

Inkoop specialistische geneesmiddelen

Beleid Zorgverzekeraars



Access Bijeenkomst NVFM
Vianen, 17 november 2016

Peter de Braal
Manager Care
BENU Nederland



1. Even voorstellen
2. Rol zorgverzekeraars bij inkoop dure geneesmiddelen
3. Beleid Zilveren Kruis
4. Verschillen tussen zorgverzekeraars
5. Ervaringen tot nu toe
6. Waardering voor nieuwe geneesmiddelen
7. Vragen



Peter de Braal

Sinds 2003 werkzaam in de zorg

- Inkoopmanager Farmacie Zilveren Kruis Achmea 2007-2016
- Inkoopinitiatieven IDEA – Gezamenlijke Inkoop dure geneesmiddelen
- Manager Commerce/Care BENU sinds 2016



Brocef / BENU

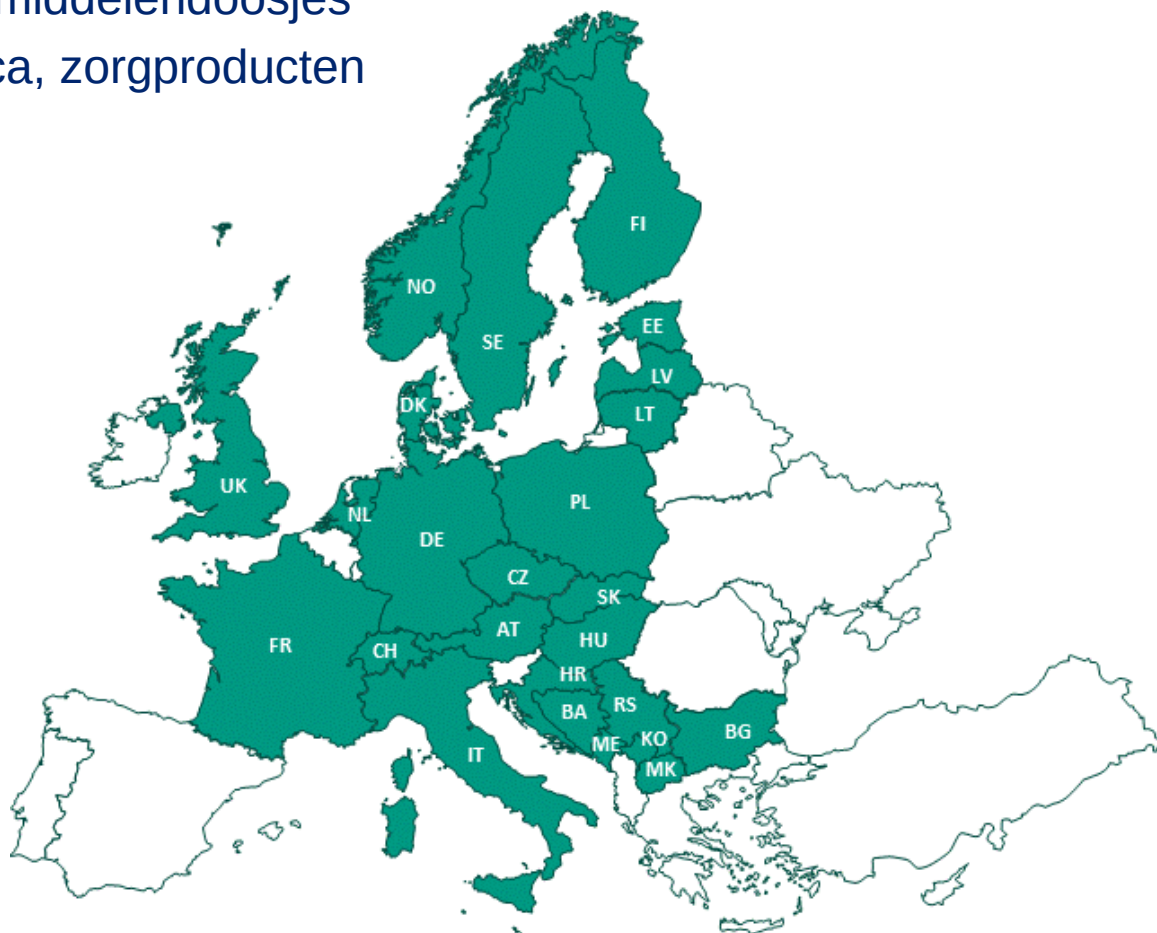


- Farmaceutische dienstverlening:
 - Brocef **Groothandel** (volgesorteerde farmaceutische groothandel)
 - **Retail** (BENU; 116 eigendoms- en 170 franchise apotheken)
 - Brocef **Ziekenhuisfarmacie** (landelijk opererende ziekenhuisapotheek tbv ZBC's/klinieken, incl. GMP-z bereidingen)
 - Brocef **Zorglogistiek** (specialistische geneesmiddelen; doelmatigheid/therapietrouw)
 - Brocef **Maatmedicatie** (op maat verpakken van geneesmiddelen, bv per patiënt per inname moment)
 - Brocef **Supplies & Services** (leverancier van bereidingsmaterialen, IT, GUA's, etc.)

Brocacef is onderdeel van PHOENIX

- Toonaangevende geïntegreerde zorgaanbieder in Europa
- Aanwezig in 25 landen in Europa, van Spitsbergen tot Sicilië
- Dagelijks 10 miljoen geneesmiddelendoosjes
- Medicatie, devices, cosmetica, zorgproducten

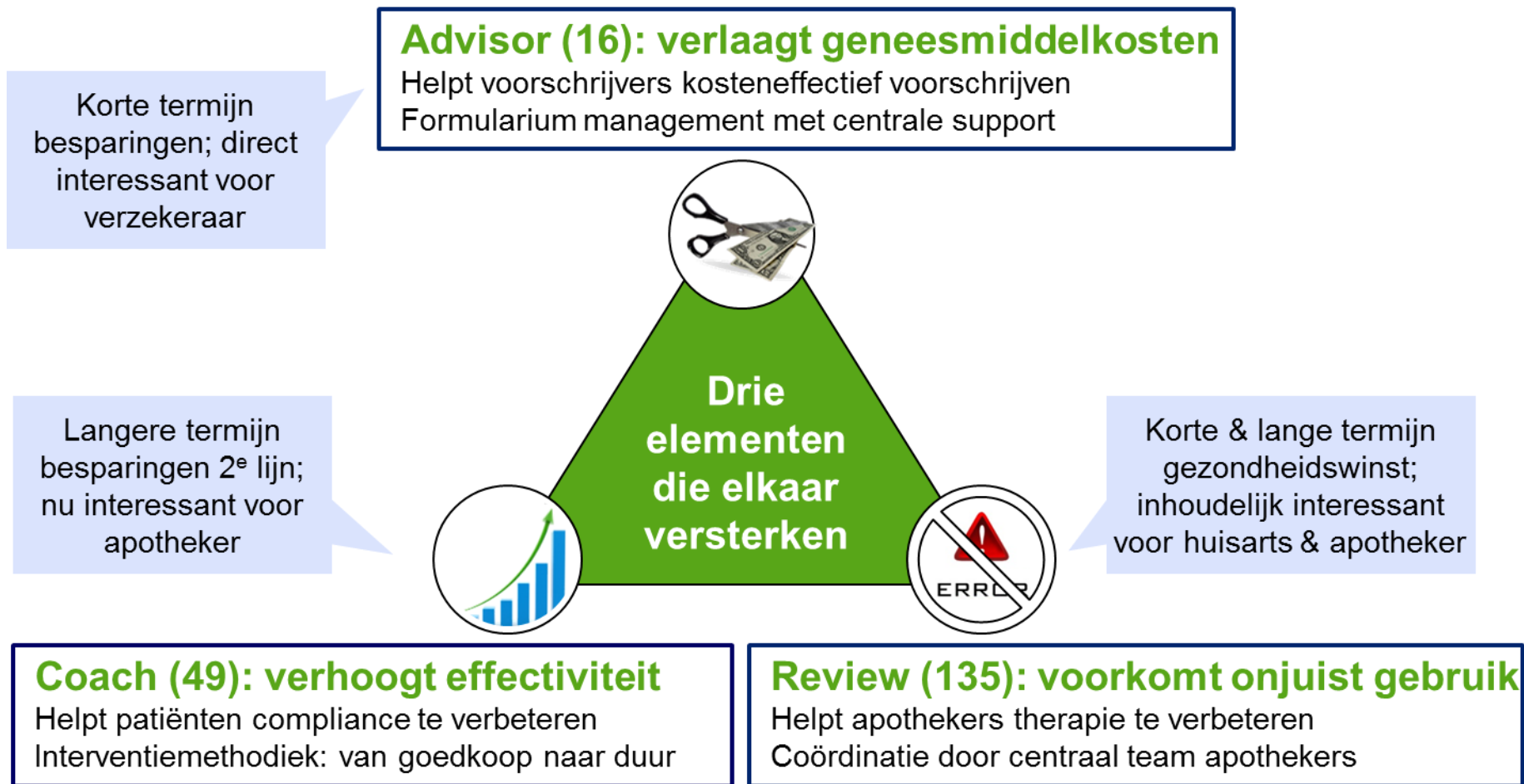
PHOENIX group



Samen maken wij
slimme, persoonlijke
en toegankelijke zorg



Zorgsturing BENU via Geïntegreerde Farmaceutische Zorg: doelmatig, efficiënt en minder medicatiefouten



- **Zorgsamenwerkingsprojecten (oa GFZ, triggerbox)**
- **Zorglogistiek (unieke distributie en begeleiding)**
- **Farmacovigilantie**
- **MRT**
- **Datasamenwerking**

*** Vodafone NL 3G 07:30 93%

Zorg is nu vooral een zaak van verzekeraars

Ton van Eerden is huisarts.

Gezondheidszorg
De toegenomen macht van de: bedreig de zorg

HOME | ACTUEEL | OPINIE | HRM | TECH | FINANCE | BUZZ | NASLAG | VACATURES

U bent hier: Home Actueel **Martini Ziekenhuis wil af van jaarlijks onderhandelen**

Geplaatst op 6 januari 2015 door: Skiper Redactie

Martini Ziekenhuis wil af van jaarlijks onderhandelen

Het Martini Ziekenhuis wil meer jarencontracten met verzekeraars in plaats van jaarlijks te moeten onderhandelen. Dat zei bestuursvoorzitter Hans Feenstra tijdens de nieuwjaarsbijeenkomst voor de medewerkers van het Groningse ziekenhuis.

Omdenken vanuit

De jaarlijkse onderhandelingen over kosten en aantallen behandelingen mogen misschien de prijs drukken, maar levert ook onzekerheid op voor zowel ziekenhuizen als patiënten, aldus Feenstra.

AFM legt dubbele boete op aan Inpelo voor flitsrediet 1 Adfz maakt best presterende verzekeraars bekend Look Humans: 'Overschakel voor prijs ligt op de borst'

Home > Nieuws > Nederland > Consumentenbond doet beroep op zorgverzekeraars

Consumentenbond doet beroep op zorgverzekeraars

MEEST GELEZEN LAATSTE REACTIES

AFM compenseert bijna miljoen aan hypotheekrente

51 5 januari 2015

PRINT EMAIL A- A+

Wilt-examen bijna onmogelijk voor mensen met

CB

De Consumentenbond heeft VGZ en Zorgverzekeraars Nederland een brief geschreven met 500 huisartsen. De ruzie niet over de hoofden v. uitgevochten en dat niet onn. risico worden gebracht.

Alle verzekerden met een (nog) krijgen te maken met de gevol. behandelingen zullen patiënten on. doorverwezen * De daarmee gepaard gaande eigenrisico's gebracht worden bij de verzekerde, zo luidt het verzoek aan op hun website aangeven dat de contracten afgesloten zijn.

E6 Economie

Grijpt de verzekeraar de macht? 6 stellingen over de vrije artsenkeuze

ars zorg die ze niet zelf hebben uitgezocht vergoeden of niet? es in de zorgsector. Door onze redacteur Jeroen Wester

nieuws 7 jan 2015

Eigenwijs UMCG zet bouw protonencentrum voort

1061 0

FINANCIËN

bestuursvoorzitter Jos Aartsen 'ergert zich kapot' aan de zorgverzekeraars. at vertelde hij gisteren tijdens zijn nieuwjaarstoespraak in het UMCG. Het agblad van het Noorden citeert hem.

De bestuursvoorzitter hekelde de vertragingstactiek van de zorgverzekeraars: 'Overall in de

- ‘onderhandelingspartners van de zorgaanbieders’.. ‘over prijs, inhoud en organisatie van de zorg’
- ‘kritische zorginkopers die zorgaanbieders dwingen om doelmatig zorg (goede kwaliteit tegen een acceptabele prijs) te leveren.’
- ‘doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg’.
- ‘Het kwaliteitsaspect speelt duidelijk ook een belangrijke rol; ook veiligheid, bereikbaarheid, tijdigheid en de noodzaak van voortdurende innovatie van de zorg.’
- ‘Doel van de regering is dat concurrentie tussen de zorgverzekeraars uiteindelijk leidt tot een zo efficiënt en klantvriendelijk mogelijke inrichting van de zorg.’
- ‘Zorgplicht moet waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben’. ‘Recht op de zorg waaraan hij behoefte heeft.’ ‘Zorgbemiddeling’ ...kan variëren van ‘telefonisch contact tot ... besprekingen met een zorgaanbieder om te bewerkstelligen dat de verzekerde geholpen wordt.

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2003–2004

29 763

Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

INHOUDSOPGAVE

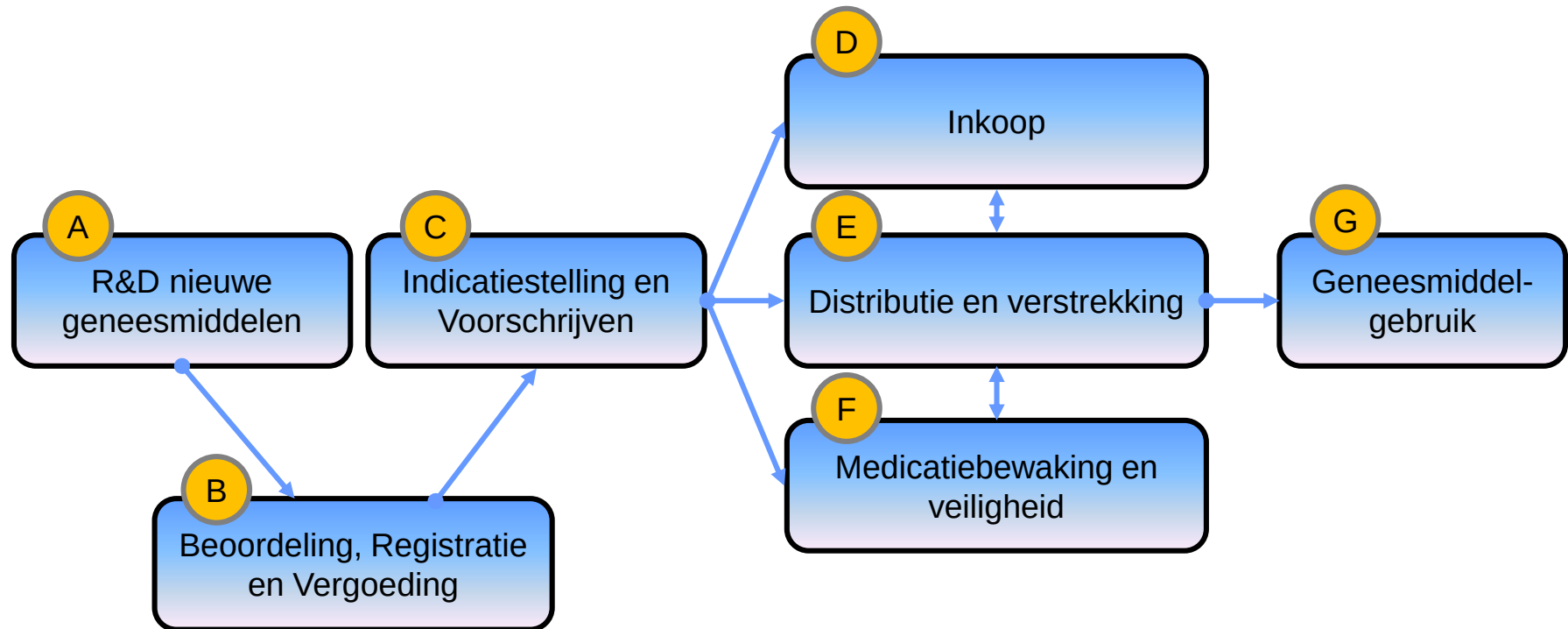
	blz.
A. ALGEMEEN	2
I Inleiding en samenvatting	2
II Achtergrond van het wetsvoorstel	7
III Consultatie en advies	18
IV De vormgeving van de zorgverzekering	20
V De inhoud van de zorgverzekering	24
a. de uitvoering	25
b. de zorgplicht	28
c. de verzekeren	35
d. het te verzekeren pakket	38
e. rechtsbescherming	45
f. de financiering	46
g. de vereveningsregeling	49
h. beheer	51
i. toezicht	51
VI Grensoverschrijdende zorg	57
VII Transparantie in het verzekeringsstelsel	58
VIII Gegevensuitwisseling	59
IX Financiële sturingsmogelijkheden	61
X De financiële gevolgen	61
XI De administratieve lasten	69
XII Overgangssituatie	73
XIII Inwerkingtreding en voorlichting	73
B. ARTIKELGEWIJZE TOELICHTING	74

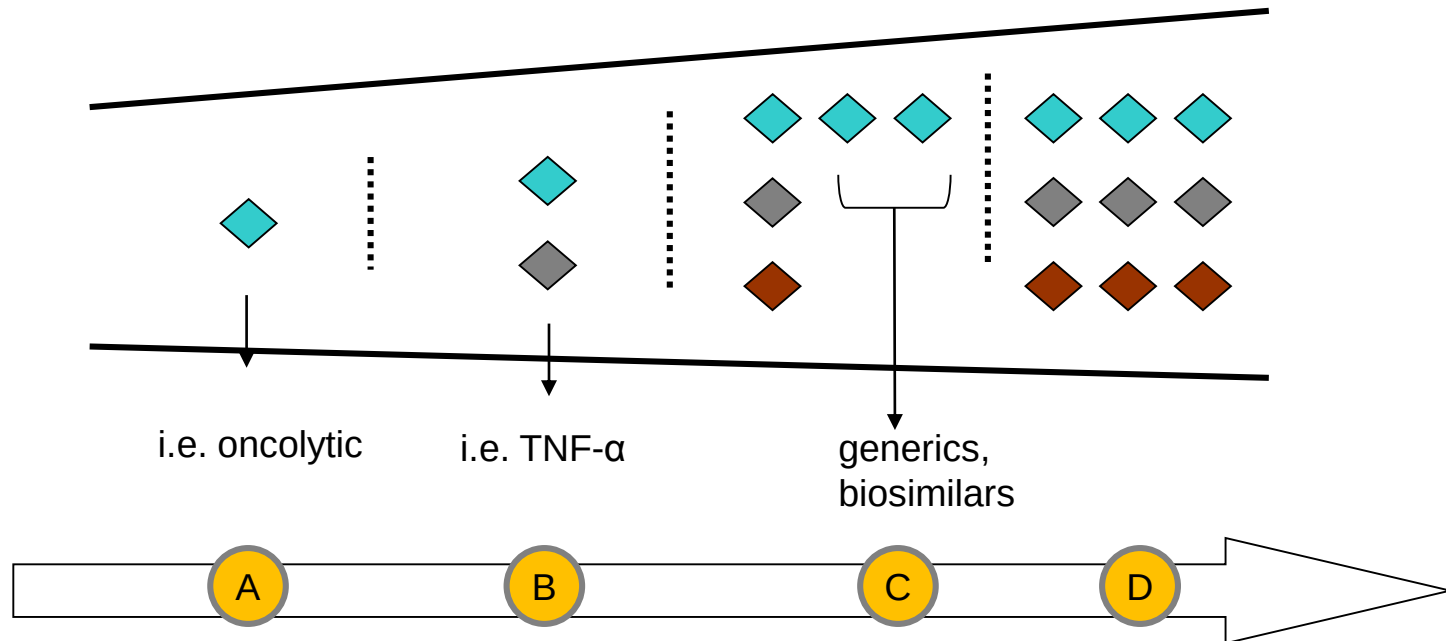
KST76461
030404u010763-3
0304 0001 – 7291
Sdu Uitgeverij
1-Gravenhage 2004

Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 763, nr. 3

1

Waar in keten kan zorgverzekeraar ingrijpen?





- A** Monopoly: First in class
- B** Competition; single source products
- C** Competition: single source/multi source
- D** Competition: multi-source

Opdracht: add-on geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar houden

NVZ: laagste groei in 25 jaar, grote zorgen om dure medicijnen

15-09-2015



Ziekenhuizen leveren een belangrijke bijdrage aan het beheersen van de zorguitgaven. Ook het afgelopen jaar zijn ziekenhuizen ruimschoots binnen de afspraken van het zorgakkoord gebleven. De omzetgroei is opnieuw afgenomen. Dat blijkt uit cijfers van het brancherapport 'Zorg toont' dat de NVZ vandaag publiceert. Tegelijkertijd beginnen de alsmäär stijgende kosten voor dure (kanker)medicijnen steeds meer te knellen.

NVZ-voorzitter Yvonne van Rooy: 'Voor de zomervakantie werd uit verschillende onderzoeken duidelijk dat er op korte termijn meer geld nodig is voor dure medicijnen. Zo'n 400 miljoen. In de miljoenennota lees ik hier niets over terug. Ziekenhuizen kunnen dat niet in hun eentje ophoesten.'



Geachte mevrouw Schippers,

Namens de zorgverzekeraars, ziekenhuizen en umc's (hierna: partijen) brengen wij graag het volgende onder uw aandacht.

Wij maken ons grote zorgen over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg vanwege de snel stijgende kosten van de dure geneesmiddelen. Deze ontwikkeling speelt vooral bij de dure oncologische geneesmiddelen, maar komt ook voor bij andere groepen geneesmiddelen. We weten dat er nog dit jaar extreem dure geneesmiddelen voor de behandeling van bepaalde, veel voorkomende vormen van kanker op de markt zullen komen. Wij stellen voorop dat wij het een goede zaak vinden wanneer er nieuwe geneesmiddelen beschikbaar komen die daadwerkelijk kanker kunnen bestrijden.

- Kosten stijgen snel en er komen waardevolle nieuwe middelen op de markt.
- Budgettaire kader voor MSZ is gelimiteerd.
- Verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en verzekeraars:
toegankelijkheid borgen, terwijl kosten beheersbaar blijven.
- Samen optrekken om deze uitdaging aan te gaan waarin ieder zijn eigen verantwoordelijkheid neemt.

Beleid Zilveren Kruis bestaat uit 4 pijlers



Toegang voor patiënten

Gegarandeerd toegang tot
(waardevolle) add-on geneesmiddelen



Risico's delen

Volume-risico bij ZK door nacalculatie
onder voorwaarde dat zorgaanbieder
verantwoordelijkheid neemt



Volume optimaliseren

Voorschrijvers voorkomen verspilling door:
indicatie- en dosisoptimalisatie.
Apotheker voorkomt 'spillage'



Prijzen verlagen waar mogelijk

Referentietarieven waar alternatieven zijn,
i.c.m. gezamenlijke inkoop TNF

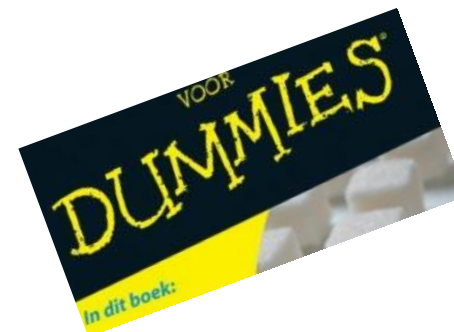
**Verspilling voorkomen en prijsdruk waar mogelijk,
biedt ruimte om patiënten benodigde zorg te bieden**

Verschillen tussen zorgverzekeraars

- **Zilveren Kruis:** helder beleid met nacalculatie op alle dure geneesmiddelen in ruil voor zinnig/zuinig, apart geneesmiddelenbudget
- **Menzis:** focus op biosimilars, praktijkvariatie, concentratie van zorg, plafondaafspraken
- **VGZ:** plafondaafspraken, spiegelinfo, inkoopprocedure infliximab
- **CZ:** plafondaafspraken, integraal budget
- **Kleine verzekeraars:** volgende rol
- **Gezamenlijke initiatieven:**
 - Start gezamenlijke inkoop ZN
 - Farmaceutische zorgprestatie intramuraal
 - Projecten rondom drug rediscoveries/ diagnostica/alternatieve bereidingswijzen



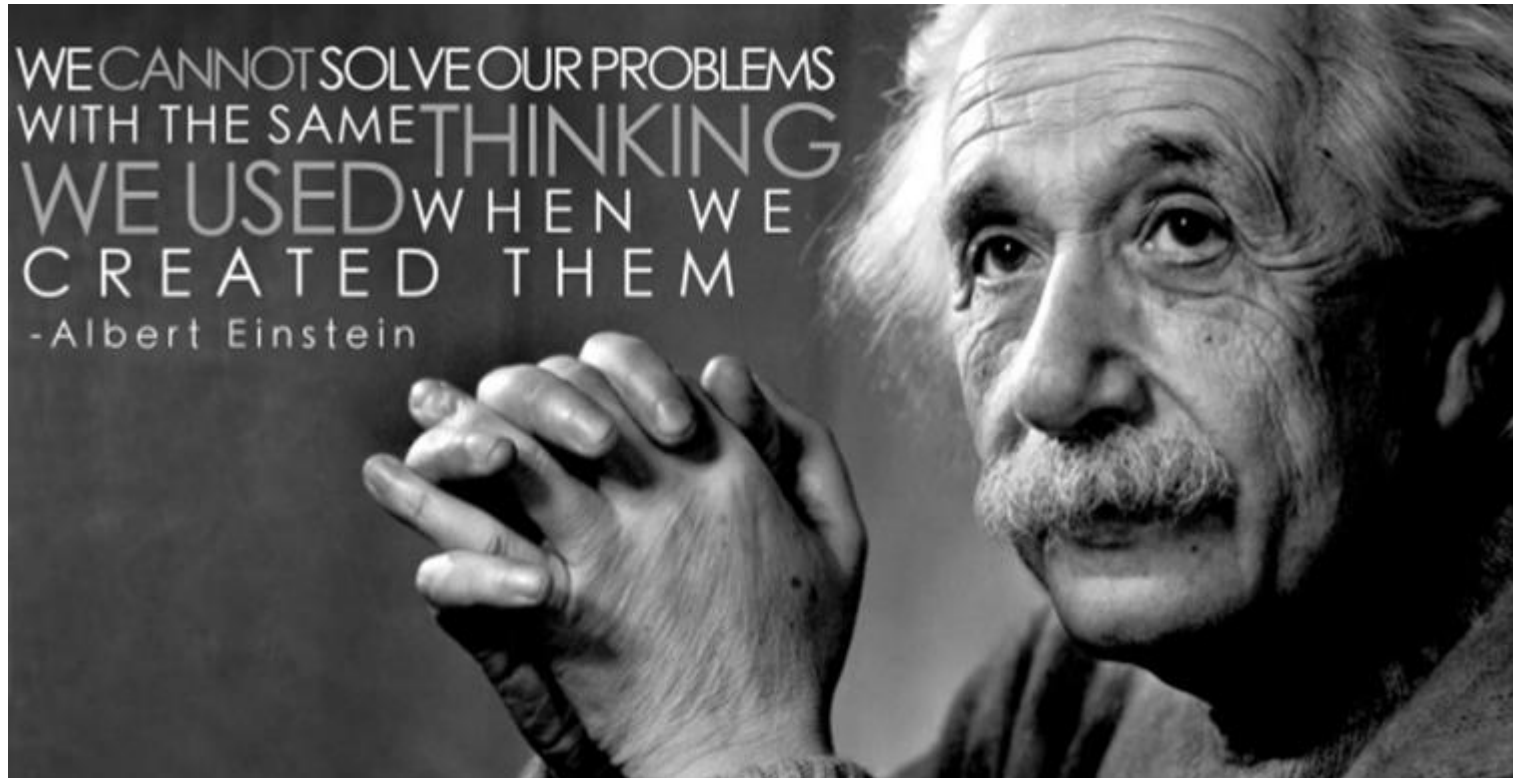
- Initiatief 'nacalculatie onder voorwaarden' vindt navolging bij concurrerende zorgverzekeraars
- Wisselende ervaringen met compliance op gemaakte afspraken
- Gezamenlijke inkoop dure geneesmiddelen wordt nu centraal opgepakt (ZN)
- Organisatie laat te wensen over en is niet slagvaardig
- Geneesmiddelgroepen die in beeld zijn voor gezamenlijke inkoop: mono-/oligopolistische middelen
- Kennis en ervaring bij verzekeraars op het gebied van dure geneesmiddelen (inkoop) laat te wensen over als gevolg van voortdurende reorganisaties en wisselingen van de wacht



- **Kosten kankerbehandeling stijgen met EUR 300 mln, vooral als gevolg van introductie nieuwe middelen**
- **Samenleving heeft weinig begrip voor hoge prijzen**
- **Effectiever sturen op de prijs, maar hoe?**
 - Cost per QALY – grote nadelen (langetermijneffecten onbekend, referentiegroep ≠ werkelijke patiëntengroep (co morbiditeit, conditie)
- **Wat dan wel?**
 - Meerwaarde aantonen op basis van RWE
 - (Pan Europese) centrale inkoop
 - Price/volume en Pay-for-Performance arrangementen



Dank voor uw aandacht!



pdbraal@benuapotheek.nl
+31650692022

Appendix

Gezamenlijk streven naar optimaal volume



- **Doelmatig voorschrijven** door monitoring en feedback op:
 - Juiste indicatiestelling
 - Juiste dosering
- Indicatoren voor doelmatig voorschrijven vastgelegd als **voorwaarden voor nacalculatie**
- **Dosisoptimalisatie** in 2016 specifiek voor TNF (in 2017 uit te breiden naar andere middelen)
- **Apotheker** voorkomt spillage in (voor) bereidingsproces

Nieuwe introducties

- Nieuwe introducties gecontroleerd laten toetreden tot de markt. ('sluis' bij VWS en ZAB)
- Zilveren Kruis ondersteunt dit door **selectief contracteren** in expertisecentra, aansluitend bij richtlijnen van beroepsverenigingen

Gezamenlijk streven naar scherpe prijzen



- **Referentietarieven** voor specifieke clusters medicijnen waar **keuzemogelijkheden** zijn¹
→ druk via zorgaanbieders op fabrikanten
- Meeste impact voor **TNF-alfa-remmers** verwacht. Zorgaanbieder kan hier kiezen:
 - **Referentietarief:** zorgaanbieder koopt zelf in
 - **Gezamenlijke inkoop:** Zilveren Kruis koopt in, besparing gedeeld met zorgaanbieder

Referentietarieven voor:

- | | |
|--|--------------------|
| • Docetaxel | • Metvix / Ameluz |
| • Groeihormoon (somatropine) | • Oxaliplatine |
| • Gonadotrofines bij IVF-behandelingen | • Paclitaxel |
| • Irinotecan | • TNF-alfa-remmers |

1) Voor overige middelen: voortzetting prijsafspraken 2015, (maximaal het NZa-tarief).

Kern selectief inkoopbeleid add-on geneesmiddelen

- **Selectieve inkoop** van nieuwe kostbare geneesmiddelen is noodzakelijk vanwege handhaving van kwaliteit en veiligheid en financiële beheersbaarheid
- **Volumeconcentratie** zorgt voor centrale expertise-opbouw en bevordert doelmatig voorschrijven
- Uitgangspunten selectief inkoopbeleid:
 - Ultraweesgeneesmiddelen alleen bij UMC's die expertisecentrum zijn voor het middel
 - Beroepsgroepen volgen
 - Nieuwe middelen voor veel voorkomende aandoeningen breder inkopen (onder voorwaarden)
- In 2016 alleen nieuwe introducties selectief inkopen
- Richting 2017 ook op bestaande middelen selectief inkoopbeleid doorvoeren

1 Complete informatievoorziening

- ZAB levert elk kwartaal informatie over verstrekte middelen (incl. fabrikant)
- ZK levert een monitor en benchmark

2 Geen extra financieel voordeel/nadeel bij nacalculatie

- Nieuwe introducties: netto inkooprijzen
- Overig: tarieven prijslijst gelijk 2015 en bij > 10% volume groei per groep → netto inkoopkosten

3 Doelmatig gebruik

- Verbeterafspraken m.b.v. Zilveren Kruis monitor.
- Apotheker aantoonbaar spillageprotocol en –indicatoren aanleveren

4 Doelmatige dosering

- TNF nacalculatie: Inverdienverplichting o.b.v. max. vergoeding per patiënt (uit benchmark), óf deelnemen aan SMK-protocol
- Start-stop-criteria van te voren vaststellen en tussentijds evalueren

5 Doelmatige indicatiestelling

- Goed functionerende geneesmiddelencommissie met belangrijke rol RvB.
- Interne ‘sluis’ (via geneesmiddelencommissie) voor dure patiënten (> 40 k EUR)
- Waar biosimilars beschikbaar zijn, het meest doelmatige middel voorschrijven

- Het inzetten van een deel van een besparing ten opzichte van een benchmark voor andersoortige dan 'directe' zorgkosten...
- ...waarbij de geleverde zorg voor de klant kwalitatief gelijk blijft of beter wordt...
- ...om zo een verandering te bewerkstelligen die de 'reguliere zorgcontractering' redelijkerwijs niet kan bereiken.

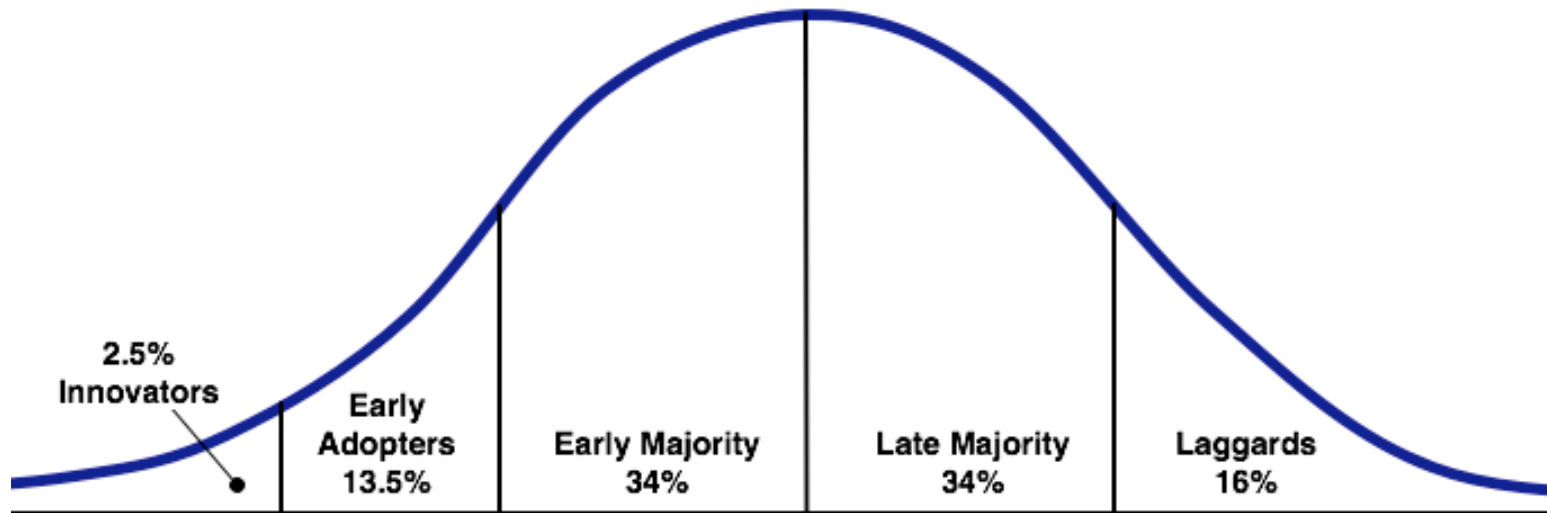


- Om **veranderingen in de markt** gedaan te krijgen voor de klant die met reguliere inkoop niet lukken
- Om op **uitkomsten** te belonen in plaats van **inspanningen**, waarmee de volumeproductieprikkel weg is
- Als de **financiële structuur** de **laatste horde** is die de gewenste verandering in de weg staat:
 - zorgaanbieder heeft voordeel om de huidige situatie te behouden
 - zorgaanbieder heeft voordeel verkregen in de huidige situatie waar men iets voor terug wil
 - zorgaanbieder heeft geen voordeel of een nadeel om de inspanning te leveren voor de nieuwe situatie



- Om een verandering gedaan te krijgen zijn drie opeenvolgende condities nodig:
 1. **Legitimatie**: wet- of regelgeving, maatschappelijk probleem, groep hoogleraren
 2. **Gedragbeïnvloeding**: inkoopprondes, onderhandelingen, best practices
 3. **Financiële systeem** mag de verandering **niet tegenwerken**, zelfs niet met ogenschijnlijk kleine prikkels
- Shared Savings helpen bij die laatste conditie: alleen als de financiële structuur de laatste horde is die de gewenste verandering in de weg staat
- Éénmalig, korte termijn, laaghangend fruit, direct invoeren
- Dilemma's
 - Premiegeld hoort zo veel mogelijk gebruikt te worden voor direct geleverde zorg
 - Zijn niet geïncasseerde 'savings' nu zorgkosten of niet? Dit maakt verdeling van baten en herinvesteringen problematisch
 - Besparingen mogen geen perverse prikkel hebben op het vereveningsfonds

- Shared Savings en Innovatie pas je alleen toe bij
 1. Innovators
 2. Early Adopters
 3. Early Majority
- Late Majority en de Laggards komen niet in aanmerking. Die krijgen een taakstelling om de gemiddelde prestatie te halen.



Source: Everett Rogers, Diffusion of innovations model

Dure geneesmiddelen zijn major topic... ...en lenen zich voor Shared Savings

Dure geneesmiddelen

Er komen steeds meer dure geneesmiddelen. In 2016 wordt een extra uitgave van 300 miljoen euro verwacht. Ziekenhuizen worstelen nu al met de stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen, en verkopen om die reden soms 'nee' aan een patiënt.

Dat mag nooit zo zijn, vinden medisch specialisten en KWF kankerbestrijding. Maar wat moet er dan gebeuren? Er zijn veel verschillende initiatieven gaande. Denk aan gezamenlijke inkoop door ziekenhuizen of met een zorgverzekeraar, pay for performance-afspraken, prijsarrangementen door de overheid, vergoeding aan de hand van een klinisch register en afspraken over doelmatig voorschrijven. De oplossing is nog niet gevonden. De partijen staan voor pijnlijke keuzes.

Reactie

U bent
inzien

Laatste

'Virus

Reactie

wetens

het be

Reactie

Huge discount on biosimilar infliximab in Norway
Posted 13/03/2015

GaBi
Genetics and Biosimilar Initiative

18 mei 2015

Ziekenhuizen verwijzen te dure patiënten door

Patiënten met kanker worden soms niet of niet op tijd getest of behandeld, omdat ziekenhuizen de behandeling te duur vinden. Dat stelt het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) in een item van de NOS.

Besparingen mogelijk op dure geneesmiddelen

NOS

DO 27 AUGUSTUS, 15:59 BINNENLAND

NOS

Nieuws

Sport

Uitzendingen

TELEBIJST

Wat is dan het probleem?

Geen enkel ziekenhuis weet van tevoren precies hoeveel patiënten die dure middelen nodig hebben. Dat wordt nog onzekerder, omdat de ziekenhuizen soms patiënten vanwege de hoge kosten van die medicijnen doorverwijzen naar academische en gespecialiseerde ziekenhuizen. Maar als ziekenhuizen dan achteraf extra geld willen van de zorgverzekeraars, krijgen ze dat meestal niet.

Plan Zilveren Kruis voor vergoeding dure medicijnen

ZORGVISIE
De brug tussen beleid en praktijk

9 okt 2015 641 0

NZa: Toegankelijkheid geneesmiddelen onder druk


Nederlandse
Zorgautoriteit

Dosisoptimalisatie TNF-i St Maartenskliniek Landelijke savings EUR 50-100 mln



Sint Maartenskliniek

- Loon naar prestatie
- Eenvoudige besparingsdoelen die inspanning vragen van zorgaanbieder
- Repliceerbare practice landelijk doorvoeren
- Optimalisatie
- Bilateraal, verzekeraar-aanbieder relatie
- Alleen aanbodketen
- Klaar na een jaar



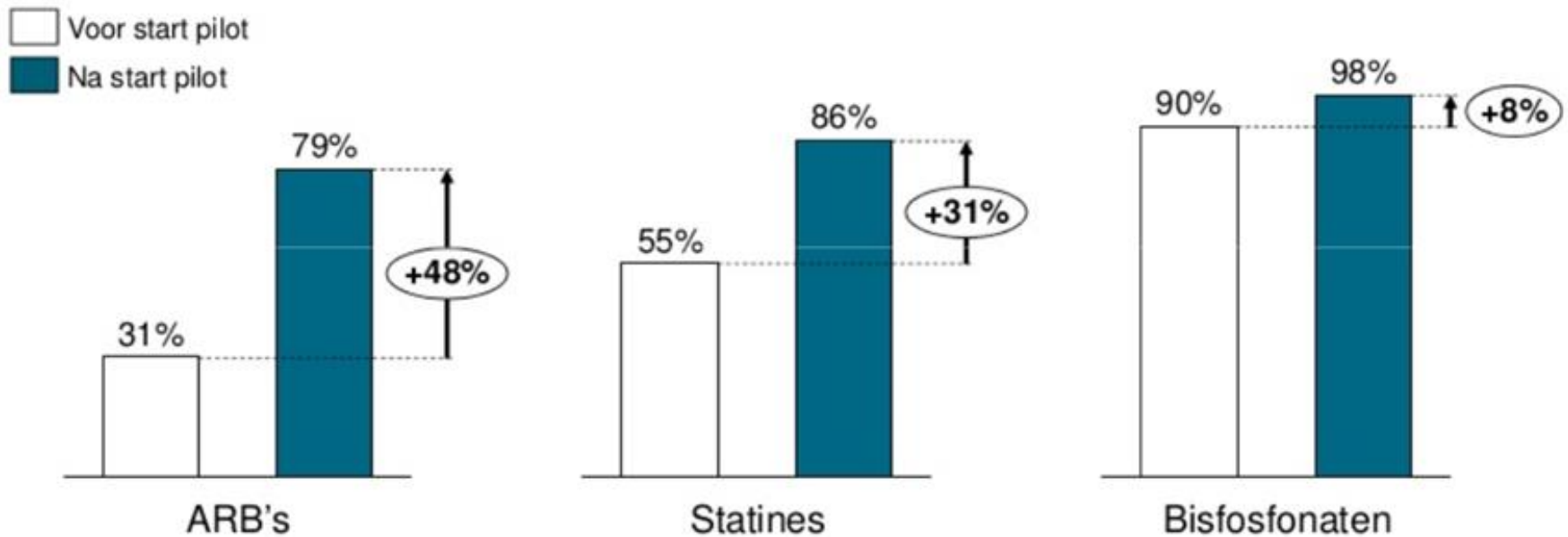
Deelname gezamenlijke inkoop dure geneesmiddelen + innovatie agenda

- Samen spelen, samen delen
- Zekere afhankelijkheid van zorgaanbieder
- Samenwerkingsrelatie
- Doorbraak realiseren
- Meerjarig
- Transformatie, marktontwikkeling
- Verzekeraar, aanbieders, derden
- End-to-end keten naar de klant
- Gezamenlijk innovatiefonds, gezamenlijke agenda



Deelnemende huisartsen schrijven doelmatiger voor: ruimte voor Shared Savings

Aandeel doelmatige medicijnen bij eerste uitgiftes [% van totaal verpakkingen per medicijncluster]



Wat heeft de patiënt er nu aan?

De selectie voor Shared Savings moet aansluiten bij de patiënt, bijvoorbeeld:

Triple Aim

- Betere patiënt
- Betere zorg
- Lagere kosten



Zes doelen om het zorgsysteem te veranderen

- Safe, Effective, Patient centered,
Timely, Efficient, Equitable



- Wat vindt een gemiddelde patiënt van een apotheek?
 - *“Je moet er lang wachten voor je aan de beurt bent”*
 - *“Assistenten zijn druk bezig op de achtergrond maar niet aan de balie”*
 - *“Geen idee welke inhoudelijke zorg een apotheker nu precies levert”*

- FLOW: Alle handen aan de balie, zichtbaar voor de klant
 - Traditionele taakverdeling verdwijnt
 - Receptverwerking van (bijna) alle recepten vindt plaats aan de balie
 - Recepten gaan zo veel mogelijk naar CeFi
 - Een fysieke klant heeft altijd voorrang
 - Aan iedere balie kan afgerekend worden



