalculatie afspraken gemaakt voor geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement in de maak is of die al gemaakt zijn.
 - De financiële arrangementen vergemakkelijken de contractafspraken, omdat de verzekeraars uitgaan van iets meer financiële ruimte vanwege voorinschatting van de opbrengsten van de financiële arrangementen

Inkoop add-ongeneesmiddelen

17. Wat was (bij benadering) de totale omvang van de kosten van de add-ongeneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg die u heeft gemaakt in het jaar **2015** [beide invulvelden invullen]?
- In euro's
 - In percentage van uw totale kosten voor medisch specialistische zorg
18. Koopt u gezamenlijk *met* een of meer ziekenhuizen geneesmiddelen in [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
19. Wat voor een soort afspraak is dat [één antwoord mogelijk]?
- Jaarlijkse afspraken
 - Meerjarige afspraken
 - Een mix van jaarlijkse en meerjarige afspraken
20. Koopt u *voor* één of meer ziekenhuizen geneesmiddelen in [één antwoord mogelijk]?
- Ja, dit heeft betrekking op één geneesmiddel
 - Ja, dit heeft betrekking op 2-10 geneesmiddelen
 - Ja, dit heeft betrekking op meer dan 10 geneesmiddelen
 - Nee
21. Heeft u als zorgverzekeraar prijsafspraken over add-ongeneesmiddelen gemaakt met fabrikanten [één antwoord mogelijk]?
- Ja, staffelafspraken
 - Ja, geen staffelafspraken

- c. Nee
22. Zo ja, heeft dit betrekking op [meerdere antwoorden mogelijk]
- a. generieke add-ongeneesmiddelen,
 - b. specialité's mét concurrentie,
 - c. specialite's zonder concurrentie en
 - d. nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd?
 - e. ozp-stollingsfactoren
23. Heeft u als zorgverzekeraar prijsafspraken over add-ongeneesmiddelen gemaakt met groothandels [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja, staffelafspraken
 - b. Ja, geen staffelafspraken
 - c. Nee
24. Zo ja, heeft dit betrekking op [meerdere antwoorden mogelijk]
- a. generieke add-ongeneesmiddelen,
 - b. specialité's mét concurrentie,
 - c. specialite's zonder concurrentie en
 - d. nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd?
 - e. ozp-stollingsfactoren
25. Bent u in 2016 in staat om bij de volgende categorieën van instellingen lagere contractprijzen te bedingen voor generieke add-on geneesmiddelen dan voorheen [meerdere antwoorden mogelijk]?
- umc's
 - algemene ziekenhuizen
 - categorale instellingen
 - revalidatie instellingen
- a. Ja
 - b. Nee
26. Bent u in 2016 in staat om bij instellingen lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie?
- umc's
 - algemene ziekenhuizen
 - categorale instellingen
 - revalidatie instellingen
- a. Ja
 - b. Nee
27. Bent u in 2016 in staat om bij fabrikanten en groothandels lagere inkooprijzen te bedingen dan voorheen voor specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie?
- umc's
 - algemene ziekenhuizen
 - categorale instellingen
 - revalidatie instellingen
- a. Ja
 - b. Nee
28. Bent u in 2016 in staat om bij hemofiliecentra lagere prijzen te bedingen dan voorheen voor ozp-stollingsfactoren?
- a. Ja
 - b. Nee

29. In juli 2016 heeft de ACM de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uitgebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg. ACM signaleert dat inkopers soms terughoudend zijn om samen te werken, ook als dat in het belang van patiënten en verzekerden is. Met de leidraad wil ACM meer duidelijkheid bieden over de mogelijkheden binnen het kader van de concurrentieregels. Heeft deze leidraad invloed gehad op uw huidige inkoop van geneesmiddelen of verwacht u dat dat gaat gebeuren [één antwoord mogelijk]?
- h. Ja, hierdoor zijn wij meer samenwerkingsverbanden aangegaan met andere zorgaanbieders of zijn we van plan dit te gaan doen
 - i. Ja, hierdoor zijn wij meer samenwerkingsverbanden aangegaan met andere zorgverzekeraars of zijn we van plan dit te gaan doen
 - j. Ja, hierdoor zijn wij meer samenwerkingsverbanden aangegaan met andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zijn we van plan dit te gaan doen
 - k. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - l. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - m. Ja, hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars geïntensiveerd of zijn we van plan dit te gaan doen
 - n. Nee, de leidraad biedt ons geen reden ons huidige beleid aan te passen
 - o. Nee, wij hebben nog niet onderzocht welke mogelijkheden de leidraad ons biedt.

Horizonscan: Het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen van het ministerie van VWS heeft in de afgelopen jaren een eigen horizonscan ontwikkeld die monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten en het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's identificeert. Dit met het oog op de mogelijke inzet van een financieel arrangement. Op dit moment is VWS de huidige horizonscan aan het doorontwikkelen tot een Horizonscan+. Het is de bedoeling in deze Horizonscan+ uiteindelijk niet alleen de nieuwe innovatieve geneesmiddelen op te nemen, maar bijvoorbeeld ook verwachte indicatie-uitbreidingen, het patentverloop, lijstprijzen en de verwachte alternatieve behandelingen. De 'plus' is dan ook nog niet in deze huidige horizonscan verwerkt. Toch kan deze informatie zeer waardevol zijn voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om die reden heeft VWS in december 2015 en in mei 2016 een uittreksel van de bestaande horizonscan naar de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gestuurd.

30. Gebruikt u de huidige horizonscan bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgaanbieders?
- a. Ja
 - b. Nee

31. Helpt de huidige horizonscan bij het maken van betere contractafspraken?
- Ja
 - Nee
32. Verwacht u dat u de Horizoscan+ gaat gebruiken bij de inkoop van geneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
- ~~33.~~ Gaat u de Horizonscan+ gebruiken bij het maken van contractafspraken over geneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
34. Verwacht u door de horizonscan-plus helpt bij het maken van betere contractafspraken?
- Ja
 - Nee
35. Heeft u prijsafspraken over add-ongeneesmiddelen gemaakt met fabrikanten en/of groothandels [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
36. Een biosimilar is een geneesmiddel gemaakt door een levend organisme, of afgeleid van een levend organisme, dat soortgelijk is aan het originele biologisch referentiegeneesmiddel waarvan het patent is verlopen. Heeft u met de meeste zorgaanbieders afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars in de contractering van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg [één antwoord mogelijk]?
- Ja, er is een doelpercentage afgesproken van de omzetting van patiënten van een origineel biologisch referentieproduct naar een biosimilar
 - Ja, er is een doelpercentage afgesproken van de start met een biosimilar bij nieuwe patiënten
 - Ja, er is een voor beide bovenstaande patiëntengroepen een doelpercentage afgesproken
 - Nee, daar hebben wij geen afspraken over gemaakt

Betaalbaarheid en toegankelijkheid

37. Indien er sprake is van een plafondbesluit met een instelling, en het plafond is bereikt voordat het jaar voorbij is; hoe verzekert u zich ervan dat uw verzekerden bij deze instelling voldoende en tijdige medicatie ontvangen, waaronder add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]? Als u hierover per instelling andere afspraken heeft gemaakt, dient u uit te gaan van uw dominante instelling die voldoet aan genoemde kenmerken.
- Er is met de instelling afgesproken dat zij ons tijdig hiervan op de hoogte brengen. Vervolgens zullen wij aanvullende afspraken maken met de instelling;
 - Er is met de instelling afgesproken dat de kosten voor de inzet van add-ongeneesmiddelen voor de instelling zelf zijn;
 - Er is met de instelling afgesproken dat zij ons tijdig hiervan op de hoogte brengen en wij gezamenlijk met de

- instelling de patiënt zullen verwijzen naar een andere instelling
- d. Wij maken geen plafondafspraken
38. Heeft u in 2016 van één of meer instellingen vernomen dat zij financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja, dit is in algemene zin ter sprake gekomen
 - b. Ja, één of meer instellingen hebben aangegeven één of meer verzekerden te willen behandelen met een geneesmiddel dat wij onbewust niet hadden ingekocht. Dit betrof een geneesmiddel dat nog niet op de markt beschikbaar was ten tijde van de contractonderhandelingen en waarmee geen rekening was gehouden in de eerder gevoerde contractonderhandelingen.
 - c. Ja, één of meer instellingen hebben aangegeven één of meer verzekerden te willen behandelen met een geneesmiddel dat wij bewust niet hadden ingekocht. Ten tijde van de contractonderhandelingen was het ziekenhuis hiervan op de hoogte.
 - d. Ja, één of meer instellingen wilden méér verzekerden behandelen met een bepaald geneesmiddel dan ten tijde van de contractonderhandelingen was voorzien.
 - e. Ja, één of meer instellingen wilden méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij hadden uitonderhandeld.
 - f. Ja, de afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen was lager dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant voor ziekenhuizen.
 - g. Ja, één of meer instellingen gaven aan dat de opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten lager is dan in voorgaande jaren.
 - h. Nee
39. Wat heeft u gedaan naar aanleiding van het signaal van instellingen dat zij financiële knelpunten ervaren ten aanzien van add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken voor add-on geneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren aangepast
 - b. Gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken voor dbc-zorgproducten aangepast
 - c. De behandeling van verzekerden is na onze bemiddeling voortgezet in andere ziekenhuizen.
 - d. Wij zijn in een gesprek met de instelling nagegaan of de zorgplicht voor onze verzekerde in het geding was.
 - e. Geen actie
40. Hoe gaat u om met de situatie dat een nieuw geneesmiddel wordt toegelaten tot de Nederlandse markt, uw verzekerde is aangewezen op dit geneesmiddel, maar u hier ten tijde van de onderhandelingen over het lopende contractjaar geen rekening mee had gehouden en waarvan u nog niet weet of u het selectief wilt inkopen of niet [één antwoord mogelijk]?
- a. Voor deze categorie geneesmiddelen hebben wij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel)

- nacalculatieafspraken gemaakt. Indien wij het selectief willen gaan inkopen, informeren wij zo snel mogelijk de instellingen die wij wel en niet voor dit geneesmiddel contracteren. In de tijd tussen handelsvergunning en onderhandeling met (selectie van) instellingen worden onze verzekerden behandeld met het betreffende geneesmiddel in de betreffende instellingen. Zij declareren dan op nacalculatiebasis. Daarna bemiddelen wij bij de verwijzing van patiënten naar de daarvoor gecontracteerde instellingen.
- b. Voor deze situatie hebben wij tot nu toe geen expliciete afspraken gemaakt met instellingen. Per casus hebben wij hierover contact met de betreffende instellingen. Per casus kan de situatie ontstaan dat bij een verzekerde gedurende de onderhandeling over deze situatie het geneesmiddel waar hij of zij op is aangewezen niet wordt ingezet. Dat is tot nu een keuze van de instelling.
 - c. Voor deze situatie geldt dat de kosten van een dergelijk geneesmiddel betaald dienen te worden uit de contractafspraken medisch specialistische zorg.
41. Welke mogelijkheden biedt u instellingen binnen de gemaakte afspraken over de inzet van dure geneesmiddelen, indien nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel is geregistreerd [één antwoord mogelijk]?
- a. Geen onderhandeling over vergoeding. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-on prestatie in werking treedt.
 - b. Onderhandeling over de prijs van de DBC-zorgproducten die bij de geïndiceerde patiënten zijn geopend.
 - c. Onderhandeling over verhoging van plafondafspraken.
 - d. Tot nu toe is dit vraagstuk nog niet aan de orde geweest; hier hebben wij (nog) geen plan van aanpak voor ingericht.
42. Ervaart u problemen in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen voor uw verzekerden [één antwoord mogelijk]?
- a. Ja
 - b. Nee
43. Hoeveel bemiddelingsverzoeken t.a.v. de inzet van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg heeft u ontvangen in **2015** van zorgaanbieders [één antwoord mogelijk]?
- a. Geen
 - b. 1-5
 - c. 5-10
 - d. 10-20
 - e. 20 of meer
44. Hoeveel bemiddelingsverzoeken t.a.v. de inzet van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg heeft u ontvangen in **2016** van zorgaanbieders?
- a. Geen
 - b. 1-5
 - c. 5-10
 - d. 10-20
 - e. 20 of meer

45. Hoe handelt u, in principe (uitzonderingen daargelaten) na een dergelijk bemiddelingsverzoek [één antwoord mogelijk]?
- Patiënt worden verwezen naar een UMC;
 - Patiënt worden verwezen naar een expertisecentrum;
 - Patiënt wordt verwezen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat het geneesmiddel wel verstrekt.
 - Patiënt ontvangt een alternatieve behandeling in hetzelfde ziekenhuis
 - Geen verwijzing naar een ander ziekenhuis, Het is aan het behandelend ziekenhuis hoe de behandeling wordt voortgezet.
46. Heeft u in 2015/2016 klachten ontvangen van verzekerden met betrekking tot het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
47. Op hoeveel verzekerden hebben deze klachten betrekking?
N=....
48. Wat was de reden dat het geneesmiddel in die specifieke gevallen niet werd verstrekt [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Therapeutische reden (werking/bijwerking).
 - Ziekenhuis had onvoldoende ervaring met het geneesmiddel
 - Ziekenhuis had onvoldoende expertise met behandeling van de aandoening van de verzekerde
 - Geneesmiddel was niet ingekocht bij het ziekenhuis waar de verzekerde in behandeling was.
 - Kosten
 - Weet ik niet
49. Heeft u, in samenwerking met de verwijzende instelling, in 2016 verzekerden naar een andere instelling verwezen vanwege selectieve inkoop van één of meer add-on geneesmiddelen?
- Ja, namelijk X patiënten
 - Nee
50. Houdt u bij de inkoop van geneesmiddelen die u inkoopt bij een selectief aantal instellingen rekening met de reisafstand voor uw verzekerden in combinatie met de frequentie dat uw verzekerde naar deze gecontracteerde instelling moet reizen?
- Ja
 - Nee
51. Het kan en zal voorkomen dat in de loop van een behandeling van uw verzekerde, hij of zij aangewezen is op behandeling met een geneesmiddel dat u niet heeft ingekocht bij de instelling waar hij of zij op dat moment in behandeling is. Heeft u voor deze situatie een plan klaar liggen hoe u deze patiënten hierin begeleidt [één antwoord mogelijk]?
- Wij hebben voor deze situatie met de niet-geselecteerde instelling afgesproken dat zij dit gegeven met de patiënt bespreken en gezamenlijk besluiten de behandeling in een wel-geselecteerde instelling al dan niet voort te zetten met het betreffende geneesmiddel
 - Wij hebben over deze situatie niet vooraf afspraken gemaakt met de niet-geselecteerde instellingen. Indien wij door de instelling van deze situatie op de hoogte

worden gebracht zullen wij voor de patiënt bemiddelen om in een wel-geselecteerde instelling te worden behandeld.

52. Welke criteria hanteert u bij het inkopen van geneesmiddelen in een selectief aantal instellingen [meerdere antwoorden mogelijk]?
- De mate van expertise naar ons eigen oordeel
 - De mening van de beroepsgroep en wetenschappelijke verenigingen welke geneesmiddelen in welke selectie van instellingen toegepast zou moeten worden
 - Indien de EMA de status weesgeneesmiddel heeft afgegeven kopen wij deze geneesmiddelen uitsluitend in bij academische ziekenhuizen
 - Wij nemen per geneesmiddel hierover een besluit zonder onderliggende set van criteria
 - Wij nemen per geneesmiddel hierover een besluit op basis van een set door ons opgestelde criteria
 - Wij kopen geneesmiddelen in bij alle instellingen voor medisch specialistische zorg
53. Zijn de voor **2016** gemaakte contractafspraken naar uw verwachting toereikend om alle benodigde add-on geneesmiddelen in 2016 aan uw verzekerden te kunnen verstrekken [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
54. Verwacht u dat instellingen in **2017** financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van dure geneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja, wij verwachten dat ziekenhuizen één of meer verzekerden willen behandelen met een geneesmiddel dat wij onbewust niet inkopen, omdat het geneesmiddel nog niet op de markt beschikbaar is ten tijde van de contractonderhandelingen 2017 en waarmee geen rekening wordt gehouden. Ik heb geen goed zicht op welke geneesmiddelen er in 2017 op de markt komen.
 - Ja, wij verwachten dat ziekenhuizen één of meer verzekerden willen behandelen met een geneesmiddel dat wij bewust niet inkopen.
 - Ja, wij verwachten dat in 2017 ziekenhuizen méér verzekerden willen behandelen met een bepaald geneesmiddel dan ten tijde van de contractonderhandelingen door hen wordt voorzien.
 - Ja, wij verwachten dat ziekenhuizen méér patiënten willen behandelen met een bepaald geneesmiddel dan wij uitonderhandelen.
 - Ja, wij verwachten dat ziekenhuizen voor één of meer add-on geneesmiddelen een lagere contractprijs afspreken dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant.
 - Ja, wij verwachten dat ziekenhuizen lagere opbrengsten uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten halen dan in voorgaande jaren voor ziekenhuizen.
 - Nee, wij verwachten dat de overeengekomen vergoedingen die zijn afgesproken met de ziekenhuizen voor de levering van medisch specialistische zorg (dbc-zorgproduct prijzen) c.q. de plafondafpraak of aanneemsomafpraak voldoende zijn voor ziekenhuizen, waardoor zij geen financiële knelpunten ervaren.

55. Welke afspraken heeft u gemaakt met uw dominante instelling per onderstaande categorie van ziekenhuizen over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-on geneesmiddelen in **2017** [één antwoord mogelijk]? Het gaat om een algemeen beeld.
- Umc's
 - Algemene ziekenhuizen
 - Categorale instellingen
 - Revalidatie instellingen
- a. Er zijn geen afspraken gemaakt over het periodiek monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren daarvan
- b. Er is een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2017
- c. Er is afgesproken dat de instelling op het moment dat een financieel knelpunt wordt ervaren het initiatief neemt een contactmoment in te plannen met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar vervolgens in overleg gaat met de betreffende instelling
- d. Daar hebben wij (nog) geen afspraken over gemaakt.
56. Zijn de over **2016** gemaakte afspraken met uw dominante instelling per onderstaande categorie van ziekenhuizen over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen nageleefd door u én de zorgaanbieder?
- Umc's
 - Algemene ziekenhuizen
 - Categorale instellingen
 - Revalidatie instellingen
- a. Ja, door beide partijen
- b. Wel door ons, niet door de dominante zorgaanbieder
- c. Niet door ons, wel door de dominante zorgaanbieder
- d. Nee, door beide partijen niet (voldoende)
- e. Wij hebben hierover met deze (categorie van) ziekenhuizen geen afspraken gemaakt over 2016

Enquêtevragen revalidatie instellingen

Enquêtevragen revalidatie instellingen (deelname 22 augustus-9 september 2016)

De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering en inkoop van add-on geneesmiddelen.

Begrippenlijst

Add-on geneesmiddelen: de geneesmiddelen die zijn opgenomen op de add-on geneesmiddelenlijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en geneesmiddelen die naar verwachting in de toekomst zullen worden opgenomen in deze lijst. Op dit moment bestaat de add-on geneesmiddelenlijst uit generieke geneesmiddelen, specialité's mét concurrentie en specialité's zonder concurrentie.

Generiek geneesmiddel: Een generiek geneesmiddel is het therapeutische equivalent van een origineel farmaceutisch product, waarvan het patent is verlopen. Het bevat dezelfde actieve ingrediënten als het origineel en is in essentie gelijkwaardig en daardoor uitwisselbaar met het specialité. Een generiek geneesmiddel wordt op de markt gebracht overeenkomstig de internationale patentwetten. Generieke middelen luisteren naar de internationaal vastgestelde stofnaam (INN) of worden - minder gebruikelijk - onder eigen merknaam op de markt gebracht.

Specialité: een geneesmiddel dat als eerste op de markt is gebracht; het oorspronkelijke merkgeneesmiddel.

Dominante zorgverzekeraar: Een aantal vragen heeft betrekking op uw dominante zorgverzekeraar. Indien de marktaandelen van uw twee grootste zorgverzekeraars nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgverzekeraar. Deze ene zorgverzekeraar is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgverzekeraar wordt gevraagd.

Innovatieve farmaceutische industrie: de verzameling van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen. Op deze geneesmiddelen is over het algemeen nog patentbescherming van kracht en worden voor deze producten marketingactiviteiten ontplooid door de betreffende fabrikant.

Instructie voor invulling

Antwoordopties:

In deze enquête worden gesloten vragen gesteld. Iedere aangeboden vraag moet beantwoord worden om de enquête te kunnen voltooien. De vragen en antwoordopties zijn ten behoeve van juistheid en volledigheid tot stand gekomen in overleg met de RN, ZKN en ZN. Als desondanks voor u het juiste antwoord niet bij de antwoordopties staat, dient u het antwoord te geven dat het dichtst bij het juiste antwoord ligt.

Bij de vragen over de inkoop van geneesmiddelen kan het voorkomen dat u voor één geneesmiddel een andere manier van inkoop hanteert. Tenzij anders aangegeven, dient uw antwoord geen betrekking te hebben op dergelijke uitzonderlijke situaties.

Periode waarop de enquête betrekking heeft:

Per enquêtevraag zal duidelijk worden gemaakt op welke periode de vraag betrekking heeft. De vragen over contractering hebben over het algemeen betrekking op het contractjaar 2017. De vragen over de

inkoop van geneesmiddelen hebben betrekking op zowel het verleden als het heden. Datzelfde geldt voor vragen over de toegankelijkheid.

Duur deelname:

Het invullen van de vragenlijst duurt circa 50 minuten.

Aanleiding

In het Bestuurlijk Overleg tussen branches en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zijn naar aanleiding van de diverse rapporten afspraken gemaakt over het borgen van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Een van de afspraken betreft het monitoren van de contractering en de inkoop. Hierover is de volgende tekst opgenomen in het integrale pakket aan maatregelen van VWS:

‘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

Branchepartijen roepen hun achterban op hieraan mee te werken. De NZa brengt over de uitkomsten van deze monitoring verslag uit aan het Bestuurlijk Overleg Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg.’

Doelen en rapportage van deze enquête

De NZa zal in november 2016 de resultaten van deze vragenlijst en van interviews met een aantal ziekenhuizen, een revalidatiecentrum en zorgverzekeraars opnemen in de ‘Monitor contractering dure geneesmiddelen 4e kwartaal 2016’. Deze periodieke monitor vormt onderdeel van een breed pakket aan maatregelen. Het ministerie van VWS beoogt hiermee de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen en partijen te ondersteunen bij het vervullen van hun rol en verantwoordelijkheden. Voor u ligt de uitvraag ten behoeve van de tweede monitor.

