

# Bijlage

## Monitor geneesmiddelen in de medisch- specialistische zorg 2018

Opzet, bronnen en methoden

# Inhoud

<b>1. Kwantitatieve analyse</b>	<b>3</b>
1.1 Uitgaven versus vergoedingen	3
1.2 Bronnen	3
1.3 Waarde geneesmiddelen	4
1.4 Resultaten ziekenhuizen	4
1.5 Overschrijdingen budget geneesmiddelen	4
1.6 Bronnen figuren en tabellen	4
1.7 Patiëntengroepen	5
1.8 Overzicht nieuwe geneesmiddelen	5
1.9 Verschillen analyse	7
1.10 Prijsanalyse	8
1.10.1 Selectie van geneesmiddelen	8
<b>2. Kwalitatieve analyse</b>	<b>12</b>
2.1 Scope	12
2.2 Enquête zorgaanbieders	12
2.3 Interviews zorgaanbieders	13
2.4 Enquête zorgverzekeraars	13
<b>3. Begrippenlijst</b>	<b>14</b>
<b>4. Gebruikte vragenlijsten</b>	<b>15</b>
Enquête zorgverzekeraars	15
Enquête zorgaanbieders	28

# 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 zorgaanbieders van medisch specialistische zorg bij verzekeraars zijn gedeclareerd. Hierbij is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met contractafspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Een voorbeeld hiervan is een plafondaafpraak: de in rekening te brengen omzet is van tevoren 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. In tabel 1 in hoofdstuk 2 is in het overzicht met de totale uitgaven een regel opgenomen waarin het totale verrekeningsbedrag is opgenomen: ' 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 plafondaafspraken (op basis van gerealiseerde volumes).
- Eventuele correcties van declaratie fouten.

Met uitzondering van tabel 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 apart kader weergegeven wat de totale verrekenbedragen zijn als gevolg van de financiële arrangementen van het ministerie van VWS (kamerbrief over voortgang financiële arrangementen voor geneesmiddelen 2018d).

## 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 zijn alle ZI-nummers (add-on geneesmiddelen en stollingsfactoren) uit de G-standaard meegenomen.

De cijfers over 2016 zijn naar verwachting van Vektis volledig, met 33 kasmaanden aan declaraties. De cijfers over 2017 zijn nog niet volledig, tot nu toe zijn er 21 kasmaanden verwerkt. Per 2017 is de regelgeving met betrekking tot het registreren en declareren van dure geneesmiddelen ingrijpend gewijzigd, daarom geeft Vektis aan nog geen goede inschatting te kunnen maken van de volledigheid van de gegevens over 2017.

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: 30 september 2018 (33 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. De declaratiegegevens over het jaar 2017 betreffen 21 kasmaanden. Vektis geeft aan geen goede schatting te kunnen geven van de volledigheid van de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Van de totale uitgaven medisch specialistische zorg schat Vektis in dat dit ongeveer 98% volledig is, in het rapport is hier voor gecorrigeerd.

- Overgehevelde geneesmiddelen voor overheveling (extramuraal uitgaven): GIP-data, Zorginstituut Nederland. Geactualiseerd op 09-10-2018.
- Uitgaven overgehevelde geneesmiddelen na overheveling én niet overgehevelde geneesmiddelen: Vektis. Peildatum: 30 september 2018 (33 kasmaanden).
- Kader: Resultaat financiële arrangementen VWS:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/10/02/kamerbrief-over-voortgang-financiele-arrangementen-voor-geneesmiddelen-2018>

## 1.7 Patiëntengroepen

De NZa heeft, samen met RIVM en CBS, de doelgroepen-indeling ontwikkeld voor dbc-zorgproducten in de medisch specialistische zorg. De groepen zijn geclusterd rond typerende diagnose in de declaratie. Een patiënt in de groep 'nieuwvormingen huid' heeft waarschijnlijk een verdacht vlekje dat onderzocht moet worden; dit kan zowel loos alarm zijn, als een goedaardige of kwaadaardige tumor. Op deze manier worden patiënt samengevoegd die met een vergelijkbare zorgvraag bij de specialist komen en die aanvankelijke dezelfde route van diagnose en behandeling doorlopen. De 64 doelgroepen zijn in 7 hoofdgroepen ingedeeld. Deze volgen de hoofdstukken van de ICD10 indeling. Daarnaast is er een 'overige' doelgroep met patiënten die op basis van de eerste symptomen (nog) niet aan een doelgroep toe te wijzen zijn. Voor een toelichting op het algoritme om de add-ons toe te wijzen aan een patiëntengroep zie:

[https://www.volksgezondheidszorg.info/sites/default/files/kvz\\_notitie\\_2\\_015-2\\_gebruik\\_van\\_dure\\_add-on\\_geneesmiddelen.pdf](https://www.volksgezondheidszorg.info/sites/default/files/kvz_notitie_2_015-2_gebruik_van_dure_add-on_geneesmiddelen.pdf)

## 1.8 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.

Werkzame stof	Groep	Label
5-Aminolevulinezuur	Overig	nieuw per 2014
Afatinib	Oncolytica	nieuw per 2013
Aflibercept	Oogziekten	nieuw per 2014
Alprolix	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Amsacrine	Oncolytica	nieuw per 2015
Apremilast	Overig anti-reumatica	nieuw per 2015
Arseentrioxide	Oncolytica	nieuw per 2016
Axitinib	Oncolytica	nieuw per 2013
Bedaquiline	Oncolytica	nieuw per 2014
Belatacept	Overig	nieuw per 2016
Blinatumomab	Oncolytica	nieuw per 2016
Bosutinib monohydraat	Oncolytica	nieuw per 2013

Brentuximab Vedotin	Oncolytica	nieuw per 2013
Carfilzomib	Oncolytica	nieuw per 2016
Ceritinib	Oncolytica	nieuw per 2015
Cluvot	Stollingsfactoren	nieuw per 2015
Cobimetinib	Oncolytica	nieuw per 2016
Crizotinib	Oncolytica	nieuw per 2013
Dabrafenib	Oncolytica	nieuw per 2013
Decitabine	Oncolytica	nieuw per 2013
Defibrotide	Overig	nieuw per 2014
Dexrazoxaan	Overig	nieuw per 2016
Elocta	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Elosulfase alfa	Stofwisselingsziekten	nieuw per 2014
Enzalutamide	Oncolytica	nieuw per 2013
Follitropine alfa/lutropine alfa	Fertiliteitshormonen	nieuw per 2016
Iblias	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Ibrutinib	Oncolytica	nieuw per 2014
Idelalisib	Oncolytica	nieuw per 2014
Idelvion	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Ivacaftor	Overig	nieuw per 2013
Ixekizumab	Overig	nieuw per 2016
Kovaltry	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Lenvatinib	Oncolytica	nieuw per 2016
Levodopa/carbidopa	Overig	nieuw per 2016
MACI	Overig	nieuw per 2014
Mepolizumab	Astma	nieuw per 2016
Necitumumab	Oncolytica	nieuw per 2016
Nelarabine	Oncolytica	nieuw per 2014
Nintedanib	Oncolytica	nieuw per 2015
Nivolumab	Oncolytica	nieuw per 2015
NovoEight	Stollingsfactoren	nieuw per 2014
Nuwiq	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Obinutuzumab	Oncolytica	nieuw per 2014
Obizur	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Octaplex	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Olaparib	Oncolytica	nieuw per 2015
Osimertinib	Oncolytica	nieuw per 2016
Panobinostat	Oncolytica	nieuw per 2016
Pembrolizumab	Oncolytica	nieuw per 2015
Pertuzumab	Oncolytica	nieuw per 2013
Pixantron	Oncolytica	nieuw per 2013
Plerixafor	Overig	nieuw per 2014
Pomalidomide	Oncolytica	nieuw per 2013
Ponatinib	Oncolytica	nieuw per 2013
Posaconazol	Antimycotica	nieuw per 2016
Prothromplex	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Radium-223 chloride	Oncolytica	nieuw per 2013
Ramucirumab	Oncolytica	nieuw per 2015
Regorafenib	Oncolytica	nieuw per 2013
Rixubis	Stollingsfactoren	nieuw per 2016
Secukinumab	Oncolytica	nieuw per 2015
Siltuximab	Overig	nieuw per 2014
Trametinib	Oncolytica	nieuw per 2015
Trastuzumab-emtansine	Oncolytica	nieuw per 2014
Vandetanib	Oncolytica	nieuw per 2013
Vedolizumab	Overig	nieuw per 2014
Vismodegib	Oncolytica	nieuw per 2013

## 1.9 Verschillen analyse

In de tabellen 2 en 3 van hoofdstuk 2 is een poging gedaan om de verschillende effecten die zorgen voor de groei van uitgaven aan dure geneesmiddelen te onderscheiden en te kwantificeren.

We hebben hier gekeken naar het prijs- en volume effect op geneesmiddeltype niveau op basis van de Vektis declaratiedata. Het prijseffect kwantificeert welk deel van de totale groei aan uitgaven op geneesmiddeltype niveau toe te schrijven is aan prijs stijgingen of dalingen. Omdat het hier gaat om de gewogen gemiddelde prijs op geneesmiddeltype niveau houdt dit effect dus rekening met prijsstijgingen door de introductie van nieuwe geneesmiddelen en prijsdalingen doordat er geneesmiddelen voor een lagere prijs worden gecontracteerd. Het volume effect is op basis van het totaal aantal gedeclareerde prestaties binnen het geneesmiddeltype. Dit effect houdt dus ook rekening met de introductie van nieuwe geneesmiddelen en daling van gebruik door bijvoorbeeld substitutie.

Per geneesmiddeltype zijn er vier verschillende scenario's die alle vier vragen om een andere berekening van het prijs- en volume effect.

- 1) prijs t+1 > prijs t & volume t+1 > volume t
- 2) prijs t+1 < prijs t & volume t+1 > volume t
- 3) prijs t+1 > prijs t & volume t+1 < volume t
- 4) prijs t+1 < prijs t & volume t+1 < volume t

Volume effect berekening in scenario 1.

$$(Q_{t+1} - Q_t) * \left( \frac{(WAP_{t+1} - WAP_t)}{2} + WAP_t \right)$$

Prijseffect berekening in scenario 1:

$$(WAP_{t+1} - WAP_t) * \left( \frac{(Q_{t+1} - Q_t)}{2} + Q_t \right)$$

Waar  $Q_{t+1}$  staat voor het totale aantal gedeclareerde volume per geneesmiddeltype van het jaar t+1 (in de 2014-2015 vergelijking dus 2015 en in de 2015-2016 vergelijking dus 2016) en  $Q_t$  staat voor het totale aantal gedeclareerde volume van het jaar t.  $WAP_{t+1}$  staat voor de gewogen gemiddelde prijs van het geneesmiddeltype in jaar t+1,  $WAP_t$  staat voor het gewogen gemiddelde prijs van het geneesmiddeltype in het jaar t. De gewogen gemiddelde prijs van het geneesmiddeltype wordt berekend door de totale uitgaven aan een geneesmiddeltype te delen door het totale aantal gedeclareerde volume van het geneesmiddeltype.

Volume effect berekening in scenario 2.

$$(Q_{t+1} - Q_t) * WAP_{t+1}$$

Prijseffect berekening in scenario 2:

$$(WAP_{t+1} - WAP_t) * Q_t$$

Volume effect berekening in scenario 3.

$$(Q_{t+1} - Q_t) * WAP_t$$

Prijseffect berekening in scenario 3:

$$(WAP_{t+1} - WAP_t) * Q_{t+1}$$

Volume effect berekening in scenario 4.

$$(Q_{t+1} - Q_t) * \left( \frac{(WAP_t - WAP_{t+1})}{2} + WAP_{t+1} \right)$$

Prijseffect berekening in scenario 4:

$$(WAP_{t+1} - WAP_t) * \left( \frac{(Q_t - Q_{t+1})}{2} + Q_{t+1} \right)$$

Zoals toegelicht in het hoofdstuk lees je de tabel van links naar rechts.

Ter illustratie, tabel 2 lees je als volgt:

Stap 1 zijn de totale uitgaven 2014 (inclusief extramurale uitgaven van later overgehevelde geneesmiddelen). Stap 2 is het prijseffect op geneesmiddeltype niveau. Stap 3 is het volume effect op geneesmiddeltype niveau. Stap 4 is verandering in extramurale uitgaven. Stap 5 zijn de totale uitgaven aan overgehevelde geneesmiddelen per 2015 (alleen voor tabel 3). Dit effect is apart inzichtelijk gemaakt, omdat het anders een eenmalig verstoring effect zou hebben op de prijs- en volume effecten van de geneesmiddelen oncolytica en overig. Stap 6 zijn de totale uitgaven 2015 (inclusief extramurale uitgaven van later overgehevelde geneesmiddelen).

De prijseffect en volume effect groei percentages zijn berekend ten opzichte van jaar t, evenals het groeipercentage van het aantal unieke patiënten. Het aantal unieke patiënten op totaal niveau is een optelsom van het aantal unieke patiënten per groep. Als een patiënt in meerdere groepen zit, dat wordt hij of zij op totaal niveau dus meerdere keren geteld. Daarom is het aantal unieke patiënten op totaal niveau lager dan hier aangegeven en is het groeipercentage hiervoor niet weergegeven. Daarnaast is ook het groeipercentage van het aantal unieke patiënten, tussen 2014-2015, weergegeven voor de groepen waar geneesmiddelen zijn overgeheveld per 2015. Omdat het onduidelijk is hoeveel patiënten er in 2014 extramuraal gebruik maakten van deze geneesmiddelen en welk deel van de groei dus wordt veroorzaakt door de overheveling en welke niet.

## 1.10 Prijsanalyse

### Selectie van geneesmiddelen

De meeste geneesmiddelen, maar niet allemaal, ondervinden in hun 'levenscyclus' verschillende mate van concurrentie. Zo zijn er geneesmiddelen die op dit moment géén concurrentie ondervinden van een generiek of biosimilar, maar ook niet van een andere werkzame stof. Aan de andere kant van het spectrum zijn er geneesmiddelen waarvan op dit moment volle concurrentie op stofnaamniveau aanwezig is (generieken en biosimilars). Deze laatste groep ondervond jaren geleden mogelijk nog helemaal géén concurrentie.

Ten behoeve van de prijsanalyse is een willekeurige groep geneesmiddelen geselecteerd uit de totale lijst van in 2018 geldende add-on prestaties. De indeling in de groep van concurrentietype is gedaan in 2018, waarbij geen rekening is gehouden met het concurrentietype dat gold in de jaren waarover de uitgaven worden gerapporteerd, namelijk 2013 tot en met 2016. Dat betekent dat, strikt genomen, de geneesmiddelen niet per sé corresponderen met de titel van de groep. Het doel is echter om een prijsontwikkeling te laten zien van geneesmiddelen die zich in verschillende 'levensfase' bevinden. De criteria bij de willekeurige selectie van geneesmiddelen waren als volgt:

- Monopolie – first in class: geneesmiddelen die in het jaar 2018 géén concurrentie ondervinden van andere geneesmiddelen.



- Oligopolie – single source: geneesmiddelen die in 2018 concurrentie ondervinden van een geneesmiddel met een andere, en niet van eenzelfde, werkzame stof.
- Competition – generic entry: geneesmiddelen die vanaf het jaar 2017 als generieke of biosimilar variant op de markt zijn gekomen.
- Full competition – multisource: geneesmiddelen die voor het jaar 2017 als generieke of biosimilar variant op de markt zijn gekomen.

Werkzame stof	Groep	Concurrentietype
Aafact	Stollingsfactoren	Oligopolie- single source products
Adalimumab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	Oligopolie- single source products
Advate	Stollingsfactoren	Oligopolie- single source products
Afatinib	Oncolytica	Oligopolie- single source products
Aflibercept	Oogziekten	Oligopolie- single source products
Agalsidase alfa	Stofwisselingsziekten	Oligopolie- single source products
Agalsidase bèta	Stofwisselingsziekten	Oligopolie- single source products
Alemtuzumab	MS middelen	Oligopolie- single source products
Alglucosidase alfa	Stofwisselingsziekten	Monopolie- first in class
Amfotericine B liposomaal	Antimycotica	Oligopolie- single source products
Anagrelide	Overig	Competition- generic entry
Anidulafungine	Antimycotica	Competition- generic entry
Bendamustine	Oncolytica	Full competition- multisource
Bevacizumab	Oncolytica	Competition- generic entry
Bortezomib	Oncolytica	Oligopolie- single source products
Capecitabine	Oncolytica	Full competition- multisource
Caspofungine	Antimycotica	Full competition- multisource
Docetaxel	Oncolytica	Full competition- multisource
Eculizumab	Overig	Monopolie- first in class
Etanercept	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	Full competition- multisource
Fludarabine	Oncolytica	Full competition- multisource
Imatinib	Oncolytica	Full competition- multisource
Infliximab	TNF-alfaremmers (anti-reumatica)	Full competition- multisource
Nivolumab	Oncolytica	Oligopolie- single source products
NovoEight	Stollingsfactoren	Oligopolie- single source products
Ranibizumab	Oogziekten	Oligopolie- single source products
ReFacto AF	Stollingsfactoren	Oligopolie- single source products
Trastuzumab	Oncolytica	Competition- generic entry

### 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)	
Tariefvsinkoopprijs	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	
Contractprijsvsinkoopprijs	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	
Tariefvscontractprijs	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 Tariefvsinkoopprijs, Contractprijsvsinkoopprijs en Tariefvscontractprijs-marges worden in de figuren op totaal, concurrentietype en geneesmiddeltype niveau weergegeven. Op deze niveaus is rekening gehouden met samenstellingseffecten (case mixeffecten), door te rekenen met de productiewaarden (aantal\*prijs) per type concurrentie, geneesmiddeltype etc. De effecten die worden gepresenteerd zijn dus puur prijzeffecten. 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). Per prestatie moeten instellingen hun kosten verdelen naar een aantal kostencategorieën, zoals honorarium medisch specialisten, gebouwgebonden kosten etc. Voor de monitor hebben we de kosten geselecteerd uit de

kostencategorie 'geneesmiddelen'. 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.

## 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 20 augustus tot en met 9 september 2018. 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	67	46 (69%)	63%
Academische ziekenhuizen	9	9 (100%)	

Zelfstandige behandelcentra	18	4 (22%)	
-----------------------------	----	---------	--

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

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

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

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

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

## 4. Gebruikte vragenlijsten

### Enquête 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
- Contractprijzen 2018
- Rol van de NZa-tariefregulering
- Inkoop add-on geneesmiddelen
- Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen
- Nieuwe geneesmiddelen
- Selectieve inkoop
- Financiële arrangementen
- Horizonscan
- Afspraken over biosimilars
- Gepast gebruik
- Invloed farmaceutische industrie
- Knelpunten inzet dure geneesmiddelen
- Bemiddelingsverzoeken
- Klachten
- Contractering geneesmiddelen 2019
- Plafondafspraken 2019

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 zal de resultaten van deze enquête aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars opnemen in de 'Monitor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' die begin 2019 wordt gepubliceerd. Deze periodieke 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.

## 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.
- *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 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



### **Gegevens zorgverzekeraar**

Naam zorgverzekeraar

Plaatsnaam zorgverzekeraar

Naam contactpersoon

E-mailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

### **Contractprijzen 2018**

1. Bent u voor de contractering over het jaar 2018 in het algemeen in staat om bij **UMC's** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **generieke** add-on geneesmiddelen?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
2. Bent u voor de contractering over het jaar 2018 in het algemeen in staat om bij **algemene ziekenhuizen** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **generieke** add-on geneesmiddelen?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
3. Bent 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-on geneesmiddelen **met** concurrentie?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
4. Bent 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-on geneesmiddelen **met** concurrentie?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
5. Bent u voor de contractering over het jaar 2018 in het algemeen in staat om bij **UMC's** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add-on geneesmiddelen **zonder** concurrentie?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
6. Bent u voor de contractering over het jaar 2018 in het algemeen in staat om bij **algemene ziekenhuizen** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **specialité** add-on geneesmiddelen **zonder** concurrentie?
  - a. Ja
  - b. Nee
  
7. Bent u voor de contractering over het jaar 2018 in het algemeen in staat om bij **hemofiliecentra** lagere contractprijzen te bedingen dan voorheen voor **ozp-stollingsfactoren**?
  - a. Ja
  - b. Nee

### **Rol van de NZa-tariefregulering**

8. Welke rol spelen de NZa-maximumtarieven in de onderhandelingen met ziekenhuizen over de inkoop van dure geneesmiddelen?  
.....
  
9. Ervaart u de NZa- tariefregulering als belemmerend in de onderhandelingen?

- a. Ja
- b. Nee

Indien 9=a.

10. Waarom?

11. Ziet u mogelijkheden voor de NZa (bevoegdheden richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars) om de markt van de intramurale farmacie beter te laten werken vanuit het perspectief van de burger?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 11=a.

12. Welke mogelijkheden ziet u?

### **Inkoop add-on geneesmiddelen**

13. Koopt u in 2018 (naast de landelijke, gezamenlijke pilot voor de inkoop van een groep oncologische geneesmiddelen) gezamenlijk met één of meer zorgaanbieders geneesmiddelen in?
- a. Ja
  - b. Nee

14. (indien 13=b) Waarom niet?

.....

15. (indien 13=a) Welk type geneesmiddelen koopt u gezamenlijk in? [meerdere antwoorden mogelijk]
- a. Generieke add-on geneesmiddelen
  - b. Specialité add-on geneesmiddelen mét concurrentie
  - c. Specialité add-on geneesmiddelen 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-on geneesmiddelen

16. (indien 13=a) Welke afspraken heeft u over de opbrengsten van de gezamenlijk inkoop gemaakt met de betrokken zorgaanbieders (ziekenhuizen) [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. De zorgaanbieder krijgt een deel van de opbrengst van de gezamenlijke inkoop.
  - b. Anders, namelijk.....

17. Koopt u (binnen de regels van de Geneesmiddelenwet) in 2018 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

18. Indien 17=a of b : Ongeveer hoeveel werkzame stoffen koopt u in het buitenland in?

.....

### **Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen**

In juni 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.

19. Ervaart u de leidraad als nuttig?
- Ja
  - Nee
  - Dat weet ik niet, ik ken de leidraad niet
20. (indien 19= a of b) Heeft deze leidraad invloed op uw huidige inkoop van geneesmiddelen?
- Ja, deze leidraad heeft invloed
  - Nee, deze leidraad heeft (nog) geen invloed
21. (indien 20=a) Welke invloed heeft deze leidraad op uw huidige inkoop van geneesmiddelen? [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Hierdoor zijn wij met meer zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aangegaan
  - Hierdoor zijn wij met meer zorgverzekeraars samenwerkingsverbanden aangegaan
  - Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgaanbieders geïntensiveerd
  - Hierdoor hebben wij de al bestaande samenwerkingsverbanden met zorgverzekeraars geïntensiveerd
  - Anders namelijk
22. Indien 20=a: Op de inkoop van welk type geneesmiddelen heeft de leidraad invloed? [meerdere antwoorden mogelijk]
- Generieke add-on geneesmiddelen
  - Specialité add-on geneesmiddelen mét concurrentie
  - Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie
  - Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd
  - OZP-stollingsfactoren
  - Biosimilars
  - Niet-add-on geneesmiddelen
23. (indien 20=b) Waarom heeft de leidraad geen invloed?  
.....
24. (indien 20=b) Verwacht u dat deze leidraad in de toekomst wel invloed zal hebben op uw inkoop van geneesmiddelen?
- Ja
  - Nee
  - Onbekend, wij hebben nog niet (voldoende) onderzocht welke mogelijkheden de leidraad ons biedt.

Indien 19=a of b

De leidraad van de ACM dateert van juni 2016. De ACM heeft aangekondigd de aanpak na drie jaar te evalueren. Heeft u aandacht- of verbeterpunten voor de leidraad die wat u betreft in de evaluatie aan de orde moeten komen? (Bijvoorbeeld omdat u daar nog vragen over heeft of hier in de praktijk tegenaan loopt) (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee, de leidraad kan wat ons betreft ongewijzigd blijven.
- Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de kosten van de gezamenlijk ingekochte geneesmiddelen niet méér dan een beperkt deel van de totale kosten kunnen omvatten.
- Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de toetreding tot het inkoopverband voldoende gewaarborgd moet zijn.
- Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de flexibiliteit van het inkoopverband voldoende moet worden gewaarborgd.
- Ja, de informatie-uitwisseling tussen aan het inkoopverband deelnemende partijen.

- f. Ja, de mate waarin inkoopvoordelen worden doorgegeven aan patiënten en verzekerden.
- g. Ja, anders, namelijk...

### **Nieuwe geneesmiddelen**

25. Komt het voor dat op het moment dat een nieuw geneesmiddel of nieuwe indicatie is geregistreerd en onderdeel wordt van het verzekerde pakket, u nog geen afspraken heeft gemaakt met ziekenhuizen over de inzet van dit middel?
- a. Ja, dat komt vaak voor
  - b. Ja, dat komt soms voor
  - c. Nee, dat komt nooit voor

Indien 25=a of b

26. Wat is uw beleid in 2018 in de situatie dat een verzekerde is aangewezen op een nieuw geneesmiddel waarvoor u nog geen contractafspraken hebt gemaakt?
- 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
27. Het kan voorkomen dat nog geen add-on prestatie is vastgesteld voor een nieuw geneesmiddel, maar het geneesmiddel al wel beschikt over een handelsvergunning. Wat is uw beleid in 2018 in een dergelijk situatie?
- a. Er wordt niet onderhandeld over vergoeding. De geneesmiddelenkosten zijn voor rekening van het ziekenhuis totdat de add-on prestatie in werking treedt.
  - b. Er wordt onderhandeld over de prijs van de dbc-zorgproducten die bij de geïndiceerde patiënten zijn geopend.
  - c. Er wordt onderhandeld over verhoging van plafondatafspraken.
  - d. Er wordt niet onderhandeld over vergoeding via dbc-zorgproduct of add-on prestatie totdat duidelijk is of de verzekerde aanspraak heeft op het geneesmiddel.
  - e. Voor deze situatie hebben wij (nog) geen plan van aanpak ingericht.
  - f. Anders, namelijk

### **Selectieve inkoop**

28. Zijn er geneesmiddelen die u in 2018 selectief inkoop bij bepaalde instellingen?
- a. Ja
  - b. Nee
29. (indien 28=a) 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 2018 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. Anders, namelijk

30. Indien 29=a: hoe vaak heeft u in 2018 bemiddeld voor een patiënt om in een wel-geselecteerde instelling te worden behandeld?....
31. (indien 28=a) Welke criteria hanteert u in 2018 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
32. (indien 28=a) Communiceert u in 2018 naar alle ziekenhuizen in Nederland bij welke instellingen u bepaalde geneesmiddelen wel en expliciet niet inkoop voor het jaar 2018?
- a. Ja, wij doen dat proactief
  - b. Ja, wij doen dat reactief (als ziekenhuizen hierom vragen)
  - c. Nee
33. (indien 28=a) Communiceert u in 2018 naar uw verzekerden bij welke instellingen u bepaalde geneesmiddelen wel en expliciet niet inkoop?
- a. Ja, wij doen dat proactief
  - b. Ja, wij doen dat reactief (als verzekerden hierom vragen)
  - c. Nee

indien 33=a.

34. Op welke manier communiceert u dit?
- a. Via onze website
  - b. 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.

35. 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 2018 en/of 2019?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 35=a.

36. Geeft u in deze gesprekken aan hoe de opbrengst van het financieel arrangement wordt ingezet?
- a. Ja
  - b. Nee

37. Hoe wordt de opbrengst van het financieel arrangement in de regel door u ingezet? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Deze opbrengsten worden meegenomen in de premieberekening
  - Deze opbrengsten worden gebruikt om nieuwe dure geneesmiddelen te financieren
  - Deze opbrengsten worden gebruikt om dbc-contractprijzen en/of add-on contractprijzen te verlagen
  - Anders, namelijk

### **Horizonscan**

Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de Horizonscan+ ([www.horizonscangeneesmiddelen.nl](http://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.

38. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-on geneesmiddelen met zorgaanbieders voor het jaar 2018?
- Ja
  - Nee
39. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-on geneesmiddelen met zorgaanbieders voor het jaar 2019 of gaat u deze hiervoor gebruiken?
- Ja
  - Nee
40. (indien 38=a en/of 39=a) Vindt u de horizonscan behulpzaam voor uw interne organisatie en/of voor de onderhandeling met zorgaanbieders?
- Ja
  - Nee

### **Afspraken over biosimilars**

Onderstaande vragen hebben betrekking op de inkoop van biosimilars. De apotheek inkoop prijs of netto inkoop prijs 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.

41. Heeft u met zorgaanbieders afspraken gemaakt over de inzet van biosimilars in de contractering van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg voor het jaar 2018?
- Ja, met de meeste
  - Ja, met enkele
  - Nee
42. (indien 41= a of b) Welke afspraken heeft u gemaakt voor het jaar 2018? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Er zijn afspraken gemaakt over het percentage patiënten bij wie een origineel biologisch referentieproduct naar een biosimilar wordt omgezet
  - Er zijn afspraken gemaakt over het percentage nieuwe patiënten dat start met een biosimilar
  - Geen specifieke afspraken over percentages, maar de afspraak dat de aanbieder biosimilars inzet indien dat doelmatig is.
  - 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. Anders, namelijk

### **Gepast gebruik**

De volgende vragen gaan over afspraken die u maakt met zorgaanbieders over gepast gebruik. Met gepast gebruik van geneesmiddelen bedoelen we dat de zorg medisch noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

43. Heeft u over het jaar 2018 met zorgaanbieders afspraken gemaakt over gepast gebruik van dure geneesmiddelen?
- a. Ja, met de meeste
  - b. Ja, met enkele
  - c. Nee

Indien 43= a of b

44. Heeft u met zorgaanbieders afgesproken dat zij monitoren om zicht te krijgen op gepast gebruik?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 43= a of b

45. Heeft u met zorgaanbieders afgesproken dat zij aan u rapporteren over gepast gebruik?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 43= a of b

46. 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
  - 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. Het initiëren van doelmatigheidsprojecten
  - i. Dosisoptimalisatie
  - j. Het hanteren van het stepped care principe waarbij er gestart wordt met het goedkoopste alternatief
  - k. Anders, namelijk

### **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.

47. Ervaart u dat de farmaceutische industrie invloed uitoefent op zorgaanbieders?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 47=a

48. Wat merkt u hiervan?

.....

49. Neemt u maatregelen om de invloed van de farmaceutische industrie op zorgaanbieders te beperken?
- Ja
  - Nee

50. Indien 49=a  
Welke maatregelen neemt u?

.....

Indien 49=b:

51. Waarom niet?
- We hebben te weinig zicht op deze invloed om maatregelen te kunnen nemen
  - We hebben te weinig mogelijkheden om maatregelen hier tegen te kunnen nemen
  - Wij zien het niet als onze taak om hier maatregelen tegen te nemen
  - Anders namelijk

52. Ervaart u dat de farmaceutische industrie invloed uitoefent op uw inkoopbeleid?
- Ja
  - Nee

Indien 52=a

53. Wat merkt u hiervan?

.....

54. Neemt u maatregelen om de invloed van de farmaceutische industrie op uw inkoopbeleid te beperken?
- Ja
  - Nee

55. Indien 54=a

Welke maatregelen neemt u?

.....

Indien 54=b:

56. Waarom niet?
- We hebben te weinig zicht op deze invloed om maatregelen te kunnen nemen
  - We hebben te weinig mogelijkheden om maatregelen hier tegen te kunnen nemen
  - Anders namelijk

### **Knelpunten inzet dure geneesmiddelen**

57. Heeft u in 2018 vernomen dat ziekenhuizen knelpunten ervaren met de inzet van één of meer dure geneesmiddelen, omdat dit middel niet (volledig) door u aan het ziekenhuis wordt vergoed, of omdat het (nog) niet duidelijk is of dit middel aan het ziekenhuis wordt vergoed?

NB. Het betreft hier **geen** knelpunten die er het gevolg van zijn dat geneesmiddel niet wordt vergoed uit de basisverzekering.

- Ja, van enkele instellingen
- Ja, van meer dan de helft van de instellingen
- Nee

Indien 57= a of b



58. Welke gevolgen hebben deze knelpunten gehad voor de verzekerde(n) die aangewezen was/waren op het geneesmiddel/de geneesmiddelen in kwestie (meerdere antwoorden mogelijk)?
- De verzekerde(n) is (zijn) doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor gebruik van dit geneesmiddel
  - De verzekerde(n) heeft (hebben) geen gebruik kunnen maken van dit geneesmiddel
  - De verzekerde(n) heeft (hebben) moeten wachten totdat hij/zij gebruik kon(den) maken van het geneesmiddel
  - Het knelpunt heeft geen gevolgen gehad voor de verzekerde(n), deze heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat wij alsnog het middel hebben vergoed aan de instelling.
  - Het knelpunt heeft geen gevolgen gehad voor de verzekerde(n), deze heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat de instelling het geneesmiddel zelf heeft betaald.
59. (indien 57= a of b) Welke actie(s) heeft u ondernomen naar aanleiding van deze knelpunten? (meerdere antwoorden mogelijk)?
- We hebben gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor add-on geneesmiddelen of ozp-stollingsfactoren aangepast.
  - We hebben gedurende het jaar de eerder gemaakte contractafspraken met het ziekenhuis voor dbc-zorgproducten aangepast.
  - De behandeling van de verzekerde(n) is na onze bemiddeling voortgezet in andere ziekenhuizen.
  - Wij hebben geen actie ondernomen
  - Anders, namelijk

### Bemiddelingsverzoeken

60. Heeft u in 2018 bemiddelingsverzoeken van verzekerden ontvangen t.a.v. de inzet van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg?
- Ja
  - Nee

Indien 60=a

61. Hoeveel bemiddelingsverzoeken heeft u ontvangen in 2018?  
Ongeveer.....verzoeken
62. Hoe handelt u, in de regel (uitzonderingen daargelaten), bij een dergelijk bemiddelingsverzoek?
- De patiënt wordt verwezen naar een UMC/ expertisecentrum.
  - De patiënt wordt verwezen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis dat het geneesmiddel wel verstrekt.
  - Geen verwijzing naar een ander ziekenhuis, het is aan het behandelend ziekenhuis hoe de behandeling wordt voortgezet.

### Klachten

63. Heeft u in 2018 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.*
- Ja
  - Nee

Indien 63=a

64. Hoeveel van deze klachten heeft u ontvangen in 2018?  
Ongeveer.....klachten

65. Indien 63=a. Zijn de klachten van het niet verkrijgen van geneesmiddelen uiteindelijk opgelost voor de verzekerden?
- Ja, alle klachten
  - Ja, sommige klachten
  - Nee, geen van de klachten
66. (indien 65= b of c) Wat was de reden dat het geneesmiddel in de gevallen die niet zijn opgelost, niet werd verstrekt [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Therapeutische reden (werking/bijwerking).
  - Het geneesmiddel was niet ingekocht bij het ziekenhuis waar de verzekerde in behandeling was.
  - De kosten van het geneesmiddel waren te hoog
  - Het budget was op
  - Weet ik niet
  - Anders, namelijk ....

### **Contractering geneesmiddelen 2019**

67. Vorm(d)en ozp-stollingsfactoren een knelpunt in de totstandkoming van de contracten met instellingen voor het jaar 2019?
- Ja
  - Nee
68. (indien 67= a) Bij hoeveel procent van de instellingen vorm(d)en de ozp-stollingsfactoren een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2019?  
...%
69. Vorm(d)en add-on geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van de contracten met instellingen voor het jaar 2019?
- Ja
  - Nee
70. (indien 69=a) Bij hoeveel procent van de instellingen vorm(d)en de add-on geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van het contract 2019?  
...%
71. (indien 69=a) Waarom vorm(d)en de add-on geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor het jaar 2019 [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Vanwege onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
  - Vanwege de groei van kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet
  - Vanwege onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde (wees)geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd wordt
  - Er is geen overeenstemming over de contractvorm (bijvoorbeeld wel/geen nacalculatie)
  - Er is een meningsverschil over de hoogte van de tarieven van geneesmiddelen en/of dbc-zorgproducten
  - Anders, namelijk

Indien 71=a: Hoe bent u van plan de knelpunten in de contractering vanwege onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties, op te lossen?

