



**Monitor
Geneesmiddelen in de
medisch-specialistische
zorg**

januari 2019



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

Inhoud

Samenvatting

- 1 Inleiding**
- 2 Cijfers**
- 3 Contractering**
- 4 Betaalbaarheid**
- 5 Toegankelijkheid**

Samenvatting

Elk jaar brengt de NZa op verzoek van de minister van VWS een monitor uit over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg. Deze monitor bevat informatie over de uitgaven, de contractering, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van 'dure geneesmiddelen'.

Uitgaven aan dure geneesmiddelen blijft stijgen In 2016 is € 1,907 miljard gedeclareerd aan dure geneesmiddelen. Tussen 2012 en 2016 stijgt het aandeel dure geneesmiddelen ten opzichte van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg van 6,8% naar 8,2%. De uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen sneller dan andere zorguitgaven. Dit aandeel zal waarschijnlijk verder toenemen. Deze stijging wordt veroorzaakt door de komst van nieuwe geneesmiddelen met een hoge prijs en een hoge budgetimpact met een snel stijgend volume, waaronder een stijging van het aantal patiënten. Van de 23 duurste geneesmiddelen zijn de gemiddelde uitgaven per patiënt per jaar meer dan € 80.000.

Lagere contractprijzen en meer nacalculatieafspraken in 2018

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spannen zich in om geneesmiddelen scherp in te kopen. Zorgverzekeraars slagen er in 2018 allemaal in om lagere contractprijzen af te spreken met zorgaanbieders dan in het jaar 2017. Ook slagen nog steeds de meeste ziekenhuizen erin om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten dan het jaar daarvoor, maar dit aantal is iets lager dan vorig jaar. Ziekenhuizen die niet (meer) scherper

kunnen inkopen, zeggen dat dit vooral komt doordat de inkoopstrategie nu optimaal is en zij dus niet beter kunnen inkopen dan dat ze nu doen. In een steekproef van geneesmiddelen zien we dat ziekenhuizen een beter onderhandelresultaat halen met fabrikanten en dat in toenemende mate sprake is van lagere contractprijzen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Voor het jaar 2018 wordt vaker afgesproken dat de ziekenhuizen add-ongeneesmiddelen declareren tegen netto inkooprijzen, waarbij echter geldt dat deze prijzen niet herleidbaar zijn naar afzonderlijke geneesmiddelen.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars nemen vrijwel allemaal maatregelen om gepast gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen. Als dit niet lukt, noemen zorgaanbieders de volgende voornaamste oorzaken:

1. het ontbreken van benchmarkinformatie met andere ziekenhuizen,
2. het ontbreken van de organisatie en een goed ingericht ict-systeem om gegevens over het gebruik van geneesmiddelen op een efficiënte manier vast te leggen en te ontsluiten en
3. geen duidelijk en tijdig standpunt van de beroepsgroep over de plaats in de behandeling van nieuwe geneesmiddelen en indicaties.

Als tegenhanger voor de lagere contractprijzen zien we dat er in 2018 meer nacalculatieafspraken worden gemaakt dan in 2017. Add-ongeneesmiddelen worden buiten het plafond voor overige medisch-specialistische zorg geplaatst en worden – ongeacht het volume – door zorgverzekeraars aan ziekenhuizen vergoed.

Toegankelijkheid dure geneesmiddelen is nu in orde

Voor de directe toegankelijkheid van add-ongeneesmiddelen zijn deze nacalculatieafspraken een positieve ontwikkeling. Geen van de zorgverzekeraars heeft klachten ontvangen van verzekerden. Ook de NZa heeft geen signalen ontvangen over problemen met de toegankelijkheid van add-ongeneesmiddelen.

Toch zien we ruimte voor verbetering van het proces tussen de introductie van een nieuw geneesmiddel en het voorschrijven. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de beroepsgroep moeten beter anticiperen op de introductie van nieuwe middelen en indicaties om de patiënt snel duidelijkheid te geven, eventueel snel te kunnen behandelen en de wachttijd te verminderen. Dit betreft onder andere dat de beroepsgroep tijdig – voor introductie op de markt – een standpunt afgeeft over de plaats van het geneesmiddel in de behandeling.

Volumerisico verschuift meer naar zorgverzekeraars

Ondanks de positieve ontwikkeling op inkooprijzen en gepast gebruik, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich nog steeds zorgen over de uitgavenontwikkeling van geneesmiddelen en de mogelijkheid tot beheersing daarvan. Daarbij maken met name zorgverzekeraars zich zorgen over de verdere verschuiving van het volumerisico naar de zorgverzekeraar en de afname van de prikkel voor scherpe inkoop door zorgaanbieders als de contractrijzen gelijk zijn aan de netto inkooprijzen. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat meer nacalculatieafspraken worden gemaakt voor dure geneesmiddelen en dat zorgaanbieders aantoonbaar scherp moeten inkopen en de afspraken over doelmatig voorschrijven en gepast gebruik moeten naleven.

De NZa deelt deze zorgen van zorgverzekeraars en vraagt zich daarbij af of zorgverzekeraars over voldoende informatie kunnen beschikken om deze afspraken te kunnen controleren en nacalculatie in gevallen ook niet toe te staan. In aanvulling daarop vindt de NZa het zorgwekkend dat een zorgverzekeraar het risico op negatieve pers noemt als drijfveer om nacalculatieafspraken te maken.

Aanbevelingen

Wij zien significante risico's ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars hebben een uitdagende taak om geneesmiddelen én de medisch-specialistische zorg als geheel betaalbaar, maar óók toegankelijk te houden, vanaf het moment dat een geneesmiddel het verzekerde pakket instroomt. De driehoek tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie bij de inkoop van geneesmiddelen is in het huidige systeem een gegeven. Daarbij vermoeden wij dat de belangen niet met elkaar in evenwicht zijn.

Naar aanleiding van deze bevindingen gaat de NZa het volgende doen:

- Wij gaan in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de risico's van de verschuiving naar meer nacalculatieafspraken. Wat zijn de financiële gevolgen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars van deze verschuiving en wat betekent het voor de zorgplicht van zorgverzekeraars in relatie tot de kostenstijging van de dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg, rekening houdend met de financiële ruimte binnen het budgettair kader medisch-specialistische zorg. Op de agenda staat ook de

ontwikkeling op het gebied van selectieve inkoop en de transparantie en communicatie daarover door zorgaanbieders en zorgverzekeraars richting de patiënt.

- Wij gaan na of de huidige NZa tarief- en prestatieregulering van add-ongeneesmiddelen optimaal is vanuit het perspectief van de burger. Hierbij kan worden gedacht aan het verbinden van aanvullende voorwaarden aan het vaststellen van een add-on prestatie of het doorhalen van add-on prestaties van geneesmiddelen die niet (meer) duur zijn, waardoor deze weer worden bekostigd als onderdeel van een dbc-zorgproduct.
- Wij delen de bevindingen over de invloed van de farmaceutische industrie op zorgaanbieders en zorgverzekeraars met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).
- De NZa gaat onderzoeken of deze markt beter ingericht kan worden. Wij vragen ons af of zorgverzekeraars hun rol in de driehoeksrelatie met zorgaanbieders en de farmaceutische industrie, op de korte en lange termijn voldoende kunnen uitoefenen. Hierbij zijn aspecten als prijstransparantie en de verhouding van marktmacht tussen zorgaanbieders, verzekeraars en de farmaceutische industrie relevant. Daarnaast kan de lokale markt niet los worden gezien van het (inter)nationale stelsel en zullen wij in aanvulling op het NZa rapport Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg uit juli 2015 onderzoeken of stelsels uit andere landen voordelen kunnen bieden ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelenzorg in Nederland.

De NZa gaat hierover in gesprek met onder meer zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het ministerie van VWS. De maatregelen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders op lokaal niveau nemen kunnen niet los worden gezien van de maatregelen die het ministerie van VWS heeft aangekondigd op nationaal en internationaal niveau, zoals regelgeving rondom patentbescherming, de financiering van onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen en het meer gesloten maken van het aanspraakstelsel.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

1.2 Opdracht

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in een hoofdlijnenakkoord afgesproken dat voor de medisch-specialistische zorg macro een maximale volumegroei beschikbaar is van 0,8% in 2019, 0,6% in 2020, 0,3% in 2021 en 0,0% in 2022. De afgesproken groeipercentages zijn zo beperkt, omdat partijen een beweging op gang willen brengen naar zorg op de juiste plek, waarbij er minder zorg in het ziekenhuis wordt geleverd. Uit voorgaande monitors bleek dat het aandeel van de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg is gestegen van 6,8% naar 8,2%. Dat betekent dat de groeiimte voor een groot deel opgesoupeerd wordt door de uitgaven aan dure geneesmiddelen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) concludeerde in 2015 dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen onder druk staat en deed een aantal aanbevelingen.

De minister van VWS heeft met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg afspraken gemaakt over een integraal pakket aan maatregelen om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen. Eén van deze maatregelen is dat de NZa twee maal per jaar, vanaf 2018 een maal per jaar, een monitor oplevert over geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg.

De monitor die nu voor u ligt, is de vijfde in de reeks. Het heeft betrekking op de onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de inkoop van geneesmiddelen bij fabrikanten,

de uitgaven, betaalbaarheid en de mate van toegankelijkheid voor patiënten en verzekerden tot geneesmiddelen op dit moment.

1.2 Opdracht

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

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

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

Deze monitor omvat een kwantitatieve analyse van de uitgaven aan geneesmiddelen (2012-2016) en een kwalitatieve analyse van de contractering, inkoop en toegankelijkheid van add-on geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (2018).

2. Cijfers

- 2.1 Totale uitgaven en aandeel geneesmiddelen**
- 2.2 Oorzaken uitgavenstijging**
- 2.3 Uitgaven per geneesmiddelgroep**
- 2.4 Uitgaven geneesmiddelen per patiëntengroep**
- 2.5 Uitgaven per geneesmiddel**
- 2.6 Conclusies**

2 Cijfers

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

Met uitgaven bedoelen we de bedragen die door zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg bij verzekeraars zijn gedeclareerd. In de bijlage staat uitgebreid beschreven hoe met verschillende bronnen is omgegaan en hoe de verschillende tabellen tot stand komen.

2.1 Totale uitgaven en aandeel geneesmiddelen

Ten opzichte van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg spelen de uitgaven aan geneesmiddelen een steeds grotere rol. Tussen 2012 en 2016 stijgt dit aandeel van 6,8% naar 8,2%. Omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen sneller stijgen dan de overige zorg zal dit aandeel naar alle waarschijnlijkheid verder gaan toenemen.

Tabel 1. Aandeel dure geneesmiddelen in totale uitgaven medisch-specialistische zorg x miljoen euro

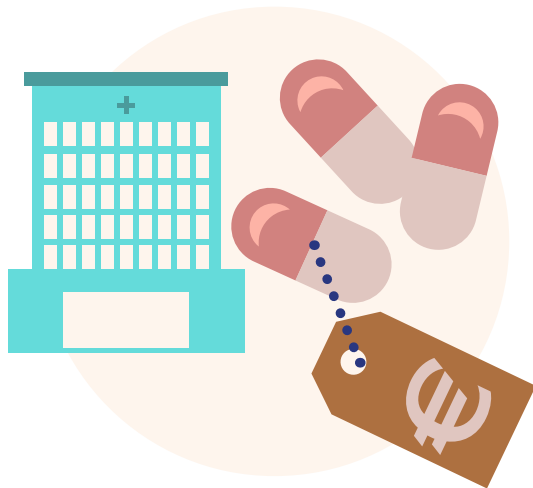
	2012	2013	2014	2015	2016
Totale uitgaven dure geneesmiddelen (inclusief extramurale uitgaven)	1.478	1.597	1.726	1.838	1.963
Nog te betalen/verrekenen	-74	-16	-41	-41	-56
Na verrekening	1.404	1.581	1.684	1.797	1.907
Totale uitgaven medisch-specialistische zorg	20.751	22.112	22.290	22.501	23.157
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen	6,8%	7,1%	7,6%	8,0%	8,2%
Toename uitgaven dure geneesmiddelen, na verrekening		12,6%	6,6%	6,7%	6,1%

Bron: Vektis, GIP-data. De msz-uitgaven 2015 zijn gecorrigeerd voor de zogenoemde schadelastdip. Zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en methoden.

Tabel 2. Uitgaven dure geneesmiddelen 2017 x miljoen euro (voorlopige cijfers)

	2017
Totale uitgaven dure geneesmiddelen (inclusief extramurale uitgaven)	1.998
Nog te betalen/verrekenen	80
Na verrekening	2.078
Totale uitgaven medisch-specialistische zorg	23.498
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen	8,8%
Toename uitgaven	9%

Bron: Vektis, GIP-data



De uitgaven aan dure geneesmiddelen over 2017 zijn nog niet volledig. Tot nu toe zijn er 21 kasmaanden verwerkt, in deze 21 kasmaanden is voor € 1.998 miljoen aan uitgaven dure geneesmiddelen opgenomen.

Per 2017 is de regelgeving met betrekking tot het registreren en declareren van dure geneesmiddelen ingrijpend gewijzigd. Daardoor geeft Vektis aan nog geen goede inschatting te kunnen maken van de volledigheid van de gegevens over 2017. Het bedrag in 2017 'na verrekening' is gebaseerd op het bedrag dat in de meest recente staten van de zorgverzekeraars is verantwoord.

De verzekeraars verwachten over 2017 dus € 2.078 miljoen euro uit te geven aan dure geneesmiddelen. Uitgaande van de verwachting van de verzekeraars, komt de groei over 2017 uit op 9%. De totale uitgaven medisch-specialistische zorg zijn gecorrigeerd op basis van de verwachting van Vektis dat over 2017 ongeveer 98% volledig is. Uitgaande van deze voorlopige cijfers, komt het aandeel uitgaven dure geneesmiddelen in de totale medisch-specialistische zorg in 2017 uit op 8,8%.

Resultaat financiële arrangementen VWS

De minister van VWS is eind 2012 gestart met het afsluiten van financiële arrangementen bij de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen. De minister beoogt hiermee de prijs en uitgaven aan bepaalde dure geneesmiddelen tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen en deze zorg op financieel verantwoorde wijze in het basispakket beschikbaar te stellen voor patiënten. De minister heeft in 2018 bekend gemaakt wat de gerealiseerde uitgavenverlaging was als gevolg van de financiële arrangementen over de jaren 2015, 2016 en 2017 (deel gebaseerd op voorlopige gegevens).

De totale gerealiseerde uitgavenverlaging (intra- en extramuraal) in 2015, als gevolg van financiële arrangementen, bedroeg € 66,7 miljoen. Het onderscheid naar extra- en intramurale besparingen maakte VWS niet bekend vanwege de vertrouwelijkheid van deze afspraken. Hierdoor is het niet mogelijk in dit rapport inzichtelijk te maken in welke mate de uitgaven over het jaar 2015 feitelijk lager zijn dan in deze monitor wordt gerapporteerd.

Over het jaar 2016 waren er negentien financiële arrangementen actief, waarvan vijf met betrekking tot intramurale geneesmiddelen. In totaal heeft het ministerie een besparing op de uitgaven van € 107,3 miljoen gerealiseerd, waarvan € 25,1 miljoen betrekking heeft op intramurale geneesmiddelen. In 2017 waren er vijftwintig financiële arrangementen actief, waarvan acht voor intramurale geneesmiddelen. De totale besparing op de uitgaven over 2017 bedraagt € 132 miljoen, waarvan € 71 miljoen betrekking heeft op de intramurale geneesmiddelen.

De gerealiseerde verlaging van de uitgaven worden berekend op basis van de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars gedeclareerde volumes en de door de leverancier ingediende vraagprijs (apotheek inkoop prijs), zonder prijsverlaging of korting. Omdat de criteria voor financiële arrangementen openbaar zijn, kunnen leveranciers de vraagprijs met het oog op deze arrangementen strategisch bepalen.

In de bijlage bij de [kamerbrief over de voortgang van de financiële arrangementen voor geneesmiddelen](#), is een overzicht opgenomen van lopende financiële arrangementen en (aangekondigde) sluisprocedures.

Gemiddeld stegen de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen de afgelopen jaren met 8,2% per jaar. Dit is inclusief extramurale uitgaven van de overgehevelde geneesmiddelen, na verrekening en inclusief de verwachte groei over 2017. De groei fluctueert en hangt samen met de introductie van nieuwe geneesmiddelen en de groei van het aantal patiënten.

Tussen 2015 en 2016 steeg het gedeclareerd bedrag aan dure geneesmiddelen van € 1,797 miljard naar €1,907 miljard. Dit is een stijging van 6,1%. Over het jaar 2017 is tot en met september 2018 € 1,998 miljard aan dure geneesmiddelen gedeclareerd bij zorgverzekeraars. De totale stijging over 2017 is nog onzeker, maar de verzekeraars verwachten op € 2,078 miljard uit te komen. Dit zou een groei van 9% zou betekenen.

2.2 Oorzaken uitgavenstijging

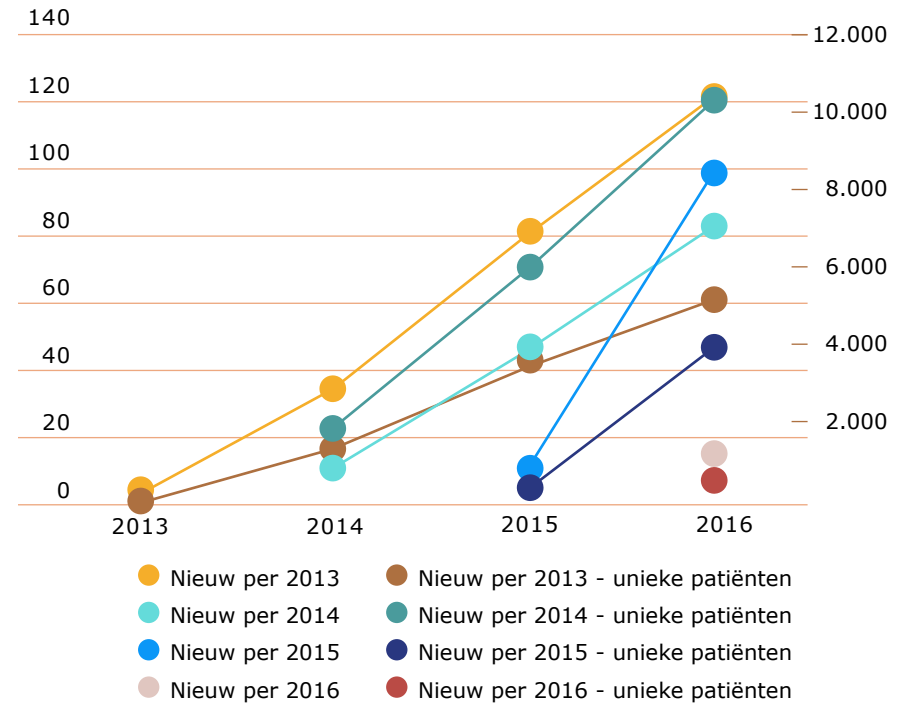
De uitgavengroei verschilt tussen groepen geneesmiddelen. In eerdere rapportages constateerden we dat de uitgaven aan geneesmiddelen die overgeheveld zijn vanuit het extramurale naar het intramurale kader, relatief stabiel zijn over de jaren heen. Dit geldt ook voor de uitgaven aan dure geneesmiddelen die al onder het beleid tot 2012 vielen en geneesmiddelen die nieuw geïntroduceerd zijn in het jaar 2012.

De stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen wordt met name veroorzaakt door de introductie van nieuwe medicijnen in de opvolgende jaren.

In onderstaande figuur is een onderverdeling gemaakt naar het moment dat een geneesmiddel (stofnaam) nieuw op de markt kwam en als add-ongeneesmiddel of OZP-stollingsfactor werd gedeclareerd. Hierbij wordt gekeken naar totale uitgaven en het aantal unieke patiënten. Als een patiënt in één jaar meerdere

geneesmiddelen krijgt, dan wordt hij maar één keer geteld. Bij de indeling is geen rekening gehouden met nieuwe toedieningsvormen van bestaande stofnamen en indicatie uitbreidingen van bestaande toedieningsvormen. Nieuwe prestaties van een bestaande stofnaam krijgen dezelfde indeling. In de bijlage is opgenomen in welke categorieën de afzonderlijke stofnamen zijn ingedeeld.

Figuur 1. Uitgaven (x miljoen euro) en aantal unieke patiënten nieuwe geneesmiddelen



Bron: Vektis

De groei van de uitgaven aan geneesmiddelen die nieuw op de markt kwamen in de periode 2013-2016 is hoog. Hoofdzakelijk gaat het hier om nieuw geïntroduceerde oncolytica en stollingsfactoren.

De figuur laat ook de ontwikkeling zien van het aantal unieke patiënten wat deze geneesmiddelen gebruikt. Behalve voor de 'nieuw per 2014' geneesmiddelen, stijgt het aantal unieke patiënten voor elk 'nieuw per [jaartal]' label minder hard dan de uitgaven. Behalve voor de 'nieuw per 2014' geneesmiddelen stijgen dus ook de kosten per patiënt per jaar van deze geneesmiddelen.

2.3 Uitgaven per geneesmiddelgroep

Naast de sterke uitgavengroei van nieuw geïntroduceerde medicijnen, is het ook interessant om te kijken hoe de uitgavengroei per geneesmiddelgroep zich heeft ontwikkeld.

In de tabel hieronder is inzichtelijk gemaakt hoe de uitgaven en het aantal unieke patiënten tussen 2014-2016 zich hebben ontwikkeld, uitgesplitst naar de verschillende geneesmiddelgroepen die de NZa hanteert en naar verschillende effecten.

We hebben hier gekeken naar het prijs- en volume effect op geneesmiddeltype niveau op basis van de Vektis declaratiedata. Het prijseffect kwantificeert welk deel van de totale groei op geneesmiddeltype niveau toe te schrijven is aan prijsstijgingen of prijsdalingen.

Omdat het hier gaat om de gewogen gemiddelde prijs op geneesmiddeltype niveau houdt dit effect dus rekening met prijsstijgingen door de introductie van nieuwe geneesmiddelen en prijsdalingen doordat 'oude' geneesmiddelen voor een lagere prijs worden gecontracteerd. Het volume effect is berekend op basis van het totaal aantal gedeclareerde prestaties.

Voor de analyse van 2014-2015 is de overheveling 2015 uit de analyse gehaald, omdat dit een sterk eenmalig effect heeft. Voor meer toelichting hierover, zie de bijlage Bronnen en methoden.

Tabel 3. Verschil in uitgaven dure geneesmiddelen msz 2014 en 2015 naar groep geneesmiddelen (incl. extramurale uitgaven) x 1.000 euro

Geneesmiddel groep	Aantal unieke patiënten 2014	Totale uitgaven 2014	Prijs-effect	Prijs-effect %	Volume effect	Volume effect %	Verandering Extramurale uitgaven	Overgeheveld per 2015	Totale uitgaven 2015	Aantal unieke patiënten 2015	Groei aantal unieke patiënten
Antimycotica	2.350	14.557	1.304	9%	-295	-2%	-	-	15.566	2.433	4%
Astma	1.001	14.408	-122	-1%	3.499	24%	-	-	17.785	1.363	36%
Botulinetoxine	9.343	6.098	227	4%	-1.052	-17%	-	-	5.273	9.727	4%
Fertiliteitshormonen	19.009	21.675	873	4%	-553	-3%	-17	-	21.978	19.188	1%
Groeihormonen	5.198	43.500	-777	-2%	-1.391	-3%	-1	-	41.331	5.153	-1%
Immunoglobuline	3.339	47.555	-3.061	-6%	-2.265	-5%	-	-	42.229	3.155	-6%
MS middelen	928	17.295	1.513	9%	-792	-5%	-	-	18.016	918	-1%
Oncolytica	48.824	649.589	34.968	5%	27.787	4%	-18.953	40.068	733.459	78.906	
Oogziekten	4.928	21.956	6.756	31%	7.641	35%	-	-	36.353	8.441	71%
Overig	5.214	33.773	-16.064	-48%	30.920	92%	-1.181	1.506	48.954	5.725	
Overig anti-reumatica	3.957	51.297	11.624	23%	-1.591	-3%	-	-	61.329	4.746	20%
Stofwisselingsziekten	239	88.172	430	0%	5.182	6%	-	-	93.784	254	6%
Stollingsfactoren	2.148	135.680	-1.052	-1%	-3.838	-3%	-	-	130.789	1.751	-18%
TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	44.716	579.621	-32.795	-6%	23.760	4%	-	-	570.586	46.893	5%
Totaal	151.194	1.725.176	3.825	0%	87.010	5%	-20.153	41.574	1.837.431	188.653	

Bron: Vektis, GIP-data. Totale uitgaven 2015 = totale uitgaven 2014, + prijseffect, + volume-effect + verandering extramurale uitgaven: + overheveling per 2015. Voor meer informatie, zie bijlage Bronnen en Methoden.

Tabel 4. Verschil in uitgaven dure geneesmiddelen msz 2015-2016 naar groep geneesmiddelen (incl. extramurale uitgaven) x 1.000 euro

Geneesmiddel groep	Aantal unieke patiënten 2015	Totale uitgaven 2015	Prijs-effect	Prijs-effect %	Volume effect	Volume effect %	Extra-murale groei	Totale uitgaven 2016	Aantal unieke patiënten 2016	Groei aantal unieke patiënten
Antimycotica	2.433	15.566	2.003	13%	140	1%	-	17.708	2.620	8%
Astma	1.363	17.785	1.179	7%	4.510	25%	-	23.473	1.998	47%
Botulinetoxine	9.727	5.273	-785	-15%	2.296	44%	-	6.784	10.605	9%
Fertiliteitshormonen	19.188	21.978	-2.413	-11%	572	3%	-	20.137	19.616	2%
Groeihormonen	5.153	41.331	-3.671	-9%	-603	-1%	-	37.057	5.176	0%
Immunoglobuline	3.155	42.229	-3.028	-7%	3.405	8%	-	42.606	3.417	8%
MS middelen	918	18.016	2.264	13%	1.144	6%	-	21.424	1.020	11%
Oncolytica	78.906	733.459	93.915	13%	10.093	1%	-824	836.642	80.602	2%
Oogziekten	8.441	36.353	11.280	31%	9.452	26%	-	57.085	11.824	40%
Overig	5.725	48.954	-10.594	-22%	23.668	48%	-	62.027	7.003	22%
Overig anti-reumatica	4.746	61.329	3.301	5%	-3.231	-5%	-	61.399	5.505	16%
Stofwisselingsziekten	254	93.784	-3.078	-3%	3.314	4%	-	94.020	258	2%
Stollingsfactoren	1.751	130.789	2.361	2%	1.572	1%	-	134.722	1.671	-5%
TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	46.893	570.586	-52.925	-9%	29.981	5%	-	547.642	49.439	5%
Totaal	188.653	1.837.431	39.809	2%	86.313	5%	-824	1.962.728	200.754	

Bronnen: Vektis, GIP-data

De tabellen laten duidelijk zien dat met name de oncolytica (geneesmiddelen tegen kanker) en TNF-alfaremmers (anti-reumatica) een groot aandeel hebben in de totale uitgaven. De uitgaven aan oncolytica stijgen daarnaast ook sterker dan het totaal.

Los van de verandering aan extramurale uitgaven en de overheveling in 2015, stijgen de uitgaven aan oncolytica met ongeveer € 63 miljoen, circa 69% van de totale groei tussen 2014-2015. Tussen 2015-2016 stijgen de uitgaven aan oncolytica in totaal met ongeveer € 104 miljoen. De stijgende uitgavengroei aan oncolytica wordt in toenemende mate veroorzaakt door het prijseffect, in 2014-2015 wordt ongeveer 56% van de groei aan oncolytica veroorzaakt door het prijseffect en tussen 2015-2016 is dat 91%. Dit wordt met name veroorzaakt door de introductie van nieuwe relatief dure geneesmiddelen in deze groep (zie ook paragraaf 'Oorzaken uitgavenstijgingen'. De overheveling per 2015 zorgt daarnaast ook voor een sterke toename van het aantal unieke patiënten. In deze monitor hebben we niet het effect van combinaties van geneesmiddelen per patiënt in kaart gebracht, maar bekend is dat dat in toenemende mate gebeurt.

De groep TNF-alfaremmers (anti-reumatica), de op een na grootste groep, laat ook een interessante ontwikkeling zien. Daar nemen de totale uitgaven af tussen zowel 2014-2015 als 2015-2016. Het positieve volume effect laat zien dat het gebruik van TNF-alfaremmers elk jaar nog steeds toeneemt. Het aantal unieke patiënten in deze groep stijgt ook jaarlijks. Echter wordt dit effect teniet gedaan door het grotere negatieve prijseffect. Oftewel de prijsdalingen compenseren het toenemende gebruik, waardoor in totaal de uitgaven aan TNF-alfaremmers dalen.

In het algemeen worden de stijgende uitgaven vooral veroorzaakt door het volume-effect. Dit is ook terug te zien in de stijging van het aantal unieke patiënten. Voor bijna elke groep geneesmiddelen geldt dat het aantal unieke patiënten elk jaar stijgt.

Tussen 2014-2015 is de totale groei, los van de verandering extramurale uitgaven en de overheveling, voor ongeveer 96% toe te schrijven aan het volume-effect. Tussen 2015-2016 is dat ongeveer 68%. Daaronder zitten echter veel verschillende effecten binnen de verschillende groepen geneesmiddelen. De sterke prijsstijgingen bij de oncolytica geneesmiddelen worden grotendeels teniet gedaan door prijsdalingen bij andere groepen geneesmiddelen.

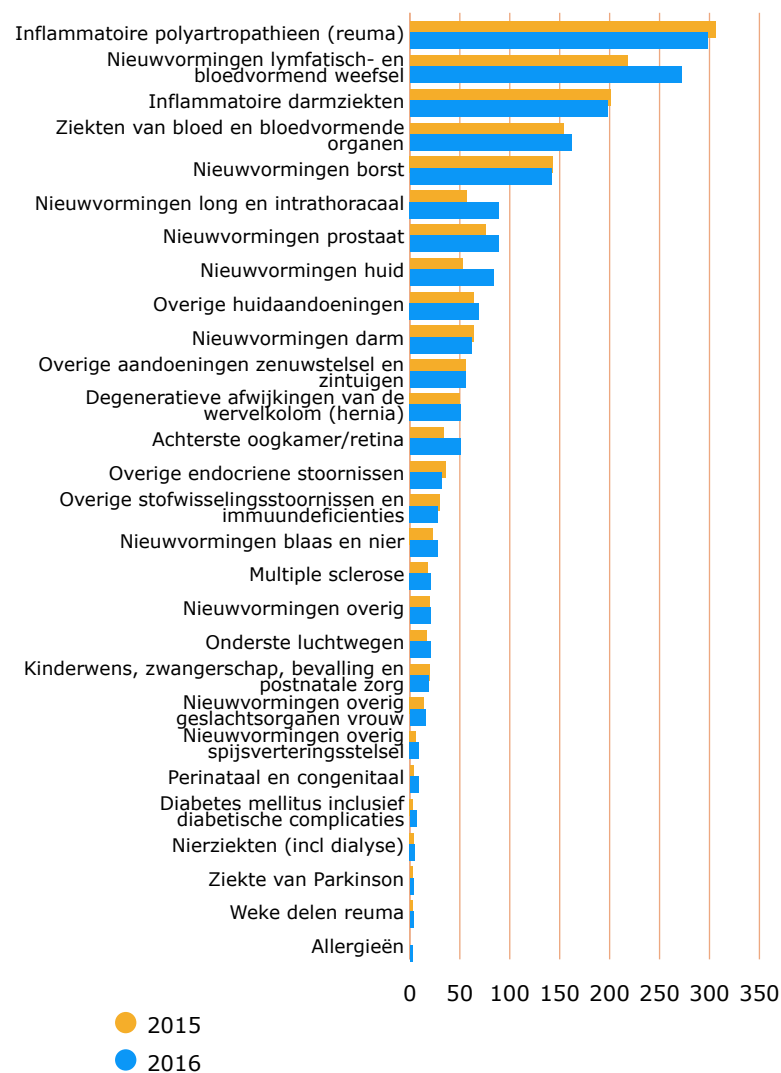
2.4 Uitgaven geneesmiddelen per patiëntengroep

Onderstaande figuren geven inzicht in de zorgvragen van ziekenhuispatiënten die een add-ongeneesmiddel hebben gebruikt. Een add-ongeneesmiddel wordt samen met een ziekenhuistraject (dbc) in rekening gebracht. Wanneer een patiënt in één zorgtraject meerdere diagnoses krijgt, wordt in deze analyse de best passende [gekozen](#).

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

Onderstaand figuur geeft de verdeling van uitgaven over de patiëntengroepen weer geordend naar uitgaven. Het uitgavenpatroon per patiëntengroep in 2016 laat een vergelijkbaar patroon zien als in 2015. De top 5 van patiëntgroepen met de meeste uitgaven is onveranderd ten opzichte van 2015. Een paar patiëntgroepen zijn een paar plaatsten gestegen (Nieuwvormingen long en intrathoracaal en Nieuwvormingen huid) terwijl Nieuwvormingen darm een paar plaatsen is gezakt.

Figuur 2. Uitgaven dure geneesmiddelen 2016 naar zorgvraag



Bron: Vektis (Peildatum: augustus 2018)

Aantal patiënten en uitgaven per patiënt

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

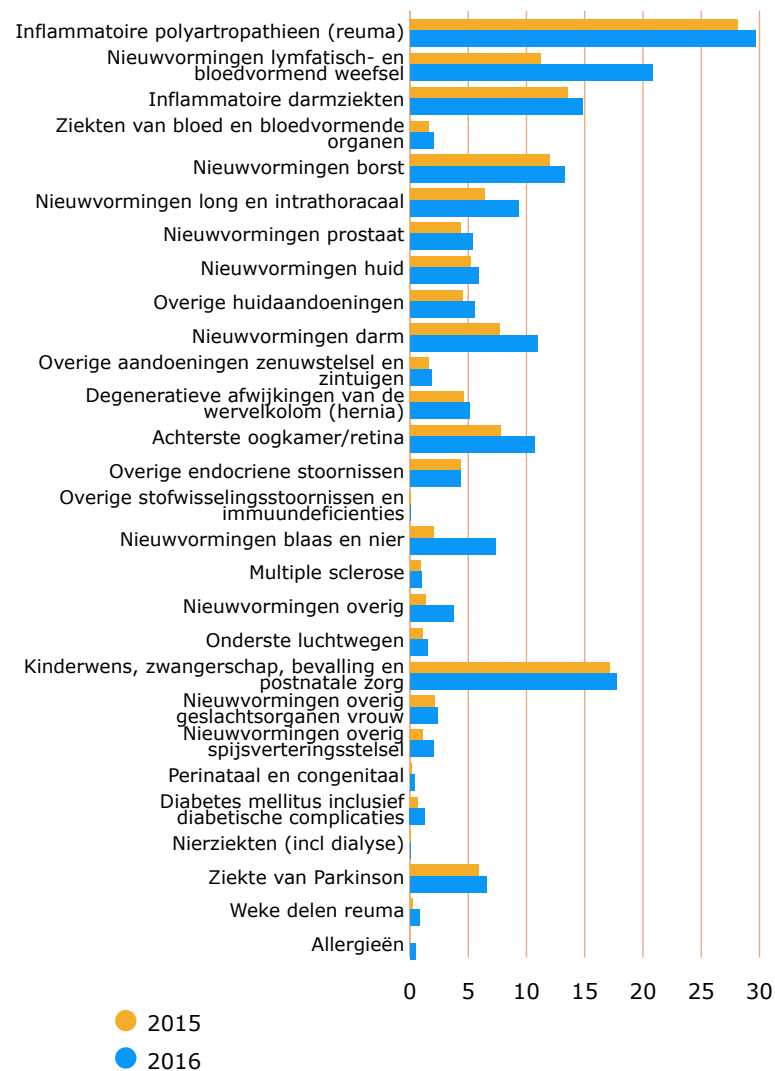
Het aantal patiënten dat add-on geneesmiddelen gebruikt, is de belangrijkste verklarende factor in de uitgaven. Er zijn een paar uitzonderingen. Figuur 4 laat bijvoorbeeld zien dat de uitgaven per patiënt met name erg hoog zijn bij stofwisselingsstoornissen en ziekten van bloed en bloedvormende organen (waaronder stollingsstoornissen), terwijl de uitgaven per patiënt relatief laag zijn bij Kinderwens en Geboorte en de ziekte van Parkinson. Dit is goed te zien aan de afwijkende lengte van de staven als we Figuur 3 en 4 met elkaar vergelijken.

Onderstaande figuur geeft de verdeling van het aantal patiënten over de patiëntengroepen weer, geordend naar uitgaven in 2016. Ook hier is het algemene beeld vergelijkbaar met dat van 2015.

Figuur 5 laat de verschillen in uitgaven per patiënt tussen de patiëntengroepen zien. Ook hier is dezelfde volgorde van de patiëntengroepen aangehouden als in Figuur 2, namelijk geordend naar uitgaven in 2016.

Over het algemeen zijn de uitgaven per patiënt vergelijkbaar met die van 2015, alleen zijn de kosten voor nierziekten (inclusief dialyse) flink gedaald ten opzichte van 2015.

Figuur 3. Aantal patiënten in 2016 per patiëntengroep (x 1.000)



Bron: Vektis (Peildatum: augustus 2018)

Figuur 4. Uitgaven aan add-on geneesmiddelen per patiënt in 2016 per patiëntengroep (x 1.000 euro)



Bron: Vektis (Peildatum: augustus 2018)

2.5 Uitgaven per geneesmiddel

In onderstaande tabellen is een ranking gegeven van de uitgaven aan dure geneesmiddelen per werkzame stof en per werkzame stof per patiënt over het jaar 2016. Drie nieuwkomers in de top 25 zijn de oncolytica nivolumab en pembrolizumab die worden gebruikt door patiënten met huidkanker en longkanker en pertuzumab door patiënten met borstkanker.

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

Rang 2016 (2015)	Werkzame stof	Geneesmiddelgroep	Totale uitgaven x €1.000
1 (1)	Adalimumab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	215.972
2 (3)	Etanercept	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	142.976
3 (2)	Infliximab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	139.583
4 (4)	Trastuzumab	Oncolytica	77.352
5 (8)	Lenalidomide	Oncolytica	64.631
6 (5)	Rituximab	Oncolytica	62.484
7 (7)	Bevacizumab	Oncolytica	57.785
8 (6)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	55.986
9 (15)	Enzalutamide	Oncolytica	52.167
10 (9)	Immunoglobuline i.v.	Immunoglobuline	42.606
11 (81)	Nivolumab	Oncolytica	42.002
12 (24)	Aflibercept	Oogziekten	40.228
13 (11)	Advate	Stollingsfactoren	38.136
14 (10)	Somatropine	Groeihormonen	36.995
15 (12)	Imatinib	Oncolytica	36.984
16 (16)	Eculizumab	Overig	35.336
17 (14)	Ustekinumab	Overig TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	32.579
18 (13)	Pemetrexed	Oncolytica	32.059
19 (78)	Pembrolizumab	Oncolytica	28.990
20 (17)	Bortezomib	Oncolytica	26.614
21 (19)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	26.003
22 (21)	Tocilizumab	Overig TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	24.507
23 (35)	Pertuzumab	Oncolytica	24.054
24 (22)	Golimumab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	23.314
25 (23)	Everolimus	Oncolytica	22.692

Bronnen: Vektis, GIP-data

Tabel 6. Top 25 geneesmiddelen uitgaven per patiënt over 2016

Ranking 2016 (2015)	Werkzame stof	Groep	Totale uitgaven x €1.000
1 (3)	Galsulfase	Stofwisselingsziekten	600
2 (1)	Idursulfase	Stofwisselingsziekten	594
3 (2)	Ceprotrin	Stollingsfactoren	544
4 (4)	Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	451
5 (6)	Laronidase	Stofwisselingsziekten	351
6 (5)	Eculizumab	Overig	294
7 (8)	Feiba	Stollingsfactoren	242
8 (7)	Agalsidase alfa	Stofwisselingsziekten	180
9 (12)	Mononine	Stollingsfactoren	169
10 (128)	Mabthera	Stollingsfactoren	168
11 (10)	Agalsidase beta	Stofwisselingsziekten	165
12 (9)	Elosulfase alfa	Stofwisselingsziekten	149
13 (15)	Ivacaftor	Overig	132
14 (11)	Immunine	Stollingsfactoren	130
15 (22)	Novoseven	Stollingsfactoren	114
16 (17)	Benefix	Stollingsfactoren	110
17 (16)	Kogenate Bayer	Stollingsfactoren	109
18 (14)	Aafact	Stollingsfactoren	105
19 (13)	Nonafact	Stollingsfactoren	101
20 (19)	ReFacto AF	Stollingsfactoren	86
21 (21)	Helixate Nex Gen	Stollingsfactoren	83
22 (18)	Advate	Stollingsfactoren	81
23 (179)	Blinatumomab	Oncolytica	80
24 (20)	NovoEight	Stollingsfactoren	78
25 (25)	Canakinumab	Overig	77

Bronnen: Vektis, GIP-data

In de tabel zijn de geneesmiddelen gesorteerd op basis van de uitgaven per patiënt in het jaar 2016. De top 25 bevat vrijwel alleen stollingsfactoren en geneesmiddelen voor stofwisselingsziekten. Van de 23 duurste geneesmiddelen zijn de gemiddelde uitgaven per patiënt per jaar meer dan € 80.000.

2.6 Conclusies

Ten opzichte van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg spelen de uitgaven aan geneesmiddelen een steeds grotere rol. Tussen 2012 en 2017 stijgt dit aandeel van 6,8% naar verwachting tot 8,8%. Omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen sneller stijgen dan de overige zorg zal dit aandeel naar alle waarschijnlijkheid verder gaan toenemen. Gemiddeld stegen de totale uitgaven aan dure geneesmiddelen (inclusief extramurale uitgaven van de overgehevelde geneesmiddelen, na verrekening en inclusief de verwachte groei over 2017) de afgelopen jaren met 8,2% per jaar. De groei fluctueert en hangt samen met de introductie van nieuwe geneesmiddelen.

Tussen 2016 en 2017 steeg het gedeclareerd bedrag naar aan dure geneesmiddelen naar verwachting van € 1,907 miljard naar €2,078 miljard. Dit is een stijging van 9,0%. Deze stijging wordt met name veroorzaakt door de introductie van nieuwe geneesmiddelen en de groei van het aantal patiënten. In 2013 werd er in totaal € 5,1 miljoen uitgegeven aan in dat jaar nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen. In 2016 werd er in totaal ongeveer € 370 miljoen uitgegeven aan middelen die tussen 2013 en 2016 nieuw geïntroduceerd zijn.



3. Contractering

3.1 Contractafspraken 2018

3.2 Tariefafspraken 2018

3.3 Contracteerproces 2019

3.4 Conclusies

3 Contractering

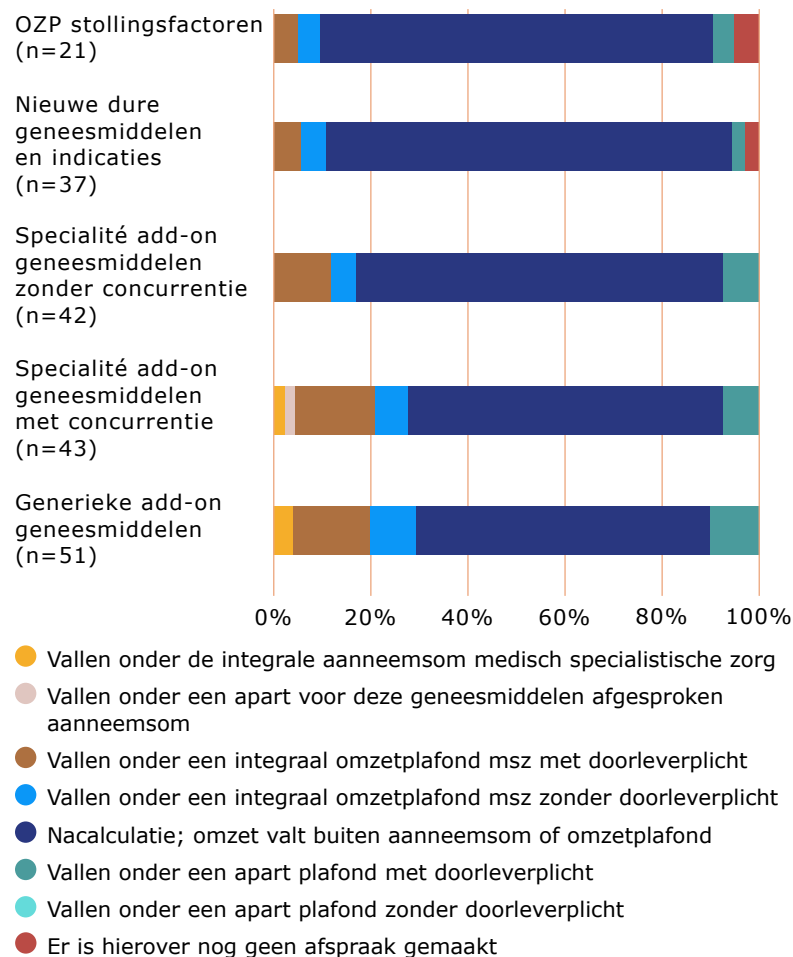
In dit hoofdstuk beschrijven we de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het proces van contracteren.

3.1 Contractafspraken 2018

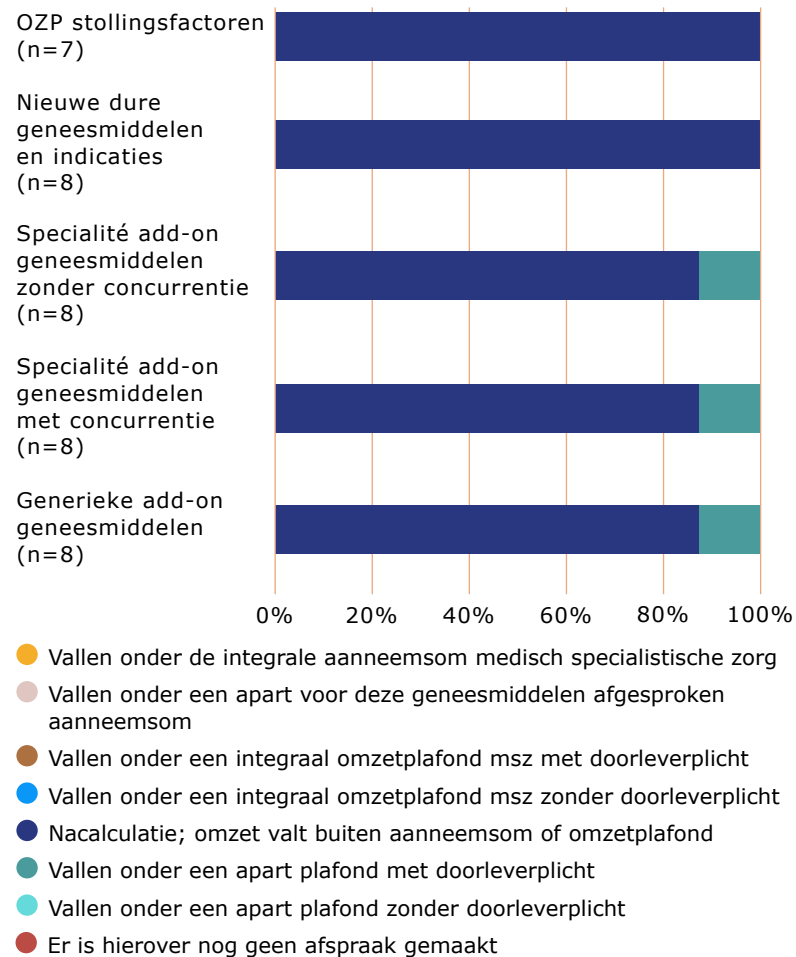
In de volgende figuren is te zien welk type contractafspraken de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen met hun dominante zorgverzekeraars over dure geneesmiddelen hebben gemaakt over het jaar 2018. Het is dan ook geen weergave van alle afgesloten contracten per geneesmiddel, maar een benadering daarvan.

De contractafspraken worden in de regel gemaakt in het voorgaande jaar (in dit geval in 2017). Hierbij zijn afspraken over generieke en specialité add-on geneesmiddelen met en zonder concurrentie, nieuwe (nog te registreren) dure geneesmiddelen en indicaties en OZP-stollingsfactoren apart weergegeven. De aantallen en percentages in de figuren hebben betrekking op het aantal contracten dat is afgesloten tussen de deelnemende ziekenhuizen en hun dominante zorgverzekeraar. Zorgaanbieders die hebben aangegeven de categorie geneesmiddelen in kwestie niet te contracteren met zorgverzekeraars zijn buiten beschouwing gelaten.

Figuur 5. Contractafspraken 2018 algemene ziekenhuizen met dominante zorgverzekeraar



Figuur 6. Contractafspraken 2018 academische ziekenhuizen met dominante zorgverzekeraar



In een (ruime) meerderheid van de contracten, bij zowel de algemene als de academische ziekenhuizen, is, – meer dan in 2017 – afgesproken dat vergoeding van zowel de bestaande dure geneesmiddelen als de dure geneesmiddelen waar ten tijde van de contractafspraken nog een handelsvergunning voor moest worden afgegeven, plaatsvindt op basis van nacalculatie. Bij academische ziekenhuizen gelden deze nacalculatieafspraken dit jaar voor de meeste geneesmiddelen over de verschillende categorieën. Dit kan erop wijzen dat academische ziekenhuizen meer financiële ruimte krijgen om (nieuwe) dure geneesmiddelen in te zetten dan algemene ziekenhuizen, afhankelijk van het geheel aan afspraken over medisch specialistisch zorg.

Algemene ziekenhuizen maken ook de afspraak dat de vergoeding van diverse geneesmiddelen valt onder een integraal omzetplafond met een doorleverplicht, maar dit is een stuk minder dan vorig jaar. Bij academische ziekenhuizen wordt deze afspraak, in tegenstelling tot 2017, voor geen enkel geneesmiddel gemaakt. Ziekenhuizen lijken dus minder financiële risico's te lopen over de geneesmiddelen.

Vergoeding van geneesmiddelen op basis van nacalculatie houdt in dat er over geneesmiddelen apart van de rest van de medisch-specialistische zorg afspraken worden gemaakt. In deze monitor hebben we informatie opgehaald over de betekenis en inhoud van deze nacalculatieafspraken. Bij de meeste academische ziekenhuizen betekent nacalculatie dat de diverse categorieën geneesmiddelen op basis van een afgesproken contractprijs en zonder plafond worden vergoed. Bij de algemene ziekenhuizen

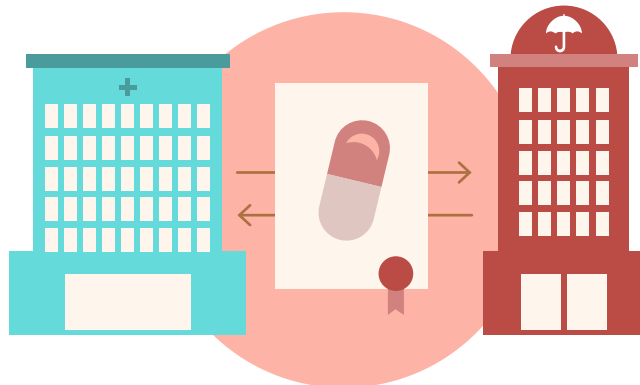
is de meest voorkomende vorm van nacalculatie vergoeding op basis van de netto inkoopkosten, zonder plafond. In een klein aantal gevallen wordt er wel een plafond afgesproken. Het financiële risico voor de geneesmiddelen ligt dus grotendeels aan de kant van de zorgverzekeraars, omdat het volume op deze manier wordt losgelaten.

Naast de voorwaarden ten aanzien van de contractprijs, stellen zorgverzekeraars ook andere voorwaarden aan nacalculatieafspraken. Zo geeft 80% van de ziekenhuizen aan dat zij periodiek moeten rapporteren aan de zorgverzekeraar over de inzet van deze geneesmiddelen. 69% van de ziekenhuizen geeft aan dat ze afspraken hebben gemaakt over gepast gebruik van de geneesmiddelen en 3% van de ziekenhuizen geeft aan dat de zorgverzekeraar geen voorwaarden heeft gesteld. In de enquête is niet aan zorgverzekeraars gevraagd of en in hoeverre zij kunnen sturen op volume via gepast gebruik.

De toename van het aantal nacalculatieafspraken ten opzichte van vorig jaar is in lijn met de afspraken die de branche organisaties van zorgaanbieders (NVZ en NFU) en zorgverzekeraars (ZN) in het najaar van 2018 hebben gemaakt in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg over de jaren

2019-2022. Eén van die afspraken is dat zij gezamenlijk onder andere beogen om nacalculatie van dure geneesmiddelen meer tot norm te maken ten einde op termijn betere, maatschappelijk aanvaardbare uitkomsten in termen van betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te behalen. Om te benadrukken dat dit niet betekent dat zorgaanbieders een recht op nacalculatie hebben of zorgverzekeraars een plicht daartoe, hebben de genoemde partijen in een aanvullende brief aan het ministerie van VWS benadrukt dat nacalculatie op de werkelijke geneesmiddelenkosten alleen plaatsvindt, zodra aantoonbaar is dat de zorgaanbieder een substantiële inspanningsverplichting levert om de uitgaven aan geneesmiddelen te beperken, bestaande uit het aantoonbaar scherp inkopen van geneesmiddelen en het maken van afspraken over doelmatig voorschrijven en implementeren van gepast gebruik.

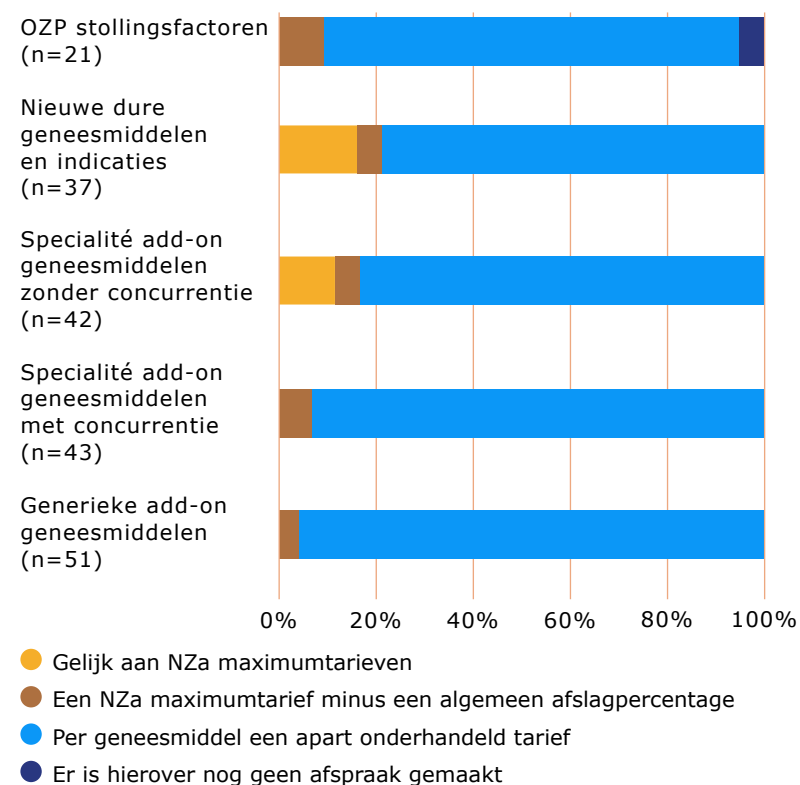
Ten behoeve van de toegankelijkheid van geneesmiddelen vindt de NZa het maken van nacalculatieafspraken een positieve ontwikkeling. Wij vinden het echter opvallend dat de toename van het aantal nacalculatieafspraken niet is beperkt tot de geneesmiddelen waarvan de budget impact relatief hoog en onvoorspelbaar is. Hierdoor wordt het volumerisico mogelijk verder dan nodig verschoven naar de zorgverzekeraar.



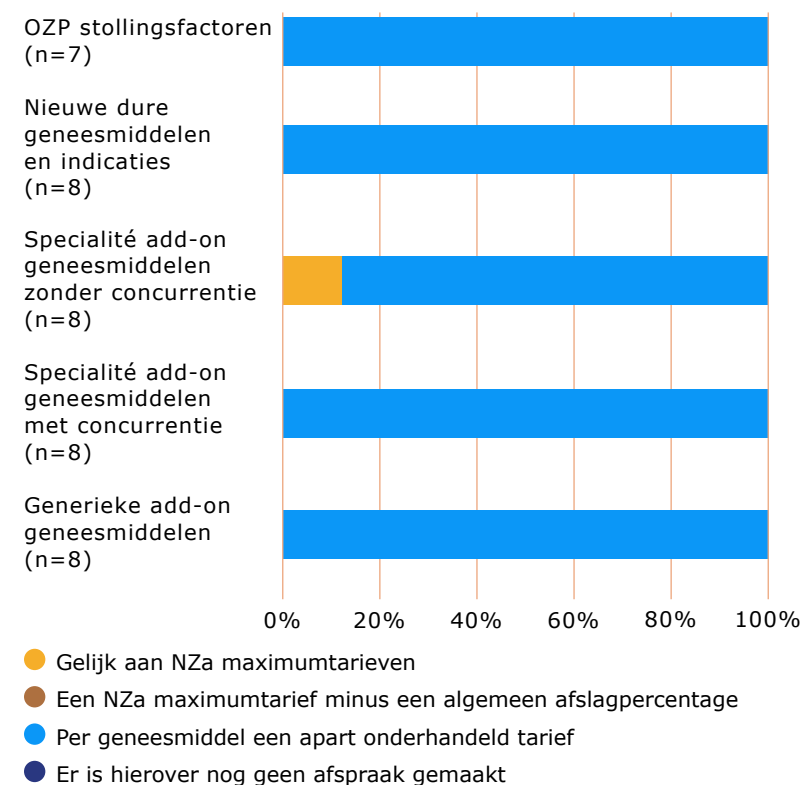
3.2 Tariefafspraken 2018

De volgende twee figuren laten de tariefafspraken zien die in de contracten over 2018 voor de diverse categorieën geneesmiddelen zijn gemaakt door de deelnemende ziekenhuizen met hun dominante zorgverzekeraar.

Figuur 7. Tariefafspraken 2018 algemene ziekenhuizen met dominante zorgverzekeraar



Figuur 8. Tariefafspraken 2018 academische ziekenhuizen met dominante zorgverzekeraar



Bij alle categorieën geneesmiddelen spreken zorgverzekeraars en de ziekenhuizen in de meeste gevallen per geneesmiddelen een apart onderhandeld tarief af. Vergeleken met vorig jaar worden er nu veel minder vaak contractprijzen gelijk aan NZa maximumtarieven afgesproken en vaker onderhandelde tarieven. In de vorige monitor gaven ziekenhuizen aan voor nieuwe dure geneesmiddelen in ongeveer een kwart van de gevallen NZa maximumtarieven af te hebben gesproken terwijl dit jaar geen enkel academisch ziekenhuis dat heeft aangegeven. Algemene ziekenhuizen geven aan dit nog in 16% te hebben gedaan. Er wordt dus meer aandacht besteed aan de tariefonderhandelingen per geneesmiddel. Wat verder opvalt is dat in de vorige monitor, vooral bij de academische ziekenhuizen, in elke categorie er veel situaties waren (tot 31% binnen een categorie) dat er nog géén afspraak was gemaakt terwijl dit jaar maar één algemeen ziekenhuis aangeeft dat dit het geval is, namelijk in de categorie nieuwe geneesmiddelen en indicaties. Waar dit vorig jaar een punt van zorg was, lijkt dit nu veel beter te gaan.

Zoals aangegeven in paragraaf 'Contractafspraken 2018' worden er in toenemende mate nacalculatieafspraken gemaakt. Daarbij wordt afgesproken dat ziekenhuizen de geneesmiddelen al dan niet boven een bepaald plafond volume-vrij mogen declareren tegen een marge-vrije contractprijs (netto inkoopprijs). Ziekenhuizen geven de zorgverzekeraars daarbij geen inzicht in de netto inkooprijzen op geneesmiddelniveau. Verrekening met zorgverzekeraars vindt plaats op clusterniveau van geneesmiddelen en via het ziekenhuis (accountant) of een Trusted Third Party.

3.3 Contracteerproces 2019

In onderstaande alinea's gaan we in op het contracteerproces over het contractjaar 2019.

Knelpunten in de contractering

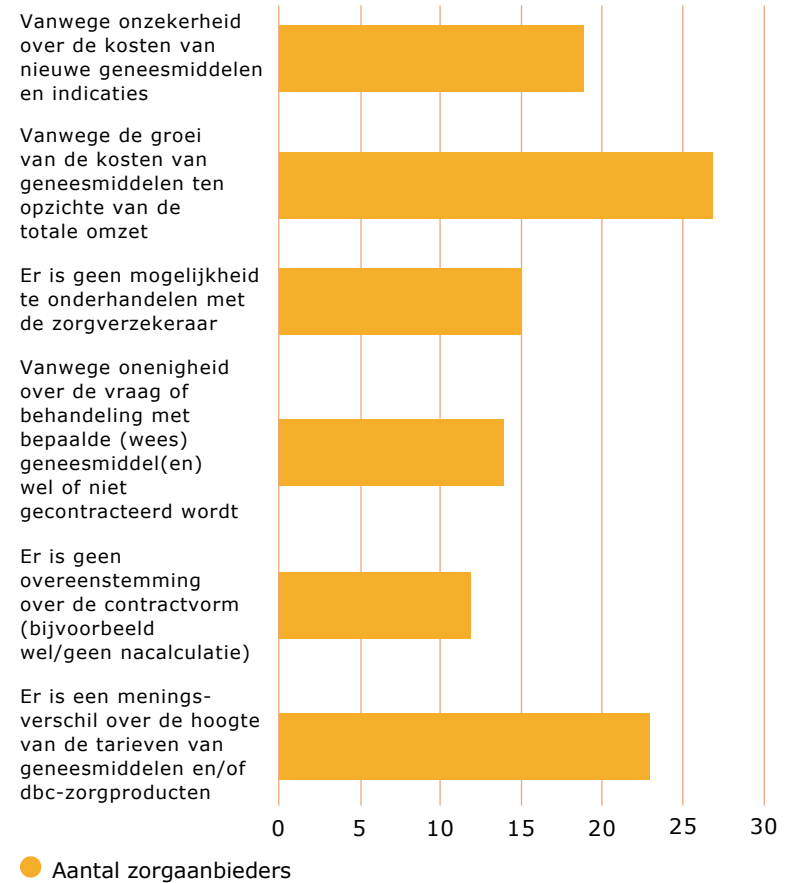
Zorgaanbieders

Wij hebben vragen gesteld over knelpunten in de totstandkoming van de contracten voor het jaar 2019. Uit de interviews bleek dat ten tijde van de vragenlijst de onderhandelingen veelal net waren opgestart. De vragen zijn echter wel beantwoord. Bij 60% van de academische en algemene ziekenhuizen vormden de add-ongeneesmiddelen naar eigen zeggen een knelpunt in de totstandkoming van de contracten voor medisch-specialistische zorg voor 2019. In de vorige twee monitors lag dit percentage respectievelijk op 64% (2018) en 81% (2017). Voor zbc's ligt dit anders; de vier zbc's die de enquête hebben ingevuld geven allen aan dat de add-ongeneesmiddelen een knelpunt vormden in de totstandkoming van de contracten voor 2019.

In de figuur hieronder zijn de verschillende redenen weergegeven die zorgaanbieders noemen voor de knelpunten in de contractering. Zowel academische als algemene ziekenhuizen als zbc's geven als belangrijkste reden hiervoor de groei van de kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet. In de vorige monitors was de groei van de kosten ook de meest genoemde reden voor de knelpunten. Academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zbc's geven als tweede oorzaak een meningsverschil met de zorgverzekeraar over de hoogte van de tarieven. In de vorige monitor was dit ook een veel genoemde reden. Daarbij noemen de academische en de algemene ziekenhuizen de onzekerheid over de kosten van geneesmiddelen en indicaties die ten tijde van de contractonderhandelingen nog niet op de markt beschikbaar waren (nieuwe geneesmiddelen en indicaties). Ook dit werd vorig jaar veel genoemd.

De geïnterviewde zorgaanbieders geven aan in te hebben gezet op nacalculatieafspraken tegen inkoopkosten. Ondanks dat de meeste ziekenhuizen nacalculatieafspraken hebben gemaakt, ervaren dus nog veel ziekenhuizen knelpunten in het contacteerproces, met name over de groei van de kosten van geneesmiddelen, de hoogte van de tarieven en onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties. Een verklaring hiervoor is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar hebben afgesproken dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in 2019 met maximaal 0,8% mogen stijgen, terwijl de uitgaven aan geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg relatief harder stijgen. Ondanks de nacalculatieafspraken voor geneesmiddelen moeten de uitgaven toch binnen de afgesproken maximale uitgavengroei blijven, wat een uitdaging betekent voor het contracteerproces. Het risico op verdringing van overige medisch-specialistische zorg wordt hiermee vergroot. In een interview geeft een ziekenhuis aan dat die uitgavengroei een reden is dat de volumegroei voor overige zorg nihil is en dat er op sommige plekken wachtlijsten ontstaan. De NZa merkt daarbij op dat het onduidelijk is of er een direct verband is tussen de uitgavenstijging van geneesmiddelen en wachtlijsten.

Figuur 9. Achtergrond knelpunten volgens zorgaanbieders (meerdere antwoorden mogelijk)



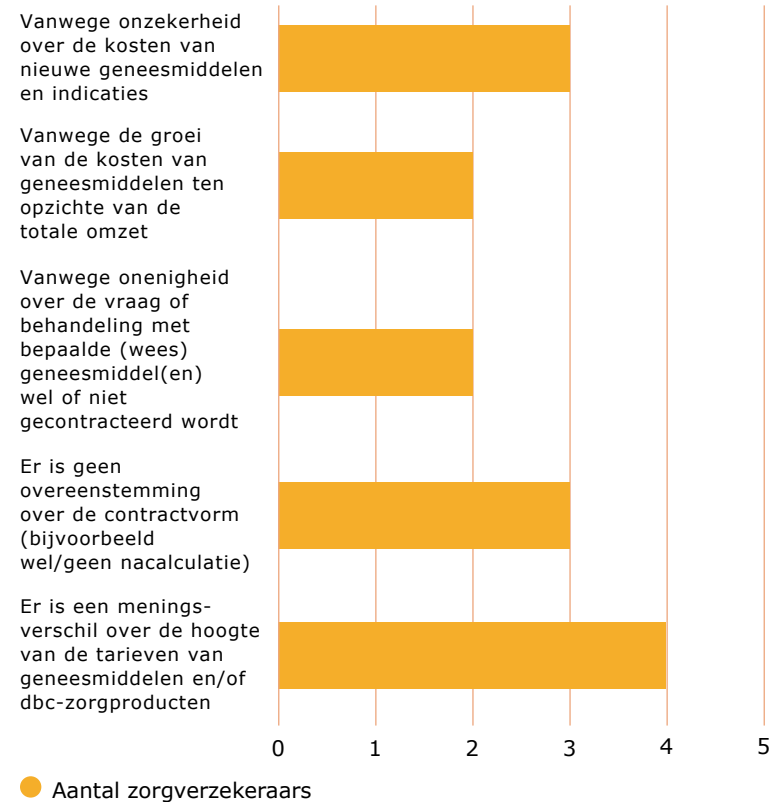
Zorgverzekeraars

Aan zorgverzekeraars hebben wij dezelfde vraag gesteld en de antwoorden zijn vergelijkbaar met die van de zorgaanbieders. Bij drie van de zeven zorgverzekeraars – vergelijkbaar met vorig jaar – vormden de add-ongeneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van de contracten voor het jaar 2019. Alle drie de zorgverzekeraars gaven aan dat de onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties een reden is voor een knelpunt. Geen overeenstemming over de contractvorm (bijvoorbeeld wel of geen nacalculatie) en een meningsverschil over de hoogte van de tarieven werden ook door alle drie de zorgverzekeraars aangevinkt als reden voor een knelpunt.

Aan de drie zorgverzekeraars die knelpunten ondervonden vanwege onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties is gevraagd hoe zij van plan zijn die knelpunten op te lossen. Zij geven daarvoor verschillende mogelijkheden aan. Een zorgverzekeraar geeft aan dat die geneesmiddelen op basis van nacalculatie vergoed moeten worden terwijl een andere zorgverzekeraar juist aangeeft dat andere type afspraken (bijvoorbeeld staffelafspraken tot een bepaald plafond) zouden kunnen helpen zodat het risico verdeeld wordt over beide kanten. Verder wordt nog genoemd: referentieprijzlijsten, prijsaanpassingen, overleg, goede analyses en het bemiddelen van zorgaanbieders naar partijen met wie zij samen betere inkooprijzen kunnen afdwingen.

Als laatste geven ook drie van de zeven zorgverzekeraars aan knelpunten te ondervinden in de totstandkoming van de contracten voor 2019 wat betreft OZP-stollingsfactoren.

Figuur 10. Achtergrond knelpunten volgens zorgverzekeraars (meerdere antwoorden mogelijk)



De hierboven beschreven bevindingen komen overeen met de uitkomsten van een enquête die de NZa heeft uitgezet onder zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het algemene contracteerproces in de medisch-specialistische zorg. Uit de reacties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders komen meerdere knelpunten naar voren, maar een vaak terugkomend knelpunt is dat de groeimogelijkheden beperkt zijn, terwijl de vraag fors stijgt en dat dit komt door bijvoorbeeld de dure geneesmiddelen. Zie ook de [brief](#) aan de Kamer van 13 december 2018.

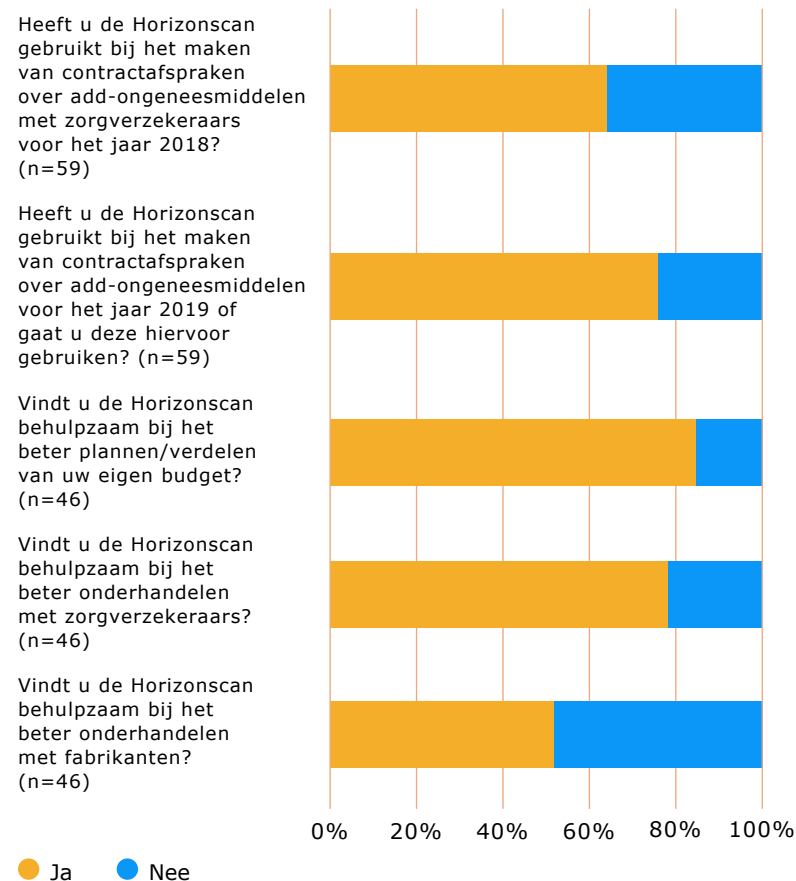
Invloed Horizonscan

Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de [Horizonscan](#). Deze Horizonscan monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten en identificeert (voor zover mogelijk) het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's.

Zorgaanbieders

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

Figuur 11. Gebruik van en oordeel over Horizonscan



Ten opzichte van de vorige monitor maken nu meer zorgaanbieders gebruik van de Horizonscan. Ongeveer 64% van de zorgaanbieders heeft de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken voor add-ongeneesmiddelen voor 2018 (in 2017 was dit 54%) en zelfs 76% van de zorgaanbieders verwacht dit voor de contractering van 2019 te gaan doen. Wel vinden de (toekomstige) gebruikers de Horizonscan minder behulpzaam in de door ons voorgelegde situaties. Bij zowel het beter plannen en verdelen van het eigen budget als bij het onderhandelen met zorgverzekeraars vond het overgrote deel de Horizonscan behulpzaam in de vorige monitor. Nu is dat met ongeveer 25% gedaald. Bij het onderhandelen met fabrikanten vindt minder dan de helft van de gebruikers de Horizonscan behulpzaam. In de vorige monitor was dit nog 67% van de zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars

Evenals in de vorige monitor hebben de meeste zorgverzekeraars, vijf van de zeven, gebruik gemaakt van de Horizonscan bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgaanbieders voor het jaar 2018 en gaan dit instrument ook weer voor het jaar 2019 gebruiken. Een zorgverzekeraar die de Horizonscan dit jaar niet heeft gebruikt, is dit ook niet van plan voor 2019. Alle zorgverzekeraars die de Horizonscan gebruiken vinden deze overigens behulpzaam voor de interne organisatie en voor de onderhandeling met zorgaanbieders.

Afspraken over biosimilars

De meeste zorgverzekeraars, zes van de zeven, hebben met zorgaanbieders afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars in de contractering van geneesmiddelen in de medisch-

specialistische zorg voor het jaar 2018. Zo geven de meeste zorgverzekeraars aan dat ze hebben afgesproken dat de zorgaanbieder biosimilars inzet indien dat doelmatig is. Andere veel voorkomende afspraken gaan over goede communicatie en begeleiding bij het gebruik van/omzetten naar biosimilars en over monitoring van de inzet van deze geneesmiddelen.

Selectieve inkoop

Alle zorgverzekeraars kopen bepaalde geneesmiddelen bij een selectief aantal zorgaanbieders in. Het doel van selectieve inkoop is om de inzet van dure geneesmiddelen te concentreren bij expertisecentra ten gunste van de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Een ziekenhuis kan dit als een knelpunt ervaren: zij is hierdoor beperkt in de zorg die zij kan leveren. Vanuit het perspectief van de patiënt betekent dit niet per sé dat er een toegankelijkheidspunt is.

Criteria zorgverzekeraars

Hoe geven zorgverzekeraars het selectieve inkoopbeleid van geneesmiddelen vorm? Alle zorgverzekeraars hanteren de mening van de beroepsgroep en wetenschappelijke verenigingen als criterium bij de selectie van zorgaanbieders waar bepaalde add-ongeneesmiddelen worden ingekocht. Dit komt overeen met het beeld uit de vorige monitors. Op één zorgverzekeraar na letten ze tevens allemaal op de mate van expertise naar hun eigen oordeel en advies van expertisecentra, beroepsvereniging, richtlijn, etc. Dat is meer dan in de vorige monitor. Ten slotte geven vier van de zeven zorgverzekeraars aan dat de mening van de geneesmiddelencommissie meespeelt. Dat is ook meer dan in de vorige monitor.

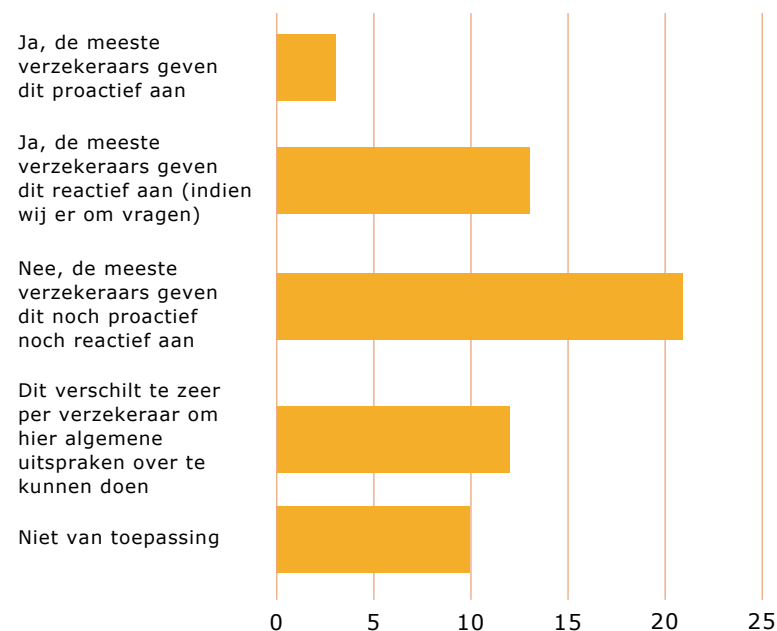
Figuur 12. Criteria bij selectieve inkoop (meerdere antwoorden mogelijk, n=7)



Informereren van zorgaanbieders

Slechts twee van de zeven zorgverzekeraars communiceren proactief naar alle ziekenhuizen in Nederland bij welke instellingen zij bepaalde geneesmiddelen wel of niet inkopen. De andere verzekeraars geven aan dit reactief te doen, als ziekenhuizen ernaar vragen. Zes van de zeven zorgverzekeraars communiceren reactief naar hun verzekerden bij welke instellingen zij bepaalde geneesmiddelen wel en expliciet niet inkopen en één zorgverzekeraar geeft aan niet te communiceren.

Figuur 13. Informatie zorgverzekeraars over verwijzing bij selectieve inkoop (n=59)



Uit de figuur blijkt dat dit per verzekeraar verschilt, maar 21 ziekenhuizen (36%) ervaren dat géén van de zorgverzekeraars aangeeft waar het ziekenhuis hun verzekerden naar toe kan verwijzen indien deze verzekerde is aangewezen op een geneesmiddel dat de betreffende verzekeraar niet bij hen heeft ingekocht. Daarnaast ervaart 22% van de ziekenhuizen dat verzekeraars dit reactief doen.

Aan zorgverzekeraars is gevraagd welke actie zij ondernemen als blijkt dat in de loop van een behandeling haar verzekerden zijn aangewezen op een behandeling met een geneesmiddel dat niet is ingekocht bij de instelling waar zij in behandeling zijn. Zes zorgverzekeraars geven aan dat zij geen actie ondernemen, maar dat de instelling zelf met de patiënt overlegt of de behandeling met het betreffende geneesmiddel wordt voortgezet in een wel-geselecteerde instelling. Twee hiervan geven echter wel aan dat het ligt aan de situatie en dat ze in sommige gevallen wel actie ondernemen door te bemiddelen. Een zorgverzekeraar geeft aan dat er vaak overleg is met het ziekenhuis waaruit kan voortkomen dat het middel alsnog wordt ingekocht of dat de patiënt wordt doorgestuurd.

In de monitor uit 2017 sprak de NZa richting zorgverzekeraars de verwachting uit dat zij betere informatie bieden richting zorgaanbieders en consumenten op het gebied van transparantie over het selectief inkopen van dure geneesmiddelen. Uit de hierboven beschreven bevindingen blijkt niet dat zorgverzekeraars hun beleid hierop hebben verbeterd. De NZa zal hierover met hen in gesprek gaan.

3.4 Conclusies

In de monitor van eind 2017 zagen we al dat er veel nacalculatieafspraken werden gemaakt. Add-ongeneesmiddelen worden buiten het plafond voor overige medisch-specialistische zorg geplaatst. Nu blijkt dat dit aantal over het jaar 2018 nog meer gestegen is. Wij vinden het opvallend dat de toename van het aantal nacalculatieafspraken niet is beperkt tot de geneesmiddelen waarvan de budget impact relatief hoog en

onvoorspelbaar is. Hierdoor wordt het volumerisico mogelijk verder dan nodig verschoven naar de zorgverzekeraar.

Er wordt veel aandacht besteed aan de tariefonderhandelingen per geneesmiddel en de afspraken op tariefniveau worden eerder in het proces afgerond. Mogelijk dat de Horizonscan daar een rol in speelt, omdat we zien dat deze door meer zorgaanbieders wordt gebruikt.

Ook al kunnen zorgverzekeraars lagere contractprijzen bedingen dan voorheen, de grootste knelpunten die er vorig jaar ook waren, blijven bestaan. De komst van nieuwe dure geneesmiddelen en de groei van de uitgaven aan geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet medisch-specialistische zorg in combinatie met een afgesproken uitgavengroei worden nog steeds als knelpunt benoemd door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit zijn knelpunten die niet zomaar aan een individuele onderhandelings-tafel kunnen worden opgelost.

De NZa wil graag in gesprek met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de risico's van de verschuiving naar meer nacalculatieafspraken. Wat zijn de financiële gevolgen voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars van deze verschuiving en wat betekent het voor de zorgplicht van zorgverzekeraars in relatie tot de kostenstijging van de dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg, rekening houdend met de financiële ruimte binnen het budgettair kader medisch-specialistische zorg. Op de agenda staat ook de ontwikkeling op het gebied van selectieve inkoop en de transparantie en communicatie daarover door zorgaanbieders en zorgverzekeraars richting de patiënten.

4. Betaalbaarheid

4.1 Inkoop geneesmiddelen

4.2 Gepast gebruik

4.3 Maatregelen tegen invloed van de farmaceutische industrie

4.4 Financiële arrangementen

4.5 Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen

4.6 Invloed NZa maximumtarieven op contractprijzen

4.7 Conclusies

4 Betaalbaarheid

Het ministerie van VWS wil nieuwe geneesmiddelen betaalbaar houden/maken door op verschillende niveaus maatregelen te treffen: lokaal (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, fabrikanten), nationaal (Nederlandse overheid, fabrikanten) en internationaal (overheden, fabrikanten).

De scope van deze monitor is met name op lokaal niveau, dus de samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling en met elkaar. Dit behelst onder meer het versterken van de inkoopkracht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars richting de farmaceutische industrie en het stimuleren van gepast gebruik.

Binnen deze hoofdonderwerpen wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan (gezamenlijke) inkoop van geneesmiddelen, het borgen van gepast gebruik en het beleid rondom belangenverstrengeling met de farmaceutische industrie.

4.1 Inkoop geneesmiddelen

Rol ziekenhuis, zorgverzekeraar, farmaceutische industrie en overheid

Ziekenhuizen en zbc's (hierna: ziekenhuizen) zetten geneesmiddelen in bij de behandeling van hun patiënten. Zij kopen deze geneesmiddelen, al dan niet gezamenlijk met andere ziekenhuizen, in bij de farmaceutische industrie. De farmaceutische industrie hanteert een vraagprijs per geneesmiddel, de Apotheek Inkoop Prijs (AIP). Vanwege het geven van bonussen en kortingen, kan de daadwerkelijke prijs (netto inkoopprijs, NIP)

die het ziekenhuis betaalt aan de fabrikant (beduidend) lager zijn dan de AIP. In de regel tekenen ziekenhuizen een geheimhoudingscontract met de industrie over de NIP. Het ziekenhuis verkoopt vervolgens deze zorg aan zorgverzekeraars en zij spreken een contractprijs per geneesmiddel af. Een positief verschil tussen de contractprijs en de NIP is een opbrengst voor het ziekenhuis, naast de opbrengsten uit de verkoop van dbc-zorgproducten.

In principe stromen nieuwe intramurale geneesmiddelen na het verkrijgen van de handelsvergunning op basis van de aanspraak geneeskundige zorg het basispakket in als wordt voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk; het is een open aanspraakstelsel. De prijs die vanuit het basispakket wordt vergoed, wordt vanuit de overheid niet gemaximeerd. Het ministerie van VWS kan echter besluiten voor een bepaald geneesmiddel een maximale vergoedingsprijs af te spreken met de fabrikant, een zogenaamd financieel arrangement. Dit kan, maar hoeft niet, vooraf te zijn gegaan door een besluit over het tijdelijk niet opnemen van het geneesmiddel in het basispakket (de 'sluis'). De afgesproken prijs tussen het ministerie van VWS en de fabrikant is vertrouwelijk. Het verschil tussen de AIP en de afgesproken prijs maal het volume wordt via een trusted third party uitgekeerd aan zorgverzekeraars.

De NZa stelt voor elk add-ongeneesmiddel een prestatie en een maximumtarief vast voor verzekerde en onverzekerde zorg. Dit is de maximale prijs die een zorgaanbieder in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar of patiënt en die een zorgverzekeraar mag vergoeden aan de zorgaanbieder. Met ingang van 1 januari 2017

worden de prestaties op een meer gedetailleerd niveau vastgesteld en moet de indicatie waarbij het geneesmiddel is ingezet op de factuur worden vermeld. Een voordeel hiervan is dat zorgverzekeraars weten welk product (biosimilar, generiek of specialité) bij welk ziektebeeld is verstrekt. Deze uitbreiding van informatievoorziening biedt zorgverzekeraars een sterkere inkooppositie.

Sinds 2012 houdt de NZa in haar tariefregulering voor add-ongeneesmiddelen geen rekening met bonussen en kortingen (de netto inkooprijzen), maar baseert de maximumtarieven op de AIP. Zorgverzekeraars worden geacht in staat te zijn om geneesmiddelen in voldoende mate en voor een scherpe prijs in te kopen bij zorgaanbieders. In 2017 heeft de NZa voor ongeveer vijftientig geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof add-on prestaties vastgesteld en heeft het ministerie van VWS voor drie nieuwe intramurale geneesmiddelen een financieel arrangement afgesloten, waarvan twee in de sluis hebben gezeten.

Sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben zorgverzekeraars een sturende rol in de uitvoering van het wettelijk stelsel van de gezondheidszorg. In dit zorgverzekeringsstelsel heeft de overheid prikkels ingebouwd voor zorgverzekeraars om zorg van goede kwaliteit scherp in te kopen voor al haar verzekerden. Zorgverzekeraars kopen zorg, waaronder geneesmiddelen, in bij ziekenhuizen en spreken voor add-ongeneesmiddelen op prestatieniveau een contractprijs af. Zorgverzekeraars concurreren onderling onder andere op de hoogte van de premie. Vanaf 2015 zijn zorgverzekeraars grotendeels risicodragend voor add-ongeneesmiddelen die binnen de Zorgverzekeringswet vallen. Vanaf 2016 geldt dit ook voor oncolytica.

Vanaf 2016 dragen zorgverzekeraars voor een periode van minimaal 1 jaar en maximaal 2 jaar géén risico over geneesmiddelen die in de sluis zijn geweest en daarna het pakket instromen (Regeling zorgverzekering).

Alle geïnterviewde zorgverzekeraars uiten hun zorgen over de stijgende kosten van dure geneesmiddelen en de (on)mogelijkheden die zij hebben om het tij te keren. Deze zorgen hebben betrekking op de volgende onderwerpen die vallen binnen de scope van deze monitor:

a [Toename nacalculatieafspraken](#)

Vanwege de toename van nacalculatieafspraken is het voor verzekeraars moeilijker geworden om een goede inschatting te maken van de schade. De kosten die hiermee gemoeid zijn komen ten laste van de premiebetaler. Daarnaast kan een ziekenhuis met een groot geneesmiddelendossier in gecombineerde verkoop met dbc-zorgproducten marktverstoring geven omdat hij een onevenredige machtspositief heeft, aldus een verzekeraar. Eén van de oorzaken van de toename van nacalculatieafspraken is volgens zowel een zorgaanbieder als een zorgverzekeraar de grote aandacht voor dure geneesmiddelen van pers, politiek en overheid. Een verzekeraar geeft aan publicitaire risico's te mijden, door ongewild toch nacalculatieafspraken te maken met ziekenhuizen ten behoeve van de toegankelijkheid. Een ziekenhuis geeft aan dat vanwege de aandacht voor het onderwerp, de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen via nacalculatieafspraken is geborgd; zorg bij nacalculatie kan namelijk groeien. Er is dan ook volgens dit ziekenhuis sprake van verdringing van andere zorg en verdere innovatie en er ontstaan wachtlijsten bij bepaalde zorgvormen, zoals oogheelkunde en cochleaire implantaten. De NZa merkt daarbij op dat het onduidelijk is of er een direct verband is tussen de uitgavenstijging van geneesmiddelen en wachtlijsten.

b Netto inkooprijzen

Alle geïnterviewde verzekeraars vragen zich af of ziekenhuizen nog wel de prikkel hebben om geneesmiddelen scherp in te kopen bij nacalculatieafspraken tegen netto inkooprijzen. In de aanvullende brief op het onderhandelaarsakkoord aan het ministerie van VWS van 15 oktober 2018 benadrukken NVZ, NFU en ZN dat nacalculatie op de werkelijke kosten alleen plaatsvindt, zodra aantoonbaar is dat de zorgaanbieder zich voldoende inspant om geneesmiddelen tegen scherpe condities in te kopen met een aantoonbaar kostendempend resultaat. De NZa vraagt zich daarbij af hoe zorgverzekeraars dit kunnen controleren als ziekenhuizen geen volledige transparantie van netto inkooprijzen op geneesmiddelniveau geven en waar tegen de kostenontwikkeling wordt afgezet. Een geïnterviewde verzekeraar denkt dat de dynamiek beter is binnen plafondafspraken.

c Inrichting van het stelsel

Een verzekeraar geeft aan dat het moeilijk is als verzekeraar om de prikkels goed te zetten en de premie zo laag mogelijk te houden. Bij een overall positief verschil tussen contractprijzen en netto inkooprijzen van geneesmiddelen is het niet direct in het belang van ziekenhuizen om de netto inkooprijzen te delen met zorgverzekeraars. Daarmee is het belang van ziekenhuizen en fabrikanten voor intransparante netto inkooprijzen gelijkgericht en tegengesteld aan die van zorgverzekeraars. Ziekenhuizen willen inkoopvoordelen behouden om de zorgkosten te dekken. Zorgverzekeraars willen de inkoopvoordelen ten voordeel laten komen van de premiebetaler. Daarnaast geeft een verzekeraar aan dat er een spanningsveld is tussen de voorschrijfvrijheid van artsen en de behoefte van

zorgverzekeraars om de contractprijzen van geneesmiddelen te verlagen. Zorgverzekeraars kunnen, bij onvoldoende draagvlak van individuele voorschrijvers van geneesmiddelen, hun inkoopbeleid richting de farmaceutische industrie niet goed vormgeven, omdat uiteindelijk de voorschrijver/het ziekenhuis bepaalt welk volume van een bepaald geneesmiddel wordt verkocht.

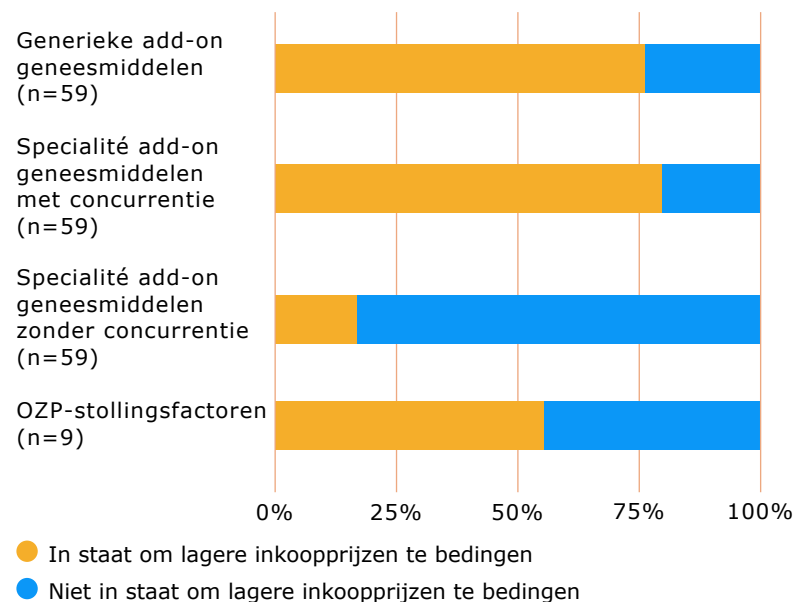
Een zorgverzekeraar heeft binnen de medisch-specialistische zorg minder ruimte om te sturen dan bij de extramurale farmacie; niet alleen vanwege wet- en regelgeving, maar ook vanwege het feit dat het voorschrijven en inkopen van geneesmiddelen binnen één entiteit gebeurt, namelijk het ziekenhuis. Ten slotte noemt een zorgverzekeraar dat het regelmatig voorkomt dat een fabrikant van een nieuw geneesmiddel een budget impact presenteert die net onder de drempel ligt om voor een financieel arrangement in aanmerking te komen en daardoor onder de radar van de overheid blijft.

Als reactie hierop zijn zorgverzekeraars op dit moment gezamenlijk afspraken aan het maken over het inrichten van decentrale financiële arrangementen met fabrikanten van monopoliegenesmiddelen. De werkwijze is vergelijkbaar met de financiële arrangementen die het ministerie van VWS afsluit met fabrikanten. De criteria zijn nog in ontwikkeling. De afspraken gaan bij voorkeur gepaard met afspraken over gepast gebruik. Op dit moment worden er voor vier geneesmiddelen decentrale prijsafspraken gemaakt. Alle geïnterviewde verzekeraars zouden een stap verder willen gaan en meer willen samenwerken met ziekenhuizen als het gaat om het gehele geneesmiddelendossier. Niet alleen ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen, maar ook wat betreft de voorbereiding op de komst van nieuwe geneesmiddelen op basis van de Horizonscan.

Mogelijkheid bedingen lagere inkooprijzen door ziekenhuizen

De kwantitatieve analyse in deze monitor laat gegevens zien tot en met 2016; declaratiegegevens over de jaren 2017 en 2018 zijn nog niet (volledig) beschikbaar. In de enquête hebben zorgaanbieders desgevraagd aangegeven of zij in 2018 in staat zijn om lagere inkooprijzen bij fabrikanten te bedingen dan voorheen.

Figuur 14. Bedingen van lagere inkooprijzen



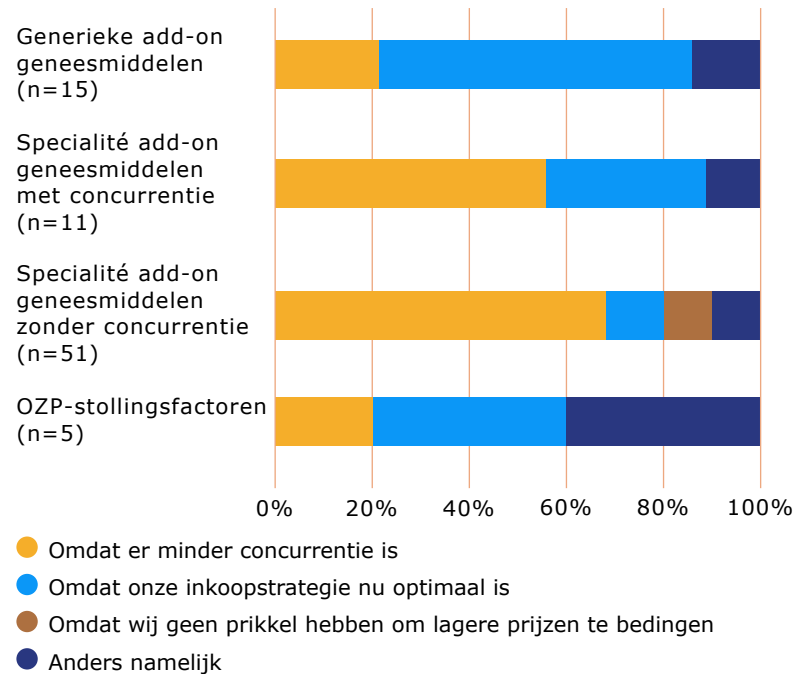
Nog steeds slaagt een meerderheid van zorgaanbieders erin om lagere inkooprijzen te bedingen dan in het voorgaande jaar (2017) voor generieke add-ongeneesmiddelen (45/59, 77%), specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie (47/59, 80%) en OZP-stollingsfactoren (5/9, 56%). Voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie geldt dat 17% (10/59) van de zorgaanbieders in staat is om lagere inkooprijzen te bedingen bij de farmaceutische industrie.

In de monitor van eind 2017 waren deze percentages lager, namelijk voor generieke add-ongeneesmiddelen, specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie en OZP-stollingsfactoren respectievelijk 80%, 88% en 83%. Voor de specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie rapporteerden wij in de monitor van december 2017 nog 25%.

Van de veertien ziekenhuizen die aangeven dat zij geen lagere inkooprijzen hebben kunnen bedingen dan in 2017 voor de generieke add-on geneesmiddelen, geven negen ziekenhuizen als reden dat hun inkoopstrategie nu al optimaal is. Drie ziekenhuizen zeggen dat dit komt omdat er minder concurrentie is. De overige twee zorgaanbieders weten niet wat de reden is.

Twee academische ziekenhuizen geven aan dat zij in 2018 niet in staat zijn om lagere prijzen te bedingen dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) stollingsfactoren, omdat zij langer lopende contracten hebben afgesloten en de inkoopstrategie optimaal is.

Figuur 15. Redenen voor het niet kunnen bedingen van lagere prijzen dan in voorgaand jaar



De ziekenhuizen die wel meer inkoopkortingen hebben kunnen bedingen voor respectievelijk generieke add-ongeneesmiddelen en specialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie dan in het voorgaande jaar zeggen dat dit komt omdat er meer aanbod en dus meer concurrentie is (91 respectievelijk 83%), de inkoopstrategie van de inkoopcombinatie is verbeterd (47 respectievelijk 49%) en/of de inkoopstrategie van de instelling is verbeterd (22 respectievelijk 28%). Daarnaast voeren drie instellingen als

reden aan dat zij beter in staat zijn om met artsen keuzes te maken in behandelstrategieën, wat zijn vruchten afwerpt in de onderhandeling met fabrikanten.

Mogelijkheid bedingen lagere contractprijzen door zorgverzekeraars

Voor de vorige monitor is gevraagd naar de verwachte ontwikkeling van de contractprijzen voor 2018. Voor deze monitor is aan zorgverzekeraars gevraagd of ze daadwerkelijk – zoals ze destijds verwachtten – in staat waren voor 2018 lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor de verschillende categorieën geneesmiddelen.

Alle zorgverzekeraars hebben over het jaar 2018 in het algemeen lagere contractprijzen afgesproken voor generieke add-on geneesmiddelen en specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie. Voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie is dit beeld anders. Daar lukt het slechts twee van de zeven zorgverzekeraars om in het algemeen lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen over het jaar 2018. Er is daarbij geen verschil tussen academische en algemene ziekenhuizen.

Vijf van de zeven zorgverzekeraars konden ten slotte over het jaar 2018 met hemofiliecentra lagere contractprijzen bedingen dan voorheen voor OZP-stollingfactoren.

Prijsanalyse op basis van steekproef

De kwalitatieve ontwikkeling over de jaren 2017 en 2018, zoals weergegeven in bovenstaande paragrafen, is in lijn met de kwantitatieve analyse die wij hebben uitgevoerd voor een selectie van geneesmiddelen over de jaren 2013 tot en met 2016.

De steekproef bestaat uit 28 willekeurige geneesmiddelen (stofnamen) waarbij sprake is van verschillende mate van concurrentie.

Tabel 7. Gehanteerde indeling geneesmiddelen

Mate van concurrentie per 2018	Werkzame stoffen
Full competition – multisource	docetaxel, infliximab, caspofungine, etanercept, bendamustine, imatinib, fludarabine, capecitabine
Competition – generic entry	trastuzumab, bevacizumab, anidulafungine, anagrelide
Oligopolie – single source	aafact, advate, alemtuzumab, bortezomib, ranibizumab, aflibercept, afatinib, nivoluab, agalsidase alfa, agalsidase beta, amfotericine B liposomaal, adalimumab, novoEight, reFacto AF
Monopolie – first in class	alglucosidase alfa, eculizumab

We hebben van 2013 tot en met 2016 de volgende prijzen gevolgd: NZa maximumtarief, contractprijs en netto inkoopprijs.

De bron voor de netto inkooprijzen is de door ziekenhuizen aan de NZa aangeleverde kostprijzen van add-ongeneesmiddelen. Gemiddeld hebben we per jaar van 71 instellingen de kostprijzen kunnen gebruiken. Hierbij zijn alleen de kostprijzen gebruikt die gekoppeld konden worden aan de gemiddelde contractprijzen van de instelling uit hetzelfde jaar. Op de kostprijzen is een uitbijteranalyse (vergelijkbaar met de uitbijteranalyse in de tariefberekening van het gereguleerde msz-segment) uitgevoerd, wat heeft geresulteerd in een schoning van de set kostprijzen. Zie de bijlage Bronnen en methode voor meer informatie.

Onderhandelingsresultaat op totaalniveau

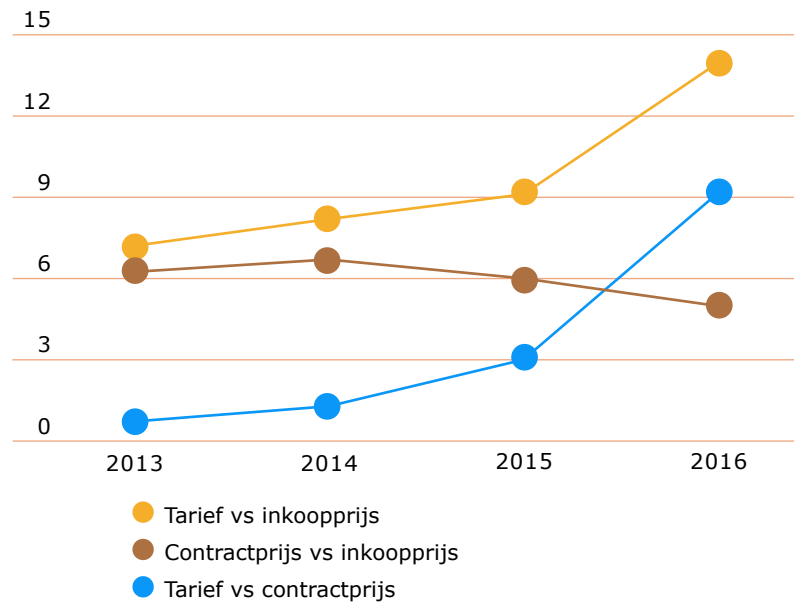
De mate van concurrentie die geldt voor deze selectie van geneesmiddelen varieert van groot (generieke of biosimilar varianten beschikbaar) tot klein (geen therapeutische of farmaceutische equivalenten beschikbaar). Om een indruk te krijgen van de mate van onderhandeling door ziekenhuizen en verzekeraars, hebben wij in deze prijsanalyse de ontwikkeling van de onderhandelingsmarges van ziekenhuizen en zorgverzekeraars op verschillende niveaus met elkaar vergeleken.

In onderstaand figuur is op totaalniveau weergegeven wat de ontwikkeling is van het gewogen gemiddelde onderhandelingsresultaat van de zorgverzekeraars met ziekenhuizen enerzijds en dat van ziekenhuizen met fabrikanten anderzijds. De rode lijn laat zien wat de gewogen gemiddelde ontwikkeling is van het onderhandelingsresultaat van ziekenhuizen met fabrikanten; het verschil tussen de netto inkoopprijs voor het ziekenhuis ten opzichte van het NZa maximumtarief. De stijging van de rode lijn betekent dat ziekenhuizen steeds beter in staat zijn om kortingen uit te onderhandelen met fabrikanten. In 2013 ligt dit percentage voor alle ziekenhuizen gemiddeld op 7%, in 2016 is dit percentage gestegen naar bijna 14%. Omdat de NZa maximumtarieven over de jaren heen over het algemeen niet sterk wijzigen is dit effect vooral toe te schrijven aan een beter onderhandelingsresultaat van ziekenhuizen.

De bruine lijn laat het gemiddelde onderhandelingsresultaat zien van ziekenhuizen met verzekeraars; het verschil tussen de prijs waarvoor het ziekenhuis een geneesmiddel inkoopt en de prijs waarvoor het ziekenhuis het weer verkoopt aan de zorgverzekeraar. Over het algemeen geldt dat ziekenhuizen geneesmiddelen tegen een hogere prijs dan hun netto inkoopprijs verkopen aan zorgverzekeraars. Gemiddeld ligt dit percentage tussen 2013-2015 op ruim 6% en in 2016 daalt dit percentage naar 5%.

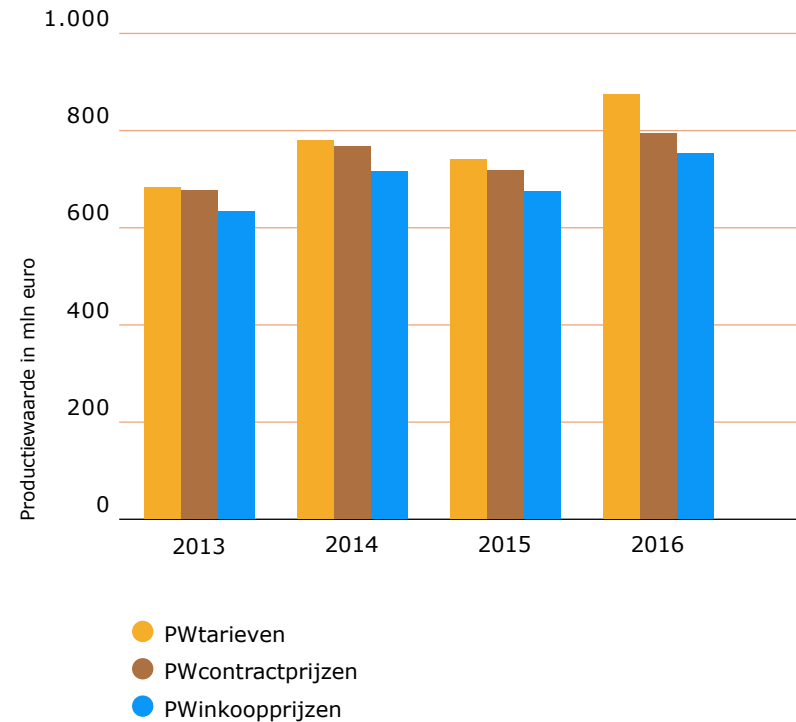
De blauwe lijn laat de gemiddelde ontwikkeling zien van het onderhandelresultaat van de verzekeraar met het ziekenhuis; het verschil tussen de prijs die een zorgverzekeraar maximaal mag vergoeden aan een ziekenhuis ten opzichte van de prijs die hij daadwerkelijk vergoedt aan het ziekenhuis. Tussen 2013 en 2015 steeg dit percentage van 1% naar 3% en in 2016 stijgt het naar 9%. Dit laat zien dat een steeds groter deel van het onderhandelresultaat tussen ziekenhuizen en fabrikanten (gele lijn), uiteindelijk bij verzekeraars terecht komt. Verzekeraars lijken steeds beter in staat te zijn om contractprijzen af te spreken die lager zijn dan de NZa maximumtarieven.

Figuur 16. Ontwikkeling van onderhandelresultaten op totaalniveau



De onderstaande figuur laat op totaal niveau de ontwikkeling zien van de productiewaarde (prijs x aantal). Gezien de totale omvang van de dure geneesmiddelen markt op basis van contractprijzen van ongeveer € 2 miljard (in 2016), hebben we in onze steekproef ongeveer 40% van de totale markt zitten.

Figuur 17. Ontwikkeling van totale productiewaarde geneesmiddelen in steekproef



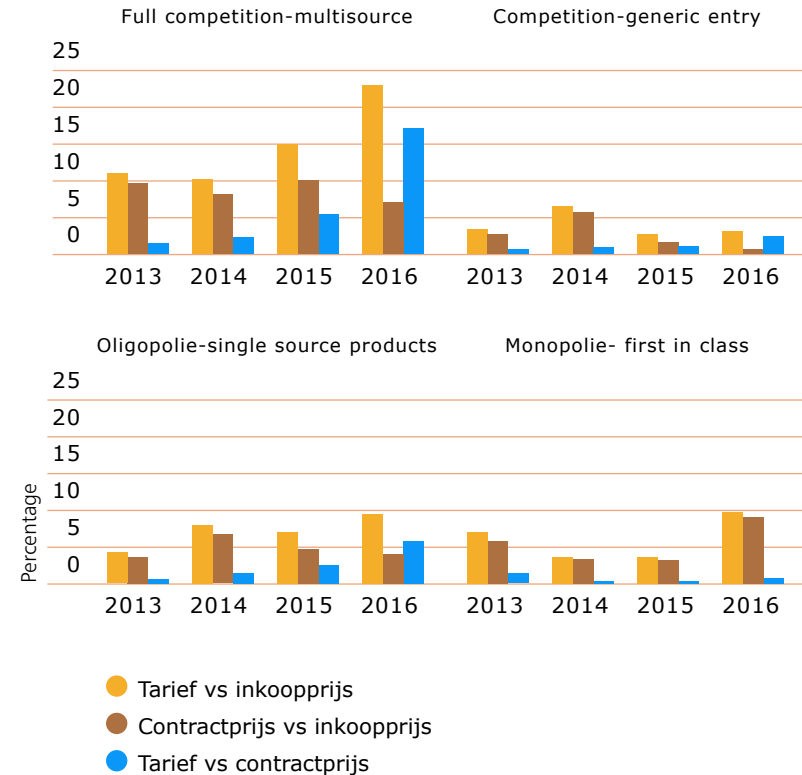
Dat ziekenhuizen als groep kortingen kunnen afspreken met fabrikanten betekent echter niet dat ziekenhuizen in het algemeen een hoge winst maken met betrekking tot de exploitatie van het ziekenhuis in zijn geheel. De rentabiliteit (een mate van winstgevendheid) van ziekenhuizen (algemeen en academisch) lag volgens [cijfers van het CBS](#) in 2015 en 2016 gemiddeld op 2%. In 2015 had zelfs 16% van de ziekenhuizen een negatieve rentabiliteit (maakten verlies), in 2016 was dit 10% van de ziekenhuizen. De marges die ziekenhuizen maken op de inkoop van geneesmiddelen worden mogelijk gebruikt om eventuele verlieslatende activiteiten in het ziekenhuis mee te bekostigen.

Om bovenstaande ontwikkelingen te kunnen duiden, wordt in de volgende paragrafen gekeken naar subgroepen van de geneesmiddelen.

Onderhandeling per mate van concurrentie

In onderstaande figuur is de ontwikkeling in onderhandelingsresultaten weergegeven per groep geneesmiddelen die verschillende mate van concurrentie ondervinden. De figuur is gesorteerd in afnemende mate van concurrentie, van links naar rechts en van boven naar beneden.

Figuur 18. Ontwikkeling van onderhandelingsresultaten naar mate van concurrentie



In de groep 'Full competition-multisource' zitten geneesmiddelen die voor het jaar 2017 als generieke of biosimilar variant op de markt zijn gekomen. Dat betekent dat deze geneesmiddelen in de getoonde jaren evenveel of minder concurrentie ondervonden. Met name voor deze groep geneesmiddelen geldt dat de verzekeraars er in toenemende mate in zijn geslaagd gemiddeld een lagere contractprijs af te spreken. Het gemiddelde onderhandelresultaat stijgt van 1,5% in 2013 tot 16% in 2016. Omdat de 'Full competition-multisource' geneesmiddelen gemiddeld 39% van de totale productiewaarde in deze steekproef vertegenwoordigen, is deze groep grotendeels verantwoordelijk voor het effect wat we op het totaal niveau zien.

In de groep 'Competition-generic entry' zitten geneesmiddelen die vanaf het jaar 2017 als generieke of biosimilar variant op de markt zijn gekomen. In deze groep (gemiddeld 14% van de productiewaarde) is er sprake van een mindere mate van concurrentie, maar daar is wel dezelfde ontwikkelingen te zien als bij de 'Full competition-multisource' geneesmiddelen.

In de groep 'Oligopolie-single source products' zitten geneesmiddelen die in 2018 concurrentie ondervinden van een geneesmiddel met een andere, en niet van eenzelfde, werkzame stof. In deze groep (gemiddeld 38% van de productiewaarde) valt op dat ziekenhuizen goed in staat lijken te zijn kortingen te bedingen bij fabrikanten, maar dat deze in mindere mate worden doorgegeven aan verzekeraars. Omdat eind 2018 biosimilars van adalimumab op de markt zijn gekomen, hebben

we er voor gekozen dit geneesmiddel in te delen in de groep 'Oligopolie-single source products' in plaats van bij 'Competition-generic entry'.

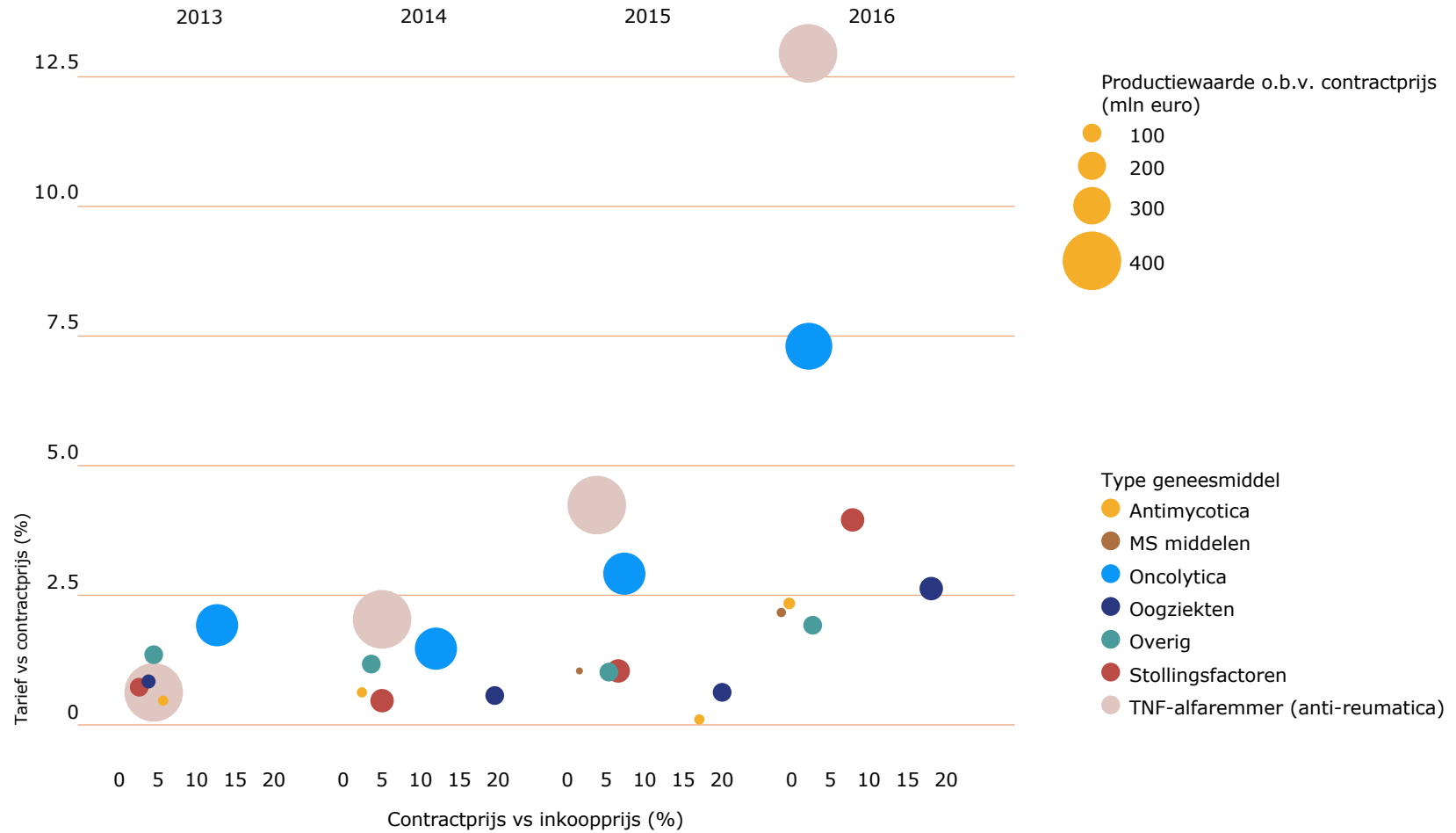
In de groep 'Monopolie-first in class' (gemiddeld 9% van de productiewaarde) zitten geneesmiddelen die in het jaar 2018 géén concurrentie ondervinden van andere geneesmiddelen. Wat hier opvalt is dat de ziekenhuizen wel kortingen van fabrikanten krijgen, maar dat ze deze niet door lijken te geven aan verzekeraars.

Een afnemende mate van concurrentie tussen geneesmiddelen lijkt dus met name te zorgen voor een slechter onderhandelresultaat voor zorgverzekeraars. Ziekenhuizen lijken nog wel steeds in staat om kortingen te onderhandelen met fabrikanten, maar een kleiner deel daarvan wordt doorgegeven aan de zorgverzekeraar. De groep geneesmiddelen met een lage mate van concurrentie maakt echter wel maar ongeveer 9% van de steekproef uit in termen van productiewaarde.

Onderhandeling per type geneesmiddel

In onderstaand figuur zijn de onderhandelingsresultaten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars weergegeven per jaar per type geneesmiddel, waarbij tevens is weergegeven hoe groot de uitgaven (op basis van de contractprijzen) aan dit type geneesmiddel zijn. Als een geneesmiddeltype per jaar minder dan vijf onderliggende waarnemingen heeft, dan wordt dat geneesmiddeltype niet weergegeven.

Figuur 19. Ontwikkeling van onderhandelresultaten naar type geneesmiddel en productiewaarde



De TNF-alfaremmers vertegenwoordigen de grootste productiewaarde. Deze geneesmiddelen zitten allemaal of in de 'Competition-generic entry' of 'Full competition-multisource' groep. Bij deze geneesmiddelen valt op dat de marge van de ziekenhuizen in kleine mate is afgenomen, terwijl de verzekeraars in de genoemde jaren een duidelijk lagere contractprijs hebben afgesproken ten opzichte van de NZa maximumtarieven.

Een vergelijkbaar effect is te zien bij de oncolytica, de op een na grootste groep geneesmiddelen. Bij deze groep is een verschuiving zichtbaar van het onderhandelingsresultaat van de ziekenhuizen naar de verzekeraars. Deze groep bestaat voor het grootste gedeelte ook uit 'Competition-generic entry' of 'Full competition-multisource' en voor 15% van de productiewaarde uit 'Oligopolie-single source products'.

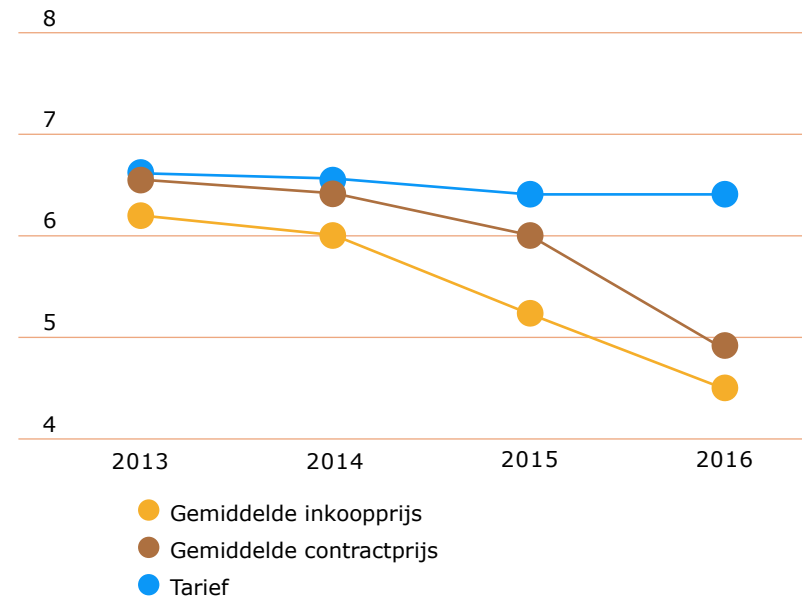
Overgang van concurrentie

Een belangrijke vraag die bovenkomt drijven is: hebben veranderingen in de mate van concurrentie zichtbare effecten op de verschillende prijzen en onderhandelresultaten van ziekenhuizen en zorgverzekeraars? Om dat te onderzoeken hebben we van een drietal geneesmiddelen, waarvan we weten dat er gedurende de periode 2013-2016 iets veranderd is in de mate van concurrentie, de gemiddelde inkooprijzen, contractprijzen en het tarief met elkaar vergeleken.

Infliximab

Infliximab is een TNF-alfaremmers (anti-reumatica), door ons ingedeeld in de concurrentiegroep 'Full competition-multisource'. In 2015 is er een biosimilar voor dit geneesmiddel op de markt gekomen.

Figuur 20. Ontwikkeling de gemiddelde inkooprijzen, contractprijs en het tarief van infliximab

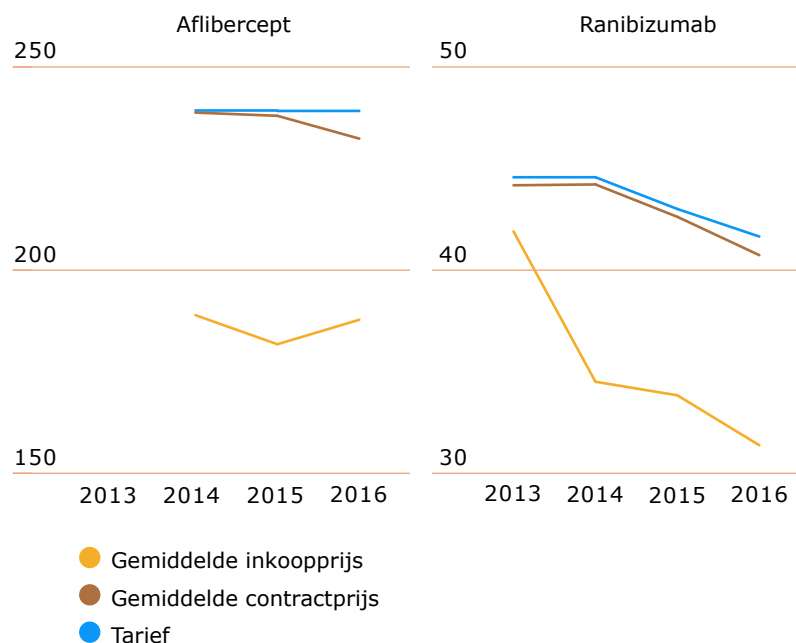


Vanaf 2014 gaat de gemiddelde inkooprijzen en contractprijs van infliximab al duidelijk omlaag. In 2016 liggen deze prijzen bijna 30% lager dan in 2014. Het is onzeker of dit volledig toe te schrijven is aan de toenemende concurrentie, maar het heeft er waarschijnlijk wel aan bijgedragen.

Aflibercept en ranibizumab

Aflibercept en ranibizumab zijn geneesmiddelen voor oogziekten en door ons ingedeeld in de concurrentiegroep 'Oligopolie-single source products', waarin ze concurrenten van elkaar zijn. In 2014 is een add-on prestatie voor aflibercept vastgesteld door de NZa.

Figuur 21. Ontwikkeling de gemiddelde inkoopprijs, contractprijs en het tarief van aflibercept en ranibizumab



De toetreding van aflibercept op de markt lijkt een drukkend effect te hebben gehad op de prijzen van ranibizumab. De prijsniveaus van ranibizumab liggen in absolute termen veel lager dan aflibercept, omdat in de betreffende jaren de prestaties van ranibizumab per 0,1 milligram en die van aflibercept per 1 milligram is weergegeven.

Gezamenlijke inkoop

Zorgaanbieders onderling

Van de 59 deelnemende ziekenhuizen zijn 52 ziekenhuizen aangesloten bij een inkoopcombinatie van zorgaanbieders. Daarvan zijn er zes aangesloten bij meer dan één inkoopcombinatie. Dit percentage is vergelijkbaar met die van 2017. Géén van de zbc's is aangesloten bij een inkoopcombinatie. Wel werkt één zbc samen met andere instellingen bij de inkoop van dure geneesmiddelen. Alle zeven hemofiliebehandelcentra kopen in 2018 stollingsfactoren gezamenlijk met andere hemofiliecentra in.

Van de ziekenhuizen die aangeven samen te werken bij de inkoop van add-ongeneesmiddelen (n=51) geeft 94% (n=48) aan dat deze samenwerking hen in staat stelt om in het algemeen lagere inkoop-prijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder samenwerking het geval zou zijn. Dat is 1% minder dan de meting van 2017.

Twee algemene ziekenhuizen kopen de geneesmiddelen zelfstandig in, omdat zij dan naar eigen zeggen meer inkoopvoordeel kunnen behalen dan bij gezamenlijke inkoop. Eén zbc geeft aan dat de kosten van gezamenlijke inkoop (afstemming met onder andere voorschrijvers) niet opwegen tegen de opbrengsten.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Eén van de geënquêteerde zorgverzekeraars koopt in 2018 samen met één of meer zorgaanbieders biosimilars in. In die samenwerking krijgt de zorgaanbieder een deel van de opbrengst van de gezamenlijke inkoop. Deze en de overige zorgverzekeraars kopen in 2018 niet individueel, maar wel in ZN verband in een landelijke pilot geneesmiddelen in tegen leukemie. Deze laatst genoemde verzekeraars hebben de voorkeur voor een dergelijke samenwerking, omdat de impact van eigen inkoop te klein is en te veel capaciteit vergt.

Pilot zorgaanbieders en zorgverzekeraars

In 2018 is een pilot gestart van gezamenlijke inkoop door ziekenhuizen en zorgverzekeraars van een groep medicijnen tegen leukemie (kanker). Er is een Europese aanbestedingsprocedure doorlopen waarna één voorkeursmiddel is gekozen. De intentieverklaring is getekend door branche organisaties van de universitair medische centra (NFU), ziekenhuizen (NVZ) en zorgverzekeraars (ZN).

Buitenland

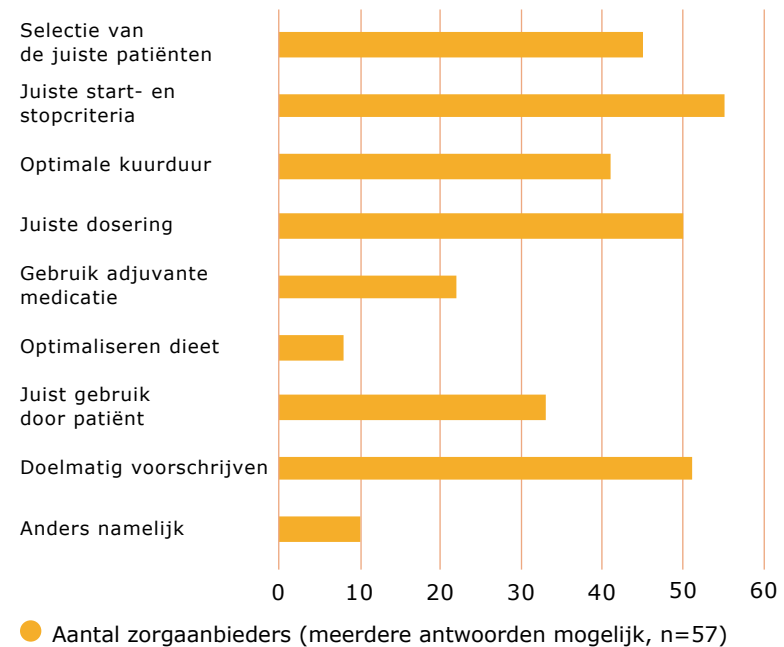
Zevenentwintig procent van de ziekenhuizen (16/59) koopt, binnen de regels van de Geneesmiddelenwet, in 2018 add-ongeneesmiddelen in het buitenland in, waarvan 13 instellingen dit ook doen wanneer de geneesmiddelen wel in Nederland leverbaar zijn. Van die laatste groep varieert het aantal werkzame stoffen dat het betreft van 3 tot 140. De overige drie instellingen kopen respectievelijk 2, 3 en 35 werkzame stoffen in het buitenland in omdat deze in Nederland niet leverbaar zijn. Geen van de geënquêteerde ziekenhuizen koopt samen met buitenlandse ziekenhuizen geneesmiddelen in bij fabrikanten. Geen van de zorgverzekeraars koopt geneesmiddelen in het buitenland in.

4.2 Gepast gebruik

Aan zorgaanbieders hebben wij vragen gesteld over gepast gebruik, waaronder of er maatregelen getroffen zijn om dit te verbeteren, op welke onderwerpen deze maatregelen zich richten, of dit wordt gemeten en met wie de bevindingen worden gedeeld.

Vrijwel alle ziekenhuizen (57/59, 97%) nemen intern maatregelen om gepast gebruik van geneesmiddelen te verbeteren. Dit komt overeen met hetgeen zorgverzekeraars aangeven. Alle zorgverzekeraars hebben met de meeste zorgaanbieders over het jaar 2018 afspraken gemaakt over gepast gebruik van dure geneesmiddelen, waarvan vier verzekeraars ook over het monitoren daarvan. Met gepast gebruik van geneesmiddelen bedoelen we dat de zorg die wordt geboden medisch noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

Figuur 22. Vormen van gepast gebruik: projecten of maatregelen in ziekenhuizen



Bij 43 van de 59 zorgaanbieders, waarvan alle academische ziekenhuizen, worden de resultaten van de maatregelen op het gebied van gepast gebruik gemonitord. Zestien zorgaanbieders delen dit resultaat met zorgverzekeraars en tien delen de resultaten met andere zorgaanbieders. Negenveertig zorgaanbieders geven aan dat het beleid op het gebied van gepast gebruik bepaald wordt door de geneesmiddelencommissie; bij 43 zorgaanbieders wordt dit (ook) door de individuele medisch specialisten bepaald. Naast het bestuur (management) van het ziekenhuis (n=21) bepaalt ook de ziekenhuisapotheek dit beleid bij een aantal ziekenhuizen (n=21).

De helft van de algemene en de helft van de academische ziekenhuizen beschikt naar eigen zeggen over onvoldoende informatie om het beleid rondom gepast gebruik optimaal vorm te geven. Wat zij missen is:

a Een benchmark met andere ziekenhuizen (n=14)

Ziekenhuizen geven aan dat zij onvoldoende zicht hebben op het gebruik van dure geneesmiddelen in andere ziekenhuizen. Als zij via zorgverzekeraars wel een benchmark krijgen, dan zijn er geen verklaringen voor geconstateerde verschillen. Ziekenhuizen hebben behoefte aan informatie over de inzet van dure geneesmiddelen in andere ziekenhuizen per geneesmiddel, de geneesmiddelencombinatie, de dosering en de behandelduur. Tevens is behoefte aan het delen van best practices.

Van deze zorgaanbieders noemt geen de Geneesmiddelenmonitor die Dutch Hospital Data samen met NFU, NVZ en NVZA sinds juli 2017 maakt. Met deze online monitor kunnen ziekenhuizen het eigen ziekenhuis benchmarken met andere ziekenhuizen op het gebied van de inzet van dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg. De

basis voor deze monitor is de Landelijke Basisregistratie Zorg en alle data komen uit het EPD van de instelling. Het is de NZa onbekend of de betreffende veertien instellingen deze monitor wel of niet al gebruiken ten behoeve van gepast gebruik.

b Monitoringsmogelijkheden in het EPD (n=14)

De gegevens die binnen het eigen ziekenhuis te vergaren zijn, zijn onvoldoende. Er is geen makkelijk toegankelijke informatie, zoals overzichten te halen uit het EPD. Er is behoefte aan de mogelijkheid om gegevens als ziekte-uitkomsten en labwaarden efficiënt te kunnen vastleggen en ontsluiten. Informatie is nu op diverse plekken beschikbaar en het is lastig om dit bij elkaar te brengen door de individuele instelling. Een ziekenhuis benoemt ook de behoefte aan een 'patient-journey': geaggregeerde data die laten zien wat en hoe het geneesmiddelenbeloop per patiënt is. Omdat voor een aantal geneesmiddelen de patiëntenaantallen klein zijn, is het van belang deze gegevens met andere ziekenhuizen te delen.

c Richtlijnen en duidelijke standpunten vanuit de beroepsgroep (n=5)

Er ontbreekt nu nog vaak een duidelijk standpunt vanuit de beroepsgroep over een geneesmiddel, terwijl dit juist nodig is voor doelmatige inzet. Dit heeft direct betrekking op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Een voorbeeld dat genoemd wordt is het ontbreken van een mandaat vanuit wetenschappelijke verenigingen ten aanzien van equivalentie tussen geneesmiddelen. De brancheorganisaties van zorgaanbieders geven aan dat met de snelheid waarmee nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen, het de wetenschappelijke verenigingen ontbreekt aan structuur en ondersteuning om hierop tijdig te kunnen anticiperen en met voldoende onderbouwing een standpunt uit te dragen. De Federatie voor medisch specialisten (FMS) werkt

met veldpartijen aan het versterken van de rol van wetenschappelijke verenigingen bij de introductie en toepassing van nieuwe, dure geneesmiddelen. Ziekenhuizen gebruiken nu de richtlijnen van beroepsgroepen (n=51), spiegelinformatie uit eigen ziekenhuis (n=45) en uit andere ziekenhuizen (n=35) bij het bepalen van het beleid omtrent gepast gebruik van geneesmiddelen.

De vragen over gepast gebruik hebben betrekking op het proces en niet op de uitkomsten van gepast gebruik. De in deze monitor gerapporteerde knelpunten kunnen gebruikt worden als input voor het optimaliseren van gepast gebruik in de praktijk. In het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 is opgenomen dat partijen een actieplan Gepast gebruik vaststellen. In de aanvullende brief op het onderhandelaarsakkoord aan het ministerie van VWS van 15 oktober 2018 benadrukken NVZ, NFU en ZN dat nacalculatie alleen plaatsvindt, zodra aantoonbaar is dat de zorgaanbieder onder andere met de zorgverzekeraar afspraken maakt over het doelmatig voorschrijven en het implementeren van gepast gebruik en bij de zorgverzekeraar aannemelijk maakt dat de afspraken worden nageleefd. Ook dit zijn procesafspraken. Wij hopen dat het in de toekomst mogelijk wordt om te rapporteren over uitkomsten van de inzet van dure geneesmiddelen en de invloed daarvan op gepast gebruik.

4.3 Maatregelen tegen invloed van de farmaceutische industrie

De farmaceutische industrie kan op verschillende manieren invloed uitoefenen op het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen door ziekenhuizen. Gunstbetoon gaat om het aanbieden van geld, diensten of goederen met het kennelijke doel het voorschrijven, ter hand stellen of gebruiken van een geneesmiddel

te bevorderen. Het gaat bijvoorbeeld om het geven van cadeaus of het vergoeden van diners, (dienst)reizen en deelnamekosten aan congressen. Gunstbetoon is, op een paar uitzonderingen na, verboden (artikel 94 van de Geneesmiddelenwet). De keuze van een medicijn mag niet gebaseerd zijn op een andere reden dan het gezondheidsbelang van de patiënt. De regels zijn wederkerig: wat een gever niet mag geven, mag een ontvanger niet aannemen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op naleving van de Geneesmiddelenwet. Eén van de uitzonderingen is het geven en ontvangen van kortingen en bonussen met betrekking tot de inkoop van geneesmiddelen door apotheekhoudenden (Geneesmiddelenwet, artikel 94). In deze paragraaf zijn vragen gesteld over de invloed van de farmaceutische industrie. Bijvoorbeeld door het (mede) betalen van onderzoek en het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen.

De NZa heeft in de enquête zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevraagd naar de invloed van de farmaceutische industrie. De meeste zorgaanbieders (86%), waaronder alle academische ziekenhuizen, vinden het noodzakelijk dat ziekenhuizen maatregelen nemen om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken. De zorgaanbieders die dat niet nodig vinden, geven als reden dat er nauwelijks tot geen invloed van de industrie wordt ervaren (n=3, 5%) of dat alleen het verhogen van bewustwording zal werken of er al genoeg maatregelen zijn genomen (n=4). Eén algemeen ziekenhuis vraagt zich af wie de kosten moeten dragen die de industrie nu betaalt.

Driekwart van de zorgaanbieders die invloedbeperking noodzakelijk vindt, vindt dat ziekenhuizen op dit moment onvoldoende maatregelen nemen om de invloed van de industrie te beperken. De reden is volgens hen dat ziekenhuizen te weinig zicht hebben

op de manier waarop de industrie invloed uitoefent (n=30) en dat ziekenhuizen in belangrijke mate financieel afhankelijk zijn van de farmaceutische industrie (n=23). Ook geven vijf zorgaanbieders aan dat ziekenhuizen hier onvoldoende centrale sturing aan (kunnen) geven richting de vakgroepen binnen het ziekenhuis.

Het merendeel van de ziekenhuizen (63%, n=37) heeft geen beleid geïmplementeerd om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken. Van deze ziekenhuizen zegt 62% (n=23) dat het onvoldoende noodzaak ervaart om hier beleid voor op te stellen. De overige ziekenhuizen zeggen dat ze er onvoldoende mogelijkheid toe hebben.

De redenen van het niet implementeren van beleid hebben de ziekenhuizen als volgt verder toegelicht:

a Financiële afhankelijkheid ziekenhuizen van farmaceutische industrie (n=12, 60%)

De meeste ziekenhuizen geven aan dat vaak sprake is van een win-win situatie in een samenwerking tussen de farmaceutische industrie en het ziekenhuis of de (individuele) medisch specialist. Het ziekenhuis is financieel afhankelijk van de industrie voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, het behoud van opleidingen en tegemoetkoming van wensen van diverse vakgroepen. Ook ervaren ziekenhuizen weinig negatieve effecten van beïnvloeding. Dit leidt er toe dat instellingen geen urgentie ervaren om maatregelen te nemen.

b Ongrijpbaarheid invloed (n=3, 15%)

De invloed van de farmaceutische industrie is lastig inzichtelijk te maken. Hierdoor is het ook lastig om maatregelen te nemen, laat staan te controleren.

Zes van de zeven zorgverzekeraars ervaart dat de farmaceutische industrie invloed uitoefent op zorgaanbieders. Zo zeggen drie verzekeraars dat het voorschrijfgedrag door de farmaceutische industrie wordt beïnvloed. De invloed van de fabrikant van een specialité op het voorschrijfgedrag van de arts als een of meer biosimilars worden geïntroduceerd wordt als voorbeeld genoemd. Ook zegt een verzekeraar dat de extra geldstromen van fabrikanten voor wetenschappelijke studies en projecten zoals eHealth de markt verstoren. Eén zorgverzekeraar zegt deze invloed te beperken door te streven naar een level playing field voor alle fabrikanten en door lagere contractprijzen af te spreken. De overige zes verzekeraars nemen geen maatregelen, omdat zij te weinig mogelijkheden hebben om de invloed te beperken of omdat zij dit niet als haar taak ziet (n=1).

Vier verzekeraars ervaren dat de farmaceutische industrie invloed uitoefent op haar eigen inkoopbeleid. Twee verzekeraars geven aan dat de fabrikant twijfel zaait over het selectieve inkoopbeleid door uitspraken van beroepsgroepen ter discussie te stellen. Een andere verzekeraar zegt dat het voorkomt dat fabrikanten de contractprijs tussen verzekeraar en ziekenhuis gaan bediscussiëren. De vierde verzekeraar zegt dat als een fabrikant het inkoopbeleid kent, zij dit inzet om de zorgaanbieder te beïnvloeden (bijvoorbeeld nacalculatieafspraken). Vijf verzekeraars zeggen maatregelen te treffen om deze invloed te beperken. Zo zeggen twee verzekeraars selectief te zijn met de informatie die zij met fabrikanten delen. Een andere verzekeraar neemt contact op met de zorgaanbieder over de vragen die de fabrikant heeft gesteld over de betreffende zorgaanbieder. Weer een andere verzekeraar stelt dat het belang van de industrie helemaal niet wordt meegenomen bij het geneesmiddelenbeleid. De vijfde verzekeraar zegt in gesprek te blijven met de industrie over beïnvloeding.

De NZa zal bovenstaande bevindingen delen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

4.4 Financiële arrangementen

Wij hebben onderzocht of de financiële arrangementen die het ministerie van VWS afsluit met geneesmiddelenfabrikanten invloed hebben op de inkoop van geneesmiddelen door ziekenhuizen bij de farmaceutische industrie. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen; uitsluitend in gevallen dat er sprake is van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel. De opbrengsten van de arrangementen komen terecht bij de zorgverzekeraar, zonder dat voor andere partijen dan het ministerie en de fabrikant inzichtelijk wordt wat de afgesproken prijs per geneesmiddel is.

Het ministerie beoogt alleen financiële arrangementen af te sluiten voor geneesmiddelen waarbij zorgaanbieders onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs.

Elf van de 59 ziekenhuizen (19%), waarvan één academisch ziekenhuis, geven aan dat het voorkomt dat zij voor een geneesmiddel waar een financieel arrangement voor is afgesloten, voorheen korting konden bedingen. Volgens vijf algemene ziekenhuizen gaat dit om één geneesmiddel. Volgens drie algemene ziekenhuizen en één academisch ziekenhuis gaat dit om twee geneesmiddelen. Eén algemeen ziekenhuis stelt dat dit betrekking heeft op drie geneesmiddelen en één algemeen ziekenhuis geeft aan dat zij bij zes geneesmiddelen korting

konden bedingen vóórdat een arrangement was afgesloten. Twee algemene ziekenhuizen zeggen dat zij ná afsluiting van het financieel arrangement voor één geneesmiddel nog steeds korting kon bedingen bij de betreffende fabrikant. Eén academisch ziekenhuis stelt dat dit voor twee geneesmiddelen het geval is.

Drie van de zeven zorgverzekeraars geeft in de onderhandelingen met zorgaanbieders aan hoe zij de opbrengst van financiële arrangementen gaan inzetten. Een verzekeraar geeft aan dat sinds kort de werkwijze is dat verzekeraars een schatting van het volume aanleveren aan VWS en dat VWS vervolgens aangeeft wat de opbrengst bij dat volume is. Hierdoor zijn zorgverzekeraars beter in staat de opbrengsten direct mee te nemen in de mandaten naar de ziekenhuizen en de premieberekening. Zeven verzekeraars nemen deze opbrengsten mee in de premieberekening. Daarnaast zeggen drie verzekeraars de middelen te gebruiken om nieuwe dure geneesmiddelen van te financieren.

4.5 Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen

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

Eenzestig procent van de ziekenhuizen vindt de leidraad nuttig, 31% vindt het niet nuttig en 8% kent de leidraad niet. Ondanks dat de leidraad dus veelal als nuttig wordt ervaren, heeft deze in mindere mate invloed op de inkoop: 65% van de ziekenhuizen die de leidraad kennen geeft aan dat de leidraad (nog) geen invloed heeft op het huidige inkoopbeleid. Geen van de drie zbc's die de leidraad kennen vindt de leidraad nuttig. Daarentegen vinden alle zorgverzekeraars het document wel nuttig. Toch is er een verzekeraar die de leidraad niet gebruikt, omdat die verzekeraar eigen beleid voert. Eén van de zorgverzekeraars die de leidraad wel gebruikt geeft aan dat er veel juridisch overleg nodig is om binnen de veilige haven te kunnen acteren, waardoor het leidt tot vertraging en hoge kosten.

Zorgaanbieders die de leidraad niet nuttig vinden noemen, in willekeurige volgorde, de volgende redenen:

- a Er is geen wijziging in de gezamenlijke inkoop dan voor de leidraad werd uitgebracht
- b Er is (nog) geen sprake van gezamenlijke inkoop
- c Er worden geen echte innovatieve oplossingen in benoemd
- d De leidraad gaat niet in op de ervaren problemen
- e Er worden geen belemmeringen in gezamenlijke inkoop ervaren

De leidraad van de ACM dateert van juni 2016. De ACM heeft aangegeven de aanpak in 2019 te evalueren.

4.6 Invloed NZa maximumtarieven op contractprijzen

Wij hebben aan zorgverzekeraars gevraagd welke rol de NZa maximumtarieven spelen in geneesmiddelenonderhandelingen met ziekenhuizen. Als voordeel noemen verzekeraars dat de tarieven fungeren als referentietarieven en als bovengrens voor

de af te spreken contractprijzen. Meerdere verzekeraars geven aan dat voor geneesmiddelen zonder concurrentie over het algemeen het NZa maximumtarief wordt gebruikt en voor overige add-ongeneesmiddelen een lagere contractprijs. Ook vinden zij het een voordeel dat de NZa de maximumtarieven naar beneden bijstelt als de Wgp maximumprijs daalt.

Géén van de zorgverzekeraars vindt de NZa tariefregulering belemmerend in de onderhandelingen. Desondanks benoemen verzekeraars als nadeel dat de meeste ziekenhuizen standaard de add-ongeneesmiddelen tegen het NZa maximumtarief offrenen aan verzekeraars in plaats van tegen de werkelijke inkoopprijs. Het komt dan aan op de onderhandeling van de verzekeraar om een lagere contractprijs af te spreken.

Drie verzekeraars benoemen de volgende verbeterpunten:

- Verlaging NZa maximumtarieven, bijvoorbeeld bij de introductie van biosimilars
- Hanteren van vergoedingslimieten per cluster van geneesmiddelen op basis van de Wgp maximumprijs
- Flat pricing niet toestaan in de tariefregulering
- Frequentie van tariefvaststelling verhogen naar maandelijks

De NZa zal deze suggesties in overweging nemen. De laatstgenoemde aanbeveling heeft met name betrekking op verlaging van de administratieve lasten. De overige aanbevelingen geven het beeld dat zorgverzekeraars een grotere rol van de overheid verlangen om de geneesmiddelenuitgaven te beheersen. Uit de analyse die is gedaan in paragraaf 'Overgang van concurrentie' blijkt dat bij het geneesmiddel infliximab de verzekeraars erin slagen om een scherpere contractprijs af te spreken bij toenemende concurrentie, ondanks dat het NZa maximumtarief hoog blijft. De vraag die voor de NZa nog onbeantwoord is,

is of in een dergelijk geval de contractprijs nóg scherper had kunnen zijn als er géén NZa maximumtarief zou zijn geweest, zodat deze niet als richtprijs kan worden gehanteerd door ziekenhuizen in de onderhandeling. Voor andere geneesmiddelen zal de situatie anders kunnen zijn. De NZa zal hierover in gesprek gaan met in ieder geval de zorgverzekeraars die de verbeterpunten aangaven.

4.7 Conclusies

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spannen zich in om geneesmiddelen scherp in te kopen. Zorgverzekeraars slagen er in 2018 allemaal in om lagere contractprijzen af te spreken met zorgaanbieders dan in het jaar 2017. Ook slagen nog steeds de meeste ziekenhuizen erin om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten dan het jaar daarvoor, maar dit aantal is iets lager dan vorig jaar. Ziekenhuizen die niet (meer) scherper kunnen inkopen zeggen dat dit voornamelijk komt doordat de inkoopstrategie nu optimaal is en zij dus niet beter kunnen inkopen dan dat ze nu doen. In een steekproef zien we dat ziekenhuizen een beter onderhandelresultaat halen met fabrikanten en dit vertaalt zich in toenemende mate naar lagere contractprijzen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Voor het jaar 2018 wordt vaker afgesproken dat de ziekenhuizen add-ongeneesmiddelen declareren tegen netto inkooprijzen, waarbij geldt dat deze prijzen niet herleidbaar zijn naar afzonderlijke geneesmiddelen.

Een andere positieve ontwikkeling is dat vrijwel alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders maatregelen nemen om gepast gebruik van dure geneesmiddelen te bevorderen. Volgens de helft van de zorgaanbieders kunnen zij dit echter nog niet optimaal door 1) het ontbreken van benchmarkinformatie met andere ziekenhuizen, 2) het ontbreken van de organisatie en een goed ingericht ict-

systeem om gegevens over het gebruik van geneesmiddelen op een efficiënte manier vast te leggen en te ontsluiten en 3) omdat niet alle wetenschappelijke verenigingen een duidelijk en tijdig standpunt innemen over de plaatsbepaling van nieuwe geneesmiddelen en indicaties. Veldpartijen werken op dit moment al aan verbetering van deze punten. Indien dit onvoldoende verbetering geeft, zou de NZa een rol kunnen spelen via haar regelgeving. Zo zouden wij gepast gebruik kunnen stimuleren door het afgeven van een add-on prestatie te koppelen aan de aanwezigheid van een standpunt van de wetenschappelijke vereniging. Wij zullen de bevindingen van deze monitor, waaronder over gepast gebruik bespreken in het Landelijk Overleg integraal pakket aan maatregelen.

Hoewel de meeste zorgaanbieders vinden dat maatregelen moeten worden genomen om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken doen de meeste zorgaanbieders dit niet. De belangrijkste redenen die ziekenhuizen hiervoor noemen zijn de financiële afhankelijkheid van ziekenhuizen en de ongrijpbaarheid van de invloed. De NZa zal deze bevindingen delen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

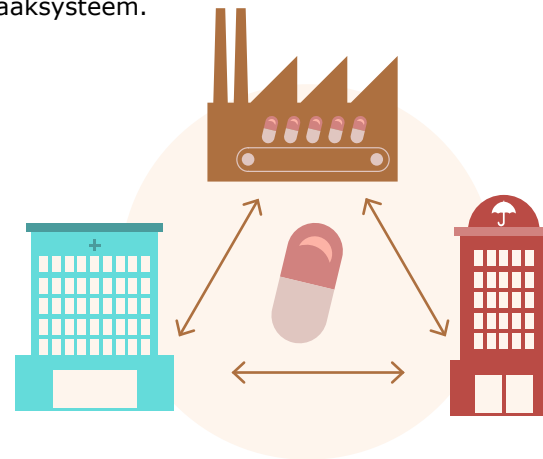
Ondanks de positieve ontwikkeling op inkooprijzen en gepast gebruik, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich nog steeds zorgen over de uitgavenontwikkeling van geneesmiddelen en de mogelijkheid tot beheersing daarvan. Daarbij maken met name zorgverzekeraars zich zorgen over de verdere verschuiving van het volumerisico naar de zorgverzekeraar en de prikkel voor scherpe inkoop door zorgaanbieders. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat meer nacalculatieafspraken worden gemaakt voor dure geneesmiddelen en dat zorgaanbieders aantoonbaar scherp moeten inkopen en de afspraken over doelmatig voorschrijven en gepast gebruik moeten naleven.

De NZa deelt deze zorgen van zorgverzekeraars en vraagt zich daarbij af of zorgverzekeraars over voldoende informatie kunnen beschikken om deze afspraken te kunnen controleren en nacalculatie in gevallen ook niet toe te staan. In aanvulling daarop vindt de NZa het zorgwekkend dat een zorgverzekeraar het risico op negatieve pers noemt als drijfveer om nacalculatieafspraken te maken. Dat roept de vraag op of een zorgverzekeraar überhaupt nacalculatie wil afkeuren op het moment dat de afspraken niet worden nageleefd. Wij willen in gesprek met zorgverzekeraars nagaan wat de motivatie is voor het maken van nacalculatieafspraken voor de gehele groep van add-on-geneesmiddelen. Daarbij zullen we kijken of het in het belang van de maatschappij is om de add-on prestaties van geneesmiddelen die niet (meer) duur zijn door te halen, waardoor meer geneesmiddelen als onderdeel van een dbc-zorgproduct worden bekostigd.

Wij zien naar aanleiding van bovenstaande bevindingen significante risico's ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van medisch-specialistische zorg. Zorgverzekeraars hebben een uitdagende taak om geneesmiddelen én de medisch-specialistische zorg als geheel betaalbaar, maar óók toegankelijk te houden, vanaf het moment dat een geneesmiddel het verzekerde pakket instroomt. De driehoek tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de farmaceutische industrie bij de inkoop van geneesmiddelen is in het huidige systeem een gegeven. Daarbij vermoeden wij dat de belangen niet met elkaar in evenwicht zijn.

De NZa gaat onderzoeken of deze markt beter ingericht kan worden. Wij vragen ons af of zorgverzekeraars hun rol in de driehoeksrelatie met zorgaanbieders en de farmaceutische industrie, op de korte en lange termijn voldoende kunnen uitoefenen. Hierbij zijn aspecten als prijstransparantie en de verhouding van marktmacht tussen zorgaanbieders, verzekeraars en de farmaceutische industrie relevant. Daarnaast kan de lokale markt niet los worden gezien van het (inter)nationale stelsel en zullen wij in aanvulling op het NZa rapport Toegankelijkheid en betaalbaarheid geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg uit juli 2015 onderzoeken of stelsels uit andere landen voordelen kunnen bieden ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelenzorg in Nederland.

De NZa gaat hierover in gesprek met onder meer zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het ministerie van VWS. De maatregelen die zorgverzekeraars en zorgaanbieders op lokaal niveau nemen kunnen niet los worden gezien van de maatregelen die aangekondigd zijn op nationaal en internationaal niveau, zoals regelgeving rondom patentbescherming, de financiering van onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen en het meer gesloten maken van het aanspraakstelsel.



5. Toegankelijkheid

5.1 Knelpunten met de inzet en vergoeding van dure geneesmiddelen

5.2 Gevolgen voor de patiënt

5.3 Conclusies

5 Toegankelijkheid

Verzekerde zorg dient voldoende toegankelijk te zijn, dit geldt ook voor dure geneesmiddelen. In onze enquête zijn diverse vragen gesteld over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen binnen de Zorgverzekeringswet. Daarnaast hebben wij zes ziekenhuizen en drie zorgverzekeraars telefonisch geïnterviewd. De resultaten hiervan zijn in dit hoofdstuk verwerkt.

Dit hoofdstuk bevat informatie over de ervaren knelpunten in de toegankelijkheid, de maatregelen die partijen nemen, de gevolgen voor de toegankelijkheid van de patiënt en de conclusies.

Allereerst inventariseren we de knelpunten in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen.

5.1 Knelpunten met de inzet en vergoeding van dure geneesmiddelen

Lopende het jaar kunnen nieuwe geneesmiddelen of nieuwe indicaties worden geregistreerd en onderdeel worden van het verzekerde pakket. Het kan voorkomen dat het ziekenhuis op dat moment nog geen afspraken heeft gemaakt met de dominante zorgverzekeraar over de inzet van dit middel. 78% van de ziekenhuizen geeft aan knelpunten te ervaren met de inzet van nieuwe dure geneesmiddelen. In eerdere NZa monitors was dit percentage nog 71% (2017), 69% (2016) en 64% (2015). Er lijkt hiermee sprake van een licht opwaartse trend.

Ruim driekwart van de algemene ziekenhuizen ervaart in 2018 knelpunten met de inzet van één of meer dure geneesmiddelen die artsen binnen hun instelling willen voorschrijven, omdat dit middel niet (volledig) vergoed wordt door de zorgverzekeraar, of omdat het (nog) niet duidelijk is of dit middel wordt vergoed. Dit knelpunt speelt bij 50% van de academische ziekenhuizen.

Het is opvallend dat minder verzekeraars knelpunten ervaren dan zorgaanbieders. Vijf van de zeven zorgverzekeraars hebben in 2018 van enkele ziekenhuizen vernomen dat zij knelpunten ervaren met de inzet of vergoeding. Twee van de zeven zorgverzekeraars hebben geen knelpunten van ziekenhuizen vernomen.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekeraars en zorgaanbieders van elkaar verschillen in wat zij als knelpunt bestempelen. Een ziekenhuis kan het als knelpunt ervaren als een bepaald geneesmiddel niet is ingekocht, ongeacht of het wel bij een andere instelling is ingekocht. Een verzekeraar ervaart dit mogelijk niet als knelpunt, de zorg wordt immers in een ander ziekenhuis geleverd.

Verzekeraars geven aan dat knelpunten geen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van de middelen voor de verzekerden. Met het maken van nacalculatieafspraken, ruime meerderheid van de contracten, worden juist knelpunten voorkomen.

Soort knelpunten

De ziekenhuizen hebben aangegeven hoe vaak bepaalde situaties ten grondslag lagen aan de ervaren knelpunten.

Tabel 8. Situaties ten grondslag aan ervaren knelpunten

Deze situatie lag ten grondslag aan de ervaren knelpunten...	in alle gevallen	in de meeste gevallen	in enkele gevallen	in geen enkel geval
Het betrof de inzet van een geneesmiddel dat door de betreffende zorgverzekeraar <i>niet was ingekocht</i> omdat het ten tijde van de onderhandelingen nog niet op de markt was.	14,0%	25,6%	32,6%	27,9%
Het betrof de inzet van een geneesmiddel dat expliciet niet was ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar bij onze instelling (<i>selectieve inkoop</i>).	4,7%	16,3%	62,8%	16,3%
Wij moesten méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan ten tijde van de contract-onderhandelingen was voorzien.	-	4,7%	25,6%	69,8%
De afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen was lager dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant.	2,3%	2,3%	62,8%	32,6%
De opbrengsten voor de instelling uit de inkoop van geneesmiddelen (add-on en niet-add-on geneesmiddelen) bij fabrikanten (marge) is lager dan in voorgaande jaren.	4,7%	16,3%	23,3%	55,8%
Er was nog geen add-on prestatie beschikbaar.	-	4,7%	44,2%	51,2%
De geneesmiddelencommissie heeft nog geen plaatsbepaling van dit/deze geneesmiddel(len) gemaakt.	-	4,7%	23,3%	72,1%
Het betrof de inzet van een geneesmiddel waarbij de 'stand van wetenschap en praktijk' nog niet was aangetoond door de betreffende beroepsvereniging(en) voor deze specifieke indicatie.	-	2,3%	37,2%	60,5%

Op de eerste situatie, het geneesmiddel was nog niet ingekocht, en de situatie dat er nog geen add-on prestatie beschikbaar was, gaan we hieronder dieper in.

Inkoop nieuwe geneesmiddelen

In de enquête hebben we aan de zorgverzekeraars gevraagd of het voorkomt dat op het moment dat een nieuw geneesmiddel of nieuwe indicatie is geregistreerd en onderdeel wordt van het verzekerde pakket, de zorgverzekeraar nog geen afspraken heeft gemaakt met ziekenhuizen over de inzet van dit middel. 43% van de zorgverzekeraars zegt dat dit vaak voorkomt, eveneens 43% geeft aan dat het soms voorkomt en bij 14% komt het niet voor.

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

Tabel 9. Beleid zorgverzekeraars nieuwe geneesmiddelen

Wat is uw beleid in 2018 in de situatie dat een verzekerde is aangewezen op een nieuw geneesmiddel waarvoor u nog geen contractafspraken hebt gemaakt?	Aantal zorgverzekeraars (n=6)
Voor deze categorie geneesmiddelen hebben wij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel) nacalculatieafspraken gemaakt.	0
Voor deze situatie hebben wij geen expliciete afspraken gemaakt met instellingen. Indien instellingen dit geneesmiddel willen inzetten, zullen wij per individuele casus hierover contact hebben met de betreffende instellingen.	3
Een combinatie tussen antwoord 1 en 2.	1
Indien een zorgaanbieder gedurende het jaar een nieuw geneesmiddel of een bestaand geneesmiddel met een nieuwe indicatie wil inzetten, dient de zorgaanbieder eerst contact op te nemen met de zorgverzekeraar. Deze bepaalt onder andere aan de hand van input van de zorgaanbieder, eigen expertise, door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en kwaliteitscriteria of het geneesmiddel ingekocht wordt en op welke wijze het nieuwe geneesmiddel of de nieuwe indicatie van een bestaand geneesmiddel gecontracteerd zal worden (plafond of nacalculatie).	1
Wij voegen deze middelen toe aan de afspraak, bij voorkeur vlak voordat de add-on beschikbaar is. Maandelijks sturen we pro-actief een prijslijst uit waarop waar en tegen welke voorwaarden (prijs, wel/niet nacalculatie, eventuele kwaliteitscriteria) we willen inkopen. Bij voorkeur is dit tijdig afgestemd met de beroepsgroep. Ziekenhuizen hebben doorgaans meer tijd nodig om een middel daadwerkelijk te gaan inzetten.	1

Wat opvalt is dat vorig jaar drie van de acht zorgverzekeraars aangaven dat zij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel) nacalculatieafspraken hadden gemaakt. Geen van de verzekeraars geeft aan dat dit in 2018 hun beleid is.

Add-on prestatie nog niet beschikbaar

Het kan voorkomen dat nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel beschikt over een handelsvergunning. In onderstaande tabel staat het beleid dat de zorgverzekeraars hanteren.

Tabel 10. Beleid zorgverzekeraars nieuwe dure geneesmiddelen zonder add-on prestatie

Het kan voorkomen dat er nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel beschikt over een handelsvergunning. Wat is uw beleid in 2018 in een dergelijke situatie?	Aantal zorgverzekeraars (n=7)
--	--------------------------------------

Er wordt niet onderhandeld over vergoeding. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-on prestatie in werking treedt.	1
---	---

Er wordt niet onderhandeld over vergoeding via dbc-zorgproduct of add-on prestatie totdat duidelijk is of de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel.	4
--	---

Er wordt niet vooraf onderhandeld. Meestal is er nog geen add-on omdat er nog voorbereidingen gaande zijn voor een goede introductie. Bijvoorbeeld welke centra (criteria), welke prijs. Ziekenhuizen die het middel willen voorschrijven zijn doorgaans nauw betrokken. Zo nodig wordt achteraf wel een afspraak gemaakt over de periode dat het middel nog geen add-on prestatie had.	1
---	---

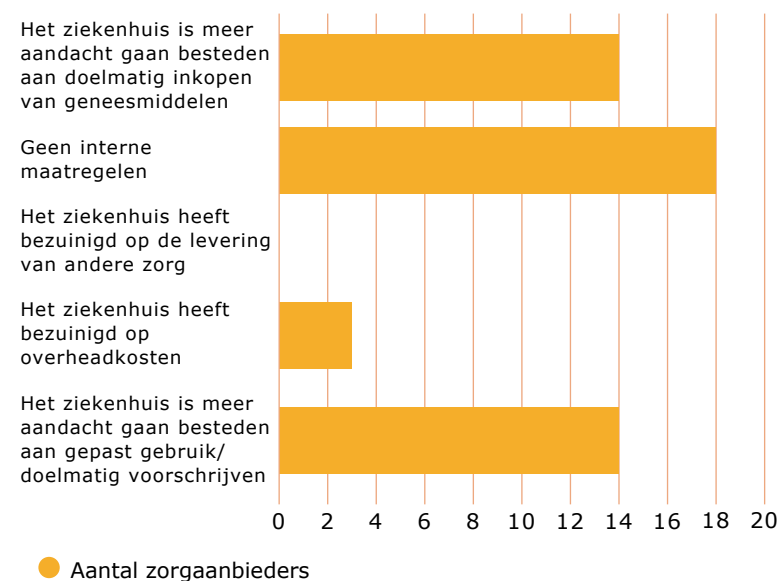
Normaal wordt hier niet over onderhandeld totdat een add-on beschikbaar is, maar dit is wel zeer afhankelijk van de situatie van het ziekenhuis en de positie van het geneesmiddel.	1
---	---

De verzekeraars verschillen in het beleid dat zij hanteren voor de gevallen dat er nog geen add-on prestatie beschikbaar is voor een nieuw geneesmiddel. De meerderheid, vier verzekeraars, onderhandelen niet totdat duidelijk is of de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel.

Maatregelen ziekenhuis intern

In onderstaande figuur staan de interne maatregelen die de ziekenhuizen hebben genomen om de ervaren knelpunten op te lossen.

Figuur 23. Interne maatregelen ziekenhuizen



Opvallend is dat er geen ziekenhuizen zijn die hebben aangegeven dat ze hebben bezuinigd op de levering van andere zorg. Eerder in deze monitor constateren wij dat er een risico is op verdringing van andere zorg, omdat de uitgaven aan dure geneesmiddelen harder stijgen dan de afgesproken maximale uitgavengroei voor de medisch-specialistische zorg. 18 van de 43 ziekenhuizen geven aan dat ze geen interne maatregelen hebben genomen. 14 ziekenhuizen geven aan dat zij meer aandacht gaan besteden aan doelmatig inkopen van geneesmiddelen. Meer aandacht besteden aan gepast gebruik/doelmatig voorschrijven geven ook 14 ziekenhuizen aan. 7 van de 43 ziekenhuizen geven aan dat zij (sneller) het overleg met verzekeraars aangaan. Andere antwoorden die ziekenhuizen geven zitten meer aan de proceskant:

- Proces besluitvorming verbeterd.
- De lijnen tussen apotheek en zorgverkoop zijn korter geworden.
- Duidelijke afspraken maken met voorschrijvers over (nog) niet-vergoede zorg.
- Verandering in proces aanvraag nieuwe geneesmiddelen en indicaties, bewustwording in huis en communicatie richting patiënt.
- Nog meer aandacht voor relatie specialist en verkoop.

Bij 62% van de ziekenhuizen waren de maatregel(en) effectief om de knelpunten op te lossen. Bij 38% van de ziekenhuizen was dit niet het geval.

Maatregelen ziekenhuis richting zorgverzekeraars

Ziekenhuizen hebben ook maatregelen richting de verzekeraars genomen als gevolg van de knelpunten met de inzet van dure geneesmiddelen.

84% van de ziekenhuizen heeft geprobeerd de gemaakte contractafspraken voor add-on geneesmiddelen aan te passen gedurende het jaar. Het is niet bekend of dit daadwerkelijk gelukt is.

9% van de ziekenhuizen heeft geprobeerd de gemaakte contractafspraken voor dbc-zorgproducten aan te passen gedurende het jaar.

7% heeft geen maatregelen genomen richting de zorgverzekeraars. Andere maatregelen of oplossingen die ziekenhuizen aangeven zijn:

- De vergoeding van dure geneesmiddelen moet met terugwerkende kracht gelden vanaf het moment dat het medicijn in het verzekerde pakket zit.
- Voor 2019 proberen nieuwe afspraken te maken.
- Ingezet op afspraken over de snelheid van reageren op nieuwe middelen en hier uitsluitel over geven.

Bij 10% van de ziekenhuizen waren de maatregelen effectief en zijn de knelpunten volledig opgelost. 65% van de ziekenhuizen geeft aan dat de knelpunten ten dele zijn opgelost en een kwart van de ziekenhuizen geeft aan dat de door de genomen maatregelen de knelpunten niet zijn opgelost.

Maatregelen zorgverzekeraars richting zorg-aanbieders

Alle zorgverzekeraars hebben ook actie ondernomen naar aanleiding van deze knelpunten.

Vijf zorgverzekeraars hebben gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor add-on geneesmiddelen of OZP-stollingsfactoren aangepast. Zij hebben niet gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor dbc-zorgproducten aangepast. 9% van de ziekenhuizen geven echter wel aan dat zij dit gedaan hebben. Een zorgverzekeraar geeft aan dat zij ernaar streven om zo spoedig mogelijk duidelijkheid te geven over waar zij de dure geneesmiddelen inkopen en tegen welke voorwaarden. Een andere verzekeraar geeft aan dat het ziekenhuis zelf heeft bemiddeld en doorverwezen naar een ander ziekenhuis.

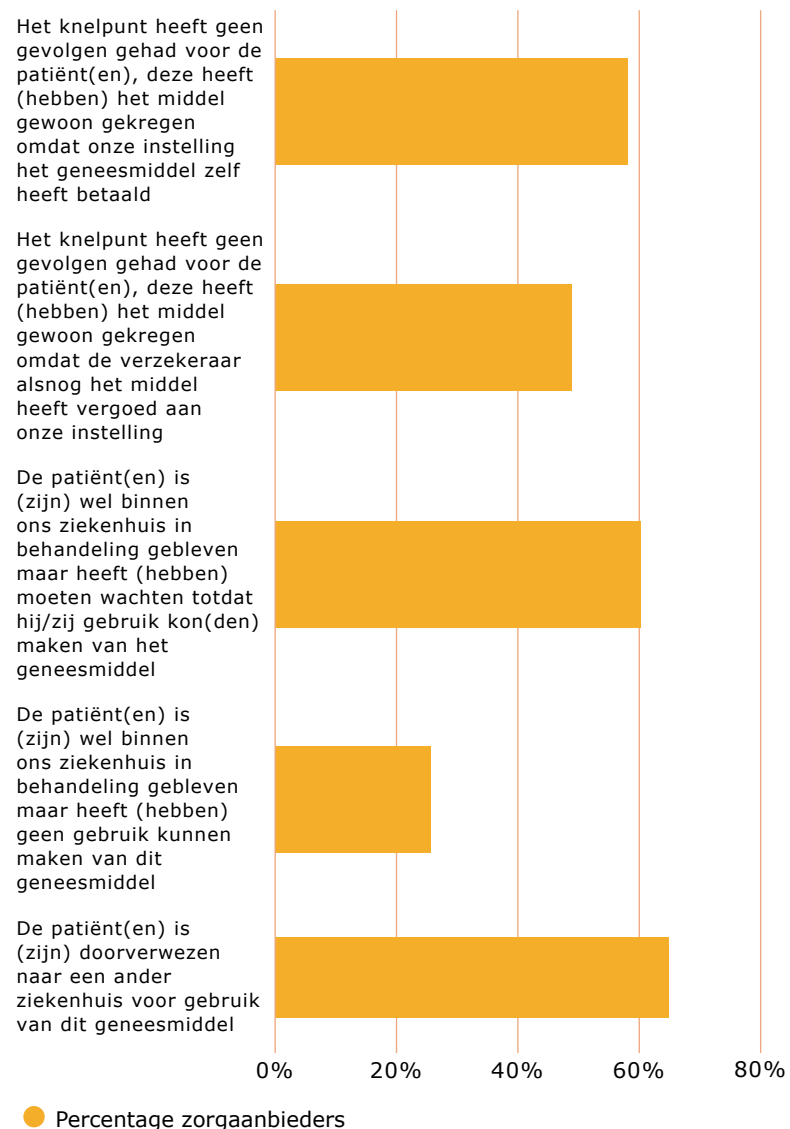
5.2 Gevolgen voor de patiënt

De genoemde knelpunten hebben volgens de zorgverzekeraars geen gevolgen gehad voor de verzekerden die aangewezen waren op het geneesmiddel/de geneesmiddelen in kwestie. De verzekerden zijn of doorverwezen naar een ander ziekenhuis (30%) of de zorgverzekeraars hebben het middel alsnog vergoed (50%) of het ziekenhuis heeft het middel zelf betaald (20%).

De zorgverzekeraars geven aan dat verzekerden gebruik hebben kunnen maken van het geneesmiddel. Er zijn geen signalen dat patiënten moeten wachten totdat ze gebruik konden maken van het geneesmiddel.

De ziekenhuizen hebben in de enquête ook aangegeven welke gevolgen deze knelpunten volgens hen hebben gehad voor de patiënten die aangewezen waren op het geneesmiddel/de geneesmiddelen in kwestie (zie onderstaande figuur).

Figuur 24. Gevolgen knelpunten voor de patiënt (meerdere antwoorden mogelijk)



Uit bovenstaande figuur valt te concluderen dat in (verreweg) de meeste gevallen de toegankelijkheid niet in het geding is geweest. Bij 25 van de 43 ziekenhuizen hebben de patiënten het middel gewoon gekregen, omdat het ziekenhuis het geneesmiddel zelf heeft betaald, bij 21 ziekenhuizen heeft de verzekeraar alsnog het middel vergoed en bij 28 ziekenhuizen zijn de patiënten doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor gebruik van dit middel. 26 ziekenhuizen geven aan dat de patiënt moest wachten voordat zij het geneesmiddel konden gebruiken. Slechts 11 van de 43 ziekenhuizen geven aan dat de patiënt binnen het ziekenhuis is gebleven, maar dat ze geen gebruik hebben kunnen maken van het geneesmiddel.

Hieronder zoomen we verder in op enkele situaties.

Zorgaanbieders verwijzen patiënten door

Indien een ziekenhuis een patiënt niet kan behandelen met een geneesmiddel, dan kan het ziekenhuis de patiënt voor gebruik van dit geneesmiddel doorverwijzen naar een ander ziekenhuis. In de enquête geven 28 van de 43 ziekenhuizen aan patiënten door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. In de monitor van 2017 waren dit 20 van de 42 en in 2016 waren dit zes van de 31 zorgaanbieders. Het lijkt er dus op dat het aantal verwijzingen toeneemt. Alle zorgverzekeraars kopen dure geneesmiddelen selectief in. Selectieve inkoop kan doorverwijzingen van patiënten tot gevolg hebben. De patiënt kan voor behandeling met dit middel terecht in een ander ziekenhuis.

Het aantal patiënten, die werden doorverwezen naar een ander ziekenhuis varieert van 1 tot 50. 23 van de 28 ziekenhuizen (82%) geven aan dit 1 tot en met 10 keer te hebben gedaan.

Als een patiënt is ingesteld op de medicatie, kan het voor een patiënt patiëntvriendelijker zijn als een algemeen ziekenhuis de

zorg kan overnemen van een academisch ziekenhuis. Anders moet de patiënt bijvoorbeeld heen en weer reizen voor de medicatie. Daarbij moet er wel meer duidelijkheid komen over welk ziekenhuis eventuele bijwerkingen behandelt: het algemene of het academische ziekenhuis. Dat is nu nog vaak onduidelijk. Het ziekenhuis waar dit speelt, geeft aan dat een multidisciplinair overleg op patiëntniveau met het academische ziekenhuis een oplossing is. Zo kan afgesproken worden dat het algemene ziekenhuis het middel toedient en dat dit ook vergoed kan worden.

Wachttijden

Meer dan de helft (26 van de 43) van de ziekenhuizen geeft aan dat de patiënten moesten wachten op een geneesmiddel, omdat dit niet (volledig) vergoed wordt aan het ziekenhuis of omdat niet duidelijk was of dit werd vergoed. Opmerkelijk is dat verzekeraars hebben aangegeven dat verzekerden niet hebben hoeven wachten op het geneesmiddel.

Het aantal patiënten varieert tussen de 1 en 20. Een ziekenhuis gaf aan dat 100 patiënten moesten wachten. Wij hebben bij dit ziekenhuis navraag gedaan. Het ziekenhuis gaf aan dat het een inschatting betreft. We hebben deze waarde verder niet meegenomen in de berekeningen. Patiënten moeten wachten, omdat met registratie en toelating tijd gemoeid is en dat de patiënt pas het geneesmiddel krijgt als het geneesmiddel vergoed wordt. Het ziekenhuis gaf aan dat de patiënten die het betrof, konden wachten en het medisch verantwoord was. Dat patiënten af en toe het gevoel hebben dat ze lang moeten wachten op een nieuw geneesmiddel is ook tijdens de interviews aangegeven. Het oordeel van de beroepsgroep over de plaats van het geneesmiddel in de behandeling, het lokaal inregelen en de financiële zekerheid laten soms op zich wachten.

In totaal hebben 148 patiënten in deze ziekenhuizen moeten wachten (2017: 91). Gemiddeld moesten zij 42 dagen wachten (2017: 17 dagen). Bij 83% van deze patiënten was het medisch verantwoord om te wachten op dit geneesmiddel. Wij hebben niet onderzocht wat er is gebeurd met de patiënten waarbij het niet medisch verantwoord was om te wachten.

Patiënt blijft in ziekenhuis, geen gebruik van geneesmiddel

De zorgverzekeraars geven niet aan dat de verzekerden geen gebruik hebben kunnen maken van het geneesmiddel. Bijna een kwart (11) van de (43) ziekenhuizen geven daarentegen aan dat de patiënten geen gebruik hebben kunnen maken van dit geneesmiddel, maar wel binnen het ziekenhuis in behandeling zijn gebleven.

Vergelijkbare therapeutische waarde

Als we inzoomen op de groep patiënten, dan blijkt dat deze patiënten in 55% van de gevallen wel en in 45% van de gevallen niet zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde dat wél werd vergoed door de verzekeraar.

Het aantal patiënten bij de vijf ziekenhuizen die niet zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde varieert tussen de 0 en de 50. Het gemiddelde is 16 patiënten. Voor deze patiënten hebben we niet gevraagd of ze een ander type behandeling hebben gekregen.

Informatie richting patiënten

Twee van de vijf ziekenhuizen informeren alle patiënten dat zij niet zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare

therapeutische waarde. De andere drie ziekenhuizen hebben sommige patiënten wel en sommige patiënten niet geïnformeerd. Uit de achterliggende data blijkt dat verreweg de meeste patiënten wel zijn geïnformeerd dat zij niet behandeld zijn met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde.

Bemiddelingsverzoeken

Slechts een van de zeven zorgverzekeraars heeft in 2018 één bemiddelingsverzoek van een verzekerde ontvangen.

Zorgverzekeraars handelen verschillend in het geval van een bemiddelingsverzoek:

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

Klachten

Uit de enquête blijkt dat zorgverzekeraars in 2018 geen klachten hebben ontvangen van verzekerden over het (tijdelijk) niet-verkrijgen van een geneesmiddel.

Signalen

In 2018 zijn er geen signalen over problemen in de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen gemeld bij de Nederlandse Zorgautoriteit (2017: 0).

5.3 Conclusies

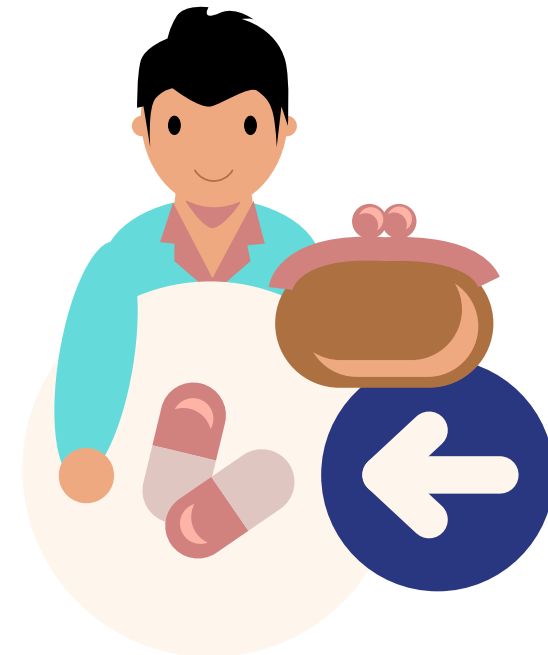
In 2018 zijn er meer nacalculatieafspraken gemaakt voor de dure geneesmiddelen. Dit is een goede en positieve stap voor de toegankelijkheid van deze middelen. Ondanks dat er meer nacalculatieafspraken worden gemaakt, ervaren ten opzichte van vorig jaar meer ziekenhuizen knelpunten met de inzet en vergoeding van dure geneesmiddelen. Zorgverzekeraars ervaren minder knelpunten dan zorgaanbieders. Zij geven aan dat de knelpunten geen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van de middelen voor de verzekerden. Uit de enquête bleek dat de zeven zorgverzekeraars geen klachten hebben gekregen en dat een zorgverzekeraar slechts één bemiddelingsverzoek heeft ontvangen. De NZa heeft ook geen signalen binnengekregen over problemen in de toegankelijkheid. Wij zien daarom ook geen aanleiding om alternatieve onderzoeksmethoden te verkennen om na te gaan wat patiënten in de praktijk ervaren. In hoeverre zorgverzekeraars de zorgplicht naleven, nemen we mee in de gesprekken met de zorgverzekeraars over hoe zij omgaan met de kostenstijging van de dure geneesmiddelen in relatie tot de overige medisch-specialistische zorg, rekening houdend met de financiële ruimte.

In de vorige monitor is aangegeven dat het proces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar nog niet altijd vlekkeloos verloopt en dat het hierdoor lijkt dat patiënten in sommige gevallen moeten wachten totdat zij een geneesmiddel kunnen ontvangen. In deze monitor zien we dit ook terug. Om de patiënt snel duidelijkheid te geven, eventueel snel te kunnen behandelen en de wachttijd te verminderen, moeten zorgverzekeraar, zorgaanbieder en de beroepsgroep nog beter anticiperen op

de introductie van nieuwe middelen en indicaties. Dit betreft:

- De beroepsgroep geeft tijdig –voor introductie op de markt– een standpunt af over de plaatsbepaling. De brancheverenigingen van de zorgaanbieders geven aan dat de beroepsgroepen hierin gefaciliteerd moeten worden.
- Indien er bijzondere kwaliteitscriteria gelden worden deze tijdig –voor introductie op de markt– met instemming van de benodigde partijen vastgesteld en gepubliceerd. De brancheorganisaties van de zorgaanbieders hopen nog in 2018 hierover afspraken te maken.
- Verzekeraars en zorgaanbieders maken vervolgens tijdig – voor de introductie op de markt – met elkaar afspraken over de inzet en vergoeding van betreffende geneesmiddelen.

Wij blijven de ontwikkelingen op het gebied van de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen meten.



Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

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

Vormgeving
Taluut