

Vergaderjaar 2009–2010

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 105

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 oktober 2009

In deze brief voldoe aan uw verzoek van 3 september 2009 (29477-102/2009D40731) om u te informeren over de stand van zaken met betrekking tot het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het tarief voor apothekhoudenden 2009 en u mijn reactie op de TROS Radar-uitzending over symptoomreclame te zenden. Daarnaast geef ik in deze brief mijn reactie op enkele nog openstaande vragen en toezeggingen uit het AO van 25 juni 2009 (Kamerstuk 29 477, nr. 101). Het betreft de motie-Zijlstra¹, introductie van een «individuele taxe», de motie-Sap², vragen over de mogelijkheid van de farmaceutische industrie om te reageren op aantijgingen in media over hun producten, lifestyle adviezen in richtlijnen, de toekomst van het Geneesmiddelenbulletin en een vraag over dwangmedicatie.

NZa tarief voor apothekhoudenden 2009

Op 13 juli 2009³ heb ik u bericht dat de NZa meer tijd nodig heeft voor de extrapolatie naar 2009 van de uitkomsten van het onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden in 2008. De NZa hecht eraan een zorgvuldige afweging te maken, voordat zij een tariefbeslissing neemt. Tot en met eind augustus heeft de NZa nieuwe informatie over inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhoudenden ontvangen van de leden van de klankbordgroep die bij het onderzoek is ingesteld. De NZa heeft deze informatie mee willen nemen in haar extrapolatie, hetgeen betekent dat het tariefbesluit langer op zich heeft laten wachten. Inmiddels heeft de NZa bekend gemaakt dat zij op basis van de uitkomsten van het onderzoek en de extrapolatie daarvan naar 2009 het niet noodzakelijk acht om het tarief 2009 aan te passen. De NZa geeft daarbij aan dat de inkoopvoordelen weliswaar meer zijn teruggelopen dan eerder geraamd, maar dat de onzekerheidsmarge in het tarief nog voldoende is om te kunnen concluderen dat het tarief 2009 niet hoeft te worden aangepast. Het rapport van de NZa treft u aan in de bijlage bij deze brief⁴.

¹ Tweede Kamer, 2008–2009, 29 477, nr. 76.

² Tweede Kamer, 2008–2009, 29 477, nr. 77.

³ Tweede Kamer, 2008–2009, 29 477, nr. 102.

⁴ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Ik verwacht ik het besluit van de NZa over het tarief 2010 in november 2009, ik zal u daarover te zijner tijd informeren.

Motie-Zijlstra c.s.

Tijdens het algemeen overleg van 25 juni 2009 is eveneens de mogelijkheid tot uitvoering van de motie-Zijlstra c.s. over een daadwerkelijk concurrentievoordeel voor zorgverzekeraars die preferentiebeleid voeren en hun verzekerden, aan de orde gekomen. Ik heb daarbij aangegeven dat ik bereid was een en ander aan de Europese Commissie (EC) voor te leggen om het voorstel met name te laten beoordelen op staatssteunaspecten. Ten behoeve van de consultatie van de EC heb ik ook het concrete voorstel van één van de betrokken zorgverzekeraars (Menzis) voor een nadere verdeling van fondsen (de opbrengst van het preferentiebeleid via de taxeprijzen) meegestuurd. Ik heb de EC verzocht om vóór het Algemeen Overleg van 8 oktober 2009 overleg te voeren en zo mogelijk uitsluitsel te geven. Tot op dit moment heb ik dat nog niet ontvangen.

Volledigheidshalve merk ik op dat een aantal zorgverzekeraars preferentiebeleid voert (UVIT) of gaat voeren (Achmea), waarbij het concurrentievoordeel rechtstreeks ten goede komt aan hen en hun verzekerden en andere zorgverzekeraars niet kunnen «meeliften» op hun inspanningen.

Individuele taxe/prijslijst

In dit verband is ook aan de orde gekomen of een tweede cq individuele prijslijst per zorgverzekeraar (taxe) hieraan tegemoet kan komen en een alternatief kan vormen voor preferentiebeleid met gebruikmaking van de prijzen in de «taxe».

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) en de daarop gebaseerde NZa-tariefsystematiek mag ten hoogste de (bruto-)lijstprijs van het door de apotheekhoudende afgeleverde geneesmiddel, minus de claw-back, in rekening worden gebracht aan de patiënt/zorgverzekeraar. Als er echter een WMG-vergoedingslijst is die voldoet aan de (formele) inrichtingseisen die de NZa daaraan stelt, mag ten hoogste de prijs op die vergoedingslijst (prijslijst), minus de claw-back in rekening worden gebracht als vergoeding voor de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel.

De taxe zoals opgenomen in de G-Standaard van Z-Index B.V. is op dit moment de enige prijslijst die voldoet aan de inrichtingseisen van de NZa voor een WMG-vergoedingslijst. Op basis van de desbetreffende beleidregels van de NZa staat het zorgverzekeraars echter om zelf een dergelijke vergoedingslijst op te stellen en te hanteren bij de declaraties van apotheekhoudenden, mits zij zich daarbij dus houden aan de inrichtingseisen die de NZa aan een dergelijke vergoedingslijst stelt. Een (zorgverzekerings)maatschappij gebonden «taxe» kan dan ook zonedig uitkomst bieden als alternatief voor preferentiebeleid via de Taxe in de G-Standaard, evenals het puur individuele preferentiebeleid waarbij geen direct gebruik van de Taxe in de G-Standaard wordt gemaakt (UVIT en Achmea).

Overigens merk ik op dat de NZa-tarieven maximumtarieven zijn, die nu ook al onderhandelbaar zijn tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars. Wel is sprake van een verplichte tariefsystematiek waarvan niet kan worden afgeweken: de receptregelvergoeding voor de dienstverlening van de apotheker en vergoeding van de inkoopkosten van het afgeleverde geneesmiddel. Per 1 januari 2011 zullen er geen NZa-tarieven meer gelden voor apotheekhoudenden. Dan zal er sprake zijn van vrije onderhandelingen op basis van nieuwe prestatiebeschrijvingen van de NZa, waardoor beter kan worden ingespeeld op gedifferentieerde beloning van de toege-

voegde waarde die apothekhoudenden leveren. Dat betekent dat ook het doorberekenen van de inkoopkosten van de afgeleverde geneesmiddelen, de zogenaamde «materiaalkosten» volledig, aan onderhandelingen tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars onderhevig is, al dan niet gecombineerd met onderhandelingen over de vergoeding voor de farmaceutische dienstverlening. Deze ontwikkeling past in het streven naar een programmatische aanpak van chronische ziekten inclusief de farmaceutische zorg en de integrale bekostiging daarvan op basis van onderhandelingen over de toegevoegde waarde.

Motie-Sap c.s.

De motie-Sap, verzoekt de regering er zorg voor te dragen dat verzekeren daadwerkelijk preferente middelen geleverd krijgen. Ik heb eerder aangegeven dat het daarbij gaat om de vraag in hoeverre marktmacht op een dusdanige manier wordt georganiseerd dat de ander niet meer aan zet is. Daarvoor gelden de regels van de aanmerkelijke marktmacht (AMM) van de NZa.

Ik heb er ook gewezen op dat wij, als wij die motie willen uitvoeren, ons moeten afvragen in hoeverre het mogelijk is om een contracteerplicht op te leggen. Past dat in de spelregels die we met elkaar hebben afgesproken? Ik vind dat de regels voor de aanmerkelijke marktmacht moeten gelden, maar dat de NZa moet toekomen aan het preciseren van die regels.

Zoals ik in mijn brief van 21 april 2009¹ heb geschreven, heb ik de NZa gevraagd op welke wijze zij normen met betrekking tot AMM kan concretiseren ten aanzien van het al dan niet tot stand komen van inkoopovereenkomsten. Ik heb de NZa ook gevraagd hoe dat vastgelegd kan worden in algemeen verbindende voorschriften of beleidsregelen en of dat ook kan worden gehanteerd voor het afleveren van preferente geneesmiddelen.

De NZa heeft mij op 23 september 2009 een schriftelijke reactie op mijn vragen gestuurd. De NZa geeft in haar reactie onder meer aan dat zij op dit moment, aan de hand van een formele klacht die zij heeft ontvangen, onderzoekt of het niet willen tekenen van een contract door een apothekhoudende die mogelijk beschikt over een AMM-positie met een zorgverzekeraar ten aanzien van het leveren van preferente geneesmiddelen tot het opleggen van een verplichting moet leiden. De NZa kan op grond van artikel 48 van de WMG een verplichting opleggen aan een zorgverzekeraar die aanmerkelijke marktmacht heeft.

Daarnaast kan de NZa op basis van art. 45 van de WMG regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg. De NZa onderzoekt gelijktijdig of dit instrument ingezet kan worden in het geval van het niet willen tekenen van een contract door apothekhoudenden met een of meerdere zorgverzekeraars ten aanzien van het leveren van preferente geneesmiddelen en of het niet leveren van preferente geneesmiddelen.

Ik zal uw Kamer zo spoedig mogelijk informeren over de uitkomsten van het onderzoek van de NZa. Op basis van deze uitkomsten zal ik ook bezien of er behoefte is aan aanscherping van de wettelijke mogelijkheden die de NZa heeft in om in te grijpen in het geval dat AMM leidt tot ongewenste situaties.

¹ Tweede Kamer, 2008–2009, 29 477, nr. 87.

Symptoomreclame

De uitzending van Tros Radar op 31 augustus 2009 liet zien hoe een marketingstrategie rondom een ziektebeeld tot stand werd gebracht. Voor een relatief onschuldige aandoening werd een onderzoek(je) verricht en werden de resultaten van dit onderzoek actief naar buiten gebracht. Het «nieuws» verspreidde zich snel; binnen korte tijd werd het bericht door diverse media opgepakt. De berichtgeving werd landelijk ondersteund door een website en lokaal via het verspreiden van folders. Tros Radar liet in de uitzending zien hoe in casu de aandoening «winderigheid» aandacht kreeg. Er bleek een heel scala aan mogelijkheden voor promotie te bestaan waar, tegen soms forse betaling, gebruik van kon worden gemaakt. Deze vorm van promotie wordt symptoomreclame genoemd. In 2005 is het mechanisme van symptoomreclame uitgebreid beschreven in het (Australische) boek «Selling Sickness» van Ray Moynihan en Alan Cassels. Dichter bij huis kwam het in 2008 ook aan de orde in het boek van hoogleraar Dehue «de depressie epidemie».

Ik waardeer het dat Tros Radar het marketingmechanisme heeft laten zien aan een groot publiek. Met een dergelijke uitzending wordt bewustzijn gecreëerd. Het laat zien dat er vele momenten zijn waarop we onderhevig zijn aan reclame, ook al doet deze reclame zich niet direct of indirect voor als reclame.

Waar ligt de grens tussen reclame en informatie?

Een belangrijk probleem dat bij deze kwestie speelt is dat er geen eenduidige scheidslijn te trekken valt tussen informatie en reclame. Wanneer wordt iets symptoomreclame genoemd en wanneer is er sprake van informatie over ziekte en gezondheid? Nu deze scheidslijn tussen de begrippen informatie en reclame onvoldoende duidelijk is, is het de rechter die aan de hand van concrete gevallen die hem voorgelegd worden deze begrippen nader concretiseert en afbakt. Het gerechtshof in Arnhem heeft in juni 2003, toen de casus over schimmelnagels voorlag, hierover het volgende gezegd: «Een uiting is voorlichting als deze algemene informatie bevat, die de volksgezondheid of menselijke ziekten betreft en die geen directe of indirecte verwijzing naar een geneesmiddel bevat. De beoordeling van de vraag of sprake is van voorlichting dient in het licht van de inhoud van de uiting te worden beantwoord. Het doel van de uiting doet niet ter zake. Dit doel wordt slechts nader in beschouwing genomen als eenmaal is vastgesteld dat de uiting geen voorlichting is en vervolgens moet worden bezien of deze binnen de definitie van reclame valt».

