

Vergaderjaar 2006–2007

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 126

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 maart 2007

In uw brief van 13 maart 2007 (07-VWS-B-009) verzoekt u mij te reageren op het manifest van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) over de dure geneesmiddelen.

Ik heb recent kennis kunnen nemen van het manifest van de NFK, dat mij op 5 maart 2007 is toegestuurd. De NFK geeft aan dat er signalen zijn van onderbehandeling van patiënten met dure geneesmiddelen. De NFK stelt dat deze verschillen een financiële oorzaak hebben en wijt deze verschillen aan de bestaande bekostigingsystematiek op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen. De organisatie roept daarom op tot een aanpassing in de bekostigingsystematiek.

Ik wil hier de volgende reactie op geven.

Zoals u bekend is, heeft mijn voorganger minister Hoogervorst in 2005 een uitgebreid onderzoek gedaan naar de eventuele onderbehandeling van patiënten met dure geneesmiddelen. Destijds werd er door partijen aangegeven dat er verschillen bestonden in de behandeling van patiënten met dure geneesmiddelen. Deze verschillen zouden veroorzaakt worden door de bekostigingsystematiek van de dure geneesmiddelen en financiële afwegingen in ziekenhuizen. De minister van VWS heeft in zijn rapportage in juni 2005 (24 124/29 477, nr. 121) aangegeven dat het niet mogelijk was om de aard en de omvang van de problematiek in kaart te brengen. Geen van de betrokken partijen was in staat aan te geven in welke gevallen er sprake was van onderbehandeling. Bovendien bleek het niet mogelijk inzicht te krijgen in de afwegingen die er binnen de instellingen werden gemaakt. Onderbehandeling kon dus niet worden aangetoond. Desondanks is de beleidsregel dure geneesmiddelen naar de wens van betrokken partijen op verschillende punten aangepast om de eventuele verschillen tussen instellingen weg te nemen en de opname van nieuwe middelen op de beleidsregel te versnellen. Daarbij zijn betrokkenen opgeroepen om vermoedens van onderbehandeling bij patiënten te

melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zodat kan worden onderzocht of er daadwerkelijk sprake is van onderbehandeling en wat hiervan de oorzaak is. In december 2006 heeft (24 124/29 477, nr. 124) mijn voorganger u laten weten dat er slechts enkele meldingen bij de Inspectie zijn gedaan. Deze boden evenmin zicht op eventuele onderbehandeling of de oorzaken daarvan.

De NFK verwijst naar onderzoeken van patiëntenverenigingen voor specifieke aandoeningen, waaruit blijkt dat er in 2006 minder patiënten zijn behandeld met de dure middelen Velcade en Herceptin, dan op basis van de richtlijnen werd verwacht. Op basis van schattingen van het aantal patiënten en het aantal behandelingen met het middel Herceptin, concludeert de BorstkankerVereniging Nederland (BVN) dat niet alle patiënten die in aanmerking komen voor dit geneesmiddel er daadwerkelijk mee zijn behandeld. Het wordt niet duidelijk uit het onderzoek waarom het aantal patiënten lager ligt dan de verwachte aantallen. Mogelijk spelen hierbij financiële afwegingen een rol, maar het is goed mogelijk dat ook andere factoren, zoals kennis van de behandelaar met de behandelmethode, of voorkeuren van behandelaar en patiënt hierop van invloed zijn. De BVN merkt zelf op dat er weinig bekend is over de naleving van de richtlijnen.

De conclusie van het onderzoek naar het gebruik van het middel Velcade voor de ziekte van Kahler wordt in het bijgevoegde document nauwelijks onderbouwd. Ook de Patiëntenvereniging voor Kahler (de CKP) merkt op dat de introductie van dure geneesmiddelen door verschillende oorzaken vertraagd kan worden. Het middel Velcade is in februari 2006 opgenomen op de beleidsregel en wordt met terugwerkende kracht vergoed vanaf 1 januari 2006. Ik acht het waarschijnlijk dat het gebruik van dit geneesmiddel in de komende jaren sterk zal stijgen, zoals ook bij het middel Herceptin het geval is geweest.

De conclusies van de NFK op basis van deze onderzoeken, dat er sprake is van onderbehandeling, deel ik vooralsnog niet. Ik zal de NFK echter uitnodigen om deze onderzoeken nader toe te lichten.

Voorts schrijft de NFK dat de stijgende kosten van dure geneesmiddelen steeds meer druk leggen op de ziekenhuisbudgetten. Om deze kosten van de (dure) geneesmiddelen op te vangen, is er in 2006 € 112 miljoen extra financiële ruimte beschikbaar gesteld. Vanaf 2007 is er een bedrag van € 120 miljoen extra beschikbaar voor de inzet van dure geneesmiddelen. Uit de beschikbare cijfers over het jaar 2006 blijkt dat er, ten opzichte van 2005, slechts sprake is van een groei van ruim € 50 miljoen. De middelen die extra beschikbaar zijn gesteld zijn vooralsnog dus toereikend om deze groei op te vangen.

Naast het beschikbaar stellen van extra geld voor dure geneesmiddelen, is er ook besloten om de kostenontwikkeling van deze middelen nauwkeuriger te volgen. Op het verzoek van mijn voorganger heeft de Stichting Farmaceutische Kerngetallen (SFK) de Monitor dure geneesmiddelen ontwikkeld. Er is met de koepels van de ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) langdurig gesproken over de monitor. Hoewel alle betrokkenen het belang van de monitor erkenden, bleek het verzamelen van de gegevens uit de algemene ziekenhuizen nog tot flinke discussie te leiden. Hierdoor is de SFK pas recent gestart met de verzameling van gegevens. De eerste analyses verwacht ik begin mei 2007. Deze monitor zal meer inzicht geven in de ontwikkeling van de kosten van dure geneesmiddelen, in relatie tot het totale ziekenhuisbudget.

De NFK wijst tevens op problemen met betrekking tot geneesmiddelen die niet op de lijst dure geneesmiddelen staan en op het off-label gebruik van dure middelen. Ik wil benadrukken dat er een kosten criterium voor opname op de beleidsregel is ingesteld om onderscheid te maken tussen dure geneesmiddelen en geneesmiddelen waarbij de combinatie van de kosten en het aantal patiënten zwaar drukt op het ziekenhuisbudget. De beleidsregel is bedoeld om het budget voor die laatste categorie te ontlasten, maar niet om de kosten van alle dure behandelingen te bekostigen. Hiervoor heeft het ziekenhuis voldoende ruimte binnen het reguliere budget. Ik wijs er overigens op dat het in de nabije toekomst de bedoeling is om over te gaan op prestatiebekostiging op basis van DBCs, waarbij er een duidelijkere relatie is tussen de geleverde zorg en de bekostiging van die zorg. Ik heb de Nza gevraagd een voorstel te doen voor de bekostiging van dure geneesmiddelen in DBCs. Ook in geval van prestatiebekostiging zal er sprake zijn van bepaalde voorwaarden, zoals bewezen effectiviteit van de betreffende geneesmiddelen voor verschillende aandoeningen of patiëntengroepen.

Gelet op bovenstaande overwegingen ben ik niet voornemens om, in afwachting van een nieuwe bekostigingssystematiek, de beleidsregel dure geneesmiddelen aan te passen. Wel zal ik de NFK uitnodigen voor een gesprek om de door hun geschetste problematiek te bespreken.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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