

Vergaderjaar 2009–2010

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 106**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 oktober 2009

Naar aanleiding van het Algemeen Overleg (AO) Geneesmiddelenbeleid op 25 juni 2009 (Kamerstuk 29 477, nr. 101) heeft uw Kamer in de motie-Van der Veen<sup>1</sup> gevraagd om een overzicht inzake de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. Tijdens het AO vroeg de heer Zijlstra mij voor het AO geneesmiddelenbeleid van september/oktober 2009 helder te schetsen hoe ik de toekomst van de farmaceutische zorg zie. Ik heb daarop toegezegd dat ik de Kamer een kort stuk zou doen toekomen waarin ik daarop inga, welke u hierbij aantreft. Ik heb de motie-Van der Veen geïnterpreteerd als een bevestiging van de vraag die heer Zijlstra mij heeft gesteld.

In uw brief van 3 september 2009 (29477-102/2009D40731), vraagt u mij u te informeren over de stand van zaken met betrekking tot het besluit van de NZa inzake het tarief voor apothekhoudenden 2009 en mijn reactie op de Radaruitzending over symptoomreclame. Het antwoord op deze vragen, als ook mijn reactie op enkele nog openstaande vragen en toezeggingen uit het AO van 25 juni 2009 stuur ik u separaat.

**Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening**

De Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening<sup>2</sup> (LTV) heeft betere farmaceutische zorg in Nederland tot doel. Dat is de essentie. We willen toe naar een kwalitatief betere zorg, die veilig en doelmatig is. Farmaceutische zorg die erop is gericht om maatwerk voor de patiënt te bieden, zodat hij die farmaceutische zorg krijgt die hij nodig heeft overeenkomstig de stand van de wetenschap en de praktijk. Farmaceutische zorg ook die niet in isolatie wordt verleend, maar in samenhang met de overige zorg, als een onderdeel van goede ketenzorg. De aanpak die ik in de langetermijnvisie heb beschreven moet daarom ook niet los gezien worden van de initiatieven op het gebied van ketenzorg en integrale bekostiging. Uiteindelijk is de patiënt het best geholpen met goede zorg, waarin alle noodzakelijke aspecten samenkomen, inclusief doelmatigheid van de

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2008–2009, 29 477, nr. 99.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, 2007–2008, 29 477, nrs. 39, 62.

verleende zorg en waar mogelijk keuzevrijheid en prikkels voor zelfmanagement voor de patiënt.

Om dat te bereiken is een omslag nodig, een nieuwe structuur die ruimte biedt aan beloning van toegevoegde waarde van de (farmaceutische) zorg. De huidige structuur van wet- en regelgeving rondom de bekostiging van en de aanspraak op farmaceutische zorg biedt onvoldoende mogelijkheden voor partijen om, bijvoorbeeld via zorginnovaties, specialisatie en differentiatie, in overleg en onderhandeling met elkaar maatwerk te leveren. Het is teveel een keurslijf, één systeem, waarbij iedereen gedwongen wordt min of meer hetzelfde te doen. Samenwerking en kwaliteit staan daarbij niet altijd voorop. Ook de mogelijkheden tot beloning daarvan zijn onvoldoende. Ik wil het systeem zo aanpassen, dat er meer ruimte is voor vernieuwingen, verscheidenheid in aanpak en een eigen invulling van hun verantwoordelijkheid door partijen. Dat vertaalt zich concreet in het stappenplan van maatregelen op vier thema's: bekostiging apothekhoudenden, prijsvorming geneesmiddelen, doelmatig voorschrijven/richtlijnen, aanspraak op geneesmiddelen, waarover ik u in mijn brief van 3 juli 2008<sup>1</sup> heb geïnformeerd.

De omslag is een zaak van lange adem. Het tempo waarin we veranderingen kunnen realiseren laat zich lastig voorspellen en is onder meer afhankelijk van de snelheid waarmee partijen de veranderingen oppikken. Daar is tijd voor nodig. Daarom heb ik het tijdspad dat ik oorspronkelijk voor ogen had op onderdelen inmiddels aangepast. Dat betreft ten eerste de ingangsdatum van vrije tarieven voor apothekhoudenden. Ik ging in 2008 uit van invoering van vrije tarieven voor apothekhoudenden per 1 januari 2010. De NZa heeft mij geadviseerd over de haalbaarheid daarvan. Aansluitend op het advies van de NZa heb ik in mijn brief van 12 juni jl. aangegeven dat ik voornemens ben vrije tarieven voor farmaceutische zorg (zowel voor de dienstverlening als voor de doorberekening van de kosten van het geneesmiddel) per 1 januari 2011 in te voeren. Een ander aspect waarvoor meer tijd nodig blijkt, is de invoering van een meer algemene omschrijving van de aanspraak. Daarover spraken wij uitvoerig tijdens het afgelopen AO van 25 juni 2009, waarbij uw Kamer haar terughoudendheid op dit vlak verwoordde. Ik kom op beide onderdelen in deze brief op terug.

Er is meer flexibiliteit in het systeem nodig. Die flexibiliteit zoek ik met name in wijzigingen in de manier van bekostiging van en de aanspraak op farmaceutische zorg. De bekostiging van farmaceutische zorg (door bijvoorbeeld huisartsen, apothekers) zou idealiter niet alleen (of zelfs primair) gericht moeten zijn op specifieke handelingen door zorgaanbieders (zoals het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen), maar op de kwaliteit van die zorg zelf en de uitkomsten daarvan voor de patiënt. Aanbieders kunnen zo gestimuleerd worden om op basis van hun specifieke toegevoegde waarde, en via samenwerking en innovatie, steeds betere en ook doelmatige zorg te verlenen. De Langetermijnvisie is erop gericht om belemmeringen hiervoor weg te halen, door regels te schrappen waar dat kan, of aan te passen waar dat nodig is. Ik doe dat door enerzijds in de bekostiging van apothekhoudenden meer vrijheid te brengen voor zorgverzekeraars en apothekhoudenden om afspraken te maken over prestaties en de beloning daarvan en anderzijds aan te sturen op een meer algemene aanspraak, waarbij richtlijnen van belang zijn.

Meer vrijheid en ruimte betekent ook dat er voldoende checks and balances moeten zijn. Daarvoor is in eerste instantie de NZa de aangegeven partij, als ook de NMa en de Consumentenautoriteit. Ook de IGZ (kwaliteit van de zorg), het CBG (kwaliteit en veiligheid van producten) en het CVZ als pakketautoriteit spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2007–2008, 29 477, nr. 62.

schaf ik niet alle regels in één keer af. Van de instrumenten die in het huidige systeem bestaan, moet wel steeds beoordeeld worden in hoeverre ze nog functioneel zijn. Ik denk daarbij met name aan de claw-back en de vergoedingslimieten in het GVS.

De veranderingen die nodig zijn om deze omslag te realiseren roepen van tijd tot tijd commotie en polarisatie op in het veld, waardoor draagvlak niet altijd vanzelfsprekend lijkt te zijn. Dat realiseer ik mij ten zeerste. Het gaat hierbij niet zozeer om de zorginhoudelijke kant van ketenzorg en het draagvlak daarvoor, maar vaak meer om financiële randvoorwaarden en de (markt)structuren waarbinnen de zorg in de toekomst zal worden geleverd. Het hangt samen met het feit dat er, zoals ik ook eerder heb geconstateerd, veel dynamiek is in de geneesmiddelensector en de huidige en toekomstige veranderingen ook onzekerheid opleveren voor vele betrokkenen. Onzekerheid die betrokkenen bij voorbaat wensen te reduceren. Dat is onlosmakelijk verbonden met de transitieperiode waar wij nu in zitten. Partijen hebben elk hun eigen rol, maar zijn wel op elkaar aangewezen om goede farmaceutische zorg, al dan niet in ketenzorg, te kunnen realiseren. De discussie moet daarom ook eerst en vooral gaan over de inhoud van de zorg. De bekostiging moet vooral toegesneden worden op het honoreren van de kwaliteit van de zorg en de resultaten daarvan en niet op het volume van verrichtingen en op beschikbaarheid. Het omslagproces wordt nu begrijpelijkerwijs bemoeilijkt door bestaande belangen en posities, die deels voortkomen uit financiële verplichtingen, die binnen de huidige structuur zijn aangegaan. Dat vertaalt zich in het zoeken van publiciteit en soms in rechtzaken. Ik constateer dat dit bij sommige partijen de indruk kan wekken dat er geen voortgang is. Dat beeld deel ik echter niet. Ik ben ervan overtuigd dat het draagvlak voor de uitgangspunten van mijn beleid er wel degelijk is. Stap voor stap zie ik veranderingen ten goede tot stand komen. En ik ben daarin niet de enige. Ook de NZa constateerde recent<sup>1</sup> dat zich ook positieve ontwikkelingen beginnen af te tekenen die tonen dat het de goede kant opgaat. Partijen zitten ook met elkaar om tafel om over de ontwikkelingen die in gang zijn gezet en de gevolgen daarvan te spreken en gezamenlijk naar oplossingen te zoeken. Ik vind wel dat dit nog veel meer moet gebeuren.

### **Bekostiging en positie apothekhoudenden**

Ik heb de afgelopen tijd ook gemerkt dat de discussie zich dan ook vaak toespitst op enkele onderdelen van de Langetermijnvisie. Met name zijn dat vragen rondom de bekostiging en de positie van de apothekhoudenden. Die vragen moeten echter niet los worden gezien van het streven naar een soms hoger niveau van zorgverlening door apothekhoudenden.

Ik begrijp dat de omslag niet van de ene op de andere dag gerealiseerd kan worden en dat dit onzekerheid oplevert over de positie die partijen in de toekomst hebben. Daarom is ook het Transitieakkoord gesloten om een beheerste omslag te faciliteren. Dat is niet altijd even gemakkelijk. De omslag betekent dat partijen zich moeten voorbereiden op hun nieuwe rol en daar invulling aan moeten geven. Dat vereist een actieve houding van verzekeraars en zorgverleners. Zorgverzekeraars moeten zichzelf inzicht verschaffen in de wensen van hun verzekerden, duidelijk kunnen maken welke diensten zij aan hun verzekerden willen en kunnen aanbieden en helderheid scheppen over wat zij van zorgverleners verwachten. Zorgverleners moeten hun toegevoegde waarde voor de patiënt op zorginhoudelijk vlak kunnen aantonen. Daarvoor worden prestatie- en kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Daarover moeten het overleg en de onderhandelingen aan de hand van functionele (globale) prestatiebeschrijvingen gaan. Vooraf moet worden vastgesteld dat in de onderhandelingen de kwaliteit ondergeschikt wordt aan de prijs. Ik denk niet dat dat gebeurt. Ik verwacht van

---

<sup>1</sup> Nefarma&, 2009 nummer 7, pagina 1.

zorgverzekeraars dat zij, in het kader de invulling van hun zorgplicht, verantwoorde zorg inkopen. Daarmee doel ik op zowel de kwaliteit als de bereikbaarheid van de zorg. Ik wil het komende jaar benutten om met partijen, en in het bijzonder met zorgverzekeraars, in overleg te blijven over de wijze waarop zij de kwaliteit en bereikbaarheid van farmaceutische zorg waarborgen, op het moment dat er sprake is van vrije tarieven voor de farmaceutische zorg. De concrete invulling van wat verantwoorde zorg is en aan welke kwaliteitseisen die zorg moet voldoen is het resultaat van een gezamenlijke inspanning van zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten.

Het is dus zaak dat partijen werk gaan maken van de invulling van hun nieuwe rol. Mij wordt vaak gevraagd om de positie van met name de apotheekhoudende in dat toekomstplaatje in te vullen. Ik ben echter van mening dat beroepsgroepen dat zelf in overleg moeten doen. Zij zullen hun rol moeten invullen, in onderhandeling met elkaar, door hun toegevoegde waarde aan de andere partij duidelijk te maken. Ik kan en wil geen blauwdruk geven daarvoor; dat zou ook geen recht doen aan de verscheidenheid binnen de sector en een constant proces van zorgvernieuwing. De overheid ziet op de randvoorwaarden en het toezicht, niet op de invulling van de rol die individuele partijen op zich moeten nemen. Wel kan ik het beeld schetsen dat ik voor ogen heb over hoe de situatie er over een aantal jaar uitziet.

Ik heb voor ogen dat er door overleg en onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, maar ook zorgverleners onderling, maatwerk wordt geleverd aan de patiënt. Zorgverleners worden betaald voor de zorgprestatie die ze leveren, de toegevoegde waarde in de zorg voor de patiënt. Dat kan goed betekenen dat bijvoorbeeld apothekers zich gaan specialiseren en dat er meer differentiatie ontstaat in de diensten die zij aanbieden. De een zal zich meer richten op zorginhoudelijke taken (medication review, farmaceutisch consult, screening van risicopatiënten, verbetering van therapietrouw), terwijl de ander zich specialiseert in distributie (de efficiënte en veilige aflevering van het product). Ik verwacht ook specialisatie op specifieke ziektebeelden. Verder kan er ook taakherschikking tussen zorgverleners plaatsvinden, bijvoorbeeld als apothekers de verantwoordelijkheid voor herhaalmedicatie op zich nemen.

