

Vergaderjaar 2010–2011

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 147**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 maart 2011

Een aantal fracties heeft aan mij vragen en opmerkingen voorgelegd over de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg. Ik stel het zeer op prijs dat zij meedenken over de stappen die nodig zijn om de kwaliteit van de extramurale farmaceutische zorg te verhogen en dank hen daar hartelijk voor.

Voordat ik de vragen van de fracties beantwoord (Kamerstuk 29 477, nr. 148), wil ik kort ingaan op mijn besluit om nieuwe prestaties voor de extramurale farmaceutische zorg in te voeren en de verplichte tariefregels af te schaffen. Mijn besluit is eerst en vooral ingegeven door de wens om betere zorg voor de patiënt mogelijk te maken. Het belang van de patiënt staat voor mij voorop. Samen met de nieuwe prestatiebeschrijvingen bieden vrije tarieven ruimte voor zorgvernieuwing en innovatie, waarbij het veel beter dan nu mogelijk wordt om kwaliteit van zorg gericht te belonen.

Natuurlijk is het niet zo dat er op dit moment geen initiatieven worden ontplooid om de farmaceutische zorg te verbeteren. Er zijn goede voorbeelden in de praktijk die laten zien dat, wanneer partijen ruimte krijgen en nemen, zij tot betere zorg kunnen komen. Recent was in het nieuws hoe het UMC Maastricht het aantal medicatiefouten bij het toedienen van parenteralia op verpleegafdelingen met 97% heeft teruggedrongen. Dit kon door zorgverleners slimmer in te zetten. In dit geval door apothekersassistenten, in plaats van verpleegkundigen, alle parenteralia klaar te laten maken op de afdeling. Een ander voorbeeld is de pilot polyfarmacie van PoZoB in Zuidoost-Brabant. Die pilot draaide om het verbeteren van kennis rondom het medicatiegebruik bij patiënten die 6 of meer medicijnen gebruiken. De samenwerking tussen apotheker, huisarts en praktijkondersteuner was daar onderdeel van de pilot. De resultaten laten zien dat intensievere samenwerking leidt tot beter inzicht in wat de patiënt nodig heeft en tot betere voorschriften wat betreft

geneesmiddelgebruik. Daarnaast lijkt een besparing op de uitgaven aan geneesmiddelen te realiseren.

Het gaat nu om relatief geïsoleerde voorbeelden. Als deze en vergelijkbare wijzen van werken breed toepassing zouden vinden is er nog een wereld te winnen voor de patiënt. Ik vind daarom dat er veel meer werk gemaakt moet worden van het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Bijvoorbeeld door het verbeteren van de volledigheid van medische dossiers, door het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerd geneesmiddelgebruik (HARM-onderzoek), door het vergroten van de therapietrouw en het intensiveren van de begeleiding van chronisch zieken bij hun geneesmiddelgebruik.

Ik wil partijen maximale ruimte geven voor dergelijke ontwikkelingen. Daarom haal ik de belemmeringen die dat in de weg staan weg, zodat partijen zelf afspraken kunnen maken over goede zorg en de vergoeding die daar tegenover staat. Dat kunnen ze nu onvoldoende, omdat ze aanlopen tegen een verplichte tariefsystematiek met slechts één prestatie voor alle soorten werkzaamheden. Dat maakt het afspreken van maatwerk lastig zo niet onmogelijk. Partijen richten zich ook nog te veel op regels, in plaats van op zorgvernieuwing en maatwerk voor de patiënt. Dat leidt tot verstarring in het aanbod en dat moet anders. Daarom wil ik nieuwe prestatiebeschrijvingen als onderhandelingstaal invoeren en de verplichte tariefsystematiek afschaffen.

Dat betekent dat partijen vrij zijn om afspraken met elkaar te maken, binnen de ruimte die de nieuwe prestatiebeschrijvingen van de NZa bieden zullen bieden. De verschillende zorgprestaties kunnen straks apart van elkaar en bij verschillende farmaceutische zorgverleners ingekocht en beloond worden. De vergoeding daarvoor hoeft niet meer verrekend te worden met de vergoeding voor de terhandstelling van geneesmiddelen. Dat biedt partijen de mogelijkheid om meer aandacht te besteden aan juist die prestaties die zij van belang achten voor goede zorg aan de patiënt en om dat gericht te doen. Farmaceutische zorgverleners kunnen beter aantonen waar hun toegevoegde waarde ligt. Zij kunnen op die manier worden beloond voor de zorgprestatie die zij leveren en krijgen op die manier ook een stimulans om, al dan niet samen met een zorgverzekeraar, nieuw zorgaanbod te ontwikkelen dat beter aansluit bij de zorgvraag. Dat biedt mogelijkheden voor zorgvernieuwing, specialisatie en differentiatie in de diensten die zorgverleners aanbieden. De een zal zich meer richten op zorginhoudelijke taken (zoals bijvoorbeeld de specialisatie op begeleiding van patiënten met een specifiek ziektebeeld), terwijl de ander zich specialiseert in distributie (de veilige en efficiënte aflevering van het product). Kwaliteit van zorg komt zo veel meer op de voorgrond dan nu het geval is, en kan ook veel gericht beloond worden. Zorgverleners die zorg van hoge kwaliteit leveren kunnen dan beter beloond worden dan zorgverleners die dat (nog) niet doen.

Natuurlijk realiseer ik mij dat dit verandering betekent voor de betrokken partijen en dat deze verandering onzekerheid met zich meebrengt. De mate van onzekerheid hebben partijen echter ook zelf in de hand. Niemand is verplicht om alles anders te doen dan voorheen, maar dat wordt wel mogelijk gemaakt. Partijen die dat willen, kunnen ook besluiten om hun huidige afspraken voort te zetten. Ik houd uiteraard een vinger aan de pols om de voorbereidingen van partijen in 2011 te volgen. Ik ben

ervan overtuigd dat dit de weg is naar betere kwaliteit van farmaceutische zorg voor de patiënt en wat mij betreft is het tijd om de volgende stap te zetten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers