

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

361

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *de Radar-uitzending «Medicijnverspilling: wat is er tegen te doen?»* (ingezonden 17 september 2020).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 8 oktober 2020).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van de Radar-uitzending «Medicijnverspilling: wat is er tegen te doen?» Wat is uw oordeel over die uitzending?¹

Antwoord 1

Ja.

Het is goed dat Radar aandacht besteedt aan een relevant onderwerp als verspilling van medicijnen. Radar constateert dat er ruimte voor verbetering is bij het tegengaan van verspilling van geneesmiddelen door bijvoorbeeld te kijken naar mogelijkheden van voorschrijven op maat.

Mijn ambtsvoorganger heeft een toezegging gedaan voor het verzamelen van best practices die verspilling van medicijnen helpen voorkomen. Deze brief doe ik u tegelijk met de beantwoording van deze vragen toekomen.

Vraag 2, 3

Is het juist dat het bij medicijnverspilling om honderden miljoenen euro's per jaar gaat? Kunt u dit nader kwantificeren?

Kunt u aangeven of medicijnverspilling het afgelopen decennium is afgenomen? Zo ja, in welke mate? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2, 3

In het onderzoek van de Sint Maartenskliniek samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht² wordt geconcludeerd dat ongeveer 100 miljoen per jaar aan medicijnen overblijven of worden verspild op patiëntniveau. Daarnaast is de conclusie uit dit onderzoek dat het percentage verspilling ongeveer tussen de 3 en 6% ligt. Er zijn mij geen onderzoeken bekend over de mate van toe- of afname in de afgelopen jaren.

¹ <https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/medicijnverspilling-wat-is-ertegen-te-doen/>

² Proefschrift van Charlotte Bekker over de Duurzaamheid van geneesmiddelen, samen met de Sint Maartenskliniek en Universitair Medisch Centrum Utrecht, november 2018.

De oorzaken van verspilling zijn divers en liggen binnen de gehele geneesmiddelenketen.

Vraag 4

Hoe beoordeelt u het voorbeeld Praluent, waarbij een patiënt vanwege vergoedingsaspecten ook het middel Ezetimibe kreeg voorgeschreven waarvoor ze allergisch is en dit vervolgens «in de kliko» verdween? Zou niet bijvoorbeeld op basis van een hardheidsclausule toch Praluent alleen kunnen worden voorgeschreven? Hoeveel ruimte heeft een zorgverzekeraar hier om medicijnverspilling te voorkomen?

Antwoord 4

Mensen die cholesterolverlagende medicatie nodig hebben, starten doorgaans met statines. Wanneer deze niet voldoende helpen, kan Ezetimibe aan de behandeling toegevoegd worden. Mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten kunnen bij onvoldoende effect aanvullend nog een PCSK9-remmer zoals Praluent gebruiken.

Praluent wordt alleen vergoed in combinatie met een statine én Ezetimibe, of in combinatie met alléén Ezetimibe, bij mensen die statines niet verdragen. Deze vergoedingsvoorwaarden, opgesteld door het Zorginstituut, zorgen voor een doelmatige inzet en voorkomen dat mensen direct met het dure Praluent starten. Dat bespaart kosten.

De patiënt in de uitzending geeft aan allergisch te zijn voor statines. De vergoedingsvoorwaarden van Praluent voorzien hier al in, dus de apotheek hoeft niet onnodig statines mee te leveren. Een allergie voor Ezetimibe, dat geen statine is, komt in de uitzending niet naar voren. Ik kan niet beoordelen waarom de patiënt in kwestie Ezetimibe niet gebruikt.

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke plicht om vergoedingsvoorwaarden na te leven. In brede zin geldt dat als een patiënt niet voor vergoeding in aanmerking komt, hij of zij samen met een arts een aanvraag voor een machtiging kan indienen. Zorgverzekeraars beoordelen dan vervolgens of iemand alsnog in aanmerking komt voor vergoeding. Het is primair aan het Zorginstituut om vergoedingsvoorwaarden aan te passen als deze niet blijken te voldoen in de praktijk.

Vraag 5

Wat vindt u van het gegeven dat patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen niet hun eigen medicijnen die ze thuis al kregen mogen blijven gebruiken, omdat men gedwongen wordt medicijnen van de ziekenhuisapotheek te gebruiken? Werkt dit ook niet onnodige verspilling in de hand? Kan een ziekenhuis een patiënt hiertoe verplichten?³

Antwoord 5

Ik verwijs u hierbij naar de brief met best practices die tegelijk met de beantwoording van deze vragen naar de Kamer wordt gestuurd. In die brief staat het doorgebruiken van thuismedicatie in het ziekenhuis (DGTM) beschreven. DGTM draagt bij aan de medicatieveiligheid en het voorkomen van verspilling van geneesmiddelen. Ik verwacht dat in de toekomst meer ziekenhuizen hiermee aan de slag kunnen, zodat patiënten hun medicatie van thuis kunnen blijven doorgebruiken.

