

Vergaderjaar 1999–2000

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

24 036

**Marktwerking, deregulering en
wetgevingskwaliteit**

Nr. 101

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 april 2000

Hierbij treft u **het kabinetsstandpunt** aan **op de rapporten van de commissie De Vries en de MDW werkgroep geneesmiddelen** zoals dat heden ook is toegezonden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

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

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
1 Inleiding	11
2 Probleemschets	12
3 Huidig beleid	13
4 Rapporten en reacties uit het veld	14
4.1 «Een helder recept»: rapport van de begeleidingscommissie uitvoering geneesmiddelenbeleid	14
Sturing en financiële verantwoordelijkheidsverdeling	14
Belemmeringen voor zorgverzekeraars	15
Tijdpad	16
Financiële opbrengst	16
4.2 Rapportage van de MDW werkgroep geneesmiddelen	17
Sturing door verzekeraars	17
Inkoopverantwoordelijkheid	18
Oplossingsrichtingen en aanbevelingen MDW Werkgroep	18
Korte termijn	18
Eindmodel	19
Tijdpad	20
4.3 Resultaten «invitational conference» en «klankbordgroep» farmaceutische zorg	21
5 Standpunt kabinet	22
5.1 Inleiding	22
Rode draden: verdere deregulering en instrumentering	23
5.2 Programma van deregulering en instrumentering	24
Inleiding	24
A. Uitvoering MDW aanbevelingen	24
B. Doelmatig voorschrijven	27
C. Sturing geneesmiddelenvoorziening en farmaceutische zorg	29
C.1 Van overheidssturing naar sturing door verzekeraars	29
C.2 Budgetteren poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen	30
C.3 Onafhankelijk marktregulerend orgaan	31
5.3 Verbetering kwaliteit (financiële) informatievoorziening	31
5.4 Niet meteen overgenomen aanbevelingen	32
5.5 Juridische aspecten	32
5.6 Consequenties begroting/financieel kader	33
5.7 Toekomstperspectief en slotbeschouwing	33
Bijlage	35

1. Inleiding

Het geneesmiddelengebruik in Nederland levert een dilemma op. Geneesmiddelen vormen een vaak onmisbaar onderdeel van medische behandelingen; bovendien kunnen ze meer en meer ingrijpender behandelingen vervangen. Nieuwe geneesmiddelen bieden een effectieve aanpak voor ziekten waarvoor in het recente verleden nog geen behandeling mogelijk was.

Anderzijds nemen de totale kosten van de geneesmiddelen binnen het budget voor de zorg verhoudingsgewijs sterk toe. Dit geldt vooral voor de extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen. De groei van de uitgaven hiervoor is hoger dan bij de aanvang van deze kabinetsperiode was geraamd. Dat kan de ruimte voor andere noodzakelijke uitgaven in de zorg bedreigen. Dit Nederlandse probleem staat niet op zich. In alle westerse landen is de groei van de geneesmiddelenuitgaven een beheersingsprobleem dat veel politieke aandacht vraagt. Uit een vergelijking met andere landen blijkt overigens dat de uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking in Nederland tot de laagste van Europa behoren.

Het kabinet heeft, zowel onder Paars I als onder Paars II, voortvarend maatregelen genomen, die op de beheersing van de uitgaven zonder meer een positief effect hebben gehad. Inmiddels is een structurele besparing van circa f 2 mld gerealiseerd. De beoogde versterking van de rol van de zorgverzekeraars kwam echter onvoldoende op gang. Weliswaar zijn verzekeraars inmiddels voor de kosten van de (extramurale) geneesmiddelen volledig gebudgetteerd, maar de daadwerkelijke sturing hebben zij nog onvoldoende op zich genomen.

De maatregelen die door de Commissie Koopmans werden aanbevolen en die verankerd zijn in het Regeerakkoord, heeft het kabinet met kracht ingezet. Tegelijkertijd echter bereikten ons signalen dat deze maatregelen en de destijds vastgestelde groeiruimte niet toereikend zouden zijn om de problematiek, zeker op wat langere termijn, in haar volle omvang op te lossen. Duidelijk werd dat ondanks de aanzienlijke besparingen die konden worden gerealiseerd, er zich toch weer budgettaire problemen dreigden voor doen. Tenslotte lag er het vraagstuk van de spanning tussen het korte termijn beleid (verder actief overheidsingrijpen) en het lange termijn beleid (regie zorgverzekeraars). Het kabinet besloot daarom een advies te vragen aan deskundigen uit de wereld van het openbaar bestuur, de wetenschap en het bedrijfsleven, die onder leiding van oud-Minister prof. dr. B. de Vries de «Begeleidingscommissie uitvoering geneesmiddelenbeleid» vormden.

De commissie de Vries heeft duidelijk gemaakt dat een aanscherping van het geneesmiddelenbeleid noodzakelijk is. De zorgverzekeraars moeten daadwerkelijk de rol van regisseur voor de geneesmiddelenvoorziening vervullen. Het huidige kabinetsbeleid om verzekeraars een grotere rol te geven betekent dat de richting op zich goed is. Maar zonder verdere stappen op het gebied van instrumentering zal dit niet tot het gewenste resultaat leiden.

Twée andere commissies hebben inmiddels, in het verlengde van het rapport de Vries, eveneens advies uitgebracht. Ten eerste de MDW werkgroep geneesmiddelen. Deze werd ingesteld op verzoek van de Tweede Kamer, de motie van Zuijnen. Deze werkgroep heeft in kaart gebracht welke instrumenten verzekeraars nodig hebben en welke belemmeringen opgeheven moeten worden om hun rol goed op te kunnen pakken. Voorts kwam, op initiatief van de zorgverzekeraars zelf, een advies tot stand van de Boston Consulting Group, onder leiding van oud-Minister Wijers. Deze

beschrijft op welke concrete wijze zorgverzekeraars de komende jaren met de geneesmiddelen aan het werk kunnen gaan.

2. De adviezen van de Commissie de Vries, de MDW-werkgroep en de BCG

Begeleidingscommissie uitvoering geneesmiddelenbeleid

De Commissie De Vries heeft een belangwekkend rapport uitgebracht. Ook de commissie constateert dat, vergeleken met de rest van Europa, het gebruik van geneesmiddelen in Nederland bescheiden is. De commissie ondersteunt het kabinet in zijn streven naar verdere gereguleerde marktwerking met budgetverantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars, het verbeteren van de doelmatigheid in het voorschrijven van geneesmiddelen via het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) en de heroriëntatie op de functie van apotheken. Voorts heeft de commissie ernstige twijfels over het realiteitsgehalte van de huidige financiële ramingen. Zij meent dat:

- a) het effectueren van het beleid meer tijd zal kosten (vertraging opbrengst) en
- b) de basisraming van de uitgavengroei te laag is.

De Commissie De Vries constateert dat het gevoerde korte termijn beleid gericht op kostenbeheersing op gespannen voet staat met het lange termijn beleid gericht op gereguleerde marktwerking. Binnen een systeem van gereguleerde concurrentie moet volgens de Commissie de Vries de budgettaire verantwoordelijkheid van de overheid beperkt zijn tot de wettelijk geheven premies.

Een aantal concrete aanbevelingen van de commissie, vooral gericht om de verzekeraars meer daadwerkelijke invloed te geven bij hun regiefunctie, zijn de volgende:

- de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag bij zorgverzekeraars te leggen;
- de regie over de inkoop bij zorgverzekeraars te leggen;
- het introduceren van de mogelijkheid voor verzekeraars om zelf een pakket geneesmiddelen, zij het over de volledige therapeutische breedte, samen te stellen;
- de centrale regelgeving (Wet tarieven gezondheidszorg – WTG – en het Geneesmiddelvergoedingssysteem – GVS –) na een overgangperiode af te schaffen en de Wet geneesmiddelenprijzen te handhaven;
- de financiële verantwoordelijkheid van de overheid (budgettair kader zorg) te beperken tot de wettelijk verplicht geheven premies.

Door het aanbrengen van consistentie in de besturing van het zorgstelsel en door de vrijheid om het te verzekeren geneesmiddelenpakket zelf samen te stellen ontstaan naar de mening van de Commissie voor verzekeraars meer mogelijkheden om zelfstandig beleid te voeren en ook om zich van elkaar te onderscheiden.

MDW werkgroep geneesmiddelen

Tevens heeft het kabinet, naar aanleiding van de motie-Van Zuijlen, de interdepartementale MDW-werkgroep geneesmiddelen ingesteld. Deze werkgroep had de opdracht om na te gaan welke aanvullende maatregelen moeten worden getroffen om zorgverzekeraars (meer) instrumenten in handen geven om hun (nieuwe) verantwoordelijkheid voor de inkoop van geneesmiddelen waar te maken en voorts om barrières voor nieuwe toetreders in de geneesmiddelenvoorziening op te heffen. Ook de MDW-werkgroep signaleert inconsistenties in het beleid en uitvoering. Het

beleid om verzekeraars meer ruimte te bieden sluit niet aan bij de huidige regelgeving. Integendeel, deze blijkt belemmeringen voor vernieuwing op dit gebied te veroorzaken. De MDW-werkgroep beveelt een fors programma aan van deregulering en van versterking van het instrumentarium van verzekeraars ten aanzien van zorgverleners en distributeurs. Zij adviseert tot afschaffing van de systematiek van de uitkomsten van overleg die op landelijk niveau zijn overeengekomen. Op langere termijn adviseert de MDW-werkgroep flexibilisering van de verzekeringsaanspraken en acht zij prijsregulering dan niet meer noodzakelijk.

Zorgverzekeraars Nederland

Het is een belangrijk feit dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zelf het initiatief heeft genomen tot onderzoek naar de mogelijkheden van zorgverzekeraars op het gebied van de beheersing van de uitgaven voor geneesmiddelen. Zij kreeg hierbij, zoals gezegd, steun van de Boston Consulting Group onder leiding van oud-minister Wijers. Zorgverzekeraars hebben hiermee serieus de handschoen opgenomen. Het rapport van ZN geeft helder aan welke mogelijkheden verzekeraars zelf zien, welke prioriteiten zij leggen en in welke tijd zij hun voornemens denken te kunnen realiseren. Evenals het kabinet leggen de zorgverzekeraars prioriteit bij het verbeteren van de doelmatigheid van het voorschrijven en van de distributie van geneesmiddelen. Zij zien goede mogelijkheden om tot een grotere betrokkenheid bij de inkoop van geneesmiddelen te komen. Een belangrijke voorwaarde daarbij is dat de overheid een stap terug doet. De opvattingen van ZN sluiten aldus goed aan bij de adviezen van de Commissie De Vries en de MDW-werkgroep. Inmiddels heeft het ZN-bestuur op 3 april jl. besloten op korte termijn te willen praten over de uitvoering en de tijdsplanning van de voornemens in het kabinetsstandpunt.

Reacties uit het veld

Uit de landelijke conferentie die de Commissie De Vries op verzoek van de minister van VWS begin februari over deze rapporten organiseerde, blijkt dat de «sense of urgency» om langs de aanbevolen weg tot effectievere uitgavenbeheersing te komen bij praktisch iedereen aanwezig is. De apothekers leggen daarbij, begrijpelijk, vooral het accent op de voordelen van de geneesmiddelen, zie bijvoorbeeld het rapport van de KNMP «Farmacie in balans». Tijdens deze conferentie bleek men vrijwel eensgezind over de juistheid van de ontwikkelingsrichting van het huidige kabinetsbeleid, dit in overeenstemming met bovengenoemde commissies. Wel werden enkele kritische kanttekeningen gemaakt. Ten eerste – zo blijkt met name uit kringen van de patiëntenbeweging – lijken de adviezen de rollen en belangen van de consument – verzekerde of patiënt – enigszins uit het oog te verliezen. Weliswaar zal de welbewuste consument hechten aan keuzevrijheid, zowel op het gebied van verzekeringen als op het gebied van zorg. De praktijk voor (chronische) patiënten is echter dat zij vaak niet zoveel te kiezen hebben. Voorts moet meer rekening gehouden worden met en profijt worden getrokken van de kennis, ervaring en wensen van patiënten. Waar het gaat om doelmatig voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen is – zeker bij de patiëntenorganisaties – bijzonder veel deskundigheid voorhanden, deskundigheid waarvan thans onvoldoende gebruik wordt gemaakt. Een tweede kanttekening betreft de rol van de arts. Receptgeneesmiddelen komen uit de pen van de arts. Er blijkt nog ruimte voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Deze verbeteringen zijn echter uitsluitend te bereiken indien de voorschrijvers zich laten aanspreken op professioneel gedrag. Dat wil zeggen: waar

mogelijk geprotocolleerd – dus evidence based – handelen (bijvoorbeeld via afspraken in een FTTO en met behulp van het EVS, alsmede voorschrijven op stofnaam), prescriptieterugkoppeling door apothekers of zorgverzekeraars, en (intercollegiale) toetsing van afspraken. Dit betekent ook dat voor de nieuwe rol van de zorgverzekeraars draagvlak moet worden gecreëerd bij de professionals en hun beroepsorganisaties.

In een reactie op de landelijke conferentie wijst de Orde van Medisch Specialisten hier eveneens op. De Orde is overigens bereid om, evenals de LHV, het zuinig en zinnig voorschrijven onder haar leden te bevorderen via het Electronisch voorschrijfsysteem (EVS). Met de LHV is hierover reeds een prestatieafpraak gemaakt.

Vornoemde kanttekeningen zijn eveneens te vinden in het recente rapport van de *Klankbordgroep farmaceutische zorg*, die de Minister van VWS medio vorig jaar heeft ingesteld. Deze groep, bestaande uit praktijkdeskundigen, bracht rapport uit over het beleid vanuit het perspectief van de praktijk van de farmaceutische zorg. De klankbordgroep wijst op de praktische mogelijkheden om gedrag van zorgverzekeraars en zorgverleners te veranderen. Gedragsverandering kost nu eenmaal veel tijd en gaat niet vanzelf. Gedragsverandering bij organisaties en professionals in de gezondheidszorg vereist kundigheid en motivatie om zich daarvoor in te zetten. De klankbordgroep doet hiervoor enkele praktische suggesties.

Conclusie:

De adviezen wijzen alle in dezelfde richting, die als volgt kan worden samengevat: zorgverzekeraars de mogelijkheden en handvatten bieden om hun rol op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening daadwerkelijk op te pakken en uit te voeren.

Handvatten voor verdere stappen

Alle rapporten bieden handvatten voor verdere stappen op de hierboven geschetste weg. De rapporten hebben gemeenschappelijk dat zij de positie van de zorgverzekeraar ten opzichte van zorgaanbieders, leveranciers van geneesmiddelen, verzekeren en de overheid willen versterken en de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars willen bevorderen. De aanbevelingen richten zich op de relaties van verzekeraars met:

- zorgaanbieders: het bevorderen van doelmatig voorschrijven;
- leveranciers: het inkopen, de prijsvorming en de distributie van geneesmiddelen;
- verzekeren: het flexibiliseren van verzekerde pakketten (formularium per verzekeraar, afschaffing GVS) en van verzekeringspremies (met ruimte voor nominalisering);
- overheid: een fors programma van deregulering en het opzetten van monitoring en toezicht.

Het eindresultaat moet volgens alle adviezen zijn: een stelsel van gereuleerde marktwerking, met de zorgverzekeraars als volwaardige spelers aan de vraagzijde. Alleen op die manier kunnen op langere termijn de geneesmiddelenuitgaven beheerst worden. De instrumenten van overheidszijde raken zoals gezegd uitgeput. Bijvoorbeeld gedragsverandering van voorschrijvers kan alleen effectief bereikt worden door een partij die een directe (financiële) relatie met die voorschrijvers heeft: de zorgverzekeraar.

Op enkele onderdelen verschillen de rapporten. Zo gaat ZN niet nader in op de positie van medisch-specialisten en ziekenhuizen en twijfelt ZN over de effectiviteit van het vrijwillig farmacotherapieoverleg tussen artsen en

apothekers. De Commissie De Vries adviseert om de komende jaren een speciale «market maker» in te stellen om marktwerking in de zorg te bevorderen. De MDW-werkgroep geeft speciale aandacht aan de rol van de farmaceutische industrie, die via de «derde geldstroom» het voorschrijfgedrag van artsen tracht te beïnvloeden. De Commissie de Vries bepleit eigen betalingen door patiënten, en de MDW-werkgroep beveelt aan dit te onderzoeken. De rapporten verschillen ook in hun schattingen van de benodigde tijd voor de uitvoering van hun aanbevelingen. Zo denkt de Commissie de Vries aan een termijn van twee jaar, terwijl het rapport van ZN eerder aan vijf jaar denkt.

3. Kabinetsstandpunt

Kabinet volgt de adviezen op hoofdlijnen

Het kabinet neemt op hoofdlijnen de adviezen over die instemmen met de beoogde koers: de zorgverzekeraars krijgen de regie bij de geneesmiddelenvoorziening.

Wel geven alle adviezen aan dat er een overgangperiode noodzakelijk is om de verzekeraars de ruimte te geven in hun rol te groeien. Duidelijk is dat een fors deregulerings- en instrumenteringsprogramma noodzakelijk is. De commissie de Vries wijst hier uitdrukkelijk op. Met name het rapport van de MDW-werkgroep biedt concrete handvatten tot dereguleren, terwijl het rapport van ZN helder aangeeft welke instrumenten zorgverzekeraars zelf nodig menen te hebben. Een en ander vereist een zorgvuldig plan van aanpak, waarin vooral gelet moet worden op een goede volgorde en fasering van het dereguleringsproces. Ook zullen duidelijke evaluatiemomenten worden ingebouwd: 2002, het jaar dat de regeerperiode van het huidige kabinet ten einde loopt, is daarvoor een logisch tijdstip. Een centrale vraag daarbij is of zorgverzekeraars inderdaad hun rol dan reeds voldoende kunnen oppakken c.q. hebben opgepakt. Bij de voorbereiding van het volgend Regeerakkoord kan dan, mede op basis van deze evaluatie, beslist worden hoe en binnen welke kader het proces nadere voortgang vindt.

Instrumentering

Bij de instrumentering, noodzakelijk voor de nieuwe koers, gaat het om:

- de uitvoering van een fors dereguleringsprogramma overeenkomstig de MDW- aanbevelingen;
- versterking van het instrumentarium van zorgverzekeraars;
- bevorderen doelmatig voorschrijven (ontwikkeling en implementatie protocollen voor ondermeer «hardlopers», en opstellen formularia, gebruik van het EVS ook door medisch specialisten, opzetten FTTO's en accountmanagement, restrictie van marketing-activiteiten van de farmaceutische industrie, benutten expertise van patiënten en apothekers);
- vergroten doelmatige inkoop en distributie van geneesmiddelen (ontwikkelen nieuw aanbesteding- en contracteerbeleid, stimuleren van prijsconcurrentie, nieuwe distributievormen, opbouw product- en handelskennis bij zorgverzekeraars);
- het krachtig bevorderen van het ontstaan van een adequate ICT-infrastructuur als noodzakelijke voorwaarde voor transmurale patiëntendossiers, prescriptieterugkoppeling en uitbouw van het EVS (ICT-platform in de zorg);
- opzet en uitvoering van communicatiestrategie gericht op consumenten, verzekerden en patiënten.

Bovenstaande voorstellen, gedaan in de adviezen, neemt het kabinet over.

Het kabinet neemt het voorstel van de Commissie de Vries om de dubbele financiële verantwoordelijkheid op te heffen door de opslagpremie uit het Budgettair kader zorg te halen in deze kabinetsperiode vooruitlopend op de voorgenomen evaluatie van het beleid niet over. Immers verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars voor de beheersing van de zorg-uitgaven, laat onverlet dat de overheid verantwoordelijk blijft voor de omvang en de doelmatigheid van de collectief gefinancierde uitgaven. Wel zal het kabinet bezien hoe de gewijzigde rol van de zorgverzekeraars kan worden gecombineerd met macrokosten beheersing, zoals deze tot uitdrukking komt in het Budgettair kader zorg.

Met een aantal andere voorstellen wil het kabinet genuanceerd omgaan. Het gaat om de volgende onderwerpen: poliklinisch voorschrijven, de «market maker», het vaststellen van verzekeringsaanspraken door de zorgverzekeraar (een «eigen pakket geneesmiddelen» per zorgverzekeraar), om de rol van patiënten en om de Europese dimensie.

Het onderbrengen van *poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen* bij het ziekenhuisbudget is een onderdeel van het huidige kabinetsbeleid. De te verwachten effecten van deze maatregel zijn inmiddels ook al als toekomstige besparingen ingeboekt. De commissie de Vries concludeert dat poliklinisch budgetteren zich eigenlijk niet goed verhoudt met de beoogde rol van verzekeraars. Het rapport van ZN besteedt weliswaar geen aandacht aan dit onderwerp, maar inmiddels heeft ZN al laten weten het van belang te vinden om reeds in de overgangperiode actief aan de slag te gaan met zinnig en zuinig voorschrijven op de polikliniek. Dit thema staat nu ook als apart aandachtspunt in het actieprogramma van ZN.

Vanuit het oogpunt van integrale medisch farmaceutische hulp en uitgavenbeheersing is het onder het ziekenhuisbudget brengen van poliklinisch voorschrijven nog steeds een aantrekkelijke optie. In de voorbereiding hiervan is onlangs weer een stap gezet door de verbetering van de informatievoorziening en door de invoering van administratievoorschriften ter zake. Wel is duidelijk dat er ook risico's verbonden zijn aan onder het ziekenhuisbudget brengen, met name afwentelingsgedrag richting huisarts. Inmiddels worden gezamenlijk met enkele zorgverzekeraars verbeterde varianten opgesteld van «lumpsums» (een apart budget voor de geneesmiddelen op de polikliniek) en nadere afspraken met specialisten en huisartsen. Per 2002 moet een landelijk dekkend budgetteringsysteem voor de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen zijn ingevoerd. Bij de toekomstige bekostigingssystematiek van ziekenhuizen en polikliniek (via productprijzen) zullen de kosten van geneesmiddelen geïntegreerd kunnen worden in de totale behandelkosten (naar verwachting m.i.v. 2005).

Het voorstel van de Commissie de Vries over het instellen van een onafhankelijke «*market maker*» neemt het kabinet in die zin over dat de ministers van VWS en Economische Zaken, in overleg met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de College Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) en in ruggespraak met ZN zullen bezien op welke wijze de marktwerking onder zorgverzekeraars kan worden gefaciliteerd.

Het kabinet is met ZN – en anders dan de Commissie De Vries – van mening dat het vaststellen op korte termijn van de *verzekeringsaanspraken* door zorgverzekeraars niet wenselijk en niet noodzakelijk is, omdat de mogelijkheden om de doelmatigheid te vergroten via het voorschrijven en de distributie voorlopig nog niet zijn uitgeput. Ook zijn hier

praktische haken en ogen, zoals het feit dat in de huidige situatie sommige huisartsen en specialisten werken met zo'n 20 verschillende verzekeraars. Als elk van deze verzekeraars een ander pakket gaat bieden, is het duidelijk dat dit in de praktijk tot problemen kan leiden zonder een efficiënte inzet van ICT.

Een heel belangrijk punt is voorts dat alle verzekerden in principe moeten kunnen rekenen op een verzekerd geneesmiddelenpakket dat de volle therapeutische breedte dekt. Om (eventuele) latere besluitvorming op dit punt voor te bereiden – mede met het oog op de komst van nieuwe, ook preventief te gebruiken geneesmiddelen – wordt het CVZ zo spoedig mogelijk om een uitvoeringstoets gevraagd of inderdaad aan pakket-differentiatie en flexibilisering van de verzekeringsaanspraken gestalte kan worden gegeven met behoud van een gelijkwaardige beschikbaarstelling van geneesmiddelen voor iedereen. Het CVZ zal tevens worden gevraagd te adviseren over de mogelijkheid om de therapeutische breedte van het pakket te verkleinen. Het gaat hier om toepassing van het principe «gepast gebruik»: zorg moet naast noodzakelijk en (kosten)effectief ook onafwendbaar zijn. Hier valt ook te denken aan de introductie van een vorm van eigen verantwoordelijkheid door bijvoorbeeld het (preventief) gebruik als zogenaamd «lifestyle-geneesmiddel» van (volledige) vergoeding uit te sluiten. Het CVZ zal met name dienen aan te geven welke gevolgen een en ander kan hebben voor de (chronische) patiënt. De eerste stap wordt dit jaar gezet met de aanscherping van de vergoedingscriteria voor cholesterol-verlagende middelen.

Het kabinet is evenmin voornemens op dit moment tot nieuwe vormen van eigen betalingen over te gaan, anders dan die voortvloeien uit de systematiek van het GVS.

Wel zal de minister van VWS nagaan welke recente ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met eigen betalingen en de effectiviteit daarvan in termen van uitgavenbeheersing.

In de adviezen wordt weinig, naar het oordeel van het kabinet te weinig, aandacht besteed aan de positie van *consumenten respectievelijk patiënten*. Het kabinet acht het noodzakelijk dat de zorgverzekeraars veel aandacht hebben voor de wensen en suggesties van consumenten/patiënten, en vooral ook dat zij gericht gebruik zullen maken van de ervaringsdeskundigheid van patiënten, onder andere bij het opstellen van formularia in het FTTO.

Ook besteden de adviezen nauwelijks aandacht aan de *Europese context*, terwijl deze juist steeds meer invloed krijgt op de gang van zaken binnen de lidstaten. Zo is bijvoorbeeld de nationale regelgeving met betrekking tot toelating tot de markt van geneesmiddelen (de handelsvergunning) een implementatie van Europese regelgeving. Inmiddels is al enige tijd ook een Europese gecentraliseerde registratieprocedure van kracht. Hiermee kan in één keer een handelsvergunning voor alle Lidstaten wordt verkregen. De interne markt is hierdoor versterkt. Dit opent ook betere perspectieven voor de zorgverzekeraars ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen.

Voorts is van belang op te merken dat naarmate zorgverzekeraars en andere actoren meer vrijheden krijgen ten aanzien van economische activiteiten, de nationale en Europees rechtelijke mededingingsbepalingen eerder van toepassing zullen zijn. Hierbij valt te denken aan het ontstaan van economische machtsposities (van bijvoorbeeld zorgverzekeraars) en aan afspraken over gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen.

Ook de concrete invulling van «pakketdifferentiatie» kan relevant zijn in het kader van mededingingspolitiek. Ten aanzien van de mededingingsaspecten geldt dat toezicht wordt uitgeoefend door de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) en door de Europese Commissie.

Voorzover zorgverzekeraars overgaan tot het aanbesteden van de inkoop van geneesmiddelen zijn ook de Europese aanbestedingsbepalingen van toepassing.

Ten aanzien van de verzekeringsaanspraken geldt dat een en ander vooralsnog in overeenstemming dient ten zijn met internationale verplichtingen in het kader van de ILO-verdragen (ILO: International Labour Organisation).

1 Inleiding

Hieronder volgt het kabinetsstandpunt op de rapporten van de Begeleidingscommissie Uitvoering Geneesmiddelenbeleid en de MDW werkgroep geneesmiddelen.

Het huidige kabinetsbeleid ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening vloeit voort uit het regeerakkoord en is gebaseerd op het rapport van de commissie Koopmans. Het beleid is uiteengezet in het Plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg dat op 13 november 1998 aan de Tweede Kamer is aangeboden.

De uitvoering van dit plan is voortvarend ter hand genomen. Het plan is gericht op uitgavenbeheersing. Ook beoogt het de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening in de toekomst te garanderen en daar waar mogelijk te verbeteren via onder meer een meer doelmatige organisatie van de intra- en extramurale farmaceutische zorg. Over de stand van zaken heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport u meermalen uitvoerig schriftelijk en mondeling geïnformeerd.¹

De Begeleidingscommissie uitvoering geneesmiddelenbeleid onder leiding van prof. dr. B. de Vries (de zogenaamde Commissie de Vries) heeft op verzoek van de minister van VWS de uitvoering en de effectiviteit van dit beleid getoetst en aanbevelingen gedaan voor bijsturing van het gevoerde beleid. Dit heeft geresulteerd in het rapport: «Een helder recept».

Daarnaast heeft in het kader van het project Marktwerving, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW) de MDW werkgroep geneesmiddelen op verzoek van het Kabinet de mogelijkheden en belemmeringen verkend voor de zorgverzekeraars om de hen toebedeelde rol als regisseur van de geneesmiddelenvoorziening te vervullen. De verantwoordelijkheid voor en de organisatie van de inkoop van geneesmiddelen staan daarbij centraal. Bezien is of de instrumentering van zorgverzekeraars ter zake aanpassing behoeft en of er belemmeringen voor deze nieuwe rol van de zorgverzekeraars voortvloeien uit regelgeving dan wel uit het gedrag van partijen.

Op hun beurt tenslotte hebben de zorgverzekeraars, verenigd in Zorgverzekeraars Nederland, zich gebogen over hun nieuwe rol ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft de Boston Consulting Group (BCG) gevraagd haar ter zake te adviseren. Het BCG/ZN-rapport, dat onder verantwoordelijkheid van oud-minister dr G.J. Wijers tot stand is gekomen, is op te vatten als een haalbaarheidsstudie en «timetable» voor de zorgverzekeraars voor het toegroeien naar hun nieuwe regierol. De analyses en aanbevelingen van ZN zijn in de hiernavolgende beschouwingen betrokken.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de Commissie De Vries op 8 februari 2000 een zogenaamde «invitational conference» georganiseerd om betrokkenen in de gelegenheid te stellen zich uit te laten over de desbetreffende rapporten in relatie tot het kabinetsbeleid. Mede op basis van de inzichten vanuit deze conferentie heeft het kabinet zich een oordeel gevormd over de evaluatie van het huidige beleid en de noodzaak tot aanpassing cq bijstelling daarvan.