Ik wil hierover graag duidelijk zijn: ik vind het goed dat er vrijelijk informatie over gezondheid en ziekte gegeven kan worden. Het is een alledaags gespreksonderwerp en dat moet het ook kunnen blijven. Van belang is echter dat het kaf van het koren gescheiden kan worden als mensen op zoek gaan naar goede, betrouwbare informatie. Ik hecht grote waarde aan goede publieksinformatie. En bij de kwalificatie goed denk ik aan objectieve, betrouwbare informatie van goede kwaliteit. Dat is de eis die ik zou stellen aan zenders van informatie. Dit laat onverlet dat ontvangers van informatie natuurlijk ook een taak en eigen verantwoordelijkheid hebben. Er is in deze tijd, mede door het internet, een overvloed aan informatie beschikbaar, rijp en groen. Uit die overvloed zal de ontvanger een keuze moeten maken. Ik heb er vertrouwen in dat de Nederlandse burger daartoe in de regel goed in staat is. Hij kan en wordt daarbij ook geholpen. De Nederlandse huisartsen en apothekers hebben websites en folders met betrouwbare informatie over gezondheid, ziekte en behandelopties. Dit materiaal is eenvoudig toegankelijk voor patiënten en burgers. Ook via de

overheid is informatie over ziekte, gezondheid en behandelopties (inclusief geneesmiddelen) beschikbaar, bijvoorbeeld via www.KiesBeter.nl.

Op uitnodiging en met de financiële steun van het Innovatiefonds Zorgverzekeraars werkt Mediavedi vanaf oktober 2008 aan de operationalisatie van ZegelGezond. ZegelGezond is opgezet om eindgebruikers te ondersteunen bij het onderscheiden van goede en slechte online publieksinformatie over gezondheid en ziekte en ze zo in staat te stellen zelf te beoordelen welke informatie geschikt is. Verwachte lanceerdatum is het voorjaar 2010. Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, het Nederlands Huisartsen Genootschap en TNO zijn samenwerkingspartners.

Overigens ga ik er niet zonder meer vanuit dat de informatie die de farmaceutische industrie over ziekte en gezondheid naar buiten brengt, niet van goede kwaliteit zou zijn. Door het wetenschappelijk onderzoek dat farmaceutische bedrijven doen bij het ontwikkelen van geneesmiddelen, zijn zij deskundig op de terreinen waarvoor zij medicatie ontwikkelen. Ik heb er op zich geen bezwaar tegen als deze informatie voor een breed publiek toegankelijk wordt. Ik zie daarbij echter wel enkele problemen. Ten eerste kan de informatie van de farmaceutische industrie enige bias vertonen doordat mogelijk te snel of te eenzijdig verwezen wordt naar medicatie als oplossing voor een kwaal of aandoening. Verder kan de farmaceutische industrie agendazettend zijn en weinig ruimte laten voor andere aandoeningen waar bijvoorbeeld geen medicatie als behandeloptie beschikbaar is. Agendazetting kan er mogelijk toe leiden dat klein ongemak of relatief onbelangrijke aandoeningen bovenmatig veel aandacht krijgen. Het publiek krijgt daardoor ten onrechte de indruk dat er sprake is van een ernstige of veelvoorkomende aandoening.