Vraag 6

Waarom is het tegengaan van medicijnverspilling vooral gestoeld op zelfregulering?

Antwoord 6

Ik interpreteer dat deze vraag gaat over de eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden die apothekers en artsen hebben om verspilling tegen te gaan. De reden hiervan is dat is gebleken dat de meeste reductie van verspilling wordt behaald doordat zorgprofessionals met elkaar besluiten om anders te gaan werken om verspilling van geneesmiddelen te helpen verminderen.

³ Casus onderhands meegestuurd.

Vraag 7

Is het juist, zoals de voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) stelt, dat er een weeffout in het bekostigingssysteem van de apothekers schuilt waardoor verspilling eerder in de hand wordt gewerkt dan voorkomen?

Antwoord 7

Voor de openbare farmacie is sprake van een verrichtingsysteem. Apotheken en zorgverzekeraars gebruiken verschillende prestaties om afspraken te maken over de te leveren zorg, bijvoorbeeld over de prijs van het ter hand stellen van een voor de patiënt nieuw geneesmiddel. Naast dergelijke inkoopafspraken worden aanvullende afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraar en apotheek, zoals over de hoeveelheid geneesmiddel die wordt meegegeven, de zogenaamde prescriptieregeling. Deze regeling is een afspraak tussen Koepelorganisaties van patiënten, zorgverzekeraars, apothekers en artsen, waaronder NHG en LHV. Het is gebruikelijk dat als een patiënt start met een nieuw geneesmiddel dit alleen voor een korte periode wordt meegegeven. Als een patiënt een middel vervolgens verdraagt en chronisch gaat gebruiken kan het voor een langere periode meegegeven worden. Deze afspraken worden gemaakt om o.a. verspilling tegen te gaan. Om verspilling te voorkomen is het juist van belang dat dergelijke afspraken aanvullend worden gemaakt en door alle betrokkenen worden nageleefd. Het bekostigingsstelsel is daarin geen belemmering.

Vraag 8

Is het juist dat door het verrichtingenstelsel het tegengaan van medicijnverspilling door medicijnen meer op maat en in kleinere hoeveelheden te verstrekken de apotheker meer oplevert, maar de rekening daardoor bij de patiënt dan wel de zorgverzekeraar komt te liggen?

Antwoord 8

Er spelen verschillende factoren mee in het bepalen van de gepaste hoeveelheid geneesmiddelen die wordt meegegeven aan de patiënt. Daarbij is het in veel gevallen juist wenselijk om geneesmiddelen voor een langere periode mee te geven, zoals bij chronisch gebruik van een geneesmiddel. Het is voorbarig om te zeggen dat binnen het huidige bekostigingssysteem het meegeven van kleinere hoeveelheden van een geneesmiddel direct leidt tot hogere uitgaven voor de patiënt of de verzekeraar. De uitgaven aan geneesmiddelen, ook voor de patiënt, zijn het meest gebaat bij een zo gepast mogelijke uitgifte.

Vraag 9

Wat kunt u doen om de weeffouten in het systeem op te lossen? Is de invoering van een abonnementsysteem voor apothekers niet een goede oplossing zodat hij of zij zonder dat de patiënt daar last van heeft zich kan concentreren op het leveren van zorg op maat en het terugdringen van medicijnverspilling?

Antwoord 9

De bekostiging middels een verrichtingsysteem is een middel. Met als doel de burger te voorzien van goede farmaceutische zorg. Het wijzigen van het bekostigingssysteem naar een systeem op basis van een abonnementstarief is geen garantie voor goede farmaceutische zorg en ook geen garantie in het tegengaan van verspilling. Een dergelijk systeem kan ook verspilling van geneesmiddelen stimuleren.

Zoals in vraag 7 ook benoemd gaat het om het totaalbeeld. Het is zaak om te kijken waar de uitgiftes meer gepast voor de patiënt gemaakt kunnen worden. Dit ligt zowel bij de voorschrijver, die op het recept het volume kan aanpassen naar een kleinere, gepaste hoeveelheid, als bij de apotheker en verzekeraar, om hier goede afspraken over te maken en deze na te leven.

Vraag 10

Deelt u de mening dat de apotheker het belang van de patiënt beter voorop kan stellen als dergelijke perverse financiële prikkels geen rol spelen? Kunt u uw antwoord toelichten? Bent u bereid hiervoor bijvoorbeeld pilots op te zetten? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 10

Zie ook mijn antwoord op vraag 9. Elk bekostigingssysteem kent zijn eigen financiële prikkels. Ik vind het met name van belang dat zorgverzekeraars en apothekers met elkaar in gesprek zijn over goede farmaceutische zorg en hoe dit te organiseren. Op het moment dat de bekostiging hierin belemmerend werkt, kunnen zij een verzoek indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de bekostiging daarop aan te passen.

