

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Datum 29 september 2014
Betreft Commissiebrief inzake 29 248 Invoering Diagnose Behandeling
Combinaties (DBC's); Overheveling specialistische geneesmiddelen 2015

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de fracties van de VVD, PvdA, SP, PVV, CDA en D66 in het kader van het VSO naar aanleiding van mijn brief van 15 mei 2014 over de overheveling van specialistische geneesmiddelen per 1 januari 2015 (Kamerstukken 2013-2014 29248, nummer 269). De beantwoording van deze vragen heeft enige tijd geduurd vanwege de omvangrijke hoeveelheid vragen, die zijn gesteld. De beantwoording van deze vragen vergde daarnaast nadere bestudering en het inwinnen van informatie.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

576978-122631-GMT

Uw kenmerk

29 248

Bijlagen

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Reactie op vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer het onderwerp "signalen dat voorschrijvers belemmeringen ervaren en wellicht hierdoor om niet-medische redenen patiënten switchen" wordt geagendeerd in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg. Kan de minister de Kamer informeren over de uitkomst van dit gesprek, specifiek ten aanzien van de eventuele maatregelen die door de aanwezige partijen genomen zullen worden?

Het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg heeft op 25 september 2014 plaatsgevonden en het gevraagde onderwerp is daar geagendeerd en besproken. Ik zal de leden van Tweede Kamer informeren over de uitkomsten van het overleg ten aanzien van voornoemd onderwerp.

Naar aanleiding van het onderzoek naar medicatieoverdracht is geconcludeerd dat een aantal ziekenhuizen erg laag scoorde. Er wordt een aantal vervolgacties aangekondigd naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek. De leden van de VVD-fractie vragen welke concrete acties genomen worden ten aanzien van en door de ziekenhuizen die erg laag scoorden, zodat zij zo snel mogelijk aan goede medicatieoverdracht doen.

De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Daarnaast hebben beiden beroepsgroepen zorgpaden gemaakt waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten. In deze zorgpaden is veel aandacht voor medicatieoverdracht en tevens ook aandacht voor een met de patiënt afgestemde vorm van distributie van overgeheveld geneesmiddelen om zo lange reistijden te beperken.

Conform de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten uit 2008^[1] zijn partijen de richtlijn aan het herijken, om zodoende werkwijzen met elkaar af te spreken, die uitvoerbaar in de huidige praktijk zijn en de patiëntveiligheid beter borgen.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik in kan gaan in algemene zin op de mogelijkheden voor innovatie in relatie tot de overheveling van specialistische geneesmiddelen: zijn deze mogelijkheden verminderd, gelijk gebleven of verbeterd door de overheveling?

Het antwoord hierop is niet eenduidig te geven. In principe zijn de mogelijkheden tot innovatie hetzelfde gebleven. Er is nog steeds aanspraak en bekostiging van specialistische geneesmiddelen alleen nu via de Geneeskundige Zorg. Anderzijds kan ook beredeneerd worden dat door de geneesmiddelen onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis te brengen en zodoende de gehele integrale behandeling in één hand te leggen, innovatie versneld kan worden. Nieuwe zorgpaden en behandelmethoden kunnen waarschijnlijk door de overheveling sneller ontwikkeld worden.

De overheveling van specialistische geneesmiddelen heeft mede tot doel het stimuleren van specialistische zorgpaden rond de behandeling van patiënten met

^[1] Zie www.medicatieoverdracht.nl voor de richtlijn en de partijen, die de richtlijn hebben onderschreven en geaccordeerd.

specifieke aandoeningen. In hoeverre kan op dit moment al vooruitgang worden gezien ten aanzien van het maken van deze specialistische zorgpaden?

De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben zorgpaden gemaakt, waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten.

De minister geeft aan de kwaliteit van zorg te willen gaan meten naar aanleiding van de overhevelingen. Kan de minister dit nader toelichten, waarbij zij ingaat op de manier waarop kwaliteit wordt gedefinieerd en gemeten?

Ik ben met partijen (onder andere met het Zorginstituut Nederland) in overleg om de daarvoor noodzakelijke nulmeting vorm te geven. Tevens is mij bekend dat een aantal ziekenhuizen in Nederland projecten heeft lopen, waarin ook gekeken wordt naar de kwaliteit van zorg. Ik zal mij in ieder geval richten bij het meten van kwaliteit op het patiëntperspectief.

Door fabrikanten is toegezegd mee te denken in het tegengaan van verspilling. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de manier waarop hier invulling aan gegeven wordt. Worden er op dit moment al concrete voorstellen gedaan? Wat is het proces ten aanzien van deze gezamenlijke aanpak van verspilling?

De fabrikanten zijn via koepelorganisaties Bogin en Nefarma vertegenwoordigd in een werkgroep die zich bezighoudt met verpakkingsgrootten. Dit is één van de werkgroepen op het terrein van het tegengaan van verspilling van geneesmiddelen. In de werkgroep wordt gekeken naar de aanpassing van verpakkingen van (dure) geneesmiddelen, waarvan de verpakkingsgrootte niet aansluit bij de optimale dosering en/of behandelduur.

Reactie op vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen of de nota naar aanleiding van het verslag zo snel mogelijk naar de Kamer gestuurd kan worden, in ieder geval op een zodanig tijdstip dat nog een mondeling overleg met de minister van VWS kan plaatsvinden.

Gezien de hoeveelheid vragen, het noodzakelijke onderzoekswerk en het zomerreces heb ik niet eerder dan de dagtekening van deze brief de antwoorden op de vragen naar de Tweede Kamer kunnen sturen.

Deze leden zijn van mening dat het onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) en waarvan de Kamer pas 11 juni jl. kennis kon nemen de brief en het besluit van de minister in een nieuw daglicht stelt. Deze leden menen dat er gezien dit recente onderzoek geen aanleiding meer is om een pas op de plaats te maken met betrekking tot de voorgenomen verdere overhevelingen van specialistische middelen. Zij zien bij de nota naar aanleiding van dit verslag graag een nieuw voorstel daartoe tegemoet.

Het door de leden van de fractie van de PvdA genoemde onderzoek heeft niet tot gevolg dat ik tot een ander besluit ten aanzien van de overheveling 2015 kom. Zoals ik in mijn brief van 15 mei 2014 (Kamerstukken 2013-2014, 29248, nr. 269) uiteen heb gezet, ben ik op basis van meerdere redenen tot mijn besluit met betrekking tot de overheveling 2015 gekomen. Voor mij staat voorop dat de patiënt geen hinder van de overheveling mag ondervinden en dat de

patiëntveiligheid in geen geval in het geding mag komen. Zoals in mijn brief aangegeven, is overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners een belangrijk aandachtspunt en daarnaast wil ik rekening houden met de werklast van ziekenhuizen. Ziekenhuizen dienen, onder andere, in 2014 de nieuwe add-on systematiek te implementeren, per 1 januari 2015 gaat een deel van de nieuwe systematiek in.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

Kan een overzicht worden gegeven van alle wijzigingen ten aanzien van de overheveling van de verschillende geneesmiddelen, waarbij de oorspronkelijke overhevelingsdatum, de datum waarop een nieuw voorstel voor een overhevelingsdatum en de definitieve overhevelingsdatum per geneesmiddel wordt aangegeven en tevens wordt aangegeven wat precies de reden is voor de latere overhevelingsdatum.

Ik verwijs u naar bijlage 1 voor het gevraagde overzicht. Kortheidshalve verwijs ik u naar de door mij aan de Tweede Kamer gestuurde brieven met de reden(en) voor een latere overhevelingsdatum (brief overheveling 2011 (Kamerstukken 2009-2010 29248, nr. 129, 14 juli 2010), brief overheveling 2012 (Kamerstukken 2010-201 29248, nr. 168, 8 februari 2011), brief overheveling 2013 (Kamerstukken 2011-2012 29248, nr. 231, 24 mei 2012), brief overheveling 2014 (Kamerstukken 2012-2013 29248, nr. 250, 17 mei 2013), brief overheveling 2015 (Kamerstukken 2013-2014 29248, nr. 269, 15 mei 2014) en voorhang bekostiging dure geneesmiddelen (Kamerstukken 2010-2011 29248, nr. 208, 11 mei 2011)).

Wat betreft de medicatieoverdracht begrijpen deze leden werkelijk niet waarom hier nog steeds problemen worden geconstateerd. Het behoort toch gewoon bij goede zorg dat een medisch specialist zich op de hoogte stelt van de medicatie die een patiënt gebruikt? Het hoort toch gewoon bij goede zorg die een apotheker levert dat deze in het kader van de medicatiebewaking op de hoogte is van de geneesmiddelen die de medisch specialist heeft voorgeschreven of wat in de medicatie is veranderd?

Ja het behoort inderdaad tot goede zorg dat zorgverleners zorg verlenen conform de geldende (behandel-) richtlijnen. Indien niet conform de behandelrichtlijnen wordt gehandeld, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. De huidige richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten gaat nog steeds uit van een werkend Elektronisch Patiënten Dossier. Partijen zijn overeen gekomen de huidige richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten te herzien.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat het feit dat er zulke grote verschillen tussen ziekenhuizen zijn kan betekenen. Hoe kunnen alle ziekenhuizen tot betere medicatieoverdracht komen? Hoe zou dit dwingender kunnen worden opgelegd?

De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Hierdoor kunnen ziekenhuizen tot betere medicatieoverdracht komen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal tevens, zoals in de slotafspraken van het Bestuurlijk Overleg Farmacie weergegeven (Kamerstukken 2013-2014 29477, nr. 284), per 1 januari 2015 handhaven op de dan geldende Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten en de, nog door partijen te accorderen, nadere toelichting op deze richtlijn.

Deze leden vragen of de richtlijn medicatieoverdracht nu is aangepast. Waarom gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) pas vanaf 1 januari 2015 scherper toezien op het handelen van zorgverleners conform de richtlijn? Waarom kan dat niet vanaf nu, c.q. het moment waarop de richtlijn is geactualiseerd?

Leden van het Bestuurlijk Overleg Farmacie hebben een concept Nadere toelichting op de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten geschreven. Deze nadere toelichting wordt op dit moment afgestemd tussen de 21 partijen, die de richtlijn in 2008 hebben geaccordeerd. Daarnaast gaan partijen de richtlijn in zijn totaliteit herzien op basis van de huidige gewijzigde inzichten. Dit vergt geruime tijd. Daarom zal de IGZ niet op basis van de herziene richtlijn handhaven, maar op basis van een nog door partijen te accorderen nadere toelichting op de richtlijn.

De leden van de PvdA-fractie vinden het onacceptabel dat patiënten niet op de optimale medicatie kunnen rekenen omdat ziekenhuizen de met de zorgverzekeraar afgesproken budgetten intern niet goed verdelen. Als het probleem is dat voorschrijvers het idee krijgen dat zij vanwege budgetkrapte dure geneesmiddelen niet meer mogen voorschrijven gaan deze leden er van uit dat dit probleem in zeer korte tijd kan worden opgelost. Immers de minister kan in overleg met (de koepels van) zorgverzekeraars, de ziekenhuizen en de voorschrijvers voor eens en voor al duidelijk maken dat de voorschrijver alleen op medische gronden bepaalt welk geneesmiddel voor een patiënt optimaal ingezet moet worden. Zij vinden het onacceptabel en onbestaanbaar dat artsen zich niet aan de behandelrichtlijnen en medische noodzaak zouden houden omdat er financiële druk zou zijn. Welke rol zouden de NPCF en de patiëntenverenigingen kunnen spelen in de voorlichting aan patiënten en overleg met artsen in deze?

Ten algemene geldt dat artsen moeten voorschrijven conform de geldende behandelrichtlijnen. Indien artsen dit niet doen, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. Daarnaast mogen financiële problemen nooit over de rug van de patiënt uitgevochten worden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars dienen financiële problemen in gezamenlijkheid op te lossen. De IGZ houdt toezicht op het voorschrijfgedrag van artsen conform de geldende behandelrichtlijnen. Zoals eerder aangegeven is in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg dit onderwerp geagendeerd en besproken. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) nemen deel aan dit Bestuurlijk Overleg.

De leden van de PvdA-fractie vinden het erg merkwaardig dat overheveling van meer geneesmiddelen nu opnieuw wordt uitgesteld alleen omdat een paar ziekenhuizen nog geen goede medicatieoverdracht hebben en sommige specialisten kennelijk niet op de hoogte zijn dat zij alleen op medische indicatie moeten voorschrijven. Gezien het feit dat vele miljoenen bespaard kunnen worden en de minister al pakketverkleining heeft aangekondigd begrijpen deze leden werkelijk niet waarom zekere besparingen gewoon blijven liggen. Zij vragen of de farmaceutische industrie en/of apothekers er wellicht belang bij hebben zoveel mogelijk dure geneesmiddelen extramuraal binnen het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) te houden. Om welke belangen zou het daarbij concreet kunnen gaan?

De aanname, die door de leden van de PvdA-fractie wordt gedaan dat er miljoenen bespaard kunnen worden, kan niet worden onderbouwd. Alle partijen in het veld hebben belangen, ik kom tot mijn besluiten, na overleg met alle

betrokken partijen in het veld. Daarbij spelen omgevingsfactoren een rol en staat de patiënt voorop. Daarnaast merk ik op dat ik geen pakketverkleining heb aangekondigd per 1 januari 2015.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

Genoemde leden vragen of een nieuwe evaluatie, nulmeting, registratie enz. niet alleen bedoeld zijn om verdere overheveling te vertragen. Immers waarom worden anders niet gewoon nu alle daarvoor in aanmerking komende geneesmiddelen overgeheveld en vervolgens geëvalueerd, zodat de zo noodzakelijke kosten besparing wel alvast wordt gerealiseerd?

