



Monitor Medisch Specialistische Zorg 2022

8 juni 2022

Inhoudsopgave

Aanleiding	4
Kernboodschap	5
Kernbevindingen	5
Aanbevelingen	6
Uitgaven medisch-specialistische zorg	9
Totale uitgaven	9
Ontwikkeling per diagnose	11
Dure geneesmiddelen	11
Uitgavenstijging door hoge behandelkosten	11
Effect prijsonderhandeling	16
Contractering	19
Zorginkoopbeleid 2022	19
Contracteerproces	19
Contracteerproces ziekenhuizen	19
Contracteerproces zelfstandige klinieken	21
Ervaren marktpositie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders	23
Thematische contractafspraken	24
Financiële afspraken	24
Hoofdlijnenakkoord msz	28
De juiste zorg op de juiste plek	29
Transformatiegelden	29
Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren	31
Discussie	35
Bijlagen 39	
Bijlage 1. Uitgaven intramurale geneesmiddelen en overige medisch-specialistische zorg	39
Bijlage 2. Aanvullende figuren	40
Bijlage 3. Analyse zorginkoopbeleid msz 2022	47
Bijlage 4. Opzet, bronnen en methoden	56

Onderzoeksopzet	56
Kwantitatieve analyse	56
Begrippenlijst dure geneesmiddelen	64

Aanleiding

De kosten van de medisch-specialistische zorg (msz) stijgen al geruime tijd, de zorgvraag neemt toe en tegelijkertijd is er een krapte op de arbeidsmarkt. Hierdoor staat de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de msz verder onder druk. Als Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitoren wij dan al enkele jaren de ontwikkelingen in de msz. In onze monitors staan de uitgaven (inclusief de dure geneesmiddelen) en de contractering centraal; de daadwerkelijke opbrengsten van de verleende zorg zijn geen onderdeel van deze monitor.

Passende zorg

Zorg die van waarde is voor de gezondheid én het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs, dat is passende zorg. Het gaat hierbij om gepast gebruik én passende organisatie van zorg. Deze monitor geeft een samenhangend beeld van de ontwikkelingen binnen de msz op weg naar passende zorg. De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van de verschillende zorgvormen heen. Wij concentreren ons in deze monitor op medisch specialistische zorg aan de hand van een aantal thema's. De monitor over medisch specialistische zorg maakt, als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap, deel uit van een integrale blik, die nog nader wordt uitgewerkt. Ook daarin krijgen thema's als contractering, de juiste zorg op de juiste plek en dure geneesmiddelen een plek.

Realisatie landelijke doelstellingen

Om de zorg ook naar de toekomst toe te borgen en de zorguitgaven te beheersen, committeerden zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich hieraan in het Hoofdlijnakkoord 2019-2022 (HLA). Wij onderzoeken in deze monitor de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering maken. Met het oog op het aflopen van het huidige HLA en het sluiten van het integraal zorgakkoord (IZA) wordt in deze monitor stilgestaan bij de realisatie van de landelijke doelstellingen, onder andere het beheersen van de kostenontwikkeling, de transformatie van zorg en de regionale samenwerking. Deze monitor geeft eerst een beeld van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg inclusief dure geneesmiddelen. Vervolgens geven wij inzicht in het contracteerproces en de inhoud van de afspraken van 2022. Tot slot bediscussiëren wij de resultaten en bevindingen.

Kernboodschap

In de periode van het HLA domineert een focus op prijs- en volumeafspraken in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit is echter niet voldoende. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg stijgen hard, mede door stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen. Het is daarom belangrijk dat alle betrokken partijen zich inzetten voor passende zorg.

In de periode 2018 – 2020 is het aantal (meerjarige) afspraken over het realiseren van passende zorg gegroeid, maar het tempo waarmee dit gebeurde lag laag. Vanaf 2020 heeft de COVID-19 pandemie een onmiskenbaar grote invloed op de zorg. In 2021 en 2022 lag de nadruk van de afspraken op het waarborgen van de (financiële) continuïteit van zorgaanbieders. Als gevolg hiervan was er minder aandacht voor de afspraken over passende zorg. Als NZa hebben wij hier begrip voor. Tegelijkertijd vinden wij het wel belangrijk om nu, in een nieuwe fase, weer meer in te zetten op de transitie naar (meer) passende zorg.

Binnen de beweging naar passende zorg past ook het stimuleren van gepast gebruik. Gepast gebruik houdt kortgezegd in: zet alleen zorg in die werkt én tegen een aanvaardbare prijs. Dit geldt ook voor geneesmiddelen. Hoewel steeds vaker vooraf de werkzaamheid van nieuwe middelen onzeker is en achteraf het effect kleiner lijkt te zijn dan voorgespiegeld, worden zij voor hoge prijzen opgenomen in het verzekerde pakket en volumevrij betaald. Dit leidt tot verdringing van andere, potentieel meer kosteneffectieve, zorg. Om dit te stoppen moeten we keuzes maken en bewegen naar een situatie waarin we de collectieve middelen besteden aan zorg die werkt en redelijk is geprijsd.

Om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen, is het noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken maken over het realiseren van passende zorg. Hierbij moet integraal gekeken worden naar dure geneesmiddelen binnen het geheel van msz zorg. Dit vraagt niet alleen een andere kijk op de inhoud van afspraken, maar ook op de onderlinge relatie en de wijze waarop afspraken tot stand komen.

Kernbevindingen

- 1 De totale uitgaven aan msz (inclusief verrekeningen en exclusief COVID-19 regelingen) zijn in 2020 4,7% lager dan in 2019. Dit als gevolg van een daling van het aantal behandelde patiënten door vraaguitval, het verdampen van zorgvraag of het uitstellen van zorg. Echter, inclusief de COVID-19 regelingen (meerkosten- en continuïteitsbijdragen COVID-19) is er sprake van een groei van totale msz uitgaven van 4,9%.
- 2 De uitgaven aan add-ongeneesmiddelen zijn gemiddeld 7,7% hoger in 2020 dan in 2019. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. In combinatie met een beperkte groeiruimte in het HLA en de separate en volume vrije contractering van geneesmiddelen, verdringen geneesmiddelen andere medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat patiënten medisch specialistische zorg onthouden wordt.
- 3 De COVID-19 pandemie heeft ook in 2022 een sterke stempel gedrukt op de contractering van medisch-specialistische zorg. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben de financiële continuïteit van de zorgaanbieders gewaarborgd door een collectieve COVID-19 regeling met elkaar af te spreken.
- 4 De brancheverenigingen lijken, ten opzichte van voorgaande jaren, een grotere invloed te hebben gehad op het verloop en de inhoud van contractonderhandelingen door de totstandkoming van de

collectieve COVID-19 regeling. Dit wordt niet door alle partijen als positief ervaren vanwege de vertraging van en inmenging in het contracteerproces, minder ruimte voor het maken van maatwerkafspraken en de complexiteit van de regeling. Alle partijen geven aan dat de collectieve afspraken wel nuttig zijn geweest, maar dat een snelle terugkeer naar de reguliere contractering gewenst is.

- 5 Onderhandelingen waren sterk gericht op het beperken van het eigen financieel risico (extra aandacht voor prijsindexering; als gevolg van inflatie, overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA), ziekteverzuim) en niet of beperkt gericht op het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen. Hierdoor zijn in een aantal gevallen de onderhandelingen tussen partijen verhard en is de beweging naar passende zorg vertraagd.
- 6 In 2022 zijn er vrijwel geen nieuwe meerjarencontracten gesloten, partijen beschouwen 2022 niet als een goed basisjaar voor een meerjarencontract. Er zijn relatief veel éénjarige omzetplafonds afgesproken.
- 7 Meerdere zorgverzekeraars gaven aan dat de ziekenhuizen afgelopen jaar een sterke onderhandelingspositie hadden en werden in sommige gevallen geconfronteerd met negatieve berichtgeving over het contracteerproces. Alle geïnterviewde zorgverzekeraars geven het signaal af dat de marktmacht van een aantal zelfstandige klinieken en universitair medisch centra (umc's) toeneemt. Tegelijkertijd geven ook enkele zelfstandige klinieken aan dat ze ontevreden zijn over de afwachtende houding van zorgverzekeraars bij uitgestelde zorg.
- 8 Financiële afspraken over juiste zorg op de juiste plek zijn extra complex, omdat dit ook vraagt om een doorvertaling in het bedrijfs- en verdienmodel van ziekenhuizen. Afspraken gaan met name over de inzet van innovatieve zorgvormen en digitalisering van zorg. Regiobeelden spelen vrijwel geen rol in de contractering. Dit geldt ook voor de uitkomsten van zorg. Een aandachtspunt vormt ook de beperkte mate van congruent gedrag onder een aantal zorgverzekeraars.
- 9 Dit jaar zijn er minder transformatiegelden ingezet dan in 2020. Op kleine schaal nemen ziekenhuizen, samen met zorgverzekeraars, het initiatief om de zorg anders te organiseren. Het blijft lastig om hierover goede financiële afspraken te maken, mede omdat de impact op de kosten niet op de korte termijn zichtbaar is.

Aanbevelingen

1. Zet collectieve regeling zorgvuldig en proportioneel in.

Bij uitzonderlijke gebeurtenissen, zoals de COVID-19 pandemie, kunnen collectieve afspraken de negatieve financiële effecten dempen en de continuïteit van zorg waarborgen. Als intensieve samenwerking en gelijkgerichtheid bijdragen aan het belang van toegankelijke en betaalbare zorg, moet het gezamenlijk maken van afspraken naar het oordeel van de NZa niet worden geschuwd. Daarbij moet er goed worden nagedacht wat in een betreffende situatie nog proportioneel is, zodat een collectieve regeling ertoe bijdraagt dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid maximaal geborgd is, en eventuele negatieve effecten niet de overhand hebben. Onze aanbeveling aan marktpartijen is daarom om criteria te ontwikkelen voor het zorgvuldig en proportioneel inzetten van collectieve regelingen.

2. Handel congruent als zorgverzekeraars.

Ondanks de gemaakte afspraken in het HLA komt de realisatie van de juiste zorg op de juiste plek moeizaam op gang en zijn transformatiegelden over de periode 2019-2022 onvoldoende benut. Een van de oorzaken is dat zorgverzekeraars minder dan verwacht congruent handelen. Door gebrek aan congruentie bestaat het risico dat initiatieven vertraging oplopen en/of niet kunnen starten. Wij zien congruentie als een randvoorwaarde voor de transformatie van zorg, en vinden het daarom een belangrijk onderwerp voor het nog te sluiten integraal zorgakkoord. Wij verwachten van

zorgverzekeraars dat zij, binnen de bestaande wettelijke kaders, meer congruent handelen bij het toekennen van transformatiegelden en ingrijpende (regionale) transformaties van zorg.

3. Zet (nog meer) gezamenlijk in op passende zorg.

Door de COVID-19 pandemie lag de nadruk op het beperken van financiële risico's en het waarborgen van de continuïteit van zorg. Voor de komende jaren is het belangrijk om concrete afspraken te maken over het realiseren van passende zorg. Wij verwachten dat zorgaanbieders het initiatief pakken bij het implementeren van innovaties en het doorzetten van digitale zorg. Van zorgverzekeraars verwachten wij dat passende zorg centraal blijft staan in het inkoopbeleid en afspraken de gewenste richting faciliteren. Omdat het organiseren en leveren van passende zorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid is, vragen wij van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te investeren in onderlinge relaties en het vergroten van het onderlinge vertrouwen. Dit is noodzakelijk om langdurig met elkaar te kunnen werken aan passende zorg. Het sluiten van meerjarige overeenkomsten gericht op het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen zou daarbij het uitgangspunt moeten zijn.

4. Stel geen apart kader voor geneesmiddelen in, maar behandel geneesmiddelen binnen de contractering hetzelfde als de overige msz.

De huidige situatie waarin er wordt gekort op de msz, maar tegelijkertijd de geneesmiddelenuitgaven hard mogen groeien, wordt door ziekenhuizen als onhoudbaar gezien. Hierdoor wordt hun oproep tot het instellen van een apart geneesmiddelenkader steeds luider. Wij vinden dit echter geen verstandig idee, omdat het geen oplossing is. Een apart geneesmiddelenkader zal niet leiden tot meer grip op de geneesmiddelenuitgaven en een gelijkwaardige positie van geneesmiddelen ten opzichte van de overige msz. Bovendien staat het haaks op de gewenste integrale benadering van zorg. Het instellen van, en het vasthouden aan, een plafond voor de uitgaven aan geneesmiddelen binnen het msz-kader zou wél een oplossing kunnen zijn en dat is nu al mogelijk. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten afstappen van de huidige volumevrije vergoeding. Om de toegankelijkheid van geneesmiddelen vervolgens te borgen is het noodzakelijk dat partijen in staat zijn om een redelijke prijs af te dwingen bij de fabrikant, zodat het plafond niet voortijdig wordt bereikt. Maatregelen vanuit de centrale overheid zijn hiervoor onmisbaar. De meeste focus zou daarom op aanbeveling 5 moeten liggen.

5. Bepaal vanuit de politiek de juiste balans tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in relatie tot andere msz en stel partijen in staat om deze balans te bewaren.

Het is hoog tijd dat er een politieke en maatschappelijke discussie gevoerd wordt of het terecht is dat de toegankelijkheid van geneesmiddelen zwaarder weegt dan die van andere medisch-specialistische zorg. En wanneer vinden we de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen in balans? Om meer grip te kunnen krijgen op de uitgaven, moeten we meer grip krijgen op de geneesmiddelenprijzen. Een route daarnaartoe kan zijn:

- a Bepaal met elkaar wat we een maatschappelijk verantwoorde en dus redelijke prijs vinden.
- b Zorg ervoor dat (overheids)partijen deze prijs daadwerkelijk kunnen afdwingen bij de farmaceutische industrie. Wees als maatschappij bereid om nee te zeggen tegen een geneesmiddel waarvan de prijs onredelijk hoog is, zodat we met dat geld zorg kunnen betalen die wél doelmatig is.
- c Organiseer dat de effectiviteit van zorg, inclusief geneesmiddelen, structureel, onafhankelijk, open source en met zo min mogelijk administratieve lasten wordt geregistreerd door ziekenhuizen.

Wij adviseren daarom de minister werk te maken van alle aanbevelingen die er al zijn gedaan, doelen te stellen aan de uitgavenontwikkeling en een balans te creëren tussen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen en daarmee de zorg als geheel. Recent zijn de Autoriteit

Consument en Markt, het Zorginstituut, het ministerie van VWS en de NZa gestart met het opstellen van een gezamenlijke werkagenda met als doel meer grip te krijgen op geneesmiddelenprijzen.

Uitgaven medisch-specialistische zorg

Totale uitgaven

De msz uitgaven stegen tot 2020 elk jaar. Als gevolg van de COVID-19 pandemie daalde de totale msz uitgaven van € 23,9 miljard in 2019 naar € 22,8 miljard in 2020 (-4,7%). Dit is exclusief de COVID-19 meerkosten en continuïteitsbijdragen regelingen (hierna: covidregelingen). Naar verwachting van de zorgverzekeraars zijn de msz uitgaven inclusief covidregelingen ongeveer € 25,1 miljard. Dit is een stijging van 4,9%.

Terwijl de uitgaven aan de overige msz als gevolg van de COVID-19 pandemie een daling lieten zien, werd er in 2020 opnieuw weer meer uitgegeven aan dure geneesmiddelen. De uitgaven aan dure geneesmiddelen zijn in 2020 met 7,7% gestegen ten opzichte van 2019 naar €2,5 miljard: een hogere toename dan in het jaar ervoor.

Tabel 1: Uitgavenontwikkeling msz en dure geneesmiddelen (dgm)

	2016	2017	2018	2019	2020*	2021**
Totale msz gedeclareerd mln euro ¹	€22.175	€22.225	€23.379	€24.339	€23.050	-
Nog te betalen/verrekenen totale msz uitgaven mln euro***	-€308	€103	-€314	-€435	-€277	-
Totale msz uitgaven na verrekening (incl. dgm en excl. covidregelingen) mln euro	€21.867	€22.327	€23.064	€23.923	€22.773	€25.427
Totale msz uitgaven na verrekening (incl. dgm en covidregelingen) mln euro	-	-	-	-	€25.087	€26.219
Totale uitgaven dgm mln euro	€1.964	€2.095	€2.305	€2.505	€2.635	
Nog te betalen/verrekenen dgm uitgaven mln euro***	-€80	-49	-78	-180	-131	-
Totale uitgaven dgm na verrekening mln euro	€1.884	2.046	2.227	2.325	2.504	2.711
Toename uitgaven dgm	6,1%	8,6%	8,8%	4,4%	7,7%	8,3%
Aandeel uitgaven dgm in msz (excl. covid regelingen)	8,6%	9,2%	9,7%	9,7%	11%	10,7%
Toename totale uitgaven msz (excl. dgm en covidregelingen)	7,9%	1,5%	2,7%	3,6%	-6,1%	12,1%
Toename totale uitgaven msz (incl. dgm en excl. covidregelingen)	7,8%	2,1%	3,3%	3,6%	-4,7%	11,7%
Toename totale uitgaven (incl. dgm en covidregelingen)	-	-	-	-	4,9%	4,5%

Bron: Vektis, zorgcijfersdatabank, GIPdatabank

* voorlopige cijfers

** voorlopige cijfers (verwachte uitgaven)

¹ De kostendefinitie van de totaal gedeclareerde msz sluit aan bij de rubrieken indeling van de jaar- en kwartaalstaten; rubriek '06 Medisch-specialistische zorg' in de jaar- en kwartaalstaten. De verzekeraars leveren de jaar- en kwartaalstaten data aan bij het ZIN. Het ZIN controleert en corrigeert deze cijfers.

*** verrekening:

- *Betalingen door zorgverleners (ziekenhuizen) aan zorgverzekeraars op grond van gemaakte contractafspraken (verrekening achteraf op basis van andere andere gerealiseerde volumes)*
- *Betalingen door fabrikanten/leveranciers (via een 'trusted third party') aan zorgverzekeraars op grond van kortingsafspraken tussen het ministerie van VWS en fabrikanten/leveranciers (verrekening achteraf op grond van gerealiseerde volumes)*
- *Raming van nog te verwachten declaraties*

Zorgverzekeraars verwachten dat de totale uitgaven aan msz (inclusief covidregelingen) in 2021 stijgen naar ongeveer € 26,2 miljard, 4,5% hoger dan in 2020. Exclusief dure geneesmiddelen en de covidregelingen is de verwachte groei 12,1%. De verwachte groei van de dure geneesmiddelen uitgaven bedraagt 8,3%. Het verwachte aandeel dure geneesmiddelen in de totale msz uitgaven (exclusief covidregelingen) daalt daardoor licht naar 10,7%.

Uitgaven msz in het licht van het hoofdlijnenakkoord msz 2019-2022

In juni 2018 is het HLA msz 2019–2022 gesloten. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en het ministerie van VWS hebben daarin afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek, de arbeidsmarkt en werkomstandigheden, regeldruk en financiële randvoorwaarden. Kern van het akkoord is dat de toekomstige zorgvraag moet worden opgevangen met een beperkte volumegroei: jaarlijks moet de groei afnemen. In 2022 is afgesproken dat de zorgkosten niet mogen toenemen ten opzichte van het voorgaande jaar (0% groei).

Voor 2020 en 2021 is afgesproken dat in de afrekening van bestuurlijke akkoorden alleen reguliere uitgaven voor zorg aan patiënten meelopen. Meerkosten gerelateerd aan COVID-19 en continuïteitsbijdragen worden dus niet meegeteld en zijn uitgezonderd van de regelgeving omtrent het macrobeheersinstrument. De totale uitgaven die relevant zijn voor het HLA, verschillen van de totale uitgaven zoals deze gepresenteerd worden in de tabel 1. Dit is te verklaren doordat er in de akkoorden bestuurlijke afspraken gemaakt worden over wat wel en niet meegeteld moet worden. Deze afspraken kunnen over verschillende periodes van de akkoorden ander uitpakken. Daarom kan men de meting van de over- of onderschrijding van de afgesproken HLA-kaders alleen goed binnen één jaar vergelijken.

In 2018 was er sprake van een overschrijding van 0,8% van de afgesproken macrokaders. Er is nog geen besluit genomen over de inzet van het macrobeheersinstrument om de overschrijding te redresseren. Over 2019 is (voorlopig) sprake van een kleine onderschrijding van het macrokader. In 2020 is de invloed van de COVID-19 pandemie duidelijk zichtbaar in een stijging van de kosten. Omdat er is afgesproken dat de continuïteitsbijdragen en de COVID-19 gerelateerde meerkosten niet meelopen in de afrekening van het akkoord, is er (voorlopig) sprake van een onderschrijding van 7,6%. In 2021 is, op basis van zeer voorlopige cijfers en exclusief COVID-19 gerelateerde uitgaven, sprake van een overschrijding van 0,6%.

Bijlage 1 bestaat uit een uitgebreide uiteenzetting van de uitgaven aan medisch specialistische zorg met gedetailleerde analyses over onder andere geneesmiddelen.

Ontwikkeling per diagnose

Patiëntenaantallen

Als gevolg van COVID-19 was het niet mogelijk om alle (reguliere) zorg te leveren. Een deel van de planbare en minder acute zorg werd uit- of afgesteld. Deze invloed van COVID-19 is te zien in de cijfers. In 2020 zijn in totaal 7,2% minder patiënten behandeld in de msz dan in 2019. De afname van het aantal behandelingen is bij alle diagnosegroepen zichtbaar. De grootste daling is te zien bij de diagnosegroepen ademhalingswegen, letsel, aandoeningen van het bewegingsapparaat en zenuwstelsel en zintuigen. Het totale aantal patiënten is hier gemiddeld over het hele jaar tussen de 10% en 13% gedaald. De afschaling van zorg, met een piek rond april 2020, is ook bij alle type instellingen van msz terug te zien. Door minder doorverwijzingen naar de tweede lijn zijn er in deze periode minder patiënten behandeld.

In de umc's is het aantal behandelde patiënten na april 2020 weer opgeklimmen naar het 3-jaars gemiddelde. Bij algemene en categorale ziekenhuizen is het aantal patiënten in het laatste kwartaal van 2020 lager dan het gemiddelde van de voorgaande jaren.

Uitgaven

Het grootste deel van de totale msz uitgaven werd besteed aan de behandeling van nieuwvormingen, voor aandoeningen aan het hart vaatstelsel, en in mindere mate ook aan aandoeningen van het bewegingsapparaat en aan aandoeningen aan het zenuwstelsel en de zintuigen. Net als in 2019, omvatten deze vier groepen bij elkaar 52% van de totale uitgaven (exclusief meerkostenregeling en continuïteitsbijdrage).

Dure geneesmiddelen

De totale uitgaven aan dure geneesmiddelen bedroegen na verrekening € 2,504 miljard in 2020 en zijn 7,7% hoger dan in 2019. De COVID-19 pandemie heeft geen zichtbaar effect op de uitgaven aan dure geneesmiddelen gehad. Door de forse daling van de uitgaven aan de overige msz (exclusief COVID-19 gelden) is het aandeel dure geneesmiddelen in de uitgaven van de totale msz sterk gestegen, van 9,7% in 2019 naar 11% in 2020. Naar verwachting daalt dit aandeel in 2021 door een opleving van de uitgaven aan overige msz. In de jaren daarna zal de trend zich waarschijnlijk herstellen en het aandeel weer gaan groeien. In de enquête voor deze monitor geven zorgaanbieders desgevraagd aan een gemiddeld aandeel voor dure geneesmiddelen van 10,3% in 2022 te verwachten; umc's geven een gemiddelde op van 19,6% en algemene ziekenhuizen een gemiddelde van 9,4%.

Daarbij merken wij op dat in de analyse alleen de directe kosten van add-ongeneesmiddelen zijn weergegeven. Bij veel dure geneesmiddelen worden ook hoge bijkomende kosten gemaakt, zoals (lange) klinische opnames.

Uitgavenstijging door hoge behandelkosten

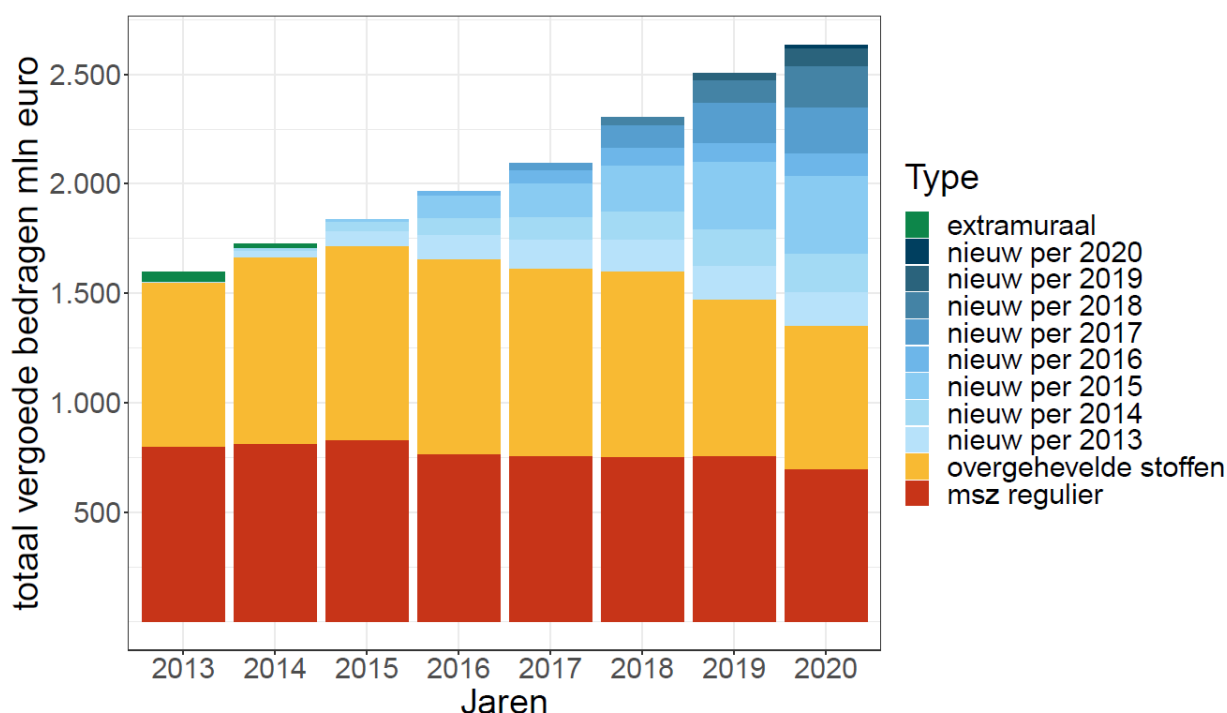
De uitgavenstijging van intramurale geneesmiddelen, met als gevolg de toename van kosten voor medisch-specialistische zorg, wordt in belangrijke mate veroorzaakt door nieuwe geneesmiddelen. In deze paragraaf lichten wij de aspecten die hieraan ten grondslag liggen toe:

- 1 Het gebruik van nieuwe duurdere geneesmiddelen neemt toe
- 2 Concurrentie remt de uitgavenstijging onvoldoende
- 3 De behandelkosten voor nieuwe geneesmiddelen worden elk jaar hoger

Groeiend gebruik nieuwe geneesmiddelen

Bijna de helft van de totale uitgaven aan add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren wordt besteed aan geneesmiddelen die tussen 2013 en 2020 nieuw zijn geïntroduceerd (figuur 1). De uitgaven aan deze nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen nemen na introductie substantieel toe. Figuur 2 laat zien dat voor deze geneesmiddelen nauwelijks sprake is van concurrentie op stofnaam. Slechts 0,13% van de uitgaven in 2020 zijn besteed aan nieuwe geneesmiddelen met concurrentie. Het aanbod van nieuwe geneesmiddelen zonder concurrentie en het aantal patiënten dat deze geneesmiddelen gebruikt wordt steeds groter. Dit, in combinatie met steeds hogere prijzen, zorgt ervoor dat de uitgaven aan deze geneesmiddelen binnen vier jaar bijna verdrievoudigd zijn, van € 486 mln. in 2017 naar € 1.277 mln. in 2020.

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



Bron: Vektis, GIPdatabank.

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

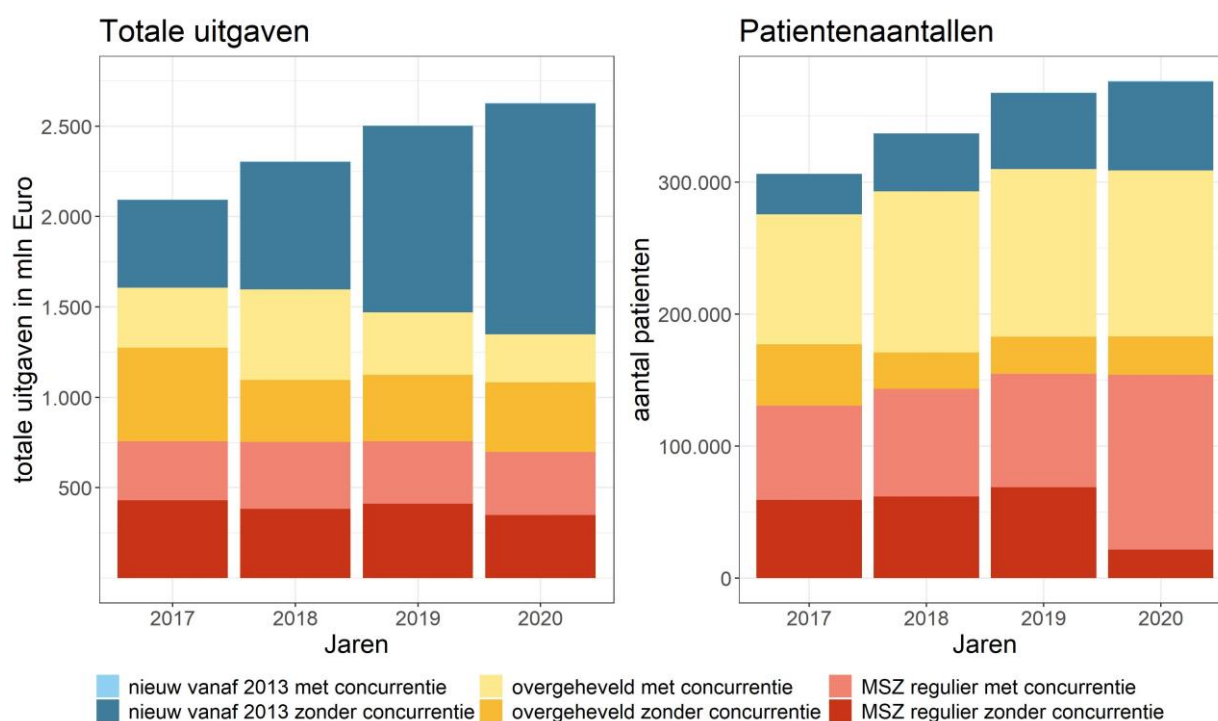
Concurrentie remt de uitgavenstijging onvoldoende

Figuur 1 laat zien dat de uitgaven aan overgehevelde en msz geneesmiddelen de afgelopen jaren is gedaald. In figuur 2 is te zien dat binnen deze groepen steeds meer patiënten zijn behandeld met geneesmiddelen waarvoor concurrentie op stofnaam aanwezig is, terwijl de uitgaven aan deze categorie geneesmiddelen is gedaald. Als gevolg van concurrentie zijn de uitgaven per patiënt dus gedaald.

Daartegenover staat dat de groep 'nieuw vanaf 2013' met 15% van de totale aantal patiënten zorgt voor bijna de helft van de totale uitgaven.

De groep 'nieuw vanaf 2013' bevat bijna alleen maar geneesmiddelen zonder concurrentie op stofnaam. Het ontbreken van concurrentie, de toename van het aantal beschikbare geneesmiddelen die voor een steeds hogere prijs worden aangeboden en de toename van het aantal patiënten dat hiermee wordt behandeld, zorgt voor stijgende uitgaven. De mate waarin de uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen zonder concurrentie stijgen staat niet in verhouding tot de mate waarin concurrentie bij andere geneesmiddelen zorgt voor uitgavenverlaging. Daarnaast is de potentiële besparing door concurrentie ook beperkt, omdat de uitgaven aan geneesmiddelen met concurrentie in de loop van de tijd stabiliseren. Daarom blijven de uitgaven op totaalniveau stijgen en kan de concurrentie de uitgavenstijging niet voldoende remmen.

Figuur 2. Totale uitgaven (mln. €) en patiëntaantallen dure geneesmiddelen naar ontstaans- en concurrentietype per jaar



Bron: Vektis.

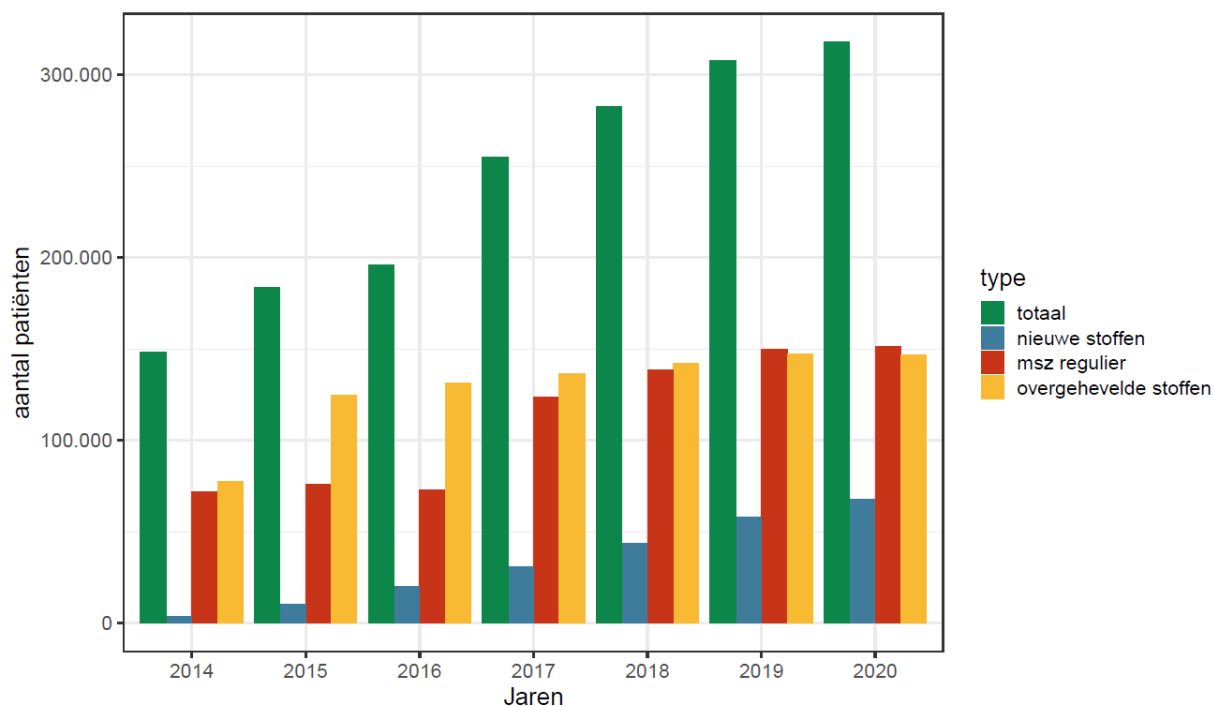
Toename gebruik nieuwe duurdere geneesmiddelen door indicatie uitbreidingen en stijgend aantal nieuwe middelen

Het aantal patiënten dat medicamenteus wordt behandeld is tussen 2013 en 2020 sterk gestegen, van ruim 128 duizend naar bijna 318 duizend (zie figuur 3). Er zijn meer geneesmiddelen toegelaten tot de markt. Zo waren er 170 geneesmiddelstoffen zonder concurrentie in 2017 en zijn er binnen 3 jaar 49 nieuwe geneesmiddelstoffen bij gekomen, vooral oncolytica. Daarnaast wordt een deel van de stijgende patiënten aantallen veroorzaakt door beleidswijzigingen in 2015 en 2017, terwijl dat in werkelijkheid niet per se tot een wijziging van het werkelijke aantal patiënten heeft geleid. In bijlage 1 wordt hier meer aandacht aan besteed.

Het is gebruikelijk dat een fabrikant een geneesmiddel voor één of een beperkt aantal indicatie(s) (geselecteerde patiëntenpopulatie) op de markt brengt voor een bepaalde prijs en in de jaren erna meer indicaties laat registreren. Hierdoor kunnen andere, en dus meer, patiënten worden behandeld en ontstaat er een grotere afzetmarkt. Volgens ons leidt dit echter zelden tot een aanpassing (verlaging) van de oorspronkelijke vraagprijs. De totale uitgaven aan deze geneesmiddelen stijgen hierdoor. Dit effect is zichtbaar in figuur 1: de uitgaven van de categorie 'nieuw per XXXX' groeien sterk over de jaren. In de Horizonscan van het Zorginstituut wordt bijvoorbeeld voor het middel axicabtagene ciloleucel een uitgavenstijging van € 200 miljoen verwacht als gevolg van indicatie uitbreiding.

Het grootste deel van de uitgaven wordt gedaan aan oncolytica. Nieuwe oncolytica worden meestal geïntroduceerd als nieuwe behandelmogelijkheid, wanneer er geen andere behandelingen mogelijk zijn. Hierdoor kunnen patiënten, die anders mogelijk uitbehandeld waren, alsnog behandeld worden. Hierdoor stijgt het aantal patiënten dat wordt behandeld met geneesmiddelen, wat weer zorgt voor een stijging van de geneesmiddelenuitgaven. Nieuwe behandelingen kunnen ook bestaande behandelingen vervangen. Als deze duurdere behandelingen de goedkopere behandelingen vervangen, dan zorgt dit ook voor een uitgavenstijging.

Figuur 3. Unieke aantal patiënten per type geneesmiddel per jaar



Bron: Vektis.

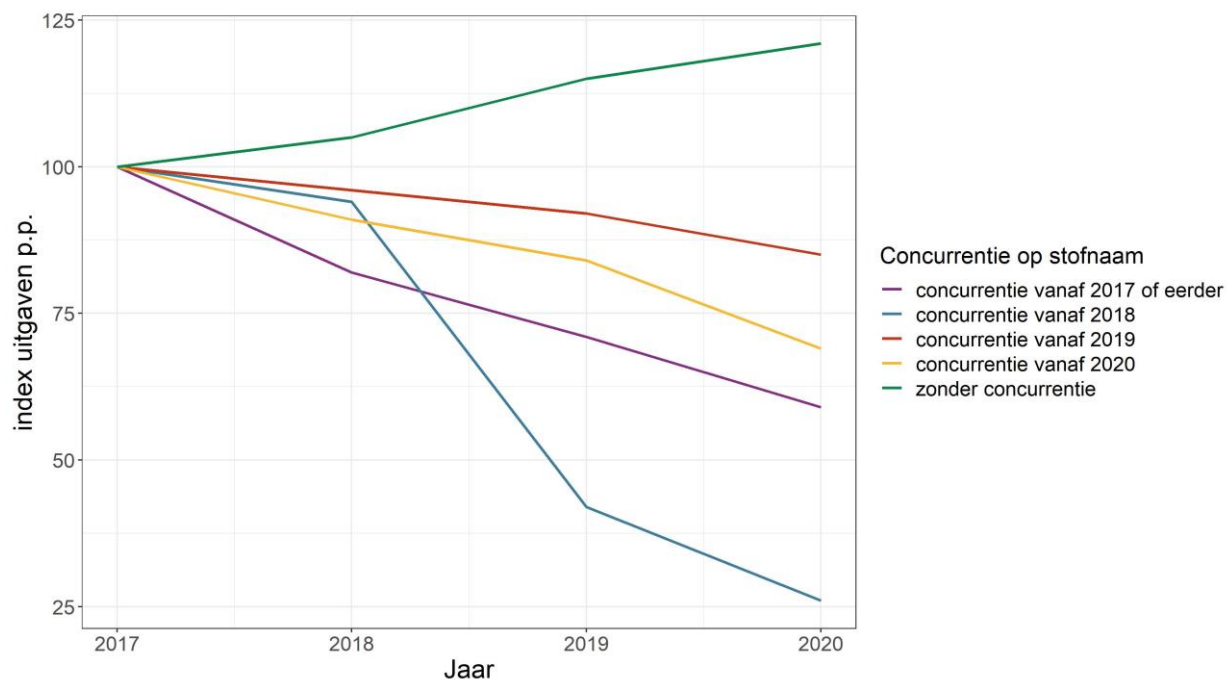
Hogere behandelkosten nieuwe geneesmiddelen

In figuur 4 is te zien dat de uitgaven per patiënt van geneesmiddelen zonder concurrentie ieder jaar stijgen: tussen 2017 en 2020 zijn deze uitgaven 21% gestegen. Voor deze groep geneesmiddelen worden dus ieder jaar gemiddeld genomen hogere prijzen gevraagd. De uitgaven per patiënt voor de groepen geneesmiddelen met concurrentie daarentegen dalen ieder jaar. Figuur 5 laat zien dat de uitgaven per patiënt van de groep nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen gemiddeld in 2020 ruim 4 keer hoger zijn dan van de groepen 'msz-regulier' of 'overgehevelde stoffen'. De groep van nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen bestaat bijna volledig uit geneesmiddelen zonder concurrentie. In

2020 bedroegen de kosten per patiënt voor nieuwe geneesmiddelen ('nieuwe stoffen') gemiddeld € 18,9 duizend. Tabel 5 (bijlage 1) laat zien dat 7 van de 10 geneesmiddelen met de hoogste uitgaven per unieke patiënt in 2020 'nieuw per XX' en zonder concurrentie zijn.

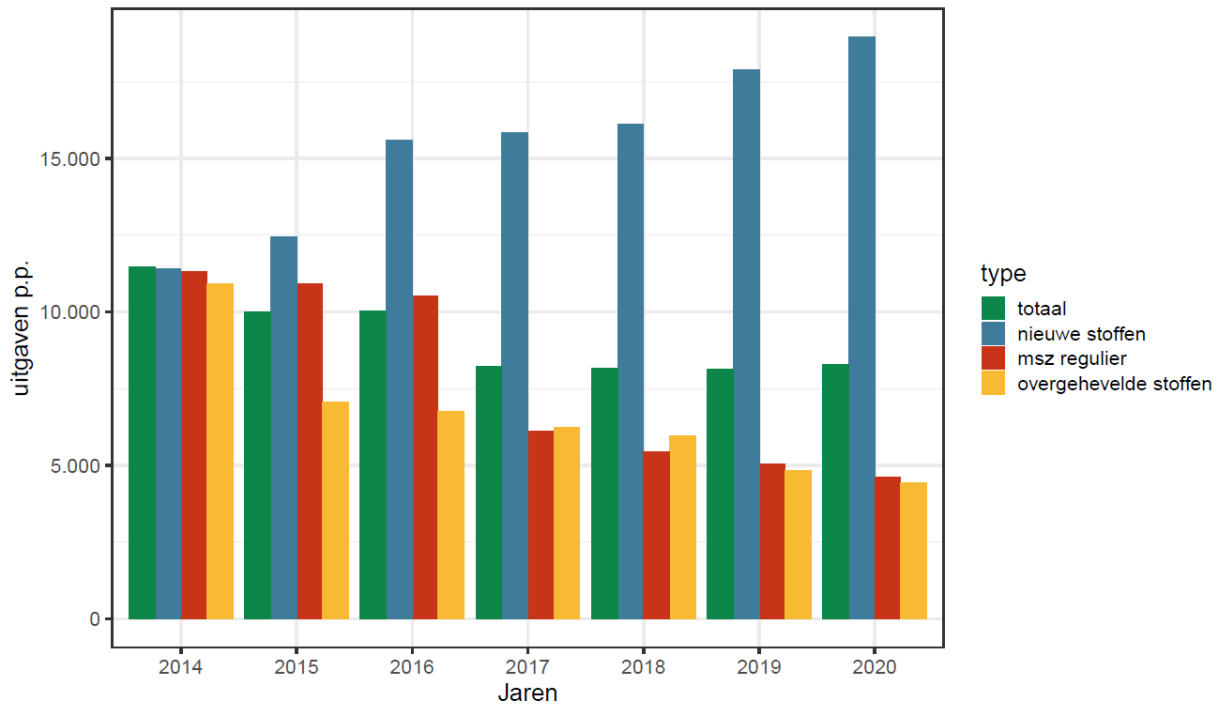
Voor 'msz-regulier' en 'overgehevelde' geneesmiddelen bestaat er voor een substantieel deel concurrentie. De gemiddelde uitgaven voor deze twee groepen geneesmiddelen waren in 2020 respectievelijk € 4,6 duizend (msz-regulier) en € 4,4 duizend (overgeheveld).

Figuur 4. Ontwikkeling van uitgaven per patiënt per jaar (t.o.v. 2017) voor geneesmiddelstoffen met en zonder concurrentie



Bron: Vektis.

Figuur 5. Uitgaven per unieke patiënt per type geneesmiddel



Bron: Vektis.

Effect prijsonderhandeling

Ministerie van VWS met fabrikanten

De Minister van VWS sluit sinds 2012 financiële arrangementen met geneesmiddelenfabrikanten met als doel de allerduurste geneesmiddelen op financieel verantwoorde wijze in het basispakket beschikbaar te stellen voor patiënten. In 2020 waren er voor 21 intramurale add-ongeneesmiddelen financiële arrangementen actief. Zonder afsluiting van deze arrangementen zouden de uitgaven in 2020 voor deze geneesmiddelen € 807,8 miljoen (excl. BTW) zijn geweest. De totale uitgaven verlaging van de financiële arrangementen bedraagt € 383,2 miljoen (excl. BTW), gemiddeld genomen is er in 2020 dus een korting van circa 47,4% behaald op de intramurale add-ongeneesmiddelen in de financiële arrangementen.

Omdat de criteria voor financiële arrangementen openbaar zijn, kunnen leveranciers de vraagprijs met het oog op deze arrangementen strategisch bepalen. Of en in hoeverre dit gebeurt, hebben wij geen zicht op.

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

	2016	2017	2018	2019	2020
Intramurale geneesmiddelen	25,1	73,3	149,7	284,4	383,2
Extramurale geneesmiddelen	82,2	61,8	119,9	155,5	205,2
Totale uitgavenverlaging	107,3	135,1	269,6	439,9	588,4

Bron: kamerbrief 3294709-1021568-GMT

Tussen 2016 en 2020 is het aantal aan (intramurale) financiële arrangementen toegenomen, van 19 (waarvan 5 intramurale) arrangementen in 2016 naar 31 (waarvan 21 intramurale) arrangementen in 2020. De totale uitgavenverlaging is hiermee ook toegenomen van € 107 miljoen naar € 588,4 miljoen (excl. BTW).

Ziekenhuizen met fabrikanten en met zorgverzekeraars

Zoals in eerdere jaren kijken we ook in de huidige monitor naar de marges die ziekenhuizen in de onderhandeling met de farmaceutische bedrijven enerzijds en met de zorgverzekeraar anderzijds weten te halen. Hiervoor berekenen wij het verschil tussen het NZa maximumtarief en de inkoopprijs (onderhandel marge met farmaceut) en tussen de contractprijs en de netto inkoopprijs van een geneesmiddel (onderhandel marge met zorgverzekeraar).

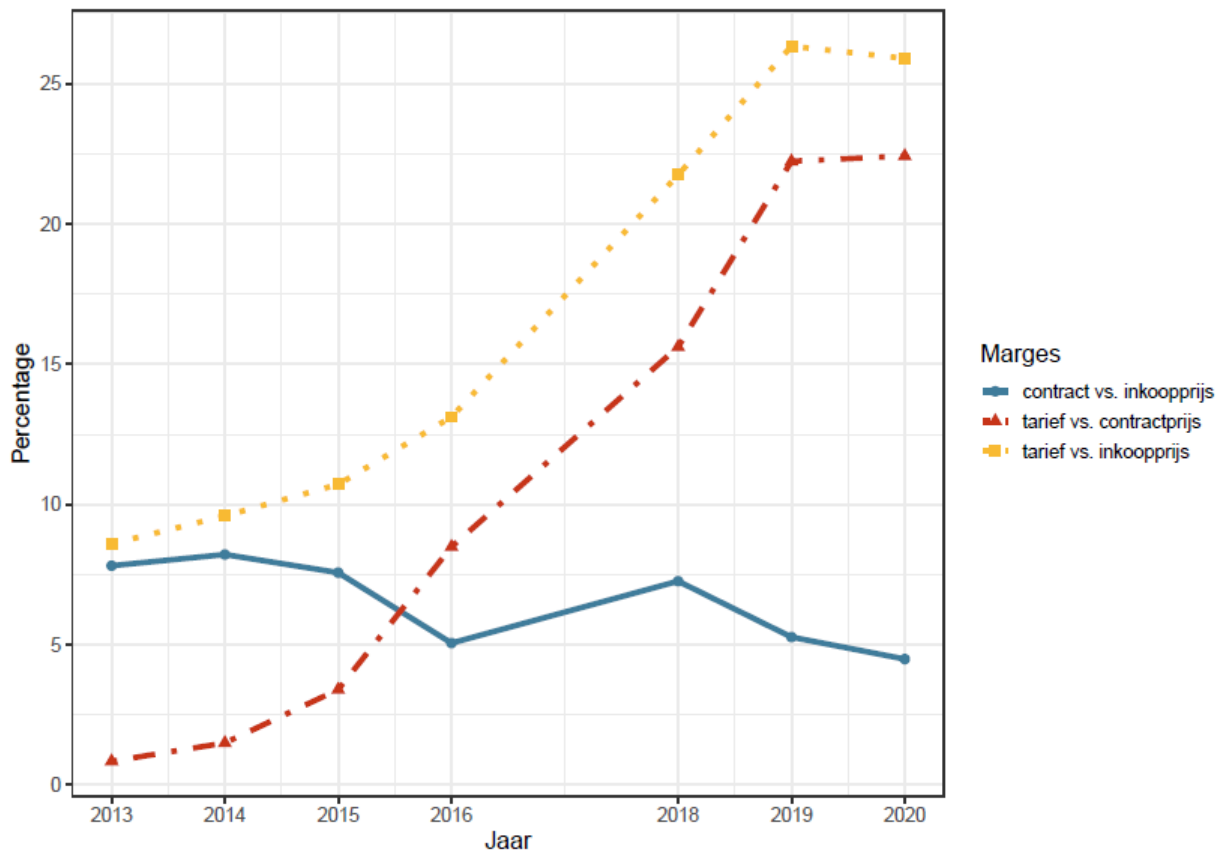
In 2020 wordt hierbij een duidelijk trendbreuk zichtbaar, waarbij de onderhandel marge met de farmaceut (gele stippenlijn) voor het eerst licht daalt naar 25,9% (figuur 6). Omdat het NZa maximumtarief over de jaren heen niet sterk verandert, is het aannemelijk dat deze verandering het gevolg is van minder grote kortingen van de farmaceut aan ziekenhuizen.

Het onderhandelresultaat van de ziekenhuizen met de zorgverzekeraars (blauwe lijn) is twee jaar op rij afgenomen tot 4,5% in 2020. Daarmee zet de trend zich voort waarbij de contractprijs dichterbij de netto inkoopprijs te liggen komt en wordt dus het verschil kleiner tussen de prijs waarvoor het ziekenhuis de geneesmiddelen inkoop en de prijs waarvoor het ziekenhuis de geneesmiddelen verkoopt aan de zorgverzekeraar.

De rode streep-stippel lijn laat de gemiddelde ontwikkeling zien van het onderhandelresultaat van de zorgverzekeraar met het ziekenhuis; het verschil tussen de prijs die een zorgverzekeraar maximaal mag vergoeden (NZa-maximumtarief) aan een ziekenhuis in vergelijking met de prijs die hij daadwerkelijk vergoedt aan het ziekenhuis (contractprijs). Met 22% is dit onderhandelresultaat in 2020 min-of-meer gelijk gebleven. In combinatie met een licht gedaalde gele en blauwe lijn blijft de trend - dat een groeiend aandeel van het onderhandelresultaat van het ziekenhuis met de farmaceut bij de zorgverzekeraars belandt - in 2020 dus gehandhaafd. Zij het in mindere mate dan de jaren hiervoor. Dit beeld wordt ook in een interview bevestigd, waarin aangegeven werd dat de zorgverzekeraars door hun voortschrijdende inzicht in de geneesmiddelmarkt steeds scherper in kunnen kopen.

Tegelijkertijd groeit het aandeel van de geneesmiddelen waar geen concurrentie voor bestaat in de totale productiewaarde (59% in 2018 en 77% in 2020). Een groeiend deel hiervan belandt in de sluis (12,3 procentpunt van de 59% in 2018 en 37,6 procentpunt van de 77% in 2020), over dit deel wordt door VWS prijsonderhandelingen met de farmaceut gevoerd. Hierdoor kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over een steeds kleiner deel goed onderhandelen met de fabrikant. De onderhandelresultaten van de onderhandelingen door VWS vloeien direct naar de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn op hun beurt niet verplicht deze gelden te gebruiken voor dure geneesmiddelen, maar kunnen deze bijvoorbeeld ook inzetten om de premie voor de basisverzekering te verlagen. In de bijlage wordt hier meer aandacht aan besteed.

Figuur 6. Onderhandelresultaten op totaalniveau



Bron: Vektis, NZa kostprijsmodel.

Dat ziekenhuizen als geheel kortingen onderhandelen bij de farmaceut betekent niet dat dit voor alle type geneesmiddelen van toepassing is. Daarnaast betekent dit ook niet dat de ziekenhuizen altijd winst maken op geneesmiddelen. Uit de enquêteresultaten van dit jaar blijkt dat ruimt 60% van de ziekenhuizen nacalculatieafspraken maakt op basis van de netto inkoopprijs. Het ziekenhuis krijgt dan vanuit de zorgverzekeraar hetzelfde bedrag vergoed als dat zij betaald hebben. Andere ziekenhuizen maken nacalculatieafspraken op basis van een afgesproken contractprijs. Deze contractprijs kan wel hoger liggen dan de netto inkoopprijs. In dat geval geven ziekenhuizen aan de onderhandelresultaten met name te gebruiken om andere dure geneesmiddelen en overige msz te financieren. De marge op geneesmiddelen kan als noodzakelijk gezien worden, wanneer op de overige msz scherp(er) onderhandeld wordt.

Contractering

Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste bevindingen van de contractering voor 2022. De bevindingen zijn gebaseerd op een analyse van het zorginkoopbeleid msz 2022, de interviews en de ingevulde enquête door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zie voor een verdere beschrijving van de methode bijlage 4, bronnen en methode.

Zorginkoopbeleid 2022

Elk jaar publiceren zorgverzekeraars op 1 april het zorginkoopbeleid medisch-specialistische zorg. In dit inkoopbeleid worden de diverse thema's voor zorginkoop besproken, de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van het vorige beleid gepresenteerd en de procesmatige afspraken weergegeven.

Wat ons opvalt is dat passende zorg in het inkoopbeleid 2022 steeds vaker is benoemd als belangrijk thema (in het inkoopbeleid van 2023 wordt passende zorg door alle zorgverzekeraars genoemd). Het grote verschil tussen de grotere zorgverzekeraars en de kleinere zorgverzekeraars is de inhoud en de diepgang van het inkoopbeleid. De nuance ligt in de concreetheid van doelen die zij stellen. Zie voor een verdiepende analyse bijlage 3.

Contracteerproces

Contracteerproces ziekenhuizen

Landelijke regeling

Net als het afgelopen jaar heeft de COVID-19 veel invloed gehad op de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (figuur 16 en 18, bijlage 2). Partijen geven aan dat het contracteerproces ook dit jaar vertraging heeft opgelopen. Belangrijke reden hiervoor is niet alleen de lopende discussies over uitgestelde zorg, maar ook de onzekerheid over het toezeggen en de inhoud van een nieuwe landelijke regeling. Pas eind december 2021 waren de afspraken tussen de NFU, NVZ en ZN op hoofdlijnen bekend. Veel partijen geven aan dat de individuele afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars pas afgerond konden worden, nadat de regeling de onzekerheid over de financiële gevolgen van COVID-19 had weggenomen. Voor ziekenhuizen was het van groot belang of er in de regeling sprake van een vangnet zou zijn. Zolang daar geen duidelijkheid over bestond wilden sommige ziekenhuizen nog geen contractafspraken maken. Veel onderhandelakkoorden zijn daardoor pas in de laatste weken van 2021 gesloten. De vertraging gold overigens niet voor alle onderhandelingen. Sommige ziekenhuizen en zorgverzekeraars konden al wel tot afspraken komen voordat de regeling definitief was.

Onduidelijkheid over zorgvraag

Zorgverzekeraars geven aan dat het voor hen lastig was om een goede inschatting te maken van de zorgvraag voor 2022 en de bijbehorende kosten, omdat de realisatiecijfers (veel) minder voorspellende waarde hadden dan in de 'reguliere' jaren. Ook voor ziekenhuizen was dit vaak moeilijk. Zo gaf een ziekenhuis aan dat de eigen verwachtingen, opgesteld in de zomer van 2021, in het najaar van 2021 alweer waren achterhaald. Dit leidde tot continue bijsturing in de onderhandelingen. Ziekenhuizen hadden een grote behoefte aan financiële zekerheid rondom de kosten die het behandelen van COVID-19 patiënten met zich meebrengen. De focus van veel gesprekken tussen zorgverzekeraars en

ziekenhuizen was dan ook het maken van financiële afspraken. Afspraken over onderwerpen als de juiste zorg op de juiste plek en de inzet van transformatiegelden kregen minder tot geen aandacht.

Ervaringen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Partijen kijken verschillend terug op de inhoud van de onderhandelingsgesprekken. Veel ziekenhuizen ervaren dat de verschillen tussen zorgverzekeraars en de wijze van onderhandelen groter worden. Een deel van de zorgverzekeraars erkent, volgens deze ziekenhuizen, de problematiek van een verminderde investeringsruimte en biedt om die reden mogelijkheden voor afspraken voor transformatie. Andere zorgverzekeraars zouden strakker in de wedstrijd zitten en dragen geen passende, financiële voorstellen voor. Een aantal partijen geeft aan dat gesprekken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen polariseerden en verhardden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars herkennen de actuele uitdagingen en zien dezelfde stip op de horizon, maar in de onderhandelingen komt dit nog niet altijd terug. Een veelgehoord geluid is dat ziekenhuizen weinig begrip ervaren bij zorgverzekeraars voor de structurele effecten van COVID-19 en de doorvertaling naar de afspraken. Hieronder beschrijven wij een aantal positieve punten en knelpunten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars die zij hebben ervaren in het contracteerproces.

Als positieve ervaringen tijdens het afgelopen contracteerproces dragen ziekenhuizen onder meer de volgende zaken aan:

- Landelijke regeling 2022 voor COVID-19 en uitgestelde zorg was omslagpunt in moeizaam contracteerproces. Daarna zijn ziekenhuizen redelijk snel met bijna alle zorgverzekeraars tot een overeenstemming gekomen op financieel gebied.
- Een aantal zorgverzekeraars had een pragmatische opstelling rondom de doorvertaling van COVID-19.
- Er was geen discussie over de landelijke zorguitval regeling.

Zorgverzekeraars benoemden onder andere de volgende positieve punten:

- Veelal constructieve gesprekken met de meeste ziekenhuizen.
- De meeste ziekenhuizen staan open voor andersoortige afspraken met kleine zorgverzekeraars (omzetlimiet met staffelafpraak)
- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben sinds twee jaar weer bilaterale afspraken kunnen maken.

Als ervaren knelpunten in het contracteerproces geven ziekenhuizen onder meer de volgende ervaringen aan:

- Er was veel onduidelijkheid en onzekerheid over het al dan niet tot stand komen van de landelijke regeling en de inhoud daarvan. Dit zorgde voor een langere doorlooptijd van de contractering.
- Zorgverzekeraars hebben allemaal een ander proces qua beleid en het bepalen van prijslijsten. Hierdoor is het ingewikkeld om tot gelijkgerichtheid in de afspraken te komen.
- Onvoldoende toekennen van indexeringen o.b.v. prijsverhogingen door een aantal zorgverzekeraars.
- Een versraling van de onderhandelingen ten opzichte van voorgaande jaren. Het maken van financiële afspraken voerde de boventoon en de inhoud is nauwelijks aan bod gekomen.

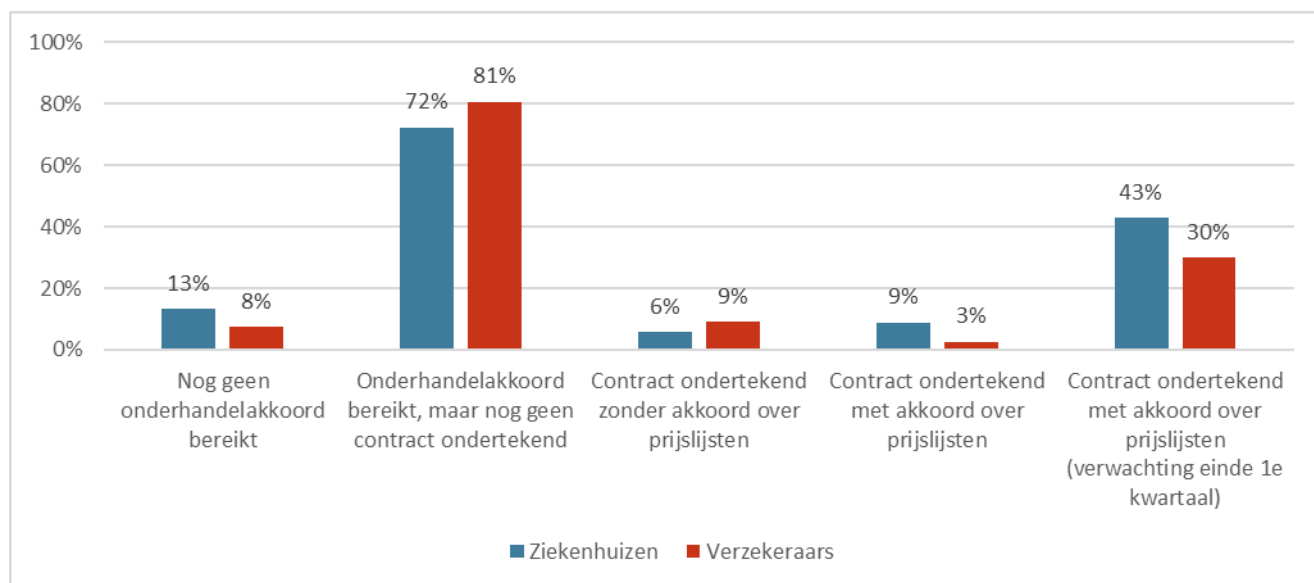
Zorgverzekeraars benoemden onder andere de volgende knelpunten in het contracteerproces:

- Er was lang onzekerheid over het al dan niet tot stand komen en de inhoud van een landelijke regeling.
- Er was beperkt zicht op reële volumes voor 2022. Daardoor was er sprake van onzekerheid omtrent de zorgvraag (volumegroei) en kostenstijgingen van ziekenhuizen.
- De starre houding van sommige grote (universitaire) ziekenhuizen en grote zelfstandige klinieken. Zie hierover meer in paragraaf 2.3.3

Stand van zaken contractering

De NZa heeft partijen gevraagd naar de stand van zaken rondom contractering (medio maart 2022). Zoals in figuur 7 beschreven, was er bij het merendeel van alle onderhandelingen een onderhandelakkoord bereikt. Er was medio maart nog maar een beperkt aantal contracten ondertekend, inclusief een akkoord op de prijslijsten. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars verwachtten daarbij echter wel dat er aan het einde van het eerste kwartaal 2022 een getekend contract zou zijn (met akkoord over de prijslijsten). De NVZ en NFU geven aan dat de vertraging in het bereiken van het onderhandelakkoord gevolgen heeft voor het indienen van declaraties door ziekenhuizen.

Figuur 7. Contractering tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (halverwege maart).



Bron: enquête onder ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Contracteerproces zelfstandige klinieken

Op het maken van afspraken voor 2022 tussen zorgverzekeraars en zelfstandige klinieken is COVID-19 ook van invloed geweest (figuur 17 en 19, bijlage 2). Zorgverzekeraars en zelfstandige klinieken kijken wisselend terug op de contractonderhandelingen. Een gedeelte van de zelfstandige klinieken geeft aan voor dit jaar meer zorg te hebben gecontracteerd. De zelfstandige klinieken geven regelmatig aan dat er meer zorgvraag was en dat ze ook nog meer zorg hadden kunnen leveren. Zorgverzekeraars geven volgens klinieken geen extra plafondruimte ondanks het bestaan van wachtlijsten door onder andere uitgestelde zorg. Daarnaast ervaren kleine en/of nieuwe zelfstandige klinieken dat het überhaupt heel lastig kan zijn om een contract te sluiten met zorgverzekeraars. Klinieken geven verder aan dat het hoofdlijnenakkoord knelt en dat zaken als inflatie en kostenstijgingen door zorgverzekeraars worden genegeerd. Hieronder beschrijven wij een aantal positieve punten en knelpunten van zelfstandige klinieken die zij hebben ervaren in het contracteerproces.

Ervaringen klinieken

Zelfstandige klinieken noemen onder meer de volgende positieve ervaringen in het contracteerproces:

- Een positieve en proactieve opstelling aan de onderhandeltafel door sommige zorgverzekeraars.
- In vergelijking met andere jaren zijn de laatste onderhandelingen redelijk soepel verlopen. Er was geduld en wederzijds begrip gezien de impact van COVID-19 op de onderhandelingen.
- Een aantal zorgverzekeraars staat open voor de verschuiving van zorg van ziekenhuizen naar klinieken en maakt daar structurele en incidentele afspraken over.

Zelfstandige klinieken noemen onder andere de volgende ervaren knelpunten in het contracteerproces:

- Een aantal zelfstandige klinieken ervaart dat de contractering voor 2022 enkel over volume- en prijsafspraken zijn gegaan. Andere thema's zijn niet tot weinig aan de orde geweest.
- Er was sprake van een vertraagd contracteerproces. Het duurde lang voordat sommige zorgverzekeraars reactie gaven waardoor het proces niet tijdig kon worden afgerond.
- Variatie tussen zorgverzekeraars over de inzet van klinieken in het zorglandschap. De ene zorgverzekeraar stimuleert structurele groei en faciliteert tegen passende prijzen, de andere zorgverzekeraar kent onvoldoende budget toe om uitgestelde zorg en groei te faciliteren.
- Er is onwelwillendheid bij sommige zorgverzekeraars om nieuwe zelfstandige klinieken te contracteren.
- Voor kleine klinieken is er weinig aandacht in het contracteerproces.

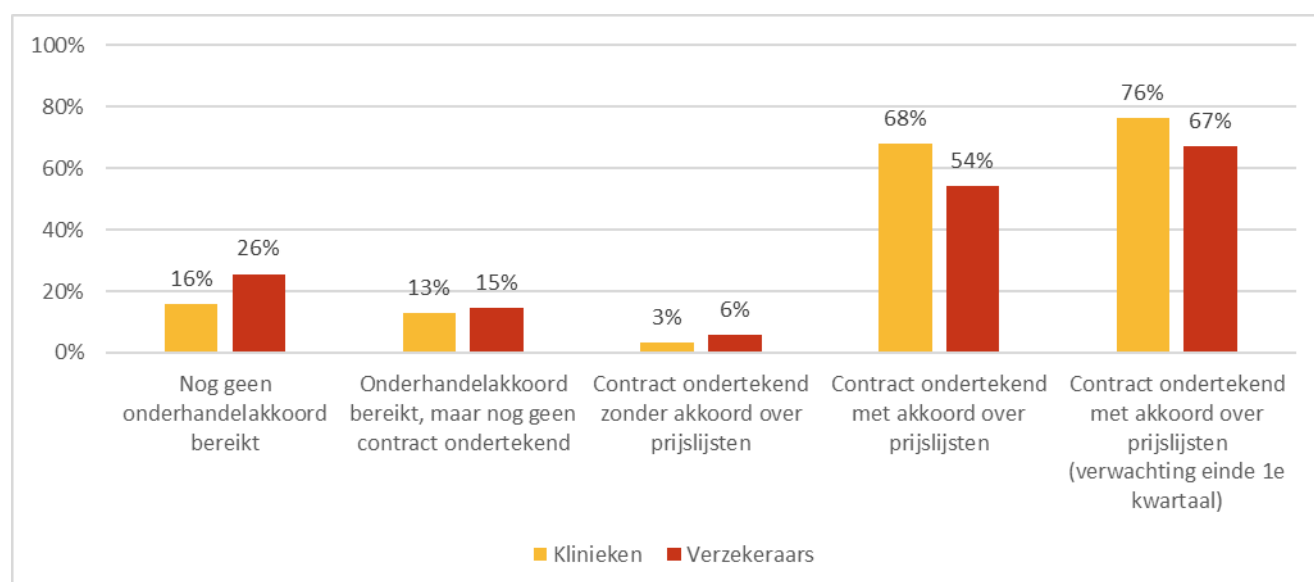
Stand van zaken contractering

De contractering van klinieken (figuur 8) liep ten in maart voor op de contractering van ziekenhuizen. Uit de antwoorden op de vragenlijst van zelfstandige klinieken blijkt dat in 68% van de onderhandelingen een contract is getekend (inclusief akkoord over de prijslijsten). Uit de antwoorden van zorgverzekeraars ontstaat het beeld dat in 54% van de onderhandelingen een contract was gesloten.

Klinieken verwachtten dat er aan het eind van het eerste kwartaal in 76% van de onderhandelingen een contract was gesloten (met akkoord over de prijslijsten). Uit de antwoorden van de zorgverzekeraars kan worden opgemaakt dat zij verwachtten aan het einde van het eerste kwartaal in 67% van de onderhandelingen een contract te hebben gesloten.

Hierbij is het goed om te benoemen dat de vragenlijst voor zelfstandige klinieken relatief vaak door de grotere klinieken is ingevuld. Hierdoor is het hier geschetste beeld mogelijk niet helemaal representatief. Ook was de response onder klinieken laag; 33 van de 136 leden van de branchevereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) hebben de enquête ingevuld.

Figuur 8. Contractering tussen zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars (halverwege maart)



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars.

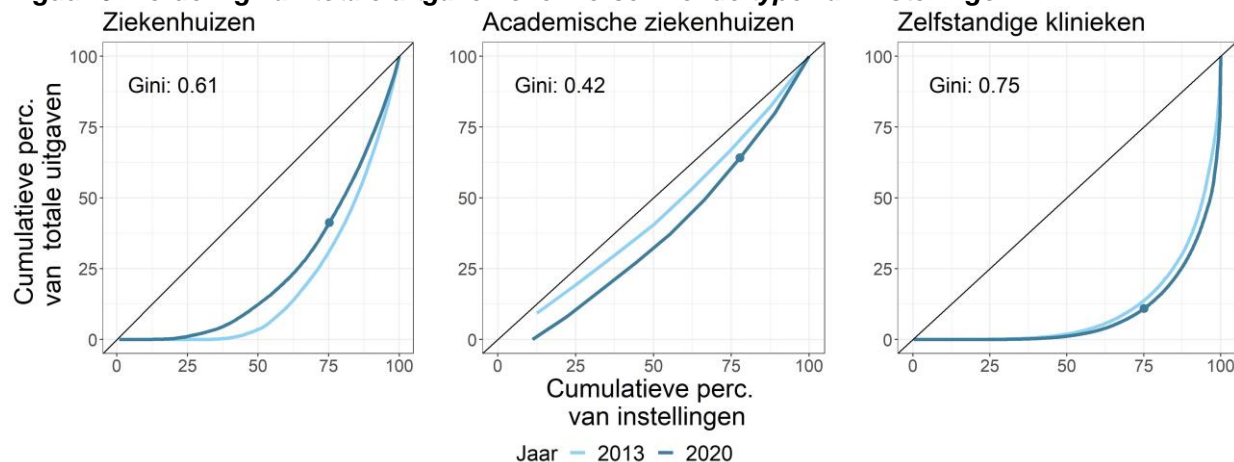
Ervaren marktpositie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat ziekenhuizen en in het bijzonder ook umc's het afgelopen jaar een sterkere onderhandelingspositie hadden. Zorgverzekeraars ervoeren weinig tot geen ruimte samen om tot afspraken te komen. Zo hielden volgens sommige zorgverzekeraars enkele ziekenhuizen stevig vast aan de prijsindex. Ook dreigden ziekenhuizen in een aantal gevallen om geen contract te sluiten. Daarnaast werden zorgverzekeraars, volgens eigen zegge, geconfronteerd met negatieve publiciteit. Volgens de NVZ was de harde onderhandelingen het gevolg van de noodzaak om de reguliere prijsstijgingen gecompenseerd te krijgen.

Veel zorgverzekeraars geven aan dat ook de onderhandelingen met een aantal zelfstandige klinieken moeizaam is verlopen. Zij ervaren dat de positie van (de grotere) zelfstandige klinieken sterker is geworden. Redenen die zorgverzekeraars hiervoor noemen zijn: het afschalen van capaciteit bij ziekenhuizen en het daardoor overhevelen naar zelfstandige klinieken en het toenemende aantal fusies onder zelfstandige klinieken. De geïnterviewde klinieken geven aan zich niet te herkennen in het beeld dat zelfstandige klinieken een sterkere positie zouden hebben. Zelfstandige klinieken geven aan dat sommige zorgverzekeraars geen extra zorg inkopen, ook niet wanneer er sprake is van een patiëntenstop en toenemende wachtlijsten.

Aan zelfstandige klinieken en ziekenhuizen is gevraagd of hun onderhandelingspositie door COVID-19 is toegenomen. 15% van de ziekenhuizen en 27% van de zelfstandige klinieken bevestigde dit. Daartegenover stond dat 5% van de ziekenhuizen en 6% van de zelfstandige klinieken juist aangaf te ervaren dat hun onderhandelingspositie door COVID-19 is afgenomen.

Figuur 9. Verdeling van totale uitgaven over verschillende type van instellingen



Bron: Vektis.

Figuur 9 laat de verdeling van de totale msz-uitgaven per type instelling zien. Hiervoor wordt de Gini-coëfficiënt gebruikt. De Gini-coëfficiënt is een statistische maatstaf van de ongelijkheid in een verdeling. In dit geval laten de figuren mate van ongelijkheid zien tussen de grote en kleine zorgaanbieders. Hierbij staat een coëfficiënt dichterbij 0 voor een gelijkere verdeling van de uitgaven over alle instellingen. Een coëfficiënt dichterbij 1 staat voor een scheve verdeling.

Kijkend naar de zelfstandige klinieken zien we dat 75% van de klinieken in 2020 maar 11% van de uitgaven declareert. Dit betekent dat 25% van de grootste zelfstandige klinieken 89% van de uitgaven heeft gedeclareerd. Hiermee is de verhouding tussen grote en kleine klinieken een stuk 'schever' dan bij algemene ziekenhuizen (25% declareert 59% van de omzet) en universitaire ziekenhuizen (25% declareert 36% van de omzet). De grootste zelfstandige klinieken zijn een stuk groter dan de meeste

andere (en dus kleinere) zelfstandige klinieken. Daarbij laat de figuur zien dat de 25% grootste klinieken in 2020 meer declareerden dan in 2013.

Thematische contractafspraken

Financiële afspraken

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars kwam naar voren dat zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen het financieel risico in de contracten voor het huidige jaar wilden verkleinen. De onderhandelingen gingen niet of nauwelijks over het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen. Dit komt deels door de onzekerheid vanwege COVID-19. Ook heeft het af- en opschalen van zorg en het verlenen van COVID-19 zorg ertoe geleid dat de productiecijfers uit de afgelopen twee jaren niet bruikbaar waren. Er was daarom geen goede indicatie van de verdere ontwikkeling van de zorgvraag en zorgkosten. Zorgverzekeraars waren genoodzaakt om de afspraken te baseren op de productiecijfers uit 2019. Verder was er extra aandacht voor prijsindexering als gevolg van inflatie, OVA, salariskosten en ziekteverzuim. Dit tezamen is van invloed geweest op de inhoud van de financiële afspraken.

Toelichting begrippen financiële afspraken

We onderscheiden de volgende drie financiële hoofdafspraken: omzetplafond, aanneemsom en volumevrije afspraken. Deze afspraken kunnen aangevuld worden met bijvoorbeeld een doorleverplicht, een vergoeding bij overschrijding (staffel) en een doelmatigheidskorting. Een korte toelichting van de afspraken is hieronder te vinden.

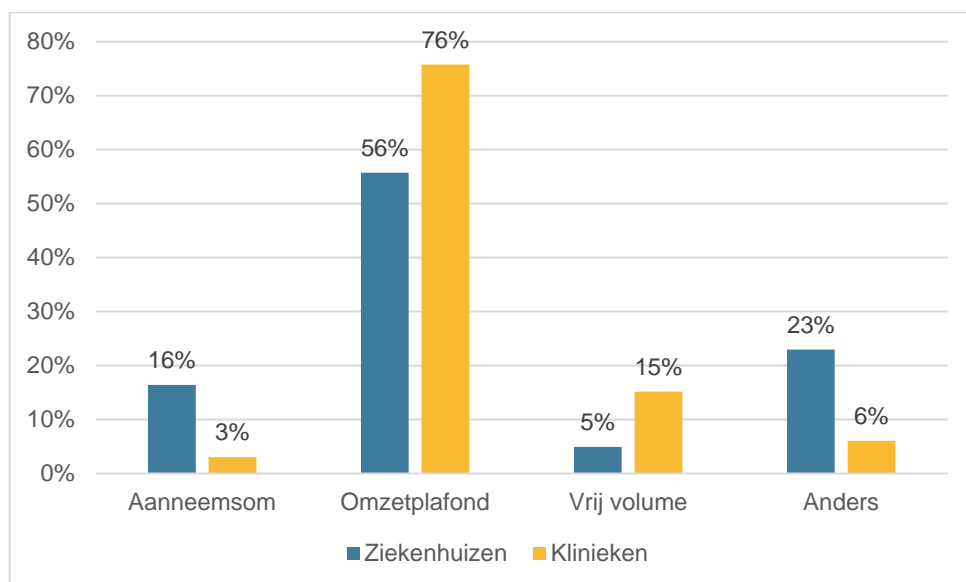
- Omzetplafond: De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct totdat een bepaald maximumbedrag, het omzetplafond, is bereikt.
- Aanneemsom: Het ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd bedrag van een bepaalde omvang. De werkelijke productie heeft in principe geen invloed op de hoogte van de aanneemsom, behalve als hier aanvullende afspraken over zijn gemaakt.
- Volumevrij: De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct tegen de onderhandelde prijs.
- Doorleverplicht: Het ziekenhuis heeft de plicht om zorg te blijven verlenen aan verzekerden, ook als het omzetplafond of de aanneemsom is bereikt. De doorleverplicht kan al dan niet begrensd zijn tot een bepaald maximumpercentage boven de totaalafpraak of alleen gelden voor specifieke zorgproducten.
- Vergoeding bij overschrijding / staffelkorting: Bij overschrijding van de totaalafpraak (met of zonder doorleverplicht) vindt een gedeeltelijke vergoeding plaats. Deze vergoeding komt meestal in de vorm van een staffelkorting (vergoeding van extra zorgproducten tegen een lager tarief) voor.
- Shared savings: Het belonen van een zorgaanbieder voor het behalen van kostenbesparingen. De zorgverzekeraar keert een deel van deze kostenbesparing uit aan de zorgaanbieder en stimuleert zo het leveren van doelmatige zorg.
- Doelmatigheidskorting: Zorgverzekeraars spreken doelmatigheidskortingen met een zorgaanbieder af, bijvoorbeeld als uit benchmarks blijkt dat doelmatigheidsverbeteringen mogelijk zijn, of indien het ziekenhuis niet kan aantonen doelmatige zorg te leveren. Er wordt dan een percentage afgesproken dat in mindering wordt gebracht op de financiële afspraak.

Financiële hoofdafspraken

Uit de enquête komt naar voren dat de meeste contracten in 2022 een omzetplafond hebben. Figuur 10 laat zien dat bij 56% van de ziekenhuizen een omzetplafond het dominante type financiële afspraak is. Bij 76% van de klinieken is een omzetplafond dominant. 16% van de ziekenhuizen geeft aan dat een aanneemsom het dominante type is. Vaak gaat het daarbij om meerjarige afspraken. Voor de gewenste veranderingen in de zorg verschillen zorgverzekeraars in hun voorkeur voor het type financiële hoofdafspraken. Zowel een aanneemsom als een omzetplafond wordt genoemd om de transitie te financieren. Een zorgverzekeraar noemt bijvoorbeeld dat een omzetplafond de prikkel om zorg te verlenen verkleint en de stijgende kosten kan drukken.

Een klein gedeelte van de zelfstandige klinieken (15%) geeft aan dat volumevrije afspraken dominant zijn (zie figuur 10). 3% van de klinieken geeft aan dat een aanneemsom het dominante type financiële afspraak is. Klinieken geven daarbij aan dat zij voornamelijk met de grootste zorgverzekeraar een combinatie van een omzetplafond met staffelkorting afspreken om de groei te mogelijk te maken. De klinieken spreken met kleinere zorgverzekeraars volumevrije afspraken af.

Figuur 10. Dominante type financiële afspraak.



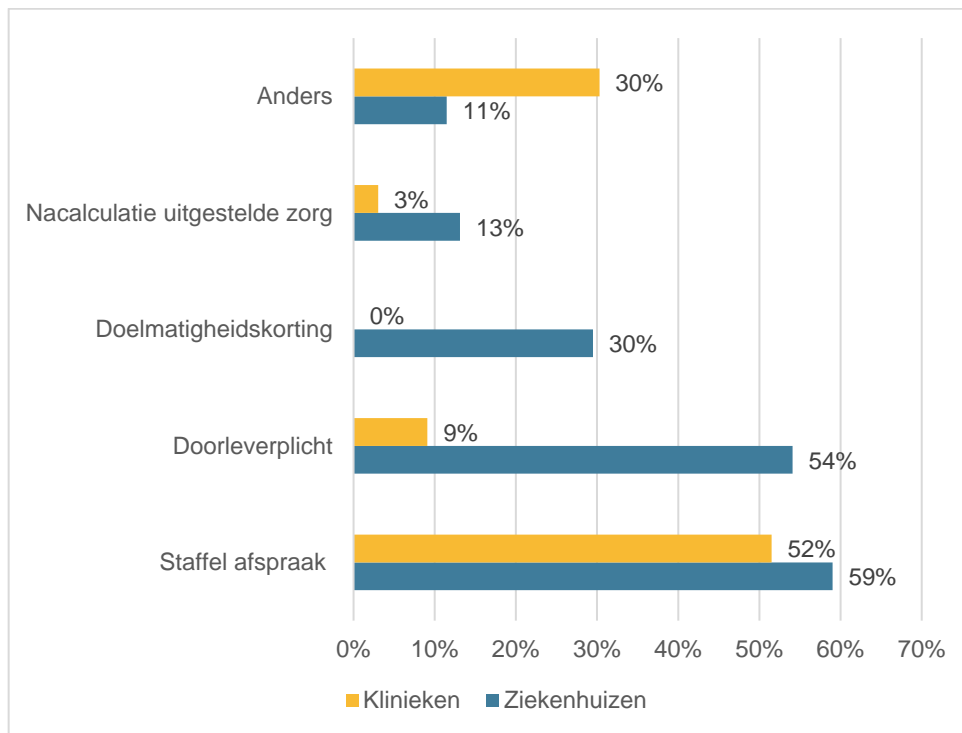
Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en ziekenhuizen.

Aanvullende financiële afspraken

Ruim de helft van de ziekenhuizen (59%) geeft in de enquête aan dat zij met hun dominante zorgverzekeraar een plafond met (begrensde) staffelafspraken hebben gemaakt, zie figuur 11. Dit is de meest voorkomende aanvullende afspraak met de dominante zorgverzekeraar. Afspraken over doorleverplicht (54%) zijn het op een na meest voorkomende type aanvullende financiële afspraak die ziekenhuizen maken met hun dominante zorgverzekeraar. In het geval van afspraken over doorleverplicht geven ziekenhuizen aan dat dit vaak gepaard gaat met een (staffel)vergoeding. Verder heeft 30% van de ziekenhuizen doelmatigheidskortingen afgesproken met de dominante zorgverzekeraar en heeft 13% nacalculatieafspraken gemaakt over uitgestelde zorg.

Ook bij zelfstandige klinieken zijn staffelafspraken (52%) de meest voorkomende aanvullende financiële afspraken met hun dominante zorgverzekeraar gevolgd door andersoortige afspraken (30%), zie figuur 11.

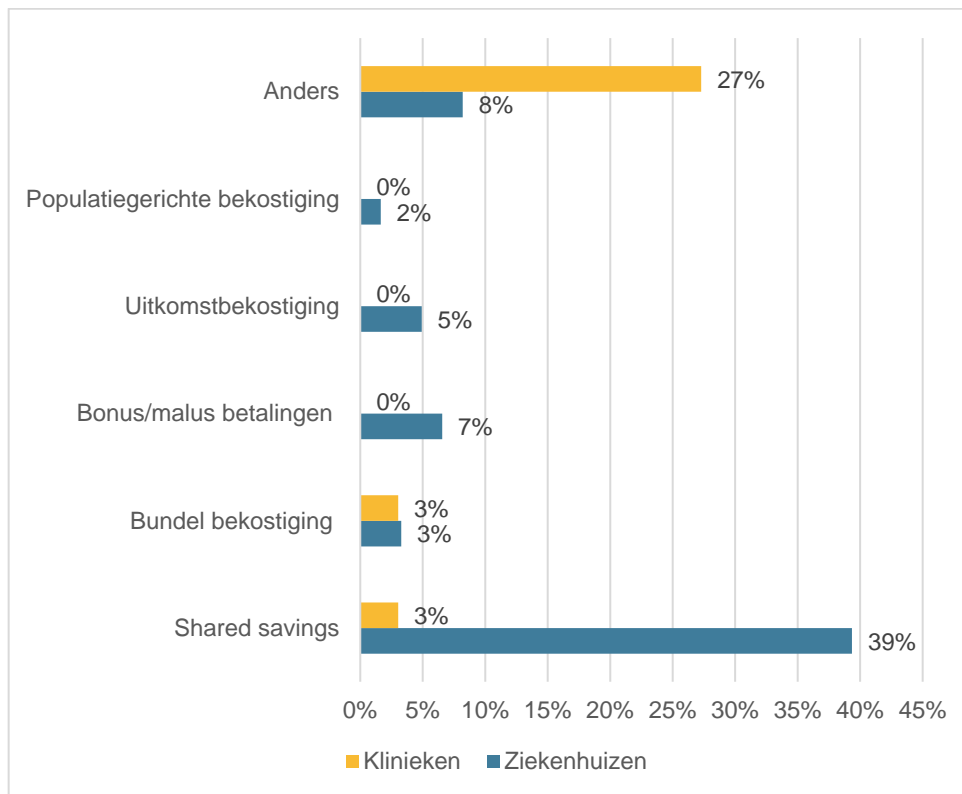
Figuur 11. Aanvullende financiële afspraken met dominante zorgverzekeraar.



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en ziekenhuizen.

Als alternatieve bekostigingsafspraken zijn voornamelijk shared savings afspraken gemaakt (zie figuur 12). Deze afspraken komen bij 39% van de ziekenhuizen voor. Bonus/malus afspraken komen bij 7% van de ziekenhuizen voor en uitkomstbekostiging bij 5% van de ziekenhuizen. Deze verdeling komt overeen met de verdeling in 2020 en 2021, zie de monitor msz 2021. Zelfstandige klinieken geven vaak aan dat er geen aanvullende afspraken zijn gemaakt.

Figuur 12. Alternatieve bekostigingsafspraken.



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en ziekenhuizen.

Wij hebben ziekenhuizen en zelfstandige klinieken verder gevraagd of zij vinden dat de afspraken voldoende ruimte bieden aan de lokale zorgvraag. Volgens ruim de helft van de ziekenhuizen (57%) is hier sprake van, 43% van de ziekenhuizen vindt dat dit niet zo is. Dit verschil is groter bij de klinieken, waarbij 24% van de klinieken vindt dat de afspraken voldoende ruimte bieden aan de lokale zorgvraag, de meerderheid (76%) deelt deze mening niet (zie figuur 23, bijlage 2).

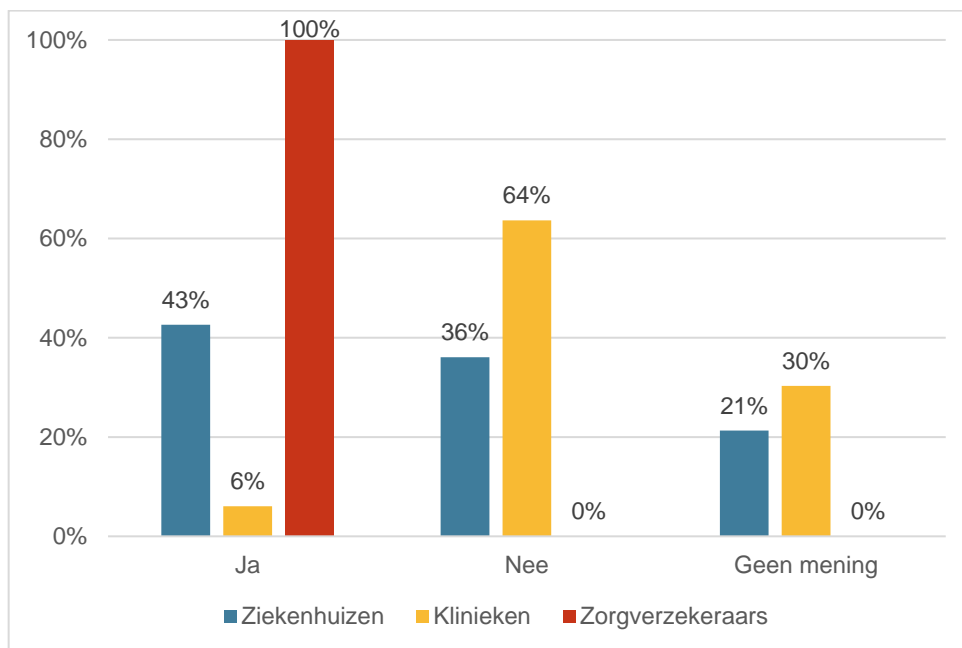
Meerjarige afspraken

Dit jaar hebben zorgverzekeraars, ziekenhuizen en klinieken slechts zeer beperkt nieuwe meerjarencontracten gesloten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan het lastig te vinden om meerjarencontracten te kunnen sluiten in een jaar met veel onzekerheid en zonder betrouwbare productiecijfers. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen geven aan wel de ambitie te hebben weer meer meerjarenafspraken te gaan maken. Een aantal zorgverzekeraars had ook in het inkoopbeleid 2022 beschreven dat zij zich richten op het sluiten van meerjarencontracten. Alleen was dit niet mogelijk door de onzekerheden rondom COVID-19. Tot slot geven ziekenhuizen en zorgverzekeraars aan dat een meerjarencontract randvoorwaardelijk is om een transitie te realiseren. Een meerjarenovereenkomst zorgt voor de structurele borging van een stabiele financiering en kostendekking, waarbij diverse projecten uitgewerkt en vormgegeven kunnen worden. Ook kunnen er in meerjarencontracten goede afspraken worden gemaakt over hoe bepaalde vaste kosten kunnen worden afgebouwd. Enkele ziekenhuizen hebben innovatieve meerjarencontracten gesloten. Daarbij geven ziekenhuizen aan dat gelijkgericht gedrag onder zorgverzekeraars belangrijk is om als ziekenhuis te kunnen innoveren.

Hoofdlijnenakkoord msz

Met de komst van het IZA en het aflopen van het huidige HLA msz (2019-2022), hebben wij zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken gevraagd hoe zij tegenover het huidige HLA staan. Alle zorgverzekeraars vinden dat het HLA een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de realisatie van de landelijke doelstellingen (zie figuur 13). Hieronder vallen het beheersen van de kostengroei, de transformatie van zorg en de regionale samenwerking. Daartegenover staat dat 6% van de klinieken vindt dat het HLA hieraan in belangrijke mate heeft bijgedragen. 64% van de klinieken ziet geen belangrijke bijdrage van het HLA aan de realisatie van landelijke doelstellingen. Ook bij de ziekenhuizen zien wij een verschil in mening. 43% van de ziekenhuizen vindt dat het HLA een belangrijke bijdrage heeft geleverd en 36% vindt dit niet.

Figuur 13. Standpunt over de vraag of het HLA een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het realiseren van de landelijke doelstellingen.



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Uit de enquête blijkt verder dat veel zorgverzekeraars zich geïnteresseerd voelen aan de financiële en volumegroei afspraken van het HLA. De ziekenhuizen en de klinieken voelen zich minder geïnteresseerd hieraan (zie figuur 21, bijlage 2). Op de inhoudelijke thema's van het HLA voelen alle partijen zich gebonden aan samen beslissen. Zorgverzekeraars voelen zich het meest gebonden aan de juiste zorg op de juiste plek, digitalisering, innovatieve zorgvormen en e-health. Zelfstandige klinieken voelen zich het meest geïnteresseerd aan de thema's de juiste zorg op de juiste plek en het verzamelen van uitkomstinformatie. Ziekenhuizen voelen zich meer geïnteresseerd aan kennisvergroting en onderzoek. Zie figuur 20 in bijlage 2.

Op de vraag hoe partijen commitment van de andere partij ervaren op de thematische afspraken van het HLA, valt op dat partijen beoordelen dat anderen minder geïnteresseerd zijn dan zichzelf (zie figuur 22, bijlage 2).

De juiste zorg op de juiste plek

In de contractering lag de meeste focus op het maken van financiële afspraken. Als er afspraken zijn gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek, gaat dit vooral over het 'verplaatsen van zorg'. Deze afspraken komen voornamelijk voor bij de ziekenhuizen. Zo geeft 41% van de ziekenhuizen aan dat de afspraken over de juiste zorg op de juiste plek vooral gaan over het verplaatsen van zorg (figuur 24, bijlage 2). Partijen geven aan dat het lastig is om afspraken over juiste zorg op de juiste plek te maken, omdat dit een aanpassing vraagt van het verdien- en bedrijfsmodel. Het blijkt lastig te zijn om vaste kosten gelijktijdig af te bouwen. Bij een omzetsdaling door verplaatsing van zorg, is het belangrijk dat er ook sprake is van een evenredige (vaste) kostenafbouw. Enkele ziekenhuizen, waaronder umc's, zien het risico dat meer samenwerking en netwerkzorg kan leiden tot financiële uitdagingen. Het werken in zorgnetwerken kan ertoe leiden dat de opbrengsten voor ziekenhuizen dalen, omdat minder patiënten binnen het ziekenhuis worden behandeld. Dit kan een complicerende factor zijn bij het maken van afspraken over juiste zorg op de juiste plek. Wanneer er afspraken over verplaatsing van zorg worden gemaakt, vormt de overheveling van budgetten tussen zorginstellingen regelmatig een knelpunt.

Bij afspraken over de juiste zorg op de juiste plek zijn bij 41% van de ziekenhuizen de volgende subthema's dominant: innovatieve zorgvormen/e-health (figuur 26, bijlage 2). Bij 16% van de ziekenhuizen is het subthema regionalisering dominant en bij 8% het subthema samen beslissen. Zorgverzekeraars en zelfstandige klinieken maken deze afspraken zelden met elkaar.

Verder is er een groot verschil in de gedeelde (regionale) visie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op het realiseren van transitie als de juiste zorg op de juiste plek. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben veel vaker een gedeelde visie hierop dan zorgverzekeraars en klinieken. Indien er sprake is van een gedeelde visie geeft 57% van de ziekenhuizen aan dat deze wordt vertaald naar de contractering. Bij de zelfstandige klinieken is dit 13%.

Zorgverzekeraars geven in de interviews aan dat zij dit jaar beperkt hebben ingezet op regiobeelden. Uit de enquête blijkt ook dat de thema's waarover afspraken zijn gemaakt vaak niet gebaseerd zijn op regiobeelden. Dit geldt zowel voor de afspraken met ziekenhuizen (figuur 27, bijlage 2) als met de zelfstandige klinieken (figuur 28, bijlage 2). Een aantal ziekenhuizen geeft in de enquête aan dat zij nauwelijks betrokken zijn geweest bij het opstellen van de regiobeelden. Dit zorgt ervoor dat het regiobeeld niet gezamenlijk wordt gedragen. Ook is de visie per zorgverzekeraar verschillend, waardoor ze elkaar niet altijd volgen. ZN geeft aan dat ziekenhuizen betrokken zijn geweest bij het opstellen van algemene regiobeelden. Tot slot zijn er in een aantal regio's trajecten opgestart waarbij regiobeelden worden opgesteld.

Transformatiegelden

Aanvraag van transformatiegelden

Uit de analyse van het inkoopbeleid 2022 blijkt dat vooral de grote zorgverzekeraars eigen criteria hebben opgesteld voor het aanvragen van transformatiegelden. Te denken valt aan de criteria als het formuleren van concrete en meetbare doelstellingen, het specificeren van een zorginhoudelijk resultaat en het maken van afspraken over het monitoren van de ontwikkelingen. Verder geven zorgverzekeraars aan dat zij ook transformatiegelden toekennen als de marktleider de verzoeken al heeft goedgekeurd. Volgens zorgaanbieders is er in hun beleving echter niet altijd sprake van congruent gedrag van zorgverzekeraars. De aandacht van zorgverzekeraars gaat vooral uit naar de eigen kernwerkgebieden. Ook ervaren ziekenhuizen dat de beoordeling van aanvragen lang op zich laat wachten.

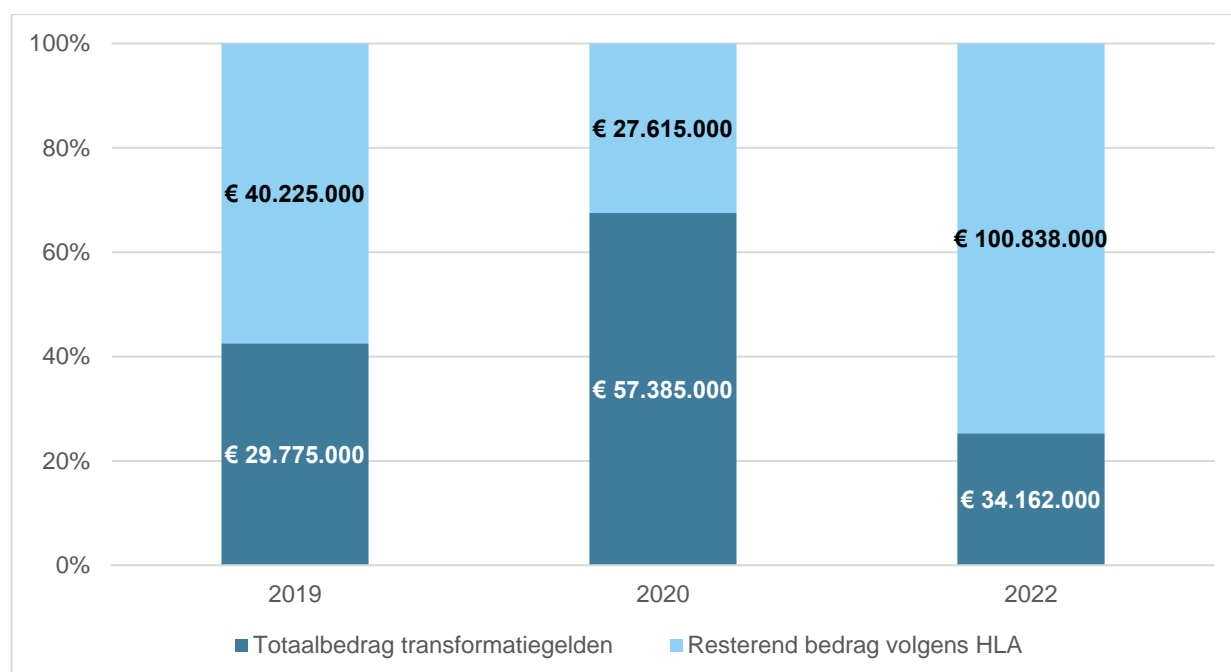
Uit de enquête blijkt dat ongeveer twee derde van de ziekenhuizen niet tevreden is over de toekenning van transformatiegelden door zorgverzekeraars. De mate van ontevredenheid verschilt per zorgverzekeraar. In het algemeen geven ziekenhuizen aan dat het veel energie, tijd en inzet vraagt om afspraken over transformatiegelden te maken en te verantwoorden. Er is maar beperkt sprake van congruent gedrag door (kleine) zorgverzekeraars. Hierdoor komt de transformatie moeizaam op gang, Vaak is pas halverwege of aan het einde van het jaar duidelijk of de transformatiegelden worden toegekend. Deze redenen weerhoudt een aantal ziekenhuizen ervan om überhaupt een aanvraag in te dienen.

Inzet van transformatiegelden

Zorgaanbieders hebben relatief weinig aanvragen voor transformatiegelden ingediend bij de zorgverzekeraars. In totaal hebben alle zorgverzekeraars 186 aanvragen ontvangen. 65% van deze aanvragen is goedgekeurd. Omdat de contractonderhandelingen nog niet rond waren ten tijde van de uitvraag van de enquête, verwachten zorgverzekeraars dat het aantal aanvragen voor 2022 nog zal toenemen. Zorgverzekeraars hebben nauwelijks aanvragen van zelfstandige klinieken ontvangen.

2022 is het laatste HLA-jaar om transformatiegelden aan te vragen. Zorgverzekeraars hebben een totaalbedrag van €34.162.355 aan transformatiegelden afgesproken voor 2022. Dit totaalbedrag is gebaseerd op de ontvangen opgave van transformatiegelden voor 2022. Met uitzondering van twee kleine zorgverzekeraars hebben alle zorgverzekeraars deze gegevens aangeleverd. Het totaalbedrag is daarom mogelijk een onderschatting. Ook kunnen de transformatiegelden verdisconteerd zijn in de totaalafpraak en kunnen ook later in het jaar nog afspraken hierover plaatsvinden. Van de €135 miljoen beschikbare transformatiegelden voor 2022 wordt momenteel slechts 25% benut. In 2019 en 2020 was dit respectievelijk 43% en 67% van de beschikbare jaarbedragen (figuur 14). Transformatiegelden van 2021 zijn in het figuur niet opgenomen, omdat wij over onvoldoende gegevens beschikken. Ten tijde van de uitvraag in 2021 zaten vrijwel alle zorgverzekeraars nog volop in de onderhandelingen over de transformatiegelden.

Figuur 14. Inzet transformatiegelden zorgverzekeraars.

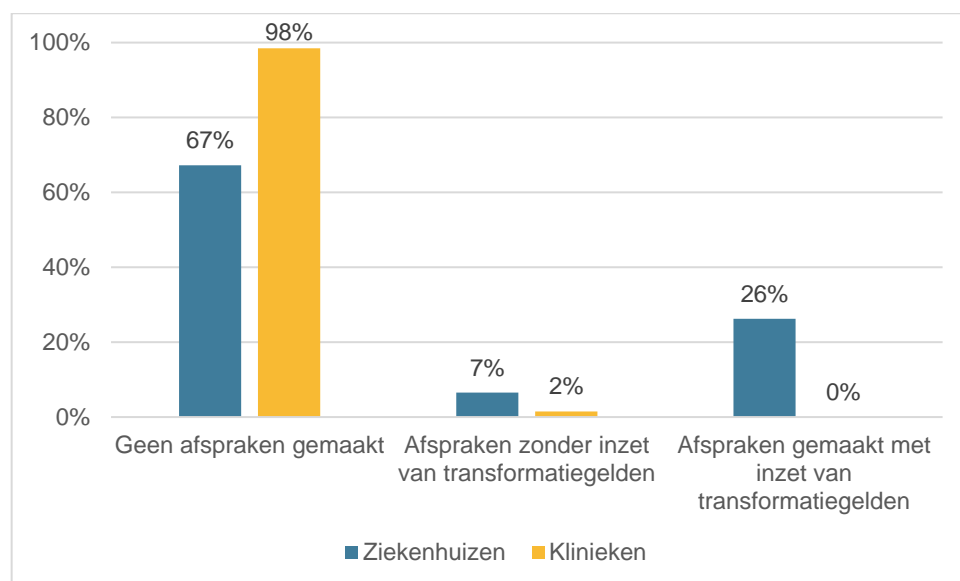


Bron: opgave van transformatiegelden zorgverzekeraars 2019, 2020 en 2022.

Uit de enquêtes blijkt dat in 33% van de onderhandelingen ziekenhuizen afspraken zijn gemaakt in het kader van de juiste zorg op de juiste plek (figuur 15). In 26% van de onderhandelingen zijn ook afspraken gemaakt over inzet van transformatiegelden. Voor zelfstandige klinieken geldt dat er slechts in 2% van de onderhandelingen afspraken zijn gemaakt het kader van de juiste zorg op de juiste plek. zijn er geen transformatiegelden ingezet.

Verder kwam uit de enquête naar voren dat in 28% van de onderhandelingen met ziekenhuizen de zorgverzekeraar de afspraken met de marktleider over transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek ondersteunt. Voor de zelfstandige klinieken gebeurt dit bij 2% van de onderhandelingen.

Figuur 15. Afspraken over transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek.



Bron: enquête onder ziekenhuizen en zelfstandige klinieken.

Add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren

Contractafspraken

Via een enquête onder zorgaanbieders hebben wij uitgevraagd welke contractafspraken zij maken over add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Zorgaanbieders met minder dan €3 miljoen aan omzet over add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren hebben wij in de onderstaande analyse buiten beschouwing gelaten. In totaal zijn de antwoorden van 56 zorgaanbieders meegenomen, waaronder 5 umc's.

Alle umc's maken met de zorgverzekeraars afspraken over specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie en zonder concurrentie, generieke add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren. Van de algemene ziekenhuizen en categorale instellingen geeft ook iedereen aan contractafspraken te maken over generieke geneesmiddelen. Verder maakt ook het grootste deel van deze zorgaanbieders afspraken over specialité geneesmiddelen met en zonder concurrentie. 75% van de zorgaanbieders geeft aan afspraken te maken over ozp-stollingsfactoren.

In onze eerdere monitors zagen we dat zorgverzekeraars add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren vaak op basis van nacalculatie afrekenen. Dit is nog steeds het geval. Bijna alle

zorgaanbieders, waaronder alle umc's, contracteren add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren op basis van nacalculatie afspraken. Hierbij wordt vrijwel altijd de omzet van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren buiten een aanneemsom of omzetplafond gezet. De zorgaanbieder krijgt deze omzet vergoed, ongeacht het volume. Ruim 60% van de zorgaanbieders geeft aan (een deel van de) geneesmiddelen vergoed te krijgen op basis van de netto inkoopprijs. Iets minder dan de helft van de zorgaanbieders maakt (voor een deel van de) geneesmiddelen afspraken op basis van een overeengekomen contractprijs. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de Minister van VWS voor een aantal geneesmiddelen financiële arrangementen afsluit met geneesmiddelenfabrikanten. De minister onderhandelt zelf met de fabrikanten over de inkoopprijs van deze geneesmiddelen. Deze overeengekomen prijs blijft vervolgens geheim. Het is dus voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars niet duidelijk in hoeverre de contractprijs aansluit op de door de minister afgesproken inkoopprijs. Geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat deze intransparantie een knelpunt is in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Zie bijlage 1 voor meer informatie over het resultaat van de financiële arrangementen.

Bijna alle zorgaanbieders (waaronder alle umc's) geven aan dat zij moeten voldoen aan een aantal voorwaarden voor de gemaakte nacalculatie afspraken. Voorbeelden van voorwaarden zijn het periodiek rapporteren over de inzet van dure geneesmiddelen (65%) en gepast gebruik van geneesmiddelen (57%). Ook noemen enkele zorgaanbieders het maken van shared-savings afspraken en het voeren van periodieke overleggen/werkgroepen. Wij hebben verder niet uitgevraagd wat de inhoud van deze gemaakte afspraken over onder andere periodieke rapportage en gepast gebruik precies is. Uit de interviews met ziekenhuizen komen ook geen voorbeelden van concrete afspraken met de zorgverzekeraars naar voren. Eén ziekenhuis geeft aan wel in te zetten op doelmatigheidsprojecten, maar heeft hierover geen duidelijke afspraken met zorgverzekeraars gemaakt.

Verdringing

De meeste zorgaanbieders (84%, n=47) geven in de enquête aan verdringing van medisch-specialistische zorg te ondervinden. Dit is volgens hen het gevolg van de hoge uitgaven aan add-ongeneesmiddelen. Zij geven allen aan dat de uitgavenstijging aan geneesmiddelen niet past in het hoofdlijnenakkoord. Zorgverzekeraars compenseren deze uitgavenstijging door een korting toe te passen op de maximaal toegestane uitgaven aan de andere medisch-specialistische zorg. Kortom, de inzet van geneesmiddelen krijgt voorrang. Hier liggen echter geen strategische keuzes aan ten grondslag. Ziekenhuizen geven in de interviews en enquête aan dat zij hierdoor niet of minder kunnen investeren, zoals op het gebied van apparatuur, voorzieningen én personeel. Een minderheid van de ziekenhuizen (16%, n=9) stelt dat er geen sprake is van verdringing.

Gepast gebruik geneesmiddelen

Een groot deel van de zorgaanbieders geeft in de enquête aan gepast gebruik toe te passen door selectie van juiste patiënten, een juiste dosering, het hanteren van start- en stopcriteria en doelmatig voorschrijven (kiezen voor goedkoopste alternatief bij gelijke geschiktheid). Ten opzichte van de andere zorgaanbieders geven de umc's vaker aan in te zetten op het optimaliseren van het dieet of de kuurduur, juist gebruik van medicatie door patiënt en het gebruik van adjuvante medicatie. De zorgaanbieders geven aan dat de druk om geneesmiddelen doelmatig in te zetten een gevoelde verantwoordelijkheid is vanuit duurzaamheids- (milieu), maatschappelijke (betaalbaarheid) en patiëntaspecten (lager doseren bij gelijkblijvend effect is beter). Zorgaanbieders geven aan dat de hiervoor benodigde analysetijd en uitvoering niet altijd wordt vergoed. Wil je doelmatige inzet en gebruik van add-ongeneesmiddelen realiseren, dan moeten hier voldoende mensen en middelen voor beschikbaar zijn, aldus zorgaanbieders. Uit de interviews blijkt daarnaast dat zorgaanbieders de druk voor doelmatige inzet ervaren vanwege de verdringing van andere medisch-specialistische zorg.

In de NZa monitor umc's 2021 hebben wij geïnventariseerd in welke mate umc's een redelijke prijs af kunnen dwingen bij de farmaceutische industrie via maatschappelijk verantwoord licentiëren. Zij gaven aan dat de overheid en politiek hiervoor primair verantwoordelijk zijn. In deze monitor laten drie ziekenhuizen een soortgelijk geluid horen. Een quote van één van deze ziekenhuizen:

'Door de ontwikkeling van nieuwe dure geneesmiddelen en ook de bredere inzet van dure geneesmiddelen op meerdere indicaties stijgen de kosten van dure geneesmiddelen. Dit bevordert de kwaliteit van zorg. Maar het gaat ten koste van – noem het reguliere zorg – aan patiënten. We zien deze ontwikkeling en verdringing niet minder worden in de komende jaren. Dit leidt tot een maatschappelijk vraagstuk over waar wij als samenleving onze zorggeld aan willen besteden. Het is ondoenlijk om deze keuze en afruil aan zorgverleners in de spreekkamer over te laten. En daarom moet de politiek sturing geven.'

Verbetering kwaliteit van leven

Hoewel dit niet binnen de scope van de opdracht van deze monitor valt, willen wij naast de uitgavenontwikkeling ook een indruk krijgen van de opbrengsten van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk. Kwantitatieve gegevens hierover ontbreken echter. Hoewel het behandelen met geneesmiddelen structureel onderdeel uitmaakt van het verlenen van medisch specialistische zorg en dit veel tijd en geld kost, wordt de effectiviteit ervan in de praktijk (real world data) niet door deze partijen zorg breed structureel gemeten. Wel gebeurt dit voor bepaalde ziektebeelden, zoals het Real-time Hemato-Oncology Dashboard (RHONDA) van IKNL.

Wij hebben via onze enquête voorschrijvers gevraagd naar hun ervaringen met geneesmiddelen tegen kanker (introductie in de afgelopen 5 jaar en exclusief Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP)) en verbetering van de kwaliteit van leven van hun patiënten. Wij zijn ons er van bewust dat dit geen goede meting is en dus niet kan worden gezien als onderzoeksresultaat. Evenmin is deze weergave objectief en structureel te noemen. Het geeft hoogstens een indruk van de mening van geënquêteerde voorschrijvers (n=61). Ook hebben wij naar hun mening gevraagd over de verhouding van de kosten van geneesmiddelen en het effect daarvan op de kwaliteit van leven.

Eénenvertig procent van de ziekenhuizen vindt dat de kwaliteit van leven van kankerpatiënten die zijn behandeld met oncolytica aanzienlijk is verbeterd. Ruim 16% vindt dat dit bij deze patiëntengroep een beetje is verbeterd. Eén ziekenhuis zegt dat dit niet is veranderd. De grootste groep echter (43%) weet het niet of zegt dat deze vraag niet op hen van toepassing is.

De helft van de oncologen (n=31; 51%) kan geen antwoord geven op onze vraag of de kosten van oncolytica in verhouding staan tot de verbetering van kwaliteit van leven; de helft van deze groep (n=15) zegt het niet te weten en de andere helft van deze groep (n=16) zegt dat deze vraag niet op hun praktijk van toepassing is. Van de andere helft van de responderende oncologen vindt het grootste deel (n= 19; 31%) dat de kosten van deze geneesmiddelengroep niet in verhouding staan tot de verbetering van kwaliteit van leven: zij vinden de kosten te hoog. Bijna een op de tien (n=6) oncologen vindt deze kosten veel te hoog. 8% (n=5) van de oncologen vindt de kosten in verhouding tot dat wat het oplevert.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in België heeft onderzocht of innovatieve geneesmiddelen tegen kanker een meerwaarde hebben en concludeert het volgende in haar rapport uit juli 2021: *'De bevindingen in de literatuur en deze studie versterken elkaar. Evaluaties van EMA en FDA dossiers wijzen op grote onzekerheden over de meerwaarde van innoverende kankergeneesmiddelen op het ogenblik dat deze hun marktvergunning krijgen. De studies wijzen er ook op dat vele van deze*

onzekerheden na meerdere jaren ook niet worden beantwoord, of dat dan blijkt dat de meerwaarde in werkelijkheid vaak beperkt is. Onze observationele Belgische gegevens tonen dat er in de laatste 15 jaar vaak geen substantiële verbeteringen werden vastgesteld in de overleving voor veel van de 12 bestudeerde indicaties, terwijl er wel nieuwe geneesmiddelen werden geïntroduceerd gepaard met grotere uitgaven. Er zijn ook de aangehaalde tekortkomingen op het meten en in kaart brengen van de impact op de levenskwaliteit, het (te) grote vertrouwen in surrogaateindpunten, enz. Deze onzekerheden over de meerwaarde van de innovatieve geneesmiddelen worden dan ook nog eens gecombineerd met geheime contracten over hun prijs die het systeem helemaal ondoorzichtig maken.'

Discussie

De groeiende zorgkosten en toenemende zorgvraag maken het onverminderd belangrijk om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) stelt dat de groei van de zorg onhoudbaar is. We gebruiken steeds meer en steeds duurdere zorg, maar er zijn grenzen aan de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid: *‘We moeten betere en scherpere keuzes gaan maken over de inzet en verdeling van mensen en middelen in de zorg. Daarbij moeten we kiezen voor zorg die onze gezondheid zo veel mogelijk bevordert. En die kwaliteit en toegankelijkheid van zorg versterkt waar dat nodig is’.*

Passende zorg gaat over het leveren van zorg die van waarde is voor de gezondheid en functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om met elkaar (contract)afspraken te maken die ondersteunend zijn aan passende zorg. Dit geldt ook voor geneesmiddelen. We moeten geneesmiddelen alleen toepassen bij patiënten waarvoor het geneesmiddel meerwaarde heeft in de praktijk (maar structurele real world data ontbreken) én we er een redelijke prijs voor betalen. De COVID-19 pandemie heeft de noodzaak voor passende zorg alleen maar versterkt en heeft tegelijkertijd ook de contractering (tijdelijk) uit balans gebracht. In deze monitor hebben we onderzocht wat de ontwikkelingen zijn op het gebied van de msz uitgaven en contractering inclusief dure geneesmiddelen. De meest recente cijfers laten zien dat de msz uitgaven in 2019 zijn toegenomen, ook in 2020 als de COVID-19 kosten meegenomen zijn. Deze trend schijnt door te zetten in 2021. Daarbij valt ons net als voorgaande jaren op, dat de kosten aan dure geneesmiddelen harder stijgen dan de kosten aan de overige msz zorg. Deze stijging is ook groter dan de afgesproken HLA-groeiruimte voor de msz. Dit komt met name door een toenemend gebruik van nieuwe geneesmiddelen (de toetreding van nieuwe geneesmiddelen op de markt). Daarnaast spelen de toenemende behandelkosten voor nieuwe geneesmiddelen een rol en is er beperkte rem van concurrentie op de uitgavenstijging.

Wij vinden dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer stevige afspraken met elkaar moeten maken om de zorgkosten om te buigen en de zorg te vernieuwen. De afspraken dienen niet alleen te gaan over de financiën, en meer over de inhoud van de zorg, al dan niet op hoofdlijnen. Het is immers algemeen aanvaard dat het maken van alleen financiële afspraken onvoldoende is om de uitdagingen in de zorg aan te gaan. Dit geldt voor de afspraken over zowel de dure geneesmiddelen als de overige medisch-specialistische zorg. Uit de resultaten blijkt dat weinig zorgaanbieders (innovatieve) afspraken maakt om de zorg anders te organiseren. Bij zelfstandige klinieken is dit nog minder dan bij de ziekenhuizen. Dit beeld is gelijk aan de voorgaande jaren. Het gaat om afspraken over bijvoorbeeld gepast gebruik van dure geneesmiddelen, juiste zorg op de juiste plek, digitalisering of uitkomstinformatie. Hierbij zijn (alternatieve) bekostigingsmodellen gericht op het faciliteren van passende zorg beperkt ingezet. Daarbij willen we niet miskennen dat er wel een aantal afspraken zijn gesloten met de focus op de transitie van de zorg – ook ten tijde van de COVID-19 pandemie. Tegelijkertijd heeft de onzekerheid en instabiliteit die COVID-19 met zich mee heeft gebracht, een grote invloed gehad op zowel het contracteerproces als de inhoudelijke afspraken. Zo is het contracteerproces flink vertraagd, heeft de collectieve COVID-19 regeling de dynamiek van de onderhandelingen veranderd, was er minder onderhandelruimte en zijn onderlinge verhoudingen in een aantal gevallen in negatieve zin veranderd.

Wij hebben begrip voor het verloop van deze ontwikkelingen en willen mede daarom juist vooruitkijken. Daarbij vinden wij het volgende van belang:

- 1 zorgvuldigheid en proportionaliteit bij de inzet van collectieve regelingen van marktpartijen in relatie tot marktversturende effecten;
- 2 congruent handelen door zorgverzekeraars bij innovaties en transitieprogramma's;
- 3 een integrale inkoopbenadering van de zorg;
- 4 een gezamenlijk langetermijnperspectief van zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
- 5 een doorvertaling van de gemeenschappelijke doelstellingen in de contractering.

Congruent handelen is essentieel om gezamenlijk de transitie in te zetten. Wat de NZa betreft, is het inmiddels dan ook de vraag of het, binnen bestaande wettelijke kaders, mogelijk zou moeten zijn om de vrijblijvendheid van congruentie te beperken. Bijvoorbeeld bij het toekennen van extra innovatiegelden of belangrijke (regionale) transformaties van zorg. Tevens pleiten wij voor landelijk vastgestelde criteria voor het toekennen van innovatiegelden, waar individuele partijen minder snel van kunnen afwijken. In het huidige HLA geven de uitgangspunten voor het toekennen van transformatiegelden veel ruimte aan partijen om eigen beoordelingscriteria te formuleren. De beoordelingscriteria wordt door veel zorgaanbieders als belemmering gezien bij het starten van innovaties.

Al langere tijd hanteren zorgverzekeraars en zorgaanbieders een aparte in- respectievelijk verkoop dure geneesmiddelen en overige msz. Hierbij is dus geen sprake van een integrale benadering van zorginkoop. Ziekenhuizen krijgen de, in uitgaven sterk stijgende, dure geneesmiddelen op basis van nacalculatie volume vrij vergoed, terwijl zij met zorgverzekeraars voor het grootste gedeelte van de overige msz wel plafondafspraken hebben gemaakt. Om passende zorg te stimuleren en de uitgavengroei te remmen, hebben veldpartijen in het HLA een maximale uitgavengroei van msz afgesproken. Door deze combinatie verdringen de sterk stijgende uitgaven aan geneesmiddelen de ruimte voor uitgaven aan de overige msz. Ziekenhuizen geven aan dat er in 2022 minder geld beschikbaar is voor overige msz dan in het voorgaande jaar. Ook speelt de kleiner wordende marge die zij kunnen bedingen op de in- en verkoop van geneesmiddelen hierin een rol. Hierdoor zetten ziekenhuizen zich naar eigen zeggen nog meer in voor gepast gebruik en efficiëntieverbeteringen. Maar het leidt er volgens hen óók toe dat zij geen of minder investeringen doen, zoals op het gebied van apparatuur, voorzieningen én personeel.

Zorgaanbieders roepen dan ook de minister op om een apart macrokader voor geneesmiddelen in te stellen. Wij vinden dit geen oplossing. Als de minister een geneesmiddelenkader in de praktijk echt begrenst, zal er geen verdringing zijn van overige msz door geneesmiddelen. Maar het zal niet leiden tot meer grip op de geneesmiddelenuitgaven en een gelijkwaardige positie van geneesmiddelen ten opzichte van de overige msz. Het staat bovendien haaks op de intentie van een integraal zorgakkoord. Geneesmiddelen zijn geen aparte zorgvorm, maar onderdeel van het bredere behandelarsenaal binnen de msz. Als we een budget in verschillende potten verdelen wordt het moeilijker om een beweging van zorg tussen kaders voor elkaar te krijgen. Maar wij zien vooral het risico dat nu niemand zo'n geneesmiddelenkader in de praktijk begrenst, omdat toegankelijkheid van geneesmiddelen zwaarder lijkt te wegen dan die van overige msz. Dit terwijl er volgens ons regelmatig twijfel is of de prijs van een geneesmiddel in verhouding staat tot wat ze opleveren. Maar artsen deze middelen (begrijpelijkerwijs) wel willen voorschrijven. De snelle groei van de geneesmiddelenuitgaven zal dan alsnog het macrokader voor de overige msz beïnvloeden. We gaan er immers vanuit dat het totaal bedrag dat beschikbaar is voor de msz niet toeneemt. Een groeiend macrokader voor geneesmiddelen zal dan alsnog leiden tot een lager macrokader voor de overige msz of andere maatschappelijke uitgaven.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen nu al met elkaar een plafond voor de geneesmiddelen uitgaven afspreken en handhaven binnen het msz kader, zoals dat nu ook voor de overige msz gebeurt. In feite is dat de kern van het probleem en de oplossing. Dat betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zouden moeten afstappen van de huidige volume vrije vergoeding. Maar om te voorkomen dat het plafond vroegtijdig wordt bereikt en de toegankelijkheid van effectieve geneesmiddelen in gevaar komt is het noodzakelijk dat inkopers een redelijke prijs af kunnen dwingen bij de fabrikant. Maatregelen vanuit de centrale overheid zijn hiervoor onmisbaar.

Wij onderstrepen dan ook de eerdere oproep uit ons opiniestuk voor meer regie vanuit de centrale overheid over de prijs van geneesmiddelen. Het is van belang dat veldpartijen en het ministerie zich blijven inzetten om prijs- en volumeverlagingen te realiseren. Tegelijkertijd is een beweging nodig van de dwiel naar de kraan. Het is dringend tijd voor een politieke en maatschappelijke discussie over de vraag wat we bereid zijn te betalen aan zorg en of we de toegankelijkheid van geneesmiddelen zwaarder willen laten wegen dan die van andere zorgvormen. Zorg ervoor dat (overheids-)partijen een redelijke prijs kunnen afdwingen. Een cruciale factor hierin is of we als maatschappij bereid zijn om nee te zeggen tegen een geneesmiddel waarvan de prijs onredelijk hoog is. Een andere factor is het zicht op effectiviteit; doet de zorg, het geneesmiddel, wat we ervan verwachtten tijdens de inkoop ervan? We moeten dan ook organiseren dat zorgaanbieders de effectiviteit van zorg structureel, onafhankelijk, open source en met zo min mogelijk administratieve lasten registreren.

Dit jaar was de focus van de onderhandelingen vooral gericht op het verkleinen van het eigen financieel risico op de korte termijn. Het langetermijnperspectief stond minder centraal. Dit zien wij terug aan de beperkte inzet van meerjarencontracten en transformatiegelden en de grote hoeveelheid aan omzetplafonds. Bovendien lijkt de inkoop van zorg nog te vaak op een 'zero-sum game' met weinig vertrouwen tussen partijen. Passende zorg vraagt om een 'positive-sum game' met optimaal vertrouwen tussen partij. Hierin is de relatie gericht op het realiseren van gezamenlijke doelen. Naast vertrouwen in elkaar kenmerkt transparantie de relatie samen met wederkerigheid en integriteit. De inkoop van passende zorg vraagt om een andere kijk van de partijen op de inhoud van contracten. Daarnaast is de relatie tussen partijen en de wijze waarop afspraken tot stand komen van belang. In de afgelopen jaren hebben wij een aantal goede voorbeelden gezien, en wij hopen dat dit de norm gaat zijn voor onderlinge relaties.

Verder krijgen wij signalen binnen dat de marktpositie van zorgaanbieders, zoals zelfstandige klinieken en umc's sterker wordt. Wij kunnen op basis van de huidige beschikbare informatie niet concluderen of er sprake is van onwenselijke marktposities en in hoeverre deze ontwikkelingen positief of negatief bijdragen aan passende zorg. De NZa hecht belang aan een gedegen inzicht in de marktpositie van partijen. Dit wordt als aandachtspunt in een volgende monitor meegenomen. Zoals bovengenoemd is het belangrijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk aan de slag gaan en een goede grondhouding met elkaar hebben.

Tot slot, zien wij dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich in zekere mate geïmmiteerd voelen aan het HLA. Tegelijkertijd geeft een relatief groot deel van de zorgaanbieders aan dat de bijdrage van het HLA beperkt is. Om het risico te vermijden dat de gemaakte afspraken in het IZA onvoldoende worden gerealiseerd, zijn wij van mening dat een andere aanpak noodzakelijk is. Het IZA moet gericht zijn op meer regie, meer verantwoordelijkheid nemen en minder vrijblijvendheid. De uitdagingen in de Nederlandse zorg zijn niet nieuw. Deze ambitie is voorheen in verschillende bestuurlijke akkoorden uitgesproken. Het is noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer samenwerken, om ook op de langere termijn de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Als NZa zijn we in vervolg op het adviesrapport 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' op verkenning uit en 'passende zorg-trajecten' gestart om hier uitvoering aan te geven. In deze beweging zoeken wij de samenwerking op met diverse organisaties in de zorg. De overheid heeft als taak om invulling te geven aan de noodzakelijke randvoorwaarden voor het organiseren en verlenen van passende zorg. De drijvende kracht van de inhoudelijke verandering naar meer passende zorg moet echter gezamenlijk komen van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Bijlagen

Bijlage 1. Uitgaven intramurale geneesmiddelen en overige medisch-specialistische zorg

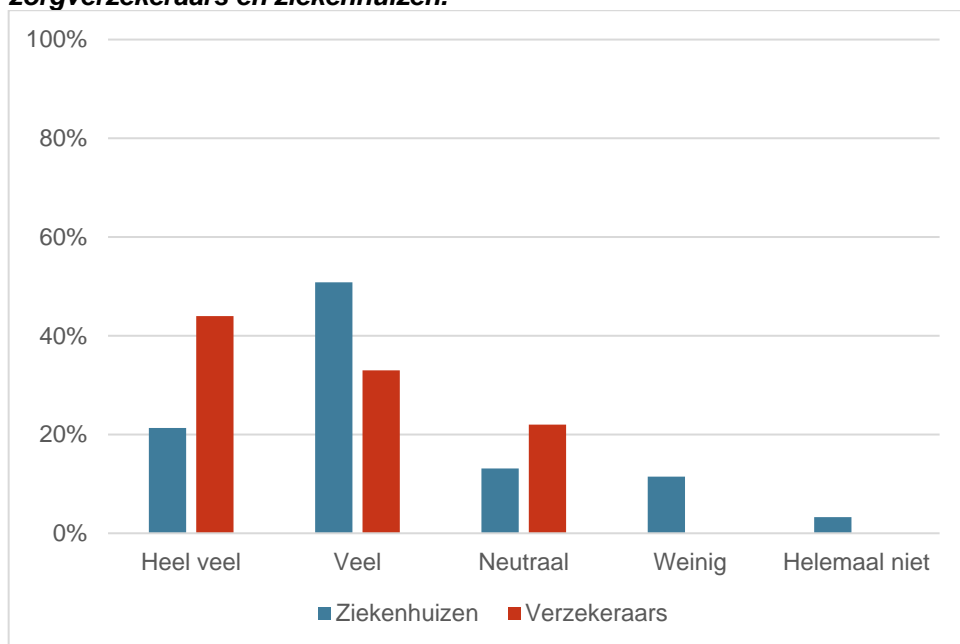
Voor een verdere beschrijving van de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen en de overige msz zorg zie het aparte bestand. Deze kan je hier vinden.

Bijlage 2. Aanvullende figuren

In dit hoofdstuk worden een aantal figuren weergegeven die zijn beschreven in de hoofdmonitor. De gepresenteerde figuren kunnen extra informatie bieden en duidelijkheid creëren over de tekst in de monitor.

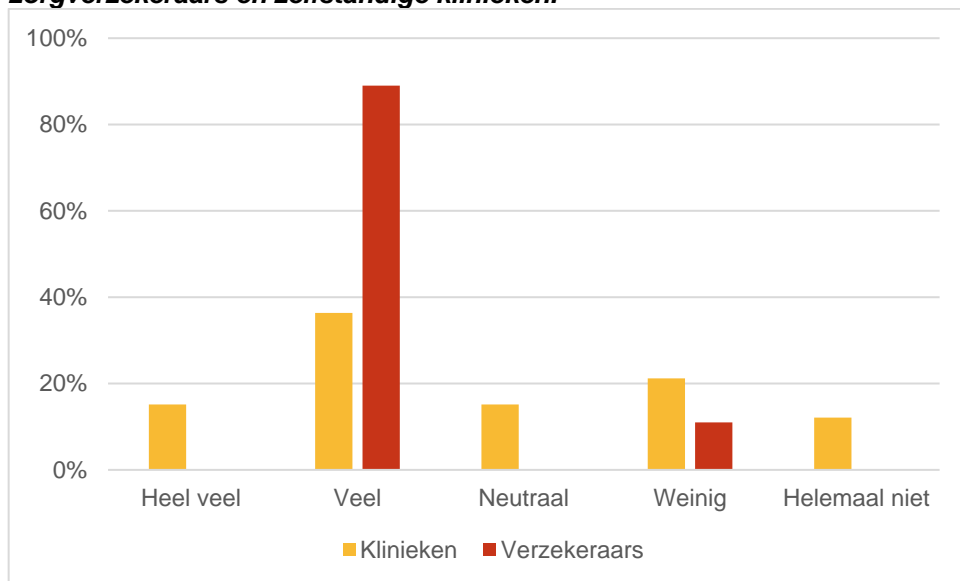
Effecten COVID-19 op de contractafspraken

Figuur 16. De mate waarin COVID-19 volgens partijen van invloed is op de afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.



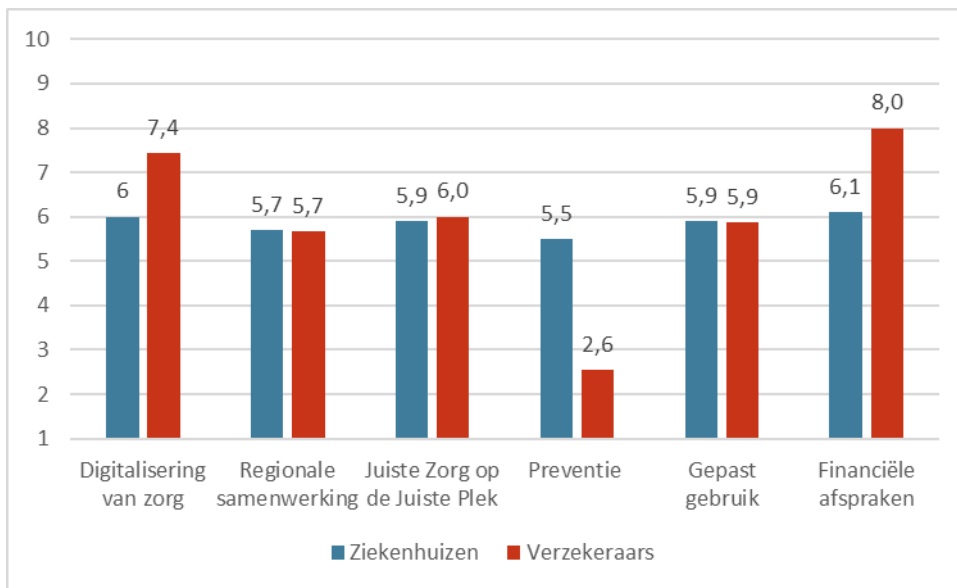
Bron: enquête onder ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Figuur 17. De mate waarin COVID-19 volgens partijen van invloed is op de afspraken tussen zorgverzekeraars en zelfstandige klinieken.