Europa

Een discussie over de scheidslijn tussen informatie en reclame wordt in Europees verband al jaren gevoerd. Lidstaten en Europese Commissie zijn er nog steeds niet uit. In de huidige Europese richtlijn (richtlijn 2001/83; geïmplementeerd in de Geneesmiddelenwet) staat expliciet dat informatie over gezondheid en ziekte niet onder de regels van geneesmiddelenreclame valt. In december 2008 heeft de Europese Commissie een nieuw wetgevingsvoorstel gepresenteerd over informatie over geneesmiddelen aan het publiek. In dit nieuwe voorstel is de bestaande passage over informatie over ziekte en gezondheid integraal overgenomen. De Commissie laat daarmee zien niet van plan te zijn om op dit onderwerp te komen met nieuwe voorstellen. Ik vermoed omdat het huidige voorstel al controversieel genoeg is. Veel lidstaten, waaronder Nederland, hebben laten weten grote moeite te hebben met het voorstel. Het voorstel ligt nu voor bij het Europees Parlement. Als gevolg van de onlangs gehouden verkiezingen is er enige vertraging opgetreden in de behandeling van het voorstel bij het Parlement. Ik verwacht dat het Europees Parlement nog voor het eind van het jaar een rapportage over dit wetgevingsvoorstel zal uitbrengen. Mogelijk komt het Parlement nog met aanvullingen op het voorstel, bijvoorbeeld over symptoomreclame.

Tot slot

Ik vind het een goede zaak dat de verschillende instanties die met deze kwestie van doen hebben met elkaar in overleg zijn gegaan om te bezien of en zo ja hoe, nadere verduidelijking en aanscherping van de bestaande regels en normering mogelijk is. Ik zal u van de voortgang daarin op de hoogte houden. Ik ga er vanuit dat tegen het eind van het jaar meer duidelijk zal zijn.

Mogelijkheden farmaceutische industrie om te reageren op aantijgingen in de media over hun producten

De heer Zijlstra vroeg aandacht voor de geringe ruimte die farmaceutische bedrijven hebben om zich te verweren tegen aantijgingen in de media over hun producten. Volgens hem zit de farmaceutische industrie met gebonden handen. In algemene zin is mijn reactie dat het voor farmaceutische bedrijven mogelijk is om informatie over hun geneesmiddelen te verstrekken aan het algemeen publiek cq. patiënten. De Geneesmiddelenwet kent echter wel een expliciet verbod op het maken van publieksreclame voor receptplichtige geneesmiddelen. Onder reclame wordt verstaan elke vorm van beïnvloeding met het kennelijke doel het voorschrijven, ter hand stellen of gebruiken van een geneesmiddel te bevorderen, dan wel het geven van een opdracht daartoe¹.

Bij het reageren op berichten in de media of het uitbrengen van persberichten zullen derhalve de regels van de Geneesmiddelenwet in acht genomen moeten worden. Berichten moeten feitelijk, niet promotioneel en beperkt tot de specifieke kwestie zijn. Ik wijs in dit verband op de «nadere invulling van het onderscheid tussen reclame en informatie voor geneesmiddelen» van de stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR). Het is in mijn ogen zeker mogelijk om te reageren op aantijgingen in de pers zonder daarmee reclame te maken. Helaas hebben diverse farmaceutische bedrijven in het verleden getracht via persberichten publieksreclame te maken. De Codecommissie van de CGR heeft de afgelopen jaren diverse bedrijven daarvoor terecht op de vingers getikt.

Overigens mogen media ook geen reclame maken voor receptplichtige geneesmiddelen. Ook zij dienen zich aan de Geneesmiddelenwet te houden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft onlangs (juni 2009) diverse redacties van kranten, tijdschriften en actualiteitenrubrieken nogmaals geattendeerd op de regels omtrent publieksreclame voor (receptplichtige) geneesmiddelen.

Lifestyle adviezen in behandelrichtlijnen

Mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink stelde de vraag of lifestyle adviezen nu onderdeel uitmaken van behandelrichtlijnen. Aan richtlijnen worden veel eisen gesteld: ze moeten wetenschappelijk onderbouwd en transparant zijn en bruikbaar zijn in de praktijk. Daarnaast dienen betrokken beroepsgroepen de inhoud van een richtlijn te onderschrijven. In een richtlijn is, indien opportuun, het adviseren over gezond gedrag opgenomen. Ook in de dagelijkse praktijk is het steeds vaker onderdeel van de zorg die onder artsen (huisartsen, specialisten) gebruikelijk is. Vooral als stoppen met roken of bestrijden van overgewicht belangrijk is voor de behandeling (bij hart- en vaatziekten, diabetes). Van sommige behandelrichtlijnen bestaan ook patiëntenfolders, waarin kort wordt uitgelegd over (een deelonderwerp van) de richtlijn (bijvoorbeeld diagnostiek of leefstijladviezen). De patiëntenfolder kan ook uitleg en adviezen bevatten die tijdens een consult worden gegeven.

Verder stelde mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink de vraag of zorgverleners voldoende tools hebben om de mogelijkheden die de voedingsgeneeskunde biedt op het terrein van preventie te benutten. Ik heb daarbij aangegeven dat ik mij goed kon voorstellen dat dit al in de richtlijnen zit, evenals het feit dat bewegen meer en meer van betekenis is bij het vermijden van obesitas en dergelijke. In de zorgstandaard overgewicht en obesitas die eind 2010 klaar zal zijn wordt beschreven wat goede zorg is voor mensen met overgewicht of obesitas. De basis van deze zorgstandaard wordt gevormd door de multidisciplinaire

¹ Artikel 1 lid 1 onder xx. van de Geneesmiddelenwet.

CBO-behandelrichtlijn: «Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen». De zorgstandaard gaat in op de herkenning, vroegsignalering, diagnostiek, behandeling, zelfmanagement en nazorg van overgewicht en obesitas (bij volwassenen en kinderen).

De Beweegkuur zal vooralsnog vanaf 2011 worden opgenomen in de basisverzekering en onderdeel zijn van de zorgstandaard overgewicht en obesitas. De beweegkuur is conform het CVZ-rapport «Preventie bij overgewicht en obesitas» (nr 271) bedoeld voor:

- mensen met een body mass index (bmi) van 25 tot 30 in combinatie met een te grote buikomvang
- mensen met een bmi van 25 tot 30 met een normale buikomvang in combinatie met comorbiditeit (hetzij een risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor Diabetes Mellitus 2 (DM2), hetzij manifeste ziektes zoals DM2)
- mensen met een bmi boven de 30.

Op basis van berekeningen van het RIVM en aanbevelingen van het CVZ moet het gaan om een gecombineerde leefstijlinterventie gericht op beweging en voeding. Dit is in overeenstemming met de termen uit de CBO-behandelrichtlijn.

De toekomst van het Geneesmiddelenbulletin

Een aantal fracties stelde vragen over mijn plannen met betrekking tot het Geneesmiddelenbulletin. Ik heb toen aangegeven dat ik een besluit zou nemen na ontvangst van alle reacties van betrokken partijen en na aanvullend overleg met een aantal partijen. Over dat definitieve besluit zal ik u schriftelijk informeren. Ik zal u die brief zo spoedig mogelijk sturen en kom in de tussentijd uiteraard mijn toezegging na geen definitieve stappen te zullen zetten alvorens u in de gelegenheid te hebben gesteld hierover met mij in overleg te treden.

Dwangmedicatie

Mevrouw Agema stelde een vraag over het voorschrijven van medicatie door verpleeghuisartsen. Deze vraag heb ik voorgelegd aan de staatssecretaris. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de brief van de staatssecretaris van 13 juli 2009, waarin de staatssecretaris ingaat op vragen over het terugdringen van medicijngebruik, die mevrouw Joldersma heeft gesteld tijdens een Algemeen Overleg over dwang en drang in de zorg op 8 april 2009.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink