Bijlage

Monitor geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg 2020

Opzet, bronnen en methoden

april 2020

Inhoud

1. Kwantitatieve analyse **3**
1.1 Uitgaven versus vergoedingen 3
1.2 Bronnen 4
1.3 Waarde geneesmiddelen 5
1.4 Resultaten ziekenhuizen 5
1.5 Overschrijdingen budget geneesmiddelen 5
1.6 Bronnen figuren en tabellen 5
1.7 Overzicht nieuwe geneesmiddelen 6
1.8 Verschillenanalyse uitgaven dure geneesmiddelen 11
1.9 Biosimilars 13
1.10 Prijsanalyse 14

2. Kwalitatieve analyse **17**
2.1 Scope 17
2.2 Enquête zorgaanbieders 17
2.3 Interviews zorgaanbieders 18
2.4 Enquête zorgverzekeraars 18

3. Begrippenlijst **19**

4. Gebruikte vragenlijsten **20**

1. Kwantitatieve analyse

1.1 Uitgaven versus vergoedingen

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

Verzekeraars hebben echter wel inzicht in deze financiële resultaten. Ten behoeve van de risicoverevening rapporteren verzekeraars aan het Zorginstituut en de NZa (kwartaal- en jaarstaten) over onder andere de totale verwachte uitgaven aan dure geneesmiddelen en de totale gerealiseerde uitgaven. De hoogte van de verrekening aan dure geneesmiddelen staat hierin feitelijk vast over jaren die volledig zijn gedeclareerd. Tabel B.1 van deze bijlagen bevat een uitgebreide weergave van het aandeel dure geneesmiddelen in de totale uitgaven medisch-specialistische zorg. In deze tabel is een regel opgenomen waarin het totale verrekeningsbedrag staat weergegeven: ' Nog te betalen/verrekenen € mln'. Als bron hiervoor wordt de GIP databank gebruikt, zij baseren deze bedragen op de kwartaal- en jaarstaten. Hoe deze bedragen precies zijn opgebouwd is echter onduidelijk, omdat hierin een samengesteld effect zit van in ieder geval de volgende effecten:

- Het resultaat van de financiële arrangementen: betalingen door VWS aan zorgverzekeraars op grond van kortingsafspraken met fabrikanten/leveranciers (op basis van gerealiseerde volumes).
- Het resultaat van contractafspraken: betalingen door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars op grond van gemaakte plafondafspraken (op basis van gerealiseerde volumes).
- Eventuele correcties van declaratie fouten.

In tabel 1 van de monitor en in tabel B.1 van de bijlage is ook een regel opgenomen met de totale uitgaven in de medisch specialistische zorg 'Totale uitgaven medisch specialistische zorg € mln'. Hierin zijn niet dergelijke verrekeningen verwerkt. Op het niveau van de totale MSZ uitgaven hebben wij deze gegevens niet beschikbaar. Daardoor is het percentage in de regel 'Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen' waarschijnlijk een lichte onderschatting van het daadwerkelijk percentage als je rekening zou houden met de verrekeningen op totaal niveau.

Met uitzondering van tabel 1 en tabel B.1, laten we in deze monitor in de figuren en tabellen alleen de ontwikkeling van de totaal gedeclareerde bedragen zien: de bij de zorgverzekeraar gedeclareerde prijs voor een

add-on geneesmiddel vermenigvuldigd met het totale gebruikte volume. Daarnaast hebben we in een aparte paragraaf weergegeven wat de totale verrekenbedragen zijn als gevolg van de financiële arrangementen van het ministerie van VWS (Kamerbrief over voortgangsbrief financiële arrangementen 2019).

Tabel B.1 Uitgebreidere weergaven van tabel 1 uit de monitor met daarin de groei percentage en aandeel dure geneesmiddelen in totale uitgaven medisch-specialistische zorg

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totale uitgaven dure geneesmiddelen, exclusief verrekening en inclusief extramurale uitgaven overheveling € mln	1.486	1.599	1.726	1.837	1.964	2.095	2.289
Nog te betalen/verrekenen € mln	-74	-16	-41	-41	-70	-31	-21
Totale uitgaven dure geneesmiddelen, inclusief verrekening en inclusief extramurale uitgaven overheveling € mln	1.412	1.583	1.685	1.796	1.894	2.064	2.268
Totale uitgaven medisch specialistische zorg, exclusief verrekening € mln	20.751	22.112	22.290	22.501	23.119	23.270	23.960
Aandeel uitgaven dure geneesmiddelen	6,8%	7,2%	7,6%	8%	8,2%	8,9%	9,5%
Toename uitgaven dure geneesmiddelen, inclusief verrekening		12,1%	6,4%	6,6%	5,5%	9%	9,9%

Bronnen: Vektis, GIP-data.

1.2 Bronnen

De gegevens in deze monitor hebben betrekking op de geneesmiddelen waarvan een add-on geneesmiddelen prestatie of ozp-stollingsfactorenprestatie geldig was in de jaren 2012 t/m 2016 met declaratiecodes: 191201 t/m 191898 en 193301 t/m 194639. De voornaamste bron is Vektis. Voor 2017 en 2018 zijn alle ZI-nummers (add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren) uit de G-standaard meegenomen.

De cijfers over 2016 zijn naar verwachting van Vektis volledig. De cijfers over 2017 zijn nagenoeg volledig, met 35 kasmaanden aan declaraties. Voor 2018 zijn tot nu toe 23 kasmaanden verwerkt. Vektis schat de volledigheid op 99%.

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

1.3 Waarde geneesmiddelen

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

1.4 Resultaten ziekenhuizen

In deze monitor wordt niet ingegaan op de exploitatieresultaten en de solvabiliteitspositie van zorgaanbieders. Die financiële positie wordt uiteraard mede beïnvloed door de kosten en inkomsten die verband houden met behandeling van add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren. En omgekeerd wordt de financiële armslag voor het gebruik van geneesmiddelen mede bepaald door de financiële positie. De NZa brengt jaarlijks een marktscan of een factsheet uit over de medisch specialistische zorg waarin onder meer de ontwikkelingen in rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit worden getoond. Wel kijken we naar het beslag dat dure geneesmiddelen leggen op het totale budget medisch specialistische zorg.

1.5 Overschrijdingen budget geneesmiddelen

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

1.6 Bronnen figuren en tabellen

– Totale uitgaven medisch specialistische zorg en uitgaven dure geneesmiddelen: Vektis. Peildatum: november 2019 (2017: 35 kasmaanden, 2018: 23 kasmaanden). De totale MSZ uitgaven over 2015 zijn gecorrigeerd voor de schadelastdip: deze dip wordt geschat op 3,92%. Meer informatie hierover leest u in Beoordelingsdocument RZ15a en de Toelichting op informatieproducten Verkorten Doorlooptijd van de NZa. Van de totale uitgaven medisch specialistische zorg schat Vektis in dat dit ongeveer 96%-99% volledig is, hier is in het rapport is niet voor gecorrigeerd.

– Overgehevelde geneesmiddelen voor overheveling (extramurale uitgaven): GIP-data, Zorginstituut Nederland. Geactualiseerd December 2019.

– Uitgaven overgehevelde geneesmiddelen na overheveling én niet overgehevelde geneesmiddelen: Vektis. Peildatum: november 2019 (2017: 35 kasmaanden, 2018: 23 kasmaanden).

- Resultaat financiële arrangementen VWS:

https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/11/03/kamerbrief-over-voortgangsbrief-financile-arrangementen-2019

1.7 Overzicht nieuwe geneesmiddelen

In figuur 1 in deze monitor zijn de groepen ‘‘nieuw per [jaartal]’ weergegeven. In onderstaand overzicht is weergegeven welke geneesmiddelen dit zijn. De geneesmiddelen zijn gelabeld op werkzame stof niveau. De werkzame stof code behoudt het label over de jaren heen. Daardoor is de ontwikkeling van uitgaven aan de bepaalde labels over de jaren heen te volgen.

Tabel B.2 Indeling stofnamen naar hoofdgroep en subgroep geneesmiddel en ontstaan indeling

Stofnaam	**Hoofdgroep**	**Subgroep**	**Label**
abatacept	Anti-reumatica	Immunosuppressiva	overgeheveld per 2012
abirateron	Oncolytica	Antihormonen	overgeheveld per 2013
adalimumab	Anti-reumatica	TNF alfa remmers	overgeheveld per 2012
afamelanotide	Overig	Overig	nieuw per 2016
afatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
aflibercept	Oogziekten	Oogziekten	nieuw per 2014
agalsidase alfa*	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
agalsidase beta*	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
alectinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2017
alemtuzumab	MS middelen	MS middelen	MSZ regulier
alfa-1-proteinaseremmer	Overig	Overig	nieuw per 2017
alglucosidase alfa*	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
amfotericine b	Antimycotica	Antimycotica	MSZ regulier
aminolevulinezuur	Oncolytica	Fotodynamische therapie	nieuw per 2014
amsacrine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2015
anagrelide	Overig	Overig	overgeheveld per 2015
anakinra	Anti-reumatica	Interleukineremmers	overgeheveld per 2012
anidulafungine	Antimycotica	Antimycotica	MSZ regulier
antitrombine III	Stollingsfactoren	Antitrombine 3	MSZ regulier
apremilast	Anti-reumatica	Overig Anti-reumatica	nieuw per 2015
arseentrioxide	Oncolytica	Overig Oncolytica	nieuw per 2016
asparaginase	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
atezolizumab*	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
avelumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
axitinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
azacitidine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
baricitinib	Anti-reumatica	JAK remmers	nieuw per 2017
bedaquiline	Overig	Overig	nieuw per 2014
belatacept	Overig	Overig	nieuw per 2016
belimumab	Overig	Overig	MSZ regulier
bendamustine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
benralizumab	Astma	Astma	nieuw per 2018
bevacizumab	Oncolytica	Monoklonale	MSZ regulier

		antilichamen	
bexaroteen	Oncolytica	Overig Oncolytica	overgeheveld per 2013
bezlotoxumab	Overig	Overig	nieuw per 2017
bleomycine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
blinatumomab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2016
bloedstollingsfactoren	Stollingsfactoren	Factor XI	MSZ regulier
bortezomib	Oncolytica	Proteasoomremmer	MSZ regulier
bosutinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
botuline toxine	Botuline toxine	Botuline toxine	MSZ regulier
brentuximabvedotine	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2013
brodalumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	nieuw per 2017
burosumab	Overig	Overig	nieuw per 2018
busulfan	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
cabazitaxel	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
cabozantinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2017
canakinumab	Overig	Overig	MSZ regulier
capecitabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
carfilzomib	Oncolytica	Proteasoomremmer	nieuw per 2016
caspofungine	Antimycotica	Antimycotica	MSZ regulier
catumaxomab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
ceftazidim met betalactamaseremmer	Antibiotica	Antibiotica	nieuw per 2018
ceritinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2015
cerliponase alfa	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	nieuw per 2018
certolizumab pegol	Anti-reumatica	TNF alfa remmers	overgeheveld per 2012
cetuximab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
chloorambucil	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
cisplatine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
clofarabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
cobimetinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2016
collagenase clostridium histolyticum	Overig	Overig	MSZ regulier
combinatiepreparaten	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	nieuw per 2016
corifollitropine alfa	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
crizotinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
cyclofosfamide	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
cytarabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
dabrafenib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
daratumumab*	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
dasatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
decitabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2013
defibrotide	Overig	Overig	nieuw per 2014

dexamethason	Overig	Overig	overgeheveld per 2015
dexrazoxaan	Overig	Overig	nieuw per 2016
dinutuximab beta	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
docetaxel	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
doxorubicine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
dupilumab	Astma	Astma	nieuw per 2018
eculizumab*	Overig	Overig	MSZ regulier
elosulfase alfa	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	nieuw per 2014
elotuzumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
emicizumab	Stollingsfactoren	Overig	nieuw per 2018
enzalutamide	Oncolytica	Antihormonen	nieuw per 2013
epirubicine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
eribuline	Oncolytica	Overig Oncolytica	MSZ regulier
erlotinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
estramustine	Oncolytica	Antihormonen	overgeheveld per 2015
etanercept	Anti-reumatica	TNF alfa remmers	overgeheveld per 2012
etelcalcetide	Overig	Overig	nieuw per 2017
etoposide	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
everolimus	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
factor IX	Stollingsfactoren	Factor IX	MSZ regulier
factor VII	Stollingsfactoren	Factor VII	MSZ regulier
factor VIIa	Stollingsfactoren	Factor VII	MSZ regulier
factor VIII	Stollingsfactoren	Factor VIII	MSZ regulier
factor VIII inhibitor bypassactiviteit (f.e.i.b.a.)	Stollingsfactoren	Protrombinecomplex	MSZ regulier
factor XIII	Stollingsfactoren	Factor XIII	nieuw per 2015
fibrinogeen	Stollingsfactoren	Fibrinogeen	MSZ regulier
fludarabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
follitropine (alfa)	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
follitropine (beta)	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
follitropine delta	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	nieuw per 2017
galsulfase	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
gefitinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
gemcitabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
golimumab	Anti-reumatica	TNF alfa remmers	overgeheveld per 2012
gonadoreline	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
guselkumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	nieuw per 2018
hydroxycarbamide	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
ibrutinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2014
idarubicine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
idarucizumab	Overig	Overig	nieuw per 2017

idelalisib	Oncolytica	Overig Oncolytica	nieuw per 2014
idursulfase	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
imatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
immunoglobuline, normaal, extravasculair	Immunoglobulinen	Immunoglobulinen	nieuw per 2017
immunoglobuline, normaal, intravasculair	Immunoglobulinen	Immunoglobulinen	MSZ regulier
infliximab	Anti-reumatica	TNF alfa remmers	overgeheveld per 2012
inotuzumab ozogamicine	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
insuline (humaan)	Overig	Overig	nieuw per 2016
ipilimumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
irinotecan	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
isavuconazol	Antimycotica	Antimycotica	nieuw per 2017
ivacaftor*	Overig	Overig	nieuw per 2013
ixazomib	Oncolytica	Proteasoomremmer	nieuw per 2017
ixekizumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	nieuw per 2016
kraakbeencellen, autoloog	Overig	Overig	MSZ regulier
lapatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
laronidase	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	MSZ regulier
lenalidomide	Oncolytica	Immunosuppressiva	overgeheveld per 2013
lenvatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2016
levodopa met decarboxylaseremmer	Overig	Overig	nieuw per 2016
lomustine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
lutetium 177 lu oxodotreotide	Oncolytica	Radiofarmaca	nieuw per 2018
mecasermine	Groeihormonen	Groeihormonen	overgeheveld per 2013
melfalan	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
menopauze-gonadotrofine	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
mepolizumab	Astma	Astma	nieuw per 2016
methylaminolevulinaat	Oncolytica	Fotodynamische therapie	MSZ regulier
micafungine	Antimycotica	Antimycotica	MSZ regulier
midostaurine	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2018
mifamurtide	Oncolytica	Immunostimulantia	MSZ regulier
mitomycine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
mitotaan	Oncolytica	Overig Oncolytica	overgeheveld per 2013
mitoxantron	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
natalizumab	MS middelen	MS middelen	MSZ regulier
necitumumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2016
nelarabine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2014
nilotinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
nintedanib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2015
niraparib	Oncolytica	PARP-remmers	nieuw per 2018
nivolumab*	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2015

nusinersen*	Spierziekte	Spierziekte	nieuw per 2018
obinutuzumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2014
ocrelizumab	MS middelen	MS middelen	nieuw per 2018
ofatumumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
olaparib	Oncolytica	PARP-remmers	nieuw per 2015
olaratumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2017
omalizumab	Astma	Astma	MSZ regulier
osimertinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2016
oxaliplatine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
paclitaxel	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
palbociclib*	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2017
panitumumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
panobinostat	Oncolytica	Overig Oncolytica	nieuw per 2016
pazopanib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
pegaptanib	Oogziekten	Oogziekten	MSZ regulier
pegaspargase	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2017
pembrolizumab*	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2015
pemetrexed	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
pertuzumab*	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2013
pixantron	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2013
plerixafor	Overig	Overig	nieuw per 2014
pomalidomide	Oncolytica	Immunosuppressiva	nieuw per 2013
ponatinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
posaconazol	Antimycotica	Antimycotica	nieuw per 2016
procarbazine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
proteine c	Stollingsfactoren	Proteïne C	MSZ regulier
protrombinecomplex	Stollingsfactoren	Protrombinecomplex	MSZ regulier
radium 223 ra dichloride	Oncolytica	Radiofarmaca	nieuw per 2016
ramucirumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2015
ranibizumab	Oogziekten	Oogziekten	MSZ regulier
regorafenib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
reslizumab	Astma	Astma	nieuw per 2017
ribociclib*	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2018
rituximab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
ruxolitinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2015
sarilumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	nieuw per 2017
sebelipase alfa	Stofwisselingsziekten	Stofwisselingsziekten	nieuw per 2018
secukinumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	nieuw per 2015
siltuximab	Overig	Overig	nieuw per 2014
somatropine	Groeihormonen	Groeihormonen	overgeheveld per 2013
sorafenib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013

sunitinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	overgeheveld per 2013
susoctocog alfa	Stollingsfactoren	Factor VIII	nieuw per 2016
talimogeen laherparepvec	Oncolytica	Oncolytisch virus	nieuw per 2017
tegafur, combinatiepreparaten	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
temoporfine	Oncolytica	Fotodynamische therapie	MSZ regulier
temozolomide	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
temsirolimus	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	MSZ regulier
teniposide	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
thalidomide	Oncolytica	Immunosuppressiva	overgeheveld per 2015
thiotepa	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
tocilizumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	MSZ regulier
tofacitinib	Anti-reumatica	JAK remmers	nieuw per 2017
topotecan	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
trabectedine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
trametinib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2015
trastuzumab	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	MSZ regulier
trastuzumab emtansine	Oncolytica	Monoklonale antilichamen	nieuw per 2014
tretinoine	Oncolytica	Overig Oncolytica	overgeheveld per 2015
trifluridine, combinatiepreparaten	Oncolytica	Klassieke cytostatica	nieuw per 2017
urofollitropine	Fertiliteitshormonen	Fertiliteitshormonen	overgeheveld per 2014
ustekinumab	Anti-reumatica	Interleukineremmers	overgeheveld per 2012
vandetanib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	nieuw per 2013
vedolizumab	Overig	Overig	nieuw per 2014
vemurafenib	Oncolytica	Proteïne kinase remmers	MSZ regulier
venetoclax	Oncolytica	Overig Oncolytica	nieuw per 2017
verteporfine	Oogziekten	Oogziekten	MSZ regulier
vinblastine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
vincristine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	overgeheveld per 2015
vinorelbine	Oncolytica	Klassieke cytostatica	MSZ regulier
vismodegib	Oncolytica	Overig Oncolytica	nieuw per 2013
von willebrandfactor	Stollingsfactoren	vWF	MSZ regulier
von willebrandfactor met factor VIII	Stollingsfactoren	Factor VIII en vWF	MSZ regulier
voriconazol	Antimycotica	Antimycotica	MSZ regulier
yttrium y 90 ibritumomab	Oncolytica	Radiofarmaca	MSZ regulier

* voor deze stoffen had het VWS in 2018 financiële arrangementen afgesproken

1.8 Verschillenanalyse uitgaven dure geneesmiddelen

Tabel 4 van de monitor bevat een overzicht van de ontwikkeling van de kosten voor dure geneesmiddel voor een selectie van geneesmiddelen

voor anti-reumatica, oncolytica en stollingsfactoren, waarbij de nadruk is gelegd op een aantal subgroep indelingen per hoofdgroep. In de tabel hieronder hebben we het complete overzicht voor deze drie hoofdgroepen weergegeven, waarbij we de indeling hierboven hebben aangehouden.

De aantallen unieke patiënten zijn steeds geteld op het niveau wat zichtbaar is in de tabellen. Als er alleen een hoofdindeling zichtbaar is zoals in tabel 3, dan zijn binnen de hoofdgroepen het aantal unieke patiënten geteld. Als er een hoofd- en subgroep indeling zichtbaar is zoals in tabel 4, dan is dus op subgroep niveau het aantal unieke patiënten geteld. Als één patiënt meerdere geneesmiddelen krijgt, elk uit een andere subgroep, dan wordt de patiënt dus meerdere keren geteld.

Tabel B.3 Verschillenanalyse 2017 – 2018 uitgaven dure geneesmiddelen medisch-specialistische zorg naar geneesmiddel subgroep voor anti-reumatica, oncolytica en stollingsfactoren (€ duizenden)

	Subgroep	Aantal unieke patiënten 2017	Uitgaven per patiënt 2017	Totale uitgaven 2017	Aantal unieke patiënten 2018	Uitgaven per patiënt 2018	Totale uitgaven 2018	Toename aantal patiënten	Toename uitgaven per patiënt	Toename uitgaven
Anti-reumatica	Immunosuppressiva	2.025	8,5	17.254	2.143	8,1	17.423	6%	-5%	1%
	Interleukineremmers	8.333	10,6	88.014	10.406	10,3	107.239	25%	-2%	22%
	JAK remmers	332	3,7	1.220	1.301	5,7	7.450	292%	56%	511%
	TNF alfa remmers	50.346	9,6	480.873	52.803	8,6	452.569	5%	-10%	-6%
	Overig Anti-reumatica	594	4,9	2.886	783	4,8	3.772	32%	-1%	31%
Oncolytica	Antihormonen	3.755	20,7	77.604	4.143	19,9	82.392	10%	-4%	6%
	Fotodynamische therapie	6.140	0,3	1.666	5.387	0,3	1.547	-12%	6%	-7%
	Immunosuppressiva	2.491	35,2	87.689	3.019	38,4	115.878	21%	9%	32%
	Klassieke cytostatica	64.492	1,6	101.237	65.976	1,4	89.908	2%	-13%	-11%
	Monoklonale antilichamen	51.676	7,5	386.717	61.082	7,3	444.681	18%	-3%	15%
	Oncolytisch virus	42	33,7	1.417	94	25,8	2.429	124%	-23%	71%
	PARP-remmers	101	36,2	3.653	163	29,2	4.752	61%	-19%	30%
	Proteasoomremmer	2.209	16,7	36.892	2.313	19,0	43.917	5%	14%	19%
	Proteïne kinase remmers	8.715	27,6	240.813	10.488	26,7	280.452	20%	-3%	16%
	Radiofarmaca	580	16,8	9.771	601	17,7	10.662	4%	5%	9%
	Overig Oncolytica	369	11,3	4.172	399	12,8	5.127	8%	14%	23%
Stollingsfactoren	Antitrombine 3	24	1,0	24	54	2,0	105	125%	99%	347%
	Factor IX	193	109,8	21.193	179	119,0	21.305	-7%	8%	1%
	Factor VII	77	76,2	5.864	67	51,5	3.452	-13%	-32%	-41%
	Factor VIII	1.010	92,2	93.116	1.024	80,2	82.141	1%	-13%	-12%
	Factor VIII en vWF	340	17,2	5.859	377	13,7	5.175	11%	-20%	-12%
	Factor XI	5	5,6	28	8	5,9	47	60%	6%	69%
	Factor XIII	10	8,6	86	15	14,1	211	50%	63%	144%
	Fibrinogeen	2.091	1,2	2.546	2.209	1,4	3.137	6%	17%	23%
	Proteine C	1	574,5	575	2	287,2	574	100%	-50%	0%
	Protrombinecomplex	3.858	2,3	8.848	5.689	2,0	11.244	47%	-14%	27%
	vWF	44	9,9	435	37	7,5	277	-16%	-24%	-36%
	Overig stollingsfactoren				3	60,8	182			
Totaal		**209.853**	**1.143,3**	**1.680.450**	**230.765**	**881,3**	**1.798.050**	**10%**	**-23%**	**7%**

Bronnen: Vektis

1.9 Biosimilars

Hoofdstuk 2.5 van de monitor beschrijft de resultaten van de vergelijking van uitgaven en aantal patiënten aan biosimilars en de bijbehorende spécialités. Voor de indeling naar spécialité en biosimilar hebben we gebruik gemaakt van een van EMA geautoriseerde overzicht ('Biosimilars authorized by EMA, update 31/01/2020 (op molecule)', te vinden op www.biosimilars-nederland.nl). Verder hebben we van declaratiegegevens in Vektis gebruikt gemaakt. Voor de huidige monitor werden alleen geaggregeerde gegevens van biosimilars en spécialités weergegeven die in 2017 of 2018 gedeclareerd werden. Voor figuur 3 en figuur 4 werden de uitgaven voor biosimilars van hetzelfde spécialité bij elkaar opgeteld. Figuur 4 geeft het marktaandeel weer wat gebaseerd is op de verdeling van het aantal unieke patiënten per werkzame stof.

Tabel B.4 Verhouding uitgaven in biosimilars en bijbehorende specialités in 2017 (€ duizend)

			Specialite			Biosimilar				
Specialité	Genees-middel groep	Werkzame stof	Totale uitgaven	Aantal unieke patiënten	Uitgaven per patiënt	Totale uitgaven	Aantal unieke patiënten	Uitgaven per patiënt	Markt-aandeel	Verschil uitgaven per patiënt
Humira	Anti-reumatica	adalimumab	215.608	20.,679	10,43	-	-	-	-	-
Remicade	Anti-reumatica	infliximab	30.746	4.167	7,38	77.017	10.373	7,42	71%	1%
Enbrel	Anti-reumatica	etanercept	101.045	13.098	7,71	24.741	3.619	6,84	20%	-11%
Gonal f	Fertiliteits-hormonen	follitropine (alfa)	9.418	12.180	0,77	865	1.119	0,77	8%	0%
Genotropin	Groei-hormonen	somatropine	10.216	1.687	6,06	4.062	793	5,12	28%	-15%
Herceptin	Oncolytica	trastuzumab	73.993	4.390	16,9	-	-	-	-	-
Mabthera	Oncolytica	rituximab	49.739	7.192	6,92	14.190	2.705	5,25	22%	-24%

Bronnen: Vektis

Tabel B.5 Verhouding uitgaven in biosimilars en bijbehorende specialités in 2018 (€ duizend)

			Specialite			Biosimilar				
Specialité	Genees-middel groep	Werkzame stof	Totale uitgaven	Aantal unieke patiënten	Uitgaven per patiënt	Totale uitgaven	Aantal unieke patiënten	Uitgaven per patiënt	Markt-aandeel	Verschil uitgaven per patiënt
Humira	Anti-reumatica	adalimumab	212.708	21.577	9,86	2.830	1.063	2,66	5%	-73%
Remicade	Anti-reumatica	infliximab	18.468	2.554	7,23	83.529	13.046	6,4	84%	-11%
Enbrel	Anti-reumatica	etanercept	79.572	12.912	6,16	23.153	3.870	5,98	23%	-3%
Gonal f	Fertiliteits-hormonen	follitropine (alfa)	8.961	12.472	0,72	803	1.119	0,72	8%	0%
Genotropin	Groei-hormonen	somatropine	9.386	1.635	5,74	4.256	806	5,28	33%	-8%
Herceptin	Oncolytica	trastuzumab	53.449	3.945	13,55	17.892	2.251	7,95	36%	-41%
Mabthera	Oncolytica	rituximab	7.895	2.040	3,87	37.918	8.001	4,74	80%	22%

Bronnen: Vektis

1.10 Prijsanalyse

Ten behoeve van de prijsanalyse zijn voor zoveel mogelijk geneesmiddelen uit de totale lijst van in 2018 geldende add-on prestaties de inkoopprijzen, de contractprijzen en de tarieven met elkaar vergeleken.

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

Begrip	**Uitleg**	**Bron**
Contractprijs	Contractprijs: de gemiddelde prijs die verzekeraars hebben betaald aan het ziekenhuis	Vektis
Inkoopprijs	Kostprijs of netto inkoopprijs: de prijs die het ziekenhuis heeft betaald aan de fabrikant	NZa, aanlevering ziekenhuizen t.b.v. kostprijsmodel
Tarief	NZa maximumtarief: het door de NZa vastgestelde tarief	NZa, prestatie- en tarieventabel
Productiewaarde (PW)	Productiewaarde: hoeveel geld (omzet) er in totaal in omgaat: aantal*prijs (tarief/contractprijs/inkoopprijs)	
Tarief vs inkoopprijs	Onderhandelresultaat van het ziekenhuis t.o.v. de fabrikant in procenten. Berekening op prestatieniveau: (tarief-inkoopprijs)/tarief*100 Alle andere niveau's: (PWtarief-PWinkoopprijs)/PWtarief*100	
Contractprijs vs inkoopprijs	Onderhandelresultaat van het ziekenhuis t.o.v. de verzekeraar in procenten; hoeveel procent ligt de contractprijs hoger dan de inkoopprijs. Berekening op prestatieniveau: (contractprijs-inkoopprijs)/contractprijs*100 Alle andere niveau's: (PWcontractprijs-PWinkoopprijs)/PWcontractprijs*100	
Tarief vs contractprijs	Onderhandelresultaat van de verzekeraar t.o.v. de fabrikant in procenten; hoeveel procent ligt het NZa maximumtarief hoger dan de contractprijs. Berekening op prestatieniveau: (tarief-contractprijs)/tarief*100 Alle andere niveau's: (PWtarief-Pwcontractprijs)/PWtarief*100	

De Tarief vs inkoopprijs, Contractprijs vs inkoopprijs en Tarief vs contractprijs-marges worden in de figuren op totaal, type instelling en geneesmiddeltype niveau weergegeven. Op deze niveaus is rekening gehouden met samenstellingseffecten (case mixeffecten), door te

rekenen met de productiewaarden (aantal*prijs) per type instelling, geneesmiddeltype etc. De effecten die worden gepresenteerd zijn dus puur prijseffecten. De case mix per instelling, met de bijbehorende aantallen, die hierin gebruikt worden zijn afkomstig uit het kostprijsmodel. Als op een specifiek niveau minder dan vijf onderliggende waarnemingen beschikbaar zijn voor een label (bijvoorbeeld geneesmiddeltype), dan wordt dat label niet weergegeven.

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

De kostprijzen zijn de prijzen zoals deze zijn aangeleverd door individuele ziekenhuizen aan de NZa op basis van een verplicht informatieverzoek van de NZa, ten behoeve van de tariefberekening in het gereguleerde segment van de MSZ. De kostprijzen van alle prestaties in het A-segment moeten worden aangeleverd, dus ook van de add-on geneesmiddelen prestaties (inclusief BTW). Deze kosten beschouwen we als een benadering van de daadwerkelijke inkoopprijs van de ziekenhuizen.
In de reguliere tariefberekening worden instellingen verplicht accountants hun kostprijsberekeningen te laten controleren. De verklaring die accountants opstellen over de kostprijsberekening moet worden meegeleverd en wordt beoordeeld door de NZa. Als uit die verklaring blijkt dat er iets niet goed is gegaan of niet klopt, dan wordt de hele aanlevering afgekeurd en worden de kostprijzen niet meegenomen in de berekeningen. Ten behoeve van de monitor zijn alleen de instellingen geselecteerd waarvan de accountsverklaring ten minste als voldoende is beoordeeld. Daarnaast is er net als in een reguliere proces van tariefberekening op de set aan kostprijzen een uitbijteranalyse uitgevoerd, om rare uitschieters (uitbijters) in beeld te krijgen en te kunnen schonen uit de berekeningen. Hierbij worden de aangeleverde kosten van instellingen vergeleken met de kosten van alle andere instellingen. Als deze heel erg afwijken, naar boven of naar beneden, van het gewogen gemiddelde niveau van alle kostprijzen van dezelfde prestatie, dan wordt de kostprijs aangemerkt als een uitbijter en wordt hij geschoond uit de analyse. Zie het verantwoordingsdocument dbc release rz19a voor verdere toelichting op deze methodiek.
Daarnaast is er een check gedaan op de aangeleverde volumes in het kostprijsmodel, omdat gerekend wordt met productiewaarden (aantal*prijs) hebben die een grote invloed op de uitkomsten.

Gemiddeld hebben we per jaar van 72 instellingen de kostprijzen kunnen gebruiken. De steekproef bevat op basis van productiewaarde (prijs x aantal) gemiddeld ongeveer 60% van de totale dure geneesmiddelenmarkt. Hierbij zijn alleen de kostprijzen gebruikt die gekoppeld konden worden aan de gemiddelde contractprijzen van de instelling uit hetzelfde jaar. Over het boekjaar 2017 gold er geen verplichting voor MSZ instellingen om kostprijzen aan te leveren, daarom ontbreken deze cijfers in de analyses.

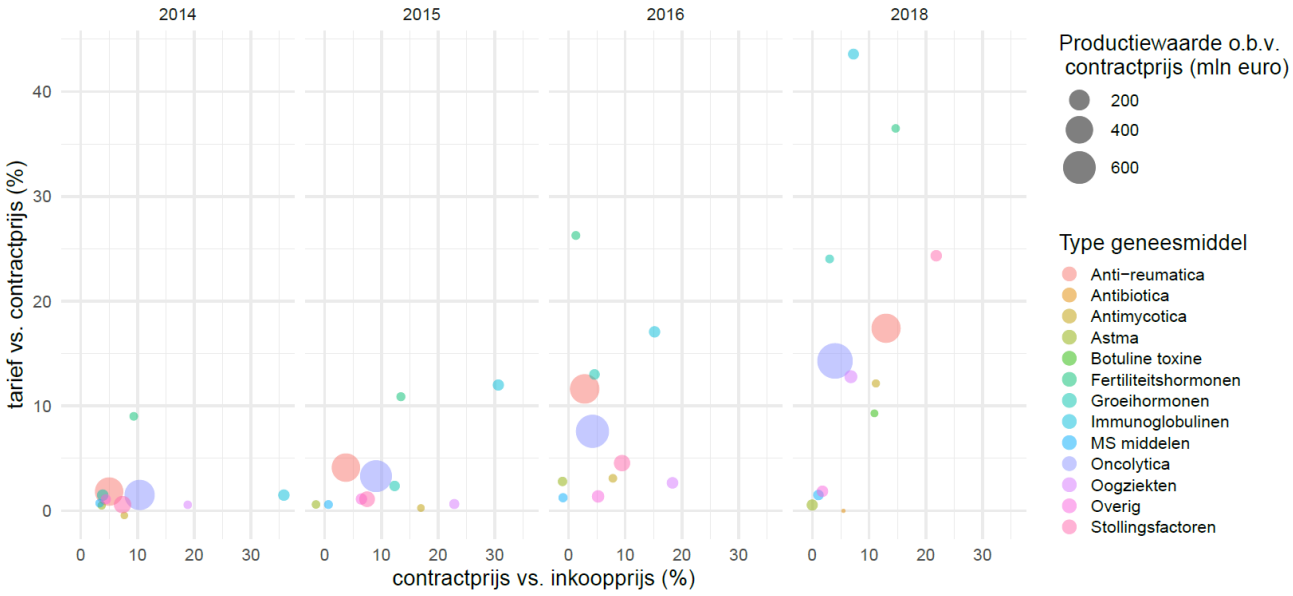
Rekenvoorbeeld m.b.t. de cijfers in 2018 in figuur 5:
Stel het NZa maximumtarief (vraagprijs van de fabrikant) van een geneesmiddel is € 100.
De blauwe lijn toont dan aan dat ziekenhuizen dit geneesmiddel gemiddeld voor € 77,5 inkopen bij de fabrikant; in 2018 was het gemiddelde onderhandelresultaat van ziekenhuizen t.o.v. de fabrikant ongeveer 22,5%.
De rode lijn laat zien dat ziekenhuizen het geneesmiddel gemiddeld weer verkopen aan verzekeraars voor € 83,75; in 2018 was het gemiddelde

onderhandelresultaat van ziekenhuizen t.o.v. verzekeraars ongeveer 7,5%.
De groene lijn laat zien dat de verzekeraars met een gemiddelde contractprijs van € 83,75 een onderhandelresultaat heeft van ongeveer 16,25% t.o.v. het NZa maximumtarief.

Onderhandeling per type geneesmiddel

Figuur B.1 is een gedetailleerde weergave van de onderhandelresultaten ingedeeld naar type geneesmiddelen. Op de y-as staat de percentage weergegeven van de gehaalde onderhandelresultaat van ziektekostenverzekeraars met ziekenhuizen (zie groene lijn in figuur 5). De x-as geeft het procentuele verschil tussen netto inkoopprijs en contractprijs weer (zie rode lijn in figuur 5). Deze figuur is een uitbreiding van figuur 7, waarin de overzicht op anti-reumatica, oncolytica en stollingsfactoren beperkt is.

Figuur B.1 Ontwikkeling van onderhandelresultaten naar type geneesmiddel



Onderhandeling naar mate van concurrentie

De mate van concurrentie indeling in figuur 8 is als volgt:
Als een stofnaam maar één aanbieder heeft, dan hebben we de stofnaam geclassificeerd als 'één aanbieder per stofnaam'. Als er 2 of meer aanbieders zijn, dan is de stofnaam als 'meerdere aanbieders per stofnaam' geclassificeerd. Aanbieders die stoffen die via parallel inkoop aanboden werden daarbij niet als separate aanbieder geteld.

2. Kwalitatieve analyse

2.1 Scope

De monitor heeft betrekking op add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. In deze rapportage wordt gesproken over de term '(dure) geneesmiddelen', tenzij het relevant is om onderscheid te maken tussen de twee soorten geneesmiddelen.
Add-on geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die mede vanwege de hoge kosten niet als onderdeel van een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. De reden van het apart declareren van deze geneesmiddelen is dat hiermee financieringsproblemen en daarmee toegankelijkheidsproblemen worden beoogd te voorkomen. Financieringsproblemen kunnen ontstaan omdat de kosten van deze geneesmiddelen hoog zijn, fluctueren per patiënt en niet alle patiënten binnen één dbc-zorgproduct daarmee worden behandeld, waardoor het moeilijk is een juist tarief voor een dbc-zorgproduct af te spreken. Niet voor alle geneesmiddelen zijn add-on of ozp prestaties vastgesteld. De geneesmiddelen waarvoor dit niet is gebeurd, worden niet apart, maar als onderdeel van een dbc-zorgproduct door zorgaanbieders gedeclareerd. Op de add-on geneesmiddelenlijst van de NZa staan met name dure, maar ook een aantal relatief goedkope geneesmiddelen. De relatief goedkope geneesmiddelen betreffen geneesmiddelen die voorheen duur waren, maar waarvan het patent inmiddels is verlopen en nu gelijkwaardige producten op de markt zijn gekomen (generica of biosimilars).
Het wel of niet beschikbaar zijn van een add-on is geen duiding van aanspraak of een recht op vergoeding voor een individuele patiënt. Nieuwe geneesmiddelen stromen, indien zij voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk en de patiënt redelijkerwijs op het geneesmiddel is aangewezen, automatisch het verzekerde pakket in (aanspraak Geneeskundige zorg).

2.2 Enquête zorgaanbieders

Add-on geneesmiddelen kunnen worden ingezet en gedeclareerd door academische en algemene ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en revalidatiecentra. Dit jaar heeft de NZa een vragenlijst uitgezet onder de academische en algemene ziekenhuizen en de zelfstandige behandelcentra in de periode van 9 oktober tot en met 26 november 2019. Deze vragenlijst is afgestemd met de Patiëntenfederatie en Nederlandse federatie van kankerpatiënten (NFK) en brancheorganisaties Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), De Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Federatie van medisch specialisten (FMS) en de Nederlandse vereniging van Ziekenhuisapotheken (NVZA). Ook heeft afstemming plaats gevonden met de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De vragenlijst is als bijlage

van deze monitor opgenomen. In onderstaande tabel is de respons van de zorgaanbieders weergegeven.

Tabel @. Respons enquête zorgaanbieders

Geënquêteerde partij	Uitgezet	Respons (%)	Totaal(%)
Algemene ziekenhuizen	60	51 (85%)	87%
Academische ziekenhuizen	7	7 (100%)	

De ZBC's zijn in de analyse ingedeeld bij de algemene ziekenhuizen.

Het gemiddelde aantal dagen dat een patiënt moest wachten en het percentage medisch verantwoord in de paragraaf 'Wachttijden' zijn gewogen gemiddelden. De waarde van het ziekenhuis dat aangaf dat 100 patiënten moesten wachten is niet meegenomen in de berekening.

2.3 Interviews zorgaanbieders

De NZa heeft interviews gehouden met een vijf ziekenhuizen over de onderwerpen contracteerproces, nacalculatie, tussentijdse onderhandelingen, selectieve inkoop, nieuwe geneesmiddelen, gevolgen voor de patiënt, verdringing en aanbevelingen. Deze informatie is verwerkt in deze monitor.

2.4 Enquête zorgverzekeraars

Alle zorgverzekeraarsconcerns (Zilveren Kruis, CZ, Menzis, VGZ, DSW, De Friesland, ASR, Zorg en Zekerheid, ONVZ en ENO) zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de enquête in de periode van 20 augustus tot en met 9 september 2018. Alle verzekeraars hebben de enquête ingevuld. De Friesland heeft aangegeven het beleid van Zilveren Kruis te volgen en Zorg en Zekerheid, ONVZ en ENO kopen gezamenlijk in via de inkoopcombinatie Multizorg VRZ. De respons van de verzekeraars was dus 100%. We rekenen in de monitor met een respons totaal van 7. In de figuren en tekst is dat dus 100%. De vragenlijst is afgestemd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Daarnaast heeft de NZa met drie zorgverzekeraars interviews gehouden.

3. Begrippenlijst

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

Biosimilar: Een biosimilar is een geneesmiddel dat is gemaakt door een levend organisme, of dat is afgeleid van een levend organisme, en is soortgelijk aan het originele biologisch referentiegeneesmiddel waarvan het patent is verlopen.

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

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

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

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

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

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

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

4. Gebruikte vragenlijsten

Enquêtevragen zorgaanbieders

Toelichting op de vragenlijst De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering en inkoop van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. In deze enquête worden gesloten en enkele open vragen gesteld. Iedere aangeboden vraag moet beantwoord worden om de enquête te kunnen voltooien.
Voor het invullen van de vragenlijst zal input vanuit **verschillende disciplines** binnen uw instelling noodzakelijk zijn. In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan bod:
☐ Algemene gegevens zorgaanbieder
☐ Contractafspraken over het jaar 2019
☐ Selectieve inkoop
☐ Inkoop add-on geneesmiddelen
☐ Inkoop OZP-stollingsfactoren
☐ Gezamenlijke inkoop
☐ Financiële arrangementen
☐ Gepast gebruik
☐ Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen
☐ Horizonscan
☐ Invloed farmaceutische industrie
☐ Ervaring met de inzet van dure geneesmiddelen
☐ Doorgebruik van thuismedicatie in het ziekenhuis

Het is mogelijk het formulier **tussentijds op te slaan** en op een later moment weer verder te gaan. Nadat u het formulier volledig heeft ingevuld en verzonden ontvangt u hiervan per mail een bevestiging. Deze mail bevat tevens een overzicht van de door u gegeven antwoorden. **Doelen en rapportage van deze enquête** De NZa zet deze enquête uit om kennis op te doen over de markt van geneesmiddelen binnen de medisch specialistisch zorg ten behoeve van haar taakuitvoering. Zo worden de resultaten van deze enquete gebruikt voor de uitgave van de periodieke 'Monitor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg'. Deze monitor is onderdeel van een breed pakket aan maatregelen. Het ministerie van VWS beoogt hiermee de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen en partijen te ondersteunen bij het vervullen van hun rol en verantwoordelijkheden.
De resultaten van de enquête zullen in de NZa publicaties niet herleidbaar zijn naar individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars of personen.

Begrippenlijst

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

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

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

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

☐ *Biosimilar:* Een biosimilar is een geneesmiddel dat is gemaakt door een levend organisme, of dat is afgeleid van een levend organisme, en is soortgelijk aan het originele biologisch referentiegeneesmiddel waarvan het patent is verlopen.

☐ *Dominante zorgverzekeraar: De zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel ten aanzien van omzet medisch specialistische zorg in uw instelling.* Indien de marktaandelen van uw twee grootste zorgverzekeraars nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgverzekeraar. Deze ene zorgverzekeraar is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgverzekeraar wordt gevraagd.

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

☐ *Ziekenhuizen*: in sommige vragen wordt er over ziekenhuizen gesproken. Wij doelen hiermee op alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg, dus ook op bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra (ZBC's).

☐ Msz: medisch specialistische zorg

Algemene gegevens zorgaanbieder
Naam instelling
Plaatsnaam instelling
AGB-code instelling NZa-nummer
Type zorgaanbieder: academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum
Naam contactpersoon
E-mailadres contactpersoon
Telefoonnummer contactpersoon
Is in één of meer vestigingen van uw instelling een poliklinische apotheek gevestigd: ja/nee
Is uw poliklinische apotheek een aparte rechtspersoon:
a. Ja, als onderdeel van ons ziekenhuisconcern/instelling
b. Ja, als onderdeel van een ander ziekenhuisconcern/instelling
c. Nee

Contractafspraken over het jaar 2019
1. Wie is uw dominante zorgverzekeraar[1]?
a. a.s.r.
b. CZ
c. De Friesland
d. DSW
e. Inkoopcombinatie Multizorg voor ONVZ, Eno en Zorg en Zekerheid
f. Menzis
g. VGZ
h. Zilveren Kruis
i. Caresq/IptiQ

1 Indien de marktaandelen van uw twee grootste zorgverzekeraars nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraar is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgverzekeraar wordt gevraagd.

2. Welke van de onderstaande categorieën geneesmiddelen heeft u over 2019 gecontracteerd met uw dominante zorgverzekeraar? *Kruist u a.u.b. alle categorieën aan waar u contractafspraken over maakt.*
a. Generieke add-on geneesmiddelen
b. Specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie
c. Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie
d. Nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties die in 2019 een handelsvergunning zullen krijgen
e. OZP-stollingsfactoren

Per categorie geneesmiddelen die u over 2019 contracteert, volgen nu vragen over de contractafspraken (aanneemsom, plafond, etc) en de nacalculatie afspraken die u (eventueel) over deze groep geneesmiddelen heeft gemaakt. Deze vragen worden telkens herhaald voor de volgende categorieën geneesmiddelen:
☐ Generieke add-on geneesmiddelen
☐ Specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie
☐ Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie
☐ Nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties die in 2019 een handelsvergunning zullen krijgen
☐ OZP-stollingsfactoren

Mogelijk maakt u in uw contractafspraken geen onderscheid naar deze categorisering, echter om zicht te krijgen op eventuele verschillen in gemaakte afspraken per categorie vragen wij deze categorieën toch apart uit.
Indien 2= a
3. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2019 van **generieke add-on geneesmiddelen**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Vallen onder een integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
b. Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 3=e
4. Wat is er afgesproken over de vergoeding van generieke add-on geneesmiddelen die binnen deze nacalculatie afspraken vallen?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, zonder plafond
b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, tot aan een plafond
c. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
d. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= b
5. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2019 van **specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
b. Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 5=e
6. Wat is er afgesproken over de vergoeding van specialité geneesmiddelen met concurrentie die binnen deze nacalculatie afspraken vallen?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, zonder plafond
b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, tot aan een plafond
c. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
d. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= c
7. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2019 van **specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
b. Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 7=e
8. Wat is er afgesproken over de vergoeding van specialité geneesmiddelen die binnen deze nacalculatie afspraken vallen?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten (per cluster), zonder plafond
b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten (per cluster), tot aan een plafond
c. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
d. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= d
9. Welk type contractafspraken heeft u in 2018 met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2019 van **dure geneesmiddelen en indicaties die naar verwachting in 2019 een handelsvergunning (en add-on prestatie) zullen krijgen**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
b. Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 9=e
10. Wat is er afgesproken over de vergoeding van nieuwe geneesmiddelen die binnen deze nacalculatie afspraken vallen?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, zonder plafond

b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, tot aan een plafond
c. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
d. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= e
11. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2019 van **OZP-stollingsfactoren**?
a. Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
b. Vallen onder een aparte voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
c. Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
d. Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
e. Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
f. Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
g. Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
h. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 11=e
12. Wat is er afgesproken over de vergoeding van OZP-stollingsfactoren die binnen deze nacalculatie afspraken vallen?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, zonder plafond
b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten per cluster, tot aan een plafond
c. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
d. Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 3,5,7,9 en/of 11=e
13. U heeft aangegeven voor één of meer categorieën geneesmiddelen nacalculatie afspraken te hebben gemaakt met de zorgverzekeraar. Heeft de zorgverzekeraar overige voorwaarden gesteld bij de nacalculatie afspraken die u heeft gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Ja, wij rapporteren periodiek aan de zorgverzekeraar over de inzet van deze geneesmiddelen
b. Ja, wij hebben afspraken gemaakt met de verzekeraar over gepast gebruik van deze geneesmiddelen
c. Nee
d. Ja, andere voorwaarden, namelijk

Selectieve inkoop
14. Indien een zorgverzekeraar in 2019 wel msz bij u inkoopt, maar *niet* een bepaald geneesmiddel, geeft deze dan bij u aan waar zijn verzekerden deze geneesmiddelen wel kunnen ontvangen, zodat u de betreffende patiënten tijdig kunt doorverwijzen?
a. Ja, de meeste verzekeraars geven dit proactief aan
b. Ja, de meeste verzekeraars geven dit reactief aan (indien wij er om vragen)
c. Nee, de meeste verzekeraars geven dit noch proactief noch reactief aan
d. Dit verschilt te zeer per verzekeraar om hier algemene uitspraken over te kunnen doen
e. Niet van toepassing

15. Stelt uw ziekenhuis in 2019 informatie beschikbaar voor patiënten over welke geneesmiddelen wel en welke expliciet niet bij u zijn ingekocht door zorgverzekeraars? (meerdere antwoorden mogelijk)

a. Ja, via de website
b. Ja, via schriftelijke informatie
c. Ja, deze informatie wordt mondeling verstrekt
d. Nee, dit is te ingewikkeld om te doen
e. Nee, wij vinden deze informatie niet geschikt voor onze patiënten
f. Nee, dit zien wij niet als onze taak

16. De situatie kan bestaan dat patiënten naar uw ziekenhuis verwezen worden en/of dat u patiënten verwijst naar een ander ziekenhuis. Waarover heeft u in deze situaties afspraken met het andere ziekenhuis gemaakt (meerdere antwoorden mogelijk)?:

a. De capaciteit van het ontvangende ziekenhuis
b. De uitwisseling van gegevens
c. De doorberekening van kosten
d. De snelheid waarmee patiënten daar terecht kunnen
e. Geen van bovenstaande afspraken

Contractprijzen over het jaar 2019

Per categorie geneesmiddelen die u over 2019 contracteert, volgen nu vragen over de tariefafspraken die u heeft gemaakt met uw dominante zorgverzekeraar. Deze vragen worden telkens herhaald voor de volgende categorieën geneesmiddelen:

☐ Generieke add-on geneesmiddelen
☐ Specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie
☐ Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie
☐ Nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties die in 2018 een handelsvergunning zullen krijgen
☐ OZP-stollingsfactoren

Mogelijk maakt u in uw contractafspraken geen onderscheid naar deze categorisering, echter om zicht te krijgen op eventuele verschillen in gemaakte afspraken per categorie vragen wij deze categorieën toch apart uit.

Indien 2= a

17. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2019 voor **generieke add-on geneesmiddelen**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.

a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= b

18. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2019 voor s**pecialité add-ongeneesmiddelen met concurrentie**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.

a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= c

19. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2019 voor **specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= d
20. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2019 voor **nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar een handelsvergunning zullen krijgen**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= e
21. Welk type **tarief**afspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2019 voor **OZP-stollingsfactoren**?

Indien u binnen deze categorie geneesmiddelen verschillende soorten afspraken heeft gemaakt, kiest u dan de afspraak die u voor de meeste middelen binnen deze categorie heeft gemaakt.
a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Inkoop add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren
De volgende vragen gaan over de inkoop van add-on geneesmiddelen en eventuele ozp-stollingsfactoren door uw ziekenhuis. Bij deze vragen kan het voorkomen dat u voor één of enkele geneesmiddel(en) een andere manier van inkoop hanteert. Uw antwoord moet betrekking hebben op de situatie die voor de meeste geneesmiddelen geldt.
22. Bent u in 2019 in staat om lagere inkoopprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **generieke add-on geneesmiddelen**?
a. Ja
b. Nee

Indien 22=b
23. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor generieke add-on geneesmiddelen dan voorheen? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat er minder concurrentie is
b. Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
c. Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de leverancier
e. Omdat wij niet het volume en daardoor niet de volumekorting hebben kunnen behalen die wij voor ogen hadden
f. Daar heeft ons ziekenhuis geen zicht op

24. Bent u in 2019 in staat om lagere inkoopprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie**?
a. Ja

b. Nee

Indien 24=b
25. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat er minder concurrentie is
b. Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
c. Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de farmaceutische industrie
e. Omdat wij niet het volume en daardoor niet de volumekorting hebben kunnen behalen die wij voor ogen hadden
f. Daar heeft ons ziekenhuis geen zicht op

26. Bent u in 2019 in staat om lagere inkoopprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie**?
a. Ja
b. Nee

Indien 26=b
27. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat er minder concurrentie is
b. Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
c. Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de farmaceutische industrie
e. Omdat wij niet het volume en daardoor niet de volumekorting hebben kunnen behalen die wij voor ogen hadden
f. Daar heeft ons ziekenhuis geen zicht op

28. Bent u in 2019 in staat om in totaal meer inkoopmarge (totaal verschil tussen inkoopwaarde en verkoopwaarde) te bedingen voor add-on geneesmiddelen dan in het voorgaande contractjaar?
a. Ja
b. Nee

Indien 28=b
29. Waarom bent u niet in staat om meer inkoopmarge te bedingen voor add-ongeneesmiddelen in totaal (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat de zorgverzekeraars lagere contractprijzen afdwingen
b. Omdat de inkoopprijzen van geneesmiddelen stijgen (kortingen nemen af)
c. Omdat onze inkoop- en verkoopstrategie nu optimaal is
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de farmaceutische industrie
e. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met zorgverzekeraar(s)
f. Daar heeft ons ziekenhuis geen zicht op

30. Welke functionaris of afdeling binnen uw ziekenhuis is in de praktijk verantwoordelijk voor het afsluiten van contracten met groothandels en farmaceutische industrie over de netto inkoopprijs (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Voorschrijvers
b. Apothekers
c. Afdeling financiën
d. Afdeling inkoop
e. Geneesmiddelencommissie
f. Anders, namelijk

31. Hanteert uw instelling een aparte begroting voor add-ongeneesmiddelen?
a. Ja
b. Nee

32. Hoe wordt het add-on budget structureel binnen uw instelling verdeeld?
a. Per specialisme (afdeling)
b. Per resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE)
c. Geen van bovenstaande

33. Wat doet uw instelling met een eventueel behaald positief inkoopresultaat op geneesmiddelen (marge inkoop-verkoop) (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Dat is onderdeel van het algemene resultaat
b. Dat wordt toebedeeld aan de ziekenhuisapotheek
c. Dat wordt naar rato van de omzet van die geneesmiddelen toebedeeld aan de verschillende medische afdelingen waar deze middelen worden voorgeschreven
d. Anders, namelijk

34. Bent u of heeft uw instelling een hemofiliebehandelcentrum?

a. Ja
b. Nee
Indien 34=a
35. A .Koopt u in het jaar 2019 stollingsfactoren gezamenlijk in met andere aangewezen centra voor hemofiliebehandeling?
a. Ja, wij kopen alle stollingsfactoren gezamenlijk in met een of meerdere andere hemofilie instelling(en).
b. Ja, wij kopen een aantal stollingsfactoren gezamenlijk in met een of meerdere andere hemofilie instelling(en).
c. Nee

35.B Met welke andere hemofilie instellingen koopt u gezamenlijk in?
Naam 1,
Naam 2,
Etc.
Indien 34=a
36. Bent u in 2019 in staat om lagere prijzen te bedingen dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) OZP-stollingsfactoren?
a. Ja
b. Nee

Indien 36=b
37. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor OZP-stollingsfactoren? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat er minder concurrentie is
b. Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
c. Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de farmaceutische industrie

e. Omdat wij moeite hebben met het maken en/of naleven van voorschrijfafspraken met artsen waardoor het volume per geneesmiddel beter zou kunnen worden voorspeld en nagekomen.
f. Dat weten wij niet

Van een aantal ozp-stollingsfactoren (bv factor VIII, factor IX) worden verschillende merken verkocht aan Nederlandse ziekenhuizen.
38. Hanteert u binnen uw ziekenhuis het principe van een preferente stollingsfactor?
a. Ja, via een aanbesteding bepalen wij het voorkeursgeneesmiddel
b. Nee, per individuele patiënt bepaalt de individuele arts wat wordt voorgeschreven

39. Stelt uw ziekenhuis in 2019 reactief informatie beschikbaar voor patiënten over welke ozp-stollingsfactoren bij u preferent zijn? (meerdere antwoorden mogelijk)

a. Ja, via de website
b. Ja, via schriftelijke informatie
c. Ja, deze informatie wordt mondeling verstrekt
d. Nee, dit is te ingewikkeld om te doen
e. Nee, wij vinden deze informatie niet geschikt voor onze patiënten
f. Nee, dit zien wij niet als onze taak
40. Bent u in 2019 in staat om meer inkoopmarge (totaal verschil tussen inkoopwaarde en verkoopwaarde) te bedingen voor ozp-stollingsfactoren in totaal dan in het voorgaande contractjaar?
a. Ja
b. Nee

Indien 40=b
41. Waarom bent u niet in staat om meer inkoopmarge te bedingen voor ozp-stollingsfactoren in totaal (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Omdat de zorgverzekeraars lagere contractprijzen afdwingen
b. Omdat de inkoopprijzen van geneesmiddelen stijgen (kortingen nemen af)
c. Omdat onze inkoop- en verkoopstrategie nu optimaal is
d. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met de farmaceutische industrie
e. Omdat wij meerjarige contracten hebben afgesloten met zorgverzekeraar(s)
f. Daar heeft ons ziekenhuis geen zicht op

Gezamenlijke inkoop
42. Is uw ziekenhuisapotheek voor de inkoop van geneesmiddelen aangesloten bij een of meerdere samenwerkingsverband(en)?
a. Ja
b. Nee

Indien 42=a
43. Wat is/zijn de naam/namen van deze samenwerkingsverband(en)?

...
Indien 42=a
44. Stelt samenwerking op het gebied van inkoop met andere zorgaanbieders u in staat om in het algemeen lagere inkoopprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder samenwerking het geval zou zijn?

a. Ja
b. Nee
Indien 42=a
45. Wat is het eindresultaat van gezamenlijke inkoop voor alle leden van het samenwerkingsverband (meerdere antwoorden mogelijk)?

a. Eén onderhandelde netto inkoop prijs per geneesmiddel per leverancier
b. Een vast kortingspercentage voor een cluster geneesmiddelen van één leverancier.
c. Een variabel kortingspercentage (staffelkorting) voor een cluster geneesmiddelen van één leverancier.

Indien 42=b
46. Wat is de belangrijkste reden dat u geneesmiddelen niet gezamenlijk inkoopt met andere instellingen voor medisch specialistische zorg?
a. Omdat wij als individueel ziekenhuis meer inkoopvoordeel kunnen behalen dan bij gezamenlijke inkoop
b. Omdat gezamenlijke inkoop veel afstemming (met onder andere voorschrijvers) en dus werk en tijd kost, wat niet opweegt tegen de opbrengsten
c. Omdat we hier geen ervaring mee hebben
d. Anders, namelijk

47. Werkt u bij de inkoop van geneesmiddelen in 2019 samen met één of meer zorgverzekeraar(s)?
a. Ja
b. Nee

Indien 47=a
48. Hoeveel verschillende werkzame stoffen heeft u gezamenlijk met één of meer zorgverzekeraar(s) ingekocht in 2019?

…
Indien 47=a
49. Stelt samenwerking op het gebied van inkoop met een zorgverzekeraar u in staat om in het algemeen lagere inkoopprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder deze samenwerking het geval zou zijn?

a. Ja
b. Nee

Uitkomsten farmacotherapie

50. A. Heeft u/ hebben uw voorschrijvers zicht op de therapeutische uitkomsten van de door u gedeclareerde geneesmiddelen?
a. Nee
b. Ja

50.B. Bij hoeveel % van de door u voorgeschreven geneesmiddelen legt u systematisch en overdraagbaar vast in welke mate leidt dit tot gezondheidswinst van uw individuele patiënten?
…%

Financiële arrangementen

Het ministerie van VWS wil voor bepaalde dure geneesmiddelen financiële arrangementen met fabrikanten van geneesmiddelen overeen komen, om die geneesmiddelen tegen verlaagde en meer aanvaardbare kosten op te kunnen nemen in het basispakket. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: uitsluitend in gevallen dat er sprake is van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel. De opbrengsten van de arrangementen komen via een terugbetalingsconstructie terecht bij de zorgverzekeraar. Er zijn geneesmiddelen waarvoor een financieel arrangement in de maak of afgesloten is die wel toegelaten zijn tot het verzekerde pakket, en er zijn middelen die (tijdelijk) niet zijn toegelaten tot het verzekerde pakket (de zogenaamde sluis).

51. Komt het voor dat u, vóórdat een financieel arrangement is afgesloten voor een geneesmiddel, korting kan bedingen voor dit geneesmiddel bij de fabrikant?
a. Ja

b. Nee

Indien 51=a
52. Bij hoeveel geneesmiddelen, waarvoor een financieel arrangement is afgesloten, kon u vóór het arrangement, korting bedingen (vul het aantal verschillende werkzame stoffen in)?

…..
Indien 51=a
53. Bij hoeveel van deze geneesmiddelen kon u deze korting, na afsluiting van het financieel arrangement, nog steeds ontvangen(vul het aantal verschillende werkzame stoffen in)?

…..
54. Ervaart uw ziekenhuis financiële gevolgen van de afgesloten financiële arrangementen?
a. Ja, we ervaren positieve financiële effecten omdat de verzekeraar een deel van de opbrengst naar ons terug laat vloeien
b. Ja, we ervaren negatieve financiële effecten omdat we geen korting meer konden bedingen bij de fabrikant
c. Ja, we ervaren andere gevolgen, namelijk
d. Nee, we merken hier geen gevolgen van **Gepast gebruik**
De volgende vragen gaan over het beleid in uw ziekenhuis omtrent gepast gebruik. Er is sprake van gepast gebruik als het juiste geneesmiddel wordt verstrekt aan de juiste patiënt, in de juiste dosering, op het juiste moment en dat het op de juiste manier wordt gebruikt en niet duurder dan nodig.

55. Lopen er binnen uw ziekenhuis projecten/maatregelen met het doel om gepast gebruik van geneesmiddelen te verbeteren?
a. Ja
b. Nee

Indien 55=a
56. Op welke vormen van gepast gebruik richten deze projecten/maatregelen zich (meerdere antwoorden mogelijk)?

a. Afspraken over het beperken van spillage
b. Doelmatige indicatiestelling, selectie van de juiste patiënten
c. Het opvolgen van landelijke afspraken van de beroepsgroepen
d. Het hebben besproken van elk toegepast geneesmiddel in de geneesmiddelencommissie
e. Het vastgelegd hebben van start- en stopcriteria
f. Deelname aan landelijke of Europese patiëntregisters
g. Inzet van generieken en biosimilars
h. Dosisoptimalisatie
i. Optimaliseren dieet
j. Gebruik adjuvante medicatie
k. Bevorderen therapietrouw, juist gebruik door patiënt
l. Het hanteren van het stepped care principe waarbij er gestart wordt met het goedkoopste alternatief (doelmatig voorschrijven)
m. Gezamenlijke besluitvorming
n. Onderzoek naar gepast gebruik geneesmiddelen
o. Anders, namelijk

57. Welke projecten/maatregelen hebben een merkbare verbetering opgeleverd voor ziekenhuis en/of patiënt (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Afspraken over het beperken van spillage
b. Doelmatige indicatiestelling, selectie van de juiste patiënten
c. Het opvolgen van landelijke afspraken van de beroepsgroepen

d. Het hebben besproken van elk toegepast geneesmiddel in de geneesmiddelencommissie
e. Het vastgelegd hebben van start- en stopcriteria
f. Deelname aan landelijke of Europese patiëntregisters
g. Inzet van generieken en biosimilars
h. Dosisoptimalisatie
i. Optimaliseren dieet
j. Gebruik adjuvante medicatie
k. Bevorderen therapietrouw, juist gebruik door patiënt
l. Het hanteren van het stepped care principe waarbij er gestart wordt met het goedkoopste alternatief (doelmatig voorschrijven)
m. Gezamenlijke besluitvorming
n. Onderzoek naar gepast gebruik geneesmiddelen
o. Anders, namelijk

58. Hanteert uw ziekenhuis beleid op het gebied van gepast gebruik van dure geneesmiddelen (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Onze geneesmiddelencommissie zoekt naar geneesmiddelen waarvan wordt vermoed dat gepast gebruik kan worden geoptimaliseerd en zet vervolgens acties uit om dat te bewerkstelligen.
b. Onze geneesmiddelencommissie inventariseert initiatieven vanuit het ziekenhuis voor optimalisatie van gepast gebruik en zet vervolgens acties uit om dat te bewerkstelligen.
c. Initiatiefnemers voor het optimaliseren van gepast gebruik van dure geneesmiddelen gaan zelf aan de slag met het bewerkstelligen ervan.
d. Anders, namelijk

59. Beschikt u over voldoende informatie om gepast gebruik van geneesmiddelen optimaal vorm te geven (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Ja
b. Nee, want wij hebben onvoldoende zicht op het gebruik van geneesmiddelen in andere ziekenhuizen
c. Nee, want binnen ons ziekenhuis is er geen makkelijk toegankelijke informatie beschikbaar in ons EPD over onder andere ziekte-uitkomsten, labwaarden en mogelijkheid tot het zien van een ‘patient journey’: geaggregeerde data die laten zien wat en hoe het geneesmiddelen- en ziektebeloop per patiënt is.
d. Nee, er ontbreekt nu nog vaak een duidelijk standpunt vanuit de beroepsgroep over een geneesmiddel, terwijl dit nodig is voor doelmatige inzet (welke patiënten, wanneer en hoe behandelen).
e. Nee, anders

60. Gepast gebruik leidt in ons ziekenhuis tot
a. Minder kosten en dezelfde effectiviteit van de farmacotherapie
b. Minder kosten en hogere effectiviteit van de farmacotherapie
c. Gelijke kosten en hogere effectiviteit van de farmacotherapie
d. Toename kosten en hogere effectiviteit van de farmacotherapie
e. Toename kosten en lagere of dezelfde effectiviteit van de farmacotherapie
f. Geen verandering ten aanzien van de kosten en effectiviteit van de farmacotherapie

61. Implementeert u ‘gepast gebruik van geneesmiddelen’ méér of beter dan vóór het maken van volledige nacalculatie afspraken met zorgverzekeraars?
a. Ja
b. Nee, wij hebben onze praktijk van vóór dit onderhandelaarsakkoord voortgezet

62. Kan de zorgverzekeraar in uw ogen beoordelen of een ziekenhuis gepast gebruik toepast in de praktijk?
a. Ja

b. Nee

63. Maakt u gebruik van de Geneesmiddelenmonitor van Dutch Hospital Data (DHD) voor het benchmarken van de inzet van geneesmiddelen in andere ziekenhuizen ten behoeve van verbeteren van gepast gebruik binnen de eigen instelling?

a. Ja

b. Nee

64. Is er ten opzichte van vorig jaar een verbetering opgetreden in de snelheid waarmee beroepsgroepen richtlijnen en duidelijke standpunten communiceren over plaatsbepalingen van nieuwe geneesmiddelen?

a. Geen

b. Matig

c. Sterk

Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen

In 2016 heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uitgebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg.

65. Heeft de leidraad invloed op uw huidige inkoop van geneesmiddelen?

a. Ja
b. Nee

Indien 65=a

66. Welke invloed heeft deze leidraad op uw huidige inkoop van geneesmiddelen? [meerdere antwoorden mogelijk]?

a. Hierdoor zijn wij met meer zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aangegaan
b. Hierdoor zijn wij met meer zorgverzekeraars samenwerkingsverbanden aangegaan
c. Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders geïntensiveerd
d. Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars geïntensiveerd
e. Geen van bovenstaande antwoordopties

Indien 65=a

67. Op de inkoop van welk type geneesmiddelen heeft de leidraad invloed (meerdere antwoorden mogelijk)?

a. Generieke add-ongeneesmiddelen

b. Specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie

c. Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie

d. Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd

e. OZP-stollingsfactoren

f. Biosimilars

g. Niet-add-ongeneesmiddelen

Indien 65=b

68. Waarom heeft de leidraad geen invloed?

a. We willen niet samenwerken bij de inkoop van geneesmiddelen

b. We willen niets veranderen aan de samenwerking die we al hadden

c. We ervaren geen belemmeringen om (meer) samen in te kopen

d. We ervaren wel belemmeringen om (meer) samen in te kopen, maar die hebben niets met mededinging te maken

e. We ervaren wel belemmeringen om (meer) samen in te kopen op het gebied van mededinging, maar daarbij hebben we niets aan de leidraad

f. Geen van bovenstaande antwoordopties

Indien 65=b
69. Verwacht u dat deze leidraad in de nabije toekomst wel invloed zal hebben op uw inkoop van geneesmiddelen?
a. Ja
b. Nee
c. Onbekend, wij hebben nog niet (voldoende) onderzocht welke mogelijkheden de leidraad ons biedt.

Horizonscan
Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de Horizonscan+ (www.horizonscangeneesmiddelen.nl). Deze scan monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten, en identificeert het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's.
70. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgverzekeraars voor het jaar 2019?
a. Ja
b. Nee

Indien 70=a
71. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter plannen / verdelen van uw eigen budget?

a. Ja
b. Nee
Indien 70=a
72. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met zorgverzekeraars, omdat beide partijen dezelfde informatiebron (kunnen) gebruiken?

a. Ja
b. Nee

Indien 70=a
73. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met fabrikanten ?

a. Ja
b. Nee
Indien 70=a
74. Wat zou de toepassing van de Horizonscan nog beter kunnen maken voor uw situatie (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Informatie opnemen over compassionate use programma's
b. Mogelijkheid om updates te ontvangen over 1 of meerdere geneesmiddelen
c. Eigen portaal om patientvolumes aan te passen op eigen ziekenhuis
d. Anders, namelijk

Farmaceutische industrie
De farmaceutische industrie kan op verschillende manieren invloed uitoefenen op het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen binnen uw ziekenhuis. Onderstaande vragen gaan over maatregelen die ziekenhuizen in het algemeen tegen deze invloed (kunnen) nemen en hoe dit binnen uw eigen ziekenhuis is geregeld.
NB. Bij deze vragen bedoelen we met de 'invloed van de farmaceutische industrie' **niet** beïnvloeding door het verstrekken van kortingen, maar wel alle andere vormen van invloed. Bijvoorbeeld door het (mede) betalen van onderzoek, en het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen.
75. Vindt u het nodig dat ziekenhuizen (in het algemeen) maatregelen nemen om deze invloed op het voorschrijven of terhandstellen van geneesmiddelen te beperken?
a. Ja
b. Nee

76. Is iemand binnen uw instelling op de hoogte van alle werkrelaties/werkafspraken tussen de farmaceutische industrie en zorgprofessionals binnen uw instelling,waaronder dienstverlening en sponsoring (onderzoek), ongeacht de registratie in het Transparantieregister Zorg?

a. Ja

b. Nee

77. Hoeveel individuele zorgprofessionals in uw ziekenhuis hebben een werkrelatie (dienstverlening/sponsoring) met de farmaceutische industrie?

78. Is er een meldplicht voor medisch specialisten voor nevenactiviteiten of –inkomsten binnen uw instelling?

a. Ja

b. Nee

79. Is er een instemmingsvereiste van uw RvB en/of MSB aan medisch specialisten voor nevenactiviteiten of neveninkomsten?

a. Ja

b. Nee

80. Is er sprake van een geldstroom in 2019 tussen uw instelling en een of meer farmaceutisch bedrijven voor de volgende onderwerpen (meerdere antwoorden mogelijk)?

a. Aanschaf, voorschrijven en/of terhandstellen van geneesmiddelen

b. Aanschaf hulpmiddelen, medische apparatuur

c. Aanschaf ict (ontwikkeling software/apps)

d. Klinisch onderzoek

e. Onderzoekers/promovendi

f. Verpleegkundigen

g. Onderwijs, nascholing, voorlichting en/of congressen

h. Poliklinische apotheek

i. Bv's/stichtingen

j. Projectmanagement, zoals voor e-health en registers

Ervaring met de inzet van dure geneesmiddelen

81. In hoeverre zijn onderstaande situaties van toepassing op uw ziekenhuis in het jaar 2019?

De situatie..	in alle gevallen	in de meeste gevallen	in enkele gevallen	in geen enkel geval
a. Er is een een geneesmiddel ingezet dat door de betreffende zorgverzekeraar niet was ingekocht omdat het ten tijde van de onderhandelingen nog niet op de markt was. Hierdoor is het (nog) niet duidelijk of dit middel aan het ziekenhuis wordt vergoed				
b. Er is een geneesmiddel ingezet dat expliciet niet was ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar bij onze instelling (selectieve inkoop). Hierdoor wordt het middel niet vergoed door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis.				
c. Wij moesten méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan ten tijde van de contractonderhandelingen was voorzien.				
d. De afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen was lager dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant.				

e. 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.				
f. Er was nog geen add-on prestatie beschikbaar.				
g. De geneesmiddelencommissie heeft nog geen plaatsbepaling van dit/deze geneesmiddel(len) gemaakt.				
h. De betreffende beroepsvereniging(en) heeft nog geen plaatsbepaling van dit/deze geneesmiddel(len) gemaakt. 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.				

82. Welke gevolgen hebben deze situaties gehad voor de patiënt/patiënten die aangewezen was/waren op het geneesmiddel/de geneesmiddelen in kwestie (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. De patiënt(en) is (zijn) doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor gebruik van dit geneesmiddel
b. De patiënt(en) is (zijn) wel binnen ons ziekenhuis in behandeling gebleven maar heeft (hebben) geen gebruik kunnen maken van dit geneesmiddel
c. De patiënt(en) is (zijn) wel binnen ons ziekenhuis in behandeling gebleven maar heeft (hebben) moeten wachten totdat hij/zij gebruik kon(den) maken van het geneesmiddel
d. De patiënt(en) is (zijn) wel binnen ons ziekenhuis in behandeling gebleven en hebben hier geen nadelig medisch effect van ondervonden.
Indien 82=b
83. Hebben (één of meer van) deze patiënten nadelige medische gevolgen ervaren van het niet ontvangen van dit geneesmiddel?
a. Ja
b. Nee

Indien 82 = c
84. Hebben (één of meer van) deze patiënten nadelige medische gevolgen ervaren van het moeten wachten op het geneesmiddel?

a. Ja
b. Nee
Indien 82=d
85. Wat is de reden dat de situatie niet geleid heeft tot gevolgen voor de patient/patienten die volgens arts en patient aangewezen was/waren op het geneesmiddel in kwestie?
a. De patient(en) heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat de verzekeraar alsnog het middel heeft vergoed aan onze instelling.
b. De patiënt(en) heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat onze instelling het geneesmiddel zelf heeft betaald.

Indien 82=b
86. U heeft aangegeven dat u in 2019 situaties heeft ervaren met de inzet van een geneesmiddel, en dat als gevolg hiervan de patiënt(en) geen gebruik heeft (hebben) kunnen maken van dit geneesmiddel, maar wel binnen uw ziekenhuis in behandeling is (zijn) gebleven.

Is (zijn) deze patiënt(en) binnen uw instelling behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde dat wél werd vergoed door de verzekeraar?
a. Ja, al deze patiënten zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde voor deze patient
b. Nee, sommige patiënten zijn behandeld met een geneesmiddel met een mindere therapeutische waarde voor deze patiënt

c. Nee, sommige patiënten zijn niet behandeld
Indien 86=c
87. Hoeveel patiënten zijn in 2019 niet behandeld? …

Indien 86=b
88. Hoeveel patiënten zijn in 2019 behandeld met een geneesmiddel met een mindere therapeutische waarde?

….
Indien 86=b
89. Zijn de patiënten hiervan op de hoogte?
a. Ja
b. Nee

90. Welke interne maatregelen heeft uw ziekenhuis genomen als gevolg van de ervaren situaties met de inzet van dure geneesmiddelen? (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Het ziekenhuis is meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik/doelmatig voorschrijven
b. Het ziekenhuis is meer aandacht gaan besteden aan doelmatig inkopen van geneesmiddelen
c. Het ziekenhuis heeft bezuinigd op overheadkosten
d. Het ziekenhuis heeft bezuinigd op de levering van andere zorg.
e. Andere maatregelen, namelijk
f. Geen interne maatregelen

Indien 90=d
91. Op de levering van welke zorg is door het ziekenhuis bezuinigd?

…….
Indien 90= geen f.
92. Was/Waren deze maatregel(en) effectief om de situaties op te lossen?
a. Nee
b. Ja, ten dele
c. Ja, geheel

Doorgebruik van thuismediciatie in het ziekenhuis Met doorgebruik van thuismedicatie wordt bedoeld: de verandering in het medicatieproces binnen de ziekenhuizen waarbij medicatie die thuis reeds in gebruik was of thuis gebruikt zal gaan worden niet langer wordt verstrekt vanuit de ziekenhuisapotheek maar wordt meegenomen door de patiënt van thuis. Nieuw te leveren medicatie of het herbevoorraden wordt uitgevoerd door de poliklinische apotheek.

93. Hoe gaat u om met 'doorgebruik van thuismedicatie' in uw ziekenhuis?
a. Wij passen doorgebruik thuismedicatie structureel toe
b. Wij passen doorgebruik thuismedicatie in sommige gevallen/bij sommige afdelingen toe
c. Wij passen doorgebruik thuismedicatie niet toe
Indien 93 = geen c
94. U heeft aangegeven dat u het doorgebruik van thuismedicatie (soms) toestaat.

Bij hoeveel procent van klinische opnames was sprake van doorgebruik thuismedicatie?
…
95. Indien 93=c: Waarom past u doorgebruik van thuismedicatie niet toe?

....
Einde vragenlijst

Enquêtevragen zorgverzekeraars

Toelichting op de vragenlijst De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, en op ervaren knelpunten met de betaalbaarheid en toegankelijk van deze geneesmiddelen. In deze enquête worden gesloten en enkele open vragen gesteld. Iedere aangeboden vraag moet beantwoord worden om de enquête te kunnen voltooien.
In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan bod:
☐ Gegevens zorgverzekeraar
☐ Selectieve inkoop
☐ Contractprijzen 2019
☐ Gezamenlijke inkoop add-ongeneesmiddelen
☐ Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen
☐ Nieuwe geneesmiddelen
☐ Financiële arrangementen
☐ Horizonscan
☐ Afspraken over biosimilars
☐ Gepast gebruik
☐ Invloed farmaceutische industrie
☐ Wijzigingsverzoeken zorgaanbieders
☐ Bemiddelingsverzoeken
☐ Klachten
☐ Contractering geneesmiddelen 2020
☐ Plafondafspraken 2020

Het is mogelijk het formulier **tussentijds op te slaan** en op een later moment weer verder te gaan. Nadat u het formulier volledig heeft ingevuld ontvangt u hiervan per mail een bevestiging. Deze mail bevat tevens een overzicht van de door u gegeven antwoorden.
Doelen en rapportage van deze enquête De NZa zet deze enquête uit om kennis op te doen over de markt van geneesmiddelen binnen de medisch specialistisch zorg ten behoeve van haar taakuitvoering. Zo worden de resultaten van deze enquete gebruikt voor de uitgave van de periodieke 'Monitor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg'. Deze monitor is onderdeel van een breed pakket aan maatregelen. Het ministerie van VWS beoogt hiermee de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te borgen en partijen te ondersteunen bij het vervullen van hun rol en verantwoordelijkheden. De resultaten van de enquête zullen in de NZa publicaties niet naar individuele zorgaanbieders, zorgverzekeraars of personen herleidbaar zijn.

Gegevens zorgverzekeraar
Naam zorgverzekeraar Uzovi-nummer
Plaatsnaam zorgverzekeraar
Naam contactpersoon
E-mailadres contactpersoon
Telefoonnummer contactpersoon

Selectieve inkoop

1. Zijn er geneesmiddelen die u in 2019 selectief inkoopt bij bepaalde instellingen?

a. Ja
b. Nee

Indien 1=a

2. Het kan voorkomen dat in de loop van een behandeling, uw verzekerde aangewezen is op behandeling met een geneesmiddel dat u niet heeft ingekocht bij de instelling waar hij of zij op dat moment in behandeling is. Welke actie onderneemt u in 2019 in een dergelijk situatie?

a. Wij bemiddelen voor de patiënt om in een wel-geselecteerde instelling te worden behandeld.
b. Wij ondernemen geen actie maar de instelling overlegt zelf met de patiënt of de behandeling met het betreffende geneesmiddel wordt voortgezet in een wel-geselecteerde instelling.
c. Wij hebben protocollen voor doorverwijzen.
d. Anders, namelijk

Indien 1=a

3. Hoe vaak heeft u in 2019 bemiddeld voor een patiënt om in een wel-geselecteerde instelling te worden behandeld (aantal unieke patient)?....
4. Hoeveel van deze patiënten zijn daadwerkelijk verwezen naar een wel-geselecteerde instelling? ….

Indien 1=a

5. Welke criteria hanteert u in 2019 voor instellingen bij het selectief inkopen van geneesmiddelen [meerdere antwoorden mogelijk]?

a. De mate van expertise naar ons eigen oordeel
b. De mening van de beroepsgroep en wetenschappelijke verenigingen over welke geneesmiddelen in welke instellingen verstrekt zouden moeten worden
c. De mening van de geneesmiddelencommissie van het ziekenhuis
d. Advies van expertisecentra, beroepsvereniging, richtlijn, etc.
e. Anders, namelijk

Indien 1=a

6. Koopt u, bij de instelling(en) waar u een bepaald geneesmiddel niet inkoopt vanwege selectief inkoopbeleid, de gerelateerde dbc-zorgproducten in principe nog welin?

a. Ja
b. Nee

Indien 1=a

7. Communiceert u in 2019 naar alle ziekenhuizen in Nederland bij welke instellingen u bepaalde geneesmiddelen wel en expliciet niet inkoopt voor het jaar 2019?

a. Ja, wij doen dat proactief
b. Ja, wij doen dat reactief (als ziekenhuizen hierom vragen)
c. Nee

Indien 1=a

8. Communiceert u in 2019 naar uw verzekerden bij welke instellingen u bepaalde geneesmiddelen wel en expliciet niet inkoopt?

a. Ja, wij doen dat proactief
b. Ja, wij doen dat reactief (als verzekerden hierom vragen)
c. Nee

Indien 8=c

9. Waarom communiceert u hier niet over richting uw verzekerden (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. De afspraken over selectieve inkoop (kunnen) veranderen gedurende de tijd
b. Wij denken dat deze informatie niet relevant is voor onze verzekerden
c. Anders, namelijk…

indien 8=a.
10. Op welke manier communiceert u dit?
a. Via onze website en/of email-verkeer
b. Via de polisvoorwaarden
c. Anders, namelijk

Contractprijzen 2019
11. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **UMC's** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **generieke** add-on geneesmiddelen?
a. Ja
b. Nee

12. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **algemene ziekenhuizen** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **generieke** add-on geneesmiddelen?
a. Ja
b. Nee

13. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **UMC's** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add-ongeneesmiddelen **met** concurrentie?
a. Ja
b. Nee

14. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **algemene ziekenhuizen** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add**-**ongeneesmiddelen **met** concurrentie?
a. Ja
b. Nee

15. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **UMC's** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add**-**ongeneesmiddelen **zonder** concurrentie?
a. Ja
b. Nee

16. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **algemene ziekenhuizen** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add**-**ongeneesmiddelen **zonder** concurrentie?
a. Ja
b. Nee

17. Was u voor de contractering over het jaar 2019 in het algemeen in staat om bij **hemofiliecentra** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **ozp-stollingsfactoren**? a. Ja B. Nee

18. Welk tarieven sprak u over het jaar 2019 af voor de ozp-stollingsfactoren met het voor u belangrijkste hemofiliebehandelcentrum?
a. Gelijk aan NZa maximumtarieven
b. Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
c. Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
d. Er is hierover nog geen afspraak gemaakt
e. Anders, namelijk

Gezamenlijke inkoop add-ongeneesmiddelen
19. Koopt u in 2019 gezamenlijk met één of meer zorgaanbieders geneesmiddelen in bij de farmaceutische industrie?

a. Ja b. Nee
Indien 19=b
20. Waarom niet?

…..
Indien 19=a
21. Welk type geneesmiddelen koopt u in 2019 gezamenlijk in? [meerdere antwoorden mogelijk]
a. Generieke add-ongeneesmiddelen
b. Specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie
c. Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie
d. Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd
e. OZP-stollingsfactoren
f. Biosimilars
g. Alle geneesmiddelen, ook niet-add-ongeneesmiddelen

Indien 19=a
22. Welke afspraken heeft u over de opbrengsten van de gezamenlijk inkoop gemaakt met de betrokken zorgaanbieders (ziekenhuizen)?
a. Geen
b. Shared saving: betrokken zorgaanbieder(s) en wij als zorgverzekeraar krijgen een deel van het totale verschil tussen de Apotheek Inkoop Prijs en de met de fabrikant uitonderhandelde prijs.
c. Anders, namelijk

23. Koopt u in 2019 gezamenlijk met één of meer zorgverzekeraars geneesmiddelen in bij de farmaceutische industrie?

a. Ja b. Nee
Indien 23=a
24. Welk type geneesmiddelen koopt u in 2019 gezamenlijk in? [meerdere antwoorden mogelijk]
a. Generieke add-ongeneesmiddelen
b. Specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie
c. Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie
d. Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd
e. OZP-stollingsfactoren
f. Biosimilars
g. Alle geneesmiddelen, ook niet-add-ongeneesmiddelen

Indien 23=a
25. Welke afspraken heeft u over de opbrengsten van de gezamenlijk inkoop gemaakt met de betrokken zorgverzekeraars?

a. Geen
b. Shared saving: betrokken zorgverzekeraar(s) krijgen een deel van het totale verschil tussen de Apotheek Inkoop Prijs en de met de fabrikant uitonderhandelde prijs.
c. Anders, namelijk

26. Koopt u (binnen de regels van de Geneesmiddelenwet) in 2019 geneesmiddelen in het buitenland in?
a. Ja, alleen middelen die in Nederland niet leverbaar zijn
b. Ja, ook middelen die wel in Nederland leverbaar zijn
c. Nee

Indien 26=a of b

27. Ongeveer hoeveel verschillende werkzame stoffen koopt u in het buitenland in?

Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen
In 2016 heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de 'Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen' uitgebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars te informeren over de ruimte die de concurrentieregels bieden voor gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg.
28. Heeft de leidraad invloed op uw huidige inkoop van geneesmiddelen?

a. Ja
b. Nee
Indien 28=a
29. Welke invloed heeft deze leidraad op uw huidige inkoop van geneesmiddelen? [meerdere antwoorden mogelijk]?

a. Hierdoor zijn wij met meer zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aangegaan
b. Hierdoor zijn wij met meer zorgverzekeraars samenwerkingsverbanden aangegaan
c. Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders geïntensiveerd
d. Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars geïntensiveerd
e. anders, namelijk
Indien 28=a
30. Op de inkoop van welk type geneesmiddelen heeft de leidraad invloed (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Generieke add-ongeneesmiddelen
b. Specialité add-ongeneesmiddelen mét concurrentie
c. Specialité add-ongeneesmiddelen zonder concurrentie
d. Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd
e. OZP-stollingsfactoren
f. Biosimilars
g. Niet-add-ongeneesmiddelen

Indien 28=b
31. Waarom heeft de leidraad geen invloed?
a. We willen niet samenwerken bij de inkoop van geneesmiddelen
b. We willen niets veranderen aan de samenwerking die we al hadden
c. We ervaren geen belemmeringen om (meer) samen in te kopen
d. We ervaren wel belemmeringen om (meer) samen in te kopen, maar die hebben niets met mededinging te maken
e. We ervaren wel belemmeringen om (meer) samen in te kopen op het gebied van mededinging, maar daarbij hebben we niets aan de leidraad
f. Anders, namelijk…

Indien 28=b
32. Verwacht u dat deze leidraad in de nabije toekomst wel invloed zal hebben op uw inkoop van geneesmiddelen?
a. Ja
b. Nee

Nieuwe geneesmiddelen
33. Komt het voor dat op het moment dat een nieuw geneesmiddel of nieuwe indicatie van een al bestaand geneesmiddel onderdeel wordt van het verzekerde pakket, u nog geen afspraken heeft gemaakt met ziekenhuizen over de inzet van dit middel?
a. Ja
b. Nee, dat komt nooit voor

Indien 33 = a

34. Bij hoeveel verschillende werkzamen stoffen was dit het geval?

…..
Indien 33=a
35. Wat is uw beleid in 2019 in de situatie dat een verzekerde is aangewezen op een nieuw geneesmiddel waarvoor u nog geen contractafspraken hebt gemaakt?
a. Voor deze categorie geneesmiddelen hebben wij in algemene zin (dus niet voor het specifieke geneesmiddel) nacalculatieafspraken gemaakt.
b. 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.
c. Anders, namelijk

36. Het kan voorkomen dat nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel beschikt over een handelsvergunning en het is ingestroomd in het verzekerde pakket. Wat is uw beleid in 2019 in een dergelijk situatie?
a. Er wordt niet onderhandeld over vergoeding van dbc-zorgproducten. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-on prestatie in werking treedt.
b. Er wordt niet onderhandeld over vergoeding van dbc-zorgproducten. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat duidelijk is of de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel.
c. Er wordt onderhandeld over de prijs van de dbc-zorgproducten die bij de geïndiceerde patiënten zijn geopend.
d. Voor deze situatie hebben wij (nog) geen plan van aanpak ingericht.
e. Anders, namelijk

Financiële arrangementen
Het ministerie van VWS wil voor bepaalde dure geneesmiddelen financiële arrangementen met fabrikanten van geneesmiddelen overeen komen, om die geneesmiddelen tegen verlaagde en meer aanvaardbare kosten op te kunnen nemen in het basispakket. Een financieel arrangement is een maatwerkinstrument dat de minister selectief kan toepassen: uitsluitend in gevallen dat er sprake is van grote financiële risico's (ten aanzien van kostenbeslag en/of kosteneffectiviteit) en uitsluitend indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf op dat moment onvoldoende invloed kunnen uitoefenen op de prijs/kosten van het betreffende geneesmiddel. De opbrengsten van de arrangementen komen via een terugbetalingsconstructie terecht bij de zorgverzekeraar.
37. Indien bij u bekend is dat een financieel arrangement is afgesloten voor een geneesmiddel, is dit dan onderwerp van gesprek bij het maken van contractafspraken met zorgaanbieders over 2019 en/of 2020?
a. Ja
b. Nee

Indien 37=a.
38. Geeft u in deze gesprekken aan hoe de opbrengst van het financieel arrangement wordt ingezet?
a. Ja
b. Nee

39. Hoe wordt de opbrengst van het financieel arrangement in de regel door u ingeboekt en ingezet? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Verlaging kosten algemeen; inzet bij premieberekening
b. Verlaging kosten algemeen; inzet bij verhoging reserves
c. Verlaging kosten geneesmiddelen; inzet bij dbc-contractprijzen msz
d. Verlaging kosten add-ongeneesmiddelen; inzet bij dbc-contractprijzen msz
e. Verlaging kosten add-ongeneesmiddelen; inzet bij contractprijzen add-ongeneesmiddelen

f. Verlaging kosten add-ongeneesmiddelen met financieel arrangement; inzet bij contractprijzen add-ongeneesmiddelen met financieel arrangement
g. Anders, namelijk

Horizonscan
Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de Horizonscan+ (www.horizonscangeneesmiddelen.nl). Deze scan monitort welke innovatieve geneesmiddelen de komende jaren (waarschijnlijk) tot de Nederlandse markt worden toegelaten, en identificeert het verwachte gebruik en de daarmee gemoeide financiële risico's. Dit onder andere met het oog op de mogelijke inzet van een financieel arrangement door het ministerie van VWS.

40. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-ongeneesmiddelen met zorgverzekeraars voor het jaar 2019?
a. Ja
b. Nee

Indien 40=a
41. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter plannen / verdelen van uw budget?

a. Ja
b. Nee
Indien 40=a
42. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met zorgaanbieders, omdat beide partijen dezelfde informatiebron (kunnen) gebruiken?

a. Ja
b. Nee
Indien 40=a
43. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met fabrikanten?

a. Ja
b. Nee
Indien 40=a
44. Wat zou de toepassing van de Horizonscan nog beter kunnen maken voor uw situatie (meerdere antwoorden mogelijk)?
a. Informatie opnemen over compassionate use programma's
b. Mogelijkheid om updates te ontvangen over 1 of meerdere geneesmiddelen
c. Anders, namelijk

Afspraken over specialités en biosimilars
Onderstaande vragen hebben betrekking op de inkoop van biosimilars. De apotheek inkoop prijs of netto inkoopprijs van een biosimilar is niet per definitie lager dan de prijs van een specialité. Deze vragen zijn bedoeld om informatie te krijgen over de mate van concurrentie tussen specialité's en biosimilars.
45. Heeft u met zorgaanbieders afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars in de contractering van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg voor het jaar 2019?
a. Ja, met de meeste
b. Ja, met enkele
c. Nee

46. (indien 45 a of b) Welke afspraken heeft u gemaakt voor het jaar 2019? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Er zijn afspraken gemaakt over het percentage patiënten bij wie een origineel biologisch referentieproduct naar een biosimilar wordt omgezet
b. Er zijn afspraken gemaakt over het percentage nieuwe patiënten dat start met een biosimilar
c. Geen specifieke afspraken over percentages, maar de afspraak dat de aanbieder biosimilars inzet indien dat doelmatig is.
d. Er zijn afspraken gemaakt over zaken als goede communicatie en begeleiding bij het gebruik van/omzetten naar biosimilars.
e. Er zijn afspraken over monitoring van de inzet van biosimilars
f. Er zijn afspraken gemaakt over het toepassen van gezamenlijke besluitvormingsproces tussen patiënt en zorgaanbieder over de keuze van een originator of biosimilar
g. Anders, namelijk

47. Heeft u prikkels bij de zorgaanbieders neergelegd om het gebruik van biosimilars te bevorderen?

a. Ja, er is sprake van gedifferentieerde afslagen (verschillend bij biosimilar en specialite)
b. Ja, wij spreken een transitievergoeding voor biosimilars af met de zorgaanbieder
c. Ja, bij de overstap naar biosimilars krijgt de zorgaanbieder extra tijd om een zorgvuldig proces te doorlopen (d.w.z. de afslagen gaan op een later moment in)
d. Nee, doelmatig inkopen is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Gepast gebruik
De volgende vragen gaan over het beleid omtrent gepast gebruik. Er is sprake van gepast gebruik als het juiste geneesmiddel wordt verstrekt aan de juiste patiënt, in de juiste dosering, op het juiste moment en dat het op de juiste manier wordt gebruikt en niet duurder dan nodig.
48. Heeft u met zorgaanbieders afspraken gemaakt over gepast gebruik van dure geneesmiddelen?
a. Ja, met de meeste
b. Ja, met enkele
c. Nee

Indien 48= a of b
49. Heeft u met zorgaanbieders afgesproken dat zij u inzicht geven in de mate waarin zij zich inspannen voor gepast gebruik?
a. Ja
b. Nee

Indien 48= a of b
50. Welke van de onderstaande concrete afspraken over gepast gebruik heeft u gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)
a. Afspraken over het beperken van spillage
b. Doelmatige indicatiestelling, selectie van de juiste patiënten
c. Het opvolgen van landelijke afspraken van de beroepsgroepen
d. Het hebben besproken van elk toegepast geneesmiddel in de geneesmiddelencommissie
e. Het vastgelegd hebben van start- en stopcriteria
f. Deelname aan landelijke of Europese patiëntregisters
g. Inzet van generieken en biosimilars
h. Dosisoptimalisatie
i. Optimaliseren dieet
j. Gebruik adjuvante medicatie
k. Bevorderen therapietrouw, juist gebruik door patiënt
l. Het hanteren van het stepped care principe waarbij er gestart wordt met het goedkoopste alternatief (doelmatig voorschrijven)

m. Gezamenlijke besluitvorming binnen het ziekenhuis
n. Onderzoek naar gepast gebruik geneesmiddelen
o. Anders, namelijk

Indien 48= a of b
51. Beschikt u over voldoende informatie om te beoordelen of zorgaanbieders de gemaakte afspraken over gepast gebruik voldoende opvolgen?
a. Ja
b. Nee

Indien 48= a of b
52. Is er ten opzichte van vorig jaar een verbetering opgetreden in de snelheid waarmee beroepsgroepen richtlijnen en duidelijke standpunten communiceren over plaatsbepalingen van nieuwe geneesmiddelen?
a) Ja
b) Nee

Invloed farmaceutische industrie
De farmaceutische industrie kan op verschillende manieren invloed uitoefenen op het inkopen en voorschrijven van geneesmiddelen binnen een ziekenhuis. Onderstaande vragen gaan over maatregelen die u neemt om deze invloed te beperken.
NB. Bij deze vragen bedoelen we met de 'invloed van de farmaceutische industrie' **niet** beïnvloeding door het verstrekken van kortingen, maar wel alle andere vormen van invloed. Bijvoorbeeld door het (mede) betalen van onderzoek, en het laten uitvoeren van advieswerk of gesponsorde cursussen.
53. Ervaart u dat de farmaceutische industrie invloed uitoefent op zorgaanbieders, met als doel het voorschrijven of terhandstellen van bepaalde geneesmiddelen te bevorderen?
a. Ja
b. Nee

Indien 53=a
54. Waaruit bestaat die invloed?

……..
55. Neemt u maatregelen om de invloed van de farmaceutische industrie op zorgaanbieders te beperken?
a. Ja
b. Nee

56. Indien 55=a

Welke maatregelen neemt u?
……
Indien 55=b:
57. Waarom niet?
a. We hebben te weinig zicht op deze invloed om maatregelen te kunnen nemen
b. We hebben te weinig mogelijkheden om maatregelen hier tegen te kunnen nemen
c. Wij zien het niet als onze taak om hier maatregelen tegen te nemen
d. Anders namelijk

Wijzigingsverzoeken zorgaanbieders
Heeft u ten aanzien van de inzet van geneesmiddelen in 2019 één of meer van de volgende actie(s) ondernomen?
58. We hebben gedurende het jaar één of meer van de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor add-ongeneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren ten voordele van het ziekenhuis aangepast
a. Ja
b. Nee

59. We hebben gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor dbc-zorgproducten ten voordele van het ziekenhuis aangepast.
a. Ja
b. Nee

60. De farmacotherapeutische behandeling van de verzekerde(n) is na onze bemiddeling voortgezet in andere ziekenhuizen.
a. Ja
b. Nee

Klachten verzekerden
61. Heeft u in 2019 klachten ontvangen van verzekerden over het (tijdelijk) niet-verkrijgen van een geneesmiddel? *We bedoelen hier alleen klachten die terecht bleken te zijn, in de zin dat verzekerden inderdaad niet het geneesmiddel in kwestie hebben ontvangen.*

a. Ja
b. Nee
Indien 61=a
62. Hoeveel van deze klachten heeft u ontvangen in 2019?

Ongeveer…..klachten
Indien 61=a
63. Zijn de klachten van het niet verkrijgen van geneesmiddelen uiteindelijk opgelost voor de verzekerden?
a. Ja, alle klachten
b. Ja, de meeste klachten
c. Ja, sommige klachten
d. Nee, geen van de klachten

Indien 63= b, c of d
64. Wat was de reden dat het geneesmiddel in de gevallen die niet zijn opgelost, niet werd verstrekt [meerdere antwoorden mogelijk]?
a. Therapeutische reden (werking/bijwerking).
b. Het geneesmiddel was niet ingekocht bij het ziekenhuis waar de verzekerde in behandeling was.
c. De kosten van het geneesmiddel waren te hoog
d. Het budget was op
e. Anders, namelijk ….

Contractering geneesmiddelen 2020
65. Vorm(d)en ozp-stollingsfactoren een belemmering in de totstandkoming van de contracten met instellingen voor het jaar 2020?

a. Ja
b. Nee
Indien 65=a
66. Bij hoeveel procent van de instellingen vorm(d)en de ozp-stollingsfactoren een belemmering in de totstandkoming van het contract 2020?

…%
67. Vorm(d)en add-ongeneesmiddelen een belemmering in de totstandkoming van de contracten met instellingen voor het jaar 2020?

a. Ja
b. Nee
Indien 67=a
68. Bij hoeveel procent van de instellingen vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een belemmering in de totstandkoming van het contract 2020?

…%
Indien 67=a

69. Waarom vorm(d)en de add-ongeneesmiddelen een belemmering in de totstandkoming van uw contracten voor het jaar 2020 [meerdere antwoorden mogelijk]?
a. Vanwege onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
b. Vanwege de groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet
c. Vanwege onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde (wees)geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd wordt
d. Er is geen overeenstemming over de contractvorm (bijvoorbeeld wel/geen nacalculatie)
e. Er is een meningsverschil over de hoogte van de tarieven van geneesmiddelen en/of dbc-zorgproducten
f. Anders, namelijk

70. Indien u voor add on geneesmiddelen plafondafspraken maakt voor het jaar 2020, welke afspraken maakt u dan over hoe te handelen als het afgesproken plafond bereikt is voordat het jaar voorbij is (kies één antwoord die het meest rechtdoet aan uw praktijk)?
a. Er is met de instelling afgesproken dat zij ons hiervan op de hoogte stellen, waarna wij aanvullende afspraken zullen maken met de instelling
b. Er is met de instelling afgesproken dat zij ons hiervan op de hoogte brengen, waarna wij (gezamenlijk met de instelling) de patiënt verwijzen naar een andere instelling
c. Er is met de instelling afgesproken dat de instelling de kosten voor de inzet van add-ongeneesmiddelen dan bekostigt uit de opbrengsten van dbc-zorgproducten.
d. Nog niet bekend
e. Anders, namelijk

71. Hoe gaat u om met declaraties van add-ongeneesmiddelen van verzekerden met een restitutiepolis?
a. Wij vergoeden deze declaraties op nacalculatiebasis aan de declarerende zorgaanbieder tegen het NZa maximumtarief
b. Wij vergoeden deze declaraties op nacalculatiebasis aan de declarerende zorgaanbieder tegen het NZa maximumtarief minus een vaste afslag
c. Wij vergoeden deze declaraties op dezelfde manier aan de declarerende zorgaanbieder als voor de verzekerden met een natura-polis
d. Geen van bovenstaande antwoorden is van toepassing

Einde vragenlijst