Het volgende hoofdstuk geeft kort een probleemschets van de geneesmiddelenvoorziening. Hoofdstuk 3 zet het huidige kabinetsbeleid rond de geneesmiddelenvoorziening op hoofdlijnen uiteen. Hoofdstuk 4 behandelt de uitgebrachte rapporten van de commissie De Vries en de

¹ Bij brieven van 2 maart 1999, van 1 en 21 juli 1999 en van 8 en 25 oktober 1999 (respectievelijk Kamerstukken 1998–1999, 24 124 nrs. 82, 91, 94) is de Kamer geïnformeerd over de implementatie van het Plan van aanpak (de voortgang van het Project farmaceutische zorg) en de stand van zaken met betrekking tot het hele geneesmiddelen dossier. Op 10 maart 1999 en 28 april 1999 vond een tweetal algemene overleggen plaats.

MDW-werkgroep en waar nodig het rapport van BCG/ZN. Ook staat dit hoofdstuk stil bij de resultaten van de hierboven bedoelde conferentie. In hoofdstuk 5 treft u het kabinetsstandpunt ter zake aan.

2 Probleemschets

Hoewel de organisatie van de farmaceutische hulp en de vergoeding daarvan per land verschillen, worden vrijwel alle geïndustrialiseerde landen geconfronteerd met steeds maar stijgende uitgaven voor de farmaceutische hulp.

Enerzijds is sprake van groeiende mogelijkheden van de farmacotherapie voor de gezondheidszorg, anderzijds is sprake van een stijgende vraag naar geneesmiddelen, van minder doelmatig voorschrijven en van onjuist gebruik van geneesmiddelen.

Hier wordt geen volledige analyse geven van de exacte oorzaken van de uitgavenstijgingen in Nederland. Daarvoor zij verwezen naar het rapport van de Werkgroep kosten geneesmiddelen en het onlangs aan u gezonden rapport van het RIVM «Stijgende geneesmiddelenkosten: theoretische en praktische inzichten» dat aangeeft dat het niet eenvoudig is een weging te maken van de relatieve zwaarte van de determinanten van de uitgavenontwikkelingen. Wel blijkt uit alle analyses dat er sprake is van min of meer universele oorzaken voor de groei van de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening. Het gaat dan om autonome factoren zoals de groei van de bevolking en de vergrijzing (die in Nederland relatief laat tot volle wasdom zal komen) naast gewenste en beïnvloedbare ontwikkelingen als de extramuralisatie van de zorg en de introductie van nieuwe innovatieve geneesmiddelen. De toename van het aantal geneesmiddelen per verstrekking wijst daarnaast op een extra toename van het chronische gebruik van geneesmiddelen. Tenslotte speelt ongewenst gedrag van diverse betrokken partijen in de geneesmiddelenvoorziening een rol. Op deze cruciale maar slechts moeizaam beïnvloedbare factor wordt hieronder nader teruggekomen.

Vergeleken met andere landen in Europa is de farmaceutische zorg in Nederland van goede kwaliteit en zijn de uitgaven daarvoor relatief lager. Ook de KNMP wijst hierop in een reactie op de onderhavige rapporten en analyses. Hoewel het groeitempo en het niveau van de uitgaven relatief lager zijn, is er niettemin sprake van een absolute groeiversnelling die de vraag oproept naar structurele beheersbaarheid van de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening. Het laat zich aanzien dat de effecten van de uitgavenbeheersingsmaatregelen uit het Regeerakkoord niet gelijk op lopen met het tempo van de uitgavengroei.

Door het inzetten van beleidsmaatregelen vlagt de groei van de uitgavenstijging soms af, maar over het algemeen hebben de meer traditionele overheidsmaatregelen met betrekking tot prijzen en vergoedingen slechts een tijdelijk, niveauverlagend effect. Met deze beleidsmaatregelen wordt de onderliggende uitgavenontwikkeling niet structureel omgebogen en lijken de grenzen van de traditionele regulering in zicht. Dit heeft geleid tot een groeiversnelling waardoor de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening als onderdeel van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) moeilijk structureel beheersbaar zijn gebleken.

Een fundamentele omslag zoals aangezet in het rapport Koopmans is nodig om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de farmacotherapie voor de patiënten ook in de toekomst te kunnen waarborgen zonder dat dit ten koste gaat van andere essentiële onderdelen van de gezondheidszorg. In navolging van de Commissie Koopmans gaan het Regeerakkoord en het Plan van aanpak in essentie uit van de grote invloed van gedragseffecten

in de geneesmiddelenvoorziening en de noodzaak tot aanpassing van het gedrag van betrokkenen (voorschrijvers, afleveraars, ziekenhuizen en zorgverzekeraars).

Het kernprobleem in de geneesmiddelenvoorziening ligt immers in maatschappelijk ongewenst gedrag van partijen tot uiting komend in:

- onvoldoende doelmatig voorschrijven door artsen;
- commercieel gedrag van apothekhoudenden;
- onvoldoende regie door verzekeraars op medisch-farmaceutische zorg;
- onvoldoende kritisch en ondoelmatig geneesmiddelengebruik¹;
- agressief marktgedrag van industrie/producenten en groothandel.

Het RIVM-rapport bevestigt het beeld dat de stijging van de geneesmiddelenuitgaven vooral wordt bepaald door volume-ontwikkelingen naast de introductie van nieuwe geneesmiddelen.

Omwille van kwaliteit én uitgavenbeheersing in de farmaceutische zorg is het omzetten van dit ongewenste gedrag in gewenst gedrag dan ook het hoofdstreven. De nadruk ligt dus op gedragsverandering. Daarbij staan de gedragsverandering bij de voorschrijvers en de verzekeraars centraal. Daartoe moeten zo veel mogelijk de juiste prikkels worden gecreëerd. Dit krijgt nu gestalte via het Plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg van november 1998 en de meerjarenafspraken (i.c. de convenanten met LHV en KNMP).

In de kern gaat het om:

- meer doelmatig voorschrijven door artsen (EVS, FTTO, protocollair werken en formularia naleven);
- met daartoe strakkere regie en contracteerbeleid door verzekeraars als randvoorwaarde.

3 Huidig beleid

Het kabinet heeft in 1998 een tweesporenbeleid ingezet.

Het eerste spoor betreft maatregelen, die op de korte termijn tot besparingen moesten leiden, zoals het terugsluizen naar de zorg van kortingen en bonussen bij apothekers, de verlaging van de GVS-vergoedingslimieten en de overheveling van zelfzorggeneesmiddelen uit het ziekenfondspakket. Deze maatregelen zijn inmiddels getroffen.

Het tweede spoor betreft een langetermijnbeleid, dat gericht is op de determinanten van de groeiende uitgaven, met name de doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen en van de distributie. Dit betreft de uitvoering van het «plan Koopmans». Dit plan behelst in grote lijnen een verschuiving van prijs- naar volumebeleid en van een centrale overheidsaanpak naar een decentrale aanpak via zorgverzekeraars. Ook hier zijn voornemens in gang gezet, meestal in samenspraak met de betrokken koepelorganisaties via de meerjarenafspraken. Het gaat om:

- het vergroten van de verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars;
- de opzet van farmacotherapeutisch transmuraal overleg;
- het stimuleren van elektronisch voorschrijven door huisartsen;
- poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget brengen;
- het scheiden van zorg- en handelsbelangen bij apothekers;
- het voorbereiden van vergelijkbare maatregelen in de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg;
- het verbeteren van de informatievoorziening.

¹ In algemene zin bestaat de 20+20+60-regel in de farmacotherapie. Aan 20% van de patiënten zou niet eens een geneesmiddel moeten zijn voorgeschreven en 20% gebruikt het middel te lang zonder noodzaak. Maar 60% stopt te vroeg met een chronische farmacotherapie of gebruikt het middel verkeerd, hetgeen tot sub-optimale effecten leidt. Kortom, er is nog veel te verbeteren aan het gebruik van geneesmiddelen.

Het gaat om ingrijpende wijzigingen waarmee de partijen in het veld een grotere verantwoordelijkheid en meer vrijheid van handelen krijgen toebedeeld. Daarbij behoren effectieve instrumenten om de nieuwe rollen ook daadwerkelijk waar te kunnen maken.

De nieuwe bestuurlijke aanpak gaat er dan ook van uit dat betrokkenen zelf meer hun verantwoordelijkheid nemen binnen door de overheid te stellen randvoorwaarden ten aanzien van de kwaliteit, financiering en de toegankelijkheid van de zorg. Deze aanpak krijgt gestalte via de Meerjarenaafspraken in de zorg en de convenanten ter uitvoering daarvan, zoals het onlangs met de KNMP afgesloten Akkoord op hoofdlijnen. De inrichting van het besturingsmodel is hierbij van groot belang omdat daarin de juiste prikkels aanwezig moeten zijn om alle actoren doelmatig met elkaar om te laten gaan.

Het volgende hoofdstuk behandelt het rapport van de Commissie De Vries en de bevindingen van de MDW werkgroep geneesmiddelen. Daarbij is waar nodig het rapport van BCG/ZN in de beschouwingen betrokken.

4 Rapporten en reacties uit het veld

4.1 «Een helder recept»: rapport van de begeleidingscommissie uitvoering geneesmiddelenbeleid

De commissie De Vries ondersteunt de lange termijn visie van de overheid die er vanuit gaat dat de uitgaven van de gezondheidszorg moeten worden beheerst door een vorm van gereguleerde marktwerking, waarbij zorgverzekeraars zich ontwikkelen tot een volwaardige tegenspeler aan de vraagzijde van de geneesmiddelenmarkt. De huidige situatie, waarin prijsconcurrentie bij geneesmiddelen is omgevormd tot margeconcurrentie in de vorm van bonussen en kortingen en de zorgverzekeraars nauwelijks actief met elkaar concurreren, vraagt naar de mening van de commissie om een veel stevigere en consistentere uitwerking van het langetermijnbeleid.

Sturing en financiële verantwoordelijkheidsverdeling

In aanvulling op de reeds eerder geconstateerde en door mij onderschreven knelpunten in de geneesmiddelenvoorziening wijst de Commissie De Vries op de door de overheid en zorgverzekeraars gedeelde financiële verantwoordelijkheid voor de extramurale geneesmiddelenuitgaven alsook de dubbele sturing van de extramurale geneesmiddelenvoorziening. De overheid tracht gereguleerde marktwerking in te voeren, maar grijpt tegelijkertijd veelvuldig zelf in de geneesmiddelenvoorziening in. Voor de Commissie De Vries is de kernvraag, wie primair verantwoordelijk is voor de farmaceutische zorg en de beheersing van de daarmee gemoeide uitgaven (overheid of zorgverzekeraar) en wie daarop dan integraal stuurt. De Commissie De Vries kiest daarbij voor de zorgverzekeraar. De Commissie De Vries is voorstander van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraars en overheid. Dit vergt dat de overheid zich duidelijk uitspreekt tot waar ze verantwoordelijk is voor de uitgaven. De commissie dringt er daarbij op aan dat de overheid alleen verantwoordelijk is voor het bedrag dat aan de zorgverzekeraars beschikbaar wordt gesteld. Dit bedrag dient te zijn gebaseerd op realistische ramingen. Indien de zorgverzekeraars meer uitgeven, dan zou de overheid daarvoor niet langer verantwoordelijk moeten zijn. Deze veranderde verantwoordelijkheidsverdeling dient ook tot uiting te komen in de afbakening van het BKZ en de collectieve lastendruk. Immers, afwijkingen tussen de gerealiseerde uitgaven en de raming die is opgenomen in de Zorgnota blijken achteraf uit informatie van zorg-

verzekeraars (en bij gebudgetteerde sectoren van het CTG). Indien de gerealiseerde uitgaven hoger blijken te zijn geweest dan de geraamde uitgaven, dan wordt een compenserende maatregel getroffen of een structurele opwaartse aanpassing verwerkt, zowel aan de uitgaven als aan de financieringskant (macro-verstrekkingenbudget en/of nominale rekenpremies zorgverzekeraars). Deze werkwijze stimuleert zorgverzekeraars niet om zelf fors te investeren in uitgavenbeheersing. Het is immers de overheid die met de tegenvallers wordt geconfronteerd en via extra geld of maatregelen de problemen «oplost». De zorgverzekeraar krijgt in het jaar daarop de hogere uitgaven gedeeltelijk gecompenseerd.

Belemmeringen voor zorgverzekeraars

De Commissie De Vries is voorts van oordeel dat de zorgverzekeraar als belangrijkste actor in het besturingsmodel onvoldoende is toegerust om zijn nieuwe regierol waar te maken (onvoldoende instrumenten heeft) en te weinig handelingsvrijheid en onjuiste prikkels heeft. De schaarste in het zorgaanbod versterkt de positie van de zorgaanbieders en maakt van de contracteervrijheid een minder effectief pressiemiddel.

Het huidige systeem van prijsregulering werkt volgens de commissie ondanks het hanteren van maximum-prijzen en vergoedingen verstarrend en belemmerend. Na een overgangstermijn (als de zorgverzekeraars voldoende expertise hebben opgedaan en als zij voldoende «countervailing power» kunnen uitoefenen) zouden de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) moeten worden losgelaten. Het systeem van de WGP en de toepassing als «ultimum remedium» is in overeenstemming met de ontwikkeling van een Europees prijsniveau van geneesmiddelen, waardoor de toegang van echt innovatieve geneesmiddelen ook gegarandeerd is. De WGP moet naar de mening van de commissie worden gehandhaafd.

BCG/ZN constateren dat de prijsregulering en de wijze van vergoeding van de geneesmiddelen als zodanig niet in de weg staan aan prijsconcurrentie gezien de maximumprijzen en vergoedingen. Gebrek aan prijsconcurrentie is veeleer gelegen in het gedrag van betrokkenen. Met de Commissie De Vries zijn zij van mening dat er uiteindelijk nog slechts een functie is voor de WGP en dat de WTG en het GVS op termijn kunnen verdwijnen.

In de huidige situatie dienen zorgverzekeraars alle in het GVS opgenomen geneesmiddelen in beginsel geheel of tot aan de desbetreffende vergoedingslimiet te vergoeden voor zover dit geneesmiddel daadwerkelijk is voorgeschreven. De Commissie De Vries acht dit een belemmering voor het doelmatig kunnen inkopen van geneesmiddelen door verzekeraars. De commissie pleit voor een «pakketdifferentiatie» in die zin dat de individuele zorgverzekeraars zelf met behoud van de volle therapeutische breedte én met gebruikmaking van de expertise van deskundigen zouden moeten kunnen kiezen welke in het GVS opgenomen geneesmiddelen zij ook daadwerkelijk aan de patiënten vergoeden. Hierdoor zou voor de zorgverzekeraar een betere onderhandelingspositie bij de inkoop ontstaan ten opzichte van de leveranciers van de desbetreffende geneesmiddelen. Dit zou tot pakket- met daarbij passende premiedifferentiatie leiden, waardoor verzekeraars bovendien meer onderling zouden kunnen concurreren naar verzekerden. De Commissie De Vries benadrukt dat een en ander als zodanig zonder verlies van kwaliteit kan plaatsvinden gezien de uitwisselbaarheid van de geneesmiddelen voor zover de desbetreffende geneesmiddelen in een cluster van therapeutisch gelijkwaardige geneesmiddelen zijn opgenomen.