Daarnaast zijn in deze enquête ook vragen opgenomen met een ander doeleinde, namelijk voor een onderzoek naar zorgplicht. We hebben beoogd u minder te belasten door deze verschillende uitvragen voor nu te bundelen in één enquête.

De gegevens zullen in de NZa publicaties niet naar individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars of personen herleidbaar zijn. Op het moment dat blijkt dat een verzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet, kan de NZa ingrijpen. Handhavingsmaatregelen kunnen openbaar worden gemaakt als deze niet opgevolgd worden, dit kan ook met naam en toenaam.

Gegevens zorgaanbieder

Naam instelling

Plaatsnaam instelling

AGB-code instelling

Type zorgaanbieder: categorale instelling²⁰, zelfstandig behandelcentrum
 Naam contactpersoon
 E-mailadres contactpersoon
 Telefoonnummer contactpersoon

Marktaandeelen zorgverzekeraar(concerns):
 Zilveren Kruis ...%
 CZ....%
 Menzis....%
 VGZ....%
 DSW ...%
 Inkoopcombinatie Multizorg voor a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
%
 De Friesland....%

Contractering 2017

71. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding van add-ongeneesmiddelen? [Eén antwoord mogelijk]

Zorgverzekeraar	Contract-afpraak 2017 add-ongeneesmiddelen
	<ul style="list-style-type: none"> a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg b. Vallen onder een apart voor add-ongeneesmiddelen afgesproken aanneemsom c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt i. Wij maken hierover geen afspraak, omdat we deze geneesmiddelen niet toepassen.

72. Heeft u afspraken gemaakt met uw dominante zorgverzekeraar over de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-on geneesmiddelen lager is dan begroot [één antwoord mogelijk]?
- a. Er zijn geen afspraken gemaakt over de situatie dat de begroting ten aanzien van add-on geneesmiddelen te ruim blijkt te zijn.
 - b. Een overschrijding voor geneesmiddelen wordt door de instelling terugbetaald aan de zorgverzekeraar
 - c. Een overschrijding voor geneesmiddelen mag de instelling(deels) houden als compensatie voor het zuinig voorschrijven
73. Bij welke zorgverzekeraar(s) vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen naar uw mening een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?

²⁰ Onder 'categorale instelling' verstaan wij: categorale ziekenhuizen, epilepsie instellingen, dialyse centra, audiologische centra, radiotherapeutische centra en revalidatiecentra.

- a. Achmea
- b. VGZ
- c. CZ
- d. Menzis
- e. DSW
- f. Multizorg als vertegenwoordiger van a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
- g. De Friesland
- h. Er was geen sprake van een knelpunt als gevolg van add-ongeneesmiddelen [ga door naar vraag 5]

74. Waarom vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2017 [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
 - b. De groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet, terwijl er een beperkte groeimogelijkheid is zoals afgesproken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord
 - c. Er was geen mogelijkheid te onderhandelen met de zorgverzekeraar
 - d. Er is (was) onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd en dus vergoed worden
 - e. Dat weet ik niet

75. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor de add-ongeneesmiddelen? [Eén antwoord mogelijk]

Zorgverzekeraar	Contract-afpraak 2017 add-ongeneesmiddelen
	<ul style="list-style-type: none"> * Gelijk aan NZa maximumtarieven * Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage * Per add-ongeneesmiddel een apart onderhandeld tarief * Er is hierover <u>nog</u> geen afspraak gemaakt * Wij maken hierover geen afspraak, omdat we deze geneesmiddelen niet toepassen.

Inkoop en inzet add-on geneesmiddelen

76. Hoeveel verschillende add-ongeneesmiddelen worden toegepast in uw instelling?
N= ...
77. Wat was de totale omvang van de *omzet* (declaratiewaarde) van geneesmiddelen (niet alleen add-ongeneesmiddelen, maar alle door u ingekochte geneesmiddelen) voor de medisch specialistische zorg in uw instelling in het jaar 2015 [beide velden invullen]?
- e. In euro's
 - f. In percentage van totale instellingsomzet
78. Wat was de totale omvang van de *omzet* (declaratiewaarde) van add-ongeneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg in uw instelling in het jaar 2015 [beide velden invullen]?
- g. In euro's
 - h. In percentage van totale instellingsomzet
79. Wat is het aandeel van de add-ongeneesmiddelen in relatie tot de totale omzet van de instelling?
%

80. Waar koopt u uw geneesmiddelen in?
- Bij een ziekenhuisapotheek (ga door naar vraag 12)
 - Bij een openbaar apotheek (ga door naar vraag 12)
 - Bij zowel een ziekenhuisapotheek als een openbaar apotheek (ga door naar vraag 12)
 - Wij beschikken over een apotheek in de revalidatie instelling en kopen geneesmiddelen rechtstreeks bij de groothandel in
81. Werkt u bij de inkoop van geneesmiddelen (niet alleen add-ongeneesmiddelen, maar alle door u ingekochte geneesmiddelen) in 2016 samen met andere zorgaanbieders?
- Ja, wij zijn aangesloten bij een inkoopcombinatie
 - Ja, wij zijn aangesloten bij meer dan één inkoopcombinaties
 - Ja, maar wij zijn niet aangesloten bij een inkoopcombinatie
 - Nee
82. De inspanning van de farmaceutische industrie om het voorschrijfgedrag van medisch specialisten te beïnvloeden volstrekt zich op meerdere vlakken zoals de inkoop van geneesmiddelen (verstrekken van kortingen), het (mede) betalen van onderzoek en overige activiteiten, zoals het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen. Hoe anticipeert u op deze beïnvloeding?
- Wij zijn niet bewust van deze beïnvloeding
 - Wij zijn bewust van deze beïnvloeding, maar wij ondernemen geen concrete acties om beïnvloeding tot een minimum te beperken
 - Wij zijn bewust van deze beïnvloeding en maken keuzes die financieel gezien voor onze instelling het meest gunstig zijn. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de betaalbaarheid van zorg als geheel.
 - Wij zijn bewust van deze beïnvloeding en nemen concrete acties om beïnvloeding tot een minimum te beperken ten gunste van de betaalbaarheid van zorg als geheel. Deze keuzes zijn niet per se gunstig voor de financiële positie van onze instelling.
 - Wij zijn bewust van deze beïnvloeding, maar het is voor ons niet mogelijk om concrete acties te ondernemen de beïnvloeding te verminderen of weg te nemen
 - Wij zijn bewust van deze beïnvloeding, maar deze beïnvloeding vindt niet plaats binnen onze instelling.

Betaalbaarheid en toegankelijkheid

83. Heeft u in 2016 financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer add-ongeneesmiddelen [één antwoord mogelijk]?
- Ja
 - Nee
84. Wat heeft u gedaan naar aanleiding van de ervaren financiële knelpunten [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Proberen de gemaakte contractafspraken aan te passen gedurende het jaar voor add-on geneesmiddelen
 - Proberen de gemaakte contractafspraken aan te passen gedurende het jaar voor dbc-zorgproduct prijzen
 - Algemene kosten van de instelling proberen te drukken.
 - Inkoop van geneesmiddelen anders organiseren, teneinde een grotere marge te bewerkstelligen
 - De behandeling van patiënten is voortgezet in een andere instelling. [vragen 19 en 20 poppen op]
 - Patiënten zijn in onze instelling niet met het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel behandeld [vraag 16 popt op]
 - Patiënten zijn in onze instelling met een lagere dosis dan gebruikelijk van het therapeutisch gezien optimale geneesmiddel behandeld

- j. Kosten van geneesmiddelen (meer) een rol laten spelen in afweging inzet geneesmiddelen.
 - k. Behandeling patiënt wordt uitgesteld naar het opvolgende jaar.
 - l. Patiënten zijn overgezet op goedkopere alternatieven
85. Waar heeft uw inspanning toe geleid [één antwoord mogelijk]?
- a. De contractafspraken zijn herzien; de contractprijzen zijn verhoogd
 - b. Er is financiële ruimte ontstaan vanwege een besparing op de inkoop van geneesmiddelen of elders in de instelling
 - c. Het knelpunt is opgelost, doordat de patiënt niet meer door onze instelling wordt behandeld in 2016
 - d. Het knelpunt is opgelost, doordat de behandeling van de patiënt is gewijzigd.
 - e. Het knelpunt is opgelost door een herallocatie van geld binnen de instelling
 - f. Tot niets
86. Bij hoeveel patiënten heeft het door u eerder genoemde financiële knelpunt geleid tot het **niet** inzetten van het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel in uw instelling?
N=
87. Informeert uw instelling patiënten wanneer u vanwege het door u eerder genoemde financiële knelpunten het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel niet inzet?
- d. Ja
 - e. Nee
 - f. Niet van toepassing
88. Verwijst u een patiënt naar haar zorgverzekeraar, of neemt u als instelling zelf contact op met de zorgverzekeraar, wanneer u vanwege het door u eerder genoemde financiële knelpunt het, therapeutisch gezien, optimale geneesmiddel niet inzet?
- e. Ja, beide
 - f. Wij verwijzen een patiënt naar zijn/haar zorgverzekeraar
 - g. Wij nemen contact op met zorgverzekeraar
 - h. Nee
89. Bij hoeveel patiënten heeft het door u eerder genoemde financiële knelpunt geleid tot het verwijzen van de patiënt naar een andere instelling?
N=
90. Indien van patiënten de behandeling in een andere instelling is voortgezet als gevolg van een financieel knelpunt, wie heeft dat bepaald [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. de behandelend arts
 - b. de geneesmiddelencommissie
 - c. raad van bestuur
 - d. financiële afdeling
 - e. de zorgverzekeraar
 - f. de patiënt
91. Heeft u in 2016 ervaren dat patiënten vanuit andere instellingen naar uw instelling zijn doorverwezen vanwege de (vermoedelijke) reden van de kosten van geneesmiddelen?
- a. Ja
 - b. Nee
92. Om hoeveel patiënten gaat dit?
N=

93. Heeft u in 2016 in uw instelling klachten ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
94. Om hoeveel patiënten gaat dit?
N=
95. Wat is de oorzaak dat het dure geneesmiddel niet verstrekt werd in die specifieke gevallen?
- Therapeutische reden (werking/bijwerking).
 - Onvoldoende ervaring met het geneesmiddel.
 - Onvoldoende expertise met behandeling van de aandoening van de patiënt.
 - Geneesmiddel is niet ingekocht door zorgverzekeraar van de betreffende patiënt.
 - Kosten.
96. Meldt u de zorgverzekeraar van een patiënt wanneer een duur geneesmiddel niet verstrekt wordt als gevolg van de kosten?
- Ja, en wij hebben ook de patiënt gewezen op de mogelijkheid het te melden aan de zorgverzekeraar
 - Ja
 - Nee, wij hebben de patiënt gewezen op de mogelijkheid het te melden aan de zorgverzekeraar
 - Nee
97. Verwacht u in 2017 financiële knelpunten te ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van add-ongeneesmiddelen?
- Ja
 - Nee
98. Welke afspraken heeft u gemaakt met onderstaande zorgverzekeraars over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen in 2016?
- Achmea
 - VGZ
 - CZ
 - Menzis
 - DSW
 - Multizorg als vertegenwoordiger van a.s.r., ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
 - De Friesland
- Er zijn geen afspraken gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren daarvan.
 - Er is een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2016.
 - Er is afgesproken dat de instelling op het moment dat een financieel knelpunt wordt ervaren het initiatief neemt een contactmoment in te plannen met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar vervolgens in overleg gaat met de betreffende instelling.
 - Daar hebben wij nog geen afspraken over gemaakt

Interviewvragen zorgaanbieders

Vierde kwartaal 2016

Vragen aan instellingen voor medisch specialistische zorg

Contractering

- Wat is de huidige stand van zaken van de contractering voor het jaar 2017 van medisch specialistische zorg én geneesmiddelen voor uw instelling? Hoeveel contracten heeft u afgesloten?
- Wat zijn de concrete belemmeringen die u ervaart bij het contracteren van het jaar 2017? Wat is naar uw idee de oorzaak hiervan?
- Heeft u veranderingen doorgevoerd in de contracteerronde 2017 ten opzichte van vorig jaar? Waaruit bestaan deze veranderingen en wat was de aanleiding om het anders te doen?
- Wat is de huidige stand van zaken van de contractering voor het jaar 2016? Declareert u add-on geneesmiddelen over het jaar 2016? Als dat nog niet gebeurt, wat is hiervan de oorzaak?
- Verwacht u de contractering 2017 sneller af te kunnen ronden dan de contractering 2016? Of juist langzamer? Wat is hiervan de oorzaak?
- Speelt de Horizonscan van VWS een rol in de contractering 2017?
- Ziet u verandering in de contract- en tariefvormen die zorgverzekeraars aanbieden ten aanzien van geneesmiddelen versus voorgaande jaren? Hoe beoordeelt u deze verandering?
- Welke afspraken maakt u met zorgverzekeraars over geneesmiddelen (add-on geneesmiddelen wel/niet onder omzetplafond, concentratie, voorkeursbeleid, prijzen, gezamenlijke inkoop, etc.)? Welke eventuele voorwaarden zijn daarbij afgesproken (bijvoorbeeld ten aanzien van registratie van gebruik, inzet van biosimilars, programma gepast gebruik, etc.)?
- Welke afspraken maakt u met zorgverzekeraars over de declaraties en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen of nieuwe indicaties die gedurende het komende contractjaar op de markt komen?
- Hebben de zorgverzekeraars de weesgeneesmiddelen bij u gecontracteerd? Zo niet, hoe verloopt het proces indien een patiënt een weesgeneesmiddel nodig heeft?
- Welke afspraken die u met zorgaanbieders heeft gemaakt over het jaar 2016 zijn niet waargemaakt? Hoe komt dat?

Inkoop geneesmiddelen

- Wat is het ziekenhuisbeleid ten aanzien van de inkoop van dure geneesmiddelen? Welke factoren (anders dan zorginhoudelijke) spelen hierbij een rol?
- Heeft u de inkoop van geneesmiddelen in 2016 anders vorm gegeven dan voorheen? Gaat u de inkoop van geneesmiddelen in 2017 anders vormgeven?
- Hoe is de inkoop van geneesmiddelen praktisch vorm gegeven: zelfstandig, in combinatie met andere instellingen, samen met verzekeraar, via groothandel of direct zelf met fabrikant. Door welke afdeling (apotheek of i.s.m. met andere afdeling) wordt ingekocht en worden apotheken/afdelingen getraind om goed in te kopen?
- Bent u eventueel meer of minder gaan samenwerken met andere instellingen en/of zorgverzekeraars?
- Wat zijn de effecten van deze organisatie van de inkoop, hoe meet u dat?
- Welke eventuele rol speelt de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' (juni 2016) van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) hierin?

- Zijn de inkoopkosten van geneesmiddelen als onderdeel van de totale exploitatie (trend over jaren) toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?
- Zijn de geneesmiddelenkosten per patiënt toegenomen in de afgelopen jaren. Wat is hierin de spreiding?
- Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de verdere kostenontwikkeling (nieuwe middelen voor specifieke toepassingen)?
- Wat is ten algemene de invloed van zorgverzekeraar, arts en fabrikant op het ziekenhuisbeleid ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen?
- Hoe kijkt u aan tegen het inkoopvoordeel dat u ontvangt door de inkoop van geneesmiddelen versus de contractprijzen die u ontvangt van zorgverzekeraars?
- Wat is uw beleid ten aanzien van de inzet van biosimilars?
- Heeft u een actieve geneesmiddelencommissie? Heeft deze commissie financiële doelstellingen en wat zijn deze?
- Houdt u zich bezig met gepast gebruik van geneesmiddelen (niet behandelen, staken van behandeling, palliatieve zorg i.p.v. behandeling met geneesmiddelen, stoppen bij maximum bedrag etc.)?

Toegankelijkheid

- Ervaart u belemmeringen/heeft u deze ervaren bij het borgen van de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor patiënten? Zo ja, welke zijn dat?
- Ervaart u belemmeringen bij het borgen van de toegankelijkheid van andere zorg binnen uw instelling, mogelijk als gevolg van de komst van dure geneesmiddelen (verdringing)? Zo ja, kunt u dat concretiseren?
- Heeft uw eventuele ervaren belemmering te maken met het feit dat de zorg (een geneesmiddel) niet bij u is ingekocht door een of meer zorgverzekeraars of het feit dat daar geen duidelijke afspraken over zijn gemaakt met die zorgverzekeraar(s) (of combi van die factoren)?
- Heeft uw eventuele ervaren belemmering betrekking op een bij uw instelling door de zorgverzekeraar ingekocht geneesmiddel? Wat was de ervaren belemmering in die situatie?
- Is het voor u duidelijk welke geneesmiddelen wel en niet zijn ingekocht door de zorgverzekeraars? Heeft u een plan/protocol gereed voor de situatie dat u een patiënt niet (verder) kan behandelen vanwege het feit dat een bepaald geneesmiddel niet is ingekocht? Weet u bij welke instelling de patiënt wel behandeld kan worden of heeft u hierover afspraken gemaakt met de betreffende zorgverzekeraar?
- Heeft u in 2016 patiënten van andere ziekenhuizen overgenomen waarbij er sprake was van overplaatsing vanwege geneesmiddelen? Zo ja, hoeveel patiënten en hoe loopt dit proces? Via bemiddeling door de verzekeraar van de patiënten of anders?
- Heeft u in 2016 in uw ziekenhuis klachten ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen? Wat was de oorzaak dat het geneesmiddel niet verstrekt werd?
- Meldt u het aan de verzekeraar van de desbetreffende patiënt wanneer een geneesmiddel niet verstrekt wordt. Zo ja, wat is de reactie van de verzekeraar hierop?
- Worden geneesmiddelen door geleverd (ook na bereiken omzetplafond)?
- Hoe worden de afspraken die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar maakt (bv over een budget voor dure geneesmiddelen) door vertaald binnen het ziekenhuis?
- Wat is uw verwachting ten aanzien van de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in de toekomst?

Interviewvragen zorgverzekeraars

Vierde kwartaal 2016

Vragen aan zorgverzekeraars

Contractering

- Wat is de huidige stand van zaken van de contractering voor het jaar 2017 van medisch specialistische zorg én geneesmiddelen voor uw instelling? Hoeveel contracten heeft u afgesloten?
- Wat zijn de concrete belemmeringen die u ervaart bij het contracteren van het jaar 2017? Wat is naar uw idee de oorzaak hiervan?
- Heeft u veranderingen doorgevoerd in de contracteerronde 2017 ten opzichte van vorig jaar? Waaruit bestaan deze veranderingen en wat was de aanleiding om het anders te doen?
- Wat is de huidige stand van zaken van de contractering voor het jaar 2016? Ontvangt u declaraties voor add-on geneesmiddelen over het jaar 2016? Als dat nog niet gebeurt, wat is hiervan de oorzaak?
- Verwacht u de contractering 2017 sneller af te kunnen ronden dan de contractering 2016? Of juist langzamer? Wat is hiervan de oorzaak?
- Speelt de Horizonscan van VWS een rol in de contractering 2017?
- Biedt u andere contract- en tariefvormen aan zorgaanbieders aan voor geneesmiddelen ten opzichte van voorgaande jaren? Wat is de aanleiding voor de eventuele verandering en verwacht u ermee te bereiken?
- Welke afspraken maakt u met zorgaanbieders over geneesmiddelen (add-on geneesmiddelen wel/niet onder omzetplafond, concentratie, voorkeursbeleid, prijzen, gezamenlijke inkoop, etc.)? Welke eventuele voorwaarden zijn daarbij afgesproken (bijvoorbeeld ten aanzien van registratie van gebruik, inzet van biosimilars, programma gepast gebruik, etc)?
- Welke afspraken maakt u met zorgaanbieders over de declaraties en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen of nieuwe indicaties die gedurende het komende contractjaar op de markt komen?
- Welke afspraken die u met zorgaanbieders heeft gemaakt over het jaar 2016 zijn niet waargemaakt? Hoe komt dat?

Inkoop geneesmiddelen

- Koopt u gezamenlijk met ziekenhuizen geneesmiddelen in bij fabrikanten? Om welke geneesmiddelen gaat dit? Wat houdt de afspraak in?
- Wat is uw plan/visie voor de komende jaren op het gebied van gezamenlijke inkoop bij fabrikanten?
- Welke eventuele rol speelt de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' (juni 2016) van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) bij de inkoop van geneesmiddelen?
- Zijn de geneesmiddelenkosten als onderdeel van de totale kosten van medisch specialistische zorg toegenomen, gelijk gebleven of afgenomen?
- Zijn de geneesmiddelenkosten per patiënt toegenomen in de afgelopen jaren. Wat is hierin de spreiding?
- Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de verdere kostenontwikkeling (nieuwe middelen voor specifieke toepassingen)?
- Wat is ten algemene de invloed van zorgverzekeraar, arts en fabrikant op het ziekenhuisbeleid ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen?
- Hoe kijkt u aan tegen het inkoopvoordeel dat zorgaanbieders ontvangen door de inkoop van geneesmiddelen versus de contractprijzen die zij ontvangen van zorgverzekeraars?

- Wat is uw beleid ten aanzien van de inzet van biosimilars door zorgaanbieders?
- Maakt u concrete afspraken met zorgaanbieders over gepast gebruik van geneesmiddelen (niet behandelen, staken van behandeling, palliatieve zorg i.p.v. behandeling met geneesmiddelen, stoppen bij maximum bedrag etc.)?

Toegankelijkheid

- Ervaart u belemmeringen/heeft u deze ervaren bij het borgen van de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor verzekerden? Zo ja, welke zijn dat?
- Ervaart u belemmeringen bij het borgen van de toegankelijkheid van andere zorg voor uw verzekerden, mogelijk als gevolg van de komst van dure geneesmiddelen (verdringing)? Zo ja, kunt u dat concretiseren?
- Maakt u duidelijke en concrete afspraken met zorgaanbieders welke geneesmiddelen wel en niet ingekocht worden?
- Maakt u duidelijke en concrete afspraken met zorgaanbieders wat uw beide taken zijn richting de patiënt/verzekerde indien hij of zij aangewezen is op een geneesmiddel dat niet is ingekocht bij de betreffende instelling?
- Heeft u in 2016 klachten of bemiddelingsverzoeken ontvangen van verzekerden met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen? Wat was de oorzaak dat het geneesmiddel niet verstrekt werd?
- Ontvangt u bericht van een zorgaanbieder indien een geneesmiddel waar uw verzekerde op is aangewezen niet wordt verstrekt? Zo ja, hoe reageert u hierop?
- Wat is uw verwachting ten aanzien van de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in de toekomst?
- Zijn er specifieke ziekenhuizen aan te wijzen waar het verstrekken van geneesmiddelen een probleem is? Zo ja, welke? Waar ligt dat aan?