Nee, de geplande evaluatie is niet alleen op verzoek van partijen zelf. Bij het voeren van verantwoord beleid hoort het tijdig evalueren van de gevolgen van het gevoerde beleid. De genoemde kostenbesparing is mij niet bekend.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een overzicht van alle geneesmiddelen die in aanmerking komen voor overheveling en de mogelijke besparing die gerealiseerd kan worden wanneer ze onder het ziekenhuisbudget worden gebracht. Deze leden wijzen er op dat de overheveling van TNF alfaremmers kennelijk daadwerkelijk zorgt voor dalend volume. Kan aangegeven worden wat het verschil in volume en in kosten is voor en na overheveling van TNF alfaremmers?

Ik verwijs u naar bijlage 1 voor een overzicht van geneesmiddelen, die voor overheveling in aanmerking zouden kunnen komen, naast de al overgeheveld middelen, die ook in dit overzicht zijn opgenomen. Een reële raming van mogelijke besparingen kan ik niet geven.

Onderstaand geef ik u een overzicht van de TNF-Alfaremmers in 2011 en in 2012. Over het jaar 2013 zijn nog geen definitieve cijfers bekend. In 2011 werden de middelen Abatacept en Infliximab al voor het overgrote deel binnen het ziekenhuisbudget bekostigd. Uit de recente cijfers van Vektis blijkt nu dat de volumes toenemen. Ik ga met partijen in overleg over deze naar het nu lijkt toch stijgende volumes, ondanks bijvoorbeeld de start-stopstudie, waardoor dalende volumes verwacht werden.

	2011				2012		
	patiënten	kosten x miljoen (afgerond)	kosten per patiënt (afgerond)		patiënten	kosten x miljoen (afgerond)	kosten per patiënt (afgerond)
Abatacept	Niet bekend	€ 7	Niet bekend	924	€ 9	€ 9.500	
Adalimumab	15.630	€ 182	€ 12.000	16.363	€ 214	€ 13.000	
Anakinra	266	€ 2	€ 7.500	313	€ 2	€ 6.500	
Certolizumab	366	€ 3	€ 8.000	522	€ 6	€ 11.500	
Etanercept	13.449	€ 150	€ 11.000	13.603	€ 168	€ 12.500	
Gollimumab	1.023	€ 11	€ 11.000	1.250	€ 14	€ 11.000	
Infliximab	Niet bekend	€ 86	Niet bekend	8.540	€ 124	€ 14.500	
Ustekinumab	750	€ 13	€ 17.500	879	€ 15	€ 17.000	
Totaal	-	€ 454	-	42.394	€ 552	-	

Bronnen: 2011 NZa en GIPdatabank (Zorginstituut Nederland) en 2012 Vektis.

Zij vragen waarom wordt gezegd dat VWS in gesprek gaat met beroepsgroepen, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, fabrikanten en zorgverzekeraars om gepast gebruik te bevorderen. Zij nemen aan dat dit "wijzen op gepast gebruik" al eerder heeft plaatsgevonden en kennelijk niet tot resultaat leidt. Het lijkt toch duidelijk dat overheveling voor de juiste prikkel zorgt, en voor een resultaat dat met gesprekken niet wordt bereikt.

Gepast gebruik en de verwerking daarvan in richtlijnen is een continue proces van aanpassing en verbetering. Mijn beslissing om een pas op de plaats te maken ten aanzien van de overheveling ontslaat partijen er niet van om de zorg te blijven verbeteren, zodat een patiënt een zo optimaal mogelijke behandeling krijgt.

De leden van de PvdA-fractie noemen ook het Transparantieregister Zorg, waarin sinds 1-1-2013 financiële relaties tussen beroepsbeoefenaren en zorginstellingen enerzijds en de farmaceutische industrie anderzijds gepubliceerd worden. De leden vinden dat de toegankelijkheid van het register zeer te wensen over laat en vragen of dit aangepast kan worden.

Het doorzoeken van het Transparantieregister kan op dit moment aan de hand van een naam en BIG-nummer. Ik ben het met deze leden eens dat dit niet optimaal is en verbeterd zou moeten worden. Dit is ook een aandachtspunt voor de Stichting Transparantieregister Zorg (hierna: de Stichting), naar aanleiding van de eerste resultaten van een evaluatie van het register die de Stichting momenteel uitvoert. Er wordt door de Stichting nagedacht over hoe de toegankelijkheid van het register vergroot kan worden, bijvoorbeeld door het mogelijk te maken te zoeken op naam en specialisme van de arts. Ik ben er voorstander van de toegankelijkheid van het Transparantieregister Zorg op deze

manier te verbeteren. Er zal daarom door de Stichting met het CIBG gesproken worden over het mogelijk maken van deze koppeling.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van de gegevens van instellingen die in het register zijn opgenomen wordt onderzocht of in de toekomst gezocht kan worden aan de hand van een lijst van instellingen die in het register zijn opgenomen, in plaats van met de KvK-nummers die momenteel gehanteerd worden. De verwachtingen is dat met deze aanpassingen het doorzoeken van het register publieksvriendelijker zal worden.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

Voorts signaleren deze leden dat het Transparantieregister gevuld wordt met gegevens van de industrie, op vrijwillige basis. Zij vragen welk toezicht daarop is en hoe dat wordt gehandhaafd.

In de gedragsregels van de Code Geneesmiddelenreclame (CGR) is opgenomen dat onderschrijvende partijen transparantie geven over de onderlinge banden. Zowel artsen als bedrijven zijn aan deze regels gebonden vanwege hun lidmaatschap van de koepelorganisatie die aan de CGR zijn verbonden of door zelf de Code te onderschrijven. Uit praktisch oogpunt hebben de bedrijven op zich genomen primair de financiële relaties aan het Transparantieregister te melden. Dat is door meer dan 50 bedrijven gedaan, ruim meer dan de bedrijven die via hun koepel aan de CGR-regels zijn gebonden. De CGR ziet toe op de naleving van de regels en treedt op op basis van meldingen en klachten. Bedrijven hebben een medewerkingplicht met betrekking tot de Code, waaronder de regels inzake transparantie; als zij niet meewerken dan kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) alsnog gegevens opvragen.

In 2013, het eerste jaar dat er financiële banden tussen artsen en de farmaceutische industrie openbaar werden gemaakt, is er een controle geweest door de IGZ. Zij heeft de gegevens uit het Transparantieregister naast de eigen data over financiële relaties gelegd, die verkregen waren in het kader van toezichtonderzoeken en die in dezelfde periode liepen. Daaruit bleek dat het register vrij volledig is. De IGZ heeft haar eigen gegevens in het register teruggevonden, of heeft kunnen verklaren waarom sommige gegevens niet in het register zijn opgenomen. Dat vind ik een mooi resultaat voor een eerste jaar, waarbij het wel zaak is dat de sector naar steeds grotere volledigheid van het Transparantieregister blijft streven.

Deze leden vragen ook of er enig zicht is op de mate waarin er betalingen uit het buitenland gedaan worden aan Nederlandse artsen. Daarnaast stellen deze leden dat artsen ook zelf hun inkomsten zouden moeten delen en zij vragen wie controleert of artsen dat ook doen.

De verplichting om financiële relaties te melden geldt voor zowel bedrijven als artsen. Gegevens over financiële relaties van buitenlandse bedrijven aan Nederlandse artsen zouden langs de route van de arts hun weg naar het register moeten vinden. Het is bekend dat naast de bedrijven er ook artsen zijn die zelf gegevens over hun financiële relaties met farmaceutische bedrijven in het register laden, met juist gegevens over financiële relaties met buitenlandse bedrijven. Daar wordt door de KNMG onder haar achterban ook aandacht voor gevraagd. Daarnaast zijn er door farmaceutische bedrijven onderling afspraken gemaakt, waardoor vanaf komend jaar financiële relaties met artsen altijd gemeld zullen worden in het land waar de arts gevestigd is, al dan niet via een dochterbedrijf. Hierdoor zal een beter overzicht ontstaan van de financiële relaties die Nederlandse artsen hebben met farmaceutische bedrijven.

Indien er aantoonbare ernstige lacunes zijn in de gegevens die in het Transparantierregister Zorg zijn opgenomen over financiële relaties van artsen met farmaceutische bedrijven, binnen de daarvoor gestelde kaders, dan hoor ik dat uiteraard graag. Vooralsnog is mij niet gebleken dat die lacunes er zijn en vind ik het goed om te zien dat er door betrokken partijen serieus werk gemaakt wordt van het transparant maken van financiële relaties tussen artsen en farmaceutische bedrijven. Dat zie ik in de aandacht die er in de verschillende organisaties gevraagd wordt voor openheid, in de wens van de Stichting om het register te verbeteren en beter toegankelijk te maken en in de mate van volledigheid van de gegevens die in het Transparantierregister Zorg zijn opgenomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de waarde is van de eindrapportage overheveling 2013. Onderzoek wijst volgens de eindrapportage bijvoorbeeld uit dat 30% van de oncologen wel eens belemmerd is in het voorschrijven van dure geneesmiddelen, en dat 100% van de oncologen het risico op onderbehandeling aanwezig acht. Het gaat hierbij echter om 2 respondenten die zeggen regelmatig belemmerd te worden en 19 respondenten die melden dat het hen één keer is overkomen. In welke context dit is gebeurd en of de patiënt hier werkelijk door benadeeld is blijft onduidelijk. Deze leden kunnen zich niet voorstellen dat op basis van dergelijke resultaten nu besloten wordt de overheveling opnieuw te vertragen. De conclusie uit dit rapport is opmerkelijk.

In mijn brief met betrekking tot de overheveling 2015 (Kamerstukken 2013-2014, 29 248, nr. 269) heb ik meerdere redenen uiteengezet waarom ik per 1 januari 2015 alleen de "overige oncolytica" overhevel naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg. Het signaal dat artsen zich soms belemmerd voelen in het voorschrijven van dure geneesmiddelen neem ik serieus en daarom bespreek ik dit ook met de leden van het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

De minister heeft immers zelf een bestuurlijk hoofdlijnen akkoord gesloten en daarmee het gesloten budget geschapen. De stelling dat dit jaarbudget medisch noodzakelijk voorschrijven hindert is zeer arbitrair. Immers, de Raad van Bestuur van een ziekenhuis stelt de deel/afdelingsbudgetten op in een ziekenhuis en schept daarmee de ruimte voor de oncologen om dure middelen te gebruiken. Alleen als er geen enkele budgettering voor oncologen zou plaatsvinden en iedere overschrijding door de rest van het ziekenhuis zou worden opgevangen zou een oncoloog dus nooit enige belemmering ervaren. Genoemde leden vragen waarom het beter zou zijn geen enkele prikkel tot doelmatig voorschrijven aan te brengen zodat alle extreem dure middelen voorgeschreven worden zonder dat goed bepaald wordt of er werkelijk geen goedkoper alternatief is waarmee de patiënt net zo goed geholpen wordt.

Door het vaststellen van de financiële kaders in het Hoofdlijnenakkoord zijn prikkels ingebouwd voor doelmatig voorschrijven, de verbetering van de kwaliteit van de behandeling voor de patiënt en om verspilling tegen te gaan. Ten algemene geldt dat artsen moeten voorschrijven conform de geldende behandelrichtlijnen. Indien artsen dit niet doen, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. Daarnaast mogen financiële problemen nooit over de rug van de patiënt uitgevochten worden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars dienen financiële problemen in gezamenlijkheid op te lossen. De patiënt heeft aanspraak op verantwoorde zorg.

Ik bespreek de financiële kaders en eventuele gevolgen voor het voorschrijven door artsen in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

Deze leden vragen een reactie van de minister op het onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA). Een onderzoek met 928 respondenten uit 25 ziekenhuizen. Uit dit onderzoek blijkt dat van de mensen die van apotheek moesten wisselen, 90% tevreden is over de nieuwe apotheek en 30% zelfs meer tevreden is dan daarvoor. Alles bij elkaar is 84% van alle respondenten tevreden tot zeer tevreden over de huidige apotheek. 11,7% is neutraal en 4,3% is niet tevreden. Patiënten geven hun apotheek van het ziekenhuis een gemiddeld rapportcijfer van 7,9. Deze resultaten laten zien dat verreweg de meeste patiënten tevreden zijn over de aflevering van medicatie na de overheveling. Genoemde leden vragen wat de betekenis is van dit signaal en welke zwaarwegende redenen er dan nog zijn om niet meer geneesmiddelen over te hevelen. Voor deze leden telt de mening van de patiënt toch het zwaarst. Mijn besluit om per 1 januari 2015 alleen de "overige oncolytics" over te hevelen en op basis van een evaluatie te besluiten hoe verder met de overheveling vind ik, gezien meerdere signalen, ook van patiënten, gepast. Het is belangrijk te constateren dat veel goed gaat. De argumenten om op basis van de evaluatie te besluiten over de overige overhevelingen doet daar niets aan af. De argumenten, die ten grondslag liggen aan dit besluit, heb ik u reeds genoemd. Zorgvuldigheid en maatvoering zijn doorslaggevend.

Voor het kleine aantal patiënten dat niet tevreden is wordt ook meteen een afdoende oplossing geboden: "Met de ziekenhuizen die minder goed scoren in dit onderzoek wordt overlegd over concrete verbeteringen. Bij te lange reisafstand is bijvoorbeeld thuisbezorging of het combineren van ziekenhuisbezoek en medicatieverstrekking een goed alternatief." De leden van de PvdA-fractie zijn erg benieuwd waarom het onderzoek "eindrapportage overheveling 2013" meer doorslaggevende waarde zou hebben voor het beleid dan het onderzoek onder de patiënten van de ziekenhuizen en ziekenhuisapothekers zelf, degenen die daadwerkelijk met de overheveling te maken krijgen. Deze leden vragen of zij er nu van uit kunnen gaan dat geneesmiddelen die daarvoor in aanmerking komen nu op de kortst mogelijke termijn worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget.

Beide onderzoeken zijn voor mij even waardevol. Zoals eerder aangegeven hebben partijen ook zelf om een evaluatie gevraagd, alvorens verder te gaan met overhevelen naar de aanspraak op Geneeskundige Zorg.

Reactie op vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vinden het een verstandige beslissing van de minister dat zij een pas op de plaats maakt ten aanzien van de verdere overheveling van geneesmiddelen. In dat kader vragen deze leden de minister waarom zij er desondanks voor kiest om de overheveling van de oncolytics voort te zetten.

De eerste reden is dat ik op eerder op verzoek van het veld met de overheveling 2013 niet ben overgegaan tot het overhevelen van alle oncolytics, omdat partijen destijds aangaven dit toen een te grote belasting te vinden. Dit kon ik mij indenken, ook gezien de hoeveelheid patiënten, die het betrof en veranderingen in patiëntenstromen als gevolg van de overheveling. Daarnaast is met de overheveling 2013 het Geneesmiddelen Vergoedingenssysteem (GVS) gesloten voor oncolytics. Bovendien genereert deze groep geneesmiddelen interacties met

andere geneesmiddelen, hierdoor acht ik het beter de regie en verantwoordelijkheid voor de behandeling in één hand te leggen. Ik maak door het overhevelen van de overige oncolytica de ingezette weg af ten aanzien van de oncolytica.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

Gezien de problemen met de overheveling zou het volgens genoemde leden verstandiger zijn om ook wat betreft deze overheveling een pas op de plaats te maken. Genoemde leden vragen of de minister kan garanderen dat patiënten die afhankelijk zijn van deze middelen de geconstateerde problemen niet zullen ervaren.

Zorgverleners dienen zorg te verlenen conform de geldende (behandel-) richtlijnen. Indien niet conform de behandelrichtlijnen wordt gehandeld, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. Zorgverzekeraars dienen verantwoorde zorg in te kopen. Ik zal ook in 2015 een helpdesk- en monitorachtige functie inrichten om patiënten met mogelijke problemen als gevolg van de overheveling te helpen. Zorgverleners worden door middel van een Handboek Overheveling voorbereid op de aankomende overheveling en welke zaken geregeld moeten worden om patiënten geen hinder te laten ondervinden van de overheveling en gepaste zorg ontvangen.

De minister laat het vervolg van de overheveling afhangen van een evaluatie die zij dit jaar op start. De leden van de SP-fractie vragen de minister of de uitkomsten van deze evaluatie er ook toe kan leiden dat de overheveling wordt teruggedraaid c.q. niet verder wordt doorgevoerd. Zij vragen welke conclusies uit dit onderzoek tot een dergelijke beslissing kan leiden.

Ik heb op dit moment geen signalen ontvangen die ertoe leiden dat de overhevelingen zouden moeten worden teruggedraaid. Hier ga ik in ieder geval niet vanuit en wacht de evaluatie af. In dit verband is eveneens van belang de vraag die de Kamer aan mij heeft gesteld om te onderzoeken of de scheiding tussen de intra- en extramurale geneesmiddelenvoorziening in de aanspraak en bekostiging kan worden opgeheven. Ik bericht de Kamer hier voor het einde van het jaar over.

Reactie op vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister kan bevestigen dat na de overheveling vergoeding van de medicijnen alleen plaatsvindt als de specialist dat als zodanig beoordeelt. Zo ja, hoe beziet de minister dit dan in het licht van het voornemen om artikel 13 Zorgverzekeringswet te wijzigen, zodat niet-gecontracteerde zorg niet langer vergoed hoeft te worden? Veel patiënten zullen dan immers geen mogelijkheid meer hebben om van specialist te veranderen. Hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars na de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet alleen contracten afsluiten met specialisten die geen dure medicijnen voorschrijven?

Een zorgverzekeraar is verplicht om verantwoorde zorg in te kopen. Zorgverzekeraars kunnen geen contracten met zorgaanbieders afsluiten, waarin bepaalde vormen van zorg al dan niet met dure geneesmiddelen, worden uitgesloten. Artsen dienen conform de geldende behandelrichtlijnen geneesmiddelen voor te schrijven, de patiënt heeft aanspraak op de best passende zorg.

Uit de rapportage van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) blijkt echter dat de patiënt nog steeds de dupe is van dergelijke geschillen die in de nieuwe situatie voortvloeien uit zowel de beperkingen van ziekenhuisbudgetten als de (beperkende) contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De leden van de CDA-fractie vragen welke garanties de minister biedt aan patiënten om te realiseren dat zij de zorg krijgen waar zij volgens de stand van de wetenschap en praktijk recht op hebben.

Ik bespreek de financiële kaders en eventuele gevolgen voor het voorschrijven door artsen in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg. Indien het nodig is om nadere afspraken met of tussen partijen te maken, dan zal dit tijdens dit overleg plaatshebben.

In 2013 is onder andere een deel van de oncolytica overgeheveld. Aangezien deze middelen onder het A-segment van de DOT vallen, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de maximumtarieven voor de add-ons vast, op 100% van de apotheek inkoop prijs. De NFU heeft eerder gewaarschuwd dat deze tarieven te laag dreigen te worden vastgesteld, als de NZa blijft vasthouden aan de rekensystematiek van de prijs per mg., zoals vastgelegd in de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg. De leden van de CDA-fractie vragen of voor dit probleem inmiddels een oplossing is gevonden en of op dit terrein voor de oncolytica die in 2015 worden overgeheveld problemen zijn te voorzien.

De NZa stelt voor de over te hevelen geneesmiddelen per oncolyticum per 1 januari 2015 een add-on vast. De problematiek, zoals bovenstaand beschreven door de leden van de fractie van het CDA, zou met de invoering van de nieuwe add-onbekostigingssystematiek per 1 januari 2015 zijn opgelost. Gedurende het jaar 2014 heeft de NZa besloten een deel van de nieuwe systematiek in te voeren per 1 januari 2015, hierdoor zou volgens partijen nog niet alle problematiek zijn opgelost. Partijen zijn hierover in gesprek met de NZa.

Uit het onderzoek van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) blijkt onder andere dat 30% van de oncologen en 50% van de hemato-oncologen zich wel eens belemmerd voelt in het voorschrijven van een duur geneesmiddel. 100% van de (hemato-)oncologen geeft aan dat risico bestaat op onderbehandeling van patiënten zolang er geen dekkende financiering is via een add-on. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de minister dan toch concludeert dat dit knelpunt te maken heeft met de wijze waarop het bekostigingssysteem wordt toegepast.

In de eerste plaats wil ik graag een misverstand, die uit uw vraag blijkt, rechtzetten. Een add-on is een declaratietitel en geeft geen garantie op een dekkende financiering. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen over de financiering. Het gesignaleerde risico op onderbehandeling en de daarbij genoemde budgetdruk, die artsen aangeven te voelen, is besproken in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

Uit de rapportage van de EGV over 2013 blijkt dat patiënten om niet-medische redenen geswitcht worden van geneesmiddel. Voor kinderen die met groeihormonen worden behandeld heeft dit ingrijpende gevolgen. Uit de EGV rapportage 2012 bleek het switchen om niet-medische redenen ook een probleem te zijn bij patiënten die TNF-alfaremmers gebruiken. Welke maatregelen acht de minister adequaat om het switchen om niet-medische redenen een halt toe te roepen?

Zorgverleners dienen zorg te verlenen conform de geldende (behandel-) richtlijnen. Indien niet conform de behandelrichtlijnen wordt gehandeld, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. Zorgverzekeraars dienen verantwoorde zorg in te kopen. Het switchen van geneesmiddelen, ook als het substitutie naar andere biologische middelen door de voorschrijver betreft om een niet uitsluitend medische reden, is toegestaan mits met waarborgen omkleed en afgestemd met de patiënt.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

De minister geeft aan dat knelpunten als belemmeringen van artsen bij het voorschrijven en het switchen van geneesmiddelen geen gevolg zijn van de overheveling, maar van de afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en binnen ziekenhuizen zelf. Door de overheveling hebben zowel artsen als patiënten echter wel ook ten aanzien van de overgehevelde geneesmiddelen met deze limiterende situatie te maken gekregen, terwijl het GVS voor deze geneesmiddelen geen beperkingen bevatte. In die zin zijn de problemen die artsen en patiënten ondervinden dus wel degelijk een gevolg van de overheveling. De leden van de CDA-fractie vragen welke maatregelen de minister neemt om beperkingen voor voorschrijvers en patiënten in de nieuwe situatie weg te nemen. De extramurale aanspraak op Farmaceutische zorg (= Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)) bevat ook de beperking van een financieel plafond. Alle financiële dekkaders in de zorg vallen onder Budgettair Kader Zorg. Het BKZ wordt bij wet vastgesteld door de Tweede Kamer. Ook wanneer het dekkader van de extramurale farmaceutische zorg wordt overschreden dienen maatregelen genomen te worden om de overschrijding te redresseren. Overigens bevat het GVS vergoedingslimieten en komen de prijzen voor de extramurale geneesmiddelen tot stand in onderhandeling tussen een zorgverzekeraar en apotheker. Ik heb in mijn brief aan u aangegeven dat ik de door voorschrijvers ervaren budgetdruk bespreekbaar maak in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

De aanbeveling uit het rapport van de EGV dat een onafhankelijke taskforce opdracht moet krijgen om nog voor Prinsjesdag 2014 structureel in het systeem verankerde oplossingen aan te dragen, wordt niet overgenomen door de minister. In plaats daarvan wil zij dit onderwerp agenderen in het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer dit overleg plaatsvindt en of dit overleg wel bedoeld is om nog voor Prinsjesdag 2014 structurele in het systeem verankerde oplossingen aan te dragen. Het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg heeft 25 september 2014 plaatsgevonden. Het is niet gelukt om het Bestuurlijk Overleg voor Prinsjesdag 2014 te laten plaatsvinden.

Uit het onderzoek blijkt dat het opvragen van medicatiegegevens bij de apotheker, het raadplegen van het medicatieoverzicht en het binnen 24 uur sturen van een bericht aan de apotheker bij 14 van de 22 onderzochte ziekenhuizen goed op orde is. Conclusie van de minister is dan ook dat de overdracht van medicatiegegevens op veel plaatsen goed gaat. Zij noemt het daarbij wel opvallend dat 5 ziekenhuizen juist erg laag scoorden. De leden van de CDA-fractie vragen of er een verklaring is waarom het bij deze ziekenhuizen niet goed geregeld is, en of - en zo ja door wie - hier actie op ondernomen wordt om dit te verbeteren.

Vanwege het vertrouwelijke karakter van het onderzoek is mij niet bekend om welke ziekenhuizen het gaat en wat de precieze achterliggende reden is dat deze

ziekenhuizen een lagere score hebben. De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Daarnaast hebben beiden beroepsgroepen zorgpaden gemaakt waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten. In deze zorgpaden is veel aandacht voor medicatieoverdracht.

Ook op het gebied van ICT-voorzieningen bestaan er grote verschillen tussen ziekenhuizen. De leden van de CDA-fractie vragen of het hierbij om dezelfde 5 ziekenhuizen gaat waar de overdracht van gegevens niet goed op orde is. Is de minister van mening dat de ICT-voorzieningen in alle ziekenhuizen op orde moet zijn? Moet hierbij vanuit zorginkoop door verzekeraars ook niet meer verantwoordelijkheid worden genomen, bijvoorbeeld door het financieren van ICT-investeringen die hiervoor nodig zijn?

In eerste instantie is het de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen zelf om haar ICT-voorzieningen op orde te hebben. ICT-voorzieningen hebben, is geen doel op zich. Het kan een belangrijk hulpmiddel zijn om het bieden van verantwoorde zorg mogelijk te maken. De zorgverzekeraar kan met een kritisch inkoopbeleid sturen op de kwaliteit en veiligheid van de zorg door goede en veilige zorg als voorwaarde te stellen en prestaties zichtbaar te belonen.

Juist bij geneesmiddelen die, volgens plan van de minister, nog overgeheveld moeten worden (of al zijn overgeheveld) naar de ziekenhuiszorg, is het gevaar van interactie met andere medicijnen, die de patiënt hiernaast ook al gebruikt, vaak hoog. Een compleet medicatiedossier is daarom extra van belang. Doordat ziekenhuizen vaak niet (tijdig) de medicatiegegevens aanleveren aan de apotheek van de patiënt, is zijn medicatieveiligheid nu dus niet goed geborgd. De leden van de CDA-fractie vragen op wat voor manier de minister bij de overheveling de medicatieveiligheid van de patiënt zal borgen?

Een juiste medicatieoverdracht is onderdeel van het verlenen van verantwoorde zorg, dit geldt voor alle zorgverleners. De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten ten aanzien van medicatieoverdracht te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Daarnaast hebben beiden beroepsgroepen zorgpaden gemaakt waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten. In deze zorgpaden is veel aandacht voor medicatieoverdracht. Ook geeft het Handboek Overheveling zorgaanbieders handvatten om de medicatieoverdracht op een juiste manier te laten verlopen.

De minister veronderstelt dat de overheveling een flinke kostenbesparing oplevert. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister hier een onderbouwing van kan geven.

Er is geen taakstelling aan de overheveling van de "overige oncolytica" per 1 januari 2015 gekoppeld. De overgehevelde financiële middelen en de hoogte daarvan is besproken met de leden van het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

Vanaf 1 januari 2015 zal de IGZ scherper gaan toezien op het handelen van zorgverleners conform de richtlijn Medicatieoverdracht. Genoemde leden vragen wat dit scherpere toezicht inhoudt. Wordt er in eerste instantie bijvoorbeeld extra toezicht ingezet op de ziekenhuizen die het nu schijnbaar niet goed voor elkaar hebben?

De IGZ is op dit moment haar handhavings- en toezichtsplan voor 2015 aan het vormgeven, medicatieoverdracht is in het plan benoemd als prioriteit. Hoe de IGZ scherper toezicht zal houden, is op dit moment dan ook nog niet bekend.

Bij de overheveling die in 2015 zal plaatsvinden, wordt het macrokader voor medisch-specialistische zorg aangepast. De leden van de CDA-fractie vragen of hierbij net als bij de overheveling van TNF alfaremmers in 2012 een doelmatigheidskorting zal plaatsvinden. Zo ja, hoe hoog is deze korting en worden hier met de veldpartijen afspraken over gemaakt?

Ten aanzien van de overheveling van de overige oncolytica per 1 januari 2015 is geen doelmatigheidskorting van toepassing. De reden hiervoor is dat de uitgaven en het aantal gebruikers de afgelopen jaren zijn gestegen en dit zullen blijven doen. De oncolytica, die worden overgeheveld, zijn bovendien merendeels "goedkopere" geneesmiddelen. Van deze geneesmiddelen bestaat ook voor een aantal een generieke variant.

Leuprorelina wordt alleen voor vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen overgeheveld. Voor overige behandelingen blijft het in het GVS. Deze leden vragen hoe de minister wil voorkomen dat er hierdoor onduidelijke situaties ontstaan voor zowel voorschrijvers als patiënten.

Indien Leuprorelina door vrouwen wordt gebruikt, betreft het de aanspraak op Geneeskundige Zorg, voor mannen blijft het gebruik van Leuprorelina onder de aanspraak Farmaceutische Zorg (GVS) vallen. Ik heb ter verduidelijking nadere voorwaarden opgenomen in Bijlage 2 ten aanzien van het gebruik van Leuprorelina. De nadere voorwaarden luiden:

"uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel krijgt voorgeschreven voor een behandeling anders dan in het kader van ondersteunende voortplantingstechnieken". De nadere voorwaarden zijn 1 juli 2014 gepubliceerd in de Staatscourant en zijn tevens ingegaan op deze datum.

Welke concrete maatregelen neemt de minister om de praktijk van switchen om niet-medische redenen bij al overgeheveld medicijnen op de kortst mogelijke termijn een halt toe te roepen?

Zorgverleners dienen zorg te verlenen conform de geldende (behandel-) richtlijnen. Indien niet conform de behandelrichtlijnen wordt gehandeld, dan is er wellicht geen sprake van verantwoorde zorg. Zorgverzekeraars dienen verantwoorde zorg in te kopen. Het switchen van geneesmiddelen, ook als het substitutie naar andere biologische middelen door de voorschrijver betreft om een niet uitsluitend medische reden, is toegestaan mits met waarborgen omkleed en afgestemd met de patiënt.

Alle samenwerkingsafspraken tussen medisch specialist en ziekenhuis per 1 januari a.s. worden herzien met het oog op de invoering van integrale tarieven. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister erop toeziet dat de correcte inzet van behandelingen met overgeheveld geneesmiddelen wordt verankerd in werkafspraken tussen medische specialisten en ziekenhuizen.

Zorgverzekeraars dienen vanuit het oogpunt van de op hen rustende zorgplicht verantwoorde zorg in te kopen bij zorgaanbieders. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt er toezicht op of zorgverzekeraars verantwoorde zorg in voldoende mate inkopen.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**

Kenmerk
576978-122631-GMT

De minister stelt dat na de overheveling van TNF-alfaremmers in 2012 de volumes nu ook daadwerkelijk aan het dalen zijn. Als oorzaak daarvan geeft zij een stopstudie en een doseringsstudie aan. Wat echter niet is onderzocht is of er geen onderbehandeling van patiënten plaats vindt. Bij een beperkt budget binnen ziekenhuizen kan het immers voor de hand liggend zijn om patiënten later of niet om te zetten op een TNF-alfaremmers, ook als zij daar volgens de professionele standaarden wel aan toe zijn. Dat is eenvoudiger dan bijvoorbeeld patiënten die al een TNF-alfaremmers gebruiken om niet-medische redenen te laten switchen. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister bereid is om te onderzoeken of het mogelijk is dat het voorkomen van onderbehandeling gerelateerd is aan de volumedaling bij de inzet van TNF-alfaremmers.

Ik ben bereid om, in de door mij aangekondigde evaluatie, uw voornoemde onderzoeksvraag mee te nemen in de onderzoeksopzet. Overigens merk ik op dat volumeveranderingen als zodanig niets zeggen over de kwaliteit van zorg.

Reactie op vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vinden dat gezien de knelpunten de hele overheveling gestopt moet worden, inclusief de overige oncolytica. Het is genoemde leden niet duidelijk waarom de overheveling van de oncolytica wel doorgang vindt per 1 januari 2015. De minister geeft immers zelf aan dat met name bij patiënten die oncolytica gebruiken de medicatieoverdracht van essentieel belang is vanwege contra-indicaties en interacties. En juist in de medicatieoverdracht zijn verbeteringen nodig. De leden van de PVV-fractie vinden dat de minister in het belang van de patiënt moet handelen en ook met de overheveling van de overige oncolytica pas op de plaats moet maken. Wil de minister dit toezeggen?

Ik heb mijn besluit om alleen de overige oncolytica per 1 januari 2015 over te hevelen, genomen na overleg met meerdere partijen uit het veld. Zorgverleners leveren geen verantwoorde zorg, indien de medicatieoverdracht niet op orde is. De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten ten aanzien van medicatieoverdracht te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Daarnaast hebben beiden beroepsgroepen zorgpaden gemaakt waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten. In deze zorgpaden is veel aandacht voor medicatieoverdracht en tevens ook aandacht voor een met de patiënt afgestemde vorm van distributie van overgehevelde geneesmiddelen om zo lange reistijden te beperken.

Genoemde leden vragen tot slot wat het financiële belang is bij de overheveling van de oncolytica. Welke besparing wordt ermee bereikt en waarop is dit gebaseerd?

Er is geen taakstelling aan de overheveling van de "overige oncolytica" per 1 januari 2015 gekoppeld. Het overgehevelde budget en de hoogte daarvan is besproken met de leden van het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg.

Welke besparingen zijn er bereikt met de overheveling van de TNF-alfaremmers en in welk opzicht is er sprake van kwaliteitswinst?

Vanaf 2012 zijn de TNF-Alfaremmers overgeheveld naar het kader medisch-specialistische zorg. Hiervoor is destijds € 450 miljoen budget overgeheveld naar het kader ziekenhuizen, waarbij rekening is gehouden met een structurele besparingsopbrengst van € 50 miljoen. Daarnaast werden in 2011 de geneesmiddelen Abatacept en Infliximab al voor het overgrote deel binnen het ziekenhuisbudget bekostigd (totaal € 92 miljoen). Rekening houdend met groei en prijsbijstelling kan worden berekend dat er in totaal circa € 555 miljoen 'beschikbaar' is voor de TNF-Alfaremmers. De uitgaven 2012, zoals te zien in de tabel op bladzijde 7, vallen daarmee binnen die beschikbare middelen.

Ten overvloede moet hierbij worden opgemerkt dat er geen sprake is van deelbudgetten binnen het financiële kader voor de Medische Specialistische Zorg. Voor de ziekenhuizen geldt op macroniveau het financiële kader conform het Hoofdlijnenakkoord (de uitgaven aan de TNF-Alfaremmers vallen hier onder). Over het jaar 2013 en de langere termijn kunnen pas in een later stadium uitspraken worden gedaan over het al dan niet behalen van de besparingsopbrengst.

