

Vergaderjaar 2000–2001

19 218

Het verworven immuun deficiëntie syndroom (AIDS)

Nr. 63

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 augustus 2001

De ziekte aids en de veroorzaker daarvan, het hiv-virus, zijn inmiddels zo'n twintig jaar bekend. In 1990 is een aantal ziekenhuizen op grond van artikel 3 van de WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen) aangewezen als aidscentrum voor de behandeling van deze ziekte. Sedertdien is er in deze behandeling een aantal ontwikkelingen geweest.

Een belangrijke nieuwe behandelmethode, waardoor het ontstaan van aids aanmerkelijk wordt geremd, is in 1996 geïntroduceerd. Deze methode bestaat uit een combinatietherapie met meerdere antiretrovirale geneesmiddelen, en is bekend als triple-medicatie.

Op 10 maart 1998 bracht de Gezondheidsraad aan mij een advies uit, getiteld: «Resistentievorming bij het gebruik van HIV-remmende geneesmiddelen». In dit advies wijst de Gezondheidsraad op het belang om de behandeling met de combinatietherapie te concentreren in centra, die op grond van de WBMV (Wet bijzondere medische verrichtingen) worden aangewezen als aidscentrum. Dit advies en andere ontwikkelingen op het terrein van de behandeling van hiv-/aids-patiënten hebben mij doen besluiten ziekenhuizen op grond van artikel 8 van de WBMV aan te wijzen als aidscentrum. In verband met de genoemde ontwikkelingen geef ik er de voorkeur aan de oude term «aidscentrum» te vervangen door de term «hiv-behandelcentrum».

Alvorens mijn voornemen uit te voeren heb ik een «Concept-Beleidsvisie Aidscentra» opgesteld, en dit aan talloze belanghebbende instanties en personen toegestuurd met de vraag of dit concept aanleiding gaf tot het maken van opmerkingen, en zo ja tot welke. Van nagenoeg alle aangeschrevenen ontving ik een reactie. De reactie van de Gezondheidsraad bestond uit het advies «Aidsbehandelcentra» d.d. 22 februari 2001. De Gezondheidsraad merkte dit advies aan als een aanvulling op zijn advies uit 1998.

De ontvangen adviezen en reacties heb ik betrokken bij mijn «Beleidsvisie hiv-behandelcentra», die ik u hierbij aanbied. Ik heb tevens een exemplaar van deze Beleidsvisie toegestuurd aan alle instanties die ik destijds om commentaar op de concept-Beleidsvisie heb gevraagd, alsook aan alle thans aangewezen aidscentra en -subcentra. Ik stel mij voor deze visie te concretiseren per 1 januari 2002. Dit betekent onder meer dat de thans als aidscentrum of -subcentrum aangewezen ziekenhuizen per die datum deze aanwijzing zullen verliezen, en dat zij mij kunnen verzoeken op grond van de voorliggende Beleidsvisie per gelijke datum te worden aangemerkt als hiv-behandelcentrum respectievelijk hiv-behandelsubcentrum. In de Beleidsvisie heb ik aangegeven dat ook andere ziekenhuizen, die voldoen aan de criteria, genoemd in de visie, een dergelijk verzoek aan mij kunnen doen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

op grond van artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen ten behoeve van het aanwijzen van instellingen die zich in het bijzonder richten op de behandeling van HIV-geïnfekteerde patiënten en AIDS-patiënten.

1. Inleiding

In het begin van de tachtiger jaren raakte de ziekte AIDS (acquired immune deficiency syndrome) bekend. Kort daarop werden testmethoden ontwikkeld voor het toetsen van antistoffen op het HIV-virus (human immunodeficiency virus). Dit virus is de veroorzaker van aids. De bloedbanken kregen met spoed de opdracht en de financiële mogelijkheden het bloed van donors te toetsen op deze antistoffen. Het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (AMC) hield zich als eerste ziekenhuis in ons land bezig met de behandeling van patiënten met aids. Vervolgens namen ook andere ziekenhuizen deze taak op zich.

In 1990 werden naast het AMC 11 ziekenhuizen op grond van de Richtlijnen ex artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aangewezen als aids-centrum; 4 ziekenhuizen kregen de status van subcentrum. Het besluit om deze ziekenhuizen aan te wijzen als aidscentrum werd genomen op basis van het gegeven dat zij in vergelijking met andere ziekenhuizen in belangrijke mate aandacht schonken aan de behandeling van aidspatiënten. Daarnaast werd een wenselijk geachte spreiding van aidscentra bij de besluitvorming betrokken.

Behandeling van aidspatiënten in aidscentra bestond uit het medisch begeleiden en het verzorgen van patiënten die lijden aan de ziekte aids. Zo'n behandeling vond veelal plaats in een klinische setting of een dagbehandeling. Ter dekking van de kosten kregen en krijgen de aidscentra jaarlijks een vaste vergoeding per centrum. Daarnaast krijgen deze centra een specifieke aanpassing van hun budget op basis van het aantal opnames, verpleegdagen, dagverplegingdagen en eerste polikliniekbezoeken van aidspatiënten. Deze methodiek van budgetaanpassing op basis van ziekenhuisproductie, die ook van kracht is voor de subcentra, werd destijds op deze wijze vorm gegeven omdat zij zich baseerde op de toen bestaande behandelingsmethode van aidspatiënten, die met name uit curatieve zorg bestond. Vanaf 1 januari 1999 worden de kosten van de viral loadtest eveneens in het budget vergoed.

2. Ontwikkelingen

Sinds het aanwijzen van ziekenhuizen als aids(sub)centrum is er in de behandeling van aidspatiënten een aantal belangrijke ontwikkelingen geweest. In het kader van deze Beleidsvisie is met name relevant dat er in 1996 een behandeling werd geïntroduceerd waarmee het mogelijk is geworden de vermenigvuldiging van het humane immunodeficiëntievirus (HIV) in belangrijke mate te vertragen. Indien patiënten uiteindelijk toch het aidsstadium bereiken kan de behandeling bewerkstelligen dat de complicaties die zich bij aidspatiënten voordoen in mindere mate of vertraagd optreden. De behandeling bestaat uit een combinatietherapie met meerdere antiretrovirale geneesmiddelen. Combinatie is noodzakelijk omdat een monotherapie een hiv-infectie op langere termijn niet kan onderdrukken. De gebruikelijke therapie op dit moment is een combinatietherapie, bestaande uit drie of vier anti-retrovirale geneesmiddelen, meestal van twee van de drie verschillende typen (nucleoside-en non nucleoside-analoog reverse transcriptaseremmer en proteaseremmer). In overeenstemming met de richtlijn «Antiretrovirale behandeling in Nederland» (december 2000) van de NVAB wordt het ter controle van de therapie ook van belang geacht dat behalve de bepaling van de viral load

ook het aantal CD4-cellen, bloedspiegels van de geneesmiddelen en eventueel virusresistentie worden onderzocht.

Om het effect van de ingestelde therapie te beoordelen is het van belang om de hoeveelheid virus (viral load) in het bloed door middel van bepaling van het HIV-RNA te verrichten, om de mate van immuundeficiëntie te meten aan de hand van het aantal CD4-cellen in het bloed, om bloedspiegels van de geneesmiddelen te meten en om na te gaan voor welke geneesmiddelen er virale resistentie is opgetreden.

3. Advies van de Gezondheidsraad inzake Resistentievorming bij het gebruik van HIV-remmende geneesmiddelen

Op 10 maart 1998 bracht de Gezondheidsraad een advies uit, getiteld: «Resistentievorming bij het gebruik van hiv-remmende geneesmiddelen». In dit advies geeft de Gezondheidsraad een schets van de ontwikkelingen van de behandeling van patiënten met hiv-infectie. Uitvoerig wordt stilgestaan bij de mogelijkheden van de tripletherapie. Uiteen wordt gezet hoe deze therapie optimaal kan worden toegepast en welke maatregelen kunnen worden getroffen ter bevordering van de therapietrouw. De Raad hecht groot belang aan therapietrouw. «Gebroken is», zo schrijft de Raad, «dat omstandigheden als wisselende biologische beschikbaarheid, interacties en bijwerkingen die, evenals patiënt-onvriendelijke innamevoorschriften, de therapietrouw verminderen, kunnen leiden tot te geringe hoeveelheden hiv-remmende stoffen in het bloed. Er kan dan», zo vervolgt de Raad, «bij het zich snel vermenigvuldigende virus spoedig resistentie tegen de gebruikte geneesmiddelen optreden. Vindt daarna virusoverdracht plaats dan verspreidt resistent virus zich in de bevolking. Resistentievorming in het individu en daarna in de bevolking wordt zoveel mogelijk beperkt door een voor de patiënt optimale behandeling voor te schrijven en deze zo effectief mogelijk te begeleiden.» Daarvoor is het, aldus de Raad, van groot belang dat er sprake is van een gedisciplineerd gebruik van de hiv-remmende geneesmiddelen door ter zake deskundige artsen. «In die zin kan aidsbehandeling als een bijzondere medische verrichting worden gezien.» Op grond van deze conclusies beveelt de Raad aan dat de toepassing van aidstherapie plaatsvindt vanuit de aangegeven aidsbehandelcentra.

In hoofdstuk 7 van het rapport gaat de Raad nader in op de aard en de bevoegdheden van de aidsbehandelcentra. Verwezen wordt naar de centra, waarvan hierboven in de inleiding reeds is vermeld dat zij op grond van de Richtlijnen ex artikel 3 van de WZV zijn aangewezen. De subcentra worden in het rapport aangeduid als satellietcentra. De Raad is van mening dat concentratie van de behandeling van aidspatiënten, zoals die tot op heden in de aidsbehandelcentra is gerealiseerd, moet worden gecontinueerd. Het accent van de behandeling komt dan echter niet meer zo zeer te liggen op ziekenhuisopname, maar meer op poliklinische behandeling. Het voorschrijven van aidsgeneesmiddelen met de daarbij behorende controles zijn dan de belangrijkste taken van zo'n centrum. Voorschrijven zou alleen mogen geschieden door artsen die aan een aidsbehandelcentrum zijn verbonden. Als voordeel van de satellietcentra wordt gezien dat deze de mogelijkheid bieden om patiënten te behandelen in een hen vertrouwde omgeving. Behandeling in een satellietcentrum zou dan uitsluitend moeten plaatsvinden in directe samenspraak met een medebehandelaar die aan een aidsbehandelcentrum is verbonden.

4. Reacties van de aidscentra

Uit de wereld van de aidscentra hebben met name de Amsterdamse centra, tezamen met ZAO Zorgverzekeringen, bepleit dat er een goede

structuur zou komen voor de toepassing van de tripletherapie. Daarbij gaven zij aan het belangrijk te achten dat de behandeling van de HIV-patiënten onder de werking van Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) zou worden gebracht. Hierdoor zou het mogelijk zijn de toepassing van de tripletherapie te concentreren in de aidscentra. Dat zou bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Een bijkomend effect is dat tevens een aantal bekostigingsproblemen zou worden opgelost.

Zoals onder 1. uiteen is gezet vindt de bekostiging van de aidscentra thans nog met name plaats op basis van productieafspraken over opnames, verpleegdagen, dagverplegingsdagen en eerste polikliniekbezoeken van aidspatiënten. Hier zit dus meer de gedachte van een klinische setting achter. De huidige behandelwijze gaat echter van een heel andere conceptie uit. Daarin vormen de geneesmiddelen die in het kader van de tripletherapie veelal poliklinisch worden voorgeschreven een zeer belangrijke kostenpost. Verstrekking van deze geneesmiddelen geschiedt door hetzij het ziekenhuis hetzij de extramurale apotheek. In de bekostigingsregels van de aidscentra zit geen component begrepen voor de kosten van poliklinisch verstrekte geneesmiddelen. Deze centra zullen dan ook meestal niet zelf de geneesmiddelen verstrekken. Ingeval levering plaatsvindt door de extramurale apotheek komen de kosten daarvan uiteindelijk ten laste van het variabele budget van de ziekenfondsen. Het aantal hiv-/aids-patiënten is onevenwichtig verdeeld over ons land, en dus ook over de ziekenfondsen. Omdat tot op heden bij de bepaling van het ziekenfondsbudget slechts indirect rekening kan worden gehouden met voorspelbaar hogere kosten van hiv-/aids-patiënten hebben de ziekenfondsen waar verhoudingsgewijs veel hiv-/aids-patiënten bij zijn verzekerd in potentie een tekort op het berekende budget voor deze groep. Indien de middelen ten behoeve van de tripletherapie in de budgetten van de aidscentra zouden worden opgenomen zou dit probleem worden opgelost, aangezien onder de huidige regelingen de kosten van WBMV-voorzieningen tot het vaste deel van het ziekenfondsbudget worden gerekend.

5. Een concept-beleidsvisie en de reacties van het veld daarop

Zowel het genoemde advies van de Gezondheidsraad als de reacties van de aidscentra hebben mij gesterkt in mijn opvatting dat het belangrijk is de behandeling van hiv-/aids-patiënten te brengen onder de werking van de WBMV. Ik heb daarom besloten ter zake een concept-beleidsvisie op te stellen, en deze voor commentaar aan belanghebbende organisaties voor te leggen. Met brief van 26 juli 2000 heb ik dit voornemen uitgevoerd, waarna ik geleidelijk de reacties ontving.

In grote lijnen konden de aangeschreven organisaties het voornemen onderschrijven om op grond van artikel 8 van de WBMV centra aan te wijzen die met uitsluiting van niet aangewezen centra in aanmerking kunnen komen voor een specifieke bekostiging van de behandeling van hiv-/aids-patiënten. Daarbij werd het belang benadrukt dat de centra, om in aanmerking te komen voor zo'n aanwijzing, aan een aantal kwaliteitscriteria voldoen. Als referentiekader werden de criteria genoemd, die door de Nederlandse Vereniging van Aids Behandelaren (NVAB) zijn opgesteld. Het Aids Fonds en de HIV Vereniging Nederland bepleitten aanvullend ook grenzen te stellen aan het aantal patiënten per behandelaar, en aanvullende kwaliteitseisen te stellen aan de internist en de verpleegkundige aidsbehandelaar. Over de vraag of er naast centra ook instellingen, die niet aan alle aan de centra te stellen voorwaarden voldoen, moeten worden aangewezen als subcentrum of satellietcentrum, waren de reacties niet eensluidend.

De Gezondheidsraad, die naar aanleiding van de uitgebrachte concept-Beleidsvisie een aanvullend advies uitbracht op zijn advies uit 1998, wees, evenals het Aids Fonds en de HIV Vereniging Nederland, op het belang een aparte plaats in te ruimen voor een beperkt aantal centra die hiv-geïnfecteerde kinderen behandelen. Deze centra zouden dan wel moeten worden ondergebracht bij andere aidscentra. Daarnaast vroeg de Gezondheidsraad aandacht voor de begeleiding van zwangerschap en bevalling van hiv-geïnfecteerde vrouwen.

Het voornemen om de kosten van de combinatietherapie slechts te vergoeden via het budget van de centra – los van de vraag of die centra de middelen zelf leveren dan wel doen leveren door de openbare apotheker – werd niet door alle respondenten onderschreven. De KNMP, Nefarma, en met name het CVZ toonden zich tegenstander van zo'n regeling. Zij wezen erop dat hiv-/aids-patiënten, gezien de vaak omvangrijke comorbiditeit, behalve antiretrovirale middelen ook andere geneesmiddelen gebruiken, die veelal wél via de openbare apotheek worden betrokken. Het gevaar zou dan kunnen ontstaan dat het overzicht over de totale medicatie van de patiënten en de medicatiebegeleiding daarvan in de knel komt. De Gezondheidsraad gaf aan dat bij uitvoering van het voornemen een aantal maatregelen getroffen zou moeten worden om de door het CVZ genoemde gevaren te ondervangen. Het CVZ is voorts van mening dat het zeer goed mogelijk is in de Regeling farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering 1996 een bepaling op te nemen waardoor de aanspraak op antiretrovirale geneesmiddelen wordt beperkt tot de situatie waarin deze middelen zijn voorgeschreven door medisch specialisten, die verbonden zijn aan een aidscentrum. Het probleem bij de budgettering van ziekenfondsen zou kunnen worden opgelost door de antiretrovirale geneesmiddelen te betrekken bij het nieuwe verdeelcriterium Farmaceutische Kostengroepen (FKG's), dat naar verwachting in 2002 zal worden ingevoerd.

Een onderwerp waar nagenoeg alle respondenten positief over adviseerden was het handhaven van de in de ATHENA-studie opgebouwde infrastructuur ten behoeve van de evaluatie van de hiv-behandeling en voor de hiv-surveillance. ATHENA (Antiretroviral Therapy Evaluation Netherlands), dat thans nog wordt gesubsidieerd door het CVZ, behartigt het monitoren van de toegepaste therapieën bij een aanmerkelijk aantal hiv-geïnfecteerde patiënten.

Naast deze wat algemenere kostenonderwerpen, waarbij ook pleidooien werden gehouden voor een ruimhartige bekostiging en het zo snel mogelijk voor toepassing in aanmerking laten komen van nieuwe geneesmiddelen, werd aandacht gevraagd voor de kosten van profylactische behandeling, voor de gezinsproblematiek bij hiv-geïnfecteerde kinderen en voor een goede communicatie met de huisarts.

6. De beleidsvisie

De hierboven kort samengevatte adviezen en reacties brengen mij tot de volgende beleidsvisie met betrekking tot de behandeling van hiv-geïnfecteerde en aidspatiënten.

Ik onderschrijf het belang, dat de Gezondheidsraad hecht aan een goede medicatie van seropositieve patiënten om daarmee de ontwikkeling van het hiv-virus zo veel mogelijk tegen te gaan. Ik ben het eveneens met de Raad eens dat het belangrijk is de monitoring bij een vaste groep behandelaars te leggen. Zowel met de anti-retrovirale geneesmiddelen als met de monitoring van hiv-/aids-patiënten zijn verhoudingsgewijs veel kosten gemoeid. Ook de behandeling van aidspatiënten vergt de nodige

deskundigheid en kosten. Wanneer ieder ziekenhuis in de gelegenheid zou worden gesteld deze vormen van zorg te leveren, voor de daarmee samenhangende kosten een financiële compensatie zou ontvangen, en er geen beperking zou bestaan in het voorschrijven van de anti-retrovirale geneesmiddelen, ontstaat er een reële kans op verschraling en diffusie van deze zorg. Bovendien houdt dat een groot risico in van resistentievorming tegen de geneesmiddelen. Dit moet worden voorkomen. Ook indien er alternatieve behandelingsmethoden worden gevonden zal naar verwachting concentratie van de behandeling aangewezen blijven.

Het advies van de Gezondheidsraad bevat voldoende argumenten voor het treffen van een besluit op grond van de WBMV inzake de behandeling, gericht op het onder controle houden van het hiv-virus. Zo'n besluit heeft ten doel deze behandeling voor te behouden aan centra, die op grond van artikel 8 van de WBMV worden aangewezen als hiv-behandelcentrum. In verband met de ontwikkelingen, zoals die in paragraaf 2 zijn geschetst, geef ik er de voorkeur aan de term «aids-centrum» te vervangen door «hiv-behandelcentrum».

Ik deel de visie van de Gezondheidsraad, en ben voornemens uitsluitend deze centra financieel te compenseren voor de kosten van deze behandeling. Aanspraak op farmaceutische hulp in het kader van deze behandeling bestaat slechts indien de middelen zijn voorgeschreven door een medisch specialist, verbonden aan een hiv-behandelcentrum. Tevens geldt dat uitsluitend deze centra in aanmerking komen voor een specifieke bekostiging van de behandeling van aidspatiënten.

Naar mijn opvatting is het niet nodig andere zorgaanbieders te verbieden hiv-/aidspatiënten te behandelen. Integendeel: juist de eerste opvang van deze patiënten zal veelal plaatsvinden door personen en instellingen die niet zijn aangewezen als hiv-behandelcentrum. Dat betreft dan met name huisartsen, de GGD en andere ziekenhuizen. De verdere behandeling, met name de combinatietherapie, zal echter wel aan een hiv-behandelcentrum moeten worden overgelaten. Om die reden acht ik toepassing van artikel 8 van de WBMV veeleer op zijn plaats dan van artikel 1.

Met dit alles wordt voldaan aan de belangrijkste criteria voor een besluit om een medische verrichting te brengen onder de werking van artikel 8 van de WBMV, te weten:

- a. het moet gaan om een zorgaspect van een hooggespecialiseerd karakter met aanzienlijke meerkosten ten opzichte van de reguliere zorg als zodanig;
- b. zonder overheidssturing dreigt verschraling of diffusie van de zorg;
- c. het moet zorg betreffen waarvoor naar verwachting niet het zware middel van een verbod nodig is voor het afremmen en concentreren, maar waarbij de bekostigingssystematiek het aanbod van die zorg vanuit andere instellingen in voldoende mate zal afremmen;
- d. daarbij moet sprake zijn van een zodanig beperkte vraag dat het aantal locaties voor toepassing ervan beperkt kan zijn en gesproken kan worden van bovenregionale of landelijke voorzieningen.

7. Criteria voor het aanwijzen als hiv-behandelcentrum

Voor het verwerven van een aanwijzing als hiv-behandelcentrum dient de aanvragende instelling te voldoen aan een aantal criteria. De criteria, die de NVAB heeft genoemd in haar reactie op mijn concept-Beleidsvisie, en die in grote lijnen zijn onderschreven door de Gezondheidsraad in zijn reactie, vormen voor mij een belangrijke leidraad voor het verlenen van een aanwijzing. Concreet betekent dit dat een instelling voor het verkrijgen van een aanwijzing als hiv-behandelcentrum moet voldoen aan de volgende voorwaarden.

- In het centrum zijn tenminste twee aidsbehandelaren werkzaam. Aids-

behandelaren zijn internisten of kinderartsen die voldoen aan de kwaliteitscriteria, die thans door de Nederlandse vereniging van aids-behandelaren (NVAB) aan de kwalificatie «aidsbehandelaar» worden gesteld. Zij hanteren de behandelingsrichtlijnen van de NVAB als uitgangspunt in hun werk.

- De continuïteit van de zorg voor patiënten met een hiv-infectie of aids door verpleegkundig consulenten moet gewaarborgd zijn, en moet zijn afgestemd op de aard en de omvang van de patiëntenpopulatie. Deze consulenten moeten voldoen aan de kwaliteitseisen, zoals die in 1999 door de werkgroep Verpleegkundig aidsconsulenten (wVac) zijn opgesteld in het «Functieprofiel Verpleegkundig Specialist Hiv/aids».
- In een centrum moet een team van deskundigen met specifieke kennis op het gebied van behandeling van patiënten met hiv-infectie of aids aanwezig zijn. Dit team dient, naast de aidsbehandelaren en verpleegkundig consulenten, een oogarts, neuroloog, dermatoloog, gynaecoloog, longarts, medisch-microbioloog en bij voorkeur ook een farmacoloog, psychiater en maatschappelijk werker te omvatten.
- In een centrum voor volwassenen moeten meer dan 80 hiv-/aids-patiënten «in zorg» zijn, en in een centrum voor de behandeling van hiv-positieve kinderen meer dan 30. De betreffende internist of kinderarts heeft respectievelijk meer dan 40 of meer dan 15 patiënten per jaar in zorg.
- In een centrum voor volwassenen moeten per jaar gemiddeld meer dan 20 nieuwe hiv-/aidspatiënten in behandeling worden genomen, en in een centrum voor kinderen meer dan 10. De betreffende internist of kinderarts ziet gemiddeld per jaar meer dan 10 of meer dan 5 nieuwe patiënten per jaar.
- Het aantal centra voor de behandeling van hiv-positieve kinderen wordt beperkt tot maximaal vier. Deze centra zijn bij voorkeur verbonden aan een centrum dat is aangewezen voor de behandeling van volwassen hiv-/aidspatiënten. Zij moeten aandacht geven aan pedagogische, psychische en maatschappelijke ondersteuning van gezinnen met een hiv-problematiek.
- Er is een regelmatig en gestructureerd patiëntenoverleg.
- Het hiv-behandelcentrum levert gegevens aan die het mogelijk maken inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de zorgverlening en in het beloop van de hiv-epidemie.¹
- Het hiv-behandelcentrum onderhoudt regelmatig contact met de huisarts teneinde eerstelijns zorgverlening goed te kunnen afstemmen op de hiv-behandeling die de patiënt ondergaat.
- Er is een goede toegankelijkheid voor het inzien en naslaan van relevante vakliteratuur.
- Een aidsbehandelaar neemt deel aan bijscholingsactiviteiten op het gebied van HIV-infectie en aids.

De hiv-behandelcentra hebben tevens tot taak de behandeling van hiv-positieve vrouwen bij zwangerschap en bevalling onder begeleiding van een deskundige gynaecoloog. Bij deze behandeling wordt niet alleen gekeken naar het resultaat bij de moeder maar ook naar de effecten bij het kind.

Indien het vanuit het oogpunt van spreiding en toegankelijkheid wenselijk is dat een ziekenhuis, dat niet voldoet aan bovenstaande criteria toch de door de hiv-behandelcentra te leveren zorg behartigt, en voor de kosten van die behandeling een tegemoetkoming ontvangt, kan zo'n ziekenhuis worden aangewezen als hiv-behandelsubcentrum. Een voorwaarde voor een dergelijke aanwijzing is dat het subcentrum een gestructureerd samenwerkingsverband is aangegaan met een hiv-behandelcentrum. Het aantal subcentra zal echter zo veel mogelijk worden beperkt.

¹ Zie ook het rapport «Monitoring of Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) Infection in the Netherlands» (juli 2001) van ATHENA, en het Advies «HIV-surveillance in Nederland» (mei 2001) van de RGO.

8. De vergoeding van de kosten van anti-retrovirale geneesmiddelen

Met betrekking tot het recht op verstrekking van voorgeschreven anti-retrovirale geneesmiddelen op grond van de Ziekenfondswet dan wel het recht op vergoeding van de kosten van dergelijke voorgeschreven middelen op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 is het volgende van belang. In bijlage 2 bij de Regeling farmaceutische hulp 1996 is onder punt 8 bepaald:

Anti-retrovirale geneesmiddelen

Voorwaarden:

Uitsluitend voor een verzekerde die voor behandeling met zo'n geneesmiddel een medische indicatie heeft waarvoor het geneesmiddel krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is geregistreerd en het middel voor de eerste keer is voorgeschreven door de behandelend internist of kinderarts die verbonden is aan een door Onze Minister aangewezen ziekenhuis met een centrumfunctie voor aidspatiënten.

Het is dus reeds langer gebruikelijk een zekere beperking aan te brengen in het vergoeden van voorgeschreven anti-retrovirale geneesmiddelen. De reden van deze beperking is het belang dat gelegen is in het concentreren van kennis en controle van de behandeling met anti-retrovirale geneesmiddelen. Het ligt in mijn voornemen om in samenhang met het aanwijzen van de hiv-behandelcentra op grond van de WBMV bovengenoemde bepaling inzake het recht op verstrekking van anti-retrovirale geneesmiddelen zo te wijzigen dat een vergoeding van een verstrekking van deze middelen aan ziekenfondsverzekerden slechts mogelijk is indien voorschrijven heeft plaatsgevonden door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, verbonden aan een aangewezen hiv-behandelcentrum, dan wel een aangewezen subcentrum. Ziekenfondsen zullen na introductie van het verdeelcriterium FKG's in de verstrekkingenbudgettering worden gecompenseerd voor de hogere voorspelbare kosten van verzekerden die deze middelen gebruiken. Hierdoor behoeven de kosten van hiv-/aids-geneesmiddelen in de verstrekkingenbudgettering niet langer te worden aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Aangezien particuliere ziektekostenverzekeraars zich bij de vergoeding aan hun verzekerden van kosten van de gezondheidszorg in grote lijnen baseren op de verstrekkingen op grond van de Ziekenfondswet is de beperking van het vergoeden van voorgeschreven van anti-retrovirale geneesmiddelen tot de hiv-behandelcentra de facto gerealiseerd. Het ligt in de rede te verwachten dat door deze beperking de behandeling met anti-retrovirale geneesmiddelen in belangrijke mate in de hiv-behandel(sub)centra wordt geconcentreerd. Uiteraard behoudt de individuele patiënt het recht zich elders te laten behandelen, maar dan zullen de kosten van voorgeschreven anti-retrovirale geneesmiddelen niet worden vergoed.

Een adequate zorg voor en behandeling van de hiv-/aids-patiënten is een belangrijke reden om zowel de antiretrovirale behandeling van deze patiënten als de curatieve zorg van aidspatiënten op bovengeschetste wijze te regelen. Omtrent de curatieve zorg heb ik voorts het volgende overwogen.

9. Van artikel 3 WZV naar artikel 8 WBMV

De aanwijzing van een ziekenhuis als centrum of subcentrum voor de behandeling van hiv-/aidspatiënten geschiedt thans, zoals in de inleiding

uiteen is gezet, op grond van de Richtlijnen ex artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Ik acht dit een onvolkomen aanwijzingsmogelijkheid omdat de richtlijnen slechts de mogelijkheid bieden ziekenhuizen aan te wijzen zonder daarbij aanwijzingen te kunnen geven die ik, gelet op het vorenstaande, wenselijk acht. In verband daarmee heb ik besloten de hiv-behandelcentra en de hiv-behandelsubcentra aan te wijzen op grond van artikel 8 van de WBMV. Overigens is ook thans de vergoeding van de kosten van de viral loadtest op hiv-/aids-patiënten op grond van een per 1 januari 1999 door het COTG vastgestelde beleidsregel beperkt tot de aangewezen aidscentra en subcentra. Continuering van deze beleidsregel, maar dan van toepassing op hiv-behandelcentra en -subcentra die als zodanig zijn aangewezen op grond van artikel 8 van de WBMV, versterkt de realisatie van het gewenste beleid. Bovendien wordt daarmee verder recht gedaan aan het derde hierboven genoemde criterium, namelijk dat er een bekostigingssystematiek mogelijk moet zijn die het aanbod van de betreffende zorg vanuit andere instellingen in voldoende mate zal afremmen.

Omtrent het criterium, dat er sprake moet zijn van een zodanig beperkte vraag dat het aantal locaties voor toepassing ervan beperkt kan zijn, kan worden gewezen op de reeds jaren bestaande situatie dat slechts een beperkt aantal ziekenhuizen is aangewezen als aidscentrum. Deze beperking heeft tot op heden niet tot noemenswaardige problemen geleid. Uiteraard is de bereikbaarheid minder groot naarmate minder ziekenhuizen worden aangewezen als hiv-behandel(sub)centrum. In die zin zijn de gevolgen van het voorliggende besluit – gegeven het uitgangspunt van concentratie – vergelijkbaar met de bestaande situatie. Nieuw is dat het niet meer zozeer, althans niet meer uitsluitend, gaat om (veelal klinische) behandeling van aidspatiënten maar veel meer om nieuwe vormen van behandeling van hiv-/aids-patiënten, met name medicamenteuze behandeling.

10. Financiering

Met het brengen onder de werking van artikel 8 van de WBMV van de hiv-behandel(sub)centra zijn op zich geen extra kosten gemoeid. De zorg, zoals die vanaf het eind van de tachtiger jaren wordt verleend, wordt sedert 1990 bekostigd op basis van beleidsregels van het COTG. Deze beleidsregels zullen wel als gevolg van de andere taken van de centra bijstelling behoeven. In dat verband kan tevens worden gezien of er thans nog aanleiding bestaat voor het toekennen van een zogenoemde centrumtoeslag. Ook zal in de bijgestelde beleidsregels een component moeten worden opgenomen ter dekking van de kosten van monitoring van hiv-geïnfecteerden. Deze monitoring wordt thans uitgevoerd door ATHENA. Bezien zal worden op welke wijze de activiteiten van deze organisatie kunnen worden voortgezet. Een verdere kostenverhoging zal plaatsvinden indien als gevolg van de behandeling de hiv-/aidspatiënten langer blijven leven, waardoor meer patiënten voor behandeling in aanmerking komen.

11. Procedure

Op grond van artikel 8, lid 2 van de WBMV kan een instelling mij verzoeken haar aan te wijzen voor de uitvoering van de bijzondere aspecten van de in het eerste lid bedoelde verrichtingen. In casu gaat het dus om een aanwijzing als hiv-behandelcentrum of hiv-behandelsubcentrum zoals in deze beleidsvisie bedoeld. In verband daarmee zal ik de op grond van de richtlijnen ex artikel 3 van de WZV als aidscentrum aangemerkte ziekenhuizen in de gelegenheid stellen mij te verzoeken hen aan te wijzen als hiv-behandel(sub)centrum onder de bepalingen van

artikel 8 van de WBMV. Om ook andere ziekenhuizen in de gelegenheid te stellen een verzoek tot aanwijzing als hiv-behandel(sub)centrum in te dienen zal ik deze beleidsvisie toezenden aan een groot aantal instanties, betrokken bij de zorg voor hiv- en aidspatiënten. Indien het verzoek tot aanwijzing duidelijk onderbouwd en beargumenteerd is, en voldoet aan de in deze beleidsvisie neergelegde criteria, ligt het in de rede de bestaande aidscentra de gevraagde erkenning te verlenen. Onder genoemde condities acht ik het aanwijzen van andere centra wel degelijk mogelijk.