

Vergaderjaar 2003–2004

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 3

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2004

De Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN), de Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie (NVGE), de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) en de Reumapatiëntenbond (verder aan te duiden als partijen) hebben in een brief aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (kenmerk 5210/3413,VWS-04-214) aandacht gevraagd voor de bekostiging van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Met deze brief reageer ik, op uw verzoek (VWS-04-523), op de signalen die door de bovengenoemde partijen worden afgegeven.

Dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

Het ziekenhuisbudget vormt de bron voor de vergoeding van alle medisch specialistische zorg die in het ziekenhuis wordt verleend. Uit dit budget worden onder andere hulpmiddelen en geneesmiddelen bekostigd. Hieronder valt dus ook de vergoeding van dure hulpmiddelen en van dure geneesmiddelen.

De CTG-beleidsregel dure geneesmiddelen maakt een additionele vergoeding voor een aantal gespecificeerde geneesmiddelen mogelijk. Middelen die meer dan 0.5% van de totale kosten van farmaceutische hulp in ziekenhuizen bedragen, kunnen hiervoor in aanmerking komen. Deze vergoeding wordt dus aan het reguliere ziekenhuisbudget toegevoegd. Omdat het om additionele vergoeding gaat, stelt de beleidsregel een maximum aan de vergoeding (75%) en onderhandelen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de concrete toepassing van de beleidsregel. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars stellen daarbij samen het vergoedingspercentage vast. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is verantwoordelijk voor het onderhoud van deze beleidsregel. De uitspraak dat ziekenhuizen geen budget hebben voor dure geneesmiddelen of dat zij de kosten zelf moeten dragen is dus niet correct. Wel hebben ziekenhuizen een aanzienlijke keuzevrijheid in de besteding van het ziekenhuisbudget.

Per brief hebben zich een aantal medische beroepsgroepen tot het ministerie gewend. Ik verbaas mij daarover, want de besluitvorming over het gebruik van dure geneesmiddelen is in eerste instantie een interne afweging van het ziekenhuis. Deze discussie kan vervolgens worden voortgezet via de koepels die betrokken zijn bij het onderhoud van de beleidsregel «dure geneesmiddelen» bij het CTG.

De brief van de CCUVN, de NVGE, de NVR en de Reumapatiëntenbond

De partijen hebben het onderwerp kostbare geneesmiddelen ook al in een eerder stadium bij mijn ministerie aangekaart. Er heeft vervolgens een overleg met deze partijen plaatsgehad. Tijdens het overleg heeft het ministerie aangegeven dat het noodzakelijk is om op instellingsniveau inzicht te krijgen in de wijze waarop patiënten met kostbare geneesmiddelen worden behandeld. In aansluiting hierop hebben deze partijen mij een rapport toegezonden waarin de meningen van een aantal geïnterviewde medisch specialisten zijn opgenomen. Er is inmiddels schriftelijk door mij op dit rapport gereageerd. In mijn reactie geef ik aan dat het rapport geen inzage geeft in de volgende vragen:

- Wat is de status van de professionele consensus over de toepassing van dure geneesmiddelen (voorbeeld NICE rapporten, Verenigd Koninkrijk);
- of en zo ja waar er zich concrete situaties voordoen waarbij patiënten noodzakelijke zorg onthouden wordt die zij op grond van internationale professionele consensus zouden moeten ontvangen en wat de financiële situatie van het onderhavige ziekenhuis is;
- welke afspraken er in het overleg tussen zorgverzekeraars en ziekenhuis gemaakt zijn over de financiering van het ziekenhuis in het algemeen en van de kostbare geneesmiddelen in het bijzonder (beleidsregel Dure geneesmiddelen);
- wat de opstelling van de Raad van Bestuur van de betreffende instelling is, waarbij in het bijzonder de onderliggende motivatie om tot dit beleid te komen van belang is.

Ik ben van mening dat over deze vragen duidelijkheid moet bestaan voordat er conclusies mogelijk zijn over het gebruik van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. In mijn reactie op het rapport heb ik dan ook aangegeven dat ik op grond van de verstrekte gegevens geen voornemens heb om het CTG te vragen de criteria van de beleidsregel dure geneesmiddelen aan te passen.

De beleidsregel dure geneesmiddelen in de toekomst

Dit laatste standpunt neem ik nog steeds in. Wel is er ruimte voor het onderhoud van de beleidsregel. Hierdoor kunnen nieuwe geneesmiddelen die aan de criteria van de beleidsregel voldoen (en die dus een relatief groot beslag leggen op de kosten van geneesmiddelen in ziekenhuizen) tot uitbreiding van de lijst geneesmiddelen bij de beleidsregel leiden. Ik verwacht van de veldpartijen in het CTG-overleg een tijdige signalering van nieuwe middelen die aan de voorwaarden van de beleidsregel (gaan) voldoen. Langs deze weg kunnen middelen in de beleidsregel worden opgenomen.

Momenteel onderzoek ik ook de mogelijkheden om eventuele drempels weg te nemen die beletten dat innovatieve geneesmiddelen (die aan de criteria van de beleidsregel gaan voldoen) kunnen worden toegepast. Tenslotte is het van het grootste belang dat geneesmiddelen die in de beleidsregel dure geneesmiddelen zijn opgenomen, op hun doelmatig-

heid worden getoetst. Het College voor zorgverzekeringen zal de toetsing van de geneesmiddelen die thans onder de beleidsregel vallen naar verwachting dit jaar afronden. Daarmee wordt duidelijk welke geneesmiddelen bij welke indicaties aan de criteria van de beleidsregel voldoen. Bij toepassing buiten deze indicaties is geen vergoeding mogelijk. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van het in de beleidsregel opgenomen middel Botox voor cosmetische doeleinden.

Daarnaast – en ook impliciet vervat in mijn besluit de beleidsregel dure geneesmiddelen inhoudelijk niet aan te passen – vind ik het van belang dat de rol van de zorgverzekeraars bij dure geneesmiddelen gehandhaafd blijft. Dit past in mijn streven om de zorgaanbieders én de financiers van de zorg samen verantwoordelijk te maken voor de wijze waarop deze geleverd en gefinancierd wordt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst