

**Monitor**

# **Contractering en inkoop geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg**

**Eerste kwartaal 2016**

maart 2016



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Opdracht	12
1.3 Scope	12
1.3.1 Op welke geneesmiddelen heeft deze monitor betrekking?	12
1.3.2 Op welke zorgaanbieders heeft deze monitor betrekking?	13
1.4 Methodiek	13
1.5 Respons enquête	14
<b>2. Contractering 2016</b>	<b>15</b>
2.1 Algemeen	15
2.2 Contractafspraken	16
2.2.1 Contractvorm	16
2.2.2 Add-ongeneesmiddelen algemeen	16
2.2.3 Onderscheid bestaande en nieuwe geneesmiddelen	16
2.2.4 Weesgeneesmiddelen	20
2.2.5 Indicatiestelling	23
2.2.6 Meerjarenafspraken	24
2.2.7 Bijkomende kosten	24
2.2.8 Intramurale bereidingen	24
2.2.9 Tariefafspraken	24
2.2.10 Afspraken over overschatting begroting	27
<b>3. Inkoop add-ongeneesmiddelen</b>	<b>31</b>
3.1 Weinig wijzigingen inkoopproces 2016	31
3.2 Samenwerking bij de inkoop	32
3.2.1 Samenwerking tussen zorgaanbieders	32
3.2.2 Samenwerking zorgaanbieders en zorgverzekeraars	32
3.3 Wie zijn betrokken bij de inkoop?	33
3.4 Inkoopkortingen	33
3.5 Beperkte onderhandelingsmacht richting fabrikant	34
<b>4. Betaalbaarheid en toegankelijkheid</b>	<b>37</b>
4.1 Ervaring van financiële knelpunten	37
4.2 Ervaring van knelpunten in de toegankelijkheid	39
4.2.1 Andere wijze van behandelen	39
4.2.2 Verwijzingen naar andere zorgaanbieders	40
4.2.3 Verwijzingen vanuit andere zorgaanbieders	41
4.2.4 Klachten van patiënten of verzekerden	41
4.3 Verwachting 2016	42
<b>5. Monitoring en periodieke evaluatie</b>	<b>47</b>
<b>6. Bijlagen</b>	<b>49</b>
6.1 Enquête zorgaanbieders	49
6.2 Enquête zorgverzekeraars	55
6.3 Interviewvragen zorgaanbieders	60
6.4 Interviewvragen zorgverzekeraars	61



## Vooraf

Voor u ligt de monitor 'Contractering en inkoop geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg: eerste kwartaal 2016'. Deze monitor gaat in op de afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken over add-ongeneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg en de uitvoering die zij daaraan geven. De monitoring richt zich op de contractafspraken, procesafspraken en de inkoop van add-ongeneesmiddelen. De monitor is onderdeel van een integraal pakket aan maatregelen dat is opgesteld door de minister van VWS met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg<sup>1</sup>, ter bevordering van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen.

Voor deze monitor heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een online enquête uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland. Daarnaast heeft de NZa interviews gehouden met een aantal ziekenhuizen en zorgverzekeraars om een betere indruk te krijgen van de contractering en inkoop van add-ongeneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

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

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter raad van bestuur

---

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



## Managementsamenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa opdracht gegeven twee maal per jaar een monitor op te leveren over de contractering en inkoop van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. De opdracht aan de NZa is onderdeel van het integrale pakket aan maatregelen van het ministerie van VWS om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen te kunnen borgen. Aanleiding van het opstellen van deze maatregelen is onder andere het onderzoeksrapport van de NZa uit 2015. In dat rapport constateert de NZa dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg onder druk staat en doet zij een aantal aanbevelingen aan de minister. Deze aanbevelingen richten zich op Europees, nationaal en regionaal niveau. Dat laatste heeft betrekking op de afspraken die individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken. Zo deed de NZa onder meer een aantal aanbevelingen om geneesmiddelen scherper in te kunnen kopen bij fabrikanten. Ook adviseerde zij zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer specifieke afspraken te maken over geneesmiddelen. Een andere aanbeveling was om meer marktmacht te creëren bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten. Ook werd geadviseerd gepast gebruikt te stimuleren.

Dit is de eerste monitor die in dit kader wordt opgeleverd. Het doel van deze monitor is kwalitatief te meten hoe de contractonderhandelingen zijn verlopen, welke contractafspraken zijn gemaakt, hoe zorgaanbieders geneesmiddelen inkopen en wat de ervaring in 2015 is geweest ten aanzien van betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg.

### *Contractering algemeen*

Add-ongeneesmiddelen vormden volgens zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders een discussiepunt in de contractonderhandelingen voor 2016. Volgens de zorgverzekeraars speelde dit bij ongeveer 60% van de ziekenhuizen en volgens de zorgaanbieders bij ongeveer de helft van de zorgverzekeraars. Dit knelpunt wordt veroorzaakt door de onzekerheid over de totale kosten van geneesmiddelen, de stijgende kosten van geneesmiddelen, de groei van deze kosten in verhouding tot het totale budget van de zorgaanbieder en de beperkte groeimogelijkheden in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. Ook kan het gebrek aan vertrouwen de samenwerking en contractonderhandelingen belemmeren.

Alle geïnterviewde ziekenhuizen geven echter ook aan dat er door het, gezamenlijk door alle veldpartijen geïdentificeerde knelpunt ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid, meer aandacht is voor geneesmiddelen in de contractering. Hierdoor zijn zorgverzekeraars meer dan voorheen bereid om mee te denken in oplossingen en is meer ruimte voor het gesprek. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat hierdoor betere afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars.

### *Contractafspraken*

Eén van de aanbevelingen die de NZa in haar onderzoeksrapport heeft gedaan is dat partijen anders zouden kunnen contracteren om te voorkomen dat ziekenhuizen in financiële problemen raken, ongewenst doorverwijsgedrag vertonen of patiënten minder goed gaan behandelen. Zo zouden zij specifiekere afspraken kunnen maken over add-ongeneesmiddelen. Ook werd aanbevolen gepast gebruik, de inzet van biosimilars te stimuleren en spillage te minimaliseren.

Uit deze monitor blijkt dat zorgverzekeraars binnen de gemaakte afspraken over medisch-specialistische zorg met 99% van de algemene ziekenhuizen en met alle academische ziekenhuizen contractafspraken hebben gemaakt die specifiek gaan over geneesmiddelen. Tussen zorgverzekeraars bestaat veel variatie in contractvormen die zijn afgesproken. De meeste contracten die zijn afgesloten door algemene ziekenhuizen omvatten de afspraak dat dure geneesmiddelen vallen onder het integrale omzetplafond met doorleverplicht. De tweede vorm die zij het meest hebben afgesproken zijn nacalculatieafspraken voor dure geneesmiddelen. Uit interviews blijkt dat men meer dan voorheen een combinatieafpraak maakt met nacalculatieafspraken voor nieuwe, net tot de markt toegelaten en dure add-ongeneesmiddelen en dat oudere, goedkopere add-ongeneesmiddelen onder het integrale omzetplafond vallen. Deze combinatie is ook het meest afgesproken door academische ziekenhuizen.

Deze ontwikkeling betekent dat zorgverzekeraars meer risico op zich nemen voor het volume en de prijs van nieuwe geneesmiddelen. Als tegenprestatie worden, meer dan voorheen, afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarin zorgaanbieders marge inleveren door lagere tarieven af te spreken voor geneesmiddelen waar (therapeutische) alternatieven voor bestaan. Ook worden meestal nadere voorwaarden verbonden aan nacalculatie afspraken. Dit zijn onder andere het stimuleren van gepast gebruik, monitoring gedurende het jaar, het vastleggen van start- en stopcriteria, inzicht in de inkooprijzen en het verschaffen van inzicht in de werkzaamheden van de geneesmiddelencommissie van de zorgaanbieder.

#### *Inkoop add-ongeneesmiddelen*

Door minder kosten te maken op de inkoop van geneesmiddelen kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars knelpunten ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid verminderen. De onderhandelingsmacht van zorgaanbieders bij de inkoop van unieke geneesmiddelen bij fabrikanten is laag tot nihil, terwijl deze hoog is bij de inkoop van geneesmiddelen waarbij het patent is vervallen. Deze verdeling van macht per categorie geneesmiddel geldt ook bij de inkoop van geneesmiddelen door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders. Dit heeft effect op de tariefafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar maken. In haar onderzoeksrapport doet de NZa een aantal aanbevelingen om meer inkoopmacht te creëren bij de inkoop van geneesmiddelen. Bij geneesmiddelen waar zorgaanbieders redelijk tot veel onderhandelingsmacht hebben, richten de aanbevelingen zich op het regionale niveau, namelijk individuele onderhandeling tussen enerzijds zorgaanbieders en zorgverzekeraars en anderzijds fabrikanten. Zo wordt geadviseerd om bij de inkoop ook artsen en raden van bestuur te betrekken. Daarnaast werd aanbevolen de krachten te bundelen tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgverzekeraars en aanbieders richting fabrikant.

Uit de enquête blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer dan voorheen aandacht besteden aan het maken van beleid richting de farmaceutische industrie en dat het merendeel van de ziekenhuizen artsen betreft bij de inkoop. Er ontstaan steeds meer initiatieven voor collectieve inkoop met zorgverzekeraars of tussen ziekenhuizen onderling, al werkt de minderheid van de ziekenhuizen hierin samen met zorgverzekeraars. Een beperking van gezamenlijke inkoop door ziekenhuizen van onderling vervangbare geneesmiddelen waar wel patent op zit, is dat indien de groep van ziekenhuizen groter wordt, het moeilijker wordt de voorschrijvende artsen te binden aan de afspraak om



één voorkeursmiddel voor te schrijven. Hierin speelt de invloed van concurrerende fabrikanten op sommige artsen een rol.

Opvallend is dat alle zorgverzekeraars en 67% van de zorgaanbieders aangeven erin te zijn geslaagd lagere geneesmiddelen te hebben afgesproken dan voorheen. Dit heeft voornamelijk betrekking op add-ongeneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en op biosimilars. In welke mate lagere prijzen kunnen worden bedongen is afhankelijk van de marktmacht van de fabrikant. Zorgaanbieders geven aan dat dit lastig is voor unieke geneesmiddelen met een monopolie positie.

#### *Betaalbaarheid en toegankelijkheid*

De geënquêteerde en geïnterviewde zorgaanbieders ervaren over het algemeen geen problemen in de toegankelijkheid. Het merendeel van de zorgaanbieders (64%) geeft aan in 2015 financiële knelpunten te hebben ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer dure add-ongeneesmiddelen. In dergelijke gevallen is per individuele casus een oplossing gezocht. Een kwart van de zorgaanbieders geeft aan de contractafspraken in dergelijke gevallen open proberen te breken. Een groter aantal zorgaanbieders neemt echter daarnaast ook andere maatregelen, waaronder het proberen te drukken van de kosten binnen het ziekenhuis. Zorgverzekeraars kopen niet alle dure add-ongeneesmiddelen bij alle zorgaanbieders in. In de meeste gevallen doen zij dit selectief op basis van het advies van de beroepsgroep. Dat betekent dat patiënten, indien zij op een gegeven moment in hun behandeling een duur add-ongeneesmiddel nodig hebben, verwezen kunnen worden naar een ziekenhuis waar het bewuste geneesmiddel wel is ingekocht.

Volgens zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen zij tot nu toe de toegankelijkheid tot add-ongeneesmiddelen borgen, rekening houdend met de situatie dat een patiënt mogelijk moet worden verwezen naar een ander ziekenhuis. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa hebben echter wel klachten ontvangen over het mogelijk niet ontvangen van een geneesmiddel vanwege financiële redenen. De NZa gaat deze informatie in 2016 onderzoeken.

De meest zorgverzekeraars verwachten dat de gemaakte contractafspraken voldoende toereikend zullen zijn om alle benodigde add-ongeneesmiddelen in 2016 aan hun verzekerden te verstrekken, omdat zij de verwachte volumes van add-ongeneesmiddelen zo goed mogelijk in kaart hebben gebracht en uitvoerbare afspraken met zorgverzekeraars hebben gemaakt over de te maken kosten voor medisch-specialistische zorg. Daarentegen verwacht een groot deel van de zorgaanbieders wel financiële knelpunten, omdat zij niet in staat zijn voldoende zicht te krijgen op de komst van nieuwe geneesmiddelen, indicaties en de patiënten die hier aanspraak op maken binnen hun instelling.

#### *Monitoring en evaluatie*

In ongeveer de helft van de contracten die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afgesloten zijn specifieke afspraken gemaakt over monitoring en evaluatie ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van add-ongeneesmiddelen. Naar verwachting van de NZa gebeurt dit nu meer dan in voorgaande jaren en betekent dit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer anticiperen op de situatie dat een financieel knelpunt als gevolg van geneesmiddelen zich kan voordoen. Een betere voorbereiding op de komst van nieuwe geneesmiddelen, verkleint de kans op toegankelijkheidsproblemen.



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg jaarlijks met niet meer dan 1% mogen stijgen. Tegelijkertijd stijgt het kostenbeslag van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg met meer dan 1%. Een belangrijke reden hiervoor is de komst van steeds meer en steeds duurdere geneesmiddelen met kosten oplopend tot een half miljoen per patiënt per jaar. Recent was bijvoorbeeld het geneesmiddel nivolumab onderwerp van aandacht omdat het kostenbeslag hiervan, zonder prijsonderhandeling, naar verwachting zou oplopen tot € 200 miljoen in 2017.

Als gevolg van het stijgende kostenbeslag zijn het afgelopen jaar, in opdracht van de minister van VWS, twee rapporten verschenen van de NZa en het KWF Kankerbestrijding (KWF) waarin onderzoek is gedaan naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen.<sup>2</sup> In deze onderzoeken is specifiek aandacht geschonken aan onder andere de vraag of zorgaanbieders, gegeven de prijzen van de nieuwe geneesmiddelen, hun patiënten nog wel kunnen behandelen zoals gewenst en of zorgverzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht. De NZa en KWF concludeerden dat de toegankelijkheid van (kanker)geneesmiddelen onder druk staat. De NZa heeft diverse aanbevelingen gedaan aan de minister van VWS om de toenemende druk op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg als gevolg van geneesmiddelenprijzen aan te pakken. De aanbevelingen richten zich op Europees (prijsonderhandeling, markttoelating), nationaal (pakketbeheer, prijswetgeving) en regionaal niveau (gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gepast gebruik). Dat laatste heeft betrekking op de afspraken die individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken. Zo deed de NZa onder meer een aantal aanbevelingen om geneesmiddelen scherper in te kunnen kopen bij fabrikanten. Ook adviseerde zij zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer specifieke afspraken te maken over geneesmiddelen. Een andere aanbeveling was om meer marktmacht te creëren bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten. Bovendien werd geadviseerd gepast gebruikt te stimuleren.

De uitkomsten van deze onderzoeken hebben ertoe geleid dat de minister van VWS met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg, afspraken heeft gemaakt over een integraal pakket aan maatregelen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen. Ook heeft de minister van VWS op 29 januari 2016 haar brief 'Visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten' naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze visie staat het toegankelijk houden van innovatieve geneesmiddelen tegen aanvaardbare prijzen centraal. De minister wil een sterkere onderhandelingspositie voor de betaler (patiënt, premiebetaler) realiseren om af te dwingen dat de prijs van geneesmiddelen meer in relatie komt te staan tot hun werkelijke kosten en hun toegevoerde waarde. Daarnaast wil de minister dat het systeem

<sup>2</sup> KWF rapport 'Effectieve nieuwe middelen tegen kanker, maar het financieringssysteem kraakt' (juli 2015) en NZa onderzoeksrapport: Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' (juli 2015)

voldoende ruimte biedt voor nieuwe ontwikkelingen en innovaties. De kosten dienen daarbij ook op langere termijn aanvaardbaar te blijven voor de premiebetaler en de patiënt moet zeker weten dat hij de zorg krijgt die hij nodig heeft.

Eén van de onderdelen van het integrale pakket aan maatregelen is dat de NZa twee maal per jaar een monitor oplevert over de contractering en inkoop van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. De monitor die nu voor u ligt, is het eerste resultaat hiervan. Het heeft betrekking op de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten.

## 1.2 Opdracht

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

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

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

Deze monitor is een kwalitatieve analyse van de contractering en inkoop van add-ongeneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg, op basis van meningen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

## 1.3 Scope

### 1.3.1 Op welke geneesmiddelen heeft deze monitor betrekking?

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

Op de add-ongeneesmiddelenlijst van de NZa staan met name dure, maar ook een aantal relatief goedkope geneesmiddelen. De relatief goedkope geneesmiddelen betreffen geneesmiddelen die voorheen (toen er nog patent op rustte) duur waren en om die reden op de add-

ongeneesmiddelenlijst zijn geplaatst, maar waarvan het patent inmiddels is verlopen en nu gelijkwaardige producten op de markt zijn gekomen (generica of biosimilars). Op de website van de NZa kunt u de meest recente add-ongeneesmiddelenlijst van de NZa raadplegen.<sup>3</sup> Waar in deze monitor wordt gesproken over '(dure) geneesmiddelen' worden de add-ongeneesmiddelen bedoeld.

Omdat add-ongeneesmiddelen in de contractering als aparte categorie worden beschouwd, omdat deze geneesmiddelen los van een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd, heeft deze monitor betrekking op deze categorie geneesmiddelen.

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

### 1.3.2 Op welke zorgaanbieders heeft deze monitor betrekking?

Add-ongeneesmiddelen worden als behandeling ingezet en gedeclareerd door ziekenhuizen, maar ook door andere zorginstellingen die geneeskundige zorg leveren, zoals revalidatiecentra. In deze monitor spreekt de NZa over *zorgaanbieders*, om alle instellingen te duiden die potentieel add-ongeneesmiddelen als onderdeel van de medisch-specialistische behandeling inzetten.

Er zijn diverse hoofdrolspelers betrokken bij de productie, inkoop, toediening, prijsstelling en vergoeding van add-ongeneesmiddelen. Zorgaanbieders kopen geneesmiddelen in bij fabrikanten en groothandels. De prijs van het geneesmiddel wordt per land bepaald door de fabrikant en de hoogte ervan is van veel factoren afhankelijk. De verkoopprijzen worden in Nederland gereguleerd door wet- en regelgeving. De NZa stelt vast tegen welk maximumtarief add-ongeneesmiddelen mogen worden gedeclareerd en vergoed door respectievelijk zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor een beschrijving van de gehele (financiële) keten van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg verwijzen wij u naar het onderzoeksrapport van de NZa.<sup>4</sup>

## 1.4 Methodiek

De NZa heeft op 12 januari 2016 een online enquête uitgezet onder zorgaanbieders en zorgverzekeraars in Nederland. De vragenlijsten voor enerzijds de zorgaanbieders en anderzijds de zorgverzekeraars zijn afgestemd met de brancheorganisaties van beide partijen (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)). In bijlagen 1 en 2 zijn deze vragenlijsten opgenomen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn tot uiterlijk 25 januari 2016 in de gelegenheid gesteld de antwoorden op de enquêtevragen in te dienen bij de NZa.

<sup>3</sup> <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/ziekenhuiszorg/Add-ongeneesmiddelen-en-stollingsfactoren/>

<sup>4</sup> NZa onderzoeksrapport: Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' (juli 2015).

Om een betere indruk te krijgen van de contractering, heeft de NZa naast deze enquêtes ook interviews afgenomen bij ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Aan de interviews hebben vier algemene ziekenhuizen, drie academische ziekenhuizen en zes zorgverzekeraars deelgenomen. De vragenlijsten die als leidraad voor deze interviews dienden, zijn opgenomen in bijlagen 3 en 4.

## 1.5 Respons enquête

Zorgaanbieders	Uitgezet	Respons	Betrokken in analyse <sup>5</sup>
Algemene ziekenhuizen <sup>6</sup>	92	52	52
Academische ziekenhuizen	8	7	7
Revalidatie-instellingen	19	10	7
<b>Zorgverzekeraars</b>	8	7	7

<sup>5</sup> De respons van geënquêteerden die bij alle antwoorden 'niet van toepassing' hebben ingevuld (zij maken geen gebruik van add-ongeneesmiddelen) zijn niet gebruikt in de analyse.

<sup>6</sup> In deze categorie is ook de respons gebruikt van zorgaanbieders die specifieke zorg leveren. Hieronder vallen het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, het Oogziekenhuis Rotterdam en de sint Maartenskliniek en Reade (reumatologie).

## 2. Contractering 2016

### 2.1 Algemeen

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders geven aan dat geneesmiddelen een discussiepunt hebben gevormd in de totstandkoming van de contracten over medisch-specialistische zorg voor 2016. Zorgverzekeraars geven aan dat het maken van afspraken over geneesmiddelen bij ongeveer 60% van de ziekenhuizen een knelpunt opleverde. Zorgaanbieders geven op hun beurt aan dat geneesmiddelen in de contractering voor 2016 bij ongeveer de helft van de zorgverzekeraars een knelpunt vormden. Twee van de zeven geïnterviewde zorgaanbieders (februari 2016) gaven aan dat de onderhandelingen voor 2016 nog niet waren afgerond.

Als voornaamste reden voor de ervaren knelpunten in de contractering voeren zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars aan dat er onzekerheid bestaat over de totale kosten van geneesmiddelen. Daarnaast vormen de stijgende kosten van geneesmiddelen, de groei van deze kosten in verhouding tot het totale budget van de zorgaanbieder en de beperkte groeimogelijkheden in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord een probleem. De onzekerheid wordt veroorzaakt door de komst van nieuwe geneesmiddelen, indicatie uitbreidingen en groeiende toepassing van off-label gebruik (gebruik voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel niet is geregistreerd). De kosten van geneesmiddelen stijgen doordat er steeds meer gespecialiseerde geneesmiddelen met een beperktere indicatie, maar met hogere prijzen op de markt worden gebracht. Daarnaast worden veel ziektes chronisch en worden patiënten steeds ouder en langer behandeld. Om de stijgende kosten van geneesmiddelen op te vangen, ontstaat mogelijk verdringing van andere zorg.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars proberen kostenstijging te minimaliseren. Zorgverzekeraars proberen dit onder meer door lagere prijzen te bedingen waar dat mogelijk is. Lagere prijzen zijn volgens zorgverzekeraars mogelijk bij geneesmiddelen die uit patent zijn en waar inkoopkortingen te behalen zijn of door het gebruik van biosimilars te stimuleren. Daarbij geven zorgverzekeraars aan dat dit door zorgaanbieders wordt ervaren als 'korten' op het geneesmiddelenbudget. Zorgaanbieders geven aan dat in plaats van te 'korten' op het geneesmiddelenbudget ook wel lagere prijzen worden bedongen door zorgverzekeraars voor andere zorg, dit ervaart de zorgaanbieder als 'sigaar uit eigen doos'. Zorgaanbieders proberen zoveel mogelijk nacalculatie afspraken te maken. Hiermee wordt een deel van het risico bij de zorgverzekeraars neergelegd. Daartegenover bieden zorgaanbieders transparantie en monitoren ze de kosten van en uitgaven aan geneesmiddelen gedurende het jaar.

Alle zorgaanbieders geven aan dat de geneesmiddelenkosten stijgen en er daardoor meer druk op de betaalbaarheid komt en in de (nabije) toekomst mogelijk ook op de toegankelijkheid. Alle geïnterviewde ziekenhuizen geven daarnaast aan dat er door de stijgende kosten meer aandacht is voor geneesmiddelen en meer ruimte voor het gesprek met de zorgaanbieders. Daardoor is meer bereidheid bij zorgverzekeraars om mee te denken in oplossingen en om gedurende het jaar in gesprek te gaan met zorgaanbieders indien er zich knelpunten voordoen. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat door deze verhoogde aandacht betere afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars. Andere ziekenhuizen benadrukken vooral dat de stijgende kosten voor knelpunten in de

onderhandeling zorgt, ondanks de aandacht die er nu voor dit onderwerp is.

## 2.2 Contractafspraken

### 2.2.1 Contractvorm

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken elk jaar contractafspraken met elkaar over de te leveren medisch-specialistische zorg en de vergoeding die daar tegenover staat. Partijen maken met elkaar de keuze of zij binnen die afspraak over medisch-specialistische zorg specifieke afspraken maken voor add-ongeneesmiddelen. Elk contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar heeft zijn specifieke kenmerken en is daarmee uniek. Variabelen die een rol spelen in de contractering van add-ongeneesmiddelen zijn onder andere: regionale belangen (marktaandeel), voorschrijffrequentie add-ongeneesmiddelen zorgaanbieder, categorie add-ongeneesmiddelen (unieke geneesmiddelen, onderling vervangbare geneesmiddelen met patent, patentloze geneesmiddelen en geneesmiddelen die nog worden verwacht maar nog niet tot de markt zijn toegelaten) én beleid (speerpunten) van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk is, gegeven de verschillende variabelen, een overzicht gegeven van de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben gemaakt over add-ongeneesmiddelen.

### 2.2.2 Add-ongeneesmiddelen algemeen

Binnen de gemaakte afspraken over medisch-specialistische zorg hebben de geënquêteerde zorgverzekeraars met 99% van de algemene ziekenhuizen contractafspraken gemaakt die specifiek gaan over geneesmiddelen. Alle zorgverzekeraars geven aan met alle academische ziekenhuizen specifieke contractafspraken te hebben gemaakt over geneesmiddelen. Bij revalidatie instellingen ligt dit anders. Zorgverzekeraars hebben met 16% van de revalidatie instellingen specifieke afspraken gemaakt over geneesmiddelen. Dat betekent dat bij het grootste deel van de revalidatie instellingen 'geneesmiddelen' geen apart onderwerp in de contractonderhandelingen was. Dat wil echter niet zeggen dat geneesmiddelen niet bij deze zorgaanbieders zijn ingekocht. Geneesmiddelen vormen echter geen aparte categorie binnen de afspraken die zijn gemaakt over medisch-specialistische zorg bij deze revalidatie-instellingen.

### 2.2.3 Onderscheid bestaande en nieuwe geneesmiddelen

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

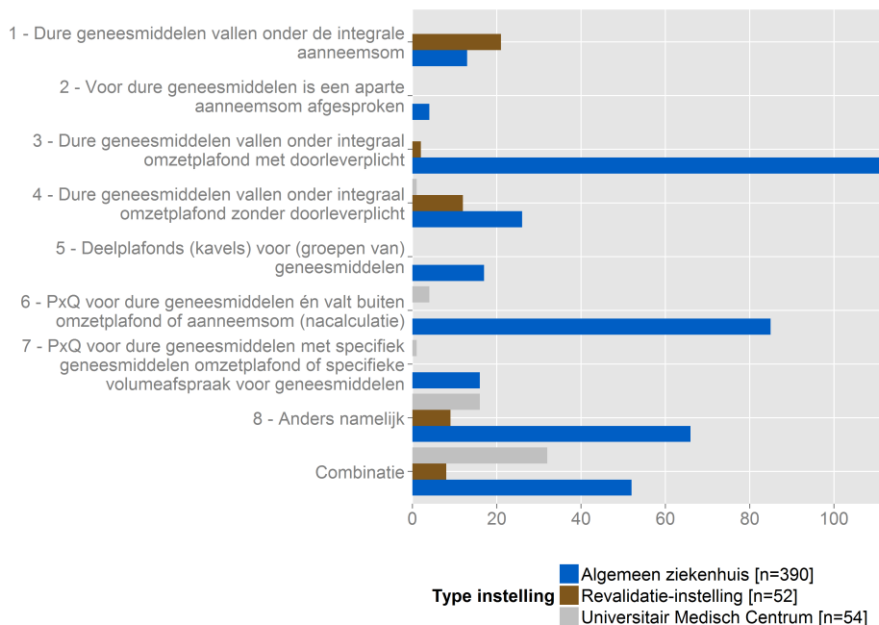
In onderstaande figuren is weergegeven welke soorten contractafspraken zorgaanbieders hebben gemaakt voor geneesmiddelen die al op de markt beschikbaar zijn. Omdat het hier een matrixvraag betrof, is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in



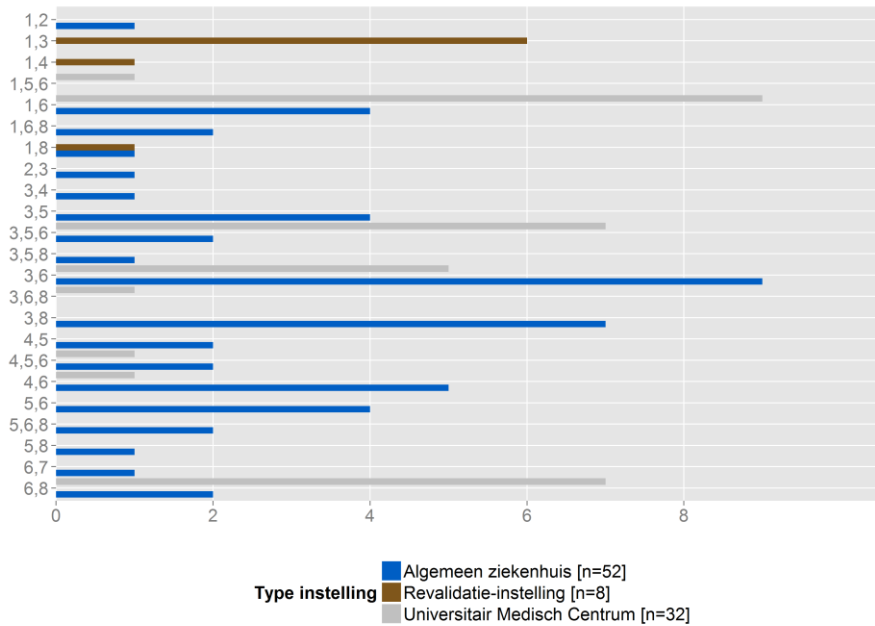
totaal hebben de 66 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld 496 verschillende contractafspraken gemaakt, verdeeld over 8 verschillende zorgverzekeraars.

Daarnaast betrof deze enquêtevraag per zorgverzekeraar een meerkeuzevraag, daarom is in de figuur de antwoordoptie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere antwoorden heeft gegeven. In deze context betekent dit dat een zorgaanbieder binnen een contract meerdere typen contractafspraken heeft opgenomen. De staven in figuur 2a geven unieke antwoorden weer, hierbij heeft de betreffende zorgverzekeraar dus één enkel antwoord gegeven. In figuur 2a1 is weergegeven welke combinaties van de verschillende contracttypen zorgaanbieders hebben afgesproken en hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met figuur 2a; de nummering in deze figuur correspondeert met de nummering in figuur 2a1.

**Figuur 2a Contractafspraken 2016 zorgaanbieders bestaande geneesmiddelen**



**Figuur 2a1 Combinatiefiguur**



De meeste contracten die zijn afgesloten door algemene ziekenhuizen en revalidatie instellingen omvatten de afspraak dat add-ongeneesmiddelen vallen onder het integrale omzetplafond met doorleverplicht. Academische ziekenhuizen sluiten in de meeste gevallen combinatieafspraken af voor geneesmiddelen, waarvan de meeste contracten bestaan uit een afspraak waarbij geneesmiddelen vallen onder het integrale omzetplafond in combinatie met nacalculatie afspraken buiten het omzetplafond of de aanneemsom.

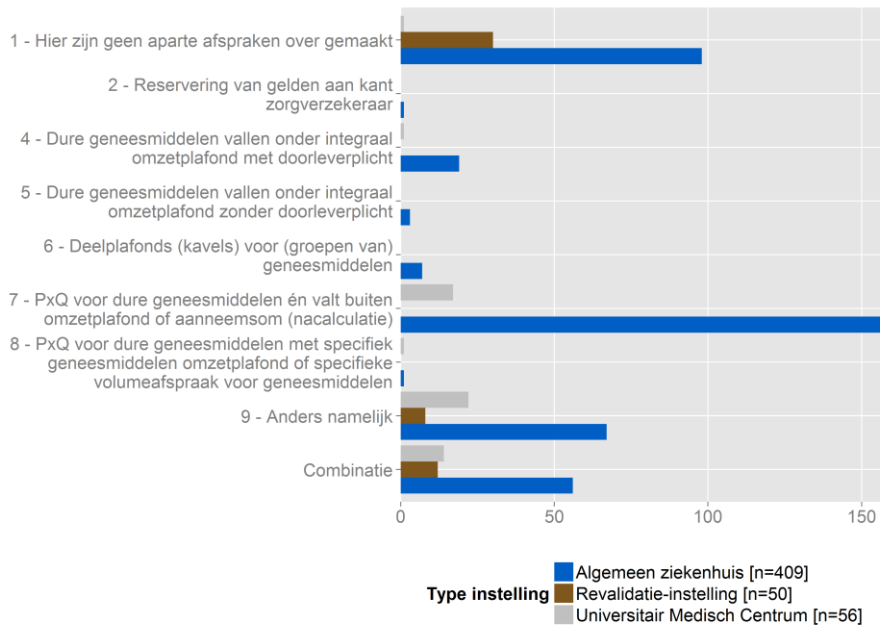
Een relatief groot deel van de zorgaanbieders heeft gekozen voor het antwoord 'Anders, namelijk'. Deze zorgaanbieders geven voor een groot deel aan nog in onderhandeling te zijn met de zorgverzekeraars.

Uit de enquête en uit de interviews met zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat er, meer dan voorheen, nacalculatieafspraken worden gemaakt voor bepaalde (groepen) dure add-ongeneesmiddelen. Deze afspraken verschillen per zorgaanbieder en per zorgverzekeraar. Aan een nacalculatieafpraak worden meestal nadere voorwaarden verbonden. Dit zijn onder andere het stimuleren van gepast gebruik, monitoring gedurende het jaar, het vastleggen van start- en stopcriteria, inzicht in de inkooprijzen en het verschaffen van inzicht in de werkzaamheden van de geneesmiddelencommissie van de zorgaanbieder.

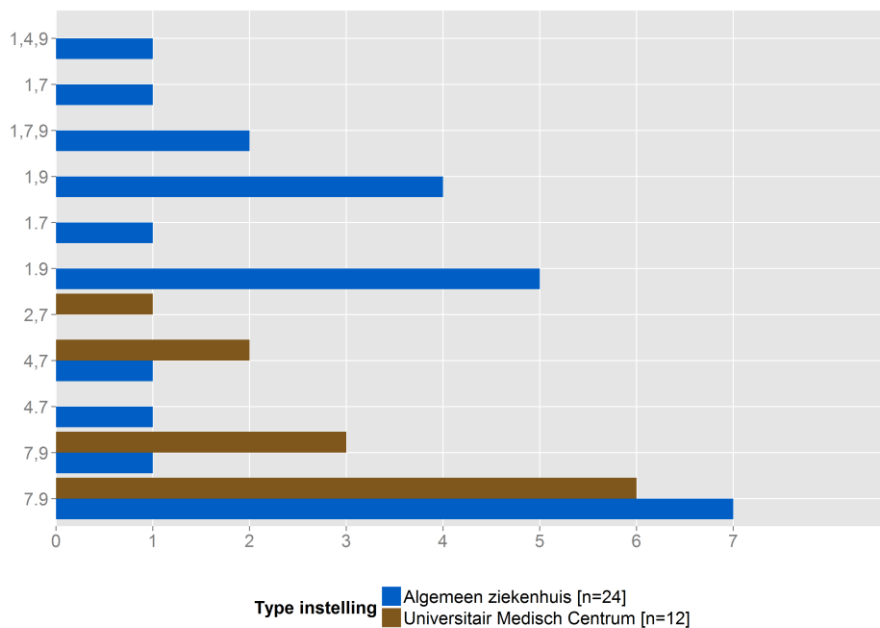
In onderstaand figuur is weergegeven welke soorten contractafspraken zorgaanbieders hebben gemaakt over *nieuwe* geneesmiddelen en *nieuwe* indicaties die gedurende het contractjaar op de markt worden verwacht. Omdat het hier een matrixvraag betrof is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in totaal hebben de 66 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld 515 verschillende contractafspraken gemaakt, verdeeld over 8 verschillende zorgverzekeraars. Daarnaast betrof deze enquêtevraag per zorgverzekeraar een meerkeuzevraag, daarom is in de figuur de antwoordoptie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere antwoorden heeft gegeven. In deze context betekent dit dat een zorgaanbieder binnen een contract

meerdere typen contractafspraken heeft opgenomen. De andere staven in figuur 2b geven unieke antwoorden weer, hierbij heeft de betreffende zorgaanbieder dus één enkel antwoord gegeven. In figuur 2b1 wordt weergegeven welke combinaties van de verschillende contracttypen zorgaanbieders hebben afgesproken en hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met figuur 2b, de nummering in deze figuur correspondeert met de nummering in figuur 2b1.<sup>7</sup>

**Figuur 2b Contractafspraken 2016 zorgaanbieders nieuwe geneesmiddelen**



**Figuur 2b1 combinatietabel**



<sup>7</sup> De ontbrekende antwoordmogelijkheid (nummer 3 in figuur 3b), waar geen uniek antwoord van is, maar wel in combinatie gebruikt wordt is als volgt: (3) Voorschot zorgverzekeraar aan ziekenhuis.

De meeste contractafspraken van algemene ziekenhuizen en van academische ziekenhuizen over geneesmiddelen die gedurende het contractjaar tot de markt zullen worden toegelaten en het verzekerde pakket in zullen stromen, zijn nacalculatie (PxQ) afspraken. Toch is ook in een groot deel van de contracten van algemene ziekenhuizen hierover geen afspraak gemaakt.

Géén van de ziekenhuizen heeft voor deze categorie geneesmiddelen afgesproken dat de zorgverzekeraar hiervoor een voorschot geeft.

Een relatief groot deel van de zorgaanbieders heeft gekozen voor het antwoord 'Anders, namelijk'. Deze zorgaanbieders geven grotendeels aan dat er nog geen afspraken zijn gemaakt over geneesmiddelen die nieuw op de markt verschijnen. Een paar zorgaanbieders geeft aan dat zij contact opnemen met de zorgverzekeraars indien daar reden voor is. Ook heeft een zorgaanbieder een initieel budget afgesproken, boven een bepaalde drempel gelden nacalculatie afspraken.

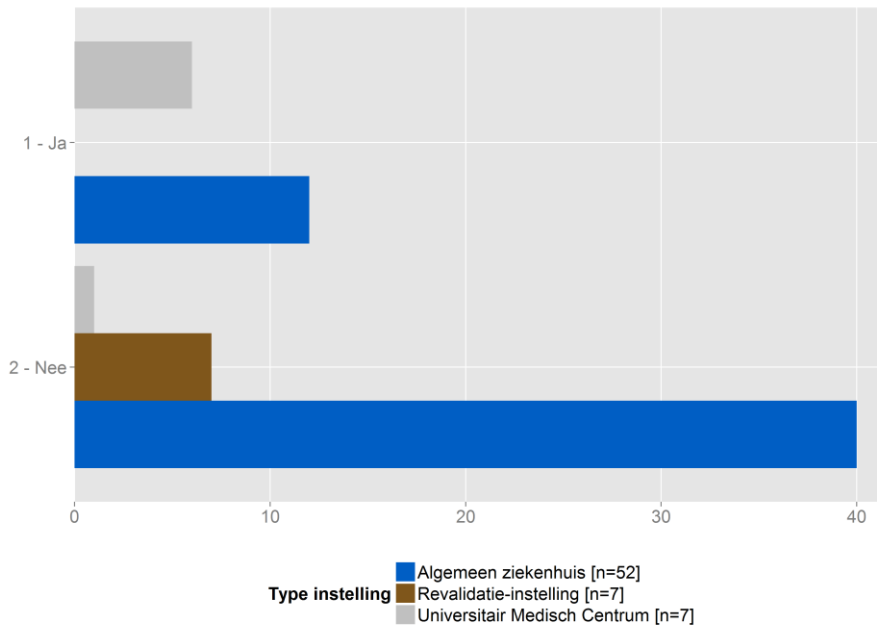
#### 2.2.4 Weesgeneesmiddelen

De Europese registratie autoriteit (EMA) stelt vast welke geneesmiddelen een 'weesgeneesmiddel' zijn. De status 'weesgeneesmiddel' is bedoeld voor geneesmiddelen voor 'zeldzame ziekten': levensbedreigende of chronisch verzwakkende aandoeningen die bij maximaal vijf op de tienduizend EU-burgers voorkomen. Per ziekte gaat het om gemiddeld zo'n 250.000 mensen; een relatief klein aantal. Farmaceutische bedrijven hebben onder normale marktcondities weinig interesse in de ontwikkeling en marketing van geneesmiddelen voor zo weinig patiënten. Omdat de Europese Unie vindt dat deze medicijnen er wel moeten komen, stimuleert zij de ontwikkeling ervan op verschillende manieren, waaronder het bieden van marktexclusiviteit. Meerdere zorgverzekeraars hebben tijdens de interviews voor deze monitor aangegeven dat door dit stimulerende Europese beleid, een perverse prikkel bestaat voor fabrikanten om geneesmiddelen onnodig als weesgeneesmiddel te laten registeren.

Tot 2015 konden, volgens NZa regelgeving, uitsluitend academische ziekenhuizen en het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis weesgeneesmiddelen declareren. Vanaf 1 januari 2015 kunnen deze geneesmiddelen door alle aanbieders van medisch-specialistische zorg worden gedeclareerd. Of deze weesgeneesmiddelen worden vergoed, hangt af van de afspraken die hierover zijn gemaakt met de zorgverzekeraar. Mogelijk heeft de zorgverzekeraar het weesgeneesmiddel ingekocht bij zorgaanbieder A en niet bij zorgaanbieder B. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beroepsgroepen kunnen op deze manier zelf de gewenste spreiding en concentratie van weesgeneesmiddelen organiseren. Zo kan, afhankelijk van het geneesmiddel en de bijbehorende behandeling, de zorg georganiseerd worden zonder dat de NZa daarbij door middel van een declaratiebepaling beperkingen oplegt. Uit de interviews komt naar voren dat het laten vervallen van de aparte declaratiebepaling voor weesgeneesmiddelen een impact heeft gehad. Eén zorgverzekeraar contracteert de weesgeneesmiddelen enkel bij instellingen met voldoende expertise, omdat weesgeneesmiddelen oorspronkelijk betrekking hebben op een zeer kleine populatie waar specifieke kennis voor nodig is en de fabrikant deze status ook doelbewust heeft verworven, aldus de zorgverzekeraar. Met andere zorgverzekeraars is het voor de algemene ziekenhuizen wel mogelijk om contractafspraken te maken. Dit heeft uiteraard ook impact op het beschikbare budget voor geneesmiddelen in deze ziekenhuizen.

In onderstaand figuur is weergegeven hoeveel zorgaanbieders contractafspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over de inzet van weesgeneesmiddelen.

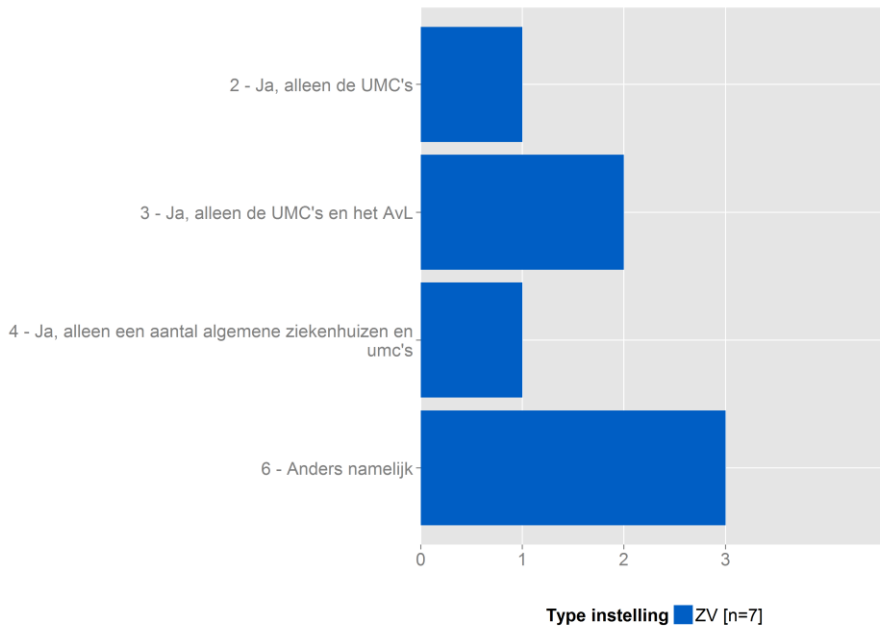
**Figuur 2c Aantal zorgaanbieders dat een contract heeft afgesloten voor de levering van weesgeneesmiddelen**



Twaalf algemene ziekenhuizen hebben een contract afgesloten voor de levering van weesgeneesmiddelen. Hetzelfde geldt voor zes van de zeven academische ziekenhuizen. Het is ons onbekend waarom het zevende academisch ziekenhuis in januari heeft aangegeven dit (nog) niet te hebben gedaan. Geen van de revalidatie instellingen hebben een contract afgesloten voor de inzet van weesgeneesmiddelen.

Ook aan zorgverzekeraars is gevraagd met welke categorie zorgaanbieders zij afspraken hebben gemaakt over de inzet van weesgeneesmiddelen. De antwoorden zijn weergegeven in onderstaand figuur.

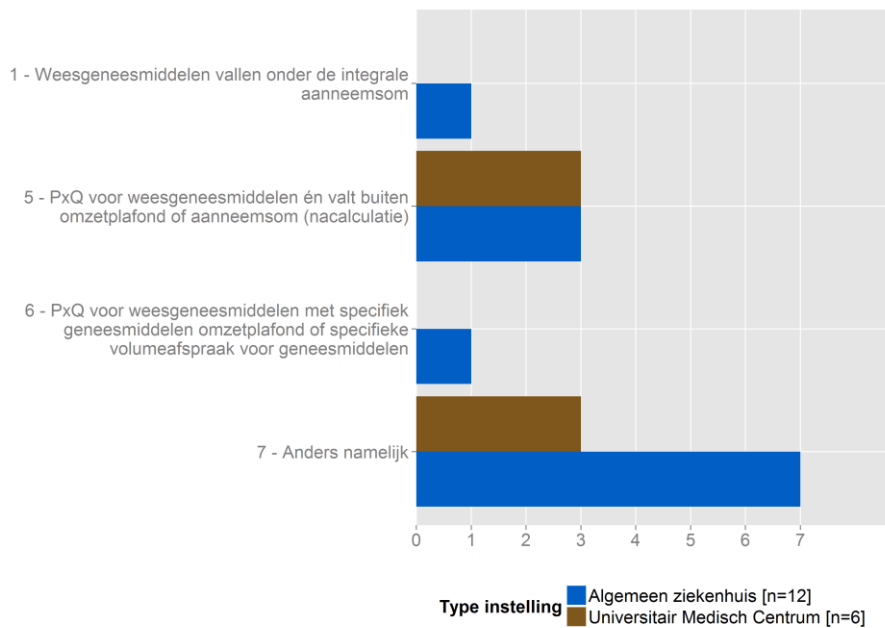
**Figuur 2d Aantal zorgverzekeraars dat een contract heeft afgesloten voor de levering van weesgeneesmiddelen door de volgende categorieën zorgaanbieders**



De antwoordoptie 'Ja, alle ziekenhuizen', is door geen van de respondenten gebruikt. Drie zorgverzekeraars hebben bij deze vraag gekozen voor het antwoord 'anders, namelijk'. Deze zorgverzekeraars geven aan een combinatie van academische ziekenhuizen en een selectie van algemene ziekenhuizen te hebben gecontracteerd voor weesgeneesmiddelen, afhankelijk van de door de beroepsgroep aangewezen expertisecentra. Daarnaast geeft één van deze zorgverzekeraars aan ook de ziekenhuizen te hebben gecontracteerd die in vorige jaren de betreffende weesgeneesmiddelen hebben geleverd. Eén zorgverzekeraar heeft weesgeneesmiddelen alleen bij academische ziekenhuizen ingekocht.

In onderstaande figuur is weergegeven welke soorten contractafspraken zorgaanbieders hebben gemaakt voor de inzet van weesgeneesmiddelen, waarbij geen onderscheid is gemaakt naar zorgverzekeraar.

**Figuur 2e Contractafspraken 2016 zorgaanbieders weesgeneesmiddelen**



De volgende drie antwoordopties zijn door geen van de respondenten gebruikt: 'voor weesgeneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken', 'weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht' en 'weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht'.

Een relatief groot deel van de algemene ziekenhuizen heeft gekozen voor het antwoord 'Anders, namelijk'. De afspraken voor weesgeneesmiddelen verschillen per zorgverzekeraar. Een ziekenhuis geeft aan dat de afspraken gelijk zijn aan deze van andere add-ongeneesmiddelen. Een ziekenhuis heeft voor een bepaalde lijst met weesgeneesmiddelen PxQ afspraken gemaakt. Een ander ziekenhuis heeft deels plafonddafspraken en deels de mogelijkheid tot nacalculatie.

Ook aan zorgverzekeraars is gevraagd welk type contractafspraken zij hebben gemaakt met zorgaanbieders over de inzet van weesgeneesmiddelen. Twee zorgverzekeraars geven aan alleen nacalculatie afspraken te maken over weesgeneesmiddelen. Vijf van de zeven zorgverzekeraars maken echter combinatieafspraken, afhankelijk van de (groepen) geneesmiddelen. Twee van deze vijf hebben de afspraak dat add-ongeneesmiddelen onder het integraal omzetplafond vallen (met doorleverplicht) in combinatie met een nacalculatieafpraak. Een van de andere combinaties is 'dure geneesmiddelen vallen onder het integrale omzetplafond zonder doorleverplicht' en nacalculatie. Daarnaast is er een combinatie van 'deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen' en nacalculatie. Ook is er een zorgverzekeraar die aangeeft dat weesgeneesmiddelen in principe onder het 'algemene dure geneesmiddelen beleid' vallen. Voor de duurdere weesgeneesmiddelen zijn veelal nacalculatieafspraken gemaakt en er zijn er ook weesgeneesmiddelen die binnen het plafond vallen.

### 2.2.5 Indiciestelling

In de contractonderhandelingen voor geneesmiddelen speelt de verwachte inzet van deze geneesmiddelen bij patiënten en dus het volume een rol. Geneesmiddelen kunnen meestal ingezet worden bij

meer dan één indicatie. 57% van de zorgverzekeraars en 64% van de zorgaanbieders geeft aan in de contractering rekening te hebben gehouden met de indicatiestelling van geneesmiddelen. Voor geneesmiddelen die nieuw op de markt zijn, of bij een indicatie uitbreiding van een bestaand geneesmiddel, is het lastig om hiervoor een goede inschatting te maken.

### **2.2.6 Meerjarenafspraken**

Een sterke minderheid (9%, n=6) van de zorgaanbieders maakt meerjarenafspraken ten aanzien van geneesmiddelen; 64 zorgaanbieders geven aan geen meerjarenafspraken te hebben gemaakt. Van de zeven zorgverzekeraars hebben er drie meerjarenafspraken gemaakt. In de interviews blijkt dat deze meerjarenafspraken niet tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders minder om de tafel hoeven. De contract- en inkooponderhandelingen worden ieder jaar opnieuw gevoerd.

### **2.2.7 Bijkomende kosten**

De NZa heeft signalen ontvangen van ziekenhuizen dat zij behoefte hebben aan een vergoeding voor bijkomende behandelkosten bij een geneesmiddel, niet zijnde het geneesmiddel zelf. Dit kan gaan om kosten voor bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek in relatie tot de inzet van een add-ongeneesmiddel. Sommige ziekenhuizen geven aan dat de behandelkosten toenemen door de grote toestroom van nieuwe, dure geneesmiddelen.

Vijf van de zeven zorgverzekeraars geeft aan geen contractafspraken te hebben gemaakt over eventuele bijkomende kosten, niet zijnde het add-on geneesmiddel zelf. Twee van de zeven zorgverzekeraars hebben aangegeven wel afspraken te hebben gemaakt over eventuele bijkomende kosten. In die gevallen hebben de afspraken betrekking op drie tot vier geneesmiddelen. Zes zorgaanbieders hebben aangegeven hier contractafspraken over te hebben gemaakt. Twee ziekenhuizen geven aan dat het gaat om vijf tot zes geneesmiddelen.

### **2.2.8 Intramurale bereidingen**

Veel add-ongeneesmiddelen worden, alvorens ze kunnen worden toegediend aan de patiënt, bereid door de ziekenhuisapotheek. Dit heeft in veel gevallen betrekking op het op patiëntniveau combineren van geneesmiddelen en sterktes daarvan in één infuus. Deze geneesmiddelen worden kort voor de toediening bereid om de kans dat het kan worden toegediend aan de patiënt te vergroten en daarmee spillage te verkleinen. Met deze intramurale bereidingen zijn kosten gemoed. Alle zorgverzekeraars en alle zorgaanbieders geven aan aparte afspraken te hebben gemaakt over intramurale bereidingen in de contractering van medisch-specialistische zorg.

### **2.2.9 Tariefafspraken**

De NZa stelt één keer per jaar maximumtarieven vast voor add-ongeneesmiddelen op het niveau van de combinatie van werkzame stof, toedieningsvorm en indicatie. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen een prijs afspreken voor deze add-ongeneesmiddelen die gelijk aan of lager is dan deze maximumtarieven.

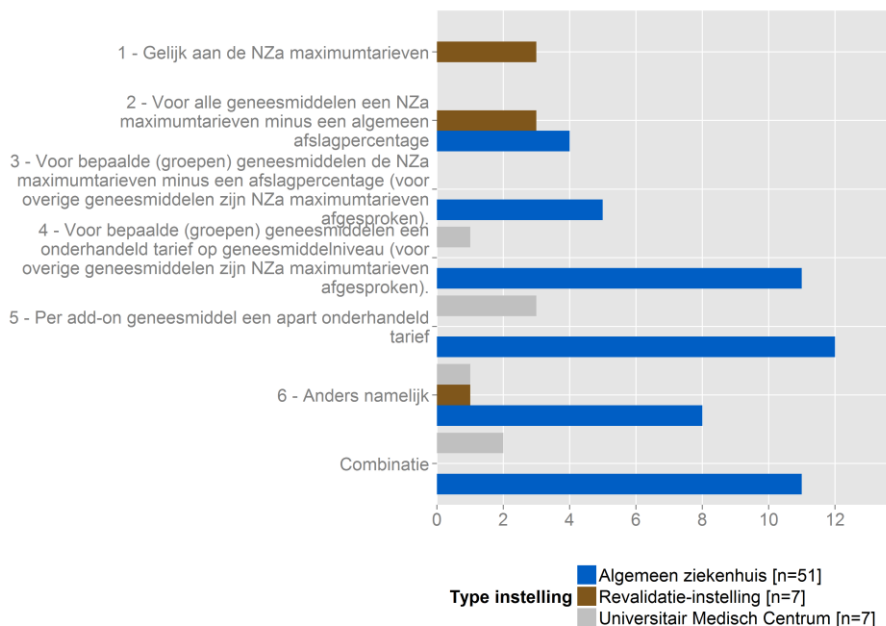
Op de add-ongeneesmiddelenlijst van de NZa staan geneesmiddelen die zijn te onderscheiden in de volgende categorieën: geneesmiddelen



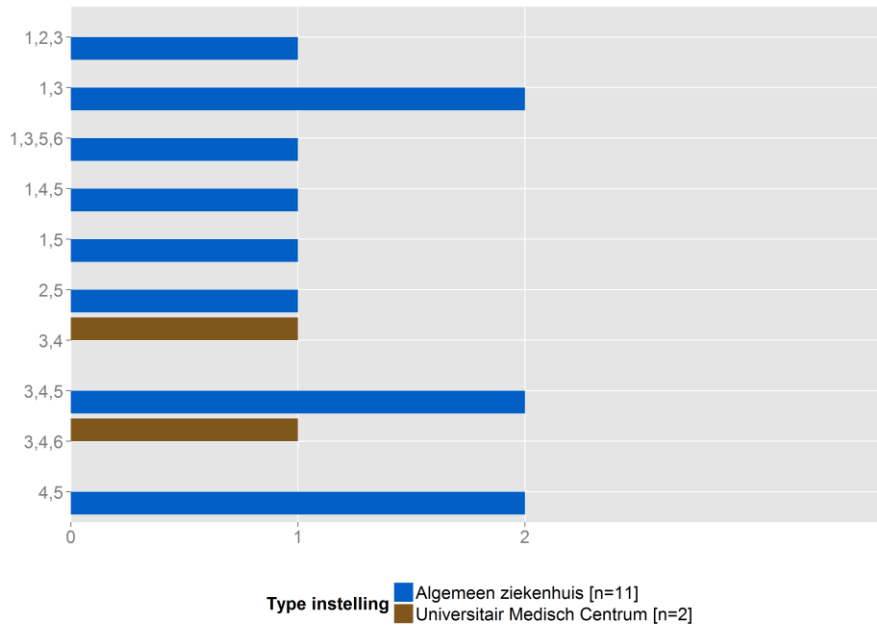
waarvan het patent is vervallen, geneesmiddelen waar nog patent op zit maar therapeutische substitutie mogelijk is en geneesmiddelen waar geen alternatief geneesmiddel voor beschikbaar is. Bij het maken van tariefafspraken is deze indeling van belang. Zo is de onderhandelingsmacht van zorgaanbieders bij de inkoop van unieke geneesmiddelen bij fabrikanten laag tot nihil, terwijl deze hoog is bij de inkoop van patentloze geneesmiddelen. Deze verdeling van macht per categorie geneesmiddel geldt ook bij de inkoop van geneesmiddelen door zorgverzekeraars bij zorgaanbieders. Dit heeft effect op de tariefafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar maken.

In onderstaand figuur is weergegeven welke tariefafspraken voor geneesmiddelen ziekenhuizen hebben gemaakt. De enquête bood de mogelijkheid om meerdere antwoorden in te vullen. In figuur 2f is daarom ook de optie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere tariefafspraken is overeengekomen met de zorgverzekeraars. De andere staven in figuur 3f geven unieke antwoorden weer, hierbij heeft de betreffende zorgaanbieder dus één enkel antwoord gegeven. In figuur 2f1 is weergegeven welke combinaties van tariefafspraken zorgaanbieders hebben afgesproken en aangeven hoe vaak deze combinaties voorkomen. De antwoordmogelijkheden in figuur 2f zijn genummerd, deze nummering correspondeert met de nummering van de combinaties in de figuur 2f1.

**Figuur 2f Tariefafspraken geneesmiddelen zorgaanbieders met zorgverzekeraars**



**Figuur 2f1 Combinatietabel**



Vijftien zorgaanbieders hebben gekozen voor de antwoordoptie ‘anders, namelijk’. Deze aanbieders geven aan dat ze geen afspraken hebben gemaakt, nog in onderhandeling zijn, een referentietarief hanteren voor groepen geneesmiddelen, op kostprijzen/inkooprijzen afrekenen, of dat per zorgverzekeraar verschilt welke tariefafspraken zij hebben gemaakt.

Ook aan zorgverzekeraars is gevraagd welke tariefafspraken zij hebben gemaakt met zorgaanbieders voor geneesmiddelen. Een zorgverzekeraar geeft aan voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen een onderhandeld tarief op geneesmiddelniveau overeen te komen (voor overige geneesmiddelen zijn NZa maximumtarieven afgesproken). De meeste zorgverzekeraars (zes van de zeven) hebben meerdere tariefafspraken gemaakt. Deze afspraken betreffen een combinatie van NZa maximumtarieven, een afslagpercentage van het NZa maximumtarief voor een bepaalde groep geneesmiddelen en een onderhandeld tarief voor een bepaalde groep geneesmiddelen.

Daarnaast geeft één van de zeven zorgverzekeraars aan voor groepen geneesmiddelen een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage te hanteren en voor andere groepen een onderhandeld tarief. Eén zorgverzekeraar heeft aangegeven afspraken te maken voor dure geneesmiddelen op basis van inkooprijzen in combinatie met een specifieke groep geneesmiddelen op basis van referentietarieven.

Uit de zorgaanbieders en zorgverzekeraars is op te maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een diversiteit aan tariefafspraken hebben gemaakt, waarvan de meeste combinatieafspraken zijn. Dit heeft te maken met de mate waarin onderhandelingsmacht bestaat voor een geneesmiddel en dus in welke hierboven beschreven categorie het geneesmiddel valt.

Uit interviews blijkt dat voor de patentloze geneesmiddelen vrijwel alle zorgverzekeraars eigen referentietarieven hanteren die lager zijn dan de NZa maximumtarieven, omdat fabrikanten kortingen geven op de apotheek inkoop prijs (AIP). Voor geneesmiddelen waarvan de onderhandelingsmacht volledig bij de fabrikant ligt worden tarieven gehanteerd die gelijk zijn aan de NZa maximumtarieven.

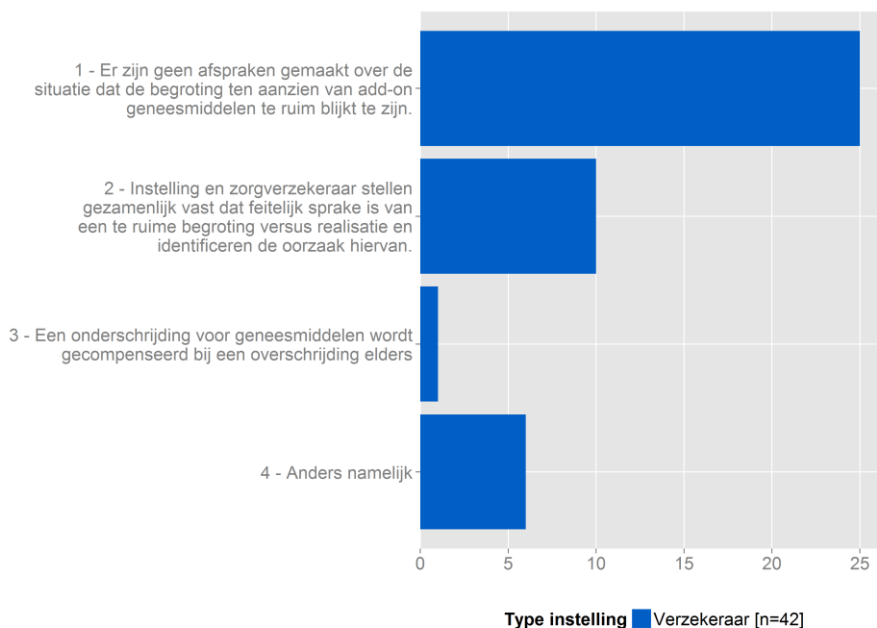
Zorgverzekeraars willen per geneesmiddel(engroep) aparte tariefafspraken kunnen maken. Er worden meer dan voorheen afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarin zorgaanbieders marge inleveren door lagere tarieven af te spreken voor 'oude' geneesmiddelen en zorgverzekeraars meer risico op zich nemen voor het volume en de prijs van nieuwe geneesmiddelen door nacalculatieafspraken te maken. De meeste geïnterviewde zorgaanbieders geven aan het een logische ontwikkeling te vinden minder inkoopvoordeel te behalen gezien het huidige knelpunt van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

### 2.2.10 Afspraken over overschatting begroting

Eerdere hoofdstukken hadden betrekking op de situatie dat zorgaanbieders geconfronteerd worden met kosten die hoger zijn dan oorspronkelijk begroot in de onderhandeling. Bijvoorbeeld als gevolg van hogere prijzen en/of een groter gebruik van geneesmiddelen dan voorzien. Omdat de kosten die gemoeid zijn met de inzet van met name nieuwe geneesmiddelen en indicaties zo moeilijk zijn in te schatten, kan ook de situatie zich voordoen dat de realisatie ten aanzien van add-ongeneesmiddelen lager is dan begroot. Ofwel, dat de zorgaanbieder minder kosten heeft gemaakt dan voorzien en afgesproken in de contractonderhandelingen over dat jaar.

In onderstaande figuur is weergegeven wat zorgverzekeraars hebben geantwoord op de vraag welke afspraken zij hebben gemaakt over de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-ongeneesmiddelen lager is dan begroot. Omdat het hier een matrixvraag betrof is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in totaal hebben de 7 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld 42 verschillende afspraken gemaakt, verdeeld over 6 verschillende typen zorgaanbieders.

**Figuur 2g Afspraken zorgverzekeraars met zorgaanbieders overschatting begroting**

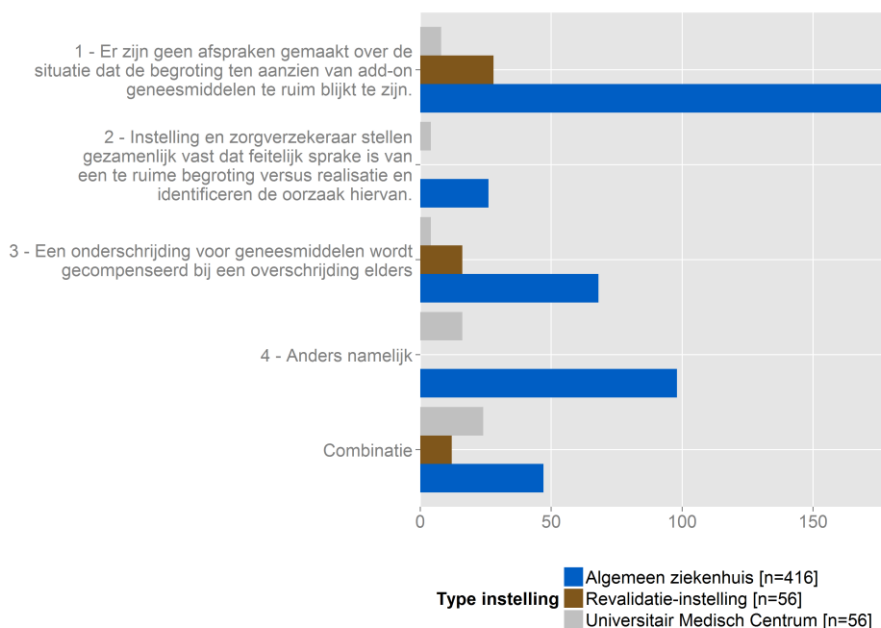


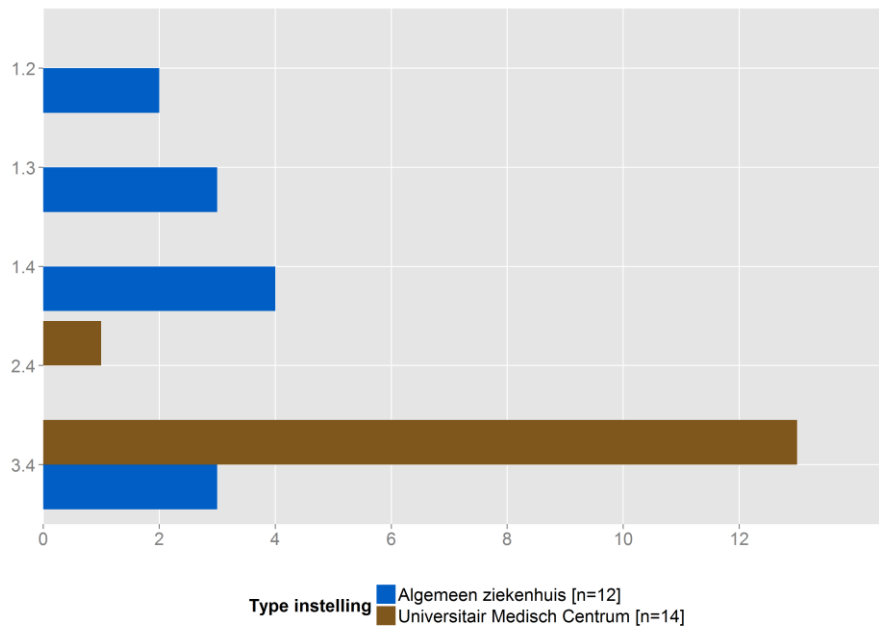
Vier van de zeven zorgverzekeraars geven hier consequent (voor elk type zorgaanbieder) aan dat hier geen afspraken over zijn gemaakt. Twee zorgverzekeraars geven consequent aan dat zij met de zorgaanbieder monitoren of er sprake is van een te ruime begroting

versus realisatie. Eén zorgverzekeraar geeft consequent aan met academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen de afspraak te hebben gemaakt dat nacalculatie naar boven of beneden plaatsvindt op het moment dat de realisatie ten aanzien van een add-ongeneesmiddel afwijkt van de begroting.

In onderstaande figuur is weergegeven wat zorgaanbieders hebben geantwoord op bovenstaande vraag. Omdat het hier een matrixvraag betrof is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in totaal hebben de 66 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld 528 verschillende afspraken gemaakt, verdeelt over 8 verschillende zorgverzekeraars. Daarnaast bood de enquête de mogelijkheid om meerdere antwoorden in te vullen (per zorgverzekeraar). In figuur 2h is daarom ook de optie 'combinatie' opgenomen. Deze staat betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere afspraken met zorgverzekeraars heeft gemaakt over overschatting van de begroting. De andere staven in de eerste figuur geven unieke antwoorden weer, hierbij heeft de betreffende zorgverzekeraar dus één enkel antwoord gegeven. In figuur 2h1 is weergegeven welke combinaties van de verschillende afspraken zorgaanbieders hebben ingevuld en aangeven hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met figuur 2h, waarin een nummering is opgenomen voor alle antwoordmogelijkheden bij deze enquêtevraag Deze nummering correspondeert met de nummering in figuur 2h1.

**Figuur 2h Afspraken zorgaanbieders met zorgverzekeraars overschatting begroting**



**Figuur 2h1 Combinatietabel**

In veel gevallen zijn geen afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en algemene ziekenhuizen over een eventuele overschatting van de begroting ten aanzien van add-ongeneesmiddelen. Van de antwoorden bij 'Anders, namelijk' bestaat een groot deel uit de reactie dat veelal nacalculatie afspraken zijn gemaakt, waardoor geen sprake is van een overschatting. Daarnaast is een aantal zorgaanbieders nog in overleg met zorgverzekeraars over hoe te handelen in de situatie dat de realisatie ten aanzien van add-ongeneesmiddelen lager is dan begroot.



### 3. Inkoop add-ongeneesmiddelen

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen op verschillende manieren de kosten van add-ongeneesmiddelen verlagen. Eén van de mogelijkheden is het verlagen van de inkoopkosten van deze geneesmiddelen.

Bij de inkoop van geneesmiddelen zijn diverse partijen betrokken. In dit hoofdstuk richten we ons op de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars het inkoopproces van add-ongeneesmiddelen hebben ingericht voor het jaar 2016 en of zij, beter dan voorheen, in staat zijn kortingen te bedingen.

In onderstaand overzicht zijn de antwoorden van zorgaanbieders op vragen uit de enquête opgenomen. In de daaropvolgende paragrafen worden deze bevindingen nader toegelicht.

Zorgaanbieders (n=66)	Ja	Nee
Wijzigingen inkoopproces in 2016	17	49
Samenwerking met andere ziekenhuizen	56	10
Samenwerking met zorgverzekeraar	14	56
Medisch-specialisten betrokken bij de inkoop	46	20
Raad van Bestuur betrokken bij de inkoop	29	37
Lagere prijzen bedongen in 2016	44	22

#### 3.1 Weinig wijzigingen inkoopproces 2016

De inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten wordt vrijwel uitsluitend uitgevoerd door zorgaanbieders. Er is een aantal uitzonderingen waarbij niet de zorgaanbieder, maar de zorgverzekeraar bepaalde geneesmiddelen inkoop bij de fabrikanten en hierover prijsafspraken maakt met de fabrikant.

Het grootste deel (n=49, 74%) van de zorgaanbieders heeft de inkoop van add-ongeneesmiddelen bij fabrikanten en groothandels in 2016 hetzelfde vormgegeven als voorheen. De belangrijkste reden hiervoor is dat er geen aanleiding was tot verandering van het inkoopproces in 2016. Meerdere zorgaanbieders geven aan zich al een langere tijd bij een inkoopgroep te hebben aangesloten. Dit kan een samenwerking tussen algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, in de regio of met de branchevereniging zijn. Een aantal zorgaanbieders geeft aan al voor het jaar 2015 veranderingen te hebben doorgevoerd.

Een aantal zorgaanbieders (n=17, 26%) heeft het inkoopproces in 2016 gewijzigd. Deze zorgaanbieders zoeken de samenwerking op met andere zorgaanbieders en met zorgverzekeraars of hebben de samenwerking met de zorgverzekeraars juist beëindigd vanwege tegenvallende resultaten. Daarnaast legt een aantal zorgaanbieders meer nadruk op de inkoop van biosimilar producten. Andere zorgaanbieders hebben de inkoop procesmatig gewijzigd, zoals meerdere onderhandelingsrondes met fabrikanten.

## 3.2 Samenwerking bij de inkoop

### 3.2.1 Samenwerking tussen zorgaanbieders

Een ruime meerderheid (n=56, 85%) van de zorgaanbieders werkt samen met andere zorgaanbieders bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen. Een aantal ziekenhuizen is aangesloten bij een inkoopgroep. Een van deze inkoopgroepen is bijvoorbeeld iZAAZ: inkoopcombinatie Ziekenhuis Apotheken Academische Ziekenhuizen. Een groot aantal van de inkoopgroepen is regio afhankelijk gevormd, zoals Rijnmond inkoopgroep, apotheek Haagse Ziekenhuizen, of een samenwerking tussen de ziekenhuizen in Friesland.

Een reden voor een zorgaanbieder om niet samen te werken met andere zorgaanbieders is bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder aangeeft zelf een voldoende onderhandelingsresultaat te kunnen behalen. Slechts één zorgaanbieder werkt niet samen met andere zorgaanbieders, maar werkt wél samen met een zorgverzekeraar. Een zorgaanbieder noemt in een interview nog een nadeel over gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen indien het gaat om onderling vervangbare geneesmiddelen waar wel nog patent op zit, zoals de TNF-alfaremmers. Indien de groep van ziekenhuizen groter wordt, wordt het moeilijker de voorschrijvende artsen te binden aan de afspraak één voorkeursmiddel voor te schrijven. De kans hierin te slagen is groter binnen één ziekenhuis of een beperkt aantal ziekenhuizen.

### 3.2.2 Samenwerking zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen in 2016 werkt 21% (n=14) van de zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars. Dit betreft met name TNF-alfa remmers en/of biosimilars.

Het merendeel (n=56, 79%) van de zorgaanbieders werkt niet samen met zorgverzekeraars bij de inkoop van geneesmiddelen in 2016. Redenen voor zorgaanbieders om geen samenwerkingsverband met zorgverzekeraars aan te gaan zijn divers. Een aantal zorgaanbieders noemt de slechtere onderhandelingsresultaten die zorgverzekeraars behalen en het beperkte mandaat dat de zorgverzekeraars bij artsen hebben. Tijdens de interviews is door zowel een zorgverzekeraar als door diverse zorgaanbieders aangegeven dat een gebrek aan vertrouwen een belemmering vormt voor het tot stand komen van (meer) samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de inkoop van geneesmiddelen. Zorgverzekeraars hebben het vermoeden dat er grote inkoopkortingen zijn te behalen voor zorgaanbieders, maar zorgaanbieders geven aan dat de marges op geneesmiddelen voor hen over het algemeen beperkt zijn. De marges zijn er wel bij een aantal geneesmiddelen, maar die worden gebruikt om de tekortkomingen bij andere geneesmiddelen te compenseren. Daarnaast is door sommige zorgaanbieders aangegeven dat gezamenlijke inkoop met een zorgverzekeraar van één (of een aantal) geneesmiddel(en), nadelig kan zijn voor de inkoop van andere geneesmiddelen. Per saldo komt het ziekenhuis dan lager uit, waardoor zorgaanbieders besluiten geen samenwerkingsverband aan te gaan met de zorgverzekeraar.

Twee van de zeven zorgverzekeraars kopen *gezamenlijk* met een of meer zorgaanbieders geneesmiddelen in. Dit betreft de TNF-alfa remmers, waaronder het patentloze infliximab. De twee zorgverzekeraars maken hierover jaarlijks afspraken met zorgaanbieders.



### 3.3 Wie zijn betrokken bij de inkoop?

In de enquête is zorgaanbieders gevraagd welke functies betrokken zijn bij de inkoop van geneesmiddelen. Bij de analyse van de antwoorden bleek dat de vraag verschillend is geïnterpreteerd door zorgaanbieders. Zo was onduidelijk of het om directe of indirecte betrokkenheid ging van deze functies bij de inkoop. Ook werd de ziekenhuisapotheker door de ene zorgaanbieder wel en door de andere zorgaanbieder niet onder 'medisch specialist' geschaard. Met dit voorbehoud zijn de resultaten van deze uitvraag in de volgende alinea's opgenomen.

De zorgaanbieders betrekken direct dan wel indirect zowel medisch specialisten als de raad van bestuur (rvb) van de instelling bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten en groothandels. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat zij een geneesmiddelencommissie of aparte werkgroep hebben waarin onder andere medisch specialisten en de rvb van het ziekenhuis zijn vertegenwoordigd. Van de geënquêteerde zorgaanbieders betreft 70% (n=46) medisch specialisten bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen.

Alle zorgaanbieders geven aan dat de rvb van het ziekenhuis op een bepaalde wijze indirect betrokken is bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen. Dit is dan onder andere omdat de rvb eindverantwoordelijk is. De rvb wordt ook in een aantal specifieke situaties betrokken, bijvoorbeeld wanneer afwijking van het beleid bij een patiënt noodzakelijk wordt geacht door de ziekenhuisapotheker of medisch specialist (arts).

Medisch specialisten zijn onder andere betrokken bij de inkoop van geneesmiddelen doordat zij een belangrijk rol hebben bij het bepalen van het voorkeursbeleid en om een inschatting te geven van de verwachte volumina van de add-ongeneesmiddelen. Zorgaanbieders die aangeven geen medisch specialisten te betrekken bij de inkoop van geneesmiddelen, geven aan dat een ziekenhuisapotheker direct betrokken is bij de inkoop. Uit de interviews bij zeven ziekenhuizen blijkt dat de medisch specialisten altijd (in)direct zijn betrokken, doordat zij het voorschrijfbeleid bepalen.

### 3.4 Inkoopkortingen

In de enquête is zorgaanbieders gevraagd of zij in 2016 in staat zijn lagere prijzen te bedingen bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen dan voorheen. Bij de analyse van de antwoorden bleek dat de vraag verschillend is geïnterpreteerd door zorgaanbieders. Het was onduidelijk of het deels kunnen bedingen van korting voldoende is om op deze vraag 'ja' te antwoorden. Met dit voorbehoud zijn de resultaten van deze uitvraag in de volgende alinea opgenomen.

Voor het jaar 2016 geeft 67% (n=44) van de zorgaanbieders aan dat zij in staat zijn lagere geneesmiddelenprijzen te bedingen dan voorheen. Dit heeft voornamelijk betrekking op een aantal add-ongeneesmiddelen waarvan het patent is verlopen en op biosimilars. Het is afhankelijk van de marktmacht van de fabrikant in welke mate lagere prijzen kunnen worden bedongen.

Opvallend is dat alle zorgverzekeraars aangeven erin te zijn geslaagd om lagere prijzen te bedingen in 2016 dan voorheen. Zorgverzekeraars noemen hiervoor meerdere redenen. De kosten van geneesmiddelen zijn meer dan voorheen een onderwerp in de onderhandeling; hierdoor is er meer aandacht voor de hoogte van de tarieven van add-

ongeneesmiddelen. Voor een aantal geneesmiddelen zijn patenten verlopen, wat kan leiden tot lagere prijzen. Meer onderzoek naar concurrentiemogelijkheden tussen geneesmiddelen geeft meer inzicht in de markt en geeft meer inzicht in de marges van ziekenhuizen. Zorgverzekeraars geven aan dat deze informatie ertoe leidt dat zij lagere prijzen afspreken dan de NZa maximumtarieven. Een zorgverzekeraar geeft aan dat zij een lagere prijs vergoedt aan de zorgaanbieder indien sprake is van een indicatie uitbreiding van een geneesmiddel.

Uit interviews met zorgverzekeraars volgt dat een aantal zorgverzekeraars gebruikmaakt van eigen prijslijsten (referentieprijzen) voor add-ongeneesmiddelen. Bij de vaststelling van referentieprijzen houden de zorgverzekeraars rekening met de (verwachte) kortingen die zorgaanbieders bij de inkoop kunnen bedingen. Zorgverzekeraars geven echter aan weinig inzicht hebben in de kortingen die tussen fabrikanten en zorgaanbieders tot stand komen.

### **3.5 Beperkte onderhandelingsmacht richting fabrikant**

Zorgaanbieders besteden meer dan voorheen aandacht aan het maken van beleid richting de farmaceutische industrie. De ziekenhuizen zoeken steeds meer de samenwerking op bij de inkoop van dure geneesmiddelen. Zorgverzekeraars nemen initiatief om geneesmiddelen samen met ziekenhuizen in te kopen teneinde een grotere onderhandelingsmacht te vormen richting de farmaceutische industrie. Daarnaast zoeken zij naar een manier om enerzijds de kosten te drukken waar dat kan en anderzijds zich aan de zorgplicht te houden. Er ontstaan steeds meer initiatieven voor collectieve inkoop met zorgverzekeraars, ziekenhuizen onderling of via een externe partij. Dit lukt echter tot op zekere hoogte, aldus zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In interviews geven zorgaanbieders onderstaande punten aan die hun onderhandelingsmacht beperken.

- De overheid zou een grotere rol moeten spelen in het versterken van de inkooppositie ten opzichte van de farmaceutische industrie. Gezamenlijke inkooptrajecten kunnen volgens de ziekenhuizen een maatschappelijk voordeel opleveren. Een aantal ziekenhuizen ziet hierbij een landelijke regierol of stimulerende rol weggelegd voor de overheid. Er moet volgens deze ziekenhuizen meer aandacht zijn voor non-concurrentie afspraken, zodat landelijke afspraken mogelijk worden. Aandachtspunt daarbij is wel dat de markt niet moet worden verstoord.
- Onderzocht moet worden hoe de farmaceutische industrie samen met de overheid het onderzoek naar een nieuw geneesmiddel kan opzetten waarna er een kostprijs wordt betaald met een winstmarge.
- Een zorgaanbieder geeft aan dat de kosteneffectiviteit als criterium voor de toelating tot de markt moet worden meegenomen.
- Het is aanbevelenswaardig om uitkomstenonderzoek onderdeel te maken van het registratiedossier.
- De geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat zij weinig tot geen mogelijkheid hebben tot het verkrijgen van inkoopkortingen bij unieke geneesmiddelen. Veel fabrikanten verschuilen zich achter de prijsarrangementen van VWS. Een aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars vinden de prijsarrangementen een goed initiatief.

Een andere zorgaanbieder en zorgverzekeraar zien echter ook nadelen omdat er geen transparantie is ten aanzien van het behaalde resultaat. Een zorgverzekeraar geeft aan dat het financiële knelpunt voor geneesmiddelen waar een prijsarrangement voor wordt afgesloten, op het moment dat de patiënt behandeld wordt, niet wordt weggenomen. De zorgaanbieder moet de apotheekinkoopprijs betalen en kan geen korting bedingen. De kans op verdringing van andere zorg wordt dan ook niet kleiner.

- Een ander knelpunt dat geïnterviewde zorgaanbieders ervaren bij de inkoop van geneesmiddelen is de invloed die de farmaceutische industrie uitoefent op de artsen. De industrie maakt afspraken met artsen over het gebruik van bepaalde geneesmiddelen en als tegenprestatie ontvangt de arts geld voor het doen van onderzoek of een vergoeding voor het leveren van data. Artsen in een ziekenhuis kunnen gevoelig zijn voor extra onderzoeksgeld dat kan worden ingezet op de afdeling. Dit is een oneigenlijke verstoring van de inkoopactiviteiten van het ziekenhuis en neemt over de jaren toe door alle bezuinigingen. Er is een duidelijke regie in het ziekenhuis nodig om dit te doorbreken.
- Uit verschillende interviews met zorgverzekeraars komt naar voren dat zorgverzekeraars de wens hebben om gezamenlijk met andere zorgverzekeraars in te kopen. De minister van VWS heeft in haar brief 'Visie op geneesmiddelen: nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten' aangegeven dat zij de Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft verzocht een leidraad op te stellen dat handvatten geeft om te bepalen wat mogelijkheden en onmogelijkheden zijn van gezamenlijk inkopen binnen de mededingingswet. De ACM heeft in februari 2016 een informele zienswijze gepubliceerd waarin zij aangeeft geen mededingingsbezwaren te hebben tegen de inkoop van TNF-alfaremmers voor alle patiënten in het ziekenhuis door zorgverzekeraar Zilveren Kruis.



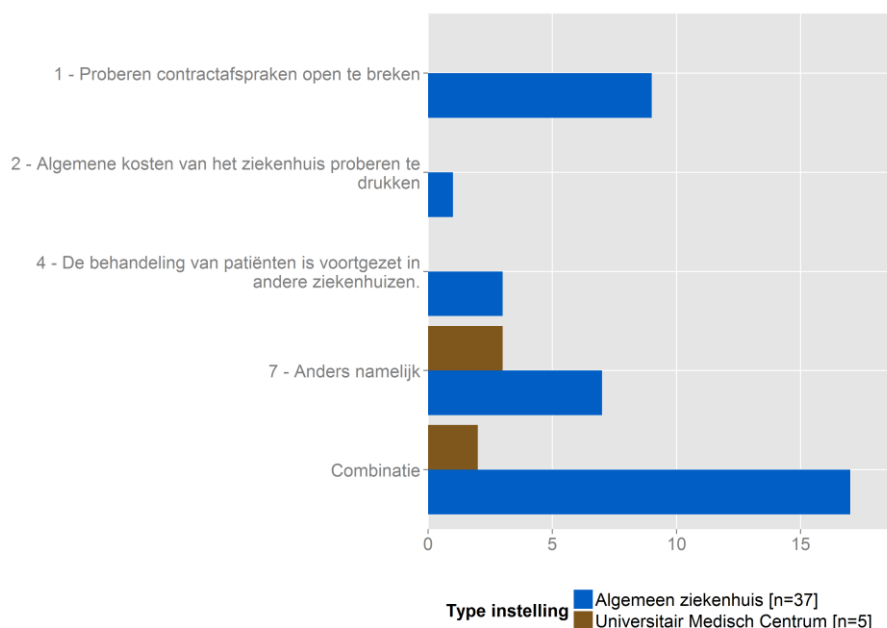
## 4. Betaalbaarheid en toegankelijkheid

### 4.1 Ervaring van financiële knelpunten

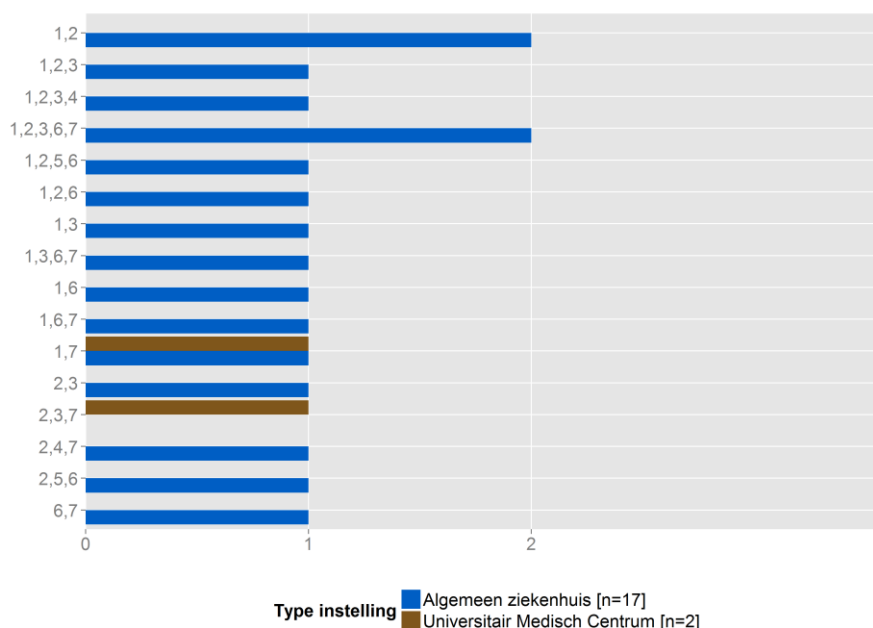
Tweeënveertig zorgaanbieders (64%) geven aan het afgelopen jaar financiële knelpunten te hebben ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer dure geneesmiddelen. Van de zorgverzekeraars geven er vijf aan dat zij van ziekenhuizen hebben vernomen dat zij financiële knelpunten hebben ervaren. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de financiële knelpunten hebben geëvalueerd en meegenomen in de contractbesprekingen voor het jaar 2016. Ook volgt uit de enquête dat in zeer uitzonderlijke gevallen een zorgverzekeraar met de zorgaanbieder een plafondbespreking heeft omgezet in een nacalculatieafspraken.

In onderstaand figuur is weergegeven wat zorgaanbieders hebben gedaan naar aanleiding van de ervaren financiële knelpunten. De enquête bood de mogelijkheid om meerdere antwoorden in te vullen. In figuur 2a is daarom ook de optie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere acties heeft ondernomen naar aanleiding van financiële knelpunten. De andere staven geven unieke antwoorden weer. Hierbij heeft de betreffende zorgaanbieder dus één enkel antwoord gegeven.

**Figuur 4a Handelingen zorgaanbieders naar aanleiding van financieel knelpunt**



**Figuur 4a1 Combinatie antwoorden**



In figuur 4a1 wordt de antwoordoptie 'combinatie' nader toegelicht. In dit figuur is weergegeven welke combinaties van de verschillende handelingen zorgaanbieders hebben ingevuld en aangeven hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met de onderstaande tabel, waarin een overzicht is gegeven van alle antwoordmogelijkheden bij deze enquêtevraag, met de bijbehorende nummering. Deze nummering correspondeert met de nummering in de figuur.<sup>8</sup>

Antwoordmogelijkheden Figuur 4a	
1	Proberen contractafspraken open te breken
2	Algemene kosten van het ziekenhuis proberen te drukken
3	Inkoop van geneesmiddelen anders organiseren
4	De behandeling van patiënten is voortgezet in andere ziekenhuizen.
5	Patiënten zijn op een andere wijze behandeld (niet behandeld met het dure geneesmiddel of wel, maar bijvoorbeeld met een lagere dosis dan gebruikelijk).
6	Kosten van geneesmiddelen (meer) een rol laten spelen in afweging inzet geneesmiddelen
7	Anders, namelijk

Eénentwintig van de zeventig algemene ziekenhuizen geven aan dat zij proberen contractafspraken open te breken als zich een financieel knelpunt voordoet. Vijf algemene ziekenhuizen geven aan in dergelijke gevallen patiënten door te verwijzen naar een andere zorgaanbieder. De meeste ziekenhuizen geven aan meerdere maatregelen te nemen. Ongeveer de helft van de algemene ziekenhuizen geeft aan de kosten van het ziekenhuis proberen te drukken. Dit heeft betrekking op de algemene kosten en de specifieke kosten van geneesmiddelen door anders in te kopen of kosten van geneesmiddelen (meer) een rol te laten spelen in de afweging geneesmiddelen in te zetten.

<sup>8</sup> Uit de tabel volgt dat deze enquêtevraag in totaal zeven antwoordopties bevat. Uit figuur 2a valt af te leiden dat zorgaanbieders vier van deze antwoordopties als uniek antwoord hebben ingevuld. De overige antwoordopties komen dus alleen in combinatie met andere antwoorden voor.

Bij de antwoordoptie 'anders, namelijk' geven veel zorgaanbieders aan dat zij naar aanleiding van de ervaren financiële knelpunten in overleg zijn gegaan met de zorgverzekeraar over mogelijke oplossingen. Dergelijke overleggen zijn ook nog gaande. In gevallen waarin deze overleggen zijn afgerond, heeft dat in sommige gevallen geleid tot het alsnog continueren van het behandeltraject door de betreffende zorgaanbieder en zijn aanvullende financiële afspraken tot stand gekomen. Een enkele keer is een patiënt doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Enkele zorgaanbieders geven aan de overschrijding van de contractafspraken te hebben geaccepteerd als verlies voor het ziekenhuis (omdat zij geen zorg aan patiënten willen weigeren en patiënten niet willen doorverwijzen om financiële redenen). Ook de inzet van biosimilars en aanpassingen in de dosering worden genoemd.

## 4.2 Ervaring van knelpunten in de toegankelijkheid

De toegankelijkheid en beschikbaarheid van dure geneesmiddelen vormen volgens alle geënquêteerde zorgverzekeraars geen probleem voor hun verzekerden. Uit de interviews met zorgverzekeraars komt wel naar voren dat het borgen van de toegankelijkheid tot discussies leidt. Indien toegankelijkheidsproblemen ontstaan, wordt per individuele casus een oplossing bedacht. Een van de zorgverzekeraars heeft daarbij opgemerkt dat, mochten dit soort problemen zich voordoen, het geneesmiddel mogelijk bij een ander ziekenhuis (dan waar de patiënt onder behandeling is) wordt ingekocht. Zorgverzekeraars hebben tevens aangegeven dat er geen specifieke zorgaanbieders zijn aan te wijzen waar het verstrekken van dure geneesmiddelen een probleem is.

De geïnterviewde zorgaanbieders ervaren over het algemeen geen problemen in de toegankelijkheid van geneesmiddelen. Het belang van de patiënt staat voorop. Indien er een knelpunt ontstaat, dan wordt bijvoorbeeld in overleg met de arts gekeken of een duur geneesmiddel moet worden aangeschaft, of de patiënt kan worden overgezet op andere medicatie of dat de patiënt moet worden verwezen naar een andere zorgaanbieder. Bij gespecialiseerde geneesmiddelen overleggen zorgaanbieders regelmatig met een academisch of gespecialiseerd ziekenhuis. De patiënt wordt alleen doorgestuurd indien dit noodzakelijk is in verband met specifieke expertise en de daarbij behorende medicatie. Als de toegankelijkheid voor de patiënt in het geding komt, bestaat er vaak ruimte voor een dialoog met de zorgverzekeraar en kan soms een aanvullende afspraak worden gemaakt.

### 4.2.1 Andere wijze van behandelen

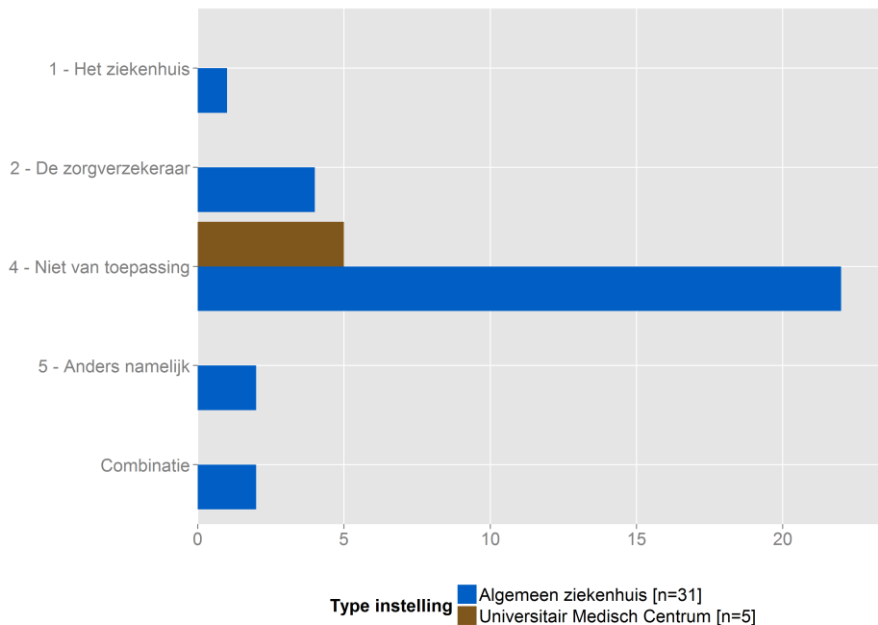
Alle zorgaanbieders geven aan dat een financieel knelpunt nooit heeft geleid tot een andere wijze van behandelen. Eén algemeen ziekenhuis geeft aan dat patiënten met een lagere dosis worden behandeld, met als primaire doel het behoud van effectiviteit en het verminderen van bijwerkingen ('dosisoptimalisatie'). Als secundair doel heeft dit betrekking op het verminderen van de kosten. Eén ander algemeen ziekenhuis heeft aangegeven om financiële redenen patiënten niet te hebben behandeld met weesgeneesmiddelen. De zorgverzekeraar had geen weesgeneesmiddelen in dat betreffende ziekenhuis ingekocht. Tegelijkertijd geeft dit ziekenhuis in de enquête aan geen klachten van patiënten te hebben ontvangen met betrekking tot het niet verkrijgen van geneesmiddelen (zie paragraaf 'klachten van patiënten of verzekerden'). De NZa zal deze informatie nader onderzoeken.

#### 4.2.2 Verwijzingen naar andere zorgaanbieders

Uit de enquête blijkt dat acht verschillende zorgaanbieders in totaal éénentwintig keer een patiënt hebben doorverwezen naar een ander ziekenhuis naar aanleiding van een financieel knelpunt. Drie zorgaanbieders geven aan dat dit bij vijf patiënten is gebeurd, bij vier zorgaanbieders gaat het om één patiënt en bij één zorgaanbieders heeft het betrekking op twee patiënten.

In onderstaand figuur is weergegeven wie in geval van deze financiële knelpunten heeft bepaald de patiënt door te verwijzen. De enquête bood de mogelijkheid om meerdere antwoorden in te vullen. In figuur 4b is daarom ook de optie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat heeft aangegeven dat sprake was van een beslissing door een combinatie van de genoemde antwoordopties. De andere staven geven unieke antwoorden weer. Hierbij heeft de betreffende zorgaanbieder dus één enkel antwoord gegeven.

**Figuur 4b Wie heeft besloten patiënten te verwijzen als gevolg van financieel knelpunt?**



Vier algemene ziekenhuizen geven aan dat alleen de zorgverzekeraar heeft besloten de patiënt te verwijzen als gevolg van een financieel knelpunt. Eén algemeen ziekenhuis geeft aan dat dat besluit zelf genomen is. Daarnaast geven twee algemene ziekenhuizen aan dat het een combinatie van enerzijds het ziekenhuis en zorgverzekeraar of anderzijds een gecombineerd besluit van ziekenhuis, zorgverzekeraar en patiënt (antwoord optie 3).

Twee algemene ziekenhuizen hebben gekozen voor 'Anders, namelijk', waarin de zorgaanbieders aangeven dat het een besluit was van de zorgverzekeraar, omdat de zorgverzekeraar het middel niet vergoedde.

Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen geneesmiddelen selectief in te kopen bij zorgaanbieders, met als doel de inzet van dure geneesmiddelen te concentreren bij expertise centra. Dat kan betekenen dat een patiënt gedurende een behandeling wordt verwezen naar een



andere zorgaanbieder waar het betreffende geneesmiddel wel is ingekocht door de zorgverzekeraar.

#### 4.2.3 Verwijzingen vanuit andere zorgaanbieders

Zeventien zorgaanbieders (26%) geven aan in 2015/2016 te hebben ervaren dat patiënten vanuit andere ziekenhuizen naar hen zijn doorverwezen vanwege (vermoedelijk) de kosten van dure geneesmiddelen. In totaal wordt een aantal van 197 patiënten genoemd die vanuit andere ziekenhuizen zijn doorverwezen vanwege (vermoedelijk) de kosten van dure geneesmiddelen. Dit aantal is echter gebaseerd op de cijfers die zijn aangeleverd door acht zorgaanbieders.

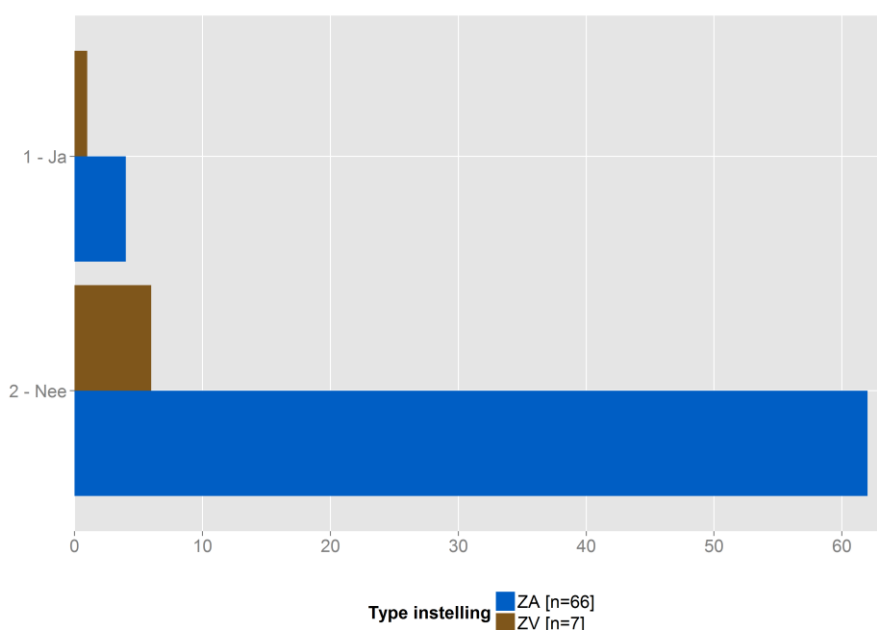
Van de zeventien zorgaanbieders die aangeven dat patiënten naar hen zijn doorverwezen geven er veertien aan dat de patiënten met een rechtstreekse verwijzing bij de zorgaanbieder terecht gekomen. Eén zorgaanbieder geeft aan dit via bemiddeling van de zorgverzekeraar gebeurd is.

Zorgaanbieders geven aan dat niet altijd is aan te tonen dat patiënten om financiële redenen zijn doorverwezen en dat daarom geen inzicht bestaat of en bij welke geneesmiddelen dit het geval was. Patiënten kunnen ook zijn doorverwezen in verband met de benodigde expertise. Bij de wel bekende gevallen van doorverwijzingen om financiële redenen gaat het vaak om oncolytica.

#### 4.2.4 Klachten van patiënten of verzekerden

In de enquête is zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd of zij, in de periode 2015 tot de invuldatum van de enquête (januari 2016), klachten hebben ontvangen van respectievelijk patiënten of verzekerden met betrekking tot het niet-verkrijgen van een geneesmiddel. In onderstaande figuur is weergegeven wat zij op deze vraag hebben geantwoord.

**Figuur 4c Klachten ontvangen van patiënten of verzekerden**



ZA=zorgaanbieder  
ZV=zorgverzekeraar

Het overgrote deel van de zorgaanbieders (n=62, 94%) geeft aan in 2015/2016 geen klachten te hebben ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van een geneesmiddel. Van de vier zorgaanbieders die aangeven wel klachten te hebben ontvangen, geeft een zorgaanbieder aan dat het ging om tien patiënten. De overige drie zorgaanbieders hebben geen patiënten aantal genoemd. De vier zorgaanbieders noemen de volgende oorzaken voor het niet verstrekken van een geneesmiddel:

- het geneesmiddel was niet ingekocht bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt;
- de hoge kosten van het betreffende geneesmiddel;
- het betrof een nieuw geneesmiddel dat op grond van het beleid nog niet werd verstrekt.

Zes van de zeven zorgverzekeraars geven aan in 2015/2016 geen klachten te hebben ontvangen van verzekerden over het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen. De zorgverzekeraar die wel klachten ontving, geeft aan dat het in totaal om drie klachten ging die betrekking hadden op twee oncolytica. In reactie op deze klachten heeft de zorgverzekeraar het ene geneesmiddel alsnog toegekend en voor het andere geneesmiddel de patiënt doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Zorgverzekeraars geven aan dat zij in 2015 geen bemiddelingsverzoeken hebben ontvangen van verzekerden voor het verkrijgen van een duur geneesmiddel.

In een interview wijst een zorgverzekeraar erop dat verzekerden vaak niet weten waar ze recht op hebben. Het is mogelijk dat verzekerden, vanwege een kennisachterstand, hierdoor geen klacht indienen bij een zorgverzekeraar of zorgaanbieder. De NZa heeft over de periode 2015 tot heden twee signalen van consumenten ontvangen over dure geneesmiddelen. Deze signalen worden in 2016 nader onderzocht door de NZa.

Vijfentwintig van de zesenzestig zorgaanbieders (38%) geven aan melding te maken bij de zorgverzekeraar van een eventuele patiënt, wanneer een duur geneesmiddel niet verstrekt wordt als gevolg van de kosten. Bij 62% van de zorgaanbieders is dit dus niet het geval.

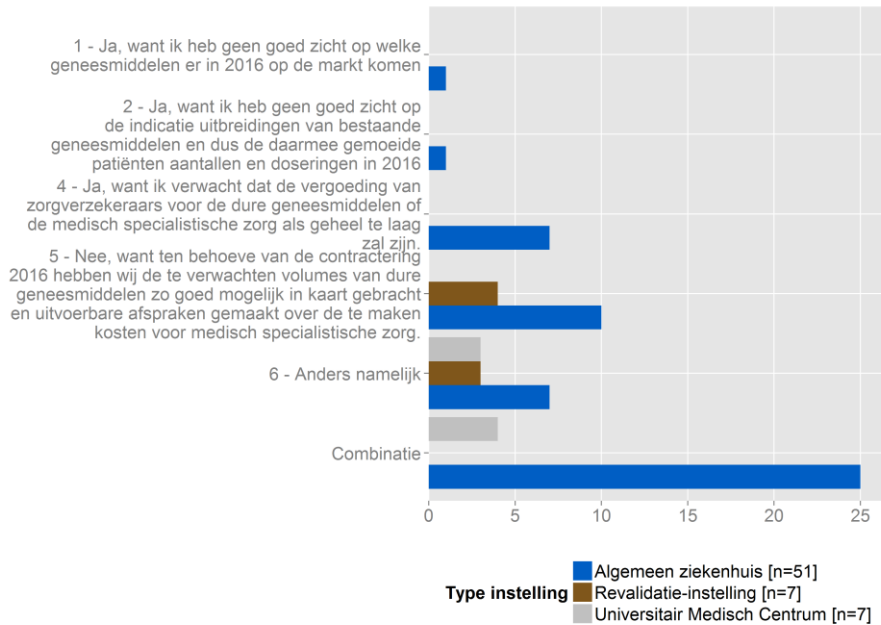
### 4.3 Verwachting 2016

Zes van de zeven ondervraagde zorgverzekeraars geven aan dat zij verwachten dat de contractafspraken die zijn gemaakt voldoende toereikend zijn om alle benodigde add-ongeneesmiddelen aan haar verzekerden te verstrekken. Eén van de ondervraagde zorgverzekeraars geeft de verwachting aan dat de contractafspraken niet voldoende toereikend zijn.

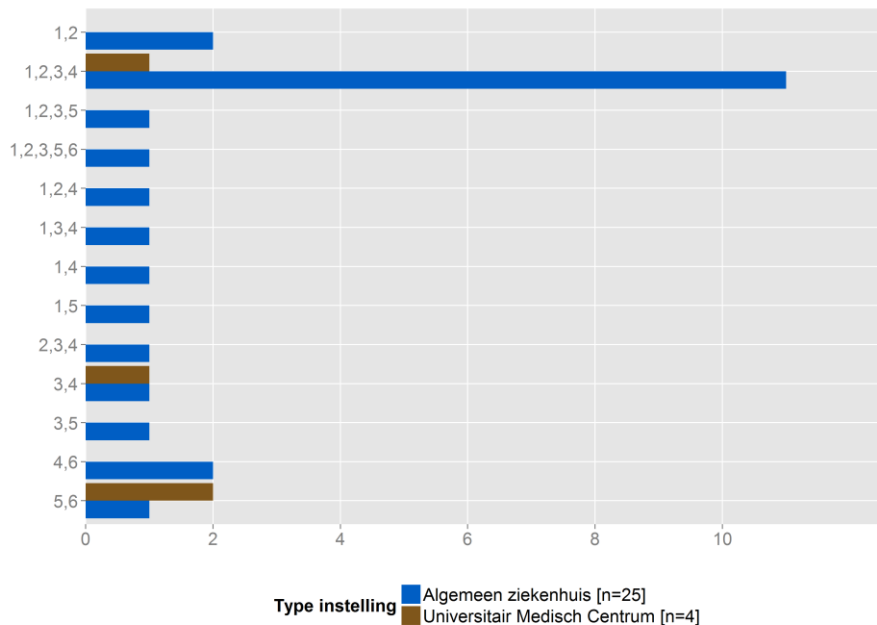
In onderstaand figuur is weergegeven hoeveel zorgaanbieders verwachten in 2016 financiële knelpunten te ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van add-ongeneesmiddelen. De enquête bood de mogelijkheid om meerdere antwoorden in te vullen. In figuur 4d is daarom ook de optie 'combinatie' opgenomen. Deze staaf betreft de optelsom van het aantal zorgaanbieders dat meerdere financiële knelpunten ten aanzien van geneesmiddelen verwacht in 2016. De andere staven geven unieke antwoorden weer, hierbij heeft de betreffende zorgverzekeraar dus één enkel antwoord gegeven. In figuur 4d1 is weergegeven welke combinaties van de verschillende handelingen zorgaanbieders hebben ingevuld en aangeven hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met figuur

4d, waarin een nummering is opgenomen voor alle antwoordmogelijkheden bij deze enquêtevraag Deze nummering correspondeert met de nummering in de figuur 4d1.

**Figuur 4d Door zorgaanbieders verwachte financiële knelpunten ten aanzien van geneesmiddelen in 2016**



**Figuur 4d1 Combinatietabel**



Antwoord 3 is 'Ja, want ik heb geen goed zicht op het aantal patiënten dat eventueel naar mijn ziekenhuis wordt doorverwezen'.

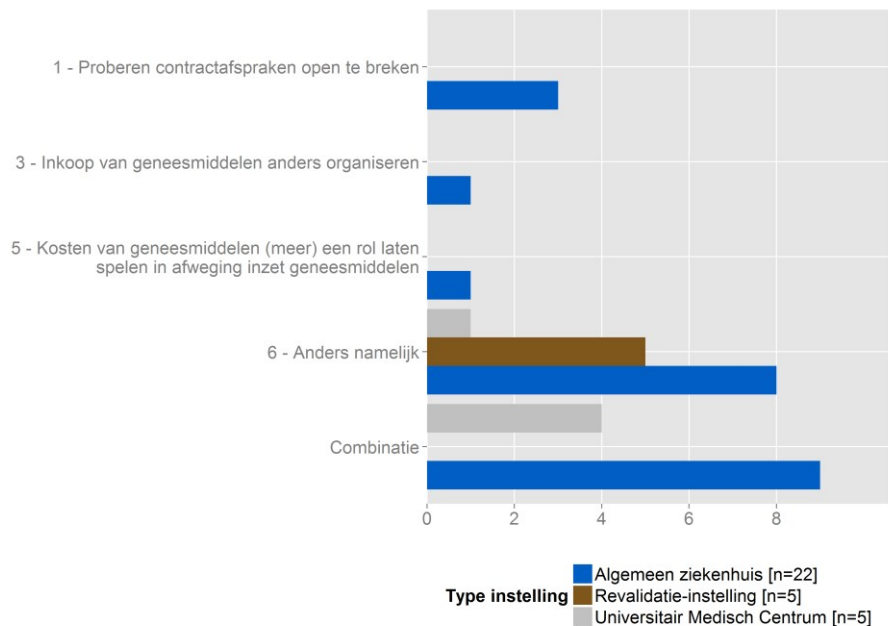
Tien van de eenenvijftig algemene ziekenhuizen verwachten geen financiële knelpunten te ervaren in 2016, omdat zij de te verwachten volumes van dure geneesmiddelen zo goed mogelijk in kaart hebben gebracht en uitvoerbare afspraken gemaakt over de te maken kosten voor medisch-specialistische zorg. Daartegenover geven de overige algemene ziekenhuizen en vijf academische ziekenhuizen aan wel

financiële knelpunten te ervaren, alhoewel een deel daarvan zowel 'ja' als 'nee' heeft geantwoord. Hieruit zouden we kunnen concluderen dat deze zorgaanbieders hiermee aangeven zich beter te hebben voorbereid op het jaar 2016, maar met onzekerheden ten aanzien van volumes te maken zal krijgen.

Daarnaast (antwoord 'Anders, namelijk') spreken zorgaanbieders uit dat er onzekerheid bestaat over de toekomst. Deze onzekerheid komt voornamelijk voort uit de komst van nieuwe, dure geneesmiddelen en onduidelijkheid over de vergoeding van deze middelen. Daarbij bestaat ook de zorg dat een (verdere) stijging van de kosten van dure geneesmiddelen andere zorg zal verdringen.

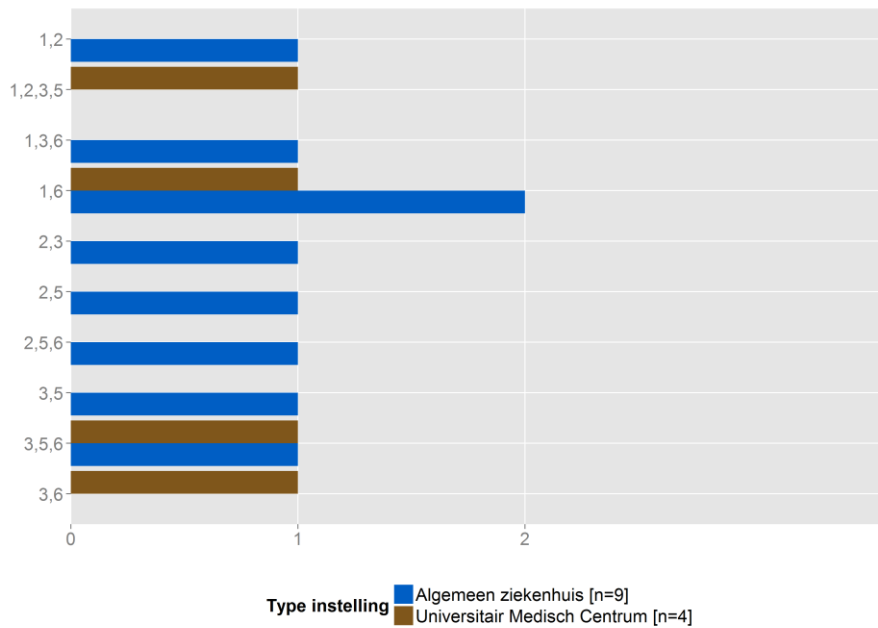
Naar aanleiding van de in de bovenstaande figuur weergegeven verwachtingen, gaan zorgaanbieders acties ondernemen, zoals opgenomen in onderstaande figuur. In figuur 4e1 is weergegeven welke combinaties van de verschillende handelingen zorgaanbieders hebben ingevuld en aangeven hoe vaak deze combinaties voorkomen. Deze figuur kan worden gelezen in combinatie met figuur 4e, waarin een nummering is opgenomen voor alle antwoordmogelijkheden<sup>9</sup> bij deze enquêtevraag Deze nummering correspondeert met de nummering in de figuur 4e1.

**Figuur 4e Acties zorgaanbieders naar aanleiding van verwachting financiële knelpunten ten aanzien van geneesmiddelen in het jaar 2016**



<sup>9</sup> De ontbrekende antwoordmogelijkheid (nummer 4 in figuur 4f), waar geen uniek antwoord van is maar wel in combinatie gebruikt wordt is als volgt: (4) Patiënten (eerder) doorverwijzen.

**Figuur 4e1 Combinatietabel**



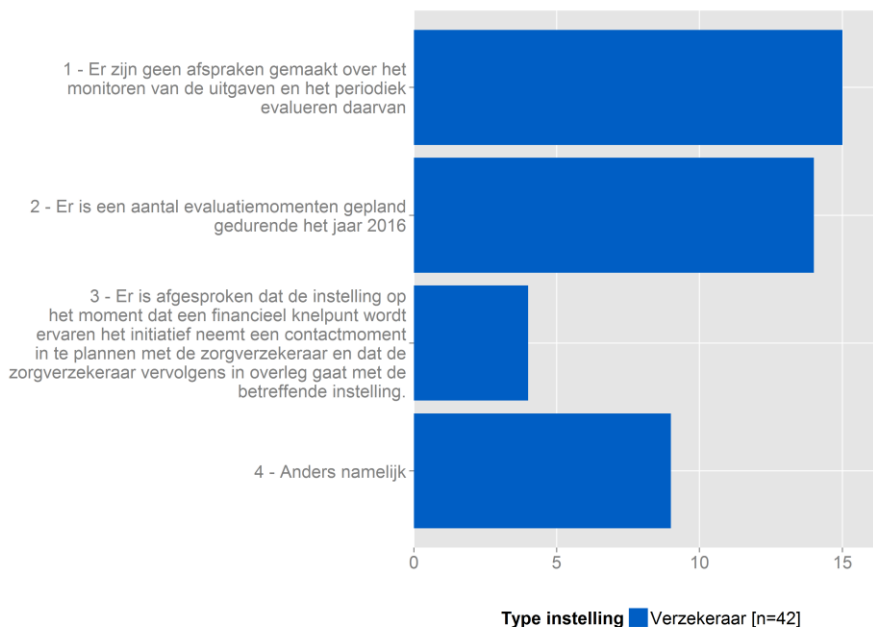
Drie algemene ziekenhuizen geven aan alleen de contractafspraken proberen open te breken. De meeste algemene en academische ziekenhuizen gaan zich echter ook inspannen om de kosten (van geneesmiddelen) proberen te verlagen. De zorgaanbieders die géén financiële knelpunten verwachten hebben 'niet van toepassing' ingevuld bij de optie 'Anders, namelijk'. Daarnaast geeft een zorgaanbieder aan actief te zullen gaan sturen en monitoren op de inzet van dure geneesmiddelen.



## 5. Monitoring en periodieke evaluatie

Aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars is in de enquête gevraagd of zij afspraken met elkaar hebben gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen. In onderstaande figuur is weergegeven hoe zorgverzekeraars hierop hebben gereageerd. Omdat het hier een matrixvraag betrof is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in totaal hebben de 7 zorgverzekeraars die de enquête hebben ingevuld 42 verschillende monitor- en evaluatieafspraken gemaakt, verdeeld over 6 verschillende typen zorgaanbieders.

**Figuur 5a Monitor- en evaluatieafspraken zorgverzekeraars met zorgaanbieders**



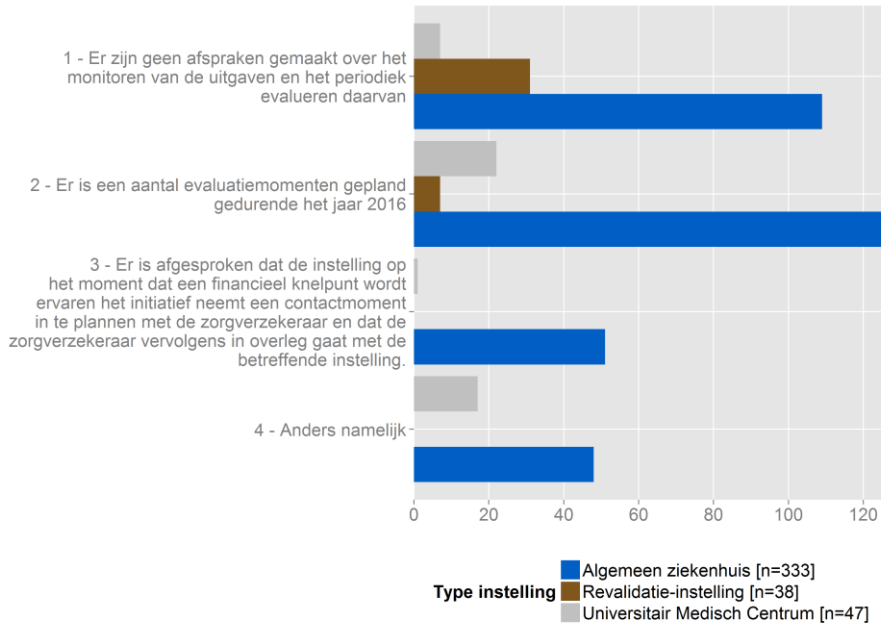
Eén verzekeraar geeft aan geen afspraken te hebben gemaakt met geen enkele categorie zorgaanbieder over het monitoren en evalueren van de contractafpraak voor add-ongeneesmiddelen. De overige zes zorgverzekeraars hebben hierover wel afspraken gemaakt met algemene en academische ziekenhuizen. Vijf zorgverzekeraars geven aan geen monitoring- en evaluatieafspraken te hebben gemaakt met revalidatie-instellingen. Drie zorgverzekeraars hebben met algemene ziekenhuizen een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2016. Eén verzekeraar heeft afgesproken dat de instelling contact opneemt met de zorgverzekeraar als een financieel knelpunt wordt ervaren.

Uit de interviews blijkt dat zorgverzekeraars per ziekenhuis afspraken maken over welke informatie wordt gedeeld en de frequentie waarmee wordt gemonitord. Ook bestaan er verschillen in het niveau van de monitoring. Bij de ene zorgaanbieder wordt gekeken naar de totale zorgkosten en in het andere ziekenhuis worden de dure geneesmiddelen afzonderlijk gemonitord.

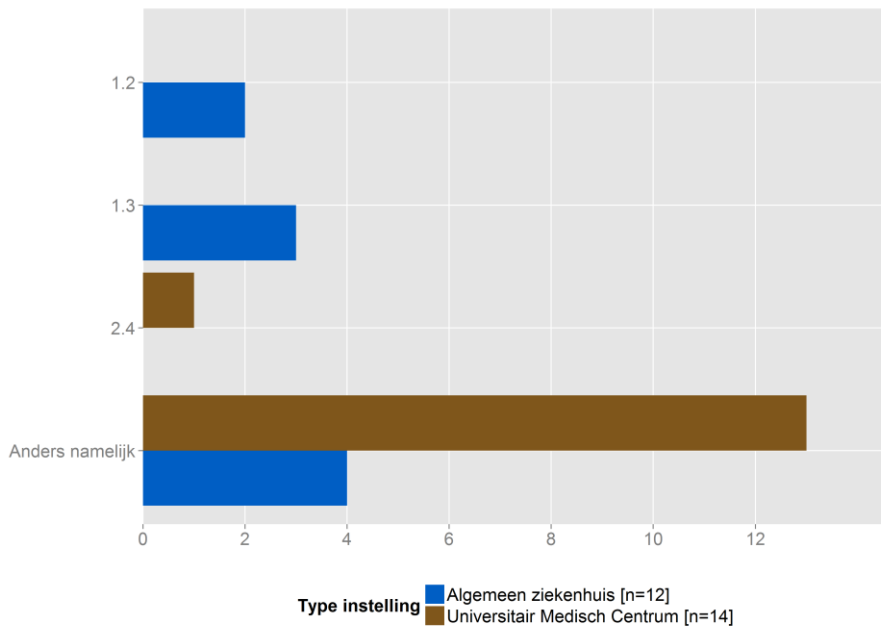
In onderstaand figuur is weergegeven hoe zorgaanbieders hebben geantwoord op de vraag of zij monitorings- en evaluatieafspraken

hebben gemaakt met zorgverzekeraars. Omdat het hier een matrixvraag betrof is in deze figuur het aantal antwoorden (de n) hoger dan in andere figuren; in totaal hebben de 66 zorgaanbieders die de enquête hebben ingevuld 418 verschillende monitor- en evaluatieafspraken gemaakt, verdeeld over 8 verschillende zorgverzekeraars.

**Figuur 5b Monitor- en evaluatieafspraken zorgaanbieders met zorgverzekeraars**



**Figuur 5b1 Combinatietabel**



N heeft betrekking op het aantal overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In ongeveer de helft van de overeenkomsten van algemene ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over monitoring en evaluatie. Veel zorgaanbieders geven aan nog in gesprek te zijn met de zorgverzekeraars over afspraken ten aanzien van het monitoren van uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-on geneesmiddelen.



## 6. Bijlagen

### 6.1 Enquête zorgaanbieders

#### Contractafspraken ziekenhuis met zorgverzekeraar – financiering

Vraag	
<p>Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande zorgverzekeraars gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die al op de markt beschikbaar zijn? Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen. Matrix per dominante zv (meer dan één mogelijk).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Achmea</li> <li>- VGZ</li> <li>- CZ</li> <li>- Menzis</li> <li>- DSW</li> <li>- Multizorg als vertegenwoordiger</li> <li>- De Friesland</li> <li>- Zorg en Zekerheid</li> </ul>	Dure geneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom.
	Voor dure geneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
	PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.
	Anders, namelijk

Vraag	
<p>Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande zorgverzekeraars gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die nog niet op de markt beschikbaar zijn of van een reeds beschikbaar geneesmiddel waarvan een nieuwe indicatie nog niet geregistreerd is?</p>	Achmea
	VGZ
	CZ
	Menzis
	DSW
	Multizorg als vertegenwoordiger
	De Friesland
	Zorg en Zekerheid
<p>Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen.</p>	Hier zijn geen aparte afspraken over gemaakt.
	Reservering van gelden aan kant zorgverzekeraar.
	Voorschot zorgverzekeraar aan ziekenhuis.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen.
	PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.	
Anders, namelijk.	

Vraag	
Welke tariefafspraken zijn gemaakt voor add-ongeneesmiddelen?	Gelijk aan de NZa maximumtarieven.
	Voor alle geneesmiddelen een NZa maximumtarieven minus een algemeen afslagpercentage.
	Voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen de NZa maximumtarieven minus een afslagpercentage (voor overige geneesmiddelen zijn NZa maximumtarieven afgesproken).
	Voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen een onderhandeld tarief op geneesmiddelniveau (voor overige geneesmiddelen zijn NZa maximumtarieven afgesproken).
	Per add-on geneesmiddel een apart onderhandeld tarief.
	Anders, namelijk.

*Voor welke groepen heeft u de afslag afgesproken?*

*Voor welke geneesmiddelen heeft u op geneesmiddelniveau een tarief afgesproken?*

Vraag	
Heeft u met zorgverzekeraars contractafspraken gemaakt over eventuele bijkomende kosten, niet zijnde het add-ongeneesmiddel zelf, zoals bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek, voor de inzet van add-ongeneesmiddelen?	Ja
	Nee

*Op hoeveel add-ongeneesmiddelen heeft dit betrekking?*

Vraag	
Heeft u met zorgverzekeraars een contract afgesloten voor de levering van weesgeneesmiddelen <sup>10</sup> ?	Ja
	Nee

Vraag	
Welk type contractafpraak heeft u hierover gemaakt?	Weesgeneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom.
	Voor weesgeneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken.
	Weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	PxQ voor weesgeneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
	PxQ voor weesgeneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.
	Anders, namelijk.

<sup>10</sup> Met weesgeneesmiddel wordt bedoeld, een geneesmiddel waarvan de Europese registratie autoriteit (EMA) heeft aangegeven dat het een weesgeneesmiddelstatus heeft. Zie link <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/orphreg.htm>

Vraag	
Heeft u met zorgverzekeraars een contract afgesloten voor de levering van oncologische weesgeneesmiddelen <sup>1</sup> ?	Ja
	Nee

Vraag	
Welk type contractafspraken heeft u hierover gemaakt?	Weesgeneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom.
	Voor weesgeneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken.
	Weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Weesgeneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	PxQ voor weesgeneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
	PxQ voor weesgeneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.
	Anders, namelijk.

Vraag	
Wordt er in de contractafspraken ook rekening gehouden met de indicatiestelling?	Ja
	Nee

Vraag	
Heeft u meerjaren contracten afgesloten ten aanzien van geneesmiddelen?	Ja
	Nee

Vraag	
Heeft u aparte afspraken gemaakt over de intramurale bereidingen?	Ja
	Nee

#### Contractafspraken ziekenhuis met zorgverzekeraar - proces

Vraag	
Heeft u in 2015/2016 financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van één of meer dure geneesmiddelen?	Ja
	Nee

#### Om welk(e) geneesmiddel(en) ging het?

Vraag	
Wat heeft u gedaan naar aanleiding van de ervaren financiële knelpunten?	Proberen contractafspraken open te breken.
	Algemene kosten van het ziekenhuis proberen te drukken.
	Inkoop van geneesmiddelen anders organiseren.
	De behandeling van patiënten is voortgezet in andere ziekenhuizen.
	Patiënten zijn op een andere wijze behandeld (niet behandeld met het dure geneesmiddel of wel, maar bijvoorbeeld met een lagere dosis dan gebruikelijk).
	Kosten van geneesmiddelen (meer) een rol laten spelen in afweging inzet geneesmiddelen.
	Anders, namelijk.

*In hoeveel gevallen heeft een financieel knelpunt geleid tot een andere wijze van behandelen (niet met het dure geneesmiddel of wel maar bijvoorbeeld met een lager dan gebruikelijke dosis)?*

*In hoeveel gevallen heeft een financieel knelpunt geleid tot het verwijzen van de patiënt naar een ander ziekenhuis?*

Vraag	
Indien van patiënten de behandeling in een ander ziekenhuis is voortgezet als gevolg van een financieel knelpunt, wie heeft dat bepaald?	Het ziekenhuis
	De zorgverzekeraar
	De patiënt
	Niet van toepassing
	Anders, namelijk

*Waar heeft uw inspanning toe geleid?*

Vraag	
Heeft u in 2015/2016 ervaren dat patiënten vanuit andere ziekenhuizen naar uw ziekenhuis zijn doorverwezen vanwege de (vermoedelijke) reden van de kosten van dure geneesmiddelen?	
Om hoeveel patiënten gaat dit?	
Om welke geneesmiddelen gaat dit?	
Hoe is de patiënt bij u terecht gekomen?	Via bemiddeling door de zorgverzekeraar van de patiënt.
	Rechtstreeks door de verwijzende instelling.
	Anders, namelijk.

Vraag	
Heeft u in 2015/2016 in uw ziekenhuis klachten ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen?	Ja
	Nee
Om hoeveel patiënten gaat dit?	
Wat is de oorzaak dat het dure geneesmiddel niet verstrekt werd in die specifieke gevallen?	Therapeutische reden (werking/bijwerking).
	Onvoldoende ervaring met het geneesmiddel.
	Geneesmiddel is niet ingekocht door zorgverzekeraar betreffende patiënt.
	Kosten.
	Anders, namelijk.

Vraag	
Meldt u de zorgverzekeraar van een eventuele patiënt wanneer een duur geneesmiddel niet verstrekt wordt als gevolg van de kosten?	Ja
	Nee

*Welke reactie(s) heeft u ontvangen van de betreffende zorgverzekeraar(s)?*

Vraag	
Verwacht u in 2016 financiële knelpunten te ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van add-ongeneesmiddelen?	Ja, want ik heb geen goed zicht op welke geneesmiddelen er in 2016 op de markt komen.
	Ja, want ik heb geen goed zicht op de indicatie uitbreidingen van bestaande geneesmiddelen en dus de daarmee gemoeide patiënten aantallen en doseringen in 2016.
	Ja, want ik heb geen goed zicht op het aantal patiënten dat eventueel naar mijn ziekenhuis wordt doorverwezen.
	Ja, want ik verwacht dat de vergoeding van zorgverzekeraars voor de dure geneesmiddelen of de medisch-specialistische zorg als geheel te laag zal zijn.
	Nee, want ten behoeve van de contractering 2016 hebben wij de te verwachten volumes van dure geneesmiddelen zo goed mogelijk in kaart gebracht en uitvoerbare afspraken gemaakt over de te maken kosten voor medisch-specialistische zorg.
	Anders, namelijk.

Vraag	
Welke acties gaat u ondernemen naar aanleiding van deze verwachting?	Proberen contractafspraken open te breken.
	Algemene kosten van het ziekenhuis proberen te drukken.
	Inkoop van geneesmiddelen anders organiseren.
	Patiënten (eerder) doorverwijzen.
	Kosten van geneesmiddelen (meer) een rol laten spelen in afweging inzet geneesmiddelen.
	Anders, namelijk.

Vraag	
Welke afspraken heeft u gemaakt met onderstaande zorgverzekeraars over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Achmea</li> <li>- VGZ</li> <li>- CZ</li> <li>- Menzis</li> <li>- DSW</li> <li>- Multizorg als vertegenwoordiger</li> <li>- De Friesland</li> <li>- Zorg en Zekerheid</li> </ul>	Er zijn geen afspraken gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren daarvan.
	Er is een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2016.
	Er is afgesproken dat de instelling op het moment dat een financieel knelpunt wordt ervaren het initiatief neemt een contactmoment in te plannen met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar vervolgens in overleg gaat met de betreffende instelling.
	Anders, namelijk.

*Bij hoeveel procent van uw zorgverzekeraars vormden de geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2016?*

*Waarom vormden de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2016?*

Contractafspraken ziekenhuis met fabrikanten en/of groothandels

Vraag	
Heeft u uw inkoopproces en/of inkoopvorm van add-on geneesmiddelen bij fabrikanten en groothandels in het jaar 2016 anders vormgegeven dan voorheen?	Ja
	Nee
	Toelichting:

Vraag	
Werkt u bij de inkoop van geneesmiddelen in 2016 samen met andere ziekenhuizen?	Ja
	Nee
	Toelichting:

Vraag	
Werkt u bij de inkoop van geneesmiddelen in 2016 samen met zorgverzekeraars?	Ja
	Nee
	Toelichting:

Vraag	
Zijn bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten en groothandels de medisch specialisten betrokken?	Ja
	Nee
	Toelichting:

Vraag	
Is bij de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten en groothandels de Raad van Bestuur van uw ziekenhuis betrokken?	Ja
	Nee
	Toelichting:

Vraag	
Bent u in 2016 in staat om lagere prijzen te bedingen dan voorheen?	Ja
	Nee
	Toelichting:

## 6.2 Enquête zorgverzekeraars

### Contractafspraken zorgverzekeraar met ziekenhuis - financiering

Vraag	
<p>Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande ziekenhuizen gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die al op de markt beschikbaar zijn?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umc's</li> <li>- Algemene ziekenhuizen</li> <li>- Revalidatie instellingen</li> <li>- Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis</li> <li>- Sint Maartenskliniek</li> <li>- Reade (reumatologie)</li> </ul> <p>Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen.</p>	Dure geneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom
	Voor dure geneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen
	PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie)
	PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen
Anders, namelijk	

Vraag	
<p>Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande ziekenhuizen gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die nog niet op de markt beschikbaar zijn of van reeds beschikbare geneesmiddelen waarvan een nieuwe indicatie nog niet geregistreerd is?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umc's</li> <li>- Algemene ziekenhuizen</li> <li>- Revalidatie instellingen</li> <li>- Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis</li> <li>- Sint Maartenskliniek</li> <li>- Reade (reumatologie)</li> </ul> <p>Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen.</p>	Dure geneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom
	Voor dure geneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen
	PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie)
	PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen
Anders, namelijk	

Vraag	
<p>Welke tariefafspraken zijn gemaakt voor add-ongeneesmiddelen? (Meerdere antwoorden mogelijk)</p>	Gelijk aan de NZa maximumtarieven
	Voor alle geneesmiddelen een NZa maximumtarieven minus een algemeen afslagpercentage
	Voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen de NZa maximumtarieven minus een afslagpercentage (voor overige geneesmiddelen zijn NZa maximumtarieven afgesproken).
	Voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen een onderhandeld tarief op geneesmiddelniveau (voor overige geneesmiddelen zijn NZa maximumtarieven afgesproken).
	Per add-ongeneesmiddel een apart onderhandeld tarief
Anders, namelijk	

*Voor welke (groep) geneesmiddelen heeft u een afslagpercentage op het NZa maximumtarief afgesproken?*

Voor welke (groep) geneesmiddelen heeft u op geneesmiddelniveau over het tarief onderhandeld?

Met hoeveel procent van de umc's heeft u specifiek afspraken gemaakt over geneesmiddelen?

Met hoeveel procent van de algemene ziekenhuizen heeft u specifiek afspraken gemaakt over geneesmiddelen?

Met hoeveel procent van de revalidatie instellingen heeft u specifiek afspraken gemaakt over geneesmiddelen?

Vraag	
Heeft u ziekenhuizen gecontracteerd voor de levering van weesgeneesmiddelen[1]?  [1] Met weesgeneesmiddel wordt bedoeld, een geneesmiddel waarvan de Europese registratie autoriteit (EMA) heeft aangegeven dat het een weesgeneesmiddelstatus heeft. Zie link: <a href="http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/html/orphreg.htm">http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/html/orphreg.htm</a>	Ja, alle ziekenhuizen
	Ja, alleen de umc's
	Ja, alleen de umc's en het AvL
	Ja, alleen een aantal algemene ziekenhuizen en umc's
	Nee, geen enkel ziekenhuis
	Anders, namelijk

Vraag	
Welk type contractafspraken heeft u hierover gemaakt?  Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen.	Dure geneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom.
	Voor dure geneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen.
	PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
	PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.
Anders, namelijk	

Vraag	
Heeft u ziekenhuizen gecontracteerd voor de levering van oncologische weesgeneesmiddelen[1]?  [1] Met weesgeneesmiddel wordt bedoeld, een geneesmiddel waarvan de Europese registratie autoriteit (EMA) heeft aangegeven dat het een weesgeneesmiddelstatus heeft. Zie link: <a href="http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/html/orphreg.htm">http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/html/orphreg.htm</a>	Ja, alle ziekenhuizen
	Ja, alleen de umc's
	Ja, alleen de umc's en het AvL
	Ja, alleen een aantal algemene ziekenhuizen en umc's
	Nee, geen enkel ziekenhuis
	Anders, namelijk



Vraag	
Welk type contractafspraken heeft u hierover gemaakt?  Meerdere antwoorden zijn mogelijk, omdat de contractvorm per geneesmiddelengroep kan verschillen.	Dure geneesmiddelen vallen onder de integrale aanneemsom.
	Voor dure geneesmiddelen is een aparte aanneemsom afgesproken.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond met doorleverplicht.
	Dure geneesmiddelen vallen onder integraal omzetplafond zonder doorleverplicht.
	Deelplafonds (kavels) voor (groepen van) geneesmiddelen.
	PxQ voor dure geneesmiddelen én valt buiten omzetplafond of aanneemsom (nacalculatie).
	PxQ voor dure geneesmiddelen met specifiek geneesmiddelen omzetplafond of specifieke volumeafpraak voor geneesmiddelen.
Anders, namelijk	

Vraag	
Heeft u met zorgverzekeraars contractafspraken gemaakt over eventuele bijkomende kosten, niet zijnde het add-ongeneesmiddel zelf, zoals bijvoorbeeld scans, (lab)diagnostiek, voor de inzet van add-ongeneesmiddelen?	Ja
	Nee
Op hoeveel add-ongeneesmiddelen heeft dit betrekking?	

Vraag	
Wordt er in de contractering van add-ongeneesmiddelen rekening gehouden met de verschillende indicaties?	Ja
	Nee

Vraag	
Heeft u meerjarencontracten afgesloten ten aanzien van geneesmiddelen met ziekenhuizen?	Ja
	Nee

Vraag	
Heeft u aparte afspraken gemaakt over intramurale bereidingen?	Ja
	Nee

Vraag	
Zijn de voor 2016 gemaakte contractafspraken naar uw verwachting toereikend om alle benodigde add-on geneesmiddelen in 2016 aan uw verzekerden te verstrekken?	Ja
	Nee

*Bij hoeveel procent van de ziekenhuizen vormden de geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2016?*

*Waarom vormden de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor 2016?*

Contractafspraken zorgverzekeraar met ziekenhuis – proces

Vraag	
Heeft u tot op heden van ziekenhuizen vernomen dat zij financiële knelpunten ervaren ten aanzien van de gewenste inzet van dure geneesmiddelen?	Ja
	Nee

Welke add-ongeneesmiddelen zorgen voor financiële knelpunten?

Vraag	
Hoe heeft u gehandeld naar aanleiding van dit signaal?	Geen actie
	Met ziekenhuis in gesprek gegaan over eventuele financiële ruimte zonder het contract open te breken
	Contract opgebroken zonder voorwaarden
	Contract opgebroken met voorwaarden
	Anders, namelijk

Vraag	
Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande ziekenhuizen gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die nog niet op de markt beschikbaar zijn of van reeds beschikbare geneesmiddelen waarvan een nieuwe indicatie nog niet geregistreerd is? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umc's</li> <li>- Algemene ziekenhuizen</li> <li>- Revalidatie instellingen</li> <li>- Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis</li> <li>- Sint Maartenskliniek</li> <li>- Reade (reumatologie)</li> </ul>	Er zijn geen afspraken gemaakt over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren daarvan
	Er is een aantal evaluatiemomenten gepland gedurende het jaar 2016
	Er is afgesproken dat de instelling op het moment dat een financieel knelpunt wordt ervaren het initiatief neemt een contactmoment in te plannen met de zorgverzekeraar en dat de zorgverzekeraar vervolgens in overleg gaat met de betreffende instelling.
	Anders, namelijk

Vraag	
Welk type contractafspraken heeft u met onderstaande ziekenhuizen gemaakt over de vergoeding van geneesmiddelen die nog niet op de markt beschikbaar zijn of van reeds beschikbare geneesmiddelen waarvan een nieuwe indicatie nog niet geregistreerd is? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umc's</li> <li>- Algemene ziekenhuizen</li> <li>- Revalidatie instellingen</li> <li>- Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis</li> <li>- Sint Maartenskliniek</li> <li>- Reade (reumatologie)</li> </ul>	Er zijn geen afspraken gemaakt over de situatie dat de begroting ten aanzien van add-on geneesmiddelen te ruim blijkt te zijn.
	Instelling en zorgverzekeraar stellen gezamenlijk vast dat feitelijk sprake is van een te ruime begroting versus realisatie en identificeren de oorzaak hiervan.
	Een onderschrijding voor geneesmiddelen wordt gecompenseerd bij een overschrijding elders
	Anders, namelijk

Vraag	
Heeft u in 2015/2016 klachten ontvangen van verzekerden met betrekking tot het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen?	Ja
	Nee

Hoeveel klachten heeft u ontvangen?

Om welke geneesmiddelen ging het?

Hoe bent u in algemene zin omgegaan met deze klachten?

Vraag	
Heeft u in 2015 bemiddelingsverzoeken van uw verzekerden gekregen voor het verkrijgen van een duur geneesmiddel?	Nee
	Ja, namelijk X aantal

Vraag	
Zijn er problemen in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van dure geneesmiddelen voor uw verzekerden?	Ja
	Nee

*Om welke geneesmiddelen gaat het?*

*Wat is de oorzaak ervan?*

*Hoe zorgt u er voor dat u in zo'n situatie aan uw zorgplicht voldoet?*

Vraag	
Zijn er specifieke ziekenhuizen aan te wijzen waar het verstrekken van dure geneesmiddelen een probleem is?	Ja
	Nee

*Kunt u aangeven om welke ziekenhuizen het gaat?*

*Kunt u aangeven waar dat aan ligt?*

#### Contractafspraken zorgverzekeraar met fabrikanten en/of groothandels

Vraag	
Koopt u gezamenlijk met een of meer ziekenhuizen geneesmiddelen in?	Nee
	Ja, namelijk voor de middelen

Vraag	
Wat voor een soort afspraak is dat?	Jaarlijkse afspraken
	Meerjarige afspraken
	Anders, namelijk

Vraag	
Koopt u voor één of meer ziekenhuizen geneesmiddelen in?	Nee
	Ja, namelijk voor de middelen

Vraag	
Heeft u prijsafspraken over add-ongeneesmiddelen gemaakt met fabrikanten en/of groothandels?	Ja
	Nee

*Kunt u toelichten om welke add-ongeneesmiddelen(groep), onder welke voorwaarden, voor welke ziekenhuizen, etc het gaat?*

Vraag	
Bent u in 2016 in staat om lagere prijzen voor add-on geneesmiddelen te bedingen dan voorheen?	Ja
	Nee
Kunt u dat toelichten?	

## 6.3 Interviewvragen zorgaanbieders

### Vragenlijst ten behoeve van de NZa Monitor contractering dure geneesmiddelen - Eerste kwartaal 2016

Vragen aan instellingen voor medisch-specialistische zorg
Ervaart u (interne) belemmeringen bij het borgen van de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen voor patiënten? Zo ja, welke zijn en dan in welke mate zijn deze factoren van invloed?
Zijn de kosten van de inkoop van geneesmiddelen als onderdeel totale exploitatie (trend over jaren) toegenomen?
Zijn de geneesmiddelenkosten per patiënt toegenomen in de afgelopen jaren. Wat is hierin de spreiding?
Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de verdere kostenontwikkeling (nieuwe middelen voor specifieke toepassingen)?
Welke afspraken maakt het ziekenhuis met de zorgverzekeraar over de dure geneesmiddelen (dure geneesmiddelen wel/niet onder omzetplafond, concentratie, preferentiebeleid, prijzen, gezamenlijke inkoop, etc.)? Welke eventuele voorwaarden zijn daarbij afgesproken (bijvoorbeeld ten aanzien van registratie van gebruik, inzet van biosimilars, etc.)?
Welke afspraken heeft u gemaakt met onderstaande zorgverzekeraars over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen?
In hoeveel gevallen in 2015 heeft een financieel knelpunt ten aanzien van de financiering van één of meer dure geneesmiddelen geleid tot een andere wijze van behandelen?
Is het in 2015 voorgekomen dat vanwege een financieel knelpunt ten aanzien van de financiering van één of meer dure geneesmiddelen de behandeling in een ander ziekenhuis is voortgezet? Zo ja, wie heeft dat bepaald: arts/ziekenhuis (bijvoorbeeld door wachtlijst), patiënt of verzekeraar (via zorgbemiddeling)?
Heeft u in 2015 patiënten van andere ziekenhuizen overgenomen waarbij er sprake was van overplaatsing vanwege dure geneesmiddelen? Zo ja, hoeveel patiënten en hoe loopt dit proces? Via bemiddeling door de verzekeraar van de patiënten of anders?
Heeft u in 2015 in uw ziekenhuis klachten ontvangen van patiënten met betrekking tot het niet-verkrijgen van geneesmiddelen? Wat is de oorzaak dat het dure geneesmiddel niet verstrekt werd?
Meldt u het aan de verzekeraar van de desbetreffende patiënt wanneer een duur geneesmiddel niet verstrekt wordt. Zo ja, wat is de reactie van de verzekeraar hierop?
Heeft het type polis nog invloed op de afspraken (bijv. budgetpolis)?
Worden dure geneesmiddelen door geleverd (ook na bereiken omzetplafond)?
Hoe worden de afspraken die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar maakt (bv over een budget voor dure geneesmiddelen) doorvertaald binnen het ziekenhuis?
Wat doet het ziekenhuis aan gepast gebruik van dure geneesmiddelen (niet behandelen, staken van behandeling, palliatieve zorg i.p.v. behandeling met dure geneesmiddelen, stoppen bij maximum bedrag etc.)?
Kunnen instellingen voor medisch-specialistische zorg (msz), artsen en zorgverzekeraars de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg voor de patiënt voor de toekomst blijven borgen?
Wat is het ziekenhuisbeleid ten aanzien van de inkoop van dure geneesmiddelen? Welke factoren (anders dan zorginhoudelijke) spelen hierbij een rol? Is uw beleid na 2012 gewijzigd (afschaffen budgetvergoeding 80% vergoeding netto inkoopkosten) of verwacht u uw beleid binnenkort te wijzigen?
Hoe is de inkoop van geneesmiddelen praktisch vorm gegeven: zelfstandig, in combinatie met andere instellingen, samen met verzekeraar, via groothandel of direct zelf met fabrikant. Door welke afdeling (apothek of i.s.m. met andere afdeling) wordt ingekocht en worden apotheken/afdelingen getraind om goed in te kopen?
Wat voor type afspraken maken ziekenhuizen met groothandel en/of fabrikanten t.a.v. de inkoop van dure geneesmiddelen?
Wat zijn de effecten van deze organisatie van de inkoop?
Hoe vindt de afweging plaats tussen de keuze tussen verschillende dure geneesmiddelen? Wordt er door ziekenhuizen gestuurd op de kosten van dure geneesmiddelen (b.v. gebruik biosimilars, vergelijkbare producten)? Zo ja, hoe dan?
Wat is ten algemene de invloed van zorgverzekeraar, arts en fabrikant op het ziekenhuisbeleid ten aanzien van de inkoop van dure geneesmiddelen?

## 6.4 Interviewvragen zorgverzekeraars

### Vragenlijst ten behoeve van de NZa Monitor contractering dure geneesmiddelen - Eerste kwartaal 2016

Vragen aan zorgverzekeraars
Ervaart u belemmeringen bij het borgen van de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen voor patiënten? Zo ja, welke zijn en dan in welke mate zijn deze factoren van invloed?
Wat is uw beleid ten aanzien van de inkoop van dure geneesmiddelen? Welke factoren (anders dan zorginhoudelijke ) spelen hierbij een rol?
Hoe is de inkoop van dure geneesmiddelen georganiseerd en wat voor type afspraken maakt u over dure geneesmiddelen met instellingen (wel/niet onder omzetplafond, concentratie, preferentiebeleid, prijzen, gezamenlijke inkoop, etc.)?
Welke eventuele voorwaarden stelt u bij de inkoop van geneesmiddelen (bijvoorbeeld registratie van gebruik, inzet van biosimilars, etc).
Wat zijn de effecten van deze organisatie van de inkoop?
In hoeverre stuurt u op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen (bv stimuleren gebruik biosimilars, afspraken gepast gebruik)?
Koopt de zorgverzekeraar voor zorginstellingen ook zelf intramurale geneesmiddelen in bij de fabrikant? Zo ja, wat is het effect op de inkoopkosten/afspraken met aanbieder? Speelt de groothandel hierin (ook) een rol?
Hoe komen de prijsafspraken over add-ons tot stand? Is er sprake van aparte plafonds voor intramurale geneesmiddelen? En is er wel of geen nacalculatie (dure) geneesmiddelen in contractafspraken?
Is er sprake van een vorm van voorkeursbeleid voor de dure intramurale geneesmiddelen?
Hebben verzekerden met een budgetpolis beperkingen m.b.t. de toegang tot dure geneesmiddelen? En weesgeneesmiddelen?
Kunnen instellingen voor medisch-specialistische zorg (msz), artsen en zorgverzekeraars de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg voor de patiënt voor de toekomst blijven borgen?
Welke afspraken heeft u gemaakt met instellingen over het monitoren van de uitgaven en het periodiek evalueren van eventuele financiële knelpunten met add-ongeneesmiddelen?
Heeft u in 2015 klachten ontvangen van verzekerden met betrekking tot het niet-verkrijgen van dure geneesmiddelen? Zo ja, hoeveel klachten en hoe zijn deze klachten in algemene afgehandeld?
Heeft u in 2015 bemiddelingsverzoeken van uw verzekerden gekregen voor het verkrijgen van een duur geneesmiddel?
Heeft u klachten gekregen over de vergoedingshoogte van een duur geneesmiddel? Zo ja, hoeveel en hoe er mee om gegaan?
Zijn er problemen in de toegankelijkheid en beschikbaarheid van dure geneesmiddelen voor uw verzekerden? Zo ja, om welke geneesmiddelen gaat het? Wat is de oorzaak ervan? En hoe zorgt u er voor dat u in zo'n situatie aan uw zorgplicht voldoet?
Zijn er specifieke ziekenhuizen aan te wijzen waar het verstrekken van dure geneesmiddelen een probleem is? Zo ja, welke? Waar ligt dat aan?