....

72. Gaat u over het jaar 2019 instellingen bevoorschotten voor de door hen te maken kosten voor add-on geneesmiddelen?
- a. Ja, en dat was dit jaar (2018) ook het geval
  - b. Ja, en dat was dit jaar (2018) niet het geval
  - c. Nee, en dat dit jaar (2018) ook niet het geval
  - d. Nee, en dat was dit jaar (2018) wel het geval

### **Plafondafspraken 2019**

73. Maakt u voor het contractjaar 2019 plafondafspraken met instellingen voor de inzet van add-on geneesmiddelen of medisch specialistische zorg?
- a. Ja
  - b. Nee
  - c. Nog niet bekend
74. (indien 73=a) Welke afspraken maakt u voor het jaar 2019 over hoe te handelen als het afgesproken plafond bereikt is voordat het jaar voorbij is (kies één antwoord die het meest recht doet 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-on geneesmiddelen dan bekostigt uit de opbrengsten van dbc-zorgproducten.
  - d. Nog niet bekend
  - e. Anders, namelijk

## Enquête zorgaanbieders

### Toelichting op de vragenlijst

De vragen in deze enquête hebben betrekking op de contractering en inkoop 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.

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 2018
- Selectieve inkoop
- Tariefafspraken over het jaar 2018
- Contractering add-on geneesmiddelen 2019
- Inkoop add-on geneesmiddelen
- Inkoop OZP-stollingsfactoren
- Financiële arrangementen
- Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen
- Horizonscan
- Biosimilars
- Gepast gebruik
- Invloed farmaceutische industrie
- Knelpunten met de inzet van dure geneesmiddelen

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 neemt de resultaten van deze enquête op in de 'Monitor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg' die begin 2019 wordt gepubliceerd. Deze periodieke 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*: Een aantal vragen heeft betrekking op uw dominante zorgverzekeraar. Indien de marktaandelen van uw twee grootste zorgverzekeraars nagenoeg gelijk zijn, kiest u één daarvan als dominante zorgverzekeraar. Deze ene zorgverzekeraar is de basis voor uw beantwoording van de vragen waarin naar de dominante zorgverzekeraar wordt gevraagd.
- *Innovatieve farmaceutische industrie*: de verzameling van fabrikanten van innovatieve geneesmiddelen. Op deze geneesmiddelen is over het algemeen nog patentbescherming van kracht en worden voor deze producten marketingactiviteiten ontplooid door de betreffende fabrikant.
- *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

Type zorgaanbieder: academisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum

Naam contactpersoon

E-mailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

## Contractafspraken over het jaar 2018

1. Wie is uw dominante zorgverzekeraar<sup>1</sup>?
  - 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

---

<sup>1</sup> 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.

h. Zilveren Kruis

2. Welke van de onderstaande categorieën geneesmiddelen heeft u in 2018 gecontracteerd met uw dominante zorgverzekeraar? *Kruist u a.u.b. alle categorieën aan waar u contractafspraken over maakt.*
- 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

Per categorie geneesmiddelen die u in 2018 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 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.

3. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2018 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.*
- Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
  - Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
  - Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
  - Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
  - Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
  - Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
  - Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
  - Er is hierover nog geen afspraak gemaakt
4. Indien 3=e. U heeft afgesproken dat de vergoeding van generieke add-on geneesmiddelen plaats vindt op basis van nacalculatie. Geldt deze afspraak voor alle generieke add-on geneesmiddelen?
- Ja
  - Nee, deze afspraak geldt voor een aantal generieke add-on geneesmiddelen
5. Indien 4=b: Voor ongeveer hoeveel werkzame stoffen binnen de categorie generieke add-on geneesmiddelen zijn nacalculatie afspraken gemaakt?

.....

6. Indien 3=e. Wat is er afgesproken over de vergoeding van de 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.*
- Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, tot aan een plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= b.

7. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2018 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.*
- Vallen onder de integrale aanneemsom medisch specialistische zorg
  - Vallen onder een apart voor deze geneesmiddelen afgesproken aanneemsom
  - Vallen onder een integraal omzetplafond msz met doorleverplicht
  - Vallen onder een integraal omzetplafond msz zonder doorleverplicht
  - Nacalculatie; omzet valt buiten aanneemsom of omzetplafond
  - Vallen onder een apart plafond met doorleverplicht
  - Vallen onder een apart plafond zonder doorleverplicht
  - Er is hierover nog geen afspraak gemaakt
8. Indien 7=e. U heeft afgesproken dat de vergoeding van (een aantal) specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie plaats vindt op basis van nacalculatie. Geldt deze afspraak voor al deze geneesmiddelen?
- Ja
  - Nee, deze afspraak geldt voor een aantal specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie
9. Indien 8=b: Voor ongeveer hoeveel werkzame stoffen binnen de categorie specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie zijn nacalculatie afspraken gemaakt?  
 .....
10. Indien 7=e. Wat is er afgesproken over de vergoeding van de 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.*
- Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, tot aan een plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond

Indien 2= c.

11. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2018 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

12. Indien 11=e. U heeft afgesproken dat de vergoeding van (een aantal) specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie plaats vindt op basis van nacalculatie. Geldt deze afspraak voor al deze geneesmiddelen?

- a. Ja
- b. Nee, deze afspraak geldt voor een aantal specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie

13. Indien 12=b: Voor ongeveer hoeveel werkzame stoffen binnen de categorie specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie zijn nacalculatie afspraken gemaakt?

.....

14. Indien 11=e. Wat is er afgesproken over de vergoeding van de 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, zonder plafond
- b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, 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.

15. Welk type contractafspraken heeft u in 2017 met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2018 van **dure geneesmiddelen en indicaties die naar verwachting in 2018 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
16. Indien 15=e. U heeft afgesproken dat vergoeding van nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties plaats vindt op basis van nacalculatie. Geldt deze afspraak voor alle geneesmiddelen binnen deze categorie?
- a. Ja
  - b. Nee, deze afspraak geldt voor een aantal nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties
17. Indien 16=b: Voor ongeveer hoeveel werkzame stoffen binnen de categorie nieuwe dure geneesmiddelen en indicaties zijn nacalculatie afspraken gemaakt?  
.....
18. Indien 15=e. Wat is er afgesproken over de vergoeding van de 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, zonder plafond
  - b. Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, 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.
19. Welk type contractafspraken heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt over de vergoeding in 2018 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
20. Indien 19=e. U heeft afgesproken dat vergoeding van OZP-stollingsfactoren plaats vindt op basis van nacalculatie. Geldt deze afspraak voor alle OZP-stollingsfactoren?
- a. Ja
  - b. Nee, deze afspraak geldt voor een aantal OZP-stollingsfactoren
21. Indien 20=b: Voor ongeveer hoeveel werkzame stoffen binnen de categorie OZP-stollingsfactoren zijn nacalculatie afspraken gemaakt?  
.....

22. Indien 19=e. Wat is er afgesproken over de vergoeding van de 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.*
- Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van de netto inkoopkosten, tot aan een plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, zonder plafond
  - Deze middelen worden vergoed op basis van een afgesproken contractprijs, tot aan een plafond
23. Indien 3,7,11,15 en/of 19=e. 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)
- Ja, wij rapporteren periodiek aan de zorgverzekeraar over de inzet van deze geneesmiddelen
  - Ja, wij hebben afspraken gemaakt met de verzekeraar over gepast gebruik van deze geneesmiddelen
  - Nee
  - Ja, andere voorwaarden, namelijk

### Selectieve inkoop

24. Indien een zorgverzekeraar een geneesmiddel niet bij u inkoop in 2018, geeft deze dan bij u aan waar zijn verzekerden deze geneesmiddelen wel kunnen ontvangen, zodat u de betreffende patiënten tijdig kunt doorverwijzen?
- Ja, de meeste verzekeraars geven dit proactief aan
  - Ja, de meeste verzekeraars geven dit reactief aan (indien wij er om vragen)
  - Nee, de meeste verzekeraars geven dit noch proactief noch reactief aan
  - Dit verschilt te zeer per verzekeraar om hier algemene uitspraken over te kunnen doen
  - Niet van toepassing
25. Stelt uw ziekenhuis in 2018 informatie beschikbaar voor patiënten over welke geneesmiddelen wel en welke expliciet niet bij u zijn ingekocht door verzekeraars? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Ja, via de website
  - Ja, via schriftelijke informatie
  - Ja, deze informatie wordt mondeling verstrekt
  - Nee
  - Niet van toepassing

### Tariefafspraken over het jaar 2018

Per categorie geneesmiddelen die u in 2018 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.

26. Indien 2= a. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2018 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.*

- Gelijk aan NZa maximumtarieven
- Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
- Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
- Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= b.

27. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2018 voor **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.*

- Gelijk aan NZa maximumtarieven
- Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
- Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
- Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= c.

28. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2018 voor **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.*

- Gelijk aan NZa maximumtarieven
- Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
- Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
- Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= d.

29. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2018 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.*

- Gelijk aan NZa maximumtarieven
- Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
- Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
- Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

Indien 2= e.

30. Welk type **tariefafspraken** heeft u met uw dominante zorgverzekeraar gemaakt voor 2018 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.*
- Gelijk aan NZa maximumtarieven
  - Een NZa maximumtarief minus een algemeen afslagpercentage
  - Per geneesmiddel een apart onderhandeld tarief
  - Er is hierover nog geen afspraak gemaakt

### **Contractering add-on geneesmiddelen 2019**

31. Vorm(d)en de add-on geneesmiddelen naar uw mening een knelpunt in de totstandkoming van de contracten voor het jaar 2019 met één of meer zorgverzekeraars?
- Ja
  - Nee
32. Indien 31=a. Waarom vorm(d)en de add-on geneesmiddelen een knelpunt in de totstandkoming van uw contracten voor het jaar 2019 [meerdere antwoorden mogelijk]?
- Vanwege onzekerheid over de kosten van nieuwe geneesmiddelen en indicaties
  - Vanwege de groei van de kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de totale omzet
  - Er is geen mogelijkheid te onderhandelen met de zorgverzekeraar
  - Vanwege onenigheid over de vraag of behandeling met bepaalde (wees)geneesmiddel(en) wel of niet gecontracteerd wordt
  - Er is geen overeenstemming over de contractvorm (bijvoorbeeld wel/geen nacalculatie)
  - Er is een meningsverschil over de hoogte van de tarieven van geneesmiddelen en/of dbc-zorgproducten
  - Anders, namelijk

### **Inkoop add-on geneesmiddelen**

De volgende vragen gaan over de inkoop van add-on geneesmiddelen door uw ziekenhuis. Bij deze vragen kan het voorkomen dat u voor één of enkele geneesmiddel(en) een andere manier van inkoop hanteert. Tenzij anders aangegeven, dient uw antwoord geen betrekking te hebben op dergelijke uitzonderingen.

33. Indien u in 2018 bij de inkoop kiest tussen twee of meer therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen, spelen financiële factoren hierbij dan een rol?
- Ja
  - Nee

Indien 33=a

34. Welke *financiële* factor is vooral bepalend in uw keuze tussen twee of meer beschikbare therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen?
- Wij kiezen in de regel voor het geneesmiddel waarbij de (verwachte) marge tussen de prijs waarvoor wij het geneesmiddel kunnen declareren bij de zorgverzekeraar(s) (=contractprijs), en de netto inkoopprijs bij de fabrikant, het hoogste is.
  - Wij kiezen in de regel voor het geneesmiddel met de laagste netto inkoop prijs van de fabrikant.
  - Wij kiezen in de regel voor het geneesmiddel met de laagste Apotheek Inkoop Prijs van de fabrikant.
  - Wij kiezen in de regel voor het geneesmiddel met de laagste vergoedingsprijs van de dominante zorgverzekeraar.

- e. Wij kiezen in de regel voor het geneesmiddel met de hoogste vergoedingsprijs van de dominante zorgverzekeraar.
  - f. Anders, namelijk...
35. Koopt u (binnen de regels van de Geneesmiddelenwet) in 2018 add-on geneesmiddelen in het buitenland in?
- d. Ja, alleen middelen die in Nederland niet leverbaar zijn
  - e. Ja, ook middelen die wel in Nederland leverbaar zijn
  - f. Nee
36. Indien 35=a of b : Ongeveer hoeveel werkzame stoffen koopt u in het buitenland in?.....
37. Werkt u bij de inkoop van add-on geneesmiddelen in 2018 samen met andere instellingen voor medisch specialistische zorg?
- a. Ja, wij zijn aangesloten bij een inkoopcombinatie
  - b. Ja, wij zijn aangesloten bij meer dan één inkoopcombinatie
  - c. Ja, maar wij zijn niet aangesloten bij een inkoopcombinatie
  - d. Nee

Indien 37= a, b of c

38. Welke soorten add-on geneesmiddelen koopt u in 2018 gezamenlijk in met andere instellingen voor medisch specialistische zorg [meerdere antwoorden mogelijk]?
- a. Generieke add-on geneesmiddelen
  - b. Specialité geneesmiddelen mét concurrentie
  - c. Specialité geneesmiddelen zonder concurrentie

Indien 37= a, b of c

39. Ongeveer hoeveel werkzame stoffen koopt u gezamenlijk in met andere instellingen voor medisch specialistische zorg?
- ....

Indien 37= a, b of c

40. Stelt samenwerking op het gebied van inkoop met andere zorgaanbieders u in staat om in het algemeen lagere inkooprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder samenwerking het geval zou zijn?
- a. Ja
  - b. Nee
41. (indien 37=d) Wat is de belangrijkste reden dat u geneesmiddelen niet gezamenlijk inkoop 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
42. Werkt u, naast de landelijke pilot gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen tegen CML, bij de inkoop van geneesmiddelen in 2018 samen met één of meer zorgverzekeraar(s)?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 42=a

43. Ongeveer hoeveel werkzame stoffen koopt gezamenlijk in met één of meer zorgverzekeraar(s)?
- .....
44. (indien 42 = a) Stelt samenwerking op het gebied van inkoop met andere zorgverzekeraars u in staat om in het algemeen lagere inkooprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder samenwerking het geval zou zijn?

- a. Ja
- b. Nee

45. Koopt u in 2018 gezamenlijk met buitenlandse ziekenhuizen geneesmiddelen in bij fabrikanten?

- a. Ja
- b. Nee

46. Indien 45= a. Ongeveer hoeveel werkzame stoffen koopt u gezamenlijk in met buitenlandse ziekenhuizen?

.....

47. Indien 45= a. Stelt samenwerking binnen dit grensoverschrijdend inkoopverband u in staat om in het algemeen lagere inkooprijzen voor geneesmiddelen te bedingen dan zonder deze samenwerking het geval zou zijn?

- a. Ja
- b. Nee

### **Ontwikkeling inkooprijzen add-on geneesmiddelen**

48. Bent u in 2018 in staat om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **generieke add-on geneesmiddelen**?

- a. Ja
- b. Nee

Indien 48=a.

49. Waarom bent u in staat om lagere prijzen te bedingen voor generieke add-on geneesmiddelen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
- b. Omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
- c. Omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
- d. Anders namelijk

Indien 48=b.

50. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor generieke add-on geneesmiddelen? (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. Anders namelijk

51. Bent u in 2018 in staat om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie**?

- a. Ja
- b. Nee

Indien 51=a.

52. Waarom bent u in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
- b. Omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
- c. Omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
- d. Anders namelijk

Indien 51=b.

53. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen met concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Omdat er minder concurrentie is
  - Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
  - Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
  - Anders namelijk
54. Bent u in 2018 in staat om lagere inkooprijzen te bedingen bij fabrikanten dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) **specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie**?
- Ja
  - Nee

Indien 54=a.

55. Waarom bent u in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
  - Omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
  - Omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
  - Anders namelijk

Indien 54=b.

56. Waarom bent u niet in staat om lagere prijzen te bedingen voor specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Omdat er minder concurrentie is
  - Omdat onze inkoopstrategie nu optimaal is
  - Omdat wij geen prikkel hebben om lagere prijzen te bedingen
  - Anders namelijk

### **Inkoop OZP-stollingsfactoren**

57. Bent u of heeft uw instelling een hemofiliebehandelcentrum?
- Ja
  - Nee

Indien 57=a.

58. Koopt u in het jaar 2018 stollingsfactoren gezamenlijk in met andere aangewezen centra voor hemofiliebehandeling?
- Ja
  - Nee

Indien 57=b.

59. Bent u in 2018 in staat om lagere prijzen te bedingen dan in het voorgaande contractjaar voor (de meeste) OZP-stollingsfactoren?
- Ja
  - Nee

Indien 59=a.

60. Waarom bent u in staat om lagere prijzen te bedingen voor OZP-stollingsfactoren? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Omdat er meer aanbod en dus concurrentie is
  - Omdat de inkoopstrategie van onze instelling is verbeterd
  - Omdat de inkoopstrategie van het inkoopverband waarbij wij zijn aangesloten is verbeterd
  - Anders, namelijk

Indien 59=b.

61. 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. Anders, namelijk

Indien 57=a:

62. Heeft u in 2018 financiële knelpunten ervaren met de gewenste inzet van één of meer ozp-stollingsfactoren?

- a. Ja
- b. Nee

### **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).

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

- a. Ja
- b. Nee

Indien 63=a:

64. Bij hoeveel geneesmiddelen, waarvoor een financieel arrangement is afgesloten, kon u voorheen korting bedingen (vul het aantal werkzame stoffen in)?

.....

Indien 63=a:

65. Bij hoeveel van deze geneesmiddelen kon u deze korting, na afsluiting van het financieel arrangement, nog steeds ontvangen (vul het aantal werkzame stoffen in)?

.....

66. 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 eerder korting konden bedingen bij de fabrikant en nu niet meer
- c. Ja, we ervaren andere gevolgen, namelijk
- d. Nee, we merken hier geen gevolgen van

### **Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen**

In juni 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.