In de rapportage van BCG/ZN komt «pakketdifferentiatie» en de samenstelling van het «pakket» vooralsnog niet aan de orde. Via het (ontwikkelen en) toepassen van behandelprotocollen en formularia en de introductie van het Electronisch voorschrijfsysteem (EVS) zou feitelijk al schifting plaatsvinden in het grote aanbod van (veelal volstrekt uitwisselbare) geneesmiddelen. Vervolgens besteden de zorgverzekeraars de doelmatige inkoop en distributie (afleveren) van die geneesmiddelen aan. Pas daarna zou een discussie over het «verzekerde pakket» (de te vergoeden geneesmiddelen) aan de orde hoeven komen.

Om echte concurrentie tussen zorgverzekeraars te bereiken, zijn grote inspanningen nodig. De commissie de Vries stelt vast dat in de huidige situatie niet of nauwelijks sprake is van marktwerking. Het toezicht vanuit de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is ook niet gericht op het daadwerkelijk stimuleren van marktwerking. Daarom pleit de commissie voor de instelling van een tijdelijk regulerend orgaan, dat als marktmaker een proactieve taak krijgt om verzekeraars behulpzaam te zijn bij het daadwerkelijk vormgeven van gezonde onderlinge concurrentieverhoudingen.

Een van overheidswege afgedwongen scheiding van inkoop- en zorgtaken van apothekers acht de Commissie De Vries niet noodzakelijk en evenmin realistisch.

De voorgestelde overheveling van poliklinische geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget tenslotte is een technisch complexe maatregel, die als tijdelijk is bedoeld. De commissie begrijpt de beweegredenen van de Minister van VWS, maar de combinatie van tijdelijkheid en invoeringsperikelen doen de balans doorslaan naar een advies om deze maatregel niet als generieke maatregel door te zetten. Vooral omdat de maatregelen uitgaan van aanbodbudgettering en daarmee de verzekeraarsbudgettering die de commissie voorstaat doorkruist. De commissie is er, in het licht van haar voorstellen, wel een voorstander van dat op lokaal niveau en op initiatief van de zorgverzekeraar afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en medisch specialisten of in FTTO-verband om op experimentele basis een dergelijke overheveling in te voeren.

Tijdpad

In tegenstelling tot de MDW werkgroep en BCG/Zorgverzekeraars Nederland hanteert de Commissie De Vries een strak tijdpad van twee à drie jaar om de aanbevelingen integraal uit te voeren. Bij gebrek aan resultaten zou de koers 180° worden gedraaid, zou de regierol van de zorgverzekeraar worden verlaten en moeten worden vervangen door een zeer strikte regulering van aanbod en vraag met slechts een uitvoerende rol voor verzekeraars.

Zowel de MDW werkgroep als BCG/ZN staan een fasering voor. Beiden bepleiten een overgangperiode waarin de zorgverzekeraars fors zouden moeten investeren (ook in kennis en kunde) om in hun beoogde rol ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening echt te kunnen groeien. Volgens BCG/ZN zouden zij die rol niet eerder dan in 2005 waar kunnen maken. De MDW werkgroep staat een pragmatische benadering voor en stelt voor het groeiproces krachtig in te zetten en in 2001 de ontwikkelingen te evalueren en alsdan naar bevind van zaken te handelen.

Financiële opbrengst

Inzet van het FTTO acht de Commissie De Vries noodzakelijk, maar de hiermee samenhangende begrote financiële baten op korte termijn niet realistisch. Ten algemene acht de Commissie de Vries de door de overheid gehanteerde ramingen niet reëel.

4.2 Rapportage van de MDW werkgroep geneesmiddelen

De MDW-werkgroep geneesmiddelen heeft zich in het bijzonder gericht op de regie- en inkooprol zoals die aan de zorgverzekeraars is toegedacht in het Plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg. De MDW werkgroep heeft nagegaan welke opties zorgverzekeraars hebben om gestalte te geven aan de verantwoordelijkheid voor de inkoop van geneesmiddelen en de sturende rol, welke randvoorwaarden er zijn voor effectieve toetreding van nieuwe apotheken, welke belemmeringen er bestaan in de wet- en regelgeving om bovenstaande te bewerkstelligen, en tenslotte heeft de werkgroep een aantal oplossingsrichtingen geschetst die de bestaande belemmeringen kunnen wegnemen.

De Werkgroep stuitte eveneens op knelpunten van fundamentele aard die samenhangen met het stelsel van gezondheidszorg in brede zin. De Werkgroep constateert dat de huidige wet- en regelgeving onvoldoende is toegesneden op het bereiken van een goede prikkel voor doelmatigheid. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van het stelsel in brede zin, zowel de kant van de financiering als de kant van de aanspraken:

- 1) de geringe grootte van de nominale premie versus de procentuele premie reduceert de financiële prikkel voor de verzekerde om een «goedkope» zorgverzekeraar uit te kiezen en reduceert de prikkel voor de zorgverzekeraar om doelmatigheid na te streven;
- 2) de wijze waarop de aanspraak op geneesmiddelen thans is geregeld (vanwege het GVS een uitputtende lijst van geneesmiddelen op productniveau in de diverse sterktes en toedieningsvormen) reduceert de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om bij de samenstelling van zijn pakket rekening te houden met de prijsstelling van onderling concurrerende geneesmiddelen.

De Werkgroep wijst er ook op dat Nederland in vergelijking tot de meeste ons omringende landen een uitzonderingspositie inneemt als land dat weinig eigen bijdragen heft. De Werkgroep beveelt een onderzoek aan naar de rol die eigen bijdragen kunnen spelen bij het vergroten van de doelmatigheid en bij de versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de consument.

De Werkgroep was zich ervan bewust dat het Kabinet het voornemen heeft geuit om zich te beraden op de toekomst van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. De resultaten van dit MDW-rapport op dit punt beschouwt de werkgroep als input voor deze discussie en kunnen meegenomen worden bij de volgende kabinetsformatie.

Sturing door verzekeraars

Hoewel de werkgroep wijst op het onvoldoende benutten van de reeds bestaande mogelijkheden voor zorgverzekeraars om hun sturende rol te vervullen, is in het rapport ook een reeks concrete voorstellen opgenomen om die mogelijkheden te versterken.

De Werkgroep constateert dat het feitelijke gedrag van de zorgverzekeraar in zijn algemeenheid nog niet past bij dat van een «sturende» partij. Belemmeringen voor vernieuwing en versterking van de diversiteit van het aanbod aan apotheken komen sterker voort uit gedrag dan uit de bestaande formele wet- en regelgeving. Dit betreft gedrag van de zorgverzekeraars zelf, maar ook van de andere partijen:

- Zorgverzekeraars gedragen zich nog in te sterke mate als «uitvoeringsorganisatie» in plaats van «zorgregisseur». Zij maken nog te weinig gebruik van de beschikbare instrumenten om het volume van het gebruik te sturen en van instrumenten om de prijs van geneesmiddel en van zorg te beïnvloeden.

- Zorgverzekeraars zijn terughoudend ten aanzien van de contractering van nieuw aanbod, mede als gevolg van sterke druk van de gevestigde apothekersbranche alsmede de groothandel.
- Het huidige overeenkomstenstelsel resulteert er in dat de feitelijke contractvorming tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder in sterke mate wordt «opgelegd» door middel van de Uitkomsten van Overleg tussen de «koepels» ZN (namens zorgverzekeraars), KNMP (namens apothekers), LHV (namens huisartsen) en Orde (namens specialisten). Dit reduceert de ruimte voor decentrale afspraken ten aanzien van kwaliteit, de vorm en het tarief van de te leveren zorg.
- De rol van de overheid zal verschuiven van die van uitvoerder van het geneesmiddelenbeleid, naar een rol die vooral toezichthoudend en voorwaardenscheppend van aard is.
De overheid zal zelf in die rol moeten groeien, zoals de zorgverzekeraar moet «wennen» aan zijn nieuwe rol, en zoals ook andere partijen in de bedrijfskolom zich zullen moeten aanpassen aan de nieuwe situatie en beleidsomgeving. De weten regelgeving wordt aangepast aan de nieuwe wijze van sturing. Hiertoe zijn reeds enige stappen gezet, maar de Werkgroep is van mening dat het beleid op een aantal terreinen verdere aanscherping behoeft.

Inkoopverantwoordelijkheid

Ook wijst de werkgroep op een aantal nieuwe instrumenten waarover de zorgverzekeraar beschikt om vorm te geven aan zijn rol in de inkoop van geneesmiddelen. Zorgverzekeraars krijgen de verantwoordelijkheid voor de inkoop van geneesmiddelen. Centraal staat daarbij een scheiding van zorg en inkoop: bij de zorg wordt gerekend op nauwe samenwerking tussen de betrokken partijen (zorgverzekeraar; voorschrijver, apotheker) op regionaal niveau; bij de inkoop wordt gestreefd naar sterkere concurrentie op het niveau van de apotheek en tussen zorgverzekeraars. De volgende instrumenten zijn hierbij relevant:

- een algemene ontheffing van het verbod op het exploiteren van een eigen apotheek is aan de ziekenfondsen verleend;
- het verbod op loondienst van een apotheker bij een niet-apotheker is opgeheven;
- het verbod op extramurale aflevering van geneesmiddelen door ziekenhuisapothekers is opgeheven.

Oplossingsrichtingen en aanbevelingen MDW Werkgroep

De werkgroep wijst op diverse huidige sturings- en inkoopmogelijkheden voor verzekeraars.

Zorgverzekeraars kunnen reeds lagere tariefsafspraken maken bij bijvoorbeeld ongewenst voorschrijf- en aflevergedrag. Zij kunnen via de medewerkersovereenkomst afspraken maken over het hanteren van een beperkte lijst voor het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen (voorkeurslijsten, formularia). Ook bestaan er thans geen belemmeringen om als verzekeraar actief (bepaalde) geneesmiddelen rechtstreeks bij de industrie of groothandel in te kopen. Zorgverzekeraars hebben daarentegen nog maar betrekkelijk weinig tijd gehad om actief te worden; ze zijn immers pas per 1 januari 1999 nagenoeg volledig risicodragend geworden.

Korte termijn

De MDW-werkgroep doet een reeks aanbevelingen voor de korte termijn, die nog gedurende de huidige kabinetsperiode in gang kunnen worden

gezet door overheid en veldpartijen. De korte termijn maatregelen zijn voorzien om de overgang naar het gewenste eindmodel te faciliteren. Het gaat hier enerzijds om aanscherpen van het reeds beschikbare instrumentarium voor de verzekeraars om hun invloed te vergroten op doelmatig gebruik van geneesmiddelen, de prijs en de vergoeding van geneesmiddelen en aanscherpen van hun contractbeleid. Anderzijds om het stimuleren van toetreding van nieuw aanbod van apotheken.

Hieronder volgt een schematische weergave van de voorgestane maatregelen voor de resterende kabinetsperiode. Het volgende hoofdstuk dat het kabinetsstandpunt bevat, gaat nader in op deze aanbevelingen voor de korte termijn. Met de implementatie hiervan worden de in de ogen van de MDW werkgroep vereiste randvoorwaarden geschapen om naar de gewenste eindsituatie te komen.

Door MDW werkgroep voorgestane korte termijnmaatregelen van de overheid

maatregel	regelgeving
<i>Vergroten invloed verzekeraar op voorschrijven en afleveren:</i>	
- vermelden indicatie op recept	- WOG, artikel 1
- opnemen AGB-code op recept	- Regeling Administratievoorschriften
- introduceren doelmatigheidsmodules/tarief-differentiatie	- aan passen beleidsregel apotheekhoudenden
- 3 ^e geldstroom transparant maken	- aanpassing Reclamebesluit WOG artikel 20 & Besluit Jaarrekening
<i>Vergroten invloed zorgverzekeraar op prijs en vergoeding geneesmiddel:</i>	
- mogelijkheid bezien afschaffen WTG laagste prijsregels	- direct
- aanpassen reikwijdte WTG	- op termijn
- GVS: wijzigen clustering	- ZFW, regeling farmaceutische hulp
- GVS: laagste prijs vergoeden	- mogelijkheid bezien
- afschaffen GVS	- op termijn
- onderzoek naar eigen bijdragen laten doen	- direct
<i>Nieuwe toetreders:</i>	
- creëren gelijk speelveld eigen instellingen	- ZFW, artikel 42
- opheffen verbod op bestuurlijke en financiële deelnemingen	- idem
- afschaffen overbodige kwaliteits- en inrichtingseisen	- nader overleg met Inspectie
- afschaffen verbod art 19 WOG voor apothekers om in meerdere apotheken werkzaam te zijn	- WOG, artikel 19
- versoepelen afleverplicht apotheken	- WOG, artikel 33 BUA
- afschaffen systematiek uitkomsten van overleg	- ZFW, artikelen 44-46
- sturen tussen zorgaanbieders	- ZFW
- flexibiliseren vergoedingssystematiek	- Beleidsregel apotheekhoudende

Eindmodel

De Werkgroep voorziet een «eindmodel» waarin de zorgverzekeraar een nog breder scala aan instrumenten heeft om sturing te geven aan een doelmatige geneesmiddelenvoorziening. Flexibilisering van de aanspraken en de vergoedingssystematiek (van geneesmiddel en zorg) spelen in dit eindmodel een belangrijke rol om de consument ook te kunnen laten profiteren van een grotere keuzevrijheid.

Het tempo van invoering van dit model is afhankelijk van de mate waarin de zorgverzekeraars hun sturende rol op de korte termijn waar weten te maken. De Werkgroep stelt hiertoe voor om een eerste evaluatiemoment in te bouwen in het najaar van 2001. Zulks om te kunnen beoordelen in welke mate het gedrag zich heeft aangepast aan de nieuwe situatie. Het zou hierbij onder andere belangrijk zijn om te kunnen constateren dat onderling concurrerende zorgverzekeraars alsdan:

- zich veel sterker dan nu richten op de inkoop (en derhalve de prijsvorming) van geneesmiddelen;
- een expliciet contracteringsbeleid op decentraal niveau voeren, waarin gebruik wordt gemaakt van de bestaande ruimte om de inhoud van de overeenkomst met de apotheker te differentiëren en nieuwe aanbieders te contracteren;
- een initiërende en stimulerende rol vervullen ten aanzien van de ontwikkeling van een volumebeleid gericht op versterking van de doelmatigheid van het voorschrijf- en aflevergedrag, waarbij het gebruik van protocollen en formularia een belangrijke rol vervult.

De resultaten van de evaluatie zouden dan meegenomen kunnen worden tijdens de Kabinetsformatie in 2002.

BCG/ZN komen tot een vergelijkbare fasering. In een overgangperiode zouden de zorgverzekeraars fors moeten investeren in condities in eigen huis om hun regierol ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening ook echt te kunnen vervullen en voldoende countervailing power te ontwikkelen ten opzichte van de zorgaanbieders en de leveranciers. Niet eerder dan in 2005 zouden zij zulks waar kunnen maken.

De MDW Werkgroep acht het niet mogelijk om de zorgverzekeraars in één keer volledige verantwoordelijkheid te geven over de geneesmiddelenvoorziening. Zij schetst een weg er naar toe, en hoopt dat de zorgverzekeraars hun rol goed oppakken. Als dat aantoonbaar het geval is, kan worden overgegaan tot verdere instrumentering. Daarbij denkt de Werkgroep aan:

- flexibilisering van de aansprakenregelgeving, waardoor de zorgverzekeraar gericht kan inkopen op basis van de bestaande formularia van geneesmiddelen en de verzekerde de ruimte krijgt om een afgevoegen keuze te maken tussen de uiteenlopende pakketten en premieniveaus van verschillende zorgverzekeraars;
- deregulering van de WTG ten aanzien van de vergoeding van de apotheker, waardoor de zorgverzekeraar zijn eigen vergoedings-systematiek kan ontwikkelen; de inhoud van de overeenkomst wordt dan uitvloeisel van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker; de apotheek/apotheker kan verschillende rollen vervullen, afhankelijk van zijn eigen specialisatie en de overeenkomst met de zorgverzekeraar;
- afschaffing van het GVS, waardoor de zorgverzekeraar een grotere vrijheid krijgt ten aanzien van de vergoeding van het geneesmiddel en de versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde.

De Werkgroep is zich er van bewust dat bovenstaande maatregelen moeilijk los kunnen worden gezien van het stelsel in brede zin. Met name de ruimte voor de versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde raakt in sterke mate aan de financieringsystematiek binnen de Ziekenfondswet (procentuele premie versus nominale premie). De Werkgroep verwelkomt derhalve de discussie over de toekomst van het stelsel van gezondheidszorg, die in het jaar 2000 gevoerd zal worden.

Tot slot benadrukt de Werkgroep dat ook in het geschetste eindmodel de zorgmarkt een «ongewone» markt blijft, zodat de overheid met name randvoorwaarden moet stellen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bewaken. Op sommige deelmarkten blijft sprake van een sterke marktmacht van producenten van geneesmiddelen. Regulering van de maximumprijs (via de WGP) blijft derhalve ook op langere termijn noodzakelijk, maar de toepassing van de WGP kan worden vereenvoudigd. Niettemin geldt in zijn algemeenheid echter dat de overheid zorgt voor een goed wettelijk kader, dat nader wordt ingevuld op decentraal niveau door de partijen in het veld. Prijzen, vergoedingsniveaus en formularia van geneesmiddelen zijn dan resultante van onderhandelingen tussen aan de ene kant de zorgverzekeraar en aan de andere kant de industrie, de groothandel, apotheken en voorschrijvers.

Het overheidsbeleid op korte termijn moet duidelijk worden gepositioneerd als onderdeel van de aanpak voor de lange termijn, zodat het aan voorspelbaarheid wint. Alleen dan zullen de partijen in het veld reageren op lopend beleid en anticiperen op beleidsvoornemens voor de langere termijn. De budgettaire overschrijdingen en de politieke onrust op dit dossier noopten de overheid echter tot een reeks korte termijnmaatregelen waarvan niet altijd meteen duidelijk was op welke wijze ze in de lange termijn aanpak pasten.

BCG/ZN wijst evenals de MDW Werkgroep op de tijd die nodig is om de gewenste gedrags- en mentaliteitsveranderingen te realiseren en de noodzaak een meer realistisch verwachtingsniveau te hanteren voor het veranderingstempo. Tenslotte benadrukken BCG/ZN een dwingende volgorde van te nemen maatregelen.

4.3 Resultaten «invitational conference» en «klankbordgroep farmaceutische zorg»

Uit de landelijke conferentie die de Commissie De Vries op 8 februari jl. over deze rapporten organiseerde, blijkt dat de «sense of urgency» om langs de aanbevolen weg tot effectievere uitgavenbeheersing te komen bij praktisch iedereen aanwezig is. De apothekers leggen daarbij, begrijpelijk, vooral het accent op de voordelen van geneesmiddelen, zie bijvoorbeeld het rapport van de KNMP «Farmacie in balans». Tijdens deze conferentie bleek men vrijwel eensgezind over de juistheid van de ontwikkelingsrichting van het huidige kabinetsbeleid, dit in overeenstemming met bovengenoemde commissies. Wel werden enkele kritische kanttekeningen gemaakt. Ten eerste – zo blijkt met name uit kringen van de patiëntenbeweging – lijken de adviezen de rollen en belangen van de consument, verzekerde of patiënt enigszins uit het oog te verliezen. Weliswaar zal de welbewuste consument hechten aan keuzevrijheid, zowel op het gebied van verzekeringen als op het gebied van zorg. De praktijk voor (chronische) patiënten is echter dat zij vaak niet zoveel te kiezen hebben. Voorts moet meer rekening gehouden worden met en profijt worden getrokken van de kennis, ervaring en wensen van patiënten. Waar het gaat om doelmatig voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen is – zeker bij de patiëntenorganisaties – bijzonder veel deskundigheid voorhanden, deskundigheid waarvan thans onvoldoende gebruik wordt gemaakt.

Een tweede kanttekening betreft de centrale rol van de arts. Recept-geneesmiddelen komen uit de pen van de arts. Er blijkt nog ruimte voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Maar die verbeteringen zijn uitsluitend te bereiken indien de voorschrijvers zich laten aanspreken op professioneel gedrag. Dat wil zeggen: waar mogelijk geprotocolleerd – dus evidence based – handelen (bijvoorbeeld via afspraken in een FTTO en met behulp van het EVS, alsmede

voorschrijven op stofnaam), prescriptieterugkoppeling door apothekers of zorgverzekeraars en (intercollegiale) toetsing van afspraken. Dit betekent dat voor de nieuwe rol van de zorgverzekeraars draagvlak moet worden gecreëerd bij de professionals en hun beroepsorganisaties.

Naar aanleiding van de «invitational conference» heeft de Orde van Medisch Specialisten in een brief van 28 februari 2000 aan de minister van VWS haar zienswijze op het geneesmiddelenbeleid naar voren gebracht. Adequaat voorschrijven en de bijdrage die de medische beroepsgroep in zijn algemeenheid kan leveren aan het oplossen van de geneesmiddelenproblematiek, acht de Orde een belangrijke randvoorwaarde voor de gekozen oplossingen, waaraan de uitgebrachte rapporten in haar ogen betrekkelijk weinig aandacht hebben geschonken. De brief biedt goede aanknopingspunten voor nader constructief overleg met de beroepsgroep om adequaat voorschrijfgedrag verder te ontwikkelen.

Deze kanttekeningen vloeien ook voort uit het recente rapport van de *Klankbordgroep farmaceutische zorg*, die de minister van VWS medio vorig jaar heeft ingesteld. Deze groep, bestaande uit praktijkdeskundigen, bracht rapport uit over het beleid vanuit het perspectief van de praktijk van de farmaceutische zorg. De klankbordgroep onderschrijft veel aspecten van het beleid, en wijst op de praktische mogelijkheden om gedrag van zorgverzekeraars en zorgverleners te veranderen. Gedragsverandering kost nu eenmaal veel tijd en gaat niet vanzelf. Gedragsverandering bij organisaties en professionals in de gezondheidszorg vereist niet alleen de gelegenheid daartoe, maar ook de capaciteit en motivatie om zich daarvoor in te zetten. De klankbordgroep doet op die gebieden enkele praktische suggesties.

5 Standpunt kabinet

5.1 Inleiding

Enerzijds voelt het kabinet zich met bovenstaande adviezen gesteund om door te gaan op de ingeslagen weg. Anderzijds geven de adviezen aan dat een meer fundamentele keuze moet worden gemaakt om de positie van zorgverzekeraars te versterken. Verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor beheersing – c.q. een verantwoorde groei- van de zorg- uitgaven, laat evenwel onverlet dat de overheid in alle omstandigheden verantwoordelijk blijft voor de omvang en doelmatigheid van de collectief gefinancierde uitgaven. In hoofdlijnen betekent dat:

- verder verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen;
- efficiency-verbeteringen in de distributie en de introductie van prijsconcurrentie voor geneesmiddelen;
- overdragen van verantwoordelijkheid naar zorgverzekeraars (als een bestuurlijke voorwaarde om deze doelen te realiseren).

De zorgprocessen spelen zich af op lokaal niveau. Daar horen de gewenste veranderingen plaats te vinden. Op dat niveau hoort het accent van de sturing te liggen, omdat ook daar de effecten direct merkbaar zijn. Individuele zorgverzekeraars verkeren door hun directe contact met lokale zorgverleners en leveranciers en hun inzicht in het feitelijk voorschrijfpatroon uit de declaraties in de ideale positie voor het aan- en bijsturen van de farmaceutische zorg op lokaal niveau. De zorgverzekeraars pakken de handschoen nu ook daadwerkelijk op. Het kabinet acht daarom nu het moment aangebroken om de verdere stap naar verzekeraars te zetten door hun sleutelpositie op lokaal niveau fors te versterken.

Het onderzoek dat ZN heeft laten doen naar de mogelijkheden van zorgverzekeraars op het gebied van de beheersing van de uitgaven voor geneesmiddelen acht het kabinet in dit verband een positief signaal. Het rapport van ZN geeft helder aan welke mogelijkheden verzekeraars zelf zien, welke prioriteiten zij willen leggen en binnen welke tijdspanne zij hun voornemens denken te kunnen realiseren. Zorgverzekeraars leggen net zoals het kabinet prioriteit bij het verbeteren van de doelmatigheid van het voorschrijven en van de distributie van geneesmiddelen. Zij zien goede mogelijkheden om tot een grotere betrokkenheid bij de inkoop van geneesmiddelen te komen. Een belangrijke voorwaarde voor ZN daarbij is dat de overheid een stap terug doet. In die zin sluit de opvatting van ZN goed aan bij de adviezen van de Commissie De Vries en de MDW-werkgroep.

De voornemens en inspanningen van de zorgverzekeraars – landelijk en in veel regio's – geven vertrouwen. De minister van VWS zal ZN uitnodigen om gezamenlijk – VWS, ZN en zorgverzekeraars – in een gemeenschappelijk aanpak de uitvoering van bovengenoemde aanbevelingen ter hand te nemen. Het College van zorgverzekeraars zal hierbij uiteraard worden betrokken. Inmiddels heeft het ZN-bestuur op 3 april jl. besloten op korte termijn te willen praten over de uitvoering en de tijdsplanning van de voornemens in het kabinetsstandpunt.

Wij bevinden ons wat de herziening van de geneesmiddelenvoorziening betreft in een overgangsfase. Met de uitvoering van het Plan van aanpak, waarin een cruciale regierol voor zorgverzekeraars is voorzien, zijn veranderingen in gang gezet om de kwaliteit en de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te verhogen. Hierdoor zal ook de beheersbaarheid van de uitgavenontwikkeling worden vergroot. Op de noodzaak tot aanpassing en de achterliggende gedachten daarbij, is hiervoor al ingegaan.

Bij de opstelling van het regeerakkoord in de zomer van 1998 hadden we de wetenschap dat de aannamen over de uitgavenraming en de opbrengstraming van de maatregelen voor geneesmiddelen risico in zich droegen. Er lijkt in 1998 en 1999 een groeiversnelling te zijn opgetreden. De minister van VWS laat deze groei nu analyseren. Op de financiële problematiek en consequenties zal het kabinet ingaan in de voorjaarsnota.

Rode draden: verdere deregulering en instrumentering

De rode draad in de uitgebrachte adviezen is het oordeel dat het kabinet met het gekozen plan van aanpak in aanzet de juiste richting is ingeslagen maar deze richting en consequenties moet doorzetten. Een richting die in essentie berust op het aanbrengen van de voorwaarden waaronder alle bij de geneesmiddelenvoorziening betrokken partijen de komende jaren hun gedrag zullen gaan veranderen. Gedragsveranderingen die in hun samenhang een kwalitatief betere en meer beheersbare geneesmiddelenvoorziening mogelijk moeten maken. Een richting die met zich brengt dat deze gedragingen minder centraal en door regelgeving gestuurd zullen zijn. Een richting waarin alle betrokken partijen de juiste prikkels hebben om, gebruik makend van de kansen en mogelijkheden die op lokaal niveau aanwezig zijn, op niet vrijblijvende wijze een doelmatige geneesmiddelenvoorziening tot stand te brengen.

Een tweede rode draad in de rapporten is het advies tijdig en volledig alle noodzakelijke voorwaarden aan te brengen voor deze gedragswijzigingen en belemmeringen weg te nemen in de regelgeving en de waarschuwing dat deze gedragsveranderingen tijd vergen.

Met name het rapport van BCG/ZN en de MDW werkgroep geneesmiddelen wijzen ook op een gewenste fasering en een min of meer dwingende volgorde van de te nemen maatregelen en acties.

Voorts moet vertrouwen worden gesteld in een aantal maatregelen die op dit moment nog geen volledig effect sorteren om de simpele reden dat zij pas kort van kracht zijn dan wel omdat zij nu worden ontwikkeld (bijv in het kader van de zogenaamde proeftuinen).

De opmerkingen en aanbevelingen in de afzonderlijke rapporten zijn waardevol gebleken en hebben op onderdelen geleid tot het herformuleren van het kabinetsbeleid en tot een aantal aanvullende maatregelen.

De rapporten van De Vries en de MDW werkgroep wijzen erop dat de actoren het beoogde maatschappelijk gewenste gedrag nog steeds niet in voldoende mate vertonen.

Voor de resterende regeerperiode legt het kabinet dan ook het accent op een deregulerings- en instrumenteringsprogramma op geleide van de aanbevelingen van de MDW-werkgroep geneesmiddelen. Dat programma beoogt vooral de belemmeringen verder te slechten voor de zorgverzekeraars en andere actoren om de hen toegedachte rollen waar te maken. Dit programma is ook nodig om het besturingsmodel voor de farmaceutische zorg meer doeltreffend te laten werken. De volgende paragraaf gaat hierop nader in.

5.2 Programma van deregulering en instrumentering

Inleiding

Met name op geleide van de MDW aanbevelingen heeft het kabinet het hieronder aangegeven programma van verdere deregulering en instrumentering vastgesteld voor de resterende kabinetsperiode in aanvulling op het plan van aanpak en onderdelen van het MJA-traject. Met de uitvoering hiervan worden de vereiste randvoorwaarden geschapen om sneller tot het gewenste gedrag te komen.