Kwaliteitswinst kan gevonden worden in de start-stopstudie en de doseringsstudie, die zijn uitgevoerd. Patiënten krijgen als gevolg hiervan een meer gepaste behandeling, waardoor men minder geneesmiddelen hoeft te gebruiken.

Reactie op vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie constateren dat de overheveling een eenduidige aanspraak op zorg met deze specialistische geneesmiddelen beoogt, om te voorkomen dat de patiënt de dupe wordt van financierings- en verstrekkingengeschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Echter blijkt in de praktijk dat voorschrijvers zich soms belemmerd voelen of daadwerkelijk belemmerd zijn in het voorschrijven van dure geneesmiddelen wegens budgetkrapte. De minister geeft aan dat dat niet mag gebeuren. Hoe wil zij ervoor zorgen dat artsen geen (financiële) belemmeringen ervaren en dat zij conform de stand van de wetenschap en de praktijk geneesmiddelen kunnen (blijven) voorschrijven? Hoe kan worden voorkomen dat patiënten wegens niet-medische redenen geswicht worden?

Het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg heeft 25 september 2014 plaatsgevonden, daar is voornoemde signaal besproken. Ik zal de leden van Tweede Kamer informeren over de uitkomsten op dit onderwerp.

De keuze welk geneesmiddel een patiënt nodig heeft, is voorbehouden aan de behandelende arts. Voorschrijvers dienen zich hierbij in beginsel te houden aan de behandelrichtlijnen van de eigen beroepsgroep. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de voorschrijver zelf.

Een door de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening (EGV) aanbevolen taskforce, die kan onderzoeken of het systeem structureel aangepast kan worden om de ervaren problemen op te lossen, ziet de minister niet als oplossing, zo lezen genoemde leden. Kan de minister uiteenzetten waarom zij in de taskforce geen oplossing ziet, en welke (concrete) oplossingen wel haar voorkeur hebben?

Het Bestuurlijk Overleg Medisch Specialistische Zorg vind ik de plek waar problemen geagendeerd en besproken moeten worden. Een taskforce heeft in mijn ogen geen toevoegde waarde ten opzichte van de al bestaande afgesproken governance-structuur.

De leden van de D66-fractie lezen dat de medicatieoverdracht weliswaar op veel plaatsen goed gaat, maar dat dit op andere plaatsen nog de nodige verbetering behoeft. 14 van de 22 ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het onderzoek halen zeer hoge scores, terwijl 5 ziekenhuizen zeer laag scoorden. Kan de minister uiteenzetten wat er in die vijf ziekenhuizen verkeerd is gegaan en hoe daar (met die kennis) nu de patiëntveiligheid wordt geborgd?

Vanwege het vertrouwelijke karakter van het onderzoek kan ik niet specifiek ingaan op de vijf laag scorende ziekenhuizen. De beroepsgroepen van ziekenhuisapothekers (NVZA) en van poliklinisch apothekers (NVPF) hebben op 24 september 2014 een aparte bijeenkomst georganiseerd om concrete (verenigingsbrede) verbeterpunten te bespreken. En deze vervolgens, waar mogelijk, in te bedden in bestaande richtlijnen en normen. Daarnaast hebben beiden beroepsgroepen zorgpaden gemaakt waarin de reumatische- en oncologische farmaceutische zorg beschreven staat, inclusief een quick scan om de stand van zaken in het eigen ziekenhuis te meten. In deze zorgpaden is veel aandacht voor medicatieoverdracht en tevens ook aandacht voor een met de patiënt afgestemde vorm van distributie van overgehevelde geneesmiddelen om zo lange reistijden te beperken.

Voorts zijn deze leden benieuwd of er grote verschillen zijn in de ICT-voorzieningen tussen de 14 ziekenhuizen die zeer hoge scores haalden, en de ziekenhuizen waar de medicatieoverdracht slecht op orde was?

Het eindrapport van het onderzoek naar medicatieoverdracht uitgevoerd door Significant gaat niet in op de specifieke ICT-voorzieningen van ziekenhuizen. Het is mij niet bekend of de grote verschillen tussen ziekenhuizen er zijn als gevolg van de ICT-voorzieningen van de ziekenhuizen.

Deze leden vragen de minister of zij het wel verstandig acht om zonder de uitkomsten van dit onderzoek de in gang gezette overheveling van de oncolytica door te zetten, ondanks dat de medicatieoverdracht nog niet op alle plekken op het gewenste niveau is en er ook signalen zijn dat patiënten soms om niet-medische redenen geswicht worden.

Ik heb, gezien de signalen, alleen voor de overige oncolytica gekozen, omdat ik in 2013 al begonnen was met overhevelen van de oncolytica. Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem is per 1 januari 2013 gesloten voor oncolytica. Daarnaast genereert deze groep geneesmiddelen interacties met andere geneesmiddelen, hierdoor acht ik het beter de regie en verantwoordelijkheid voor de behandeling in één hand te leggen.

Bijlage 1: Overzicht van overhevelingsdata

Groepen geneesmiddelen	Oorspronkelijke datum van overheveling	Wijziging datum	Definitieve datum
TNF-Afgeleides	1 januari 2011 (14 juli 2010)	1 januari 2012 (8 februari 2011)	1 januari 2012 (8 februari 2011)
Weggeefmiddelen	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2014 (24 mei 2012), 1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet besloten, deels met oncolytica overhevelend
Oncolytica	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011), 1 januari 2014 (24 mei 2012), 1 januari 2015 (17 mei 2013)	1 januari 2015 (15 mei 2014)
Oncolytica (> € 10.000,-)	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011)	1 januari 2013 (24 mei 2012)
Groeihormonen	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011)	1 januari 2013 (24 mei 2012)
Fertiliteitschormonen	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011), 1 januari 2014 (Staatscourant nr. 17356 27 augustus 2012)	1 januari 2014 (17 mei 2013)
Geneesmiddelen tegen bloedarmoede	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011), 1 januari 2014 (24 mei 2012), 1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet besloten (15 mei 2014)
HIV-middelen	1 januari 2013 (11 mei 2011)	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet besloten (15 mei 2014)
Immunoglobulinen	1 januari 2012 (14 juli 2010)	1 januari 2013 (11 mei 2011), 1 januari 2014 (24 mei 2012), 1 januari 2015 (17 mei 2013)	niet besloten (15 mei 2014)
Hematopoïetische groeifactoren	1 januari 2015 (17 mei 2013)	niet besloten (15 mei 2014)	niet besloten (15 mei 2014)
Middelen tegen Multiple Sclerose	1 januari 2015 (17 mei 2013)	niet besloten (15 mei 2014)	niet besloten (15 mei 2014)
Middelen bij Pulmonale Arteriële Hypertensie	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Hepatitis C middelen	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Interferonen	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Immunosuppressiva	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Parenterale antibiotica	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Ijzerchelende middelen	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)
Specifische bij osteoporose en hyperparathyroïdie	1 januari 2016 (17 mei 2013)	niet van toepassing	niet besloten (15 mei 2014)