67. Ervaart u de leidraad als nuttig?

- a. Ja
- b. Nee
- c. Dat weet ik niet, ik ken de leidraad niet

Indien 67=a of b

68. Heeft deze leidraad invloed op uw huidige inkoop van geneesmiddelen?

- a. Ja, deze leidraad heeft invloed
- b. Nee, deze leidraad heeft (nog) geen invloed

Indien 68=a

69. 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

70. Indien 68=a: Op de inkoop van welk type geneesmiddelen heeft de leidraad invloed? [meerdere antwoorden mogelijk]

- a. Generieke add-on geneesmiddelen
- b. Specialité add-on geneesmiddelen mét concurrentie
- c. Specialité add-on geneesmiddelen zonder concurrentie
- d. Nieuwe geneesmiddelen en indicaties die in het te contracteren jaar zullen worden geregistreerd
- e. OZP-stollingsfactoren
- f. Biosimilars
- g. Niet-add-on geneesmiddelen

Indien 68=b

71. Waarom heeft de leidraad geen invloed?

.....

Indien 68=b. 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.

Indien 67=a of b

De leidraad van de ACM dateert van juni 2016. De ACM heeft aangekondigd de aanpak na drie jaar te evalueren. Heeft u aandachts- of verbeterpunten voor de leidraad die wat u betreft in de evaluatie aan de orde moeten komen? (Bijvoorbeeld omdat u daar nog vragen over heeft of hier in de praktijk tegenaan loopt) (meerdere antwoorden mogelijk)

- h. Nee, de leidraad kan wat ons betreft ongewijzigd blijven.
- i. Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de kosten van de gezamenlijk ingekochte geneesmiddelen niet méér dan een beperkt deel van de totale kosten kunnen omvatten.
- j. Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de toetreding tot het inkoopverband voldoende gewaarborgd moet zijn.
- k. Ja, de vuistregel dat, in de veilige haven, de flexibiliteit van het inkoopverband voldoende moet worden gewaarborgd.

- l. Ja, de informatie-uitwisseling tussen aan het inkoopverband deelnemende partijen.
- m. Ja, de mate waarin inkoopvoordelen worden doorgegeven aan patiënten en verzekerden.
- n. Ja, anders, namelijk...

### **Horizonscan**

Het Zorginstituut Nederland publiceert en onderhoudt de Horizonscan+ ([www.horizonscangeneesmiddelen.nl](http://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.

72. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-on geneesmiddelen met zorgverzekeraars voor het jaar 2018?
- a. Ja
  - b. Nee
73. Heeft u de Horizonscan gebruikt bij het maken van contractafspraken over add-on geneesmiddelen met zorgverzekeraars voor het jaar 2019 of gaat u deze hiervoor gebruiken?
- a. Ja
  - b. Nee
74. Indien 72 en/of 73=a. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter plannen / verdelen van uw eigen budget?
- a. Ja
  - b. Nee
75. Indien 72 en/of 73=a. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met zorgverzekeraars, omdat beide partijen dezelfde informatiebron (kunnen) gebruiken?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 72 en/of 73=a

76. Vindt u de Horizonscan behulpzaam bij het beter onderhandelen met fabrikanten ?
- a. Ja
  - b. Nee

### **Biosimilars**

Onderstaande vragen hebben betrekking op de inzet van biosimilars van uw instelling. 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.

77. Zijn in uw instelling in 2018 afspraken gemaakt of geldig over de inzet van biosimilars?
- a. Ja
  - b. Nee

Indien 77=a

78. Wat is hierover afgesproken?
- a. Nieuwe patiënten beginnen in principe met een biosimilar (tenzij er medische bezwaren zijn), maar patiënten die al in zorg zijn worden (in de regel) niet omgezet
  - b. Nieuwe patiënten beginnen in principe met een biosimilar en ook patiënten die reeds onder behandeling zijn, worden overgezet

- van het originele biologische referentiegeneesmiddel op een biosimilar (tenzij er medische bezwaren zijn).
- c. Anders, namelijk

Indien 78=b of c

79. Hoe vaak komt het in uw instelling voor dat een patiënt die reeds onder behandeling is, om financiële redenen wordt overgezet naar een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof?
- Dat kan vaker dan twee keer per jaar per patiënt voorkomen
  - Dat komt maximaal 2 keer per jaar per patiënt voor
  - Dat komt maximaal 1 keer per jaar per patiënt voor
  - Dat komt niet voor

Indien 78=b:

80. Heeft uw ziekenhuis in 2018 klachten ontvangen van patiënten omdat zij werden overgezet naar een biosimilar?
- Ja
  - Nee

Indien 80=a

Hoeveel klachten heeft u hierover ontvangen?

.....

81. Wordt de NVZA<sup>2</sup> toolbox biosimilars door uw ziekenhuis ingezet bij het overstappen naar een biosimilar?
- Ja
  - Nee
82. Wordt bij de behandeling van patiënten in uw ziekenhuis in 2018 bij meer patiënten gestart met een biosimilar in plaats van met het originele middel dan in eerdere jaren?
- Ja, er wordt nu vaker gestart met een biosimilar dan met het originele middel
  - Nee, er is geen verschil met eerdere jaren

### **Gepast gebruik**

De volgende vragen gaan over het beleid in uw ziekenhuis omtrent gepast gebruik. Met gepast gebruik van geneesmiddelen bedoelen we dat de zorg medisch noodzakelijk, effectief en doelmatig is.

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

Indien 83=a

84. Op welke vormen van gepast gebruik richten deze projecten/maatregelen zich? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Selectie van de juiste patiënten
  - Juiste start- en stopcriteria
  - Optimale kuurduur
  - Juiste dosering
  - Gebruik adjuvante medicatie
  - Optimaliseren dieet
  - Juist gebruik door patiënt
  - Ingezet beleid om bij gelijke geschiktheid voor het goedkoopste alternatief te kiezen (doelmatig voorschrijven)
  - Anders, namelijk

---

<sup>2</sup> Nederlandse vereniging van Ziekenhuisapothekers

Indien 83=a

85. De branchepartijen FMS, NFU, NVZ, en NVZA werken aan een Actieplan gepast gebruik. Voor dit actieplan willen deze partijen bestaande initiatieven voor gepast gebruik inventariseren. Vindt u het goed dat wij uw antwoord op de voorgaande vraag (vraag 84) aan deze partijen doorgeven zodat zij desgewenst contact met u kunnen opnemen?
- Ja
  - Nee

Indien 83=a

86. Worden de resultaten van uw projecten/maatregelen door of in opdracht van uw instelling gemonitord?
- Ja
  - Nee

Indien 86=a:

87. Met wie worden deze resultaten gedeeld? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Met betrokkenen binnen ons ziekenhuis
  - Met andere ziekenhuizen
  - Met de wetenschappelijke vereniging(en)
  - Met patiëntenorganisaties
  - Met de zorgverzekeraar(s)
  - Anders, namelijk

88. Welke partijen binnen uw ziekenhuis bepalen het beleid op het gebied van gepast gebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)
- De geneesmiddelencommissie
  - De Vereniging Medische Staf
  - De individuele medisch specialisten
  - Het bestuur/management
  - Patiëntenorganisaties
  - Anders, namelijk

89. Welke informatie gebruikt uw ziekenhuis bij het bepalen van het beleid omtrent gepast gebruik van geneesmiddelen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Spiegelinformatie uit ons eigen ziekenhuis
  - Spiegelinformatie uit andere ziekenhuizen
  - Richtlijnen van de beroepsgroepen
  - Informatie van patiëntenorganisaties
  - Anders, namelijk

90. Beschikt uw ziekenhuis over genoeg informatie om het beleid rondom gepast gebruik optimaal vorm te geven?
- Ja
  - Nee

Indien 90=b

91. Welke informatie wordt gemist?

.....

### **Invloed 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.

92. Vindt u het nodig dat ziekenhuizen (in het algemeen) maatregelen nemen om deze invloed te beperken?

- a. Ja
- b. Nee

93. Indien 92=b: waarom niet?

....

94. Indien 92=a: Nemen ziekenhuizen (in het algemeen) naar uw idee voldoende maatregelen om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken?

- a. Ja
- b. Nee

95. Indien 94=b: Wat is volgens u de reden dat ziekenhuizen onvoldoende maatregelen nemen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. Ziekenhuizen hebben te weinig zicht op hoe de farmaceutische industrie invloed uitoefent
- b. Ziekenhuizen zijn, voor het doen van onderzoek, in belangrijke mate financieel afhankelijk van de farmaceutische industrie
- c. Anders, namelijk....

96. Heeft uw ziekenhuis beleid opgesteld om de invloed van de farmaceutische industrie te beperken?

- a. Ja
- b. Nee

97. Indien 96=b:

Wat is hiervan de belangrijkste reden?