A. Uitvoering MDW aanbevelingen

1. Inmiddels is de Regeling Administratievoorschriften farmaceutische hulp op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg reeds vastgesteld. Deze regeling is op 1 april 2000 in werking getreden. Met dit instrument wordt inzicht verschaft in de kosten en baten die gepaard gaan met de levering van geneesmiddelen. Tevens in het voorschrijfgedrag en uitgaven van poliklinische receptuur van medische specialisten.
2. GVS: In het kader van de modernisering van het GVS heeft de Minister van VWS het Cvz reeds verzocht ten bezien of de criteria werkingsmechanisme en toedieningsweg bij de clustering van geneesmiddelen kunnen worden weggelaten. Binnenkort zal het Cvz daarover uitsluitel geven.
3. GVS: De Minister van VWS zal de wenselijkheid en de mogelijkheid bezien om de vergoedingslimieten per cluster in de toekomst te baseren op de laagste prijs van een geneesmiddel dat deel uitmaakt van die cluster. Daarbij zullen tevens de Europeesrechtelijke aspecten worden betrokken.
4. GVS: De Minister van VWS zal het Cvz om een uitvoeringstoets vragen hoe pakketdifferentiatie en flexibilisering van de verzekeringsaanspraken het beste gestalte zijn te geven. Daarbij verzoekt zij het Cvz zich tevens uit spreken over de mogelijkheid om de therapeutische breedte van het pakket te verkleinen en de mogelijke gevolgen voor (chronische) patiënten. Hierbij valt te denken aan de verbinden van consequenties aan de eigen verantwoordelijkheid door het uitsluiten

- van de aanspraak op preventief te gebruiken geneesmiddelen (zogenoemde «life-style-gebruik» van geneesmiddelen i.t.t. gepast gebruik).
5. De Minister van VWS zal de rol die eigen bijdragen en betalingen in de geneesmiddelenvoorziening kunnen spelen, anders dan die welke voortvloeien uit de systematiek van het GVS, na laten gaan. Daarbij zullen de ervaringen in het buitenland met eigen betalingen en de effectiviteit daarvan in termen van uitgavenbeheersing worden gezien mede in relatie tot de aard van de aandoening en de persoon van de verzekerde.
 6. De Minister van VWS zal in overleg treden met het Ctg en WTG-partijen over het introduceren van doelmatigheidsmodules in de tarieven van voorschrijvers en apotheekhoudenden en het opknippen van de receptregelvergoeding voor apotheekhoudenden in deeltarieven voor afzonderlijke prestaties van apotheekhoudenden. Als uitvloeisel van het Akkoord op hoofdlijnen met de KNMP is hierover reeds overleg gaande tussen KNMP en ZN.
 7. De Minister van VWS zal het Ctg de mogelijkheid laten onderzoeken om de laagste WTG-vergoedingsregels af te schaffen. De Minister van VWS heeft het Ctg reeds een uitvoeringstoets gevraagd over een minder volumeafhankelijk tarief voor apotheekhoudenden.
 8. Nieuwe toetreders: De Minister van VWS zal een voorstel van wet indienen tot aanpassing van artikel 42 van de Ziekenfondswet waarmee de beperkingen worden weggenomen die de vrijstelling van de Ziekenfondsraad (het Cvz) voor ziekenfondsen om een eigen apotheek te exploiteren oplegt ten aanzien van het assortiment en de kring van afnemers.
 9. Tevens zal de Minister van VWS een wetsvoorstel voorbereiden tot wijziging van artikel 42 van de Ziekenfondswet waarmee het verbod op bestuurlijke en financiële deelnemingen voor ziekenfondsen vervalft.
 10. De Minister van VWS zal een voorstel van wet indienen om het verbod in artikel 19 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening voor apothekers om in meerdere apotheken werkzaam te zijn afschaffen. Daartoe zal zij in overleg treden met de Inspectie voor de gezondheidszorg.
 11. In samenspraak met de Inspectie voor de gezondheidszorg zal de Minister van VWS bezien hoe vorm kan worden gegeven aan de aanbeveling van de MDW-werkgroep geneesmiddelen om artikel 33 van het Besluit uitoefening artsenij-bereidkunst aan te passen ten einde differentiatie (in assortimenten) in apotheken toe te staan zonder de toegankelijkheid tot geneesmiddelen te beperken.
 12. Teneinde overbodige kwaliteits- en inrichtingseisen te identificeren en af te schaffen zal de Minister van VWS in overleg treden met de Inspectie voor de gezondheidszorg. Daarbij zullen de desbetreffende normen van de beroepsgroepen eveneens in ogenschouw worden genomen.
 13. Teneinde de contracteervrijheid van zorgverzekeraars meer inhoud te geven zal de Minister van VWS het systeem van landelijke uitkomsten van overleg ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening afschaffen. Een wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet zal worden voorbereid.
 14. De Minister van VWS zal in overleg treden met de Orde, LHV, KNMP, KNMG en ZN om te bezien hoe gezamenlijk vorm kan worden gegeven aan een betere uitwisseling van relevante informatie tussen beroepsbeoefenaren en hoe deze informatie als spiegel-informatie ook de kwaliteit van het voorschrijven kan verbeteren. Mocht dit overleg onvoldoende resultaat opleveren dan zal de minister bezien hoe een en ander op een andere manier is vorm te geven en daarbij zal zij zo nodig overwegen om de weergave van de reden van gebruik in enigerlei vorm verplicht te stellen.

Toelichting

Pakketdifferentiatie en vaststellen van verzekeringsaanspraken

Met name de Commissie De Vries gaat in haar rapport ook in op de samenstelling van het extramurale geneesmiddelenpakket. Teneinde zorgverzekeraars in staat te stellen gedifferentieerde pakketten aan te bieden, zou de aanspraak geflexibiliseerd moeten worden. Zouden zorgverzekeraars derhalve zelf de verzekeringsaanspraken moeten kunnen vaststellen. Het kabinet is van mening dat dit op korte termijn niet noodzakelijk is, aangezien de mogelijkheden om de doelmatigheid via het voorschrijven en de distributie te vergroten nog lang niet zijn uitgeput. Zo kan door middel van het maken van afspraken tussen verzekeraars en voorschrijvers over het werken met protocollen het pakket dat feitelijk voor vergoeding in aanmerking komt al sterk worden beperkt. Daarnaast staat de zorgverzekeraars in de huidige situatie weinig in de weg om de inkoop van geneesmiddelen zelf ter hand te nemen. Wanneer de gemaakte afspraken over voorschrijfgedrag in voldoende mate worden nageleefd, kunnen verzekeraars hun inkoopbeleid hierop afstemmen en hierdoor schaalvoordelen behalen.

Vooralsnog kunnen zorgverzekeraars – omdat zij niet in voldoende mate daartoe zijn toegerust – ook niet op effectieve wijze volledige uitvoering geven aan flexibilisering van de verzekeringsaanspraken door middel van het vaststellen van verzekeringsaanspraken per individuele zorgverzekeraar.

Pas wanneer het deregulerings- en instrumenteringsprogramma is afgerond kan daartoe worden overgegaan zodat dan in de praktijk daadwerkelijk verschillende assortimenten/pakketten door verschillende zorgverzekeraars kunnen worden aangeboden. Dat zal wel binnen door de overheid vastgestelde randvoorwaarden met betrekking tot kwaliteit en toegankelijkheid moeten geschieden. Met name met betrekking tot de vaststelling van de zogenaamde «therapeutische breedte» van het pakket en de invulling daarvan door de individuele zorgverzekeraars.

Dit spoort met de voorstellen van de Commissie de Vries over de flexibilisering van de aanspraak. De Commissie De Vries stelt een model voor waarbij de minister van VWS de eindverantwoordelijkheid draagt voor de therapeutische breedte van het pakket, terwijl de individuele verzekeraars de feitelijke samenstelling (het feitelijke assortiment) bepalen.

De invulling van dit model kan op verschillende manieren vorm krijgen, waarbij de therapeutische breedte op verschillende niveaus kan worden gedefinieerd. In de huidige situatie is wettelijk op productniveau geregeld op welke geneesmiddelen aanspraak bestaat. Denkbaar is om de aanspraak op het niveau van werkzame stoffen te regelen, waarbij de verzekeraar kan bepalen wélk specifiek product met een de desbetreffende werkzame stof daadwerkelijk vergoed wordt. Op een vergelijkbare manier zou de aanspraak op het niveau van geneesmiddelgroep (bijvoorbeeld GVS-cluster) of aandoening geregeld kunnen worden.

Teneinde latere besluitvorming op dit punt voor te bereiden, zal aan het Cvz om een uitvoeringstoets worden gevraagd. Hierbij zal het College worden verzocht zowel in te gaan op zorginhoudelijke aspecten en gevolgen voor de positie van de patiënt als ook op mogelijk te behalen besparingen in de distributiesfeer en op consequenties voor de uitvoering. Verder zal specifiek aandacht worden gevraagd voor de vraag hoe de verantwoordelijkheid voor de feitelijke invulling van het pakket zich zou moeten verhouden tot de verantwoordelijkheid voor de toelating van nieuwe geneesmiddelen.

Naast de aanbeveling ten aanzien van de flexibilisering van de aanspraak stelt de Commissie De Vries voor om op termijn de therapeutische breedte van het pakket nog eens onder de loep te nemen. Een en ander zou mogelijk een beperking van het basispakket tot gevolg kunnen hebben. Ook ten aanzien van dit punt zal aan het Cvz om een uitvoerings-toets worden gevraagd. Bij het beperken van de therapeutische breedte gaan de gedachten vooral uit naar het introduceren van meer eigen verantwoordelijkheid voor patiënten. Zo zou de aanspraak op geneesmiddelen die bestemd zijn voor aandoeningen die mede door het gedrag en de levenswijze van patiënten worden veroorzaakt (zogenaamde «life-style-gebruik» van geneesmiddelen), beperkt kunnen worden. De minister van VWS zal het Cvz met name verzoeken aan te geven wat dit kan betekenen voor de positie van de patiënt en welke gevolgen een en ander kan hebben voor de chronische patiënt.

Eigen bijdragen en betalingen

De in het verleden gehanteerde eigen bijdragen voor geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld de medicijn-knaak zijn niet effectief (genoeg) gebleken. Daarnaast waren grote kosten verbonden aan het administratief verwerken daarvan. In het uit te voeren onderzoek zullen met name de effectiviteit, de gevolgen voor de gezondheid van verschillende categorieën van patiënten alsmede de uitgaven in relatie tot de opbrengsten specifiek punt van aandacht vormen.

Nieuwe toetreders: contracteerbeleid en afschaffen van UVO's

Door het ontwikkelen van nieuw contracteer- en aanbestedingsbeleid kunnen zorgverzekeraars een meer doelmatige inkoop en distributie van geneesmiddelen bewerkstelligen. Bijvoorbeeld het hanteren van voorkeurslijsten en formularia in hun contracten met zorgaanbieders. Ook kan gedacht worden aan het inhuren van de farmaceutische zorg door (gespecialiseerde) apotheken die desgevraagd ook de inkoop van de geneesmiddelen voor hun rekening nemen. Al of niet voor een vast bedrag (all-in-tarief) per verzekerde. Daarmee worden nieuwe distributievormen en vormen van dienstverlening gestimuleerd. Zorgverzekeraars zullen meer gebruik kunnen maken van de huidige door de MDW-werkgroep geconstateerde mogelijkheden tot differentiatie in de relaties met zorgaanbieders als de systematiek van landelijke werkende uitkomsten van overleg (UVO's) is afgeschaft. Daarnaast zullen de mogelijkheden daartoe worden uitgebreid als de uit de toepassing van die systematiek voortvloeiende belemmeringen voor de contracteervrijheid voor individuele zorgverzekeraars zijn weggenomen.

In enkele proeftuinen worden ook voorbereidingen getroffen voor veranderingen in de distributiestructuur van geneesmiddelen. Ziekenhuizen zijn begonnen met de oprichting van een poliklinische apotheek. Apotheekhoudende huisartsen overwegen tot een scheiding van zorg- en inkoopbelangen te komen. Zorgverzekeraars, de LHV, maar ook farmaceutische groothandels, spelen daarin een belangrijke initiërende en ondersteunende rol.

B. Doelmatig voorschrijven

Het beleid wordt voortgezet om de doelmatigheid van het voorschrijven van geneesmiddelen te vergroten. Speerpunten zijn daarbij de toepassing van het EVS bij huisartsen en – waar nodig en wenselijk – de oprichting van FTTO's. Voor de introductie van het EVS hebben de LHV en NHG verantwoordelijkheid genomen. De eerste stappen op weg naar FTTO's zijn in nauwe samenwerking met enkele grote zorgverzekeraars en de

zorgverleners in zeven regionale proeftuinen gezet. De Orde heeft het initiatief genomen om – samen met andere betrokkenen – in andere regio's FTTO's op te zetten als onderdeel van het kwaliteitsbeleid en de regionale ondersteuningsstructuur voor medisch-specialisten. Zowel het EVS als het FTTO kan op een groot draagvlak bij koepelorganisaties van zorgverleners rekenen. Het kabinet heeft er alle vertrouwen in dat langs de weg van de verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven ook tot beheersing van de uitgaven kan worden gekomen.

De meerjarenaafspraken met de koepels in de zorg ondersteunen het ingezette beleid. Hiermee wordt een betere perifere infrastructuur geschapen voor het bevorderen van doelmatig voorschrijven. Daarmee is ook duidelijkheid verschaft over de financiële kaders en de inspanningen die de betrokkenen op diverse terreinen zullen leveren. Op het gebied van de farmaceutische zorg zijn expliciete afspraken gemaakt met de LHV (o.a. over het EVS en de apotheekhoudende huisartsen), de KNMP (terugdringen kortingen en bonussen en bevorderen zorgverlenerschap apothekers) en de Orde (voortouw bij ontwikkelen FTTO). De afspraken met de LHV hebben mede tot doel de farmaceutische zorg door apotheekhoudende huisartsen op het platteland in stand te houden en daar tot experimenten met het scheiden van zorg en inkoop te komen.

Een kritieke succesfactor is ook het draagvlak van de uitkomsten van het FTTO bij de patiënten. Voorschrijfgedrag dat beter afgestemd is tussen de 1e en 2e lijn moet uiteindelijk de patiënt ten goede komen. De transmurale farmacie moet patiëntgericht zijn.

Bij de ontwikkeling van het beleid wil het kabinet nadrukkelijker dan nu het geval is de patiënt betrekken. Dit kan met name geschieden door de expertise van de patiëntenverenigingen beter te benutten zodat een betere balans kan worden verkregen tussen kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening en de daarmee gepaard gaande uitgaven.

Een actieve deelname aan het FTTO door (vertegenwoordigers van de) patiënten wordt door de Klankbordgroep farmaceutische hulpverleners evenwel als niet wenselijk beschouwd. Een oplossing zou zijn dat de ervaringsdeskundigheid van patiënten vooral op landelijk niveau wordt ingezet, bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van richtlijnen van NHG, CBO en iMTA en Landelijk Transmurale Afspraken (LTA)¹. Ook is het denkbaar dat vertegenwoordigers van patiënten en de zorgverzekeraars – in de rol van monitor – plaatsnemen in een stuurgroep die op lokaal niveau de FTTO's opzetten, of afhankelijk van de organisatievorm van een FTTO in het bestuur ervan. Op deze wijze kunnen zij het FTTO voeden met hun ervaringsdeskundigheid. Patiëntenorganisaties kunnen ook een belangrijke rol spelen in de voorlichting over richtlijnen en FTTO-uitkomsten naar de eigen achterban.

Draagvlak van het FTTO bij zorgverzekeraars is eveneens een kritieke succesfactor. Dat wil niet zeggen dat zorgverzekeraars aan het FTTO zelf zouden moeten deelnemen. De rol voor de zorgverzekeraars is eerder voorwaardenscheppend en ondersteunend, onder andere op het gebied van ICT en administratieve organisatie en door middel van voorlichting aan verzekeren. Het is aan zorgverzekeraars zelf om te beslissen op welke wijze zij FTTO's willen ondersteunen.

Automatisering dient speerpunt van het beleid van de zorgverzekeraars te worden. Zij kunnen een belangrijke stimulerende en faciliterende rol vervullen bij de automatisering van informatievoorziening. De noodzakelijke uitwisseling van informatie tussen specialisten, huisartsen en apotheken veronderstelt dat met name ten aanzien van specialisten een stimulerend beleid wordt gevoerd.

¹ KNMG, LHV, Orde, NP/CF, NVZ, KNMP en ZN hebben in het plan van aanpak «FTTO, klaar voor de start» tot dergelijke afspraken besloten.

Automatisering als speerpunt geldt zeker wanneer men beseft dat de acceptatie en integratie van ICT moeizaam verloopt doordat de gebruiksvriendelijkheid van de software tekort schiet, systemen niet koppelbaar zijn gemaakt en software en gegevens gedeeltelijk snel achterhaald zijn. De kern van het probleem ligt in het feit dat niemand het opzetten van een ICT-structuur stuurt, de regie voert en de besluitvorming regelt.

C. Sturing geneesmiddelenvoorziening en farmaceutische zorg

C.1 Van overheidssturing naar sturing door verzekeraars

De besturing van de zorgsector maakt een geleidelijke transformatie door van een aanbodgerichte besturing naar een vraaggerichte sturing. In het tweede compartiment is in 1991 al een begin gemaakt met deze transformatie naar een besturingsmodel waarin risicodragende zorgverzekeraars de doelmatige regisseurs en inkopers van zorg worden. Het risicodragend maken van zorgverzekeraars is een technisch lastig en daardoor een langdurig proces waarin de normatieve vergoeding aan de zorgverzekeraar uit de centrale kas van het ziekenfonds een compensatie vormt voor het objectieve risico dat een zorgverzekeraar loopt, gelet op een aantal kenmerken van zijn verzekerdenpopulatie. Hierdoor kunnen we zorgverzekeraars, die een acceptatieplicht hebben, financieel risicodragend maken zonder dat zich het risico van risicoselectie voordoet. Door het geleidelijk verminderen van de nacalculatie en verevening onder zorgverzekeraars zijn we nu zover dat zorgverzekeraars nagenoeg volledig risicodragend zijn gemaakt voor onder meer de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening.

De Commissie De Vries geeft aan dat de bestaande financiële verantwoordelijkheid van overheid en verzekeraars voor de uitgavenontwikkeling voor geneesmiddelen een doeltreffende werking van dit besturingsmodel in de weg staat.

Deze dubbele financiële verantwoordelijkheid leidt ertoe dat ingeval er een overschrijding is van het budgettaire macrokader voor geneesmiddelen (het BKZ) de overheid door haar spelregels gedwongen is om compenserende maatregelen te treffen om in het volgende jaar deze overschrijding weer ongedaan te maken. Deze compenserende maatregelen, zo gaat de analyse verder, hebben steeds hetzelfde karakter. Ofwel ze leiden tot pakketbeperkingen ofwel tot verlaging van het prijsniveau. Dit zijn de maatregelen die leiden tot een steeds grotere regeldichtheid, verstarring van gedrag, juridische procedures en onvoorzien gedragseffecten. Deze maatregelen leiden er tevens toe dat het voorgenomen beleid voor de langere termijn gefrustreerd wordt en moeilijker te realiseren is. Op lokaal niveau kunnen partijen ook geen stabiele relaties aangaan doordat de overheid op onvoorspelbare wijze, maar wel met voorspelbare regelmaat, de afspraken in het lokaal overleg kan doorkruisen. Voor verzekeraars geldt tenslotte dat in psychologisch opzicht de inspanningen om te investeren in uitgavenbeheersing minder renderen, doordat de rolverdeling met zich meebrengt dat ingeval van uitgavenoverschrijdingen de overheid als eerste met maatregelen zal ingrijpen en de boodschapper van het slechte nieuws zal zijn.

Hoewel de zorgverzekeraars individueel in toenemende mate financieel risicodragend zijn, leidt die met de overheid gedeelde verantwoordelijkheid ook tot een afwachtende houding. Voor niet gebudgetteerde onderdelen van de gezondheidszorg is de overheid bij macro-overschrijdingen immers gedwongen op korte termijn compenserende maatregelen te nemen. Dit heeft geleid tot een steeds dichter wordend web van regelgeving dat er mede verantwoordelijk voor is dat het besturingsmodel niet effectief kan zijn en het ontbreken van structurele beheersbaarheid van de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening. Met name de MDW werk-

groep geneesmiddelen heeft op de regelverdichting gewezen en doet concrete voorstellen tot deregulering.

De commissie beveelt aan om deze dubbele financiële verantwoordelijkheid op te heffen en de financiële verantwoordelijkheid voor de uitgavenontwikkeling voor de geneesmiddelen volledig over te dragen aan de verzekeraars.

Het kabinet onderschrijft het standpunt van de Commissie de Vries dat de partijen in het veld een beter overzicht hebben van de noden en behoeften van patiënten en verzekerden en beter kunnen sturen op doelmatigheid en kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening dan een centrale overheid die op afstand van de praktijk staat. Het kabinet streeft er naar dat de voorwaarden voor een doeltreffende werking van dit besturingsmodel zo spoedig mogelijk zijn vervuld.

Daarom dient eerst een deregulerings- en instrumenteringprogramma te worden uitgevoerd, zodat zorgverzekeraars voldoende toegerust zullen zijn voor hun nieuwe regierol en waardoor:

- voor de marktpartijen een goede kennisuitwisseling is gebracht;
- de markt transparant wordt gemaakt;
- voor alle partijen een «level playing field» is ontstaan;
- deskundigheid bij zorgverzekeraars is vergroot maar ook
- een actieve benchmarking van de prestaties van verzekeraars kan plaatsvinden.

Verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars voor beheersing – c.q. een verantwoorde groei – van de zorguitgaven, laat evenwel onverlet dat de overheid in alle omstandigheden verantwoordelijk blijft voor de omvang en doelmatigheid van collectief gefinancierde uitgaven. In dit licht zal het kabinet bezien hoe de gewijzigde rol van verzekeraars kan worden gecombineerd met macrokostenbeheersing, zoals deze tot uitdrukking komt in het Budgettair kader zorg (BKZ). Het kabinet zal daarbij tevens onderzoeken welke consequenties een eventuele wijziging van het BKZ zou hebben voor de begrotingsnormering. De hierbij behorende afwegingen zouden bijvoorbeeld door de Studiegroep Begrotingsruimte kunnen worden geïnventariseerd. Eventuele aanpassingen in de begrotingsnormering zouden in een volgende kabinetsperiode ingevoerd kunnen worden wanneer ook het deregulerings- en instrumenteringsprogramma zal zijn uitgevoerd.

C.2 Budgetteren poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen

Eén van de grote operaties, die in het plan-Koopmans staan, is het budgetteren van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. De Commissie De Vries onderkent de voordelen van dit beleid, zoals:

- het inzicht dat zal ontstaan in het voorschrijfgedrag van medisch-specialisten;
- de stap op weg naar een integrale bekostiging van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf;
- het uitbreiden van de effectief gebleken rol van de ziekenhuisapotheker van intramuraal voorgeschreven geneesmiddelen naar extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen.

De Commissie De Vries ziet echter ook belangrijke nadelen:

- deze vorm van budgetteren versterkt de dubbele budgettering, die de Commissie afwijst;
- het voornemen biedt tal van afwentelingsmogelijkheden;
- er zijn onzekere financiële effecten voor ziekenhuizen en openbare apothekers.

De Commissie is er – alles afwegende – voorstander van dat op initiatief van verzekeraars op lokaal niveau afspraken worden gemaakt tussen een zorgverzekeraar, een ziekenhuis en medisch specialisten dan wel in FTTO-verband om op experimentele basis een dergelijke overheveling in te voeren.

Uit het rapport van BCG/ZN blijkt dat de zorgverzekeraars de komende jaren prioriteit geven aan het doelmatig voorschrijven van huisartsen. Inmiddels blijkt dat ZN ook de voorbereidingen treft ten aanzien van poliklinische receptuur van medisch specialisten. De via experimenten (die kunnen aansluiten bij de lokale initiatieven waar partijen elkaar al treffen) opgedane ervaring met beheersafspraken – waar kwaliteit en doelmatigheid samen komen – zal kunnen worden gebruikt bij de vormgeving van de budgettering van de poliklinische receptuur. Gedurende het jaar 2000 kan dus op die wijze op meerdere plaatsen tegelijk ervaring worden opgedaan. Thans worden gesprekken gevoerd op regionaal en lokaal niveau. Het onderzoek «Geneesmiddelen geteld» van het Nzi (thans Prismant) kan partijen hierbij behulpzaam zijn. Naar aanleiding van de wijziging van artikel 13 WOG heeft de minister van VWS ter bevordering van transparantie voor onder andere ziekenhuizen, administratie- en declaratievoorschriften vastgesteld. Het te verkrijgen inzicht in voorschrijfgedrag en uitgaven is essentieel bij het inhoud geven van de budgettering van poliklinische receptuur en ter voorkoming van door de Commissie De Vries geopperde afwentelingsmogelijkheden.

C.3 Onafhankelijk marktregulerend orgaan

Het voorstel van de Commissie de Vries over het instellen van een onafhankelijke «market maker» neemt het kabinet in die zin over dat de ministers van VWS en Economische Zaken, in overleg met ZN, de Nma, het Cvz en de Ctu zullen bezien op welke wijze de marktwerking onder zorgverzekeraars kan worden gefaciliteerd.

5.3 Verbetering kwaliteit (financiële) informatievoorziening

De commissie de Vries beveelt aan de financiële informatievoorziening te verbeteren.

Vooropgesteld moet worden dat de informatievoorziening over geneesmiddelengebruik en uitgaven internationaal gezien op een zeer hoog peil staat. VWS baseert de inschatting en realisatie van de uitgaven van de extramurale geneesmiddelen op de gegevens van de verzekeraars zoals die worden aangeleverd bij het CVZ (zorgverzekeraars) en Vektis (particuliere verzekeraars). Ten einde deze gegevens beter op elkaar te doen aansluiten is vorig jaar een convenant met de verzekeraars (ZN) gesloten. Vanaf 2001 zullen nagenoeg alle verzekeraars de gegevens op gestandaardiseerde wijze aanleveren en deze zullen op gelijksoortige worden verwerkt.

Daarnaast wordt gebruikt gemaakt van gegevens van het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) bij het CVZ en van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) van de KNMP. Deze databanken bieden zeer gedetailleerde informatie over het geneesmiddelengebruik en de uitgaven. Op enkele gebieden zijn verbeteringen mogelijk en nodig. Zo heeft het RIVM onlangs in zijn rapport «Stijgende geneesmiddelkosten: theoretische en praktische inzichten» aangegeven dat determinanten van het geneesmiddelengebruik slechts adequaat in beeld kunnen worden gebracht indien er gebruiksgegevens op patiënteniveau beschikbaar zijn. Het ministerie van VWS is thans bezig om, gezamenlijk met deskundigen uit het veld, een monitoringsystematiek te ontwerpen, waarbij fasegewijs een oplossing wordt gezocht voor de signaleerde knelpunten.

5.4 Niet meteen overgenomen aanbevelingen

Het kabinet is met ZN – en anders dan de Commissie De Vries – van mening dat het vaststellen op korte termijn van de *verzekeringsaanspraken* door zorgverzekeraars niet wenselijk en niet noodzakelijk is, omdat de mogelijkheden om de doelmatigheid te vergroten via het voorschrijven en de distributie voorlopig nog niet zijn uitgeput. Ook zijn hier praktische haken en ogen, zoals het feit dat in de huidige situatie sommige huisartsen en specialisten werken met zo'n 20 verschillende verzekeraars. Als elk van deze verzekeraars een ander pakket gaat bieden, is het duidelijk dat dit in de praktijk tot problemen kan leiden zonder een efficiënte inzet van ICT.

Een heel belangrijk punt is voorts dat alle verzekerden in principe moeten kunnen rekenen op een verzekerd geneesmiddelenpakket dat de volle therapeutische breedte dekt. Om (eventuele) latere besluitvorming op dit punt voor te bereiden – mede met het oog op de komst van nieuwe, ook preventief te gebruiken geneesmiddelen – wordt het CVZ zo spoedig mogelijk om een uitvoeringstoets gevraagd of inderdaad aan pakketdifferentiatie en flexibilisering van de verzekeringsaanspraken gestalte kan worden gegeven met behoud van een gelijkwaardige beschikbaarstelling van geneesmiddelen voor iedereen. Het CVZ zal tevens worden gevraagd te adviseren over de mogelijkheid om de therapeutische breedte van het pakket te verkleinen. Het gaat hier om toepassing van het principe «gepast gebruik»: zorg moet naast noodzakelijk en (kosten)effectief ook onafwendbaar zijn. Hier valt ook te denken aan de introductie van een vorm van eigen verantwoordelijkheid door bijvoorbeeld het (preventief) gebruik als zogenaamd «lifestyle-geneesmiddel» van (volledige) vergoeding uit te sluiten. Het CVZ zal met name dienen aan te geven welke gevolgen een en ander kan hebben voor de (chronische) patiënt. De eerste stap wordt nog dit jaar gezet met de aanscherping van de vergoedingscriteria voor cholesterol-verlagende middelen.

Het kabinet is evenmin voornemens op dit moment tot nieuwe vormen van eigen betalingen over te gaan, anders dan die voortvloeien uit de systematiek van het GVS.

Wel zal de minister van VWS nagaan welke recente ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met eigen betalingen en de effectiviteit daarvan in termen van uitgavenbeheersing.

5.5 Juridische aspecten

De invloed van de Europese regelgeving op geneesmiddelen is van oudsher groot.

Zo is bijvoorbeeld de nationale regelgeving met betrekking tot toelating tot de markt van geneesmiddelen (de handelsvergunning) een implementatie van Europese regelgeving. Inmiddels is al enige tijd ook een Europese gecentraliseerde registratieprocedure van kracht. Hiermee kan in een keer een handelsvergunning voor alle Lid-staten wordt verkregen. De interne markt is hierdoor versterkt. Dit opent ook betere perspectieven voor de zorgverzekeraars ten aanzien van de inkoop van geneesmiddelen.

Voorts is van belang op te merken dat naar mate zorgverzekeraars en andere actoren meer vrijheden krijgen ten aanzien van economische activiteiten de nationale en Europeesrechtelijke mededingingsbepalingen meer van toepassing zullen zijn.

Hierbij valt te denken aan het ontstaan van economische machtsposities (van bijvoorbeeld zorgverzekeraars) en afspraken over gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen.

Ook de concrete invulling van «pakketdifferentiatie» kan mededingingspolitiek relevant zijn. Ten aanzien van de mededingingsaspecten geldt dat

toezicht wordt uitgeoefend door de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) en door de Europese Commissie.

Voorzover zorgverzekeraars overgaan tot het aanbesteden van de inkoop van geneesmiddelen zijn ook de Europese aanbestedingsbepalingen van toepassing.

Ten aanzien van de verzekeringsaanspraken geldt dat een en ander vooralsnog in overeenstemming dient ten zijn met internationale verplichtingen in het kader van de ILO.-verdragen.

5.6 Consequenties begroting/financieel kader

Het kabinet zal uitgebreid terugkomen op de financiële problematiek en de consequenties voor de begroting naar aanleiding van de besluitvorming over de Kaderbrief.

5.7 Toekomstperspectief en slotbeschouwing

Zorgverzekeraars zijn in staat om op effectieve wijze invulling te geven aan hun regierol in de geneesmiddelenvoorziening na het uitvoeren van het deregulerings- en instrumenteringsprogramma.

Er is tijd nodig voor de uitvoering van het deregulerings- en instrumenteringsprogramma en de effecten daarvan zullen pas over enkele jaren zichtbaar worden. Daarom is het uit financiële overwegingen nog niet verantwoord de huidige vormen van aanbodbudgettering los te laten. Dat houdt in dat in deze overgangperiode:

- het GVS vooralsnog blijft bestaan, mogelijk met aangepaste clusters en meerdere indicatiebeperkingen;
- de toelating van nieuwe geneesmiddelen in het ziekenfondspakket wordt verder vormgegeven met gebruikmaking van farmaco-economische uitgangspunten;
- de kortingen en bonussen bij apothekhoudenden via de «claw back» op de materiaalkosten naar de zorg worden teruggestuisd;
- de voorbereidingen voor de budgettering van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen worden voortgezet.

Met gebruikmaking van door de beroepsgroepen gedragen (behandel)-protocollen, de uitkomsten van het FTTO en via het Electronisch voorschrijfsysteem (EVS) kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders formularia ontwikkelen en implementeren. Met deze instrumenten kan het volume worden gestuurd en beperkt.

Aanpassingen in de WTG-tariefsystematiek (deregulering) zoals het onderscheiden van verschillende diensten met verschillende maximumtarieven ten aanzien van zorgaanbieders en de introductie van bonus/ malussystemen ondersteunen deze ontwikkeling.

Door sturing van het volume krijgen zorgverzekeraars een sterkere inkooppositie. Hierdoor kunnen de prijzen voor geneesmiddelen door goed onderhandelende zorgverzekeraars in toom worden gehouden en zal margeconcurrentie worden vervangen door prijsconcurrentie.

Mocht dit marktproces onvoldoende aanvaardbare prijzen opleveren dan kan de Wet geneesmiddelenprijzen, waarvan alle adviezen pleiten voor handhaven, worden ingezet.

Na de overgangperiode kan ook worden overgegaan tot het vaststellen van de verzekeringsaanspraken door zorgverzekeraars binnen door de overheid vastgestelde randvoorwaarde met betrekking tot therapeutische breedte van het pakket. Op deze wijze kan dan uitvoering worden gegeven aan flexibilisering van de verzekeringsaanspraken.

De zorgverzekeraars vragen terecht om een helder perspectief en een consistent beleid van de regering. De realiteit gebiedt te zeggen dat het onmogelijk is van de ene op de andere dag de aanbodbeheersing in te ruilen voor volledige sturing via zorgverzekeraars. Er is sprake van een overgangssituatie. De komende jaren worden gekenmerkt door nieuwe bestuurlijke en financiële verhoudingen tussen alle spelers in het zorgveld. Dat geeft onzekere uitkomsten en vergt een geleidelijke en zorgvuldige begeleiding en monitoren door regering en zorgverzekeraars. Het kabinet heeft er niettemin alle vertrouwen in dat de zorgverzekeraars hun ambities waarmaken en wil hen daartoe – onder meer door het programma van deregulering en instrumentering – alle gelegenheid bieden.

Uitgangspunt bij al het beleid in de zorg blijft dat een goed evenwicht moet worden gezocht tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg inclusief de geneesmiddelenvoorziening. Bij de vormgeving van dat beleid zal de overheid rekening houden met de aan de verzekeraars toebedeelde verantwoordelijkheden en instrumenten teneinde te voorkomen dat het overheidsbeleid de inspanningen van de verzekeraars frustreert.

Omdat de verwezenlijking van de kabinetsvoorstellen een fors deregulerings- en instrumenteringsprogramma vergt heb ik een Coördinatiegroep ingesteld met als taak het proces te begeleiden en daarin een efficiënte volgtijdelijkheid aan te brengen. Het hieronder opgenomen globale tijdschema zal dat ook nader geconcretiseerd en gespecificeerd worden.
Van de Coördinatiegroep maken – naast ambtenaren van verschillende ministeries – ook vertegenwoordigers van uitvoeringsorganen en verzekeraars deel uit.

Globaal tijdspad implementatie deregulering en instrumentering zorgverzekeraars

Implementatie MDW-maatregelen

maatregel	VWS	Tijdspad
<i>Vergroten invloed verzekeraar op voorschrijven en afleveren:</i>		
– vermelden indicatie op recept	– afspraken met Orde, LHV, KNMG, KNMP en ZN over verbetering informatieuitwisseling	– mei 2000
– opnemen AGB-code op recept	– Regeling Administratievoorschriften farmaceutische zorg	– in werking getreden per 1-4-2000 (specialisme + naam zkh);
– introduceren door verzekeraars van doelmatigheidsmodules/tarief-differentiatie	– verantwoordelijkheid van Ctg en WTG-partijen	– augustus 2000
– 3e geldstroom transparant maken	– aanpassing Reclamebesluit WOG artikel 20 & Besluit Jaarrekening	– Najaar 2000 voorstel naar TK
<i>Vergroten invloed zorgverzekeraar op prijs en vergoeding geneesmiddel:</i>		
– mogelijkheid bezien afschaffen WTG laagste prijsregels	– uitvoeringstoets aan Ctg vragen	– juni 2000
– aanpassen reikwijdte WTG	– evaluatie inspanningen verzekeraars	– eind 2001
– GVS: wijzigen clustering	– uitvoeringstoets aan Cvz in het kader van modernisering GVS is gevraagd	– binnenkort uitsluitel van Cvz
– onderzoek GVS: laagste prijs vergoeden	– inhoudelijke en juridische toets i.v.m. Europeesrechtelijke-aspecten	– juni 2000
– afschaffen GVS:	– Uitvoeringstoets aan Cvz vragen	– na evaluatie inspanningen verzekeraars
– onderzoek naar eigen bijdragen laten doen	– ervaringen in buitenland inventariseren	– voor eind 2000
<i>Nieuwe toetreders:</i>		
– creëren gelijk speelveld eigen instellingen	– voorstel van wet tot aanpassing ZFW, artikel 42	– wetsvoorstel naar TK voorjaar 2001
– opheffen verbod op bestuurlijke en financiële deelnemingen	– idem	– idem
– afschaffen systematiek uitkomsten van overleg	– idem art 44–46 ZFW	– idem
– afschaffen overbodige kwaliteits- en inrichtingseisen	– advies Inspectie	– medio 2000
– afschaffen verbod art 19 WOG voor apothekers om in meerdere apotheken werkzaam te zijn	– voorstel van wet tot aanpassing WOG, artikel 19,	– medio 2000
– versoepelen afleverplicht apotheken	– voorstel van wet tot aanpassing WOG, artikel 33 BUA,	– medio 2000
– sturen tussen zorgaanbieders (aanpassing ZFW – aanspraak beperken tot zorg van meest doelmatige aanbieders)	– uitvoeringstoets aan Cvz vragen (doelmatigheid in de ziekenfondsverzekering)	– Najaar 2000
– flexibiliseren aanspraken	– nader onderzoek wat binnen huidige systematiek reeds mogelijk is. Verdere aanpassingen inventariseren en koppelen aan uitvoeringstoets Cvz van voorgaande punt	– Najaar 2000

Globaal tijdpad overige maatregelen

maatregel	ZN/VWS	Tijdpad
<i>Voortzetten bestaand beleid:</i>		
- EVS		- reeds in gang gezet - Per 1-4-2000 inzicht vergaren in voorschrijfgedrag en uitgaven van poliklinische receptuur van medische specialisten
- Poliklinisch budgetteren	- 1) informatievoorziening ter ondersteuning verbeterd - 2) lokale experimenten - 3) invoering landelijk systeem	- in de loop van 2000 - in de loop van 2001
- FTTO/Protocollair handelen bevorderen (formulair)	MJA-partijen	- in de loop van 2000

Toelichting

Het beleid wordt voortgezet om de *doelmatigheid van het voorschrijven* van geneesmiddelen te vergroten. Speerpunten zijn daarbij de toepassing van het EVS bij huisartsen en medisch specialisten en – waar nodig en wenselijk – de oprichting van FTTO's. Voor de introductie van het EVS hebben de LHV en NHG verantwoordelijkheid genomen. De eerste stappen op weg naar FTTO's zijn in nauwe samenwerking met enkele grote zorgverzekeraars en de zorgverleners in zeven regionale proeftuinen gezet. De Orde heeft het initiatief genomen om – samen met andere betrokkenen – in andere regio's FTTO's op te zetten als onderdeel van het kwaliteitsbeleid en de regionale ondersteuningsstructuur voor medisch specialisten. Zowel het EVS als het FTTO kan op een groot draagvlak bij koepelorganisaties van zorgverleners rekenen. Langs de weg van de verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven kan ook tot beheersing van de uitgaven worden gekomen.

Concrete tussenstappen Koopmans

Activiteiten + tijdpad

A. EVS/FTTO

- 1999 Voor 1 HIS (huisartsinformatiesysteem) EVS uitgeleverd en 1 HIS gecertificeerd als EVS. Totaal ca. 30% van de (7000) huisartsen. Alle DHV'en (districthuisartsenverenigingen) hebben plannen ingediend bij LHV voor implementatie.
- 2000 Alle resterende huisartsen krijgen het EVS. Start ondersteuning/scholing via DHV'en. Eerste resultaat monitoring EVS over 1999 beschikbaar. Resultaten proeftuinen FTTO en politheek.
- 2001 Alle overige huisartsen worden geschoold in gebruik EVS. Verdere implementatie FTTO. Eventueel bijsturing van de implementatie aan de hand van monitoring 1999 en 2000.
- 2002 Alle huisartsen moeten met EVS kunnen werken en moet volgens afspraak met LHV een netto opbrengst 300 mln. worden gerealiseerd (bruto dus tegen de 400 mln.).

B. Poliklinisch budgetteren

- 1999 Uitvoeringstoets en implementatieplan door het CTG uitgebracht. NZI onderzoek afgerond. Proeftuin politheken (Achmea) van start gegaan
- 2000 Inwerkingtreding per 1-4-2000 van de Regeling Administratievoorschriften farmaceutische zorg. Eveneens per 1-4-2000 wijziging van art 13 van de Wet op geneesmiddelenvoorziening (WOG) van kracht (mogelijkheid tot extramuraal afleveren door de ziekenhuis-apotheek). Herstart lokale initiatieven (waaronder lumpsum

- afspraken verzekeraars/ziekenhuizen/specialisten) mede gericht op experimenten met beheersing poliklinische receptuur. Start ontwikkeling formularia polikliniek. Start ontwikkeling EVS voor specialisten.
- 2001 Evaluatie experimenten en draagvlak creëren en in overleg met MJA-partijen (ZN, NVZ, VAZ, OMS, LHV en KNMP). Uitbreiding lokale initiatieven. Invoering CTG beleidsregel doelmatigheid poliklinische receptuur (bonus/malusregeling).
- 2002 Afspraken op lokaal niveau over beheersing poliklinische receptuur tussen alle ziekenhuizen en hun verzekeraars. Implementatie landelijk dekkend systeem van budgettering van de poliklinische geneesmiddelen.

C. Hardlopers

- 1999 Een klein aantal geneesmiddelen, zoals maagzuurremmers en cholesterolverlagers, heeft de afgelopen jaren een forse (volume)-groei gekend. Over de maagzuurremmers heeft het College voor Zorgverzekeringen geadviseerd om in overleg met de behandelaren een behandelprotocol op te stellen. Behandeling volgens dit protocol wordt voorwaarde voor vergoeding. Het voorstel voor het protocol is per 1 september 1999 gereed en wordt thans door de organisaties van zorgverleners geïmplementeerd.
- 2000 Dit jaar brengt de Gezondheidsraad een rapport uit over cholesterol-verlagers. Vooruitlopend op dit advies is aan het CVZ gevraagd om een behandelprotocol cq richtlijn te ontwikkelen. Bovendien heeft het NHG recent een herziend behandelprotocol in praktijk gebracht, waarbij de behandeling van cholesterolverlagers nader wordt gepreciseerd. Een van de kernpunten van dit protocol is dat behandeling bij patiënten zonder hart- of vaatziekte afhankelijk is van waargenomen risicofactoren (hoogte cholesterolgehalte, bloeddruk, diabetes mellitus, roken, leeftijd en geslacht). In het JOZ 1999 is hiervoor een taakstelling opgenomen van f 10 miljoen in 1999 oplopend naar f 40 miljoen structureel. Bij Voorjaarsbrief 1999 is deze opbrengstraming verhoogd. Bij Najaarsbrief 1999 is een besparingsverlies verwerkt van f 35 miljoen in 1999. Dit besparingsverlies trad op doordat voor de maagzuurremmers wel een protocol is samengesteld zoals afgesproken, maar dit protocol wordt pas in de loop van 2000 door de beroepsgroep geïmplementeerd.