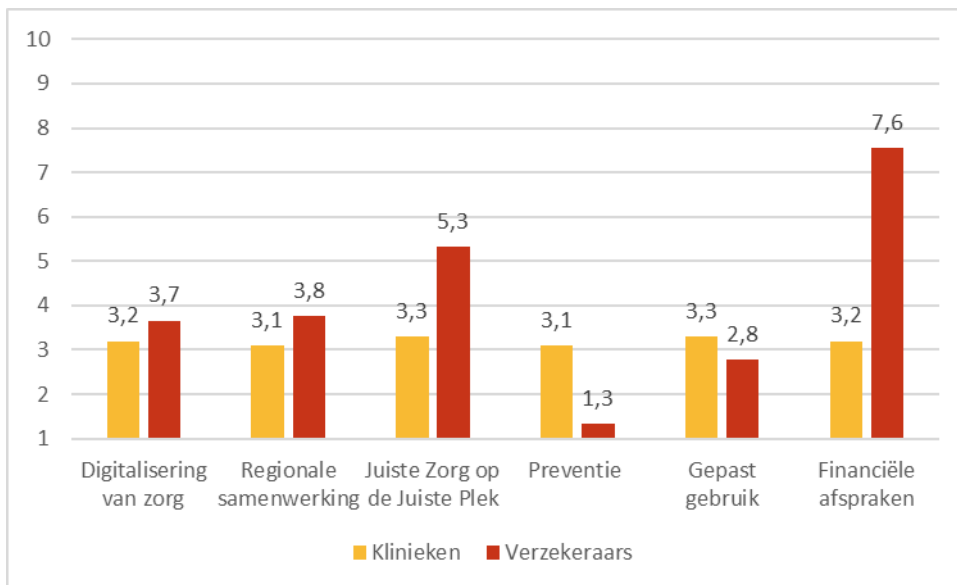
Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars.

Figuur 18. Impact COVID-19 op thema's in de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (1= geen impact, 10= veel impact).



Bron: enquête onder ziekenhuizen en zorgverzekeraars

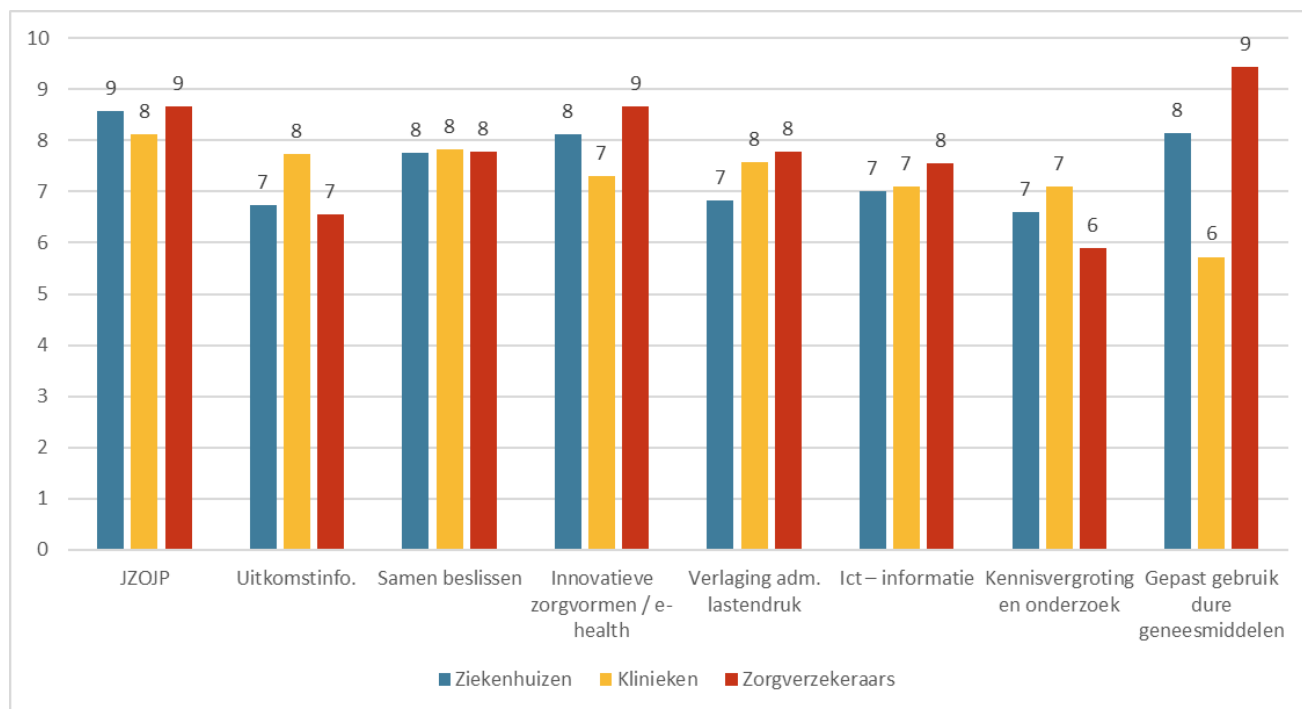
Figuur 19. Impact COVID-19 op thema's in de contractering tussen zorgverzekeraars en zelfstandige klinieken (1= geen impact, 10= veel impact).



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

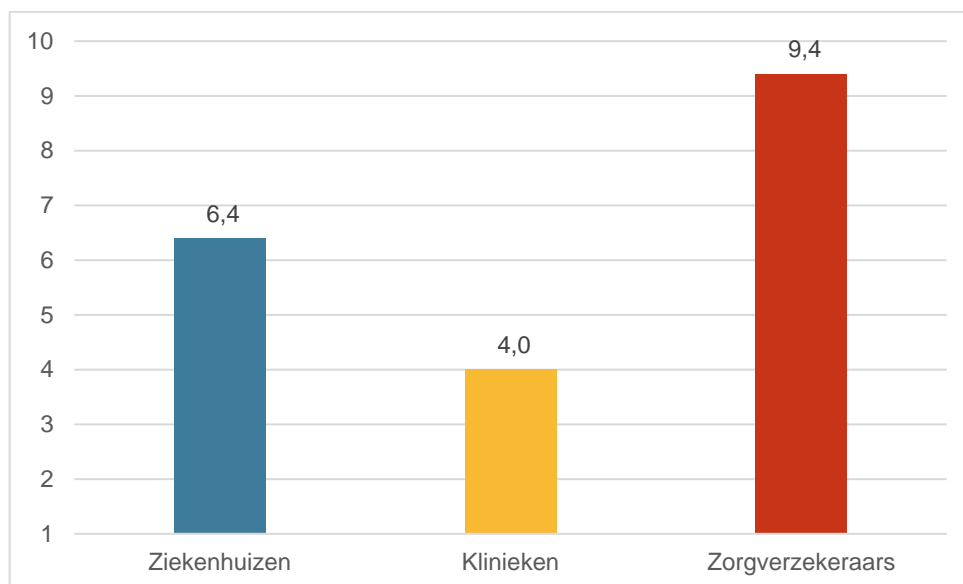
Hoofdpijnenakkoord msz

Figuur 20. Eigen commitment met diverse thema's. (1 is helemaal niet gecommitteerd en 10 is volledig gecommitteerd).



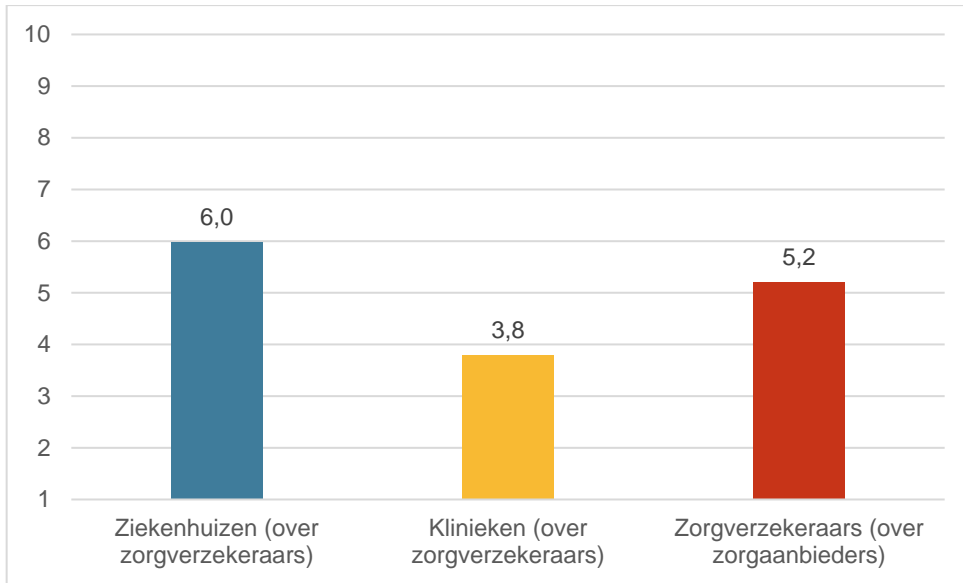
Bron: enquête onder ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

Figuur 21. Eigen commitment aan de financiële/volumegroei afspraken van het HLA. (1 is helemaal niet gecommitteerd en 10 is volledig gecommitteerd).



Bron: enquête onder ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

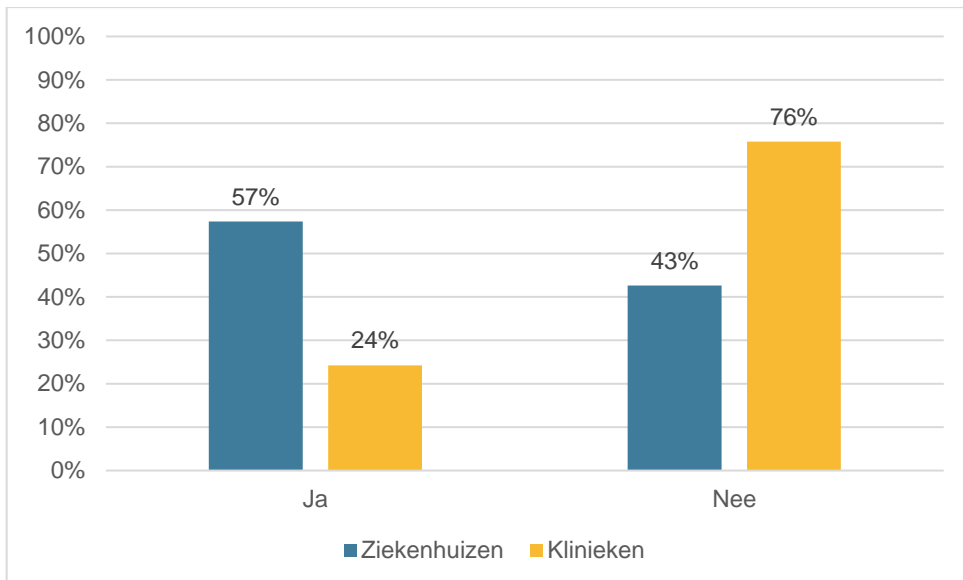
Figuur 22. Ervaren commitment bij de tegenpartij aan de thematische afspraken van het HLA. (1 is helemaal niet gecommiteerd en 10 is volledig gecommiteerd).



Bron: enquête onder ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

Financiële afspraken

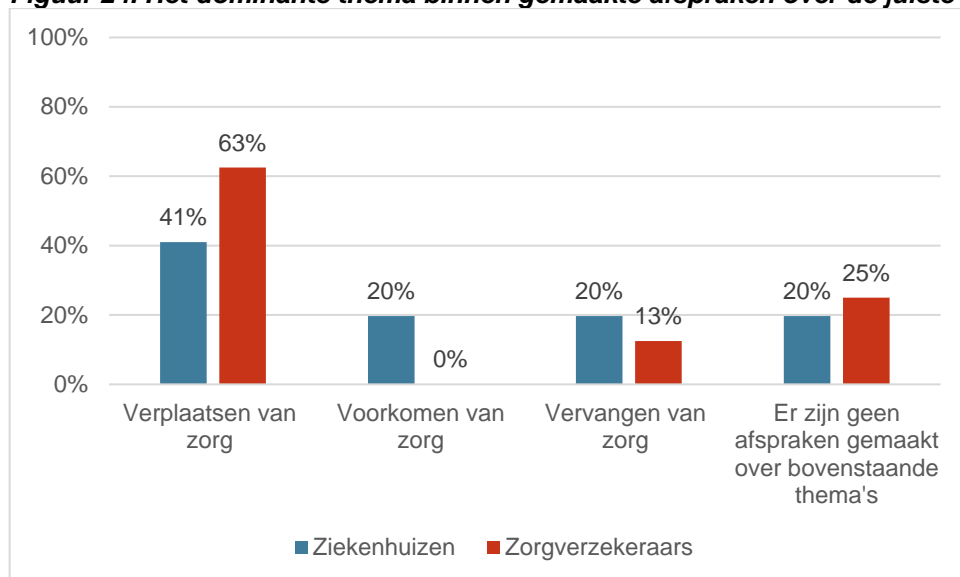
Figuur 23. Standpunt over de vraag of gemaakte afspraken voldoende ruimte bieden aan lokale zorgvraag.



Bron: enquête onder ziekenhuizen en zelfstandige klinieken

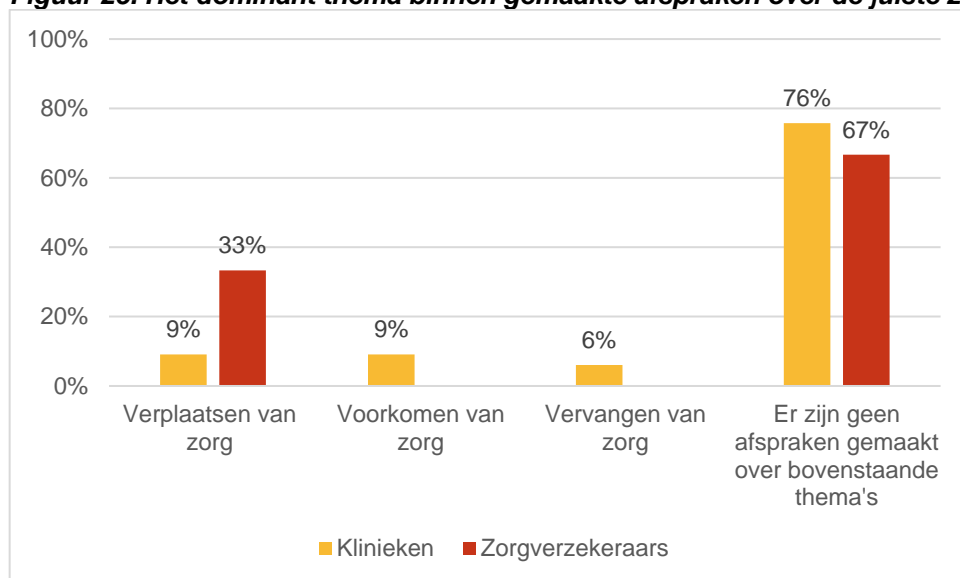
De juiste zorg op de juiste plek

Figuur 24. Het dominante thema binnen gemaakte afspraken over de juiste zorg op de juiste plek.



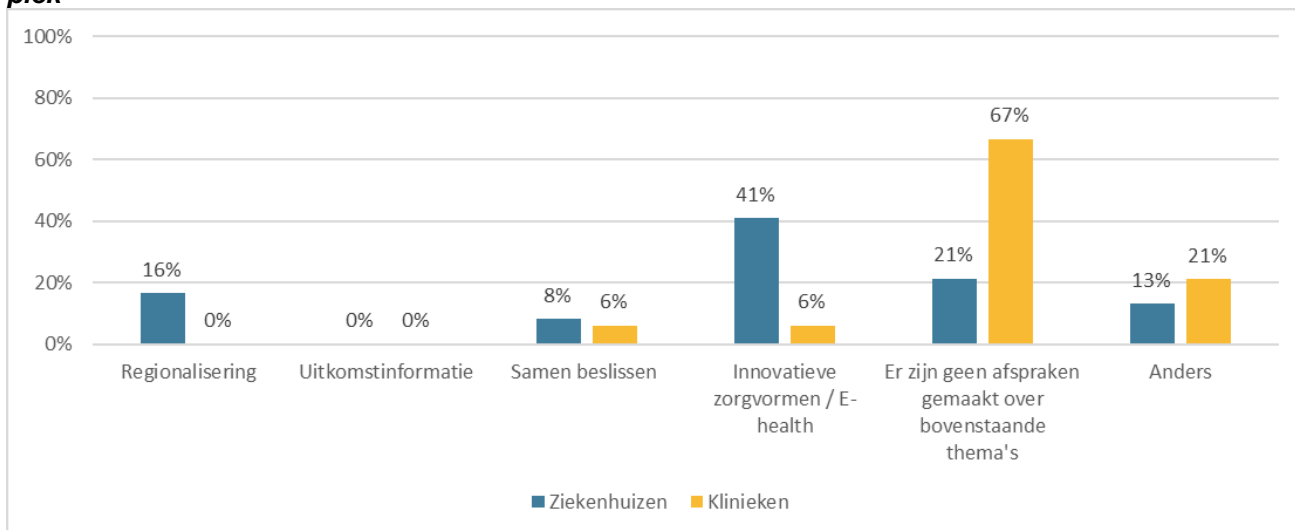
Bron: enquête onder ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Figuur 25. Het dominant thema binnen gemaakte afspraken over de juiste zorg op de juiste plek.



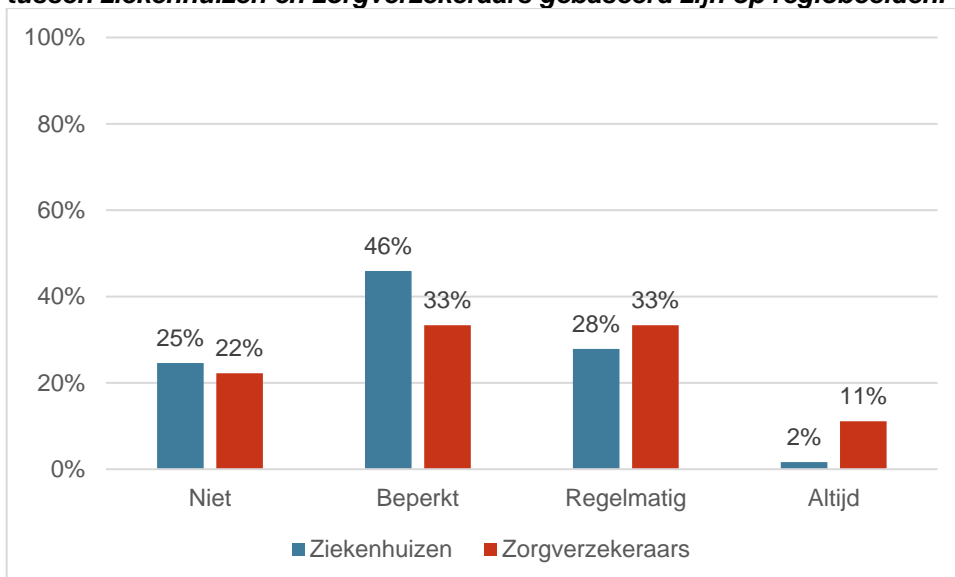
Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

Figuur 26. Het dominante subthema binnen gemaakte afspraken over de juiste zorg op de juiste plek



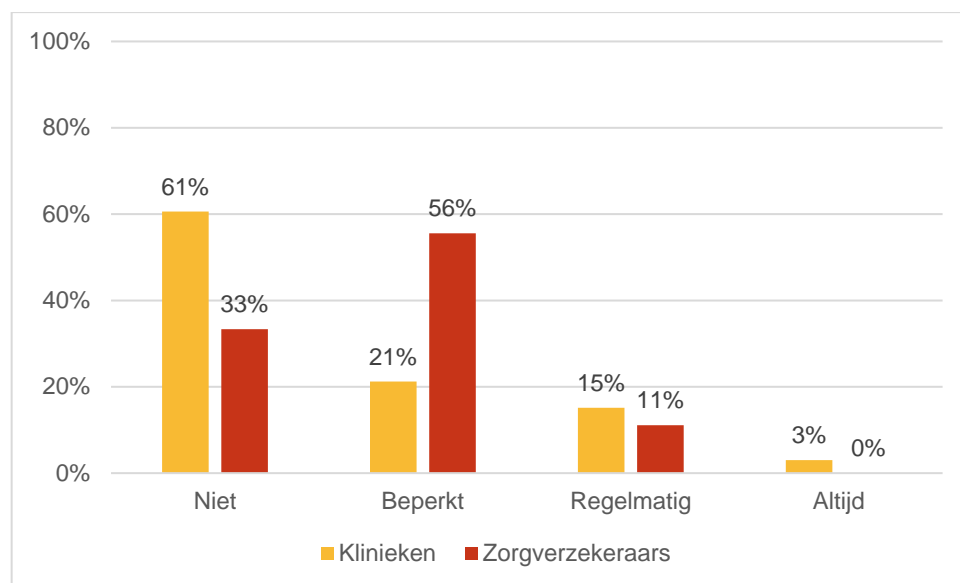
Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en ziekenhuizen

Figuur 27. Standpunt over de vraag in hoeverre de thema's waarover afspraken worden gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars gebaseerd zijn op regiobeelden.



Bron: enquête onder ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Figuur 28. Standpunt over de vraag in hoeverre de thema's waarover afspraken worden gemaakt tussen zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars gebaseerd zijn op regiobeelden.



Bron: enquête onder zelfstandige klinieken en zorgverzekeraars

Bijlage 3. Analyse zorginkoopbeleid msz 2022

In deze bijlage staat het zorginkoopbeleid msz 2022 centraal die zorgverzekeraars hebben opgesteld. Elk jaar op 1 april presenteren de zorgverzekeraars het beleid aan de hand waarvan zij zorg gaan inkopen voor het volgende jaar. In deze bijlage van de monitor msz is gekeken naar zes onderwerpen waarover zorgverzekeraars beleid hebben geschreven. Hieronder staat per zorgverzekeraar beschreven wat zij in het inkoopbeleid hebben opgenomen als (1) hoofd punt van het inkoopbeleid, (2) digitalisering, (3) regionalisering, (4) transformatiegelden, (5) substitutie en (6) financieringsvorm. Deze analyse is direct uit het inkoopbeleid gehaald en er is geen interpretatie gedaan.

Hoofdpunt van het zorginkoopbeleid

- Zilveren Kruis: Zorg dichtbij
- VGZ: Zinnige zorg
- CZ: Verantwoord en dichtbij
- Menzis: Waardegerichte zorg
- ASR: -
- DSW : -
- ONVZ: -
- Zorg en Zekerheid: -
-
- Digitalisering
- Zilveren Kruis:
 - versnellen gebruik van digitale zorg: digitale zorg in de vorm van digitaal contact en consult en/of telebegeleiding biedt een uitkomst; in sommige gevallen zelfs geen zorg of digitale zorg.
 - opschaling nieuwe zorgvormen vervangt bestaande zorg (hybride zorg, vraagt om aanpassingen in zorgpaden. Opschalen betekent dat bestaande zorg vervangen wordt en niet bovenop. Daarom volgende doelen:
 - > 25% vd poliklinische consulten digitaal
 - > 10% vd patiënten die in aanmerking komt voor telebegeleiding over te zetten op hybride zorg
 - > Vliegwielfcoalitie: eind '24 met 80% vd zorgaanbieders afspraken over hybride zorgaanbod voor patiënten met hartfalen, copd, ibd.
- VGZ:
 - maatschappelijke opgave om zorg te vernieuwen. Versnelling op digitalisering, technologische oplossingen en de samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn. Door gezamenlijk de geleerde lessen op te schalen, kunnen we de zorg duurzamer maken.
 - samen zorg verbeteren: vernieuwing en digitalisering zijn nodig om de zorg op langere termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. Ook hiermee personeelstekort en toenemende zorgvraag oplossen. Om dit te bereiken moeten we de inhoud en organisatie van de zorg in beleid en praktijk duurzaam veranderen, alleen samen krijgen we dit voor elkaar. Het is de ambitie om de goede voorbeelden op zoveel mogelijk plekken in de zorg te verspreiden
 - onderdeel visie msz: meer werken met aanbieden van digitale oplossingen, dit heeft geleid tot zinnige zorg voorbeelden die we willen vasthouden en verder uitbouwen
 - 1 van de hoofdpunten van het beleid: digitalisering als aanjager voor zinnige en persoonsgerichte zorg. Digitalisering, doelen afspreken rondom de reductie van het aantal fysieke poliklinische consulten.
- CZ:
 - Wij willen deze opschaling versnellen door het gebruik van digitale zorg vast te leggen in onze zorginkoopafspraken. Daarvoor moeten zorgpaden worden aangepast. Het startpunt daarbij is –de (regionale) zorguitdaging of zorgvraag en de vertaling daarvan naar een nieuw digitaal of hybride zorgconcept, waarbij we gebruikmaken van bewezen technologie. Om nieuwe

zorgconcepten aan de uitdagingen en randvoorwaarden te toetsen, gebruiken we het waardemodel. Moet voldoen aan:

- kosten (declarabele zorgkosten en organisatie kosten --> financieel businessmodel),
- kwaliteit (klinische kwaliteit en gebruikers tevredenheid --> kwaliteitsrapportages),
- toegankelijkheid (technische en fysieke toegankelijkheid --> zorgproces).
- Niet alle voorzieningen en nieuwe digitale ontwikkelingen worden vanzelf gebruikt. Daarom leggen zorg verzekeraars het gebruik van zorginfrastructuren en generieke voorzieningen op termijn vast in zorginkoop contracten. De eerste jaren gaat dit nog vooral via attendering en stimulering volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Na verloop van tijd worden de afspraken dwingender.
- 25% poliklinische zorg digitaal verlenen, eind 2024 met 80% van de zorgaanbieder afspraken gemaakt over hybride zorgaanbod voor patiënten met hartfalen, COPD en IBD
- In 2022 focus op: implementatie telemonitoring chronische zorg en het verder stimuleren van andere digitale werkprocessen.
- Menzis:
 - Digitale zorg kan de zorg toekomstbestendig maken door doelmatige efficiënte zorg mogelijk te maken waardoor de zorgkosten kunnen afnemen. Ook draagt de juiste inzet van digitale zorg bij aan het plaats- en tijdsafhankelijk zorg kunnen ontvangen waarbij onze verzekerden zelf de regie kunnen nemen. Dit kan zijn op het vlak van telemonitoring maar ook door samen te beslissen over digitale consulten en een behandeltraject met de inzet van digitale keuzehulpen. Digitale zorg vermindert reisbewegingen en verlaagt de benodigde huisvestingscapaciteit van instellingen. Dit kan positieve invloed hebben op de CO2-uitstoot. Daarnaast biedt digitale zorg kansen om de inzet van beschikbaar, deskundig en bekwaam personeel te optimaliseren zodat we de zorg kunnen leveren die nodig is.
 - Ook bekijkt Menzis de mogelijkheden van Artificial Intelligence (AI) en het gebruik van slimme data.
 - In 2022 willen wij met zorgaanbieders in onze regio's de (kosten)effectiviteit van enkele veelbelovende digitale zorginitiatieven onderzoeken. Op die manier willen we bijdragen aan het versnellen van het implementeren van toekomstbestendige digitale zorg. Dit zullen wij doen aan de hand van de in 2021 ingezamelde initiatieven, aangevuld met eventuele nieuwe initiatieven in 2022.
- ASR:
 - Mede door de corona pandemie zien we een versnelling in de toepassing van digitale zorg. Wij willen deze ontwikkeling vasthouden. Mede door de digitalisering is het mogelijk om goede zorg te leveren, die aansluit bij de behoefte van de patiënt, op de juiste plek geleverd wordt en een redelijke prijs heeft. Daardoor zien we ook mogelijkheden voor het langer thuis wonen, voor eigen regie van verzekerden en mantelzorgers. Tegelijkertijd kan digitalisering de effectiviteit van de zorg vergroten, bijdragen aan de betaalbaarheid, de kwaliteit op peil houden of verbeteren en de overspannen arbeidsmarkt in het zorgveld verlichten.
- DSW:
 - Uitgangspunten bij de contractering:
 - > Elke zorgaanbieder faciliteert de mogelijkheid tot digitaal consult. Voor sommige zorg is een normstelling voor het percentage digitale consulten in de contractering van toepassing.
 - > Om te komen tot een generiek benaderbare landelijke zorginfrastructuur willen we samen met zorgaanbieders komen tot afspraken, waarin de noodzakelijke randvoorwaarden geborgd worden. Initiatieven die hieraan mee werken worden gestimuleerd met o.a. deelname aan de VIPP-regelingen. Om daarin ook de patiënt centraal te stellen is de gegevensuitwisseling met PGO's een noodzakelijke vereiste. Daarnaast is het een belangrijke randvoorwaarde dat zorgaanbieders gebruik maken van generieke voorzieningen t.a.v. adressering, toestemming, identificatie, authenticatie en autorisatie.

- De juiste zorg op de juiste plek vraagt een meer integrale benadering van inzet van zorg (digitaal waar het kan, gecombineerd met fysiek waar het moet). Dit vraagt aanpassingen in zorgpaden (bv. digitale triage 1e lijn, digitale intake breed in 2e lijn, starten pilots hybride ziekenhuizen). Opschalen van deze nieuwe vorm van zorg betekent dat deze bestaande zorg vervangt, dus niet erbij komt.
- ONVZ:
 - Digitalisering kan een belangrijke bijdrage leveren aan plaats- en tijdsafhankelijke zorg en biedt daarmee een basis om langer thuis te wonen en voor eigen regie van cliënten en mantelzorgers. Tegelijkertijd kan digitalisering de effectiviteit van de zorg vergroten, bijdragen aan de betaalbaarheid, de kwaliteit op peil houden of verbeteren en de overspannen arbeidsmarkt in het zorgveld verlichten. Dit hebben we ervaren tijdens de coronacrisis.
 - Via de inkoop van digitale zorg stimuleren we de ontwikkeling van digitale oplossingen in zorgprocessen en de opschaling daarvan bij zorgaanbieders. We kijken naar de voorwaarden voor het voorkomen, verplaatsen en vernieuwen van zorg, voortbordurend op de uitgangspunten van de juiste zorg op de juiste plek.
 - Door inzet van passende digitale of hybride zorg, die bewezen effectief is óf waarvoor gedurende experimentfase bewijs verzameld wordt, transformeren we zorgpaden. Dit leidt tot beter passende zorg voor de patiënt en houdt deze zorg toegankelijk en betaalbaar. eHealth zorgaanbieders krijgen daarom ook de voorkeur van onze ZorgConsulenten die verzekerden informeren over de keuze van een zorgaanbieder. Keuzerecht van de verzekerde is daarbij een belangrijk vertrekpunt: digitaal waar het kan, fysiek waar het moet – maar altijd in overleg met de verzekerde (samen beslissen).
- Zorg en Zekerheid:
 - Zorg en Zekerheid maakt met aanbieders afspraken om te voorkomen dat mensen meer zorg krijgen dan gegeven hun zorgbehoefte wenselijk is. Wij zetten in op ‘stepped care’ en digitale zorg en willen investeren in het goede gesprek tussen verzekerde en medisch specialistische zorgverlener.
 - De inzet van digitale zorg is een belangrijke aanvulling op het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg. Wij willen hierbij inzetten op bewezen effectieve interventies die aansluiten bij de zorgbehoefte van onze verzekerden
-
- Regionalisering
- Zilveren Kruis:
 - transformeren zorglandschap: voorkomen van (duurdere) zorg, vervangen van zorg (digitale zorg), verplaatsen van zorg (zorg thuis). Dit vraagt om samenwerking met verschillende partijen in de regio. Zilveren Kruis verantwoordelijkheid voor de gezamenlijke uitdagingen. 5 kerntransities:
 - > Integrale benadering van gezondheid
 - > Kwetsbare groepen wonen langer zelfstandig
 - > Versterken samenhang eerste lijn en acute ketenzorg
 - > Versterken zorg op afstand
 - > Versterken netwerkvorming
- VGZ:
 - VGZ streeft naar onderling afgestemde afspraken over het verplaatsen van zorg en budgetten. Dit kan soms concentratie of overdracht van zorg betekenen of het overlaten van minder complexe zorg aan niet-academische ziekenhuizen. We kijken daarbij naar het totale aanbod in een regio, dus ook naar de positie van ZBC’s, nieuwe (digitale) aanbieders en overige instellingen.
- CZ:
 - Samenwerking op het gebied van ouderenzorg.
 - Verplaatsen en voorkomen van ziekenhuisbehandelingen. Vooral inzet op eerste en nulde lijn, om met de bestaande capaciteit meer patiënten te helpen. Toetsingskader in ontwikkeling voor het

beoordelen of het verantwoord is om de zorg dichterbij te leveren op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Inzet van medisch specialist in de 0^e en 1^e lijn, CZ ondersteunt dit door samenwerking met Prismanetwerk. Een huisarts kan via dit netwerk virtueel een specialist laten meekijken.

- Geboortezorg
- Menzis:
 - Bij de organisatie van zorg kijken we over wetten en zorgsoorten heen en vinden we het belangrijk dat onze zorgpartners dit ook doen. Waar het mogelijk is zoeken we de verbinding met bijvoorbeeld de Wlz voor alle inwoners van de regio's en stellen we met alle betrokken partijen regioplannen op. Op basis hiervan werken we samen aan onze gezamenlijke uitdagingen.
 - Menzis stimuleert deze transformatie in haar regio's waarbij de regiobeelden inzicht hebben gegeven in de toekomstige knelpunten. Mogelijke oplossingen worden in regiovisies uitgewerkt. Een integrale benadering van de zorg is hierbij van belang.
- ASR: -
- DSW: -
- ONVZ: -
- Zorg en Zekerheid
 - In onze kernregio maken we afspraken over positieve gezondheid en delen we inzichten die wij hebben over zorg die niet voldoet aan het criterium Stand van Wetenschap en Praktijk. Ook als wij onverklaarbare afwijkingen zien van de richtlijnen gaan wij in gesprek. Tevens beoordelen wij de gegevens over praktijkvariatie, met name op het afwijken van het landelijk gemiddelde en van voorgaande jaren en bespreken zo nodig de behaalde resultaten.
 - Samen met de zorgaanbieders in onze kernregio definiëren we een top drie voor verbetering en maken hierover maatwerkafspraken. Leidend principe is dat we met de zorgaanbieder een verbetertraject vaststellen binnen een realistische periode. Mocht het niet lukken om de gewenste verbetering te realiseren, dan maken wij nadere afspraken. Daarbij behoort ook het verlagen van de prijs of uiteindelijk helemaal niet meer inkopen van die zorg tot de mogelijkheden.
-
- Transformatiegelden
- Zilveren Kruis:
 - We willen met de transformatiegelden stimuleren dat onze verzekerden de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Dit is breder dan de ambitie uit het eerder gepubliceerde inkoopbeleid om 10% van de Medisch Specialistische Zorg (msz) naar huis te brengen. Meer over Zorg veilig thuis leest u op onze website.
 - We willen in gesprek met u om tot een plan te komen, we werken niet meer met een inkoopprocedure
 - > U kunt op ieder moment een voorstel voorleggen aan uw zorginkoper. We werken niet meer met een vaste deadline voor het indienen van voorstellen.
 - > Er is meer ruimte voor gesprek, om in gezamenlijkheid tot goede initiatieven te komen.
 - > We werken niet meer met een vast format.
 - Om uw voorstel te beoordelen willen we inzicht in de haalbaarheid en effecten van uw voorstel
 - Als u een voorstel voorlegt, beschrijft u dan in ieder geval het volgende.
 - > De wijze waarop het initiatief de door Zilveren Kruis beoogde transformatie realiseert;
 - > Het concrete effect voor de patiënt/klant;
 - > De concrete hoogte van de besparing aan zorgkosten;
 - > De gevraagde en onderbouwde investering van Zilveren Kruis (per jaar);
 - > Uw tijdsplanning;
 - > KPI's.
 - Zorgaanbieders buiten ons kerngebied maken afspraken met hun marktleider

- In het hoofdlijnenakkoord msz 2019-2022 is afgesproken dat zorgverzekeraars zoveel mogelijk congruent handelen. Daar zetten wij ons voor in buiten ons kerngebied. Andersom verwachten we dat andere zorgverzekeraars dat ook doen in ons kerngebied.
- We ontvangen graag de goedgekeurde initiatieven door de zorgverzekeraar die uw marktleider is. We beoordelen dan of die zorgverzekeraar naar rato van zijn marktaandeel investeert. Als dat zo is, dan beoordelen we of we ons ook kunnen vinden in het voorstel en of we kunnen bijdragen aan het voorstel. Hiervoor moet het initiatief passen in het transformatiebeleid van Zilveren Kruis.
- Hoe gaan we om met naleving en controle?
 - Het behalen van de KPI's is voorwaarde om de financiering te continueren
 - Bij het toekennen van de transformatiegelden maken we afspraken over monitoring aan de hand van KPI's. Uw zorginkoper bespreekt de voortgang periodiek met u. Als de afspraken niet gehaald worden, dan heeft Zilveren Kruis de mogelijkheid de bijdrage te stoppen en/of het toegekende bedrag (deels) terug te vorderen. De bewijslast voor de voortgang ligt bij de zorgaanbieder, de beoordeling ligt bij Zilveren Kruis.
- VGZ:
 - Toegepast op de gedachte achter de juiste zorg op de juiste plek, willen we aanbieders uitdagen om voorstellen in te dienen die voldoen aan de volgende criteria:
 - > Voorstellen hebben als doel om de zorg te 'verplaatsen' zodat deze 'minder zwaar en soms minder langdurig' wordt. De zorg sluit beter aan op de behoefte van de patiënt en wordt dichterbij of in de thuissituatie van de patiënt geleverd.
 - > Voorstellen zijn aantoonbaar beter voor de patiënt en substantieel goedkoper. Gerealiseerde besparingen mogen niet worden ingezet voor het intensiveren of financieren van andere vormen van zorg bij de indiener.
 - > Het financiële resultaat van het initiatief moet bij voorkeur binnen één jaar, maar uiterlijk binnen twee jaar zijn gerealiseerd zijn. Uiteraard moeten de initiatieven voldoen aan de criteria zoals ze zijn overeengekomen binnen het HLA.
 - > De criteria uit het HLA:
 - Beschikbare transformatieopslag
 - > De totale hoogte van de VGZ-transformatiegelden is gebaseerd op ons landelijk marktaandeel van het landelijk beschikbare transformatiegeld zoals overeengekomen in het HLA.
 - > VGZ beoordeelt elk voorstel op basis van de criteria uit het HLA en de in deze aanvulling op het inkoopbeleid gestelde voorwaarden. Inzet van transformatiegelden gebeurt op basis van inhoudelijke voorstellen. Aanbieders hebben niet per definitie recht op een deel van de beschikbare gelden. Eventuele afstemming over het verkrijgen van transformatiegelden van meerdere verzekeraars vindt plaats op initiatief van de zorgaanbieder.
 - > De afspraak over de inzet van transformatiegelden worden in een addendum bij het contract opgenomen. In het HLA is afgesproken dat de transitiegelden worden verwerkt in de prijslijsten. De transformatiegelden worden dan als een specifieke herleidbare opslag opgenomen in de totale omvang van het contract (bedragen worden geormerkt) en worden indien nodig in de financiële afrekening verrekend tot de maximale overeengekomen opslag. VGZ staat open voor alternatieve voorstellen voor het vastleggen van toegezegde transformatie-gelden als dat vanuit het oogpunt van de administratieve lasten of onnodige complexiteit wenselijk is.
 - > De implementatie van de voorgenomen initiatieven wordt door de zorgaanbieder en de verzekeraars gemonitord gedurende het contractjaar. Als de transformatiegelden niet conform de afspraak worden ingezet, dan kan de trans-formatiebijdrage worden stopgezet en/of worden de gelden verrekend
- CZ:
 - Elke situatie en locatie is verschillend en vereist een individuele beoordeling. Toch vinden wij dat we dicht bij de landelijke afspraken rondom honorering moeten blijven. Dit doen we omdat we

verantwoordelijk zijn voor een correcte besteding van premiegelden en een congruente uitvoering vanuit de zorgverzekeraars. De transitie middelen zijn (tijdelijk) beschikbaar in het macrokader en worden vanuit premieopbrengsten gefinancierd. Daarom moeten de effecten van de veranderingen volstrekt duidelijk zijn en passen bij een meerjarenvisie van de instelling die de Juiste Zorg op de Juiste Plek onderschrijft. Om voor de toekenning van transitie middelen in aanmerking te komen, moeten initiatieven aan de volgende uitgangspunten voldoen:

- > De beschreven initiatieven dragen bij aan de transformatie, zoals beschreven in het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.
 - > De initiatieven passen in het gedeelde meerjarenperspectief en het portfolio van de aanbieder.
 - > Voor de aanvraag en het initiatief is minimaal één zorgaanbieder van medisch specialistische zorg en één zorgverzekeraar partij.
 - > De initiatieven zijn substantieel van aard en hebben een blijvend effect. • De zorgkosten die de initiatieven besparen, worden (in beginsel) niet opgevuld door andere zorg bij de aanbieder.
 - > Er is inzichtelijk gemaakt hoe en welke organisatiekosten worden afgebouwd om een omzetsdaling voor de betreffende zorg ook houdbaar te kunnen laten zijn.
 - > Bij de verplaatsing van zorg buiten de instelling is inzichtelijk gemaakt wat de benodigde aanvullende zorgkosten voor die aanbieders zijn.
 - > De financiële effecten van de aanvraag zijn gevat in een positieve en integrale businesscase, die ook aantoont dat de geïnvesteerde transformatie middelen binnen een termijn van uiterlijk 2 jaar zijn terugverdiend. Hierop is ook schriftelijk akkoord en commitment van de VMS / het MSB.
- Bovenstaande voorwaarden moeten in een plan staan waarin ook de inhoudelijke voornemens en de integrale businesscase zijn opgenomen. In dit plan moeten daarnaast de verwachte resultaten staan en de tijdslijnen voor de mijlpalen en eindpunten van de initiatieven. Verder wordt de (samenhangende) organisatie van de transformatie inzichtelijk gemaakt en de manier hoe CZ groep betrokken wordt bij de voortgang. We vertalen de effecten van de geaccordeerde initiatieven naar jaarlijkse omzetafspraken met de instelling (en eventueel externe samenwerkingspartners). Voor de instellingen waar wij marktleider zijn, kunnen we actief betrokken worden bij de beoordeling en eventuele honorering van de voorstellen. Binnen andere regio's zijn dat de zorgverzekeraars die daar marktleider zijn. Per situatie bekijken we het akkoord tussen de betreffende instelling en de betrokken zorgverzekeraar, zodat we kunnen beoordelen of er ook een afspraak met CZ groep mogelijk is. Het initiatief hiervoor laten we bij de betreffende zorgaanbieder(s).
- Menzis:
 - Het Transformatievoorstel moeten ten minste passen binnen de Waardegerichte zorg visie dan wel het zorginkoopbeleid 2022 van Menzis. Bij het beoordelen van de transformatievoorstellen houdt Menzis verder onder andere rekening met de volgende aspecten:
 - T.a.v. de criteria van de transformatiegelden:
 - > Investerings in ICT (software en hardware) komen niet in aanmerking voor transformatiegelden (vanwege het periodieke karakter van de (afschrijvings-) kosten hiervan en de focus van transformatiegelden op eenmalige kosten).
 - T.a.v. het transformatie initiatief en de impact hiervan:
 - > Het initiatief heeft een aantoonbare positieve impact op de betaalbaarheid van zorg en is in lijn met een gedeeld meerjarenperspectief.
 - > Er is een duidelijke relatie tussen de initiatieven en de reductie van hieraan gerelateerde zorg (NB: dit betreft niet een tijdelijk krimpeffect door tekort aan personeel, toename van wachtlijsten, verlegde patiëntenstroom anders dan beoogd, etc.). De te realiseren structurele afname van volume wordt in afspraken belegd, als basis voor toekomstige inkoopafspraken.
 - T.a.v. het toe te kennen bedrag:

- > De mate van toekenning van de aangevraagde transformatiegelden zal mede-afhankelijk zijn van de mate van marktconformiteit van de tarieven van de zorgaanbieder;
- > Indien er in overleg tussen zorgaanbieder en eerste lijn voor onderliggende initiatieven transitiekosten worden gemaakt in de eerste lijn (huisartsen, wijkverpleging) of zorg thuis (thuismonitoring, Zorg In Beeld projecten), dan worden de kosten hiervoor gedekt uit deze toegekende transformatiegelden (er is dan voor de transitiekosten geen mogelijkheid tot aparte aanvullende (S3) financiering hiervoor vanuit Menzis).
- > Het toegekende bedrag zal worden verrekend bij de eindafrekening.
- T.a.v. de contractuele voorwaarden:
 - > De zorgaanbieder dient een msz-overeenkomst te hebben met Menzis waarin de besteding van transformatiegelden kan worden vastgelegd in een addendum;
 - > Twee keer per jaar geeft de zorgaanbieder via de inkoper van Menzis een schriftelijke terugkoppeling over de voortgang en de gerealiseerde en te verwachten resultaten richting Menzis (waarvan één voor de start van de inkoopgesprekken);
 - > Wanneer de transformatiegelden door de zorgaanbieder niet conform afspraak worden besteed dan wordt de transformatiebijdrage door Menzis stopgezet en/of worden de reeds betaalde transformatiegelden teruggevorderd, dan wel verrekend door Menzis en het betreffende addendum beëindigd;
- ASR:
 - Om de beweging naar JZOJP te stimuleren zijn er tijdelijke transformatiegelden beschikbaar. Als landelijke zorgverzekeraar hebben wij hier in principe geen leidende rol in. Wij gaan echter graag met u in gesprek over het toekennen van transformatiegelden. Bij het beoordelen van de transformatievoorstellen houden wij rekeningen met de volgende punten:
 - De preferente zorgverzekeraar dient het initiatief positief te hebben beoordeeld.
 - Wij geven geen garantie inzake meerjarenafspraken over transformatiegelden.
 - De aanvraag voor transformatiegelden voor 2022 dient voor 1 november 2021 bij a.s.r. bekend te zijn zodat het meegenomen kan worden in de algehele afspraak voor 2022.
 - Transformatiegelden kunnen niet met terugwerkende kracht worden aangevraagd.
 - De inzet van transformatiegelden gebeurt op basis van inhoudelijke voorstellen.
 - De hoogte van de transitievergoeding wordt bepaald op basis van het marktaandeel.
 - Indien de transformatiegelden door de zorgaanbieder niet conform de afspraak zoals vastgelegd in het addendum bij de overeenkomst wordt ingezet, wordt het betreffende addendum beëindigd. De transformatiebijdrage wordt stopgezet en eventuele reeds betaalde transformatiegelden worden teruggevorderd dan wel verrekend.
- DSW:
 - DSW Zorgverzekeraar vindt dat het initiatief voor innovatie vanuit het veld moet komen. Wij stellen geen specifieke eisen aan innovaties, maar toetsen of eventuele innovaties vallen binnen de Zvw en of zij uiteindelijk daadwerkelijk insteken op verbetering van de zorg. Gecontracteerde aanbieders kunnen via zijn relatiebeheerder een voorstel indienen. Overige zorginstellingen en/of initiatieven kunnen zijn voorstel aan ons voorleggen via e-mailadres: contractering.msz@dsw.nl. De zorgaanbieder moet daarbij kort aangeven wat het doel en de omvang van het project is en welke concrete resultaten worden verwacht. Gecontracteerde zorgaanbieders kunnen transformatieplannen met een eventueel bijbehorende aanvraag voor transformatiegelden in eigen format aanleveren aan zijn relatiebeheerder via contractering.msz@dsw.nl. Buiten onze kernregio volgen wij de desbetreffende marktleader, tenzij de toegankelijkheid van zorg en/of de keuzevrijheid van onze verzekerden niet gewaarborgd kan blijven.
- ONVZ:
 - Vanuit de transformatiegelden kunnen projecten voor het verplaatsen, voorkomen en vervangen van tweedelijns zorg worden gefinancierd. We hanteren hiervoor de kaders zoals genoemd in het Hoofdpijnenakkoord medischspecialistische zorg 2019-2022. Aanvragen voor transformatiegelden

vanuit instellingen zullen we globaal toetsen aan de vastgestelde landelijke criteria en hierbij, in beginsel, congruent handelen ten opzichte van de marktleaders. De uiterste datum voor het aanvragen van transformatiegelden 2022 is 1 juli 2022.

- Zorg en Zekerheid: -
-
- Substitutie
- Zilveren Kruis: -
- VGZ: -
- CZ:
 - Binnen het omzetplafond bestaat een grote mate van substitutie. Wel gaat CZ ervan uit dat dit omzetplafond passend is voor de hele zorgvraag en dat de zorgaanbieder ook patiënten in zorg blijft nemen als dit plafond bereikt wordt. CZ hanteert 6 categorieën voor volume speerpunten.
- Menzis: -
- ASR: -
- DSW: -
- ONVZ: -
- Zorg en Zekerheid: -
-
- Financieringsvorm
- Zilveren Kruis:
 - bij voorkeur meerjarenafspraken. Voorwaarden: overeenstemming over reële prijs en reëel volume dat aantoonbaar doelmatige zorg levert. Ziekenhuizen in kerngebieden komen in aanmerking voor een transitieafpraak. Een transitieafpraak maken ze over het volume die ze vastleggen in een richtpunt.
- VGZ:
 - voorkeur naar overeenkomst met een zorgkostenplafond inclusief zorggarantie.
- CZ:
 - Contractvorm afhankelijk van marktaandeel in de regio:
 - > Klein marktaandeel: volgen leiders
 - > Groot marktaandeel: inzetten op meerjarenafspraken
 - » Zonder transitiemiddelen
 - » Met transitiemiddelen
 - » Duurzame coalitie: langdurige toekomstbestendige afspraken gericht op systeemveranderingen
 - Omzetplafond om de kosten te beheersen. Marktprijzen hebben een gebrekkige relatie met de werkelijke kosten waardoor kostenbeheersing enkel op de prijsstijging blijft risicovol. Beheersing via omzetplafond.
- Menzis:
 - Menzis wil betreffende 2022 een financiële plafondafpraak maken inclusief afspraken over een doorleverplicht.
 - Binnen de Menzis regio's kunnen we in gesprek gaan of meerjarenafspraken kunnen bijdragen aan het behalen van de doelstellingen van beide partijen.
 - Bij JZOJP-afspraken kan zorg waarover afspraken worden gemaakt, in een deelplafond geplaatst worden. Dit houdt concreet in dat het deel van de DBC-zorgproducten behorende bij de betreffende zorg die wordt verplaatst naar de eerste lijn, in een deelplafond wordt geplaatst.
 - Maximumprijzen behoren tot de mogelijkheden.
- ASR:
 - Om JZOJP te stimuleren en om administratieve lasten te verlichten staan wij open voor meerjarencontracten. Wij gaan hierover graag met u in gesprek. Voorwaarde voor een

meerjarencontract is dat aantoonbaar doelmatige zorg geleverd wordt tegen een reëel volume en een reële prijs.

- DSW: -
- ONVZ: -
- Zorg en Zekerheid:
 - Binnen de kernregio van Zorg en Zekerheid sluiten we bij voorkeur een contract met een plafondafpraak voor zorg inclusief zorggarantie.
 - In lijn met het beschreven beleid kunnen in de kernregio kavelafspraken worden gemaakt. Daarnaast zijn maatwerkafspraken mogelijk, zodat innovaties in de zorg bekostigd kunnen worden. De financiering van innovaties kan vaak vanuit de bestaande middelen en systematiek plaatsvinden. Zorg en Zekerheid wil met belangrijke strategische aanbieders een meerjarenstrategie aangaan om de benodigde omslag te maken voor de juiste zorg op de juiste plek. Daarbij behoort het afspreken van een maatwerkovereenkomst voor meerdere jaren tot de mogelijkheden. Hiervoor is een gedeeld langetermijnperspectief nodig.

Bijlage 4. Opzet, bronnen en methoden

Onderzoeksopzet

Om een beeld te krijgen van het contracteerproces en de afspraken voor 2022 zijn interviews gehouden met 6 zorgverzekeraars, 5 ziekenhuizen en 2 zelfstandige klinieken. Aanvullend hebben 9 zorgverzekeraars, 61 ziekenhuizen (waarvan 5 umc's) en 33 zelfstandige klinieken een enquête ingevuld. Voor de analyse van de enquêtevragen die op het onderwerp 'dure geneesmiddelen' betrekking hadden werden uit dit sample alleen de instellingen meegenomen die in 2020 ook daadwerkelijk dure geneesmiddelen declareerden. Dit waren 51 ziekenhuizen en 5 umc's. Door de bijzondere belasting van het veld door COVID-19, werden ook dit jaar geen contracten uitgevraagd.

Kwantitatieve analyse

Uitgaven versus vergoedingen

De door instellingen bij verzekeraars totaal gedeclareerde bedragen aan medisch specialistische zorg inclusief dure geneesmiddelen zijn niet exact hetzelfde als de daadwerkelijke maatschappelijke lasten. Met uitgaven (tenzij expliciet aangegeven) bedoelen we in deze monitor de bedragen die door zorgverzekeraars aan zorgaanbieders van medisch specialistische zorg zijn vergoed (volume maal contractprijzen). Met uitzondering van tabel 1 laten we in deze monitor en bijlage in de figuren en tabellen alleen de ontwikkeling van de totaal gedeclareerde bedragen zien. Bij uitgaven aan dure geneesmiddelen omvat dit bedrag ook de extramurale uitgaven. Bij het berekenen van de uitgaven is onder andere géén rekening gehouden met contractafspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Een voorbeeld hiervan is een plafondaafpraak: de in rekening te brengen omzet is van te voren begrensd en er is geen omzetgarantie voor het ziekenhuis. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken met elkaar waarbij een verrekening achteraf over een jaar plaatsvindt over de medisch specialistische zorg of een deel daarvan. Daarnaast is er ook geen rekening gehouden met de resultaten van financiële arrangementen van het ministerie van VWS. De financiële resultaten hiervan maakt géén onderdeel uit van de declaratiegegevens die in deze monitor zijn gerapporteerd.

Verzekeraars hebben echter wel inzicht in deze financiële resultaten. Ten behoeve van de risicoverevening rapporteren verzekeraars aan het Zorginstituut en de NZa (kwartaal- en jaarstaten) over onder andere de totale (verwachte) uitgaven aan dure geneesmiddelen én de totale msz uitgaven. De hoogte van de verrekening aan totale msz en dure geneesmiddelen afzonderlijk staat hierin feitelijk vast over jaren die volledig zijn gedeclareerd. In tabel 1 in de monitor en de bijlage zijn deze uitgaven wel opgenomen. In deze tabel zijn regels opgenomen waarin het totale verrekeningsbedrag staat weergegeven: 'Nog te betalen/verrekenen € mln'. Als bron hiervoor wordt de GIP databank en de 'Factsheet verdiepende analyses Zvw 2016-2020' van het Zorginstituut Nederland (ZIN) gebruikt, zij baseren deze bedragen op de kwartaal- en jaarstaten en de Vektis declaratie data. Omdat deze bedragen alleen op totaalniveaus bekend zijn, kunnen we deze verrekeningen niet meenemen in de meer gedetailleerde analyses in de rest van de monitor en bijlage. Hoe deze bedragen precies zijn opgebouwd is echter onduidelijk, omdat hierin een samengesteld effect zit van in ieder geval de volgende effecten:

- Het resultaat van de financiële arrangementen: betalingen door VWS aan zorgverzekeraars op grond van kortingsafspraken met fabrikanten/leveranciers (op basis van gerealiseerde volumes).

- Het resultaat van contractafspraken: betalingen door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars op grond van gemaakte plafondafspraken (op basis van gerealiseerde volumes).
- Eventuele correcties van declaratie fouten.

Wanneer patiëntaantallen worden weergegeven, dan zijn de aantallen altijd geteld als het unieke aantal patiënten op dat specifieke niveau. Dat kan bijvoorbeeld op type geneesmiddel zijn, zoals in figuur 2. Omdat patiënten in meerder groepen kunnen zitten tellen de aantallen niet op tot die genoemd in het totaal, omdat op totaal niveau de patiënten ook uniek zijn.

Bronnen

De totale msz gegevens in deze monitor hebben betrekking op alle zorg prestaties geleverd in zowel het vrije- als het gereguleerde segment. De kostendefinitie van de totaal gedeclareerde msz sluit hier aan bij de rubrieken indeling van de jaar- en kwartaalstaten; rubriek '06 Medisch-specialistische zorg' in de jaar- en kwartaalstaten. De verzekeraars leveren de jaar- en kwartaalstaten data aan bij het ZIN. Als bron voor de jaar- en kwartaalstaten wordt de Zorgcijfersdatabank gebruikt. De gebruikte cijfers zijn door het ZIN gecontroleerde en gecorrigeerde cijfers. Om de aansluiting tussen de vektis data en de jaar- en kwartaalstaten data te kunnen maken is de mapping tabel prestaties van Vektis gebruikt. Dit is gedaan omdat de totale msz kostendefinitie (wat er allemaal onder totale msz valt) van Vektis afwijkt van die van de jaar-en kwartaalstaten. Zo rekent de jaar- en kwartaalstaten de geriatrische revalidatiezorg niet mee in de msz, terwijl deze wel in de Vektis msz meelopen.

De gebruikte cijfers met betrekking tot de hoofdlijnakkoord afspraken (HLA) afspraken msz 2018-2022 komen uit de jaarverslagen van VWS. De (groei)cijfers van de totale msz uitgaven uit tabel kunnen niet vergeleken worden met de HLA, omdat hier weer een aparte totale msz kostendefinitie voor geldt. In de HLA-afspraken worden bestuurlijke afspraken gemaakt over wat wel en wat niet meegeteld moet worden, die voor verschillende periodes van akkoorden ook weer anders kunnen uitpakken.

De dure geneesmiddelen gegevens in deze monitor hebben betrekking op de geneesmiddelen waarvan een add-on geneesmiddelen prestatie of ozp-stollingsfactorenprestatie geldig was in de jaren 2012 t/m 2016 met declaratiecodes: 191201 t/m 191898 en 193301 t/m 194639. Voor 2017 t/m 2020 zijn alle ZI-nummers (add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren) uit de G-standaard meegenomen.

De cijfers t/m 2019 van Vektis, zijn naar verwachting, volledig. De cijfers over 2020 zijn nagenoeg volledig, met 24 kasmaanden aan declaraties. Voor 2019 zijn tot nu toe 36 kasmaanden verwerkt.

De GIPdatabank is gebruikt als bron voor de verrekeningsbedragen en de uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen vóór de overheveling, namelijk de uitgaven vanuit het kader farmaceutische zorg (extramurale farmacie).

Waarde geneesmiddelen

Deze monitor geeft inzicht in de uitgaven aan dure geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg. Het gaat niet in op andere aspecten van 'waarde', zoals de waarde voor patiënten of de kosteneffectiviteit van geneesmiddelen. Ontegengesteld staan tegenover de kosten van geneesmiddelen opbrengsten, zoals levensverlenging of het voorkomen van een ziekenhuis opname etc. Dat aspect valt buiten de scope van deze monitor.

Resultaten ziekenhuizen

In deze monitor wordt niet ingegaan op de exploitatieresultaten en de solvabiliteitspositie van zorgaanbieders. Die financiële positie wordt uiteraard mede beïnvloed door de kosten en inkomsten die verband houden met levering van msz-zorg en van add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren in het bijzonder. En omgekeerd wordt de financiële armslag voor het gebruik van geneesmiddelen mede bepaald door de financiële positie. Wel kijken we naar het beslag dat dure geneesmiddelen leggen op het totale budget medisch specialistische zorg.

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 geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg is. Deze maken deel uit van het Budgettair Kader medisch specialistische zorg (BKZ). 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.

Bronnen figuren en tabellen

- Totale uitgaven medisch specialistische zorg en uitgaven dure geneesmiddelen: Vektis. Peildatum: maart 2022 (2020: 24 kasmaanden). De totale msz uitgaven over 2015 zijn gecorrigeerd voor de schadelastdip: deze dip wordt geschat op 3,92%. Meer informatie hierover leest u in [Beoordelingsdocument RZ15a](#) en de [Toelichting op informatieproducten Verkorten Doorlooptijd](#) van de NZa.
- Totale uitgaven medisch specialistische zorg en uitgaven dure geneesmiddelen: jaar- en kwartaalstaten data, [Zorgcijfersdatabank](#).
- Cijfers m.b.t. de HLA-afspraken komen uit de [jaarverslagen van VWS](#): Uit onderdeel D (FINANCIEEL BEELD ZORG) en hoofdstuk 3.1 en 4.1.
- Overgehevelde geneesmiddelen voor overheveling (extramurale uitgaven): GIP-data, Zorginstituut Nederland. Geactualiseerd December 2020.
- Uitgaven overgehevelde geneesmiddelen na overheveling én niet overgehevelde geneesmiddelen: Vektis. Peildatum: maart 2022 (2020: 24 kasmaanden).
- Resultaat financiële arrangementen VWS: [2020](#) en [2021](#)

Overzicht nieuwe geneesmiddelen

In de monitor en de bijlage zijn de groepen "nieuw per [jaartal]" weergegeven. De geneesmiddelen zijn gelabeld op werkzame stof niveau. De werkzame stof code behoudt het label over de jaren heen. Daardoor is de ontwikkeling van uitgaven aan de bepaalde labels over de jaren heen te volgen. Een overzicht over alle geneesmiddelstoffen met de bijbehorende indeling staat hier.

Correctie beleidswijzigingen op uitgaven per patiënt

Hieronder hebben we een overzicht opgenomen van relevante beleidswijzigingen die tussen 2012-2020 hebben plaats gevonden:

- Tussen 2012 en 2015 zijn meerdere groepen geneesmiddelen overgeheveld van extramurale kader naar intramurale kader. In tabel B.1 is te zien om welke geneesmiddelen het gaat (overgeheveld per 20XX). Uit eerdere NZa monitors "Dure geneesmiddelen" bleek al dat het gaat om grote groepen patiënten en dito uitgaven.

- De overheveling van een relatief grote groep oncolytica geneesmiddelen per 2015 benoemen we hierin apart, omdat deze overheveling de grootste impact had. Voor deze overheveling is er gecorrigeerd in de analyse van de uitgaven per patiënt tussen 2012-2019.
- In 2015 werd de drempel voor aanvraag add-on status geneesmiddelen van 10.000 per persoon per jaar verlaagd naar 1.000 euro per persoon.
- In 2017 is een verandering in het declaratiesysteem van intramurale geneesmiddelen door de NZa doorgevoerd. Vóór 2017 kon een ziekenhuis alleen een specifieke combinatie van een geneesmiddel met een indicatie (de aandoening waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven) apart declareren als add-on geneesmiddel.
- In 2019, verhoging BTW van 6% naar 9%

Voor de beleidswijzigingen benoemd in punt 2 en 4 hebben we in de analyse van de uitgaven per patiënt in de paragraaf '3.1.3 Beleidswijzigingen' gecorrigeerd.

Om te corrigeren voor de overheveling 2015 hebben we alle declaraties uit de declaratiedata verwijderd die betrekking hadden op geneesmiddelen die per 2015 overgeheveld zijn. Dit kan heel precies, omdat bekend is wanneer en welke geneesmiddelen overgeheveld zijn, zie tabel B.1.

Om te corrigeren voor de beleidswijziging per 2017 hebben we alle declaraties uit onze data gehaald, van geneesmiddelen die vóór 2017 als bestonden, die een off-label indicatie hebben. Geneesmiddel-indicatie combinaties die voor 2017 niet als add-on declarabel waren, en dus via de dbc gedeclareerd werden, zijn dat per 2017 wel. Deze declaraties hebben per 2017 een off-label indicatie gekregen en zijn dus als zodanig te herkennen in de declaratiedata. Zonder correctie zitten patiënten die dure geneesmiddelen off-label krijgen, voor 2017 dus niet in de declaratiedata en na 2017 wel. Off-label gebruik van dure geneesmiddelen speelt vooral bij geneesmiddelen die al langer beschikbaar zijn. Dat deze wijziging voor een grote instroom aan patiënten heeft gezorgd is goed zichtbaar in figuur 2 van de bijlage; het aantal patiënten dat 'msz-regulier' geneesmiddelen krijgt neemt fors toe.

Omdat heel 2017 als een ingroeiperiode gold, werden er nog veel dummycodes² geregistreerd, hiervoor hebben we nog geprobeerd te corrigeren. Dit hebben we gedaan door voor de declaraties met dummycodes te zoeken naar dezelfde verzekerde-geneesmiddel combinatie in hetzelfde jaar, waar wel een indicatie bij zit. Om vervolgens de dummycode te vervangen door deze indicatiecode.

Op deze manier halen we de declaratie regels er uit die niet hadden plaats gevonden als de twee beleidswijzigingen niet waren doorgevoerd. Omdat we op het laagste niveau corrigeren kunnen we vervolgens de berekening van uitgaven per unieke patiënt gecorrigeerd uitvoeren. We halen niet de hele patiënt eruit, maar alleen de declaratie. Als een patiënt een ander geneesmiddelen gebruikt, dan tellen we hem of haar daar wel mee.

Concurrentie

Om een vergelijking te kunnen maken tussen uitgaven voor geneesmiddelen met en zonder concurrentie hebben we gebruik gemaakt van Vektis gegevens en Z-Index tabellen. Als er voor een stofnaam meer dan één leverancier staat aangegeven spreken we van concurrentie op stofnaam. Hierbij hebben we alleen rekening gehouden met geneesmiddelstoffen die niet uit parallelle import afkomstig waren. Stoffen die via parallelle import door een leverancier ingekocht worden, hebben we dus niet als

² <https://www.z-index.nl/documentatie/veldbeschrijvingen/veld?veldnaam=INID>

Indicaties 99999997 en 99999998 gelden als dummycodes.

concurrentie op stofnaam beoordeeld. Het jaartal in de omschrijving van concurrentie vanaf 20XX geeft het jaargetal weer waar volgens de Z-Index voor het eerst meer dan één leverancier te zien is. Door de verandering van het declaratiesysteem (zie ook beleidswijzing 4) kunnen we pas vanaf 2017 onderscheid maken tussen verschillende leveranciers per geneesmiddel. Met het label 'stofnaamconcurrentie in 2017' worden werkzame stoffen bedoeld die in 2017 bij meer dan één leverancier te zien zijn. Concurrentie kan bij deze geneesmiddelen dus ook al vóór 2017 zijn ontstaan.

Daarnaast hebben we voor de geneesmiddelstoffen aflibercept en everolimus het aantal leveranciers per geneesmiddelgroep apart geteld. Dit omdat leveranciers van dezelfde geneesmiddelstof voor verschillende aandoeningen (e.g., oogziekten en oncolytica) niet tegen elkaar concurreren. De geneesmiddelen die voor oogziekten worden ingezet worden niet voor de behandeling van oncolytische aandoeningen ingezet.

Diagnosegroepen

Om een inschatting te kunnen maken hoe de uitgaven verdeelt zijn over verschillende diagnoses werden alle dbc zorgproducten toegewezen aan verschillende diagnosegroepen. In het overzicht werden de negen grootste diagnosegroepen weergegeven en onder 'Overig' alle andere groepen samengevat. In tegenstelling tot dbc kunnen overige zorgproducten (ozp) niet specifiek aan een diagnose toegewezen worden. Om alsnog een mogelijk compleet beeld van de totale uitgaven te krijgen hebben we daarom ozp eveneens onder de groep 'Overig' samengevat. Dure geneesmiddelen werden via het subtraject aan een diagnosegroep toegewezen. Waar dit niet eenduidig mogelijk was, werden deze gegevens eveneens aan de groep 'Overig' toegewezen.

Prijsanalyse

Ten behoeve van de prijsanalyse zijn voor zoveel mogelijk geneesmiddelen uit de totale lijst van in 2019 geldende add-on prestaties de inkooprijzen, de contractrijzen en de tarieven met elkaar vergeleken.

Prijzen

In de volgende tabel is weergegeven hoe wij de verschillende prijzen in deze monitor definiëren. Alle prijzen zijn lopende prijzen, oftewel in het prijsniveau van het specifieke jaar.

Begrip	Uitleg	Bron
Contractprijs	Contractprijs: de gemiddelde prijs die verzekeraars hebben betaald aan het ziekenhuis	Vektis
Inkoopprijs	Kostprijs of netto inkoopprijs: de prijs die het ziekenhuis heeft betaald aan de fabrikant	NZa, aanlevering ziekenhuizen t.b.v. kostprijsmodel
Tarief	NZa maximumtarief: het door de NZa vastgestelde tarief	NZa, prestatie- en tarieventabel
Productiewaarde (PW)	Productiewaarde: hoeveel geld (omzet) er in totaal in omgaat: aantal*prijs (tarief/contractprijs/inkoopprijs)	

Begrip	Uitleg	Bron
Tarief vs inkoopprijs	Onderhandelresultaat van het ziekenhuis t.o.v. de fabrikant in procenten. Berekening op prestatieniveau: $(\text{tarief} - \text{inkoopprijs}) / \text{tarief} * 100$ Alle andere niveau's: $(\text{PWtarief} - \text{PWinkoopprijs}) / \text{PWtarief} * 100$	
Contractprijs vs inkoopprijs	Onderhandelresultaat van het ziekenhuis t.o.v. de verzekeraar in procenten; hoeveel procent ligt de contractprijs hoger dan de inkoopprijs. Berekening op prestatieniveau: $(\text{contractprijs} - \text{inkoopprijs}) / \text{contractprijs} * 100$ Alle andere niveau's: $(\text{PWcontractprijs} - \text{PWinkoopprijs}) / \text{PWcontractprijs} * 100$	
Tarief vs contractprijs	Onderhandelresultaat van de verzekeraar t.o.v. de fabrikant in procenten; hoeveel procent ligt het NZa maximumtarief hoger dan de contractprijs. Berekening op prestatieniveau: $(\text{tarief} - \text{contractprijs}) / \text{tarief} * 100$ Alle andere niveau's: $(\text{PWtarief} - \text{PWcontractprijs}) / \text{PWtarief} * 100$	

De tarief vs inkoopprijs, contractprijs vs inkoopprijs en tarief vs contractprijs-marges worden in de figuren op totaal, type instelling en geneesmiddeltipe niveau weergegeven. Op deze niveaus is rekening gehouden met samenstellingseffecten (casemixeffecten), door te rekenen met de productiewaarden (aantal*prijs) per type instelling, geneesmiddeltipe etc. De effecten die worden gepresenteerd zijn dus puur prijseffecten. De casemix per instelling, met de bijbehorende aantallen, die hierin gebruikt worden zijn afkomstig uit het kostprijsmodel. Als op een specifiek niveau minder dan vijf onderliggende waarnemingen beschikbaar zijn voor een label (bijvoorbeeld geneesmiddeltipe), dan wordt dat label niet weergegeven.

De contractprijzen zijn afkomstig uit de Vektis msz database en zijn gemiddeld over alle verzekeraars per instelling per prestatie. De tarieven zijn afkomstig uit de NZa tarieven tabel die bij elke release op de website "Werken met dbc's" van de NZa wordt gepubliceerd.

De kostprijzen zijn de prijzen zoals deze zijn aangeleverd door individuele ziekenhuizen aan de NZa op basis van een verplicht informatieverzoek van de NZa, ten behoeve van de tariefberekening in het geregeleerde segment van de msz. De kostprijzen van alle prestaties in het A-segment moeten worden aangeleverd, dus ook van de add-on geneesmiddelen prestaties (inclusief BTW). Deze kosten beschouwen we als een benadering van de daadwerkelijke inkoopprijs van de ziekenhuizen.

In de reguliere tariefberekening worden instellingen verplicht accountants hun kostprijsberekeningen te laten controleren. De verklaring die accountants opstellen over de kostprijsberekening moet worden meegeleverd en wordt beoordeeld door de NZa. Als uit die verklaring blijkt dat er iets niet goed is gegaan of niet klopt, dan wordt de hele aanlevering afgekeurd en worden de kostprijzen niet meegenomen in de berekeningen. Ten behoeve van de monitor zijn alleen de instellingen geselecteerd waarvan de accountsverklaring ten minste als voldoende is beoordeeld. Daarnaast is er net als in een reguliere proces van tariefberekening op de set aan kostprijzen een uitbijteranalyse uitgevoerd, om rare uitschieters (uitbijters) in beeld te krijgen en te kunnen schonen uit de berekeningen. Hierbij worden de aangeleverde kosten van instellingen vergeleken met de kosten van alle andere instellingen. Als deze

heel erg afwijken, naar boven of naar beneden, van het gewogen gemiddelde niveau van alle kostprijzen van dezelfde prestatie, dan wordt de kostprijs aangemerkt als een uitbijter en wordt hij geschoond uit de analyse. Zie het [verantwoordingsdocument dbc release rz19a](#) voor verdere toelichting op deze methodiek.

Daarnaast is er een check gedaan op de aangeleverde volumes in het kostprijsmodel, omdat gerekend wordt met productiewaarden (aantal*prijs) hebben die een grote invloed op de uitkomsten.

Gemiddeld hebben we per jaar van 73 instellingen de kostprijzen kunnen gebruiken. De steekproef bevat op basis van productiewaarde (prijs x aantal) gemiddeld ongeveer 66% van de totale dure geneesmiddelenmarkt. Hierbij zijn alleen de kostprijzen gebruikt die gekoppeld konden worden aan de gemiddelde contractprijzen van de instelling uit hetzelfde jaar. Over het boekjaar 2017 gold er geen verplichting voor msz instellingen om kostprijzen aan te leveren, daarom ontbreken deze cijfers in de analyses.

Rekenvoorbeeld m.b.t. de cijfers in 2018 in figuur 6:

Stel het NZa maximumtarief (vraagprijs van de fabrikant) van een geneesmiddel is € 100.

De blauwe lijn toont dan aan dat ziekenhuizen dit geneesmiddel gemiddeld voor € 77,5 inkopen bij de fabrikant; in 2018 was het gemiddelde onderhandelresultaat van ziekenhuizen t.o.v. de fabrikant ongeveer 22,5%.

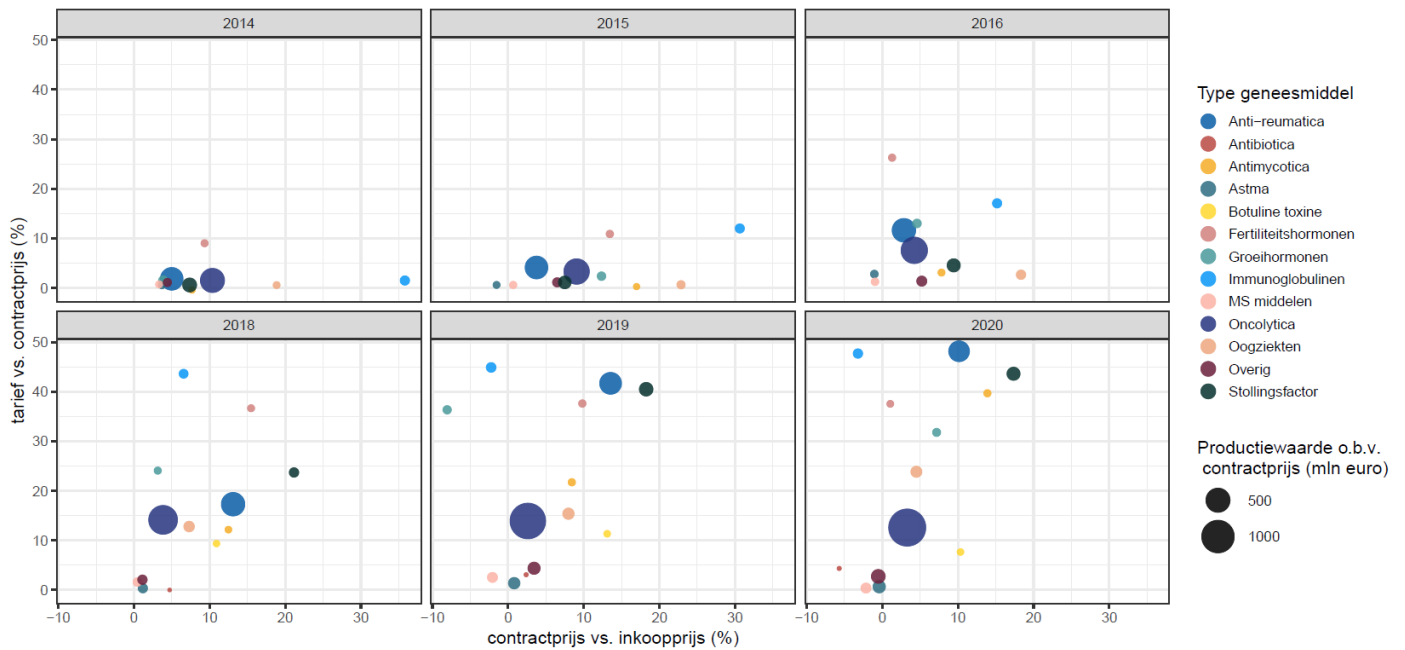
De rode lijn laat zien dat ziekenhuizen het geneesmiddel gemiddeld weer verkopen aan verzekeraars voor € 83,75; in 2018 was het gemiddelde onderhandelresultaat van ziekenhuizen t.o.v. verzekeraars ongeveer 7,5%.

De groene lijn laat zien dat de verzekeraars met een gemiddelde contractprijs van € 83,75 een onderhandelresultaat heeft van ongeveer 16,25% t.o.v. het NZa maximumtarief.

Onderhandeling per type geneesmiddel

Figuur B.2 is een gedetailleerde weergave van de onderhandelresultaten ingedeeld naar type geneesmiddelen. Op de y-as staat het percentage weergegeven van het gehaalde onderhandelresultaat van ziektekostenverzekeraars met ziekenhuizen (zie rode lijn in figuur 14). De x-as geeft het procentuele verschil tussen netto inkoopprijs en contractprijs weer (zie blauwe lijn in figuur 14). Deze figuur is een uitbreiding van figuur 18, waarin het overzicht is beperkt tot anti-reumatica en oncolytica.

Figuur B.2: Ontwikkeling van onderhandelresultaten naar type geneesmiddel.



Bronnen: Vektis, NZa kostprijsmodel

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

Begrippenlijst dure geneesmiddelen

Add-on geneesmiddelen: de geneesmiddelen waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een aparte prestatie (add-on prestatie) heeft vastgesteld en geneesmiddelen waarvoor de NZa dat naar verwachting in de toekomst zal doen. Op dit moment zijn er add-on prestaties vastgesteld voor generieke geneesmiddelen, specialité's mét concurrentie en specialité's zonder concurrentie.

Biosimilar: Een biosimilar is een medicijn dat zo is ontwikkeld dat het gelijkwaardig is aan een bestaand biologische medicijn (het 'specialité'). De werkzame stof van een biosimilar en die van het specialité zijn in beginsel dezelfde biologische stof.

Financiële arrangementen: Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: in beginsel uitsluitend in gevallen van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel.

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.

Horizonscan: De Horizonscan (www.horizonscangeneesmiddelen.nl) geeft inzicht in welke nieuwe geneesmiddelen de komende jaren verwacht worden, zodat zorgaanbieders en verzekeraars zich kunnen voorbereiden op verwachte uitgaven en tijdig kunnen starten met plaatsbepalingen en richtlijnen.

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.

OZP-stollingsfactoren: de geneesmiddelen waarvoor de NZa een ozp overig zorgproduct (ozp) prestatie heeft vastgesteld en geneesmiddelen waarvoor de NZa dat naar verwachting in de toekomst zal doen.

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

Weesgeneesmiddelen: een geneesmiddel dat door de Europese Registratie autoriteit (EMA) is geregistreerd voor een zeldzame ziekte.