- a. Het ziekenhuis ervaart onvoldoende noodzaak om hier beleid voor op te stellen
- b. Het ziekenhuis heeft onvoldoende mogelijkheden om deze invloed tegen te gaan

Indien 96=b:

98. Licht uw antwoord toe.

99. Indien 96=a:

Welke afspraken binnen uw ziekenhuis zijn onderdeel van dit beleid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- a. De inkoop van geneesmiddelen vindt multidisciplinair plaats en niet op individueel niveau van arts of apotheker.
- b. Er geldt een meldingsplicht ten aanzien van contacten met de farmaceutische industrie
- c. Deelname aan initiatieven of activiteiten van de farmaceutische industrie (gesponsorde congresuitnodigingen, adviesraden etcetera) is niet toegestaan.
- d. Deelname aan initiatieven of activiteiten van de farmaceutische industrie is alleen toegestaan in overleg met de vakgroep.
- e. De aanbestedingsprocessen/tenders worden getoetst op gunstbetoon van de fabrikant
- f. Anders namelijk:

100. Indien 96=a:

Op welke wijze ziet het ziekenhuis erop toe dat deze afspraken daadwerkelijk worden nagekomen?

.....

In hoeverre zijn onderstaande stellingen op uw ziekenhuis van toepassing?

101. Wij ervaren binnen ons ziekenhuis dat de farmaceutische industrie, op andere manieren dan door het verstrekken van kortingen, het voorschijfgedrag van specialisten beïnvloedt.
- Duidelijk van toepassing
  - Enigszins van toepassing
  - Niet van toepassing
102. Wij ervaren binnen ons ziekenhuis dat de farmaceutische industrie, op andere manieren dan door het verstrekken van kortingen, de inkoop van geneesmiddelen beïnvloedt.
- Duidelijk van toepassing
  - Enigszins van toepassing
  - Niet van toepassing
103. Wij ervaren geen prikkel om de invloed van de farmaceutische industrie tegen te gaan omdat deze gunstige effecten heeft voor ons ziekenhuis.
- Duidelijk van toepassing
  - Enigszins van toepassing
  - Niet van toepassing
104. Wij kunnen geen gerichte maatregelen nemen tegen de invloed van de farmaceutische industrie omdat we te weinig zicht hebben op hoe de farmaceutische industrie invloed uitoefent.
- Duidelijk van toepassing
  - Enigszins van toepassing
  - Niet van toepassing
105. Het beleid van het ziekenhuis om de invloed van de farmaceutische industrie tegen te gaan is voldoende effectief.
- Duidelijk van toepassing
  - Enigszins van toepassing
  - Niet van toepassing

### **Knelpunten met de inzet van dure geneesmiddelen**

106. Is het in 2018 voorgekomen dat een nieuw geneesmiddel of nieuwe indicatie werd geregistreerd en onderdeel werd van het verzekerde pakket, en u op dat moment nog geen afspraken had gemaakt met uw dominante zorgverzekeraar over de inzet van dit middel?
- Ja, dat geldt vrijwel voor alle nieuwe middelen in 2018
  - Ja, dat geldt voor sommige nieuwe middelen in 2018
  - Nee, dat geldt voor geen enkel nieuw middel in 2018
107. Ervaart u in 2018 in uw instelling knelpunten met de inzet van één of meer dure geneesmiddelen die artsen binnen uw instelling willen voorschrijven, omdat dit middel niet (volledig) vergoed wordt door de zorgverzekeraar aan uw ziekenhuis, of omdat het (nog) niet duidelijk is of dit middel aan uw ziekenhuis wordt vergoed?
- NB. Het betreft hier **geen** knelpunten die er het gevolg van zijn dat geneesmiddel niet wordt vergoed uit de basisverzekering.
- Ja
  - Nee

Indien 107=a.

Hoe vaak lagen de onderstaande situaties ten grondslag aan de ervaren knelpunten?

Deze situatie lag ten grondslag aan de ervaren knelpunten.....	in alle gevallen	in de meeste gevallen	in enkele gevallen	in geen enkel geval
Het betrof de inzet van een geneesmiddel dat door de betreffende zorgverzekeraar niet was ingekocht omdat het ten tijde van de onderhandelingen nog niet op de markt was.				
Het betrof de inzet van een geneesmiddel dat expliciet niet was ingekocht door de betreffende zorgverzekeraar bij onze instelling (selectieve inkoop).				
Wij moesten méér patiënten behandelen met een bepaald geneesmiddel dan ten tijde van de contractonderhandelingen was voorzien.				
De afgesproken contractprijs voor één of meer add-on geneesmiddelen was lager dan de netto inkoopprijs bij de fabrikant.				
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.				
Er was nog geen add-on prestatie beschikbaar				
De geneesmiddelencommissie heeft nog geen plaatsbepaling van dit/deze geneesmiddel(en) 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.				

Indien 107=a.

108. Welke gevolgen hebben deze knelpunten gehad voor de patiënt/patiënten die aangewezen was/waren op het geneesmiddel/de geneesmiddelen in kwestie (meerdere antwoorden mogelijk)?

- f. De patiënt(en) is (zijn) doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor gebruik van dit geneesmiddel
- g. De patiënt(en) is (zijn) wel binnen ons ziekenhuis in behandeling gebleven maar heeft (hebben) geen gebruik kunnen maken van dit geneesmiddel
- h. 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
- i. Het knelpunt heeft geen gevolgen gehad voor de patiënt(en), deze heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat de verzekeraar alsnog het middel heeft vergoed aan onze instelling.
- j. Het knelpunt heeft geen gevolgen gehad voor de patiënt(en), deze heeft (hebben) het middel gewoon gekregen omdat onze instelling het geneesmiddel zelf heeft betaald.

109. Indien 108=a. U heeft aangegeven dat u in 2018 knelpunten heeft ervaren met de inzet van een geneesmiddel, en dat als gevolg hiervan de patiënt(en) is (zijn) doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor gebruik van dit geneesmiddel.  
Hoe vaak is het in 2018 voorgekomen dat een patiënt werd doorverwezen naar een ander ziekenhuis voor de inzet van een geneesmiddel dat niet vergoed wordt aan uw instelling door de zorgverzekeraar?  
....keer.
110. Indien 108=b. U heeft aangegeven dat u in 2018 knelpunten 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?
- Ja, al deze patiënten zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde
  - Nee, niet al deze patiënten zijn behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde
111. Indien 110=b: hoeveel patiënten zijn niet behandeld met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde?  
....
112. Indien 110=b.  
Is (zijn) de patiënt(en) die niet behandeld is (zijn) met een geneesmiddel met een vergelijkbare therapeutische waarde, hierover door uw ziekenhuis geïnformeerd?
- Ja, alle patiënten
  - Sommige patiënten wel, sommige patiënten niet
  - Nee, geen van de patiënten is hierover geïnformeerd
- Indien 108=c.
113. U heeft aangegeven dat u in 2018 knelpunten heeft ervaren met de inzet van een geneesmiddel, en dat als gevolg hiervan de patiënt(en) moest(en) wachten op een geneesmiddel. Bij hoeveel patiënten is het in 2018 voorgekomen dat zij moesten wachten op een geneesmiddel omdat dit niet (volledig) vergoed wordt aan uw instelling of omdat niet duidelijk was of dit werd vergoed?  
....keer
- Indien 108=c:
114. Hoeveel dagen moesten deze patiënten gemiddeld wachten op het geneesmiddel?  
.....
- Indien 108=c:
115. Bij hoeveel van deze patiënten was het medisch verantwoord om te wachten op dit geneesmiddel?  
.....
- Indien 107=a.
116. welke interne maatregelen heeft uw ziekenhuis genomen als gevolg van de ervaren knelpunten met de inzet van dure geneesmiddelen? (meerdere antwoorden mogelijk)?
- Het ziekenhuis is meer aandacht gaan besteden aan gepast gebruik/doelmatig voorschrijven
  - Het ziekenhuis is meer aandacht gaan besteden aan doelmatig inkopen van geneesmiddelen
  - Het ziekenhuis heeft bezuinigd op overheadkosten
  - Het ziekenhuis heeft bezuinigd op de levering van andere zorg.
  - Andere maatregelen, namelijk



f. Geen interne maatregelen

117. Indien 116=d. Op de levering van welke zorg is door het ziekenhuis bezuinigd?

.....

Indien 116= geen f.

118. Was/Waren deze maatregel(en) effectief om de knelpunten op te lossen?

- a. Ja, door deze maatregel(en) zijn de knelpunten volledig opgelost
- b. Ja, door deze maatregelen(en) zijn de knelpunten ten dele opgelost.
- c. Nee

Indien 107=a.

119. Welke maatregelen heeft uw ziekenhuis richting de zorgverzekeraar genomen als gevolg van de knelpunten met de inzet van dure geneesmiddelen? (meerdere antwoorden mogelijk)?

- a. Het ziekenhuis heeft geprobeerd de gemaakte contractafspraken voor add-on geneesmiddelen aan te passen gedurende het jaar.
- b. Het ziekenhuis heeft geprobeerd de gemaakte contractafspraken voor dbc-zorgproducten aan te passen gedurende het jaar.
- c. Geen
- d. Anders, namelijk

Indien 119= geen c.

120. Was/Waren deze maatregel(en) effectief om de knelpunten op te lossen?

- a. Ja, door deze maatregel(en) zijn de knelpunten volledig opgelost
- b. Ja, door deze maatregelen(en) zijn de knelpunten ten dele opgelost.
- c. Nee

**Einde vragenlijst**