Vraag 11

Ziet u de voordelen van het uitzonderen van de terhandstellingskosten van het eigen risico omdat patiënten dan geen belang hebben bij het zoveel mogelijk pillen in één keer inslaan en dit dus verspilling tegen kan gaan? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11

Ik verwacht daar weinig voordeel van. Het eigen risico zou immers wel van toepassing blijven op de verstrekte geneesmiddelen. Mensen die geneesmiddelen gebruiken, gebruiken bovendien vaak ook andere zorg waarop het eigen risico van toepassing is. De meeste van hen zullen het eigen risico dus ook zonder de terhandstellingskosten volmaken. De gevraagde uitzondering levert hen dan ook geen financieel voordeel op.

Vraag 12

Ziet u de voordelen van het uitzonderen van het eigen risico en dus het wegnemen van de drempel voor de medicatiereview bij de apotheek om medicijnverspilling tegen te gaan? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Er zijn op dit moment tien zorgverzekeraars van de 21 die een vrijstelling van het eigen risico geven voor de kosten van medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen. Het staat zorgverzekeraars vrij dat te doen. Zoals toegelicht bij het antwoord op vraag 11 verwacht ik weinig voordeel van een landelijke uitzondering.

Vraag 13

Wilt u in gesprek gaan met de farmaceutische industrie om te komen tot meer verpakkingen op maat om medicijnverspilling tegen te gaan? Kunt u deze wens ook betrekken bij uw wens om farmaceutische industrie terug te halen naar Europa of Nederland?

Antwoord 13

Het is aan de apothekers en de farmaceutische industrie om ervoor te zorgen dat het aanbod en de vraag naar verschillende verpakkingsgrootten op elkaar afgestemd wordt, waarbij rekening moet worden gehouden met optimaal gebruik door patiënten, maar ook de meest efficiënte wijze van produceren. Er zijn verschillende redenen waarom een medicijn in een bepaalde hoeveelheid wordt geproduceerd. Bijvoorbeeld omdat het middel in meerdere landen gebruikt wordt en het economisch voordeliger is de verpakkingsgrootte aan te passen aan de meest voorkomende gevraagde hoeveelheid. Daarvan afwijken kan tot gevolg hebben dat de medicijnen duurder worden. Andere verpakkingsgrootten zijn ook niet altijd het antwoord in het tegengaan van verspilling. Om het beheer te optimaliseren is het soms beter om minder verschillende verpakkingsgrootten op voorraad te hebben. Wanneer er veel verschillende maten zijn, is er een risico dat bepaalde maten veel minder worden voorgeschreven en verstrekt, vervolgens blijven liggen en op die manier juist verspilling in de hand werken.

Vraag 14

Waarom vergoeden zorgverzekeraars sommige medicijnen enkel in combinatie met een ander medicijn, terwijl dat bij sommige patiënten vervolgens ongebruikt blijft omdat ze enkel dat ene medicijn willen? Wat kunt u doen om hier een einde aan te maken?

Antwoord 14

Dat geneesmiddelen in combinatie met een ander geneesmiddel worden voorgeschreven, kan in sommige gevallen komen doordat aan de vergoeding van sommige geneesmiddelen uit het basispakket voorwaarden zijn gesteld. Dat is geregeld in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS kent twee lijsten met geneesmiddelen die vergoed worden uit het basispakket. Op bijlage 1A staan geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn, geneesmiddelen met een unieke werking staan op bijlage 1B. Voor geneesmiddelen op beide bijlagen kunnen nadere voorwaarden voor vergoeding worden gesteld op bijlage 2.

Het in de uitzending aangehaalde geneesmiddel heeft nadere voorwaarden op bijlage 2. Voorwaarden worden juist gesteld om het gepast gebruik te bevorderen. Zo wordt onder meer geregeld dat bij een geregistreerde indicatie niet alle patiënten uit de patiëntengroep dit duurdere geneesmiddel verstrekt krijgen, maar alleen een deel van de patiëntengroep omdat zij bijvoorbeeld niet goed reageren op geneesmiddelen die eerder in het behandeltraject worden voorgeschreven.

Als voorschrijvers de voorwaarden van bijlage 2-geneesmiddelen niet hanteren, kan het lijken dat patiënten onnodig geneesmiddelen meegeleverd krijgen. De voorwaarden op bijlage 2 zijn er niet voor niets. Deze worden gesteld om een doelmatige en gepaste inzet te bevorderen en daarmee de kosten te beheersen.