Bij voorbeelden van een meer integrale (ook farmaceutische) zorg met toegevoegde waarde voor de patiënt denk ik onder meer aan verregaande samenwerking tussen huisarts en apotheker op het terrein van medicatieveiligheid en een jaarlijkse «medication review» bij patiënten die veel geneesmiddelen gebruiken (polyfarmacie). Ook denk ik aan samenwerking tussen apothekersassistenten en praktijkondersteuners van huisartsen ter bevordering van het veilig en effectief gebruik van geneesmiddelen, zelf-management, en therapietrouw.

Samenwerking tussen alle betrokken partijen in de praktijk zal ook uitwijzen of en zo ja welke mate van fysieke nabijheid van zorgverleners het meest geschikt is voor een specifiek aspect van de farmaceutische zorg. Deze nabijheid zal belangrijker zijn voor zorginhoudelijke taken zoals het verbeteren van therapietrouw en de daarvoor noodzakelijke communicatie tussen verschillende soorten zorgverleners, dan voor de distributie van herhaalmedicatie. Het veld zal er anders uitzien dan vandaag de dag. Die ontwikkelingen vinden nu al plaats.

Overigens wil ik niet de indruk wekken dat de distributie van geneesmiddelen, waarop de afgelopen jaren toch de focus heeft gelegen, niet meer belangrijk zou zijn nu er meer aandacht gaat naar de zorgfunctie van de apotheker. Integendeel, ik vind het van groot belang dat de distributie

efficiënt en veilig blijft verlopen. En daarvoor moet uiteraard ook een toereikende prijs betaald worden.

Het is niet de bedoeling dat er de komende tijd een koude sanering onder apothekhoudenden plaatsvindt. Daar is niemand bij gebaat. Wel geldt dat alle niet apotheken die nu bestaan per definitie en ongeacht de financiering daarvan altijd zullen blijven bestaan.

De NZa zal bij de vormgeving van het tarief voor apothekhoudenden in 2010 uiteraard rekening moeten houden met het beeld zoals ik dat geschetst heb. De huidige systematiek van een vaste beloning voor dienstverlening via de receptregelvergoeding en een inkoopvergoeding biedt onvoldoende mogelijkheden om initiatieven die in de praktijk ontwikkeld worden, te faciliteren. Er is behoefte aan meer ruimte voor het betalen van kwaliteit in plaats van het volume van verrichtingen en beschikbaarheid, zodat apothekhoudenden en zorgverzekeraars daarover afspraken met elkaar kunnen maken. Dus meer ruimte voor flexibiliteit daar waar dat inmiddels verantwoord is, vooruitlopend op vrije tarieven in 2011. Daarbij valt te denken aan het weghalen van de belemmering om af te wijken van de bestaande tariefsystematiek om zo ruimte te scheppen voor zorginnovaties en beloning van toegevoegde waarde. Ik constateer dat er hieraan behoefte bestaat in de praktijk.

Ik heb ook oog voor de andere kant, de onzekerheid die wordt opgeroepen doordat partijen met elkaar moeten gaan onderhandelen. Om dat proces te faciliteren werken de partijen onder regie van de NZa aan nieuwe prestatiebeschrijvingen voor de farmaceutische zorg. De NZa zal voor het eind van dit jaar de nieuwe prestatiebeschrijvingen vastleggen, zodat partijen er in 2010 al ervaring mee kunnen opdoen, voordat de nieuwe prestatiebeschrijvingen op 1 januari 2011 de huidige prestaties vervangen. Per 1 januari 2011 zijn er dan functionele prestatiebeschrijvingen met vrije tarieven voor farmaceutische zorg. Dat betekent overigens 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.

Wat de hoogte van het tarief in 2010 betreft, daar verwacht ik in november een besluit van de NZa over. Los van wat daar uitkomt, geldt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en dat de NZa steun kan verlenen aan individuele apothekers wanneer dat nodig is, voorzover het gaat om de continuïteit van de farmaceutische zorgverlening en het flexibele tarief daar voor zorgverzekeraars onvoldoende ruimte voor biedt en zij ook geen andere oplossingen zien.

### **Richtlijnen/aanspraken**

De overgang van een gedetailleerde omschrijving van de aanspraak op farmaceutische zorg (d.w.z. de positieve geneesmiddelenvergoedingenlijst) naar een meer algemene omschrijving van de aanspraak is een belangrijk onderdeel van de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. Aan de huidige aanspraaksystematiek met de positieve geneesmiddelenlijst kleven namelijk bezwaren. Ten algemene geldt dat het op centraal niveau te gedetailleerd willen regelen van de wettelijke aanspraak het niet altijd mogelijk maakt aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de individuele patiënt. Daarnaast is sturing op een doelmatige inzet van geneesmiddelen (door verzekeraars) slechts beperkt mogelijk. Dit laatste is het geval omdat vanwege de positieve lijst een zorgverzekeraar doorgaans elk voorgeschreven geneesmiddel dient te vergoeden, ook als er

binnen een groep van gelijkwaardige geneesmiddelen doelmatiger alternatieven zijn. In eerdere brieven en overleggen met uw Kamer ben ik hier uitgebreid op ingegaan.

Met de beoogde wijziging van de aanspraak wil ik de aanspraak beter aan laten sluiten bij de medische praktijk en medisch maatwerk en anderzijds verzekeraars meer ruimte bieden voor een verdere bevordering van doelmatig geneesmiddelengebruik, zoals nu bijvoorbeeld al mogelijk is met het preferentiebeleid.

Bij een meer algemeen omschreven aanspraak denk ik aan een beschrijving van de farmaceutische aanspraak op het niveau van een geneesmiddelenklasse of bijvoorbeeld aandoening. In dat geval zal de «stand van de wetenschap en praktijk» de basis van de wettelijke aanspraak zijn en bieden de behandelrichtlijnen een toetsingskader voor verzekeraars om na te gaan of er sprake is van een kwalitatief goede en doelmatige zorg. Als behandelrichtlijnen van de beroepsgroep uitgaan van kwaliteitszorg en het principe «goedkoop waar het kan, en duur waar het moet», dan is sturing op een goede naleving van die richtlijnen een geschikt instrument voor verzekeraars om goede zorg te waarborgen en onnodige inzet van duurdere middelen tegen te gaan, terwijl het tevens ruimte biedt voor de vergoeding van medisch maatwerk.

Door de aanspraak op farmaceutische zorg in meer algemene bewoordingen te omschrijven zou een grijs gebied kunnen ontstaan waarin het niet altijd vast staat of een behandeling onder de aanspraak valt. Hierin houdt het CVZ echter zijn huidige rol als pakketbeheerder. Het CVZ duidt welke farmaceutische zorg wel of niet tot de aanspraak behoort. Dit betekent dat als er zich verstrekkinggeschillen voordoen, bijvoorbeeld vanwege onduidelijkheden in een richtlijn, of doordat een richtlijn nog geen uitspraak doet over een nieuw geneesmiddel, er een taak voor het CVZ ligt. Uiteraard zal dit wel consequenties hebben voor de werkwijze van het CVZ. In het huidige systeem vindt een toetsing vooraf plaats vóórdat een geneesmiddel tot de aanspraak behoort. In de nieuwe situatie zou dit vervangen kunnen worden door een toetsing achteraf.

Voordat het bovenbeschreven perspectief gerealiseerd kan worden dienen echter nog flinke stappen gemaakt te worden ten aanzien van de brede ontwikkeling van kwalitatief goede en doelmatige richtlijnen en verbeteringen op het terrein van de implementatie van richtlijnen. Ik heb dit jaar de Regieraad kwaliteit van zorg geïnstalleerd om dit traject verder te faciliteren. Ik wil daarom benadrukken dat de volledige realisatie van een zeer algemeen omschreven farmaceutische aanspraak dan ook een kwestie is van een termijn van minimaal vijf tot tien jaar. Dat neemt echter niet weg dat mogelijk al op middellange termijn de positieve geneesmiddellijst op onderdelen meer functioneel omschreven kan worden. Hierbij denk ik aan wijzigingen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Daarnaast spelen de ontwikkelingen die verband houden met de integrale bekostiging van de eerste lijn een belangrijke rol.

#### *Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS)*

Gedurende het proces naar volledige realisatie van een algemeen omschreven farmaceutische aanspraak zal het GVS blijven bestaan en stapsgewijs worden veranderd. Het GVS blijft daarmee in meer of mindere mate van gedetailleerdheid de aanspraak regelen en waar mogelijk ook een positieve bijdrage leveren aan kostenbeheersing door het limietsysteem. Bij die stapsgewijze verandering denk ik bijvoorbeeld aan het beter laten aansluiten van nadere voorwaarden voor de vergoeding aan goede richt-



lijnen. Anderzijds wil ik het GVS beter toerusten op de komst van nieuwe middelen die mogelijk niet altijd «passen» in het huidige systeem.

De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen verandert namelijk. Nieuwe geneesmiddelen hebben vaak niet meer, zoals bijvoorbeeld de cholesterolverlagers, anti-depressiva of maagzuurremmers, de potentie om tienduizenden tot wel honderdduizenden gebruikers te helpen. Nieuwe geneesmiddelen zijn vaak ontwikkeld voor indicatiegebieden met kleinere aantallen patiënten en de therapeutische waarde van een dergelijk middel is op het moment van het op de markt beschikbaar komen steeds moeilijker vast te stellen. Ik voorzie dat dit om een andere manier van beoordelen vraagt en wellicht ook een andere vorm van aanspraak dan we nu kennen. Er is, zeker bij de vergoeding van extramuraal middelen, op dit moment sprake van een zwart-wit situatie: ofwel een geneesmiddel wordt vergoed, of niet.

Ik zal het College voor zorgverzekeringen (CVZ) daarom vragen om mij te adviseren of invoering van voorlopige en voorwaardelijke vergoeding wenselijk is, welke geneesmiddelen hiervoor in aanmerking komen en welke uitvoeringsconsequenties hieraan verbonden zijn. De ervaringen die inmiddels zijn opgedaan rondom de NZa-beleidsregels «Dure Geneesmiddelen» en «Weesgeneesmiddelen» in ziekenhuizen kunnen daarbij behulpzaam zijn. Overigens zal ik u op zeer korte termijn in een aparte brief informeren over mijn voornemens ten aanzien van de invoering van de prestatiebekostiging voor de intramurale dure en weesgeneesmiddelen (inclusief hemostatica) door middel van add-ons en de afbakingsproblematiek intramuraal/extramuraal.

#### *Integrale bekostiging en ketenzorg*

Wat betreft de integrale bekostiging en ketenzorg worden momenteel belangrijke stappen gezet. Op termijn wil ik geneesmiddelen ook opnemen in de integrale bekostiging. Uiteraard is dat alleen mogelijk als er goede behandelrichtlijnen voor de inzet van geneesmiddelen zijn. Het streven naar een meer algemeen omschreven farmaceutische aanspraak en de beschikbaarheid van goede en doelmatige behandelrichtlijnen past hier goed in. Die richtlijnen kunnen dan integraal onderdeel vormen van de zorgstandaard die als zorginhoudelijk kader dient voor de ketenbekostiging.

Als de geneesmiddelen worden meegenomen in deze integrale bekostiging, ligt de financiële prikkel tot doelmatige inzet van geneesmiddelen bij de afzonderlijke zorggroepen. Deze hebben een direct voordeel bij een doelmatige inzet van middelen, terwijl zij ook de professionele verantwoordelijkheid dragen voor een kwalitatief goede zorg. Centrale maatregelen liggen in deze situatie niet meer voor de hand, en zouden ook niet meer nodig hoeven te zijn. Het moment waarop geneesmiddelen worden opgenomen in de integrale bekostiging lijkt dan ook een geschikt moment voor een meer algemene beschrijving van de aanspraak op die middelen en het loslaten van de vergoedingslimieten.

Uiteraard zullen nog diverse aspecten in zowel de aanspraken- als de bekostigings sfeer nader moeten worden onderzocht voordat geneesmiddelen onderdeel kunnen worden van de keten. Het CVZ en de NZa zullen mij hierover adviseren.

#### *De stappen en ervaringen tot nu toe*

Naast het verbeteren van vergoeding van medisch maatwerk is het streven naar doelmatige en betaalbare geneesmiddelenvoorziening een belangrijk aspect van de LTV. De juiste inzet van de juiste middelen bij de juiste patiënt kan een grote bijdrage leveren aan de betaalbaarheid van de

farmaceutische zorg met behoud van kwaliteit. Momenteel zitten we nog in een overgangsfase, waarin stappen worden gezet in de richting van de hierboven beschreven perspectief. Omdat het gaat om deels onbekend terrein, is het soms nodig eerst het terrein te verkennen voordat de juiste route gevonden wordt.

Een eerste stap was de maatregel die per 1 januari 2009 is ingegaan, waarbij de behandelrichtlijn leidend werd voor de vraag wanneer er in beginsel aanspraak gold op specifieke (relatief dure) cholesterolverlagende geneesmiddelen. Omdat in de betreffende richtlijnen rekening is gehouden met een doelmatige inzet van middelen, kon met deze maatregel optimale zorg gecombineerd worden met significante besparingen. In de praktische uitvoering heeft deze regeling weerstand opgeroepen. De zorgverzekeraars hebben er tot nu toe voor gekozen hun controletaak op patiëntniveau uit te voeren. Er wordt gewerkt met een artsenverklaring bij het gebruik van die cholesterolverlagers die in de richtlijn niet als eerste keus zijn aangewezen. Dit controlemechanisme stuit op verzet bij een grote groep voorschrijvers en de betrokken beroepsverenigingen. Niettemin heb ik geconstateerd dat deze maatregel tot nu toe wel heeft geleid tot een meer doelmatige inzet van duurdere cholesterolverlagende geneesmiddelen.

Een tweede stap betrof een pilot met een meer algemeen omschreven aanspraak op cholesterolverlagers en maagzuurremmers. Die pilot sterkte ertoe verzekeraars meer ruimte te geven om onnodig gebruik van duurdere geneesmiddelen niet langer te vergoeden, maar alleen te vergoeden indien het gebruik ervan medisch noodzakelijk was. In die situatie zou er dan er dan geen sprake zijn van een prijsverstarrende vergoedingslimiet maar ook geen sprake van een bijbetaling voor de patiënt indien duurdere middelen aangewezen zouden zijn. Deze pilot beschouwde ik als een logische tussenstap op weg naar de situatie zoals ik die beschreven heb in de LTV.

Om dit mogelijk te maken diende met een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) het Besluit Zorgverzekering te worden aangepast. Uw Kamer kon zich echter vooralsnog niet vinden in deze wijziging voor 2010, zoals bleek tijdens het AO op 25 juni 2009. Uw Kamer heeft dit deel van de AMvB op 1 juli 2009 gestuit, wat als consequentie had dat invoering per 2010 niet meer mogelijk is.

#### *Besparingen via een doelmatige inzet van geneesmiddelen*

De doelmatigheidswinst met behoud van kwaliteit die ik met bovenstaande stappen beoogde lijkt gezien de ervaringen op korte termijn niet haalbaar. Die constatering komt op een moment dat sprake is van sterk veranderende omstandigheden met betrekking tot de overheidsfinanciën. Deze situatie noopt mij te bezinnen op de concrete stappen die in de nabije toekomst mogelijk zijn ten aanzien van dit onderdeel van de langetermijnvisie. Wat voorop staat is dat ik, mede gezien het economisch tij, besparingen in de zorg wil realiseren via een meer doelmatige inzet van geneesmiddelen, waarbij behoud van de kwaliteit van zorg een vanzelfsprekende randvoorwaarde is. Zolang besparingen via doelmatigheidswinst mogelijk lijken, dient de patiënt te worden ontzien en maatregelen zoals het snijden in het pakket achterwege te blijven.

#### *Aanspraaksturing en bekostigingssturing*

Ik vind het echter belangrijk dat deze maatregelen in lijn zijn met de LTV, in die zin dat (de standaarden van) het medische veld en de interactie tussen zorgverleners en verzekeraars de basis moeten vormen voor een



doelmatige inzet van geneesmiddelen. In de LTV wordt de doelmatige geneesmiddelen inzet gestimuleerd via wijzigingen in het aanspraken-systeem. De bovenbeschreven tussenstappen (maatregel cholesterolverlagers per 1 januari 2009 en de AMvB functionele aanspraak) die in die visie passen bieden zoals gezegd onvoldoende zicht op resultaten op de korte termijn. Naast sturing aan de *aansprakenkant*, wil ik daarom doelmatige inzet van geneesmiddelen via sturing aan de *bekostigingskant* een impuls geven. Daarbinnen zie ik dan twee opties, die naast elkaar kunnen bestaan. De eerste is met huisartsen en verzekeraars tegengaan van ondoelmatig geneesmiddelengebruik. De tweede is het opnemen van geneesmiddelen in de integrale ketenbekostiging in de eerstelijns.

#### *Doelmatig voorschrijven*

Wat betreft doelmatig voorschrijven wil ik bezien op welke manier de richtlijnen van de beroepsgroep aanknopingspunten kunnen bieden voor een gemeenschappelijk vervolgtraject, zodanig dat er door de LHV geïllustreerde wensen om er van binnenuit bij te dragen aan doelmatigheid niet worden geblokkeerd, maar juist gestimuleerd. Op verzoek van uw Kamer zal ik dat overleg verbreden naar de Orde van Medisch Specialisten.

#### *Aanhouden van AMvB Functionele aanspraak*

Mede gezien het gebrek aan draagvlak voor de pilot functionele aanspraak die ik had voorzien per 1 januari 2010, en de aandachtsverschuiving op middellange termijn van sturing via de aanspraak naar sturing via de ketenbekostiging, heb ik besloten de aangehouden AMvB niet op korte termijn nieuw leven in te blazen. Eerst moet goed helder zijn in hoeverre de afspraken tussen voorschrijvers en verzekeraars over doelmatig geneesmiddelengebruik en de integratie van geneesmiddelen in de ketenbekostiging daarvoor nog ruimte laten. Daarnaast wil ik bezien hoe ik meer draagvlak kan ontwikkelen voor dit instrument.

#### *CVZ advies*

In mijn brief van 12 juni 2009 heb ik u al laten weten dat ik het College voor zorgverzekeringen zal vragen om mij te adviseren over de implementatie van de LTV. Zoals ook blijkt uit hetgeen ik hierboven heb beschreven, bestaan er momenteel nog onzekerheden over bepaalde uitvoeringsconsequenties van de te voeren lijn. Voor de korte termijn heb ik een helder beeld op welke manier ik doelmatigheidswinst kan behalen. Voor de langere termijn bestaat een aantal onzekerheden met betrekking tot het perspectief van de LTV, zoals bijvoorbeeld de consequenties voor het pakketbeheer farmacie.

#### *De stappen voor de kort en middellange termijn*

Alles overwegende voorzie ik het volgende traject voor de korte en middellange termijn:

- Het streven naar de geneesmiddelenvoorziening overeenkomstig de LTV – een in brede zin algemeen omschreven farmaceutische zorg en loslating van vergoedingslimieten – wordt doorgezet, maar duurt minimaal vijf tot tien jaar
- Het CVZ doet eerst een uitvoeringstoets over dit onderdeel van de LTV, voordat ik verdere tussenstappen zet naar een meer algemene beschrijving van de aanspraak
- Kortetermijnbesparingen via doelmatige inzet van geneesmiddelen zullen worden nagestreefd via afspraken tussen voorschrijvers en zorgverzekeraars en eventueel via integratie van geneesmiddelen in de ketenbekostiging

- De introductie van functionele aanspraak (conform de aangehouden AMvB voor maagzuurremmers en cholesterolverlagers) houd ik vooralsnog aan voor een verdere verbetering van het draagvlak en in verband met de voorgenomen sturing aan de bekostigingskant
- Het CVZ vraag ik in een uitvoeringstoets mij te adviseren over:
  - uitvoeringsaspecten pakketbeheer farmaceutische zorg m.b.t. LTV onderdeel aanspraak/richtlijnen;
  - uitvoeringsaspecten pakketbeheer farmaceutische zorg m.b.t. integratie farmacie in integrale bekostiging;
  - voorlopige en voorwaardelijke vergoeding;
  - de consequenties van bovenstaande ontwikkelingen voor de vormgeving van de aanspraak in de praktijk door zorgverzekeraars.

### **Tot slot**

In deze brief heb ik geschetst welk beeld ik heb bij de toekomst van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland. In een notendop gaat het mij dus om een veranderingsproces dat leidt tot betere farmaceutische zorg in Nederland, als onderdeel van goede, veilige en doelmatige ketenzorg, waarbij de patiënt zorg op maat krijgt. Zorgverzekeraars en zorgverleners hebben daarbij meer ruimte om met elkaar afspraken te maken. Dat proces vereist enerzijds het wegnemen van belemmeringen die partijen er op dit moment van weerhouden om via overleg en onderhandelingen zich te richten op beloning van kwaliteit van de geleverde zorg en de uitkomsten daarvan voor de patiënt, en anderzijds een cultuuromslag bij partijen die elkaar de afgelopen tijd veelal met wantrouwen hebben gezien. Dat kost tijd. Dat realiseer ik mij en ik betrek dat ook bij het tempo waarin ik stappen wil zetten. De koppeling met ontwikkelingen op het vlak van ketenzorg en integrale bekostiging is daarbij voor mij vanzelfsprekend. Ik ben blij om te kunnen constateren dat partijen de omslag oppikken en zelf invulling beginnen te geven aan de nieuwe rol die zij in de toekomst zullen hebben. Ik spreek daar ook mijn waardering voor uit. Ik ben ervan overtuigd dat we daarmee, stap voor stap, op de goede weg zijn.

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