Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag
De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
GMT/VDG 3063575

Bijlagen

Uw brief

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

Datum 11 mei 2011
Betreft: voorhang bekostiging dure geneesmiddelen (TNF-alfaremmers)

Geachte voorzitter,

In deze brief bericht ik u over de overheveling van dure medisch-specialistische geneesmiddelen van de extramurale bekostiging naar de ziekenhuisbekostiging.

In een voorhangbrief van 14 juli 2010 (GMT-VDG 3012901) heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd over de ' overheveling' van de geneesmiddelgroep 'TNF-alfaremmers' per 1 januari 2011. Mede op verzoek van de Tweede Kamer is vervolgens de invoeringstermijn gewijzigd vastgesteld op 1 januari 2012 (GMT/VDG 3022167) en later op 1 juli 2011[1]. In laatstgenoemde motie heeft de Tweede Kamer destijds ook verzocht om per 2012 ook andere geneesmiddelgroepen over te hevelen. In deze brief ga ik ook op deze motie in.

In mijn brief van 8 februari jl. (GMT-VDG 3048765) heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn besluit om de overheveling van de TNF alfaremmers per 1 januari 2012 in te laten gaan. Per 1 januari 2012 zal deze geneesmiddelgroep, en een drietal andere (vergelijkbare) geneesmiddelen, volledig onder de ziekenhuisbekostiging worden gebracht. Vanaf 2013 volgt een gefaseerde overheveling van andere geneesmiddelgroepen.

Ik zet de belangrijkste punten van deze brief op een rij:
1. De patiënt mag geen hinder ondervinden; de inhoud van het verzekerde pakket blijft zoals die is, net als de mogelijkheid om de zorg in de thuissituatie te ontvangen.
2. De maatregel beoogt een eenduidige regeling van aanspraak en bekostiging van dure medisch-specialistische geneesmiddelen.
3. Inzet is a) het tegengaan van afbakeningsproblematiek intra/extramuraal en b) het realiseren van lagere prijzen (via prijscompetitie) bij deze dure geneesmiddelen.
4. Per 1 januari 2012 overheveling van TNF-alfaremmers en drie vergelijkbare geneesmiddelen, vanaf 2013 overheveling van andere geneesmiddelgroepen.
5. Door het bedingen van lagere prijzen voor TNF-alfaremmers wordt door ziekenhuizen een doelmatigheidsopbrengst van structureel € 50 miljoen behaald; deze opbrengst wordt (taakstellend) verdisconteerd in het macrobudgettair kader 2012 voor medisch-specialistische zorg.

[1] Motie Lid Van der Veen c.s., oktober 2010

Ik ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) voornemens om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven om deze maatregel mogelijk te maken**.** Conform artikel 8 van de WMG informeer ik u over de zakelijke inhoud daarvan. Ik zal niet eerder overgaan tot het geven van de aanwijzing dan 30 dagen na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen in de Staatscourant.

In het nu volgende ga ik in op de achtergrond en uitvoeringsaspecten bij deze maatregel.

Achtergrond
In de brief van 14 juli 2010 (GMT-VDG 3012901) heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd over het voornemen om bepaalde (dure) medisch-specialistische geneesmiddelen integraal en exclusief onder de ziekenhuisbekostiging te brengen, en de verzekerde aanspraak op deze middelen eenduidig vast te stellen. Het gaat hier om enkele tientallen geneesmiddelen die deel uit maken van de medisch-specialistische behandeling, maar als ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie worden toegediend. Het betreft hier dure geneesmiddelen tegen ernstige aandoeningen (als kanker), die uitsluitend door een medisch specialist wordt voorgeschreven. De maatregel leidt er toe dat deze geneesmiddelen niet langer onderdeel zijn van de Zvw prestatie farmaceutische zorg (het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS)), maar als medisch-specialistische zorg uitsluitend onder de Zvw prestatie geneeskundige zorg komen te vallen.

Een overweging achter dit voorstel is dat een meer eenduidige regeling van verzekerde aanspraak en bekostiging bij deze geneesmiddelen een einde kan maken aan voorkomende financiering- en verstrekkingengeschillen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft vastgesteld dat deze praktijk gepaard gaat met een afbakeningsproblematiek[2] die aanleiding kan geven tot dergelijke geschillen. Dat kan volgens het CVZ tot situaties leiden waarbij zorginhoudelijke overwegingen ondergeschikt kunnen raken aan financiële overwegingen. Volgens het CVZ is deze problematiek het gevolg van de vigerende dubbele systeemkaders voor aanspraak en bekostiging bij deze geneesmiddelen. Het CVZ stelt dat het veelal gaat om de dure geneesmiddelen die deel uitmaken van de ziekenhuisbehandeling maar die ook in het GVS zijn opgenomen. Met het oog op voorgaande is het aangewezen om te komen tot een eenduidige bekostigingssystematiek bij deze geneesmiddelen.

Een andere overweging is dat de doelmatige inkoop van de geneesmiddelen beter gewaarborgd is als de betreffende geneesmiddelen integraal onder de ziekenhuisbekostiging worden gebracht. Een bundeling van vraag en inkoop van deze dure geneesmiddelen via het ziekenhuis biedt naar verwachting betere randvoorwaarden voor prijscompetitie tussen (leveranciers van) dure geneesmiddelen. Daar waar (binnen een therapeutische klasse) sprake is van vergelijkbare dure geneesmiddelen zijn ziekenhuizen – als inkoper en 'voorschrijver' - in de positie om lagere prijzen te bedingen bij geneesmiddelenleveranciers. Dat kan door het aanwijzen van 'voorkeursmiddelen'.

[2] Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg, College voor zorgverzekeringen (14 april 2008)

In de huidige situatie, waarbij veel dure geneesmiddelen onder het GVS vallen, komen deze niet ten laste van het ziekenhuis en wordt die inkoopmacht niet aangewend. Met het oog op het maatschappelijk belang van deze prijscompetitie, en het daartoe faciliteren van het spel van vraag en aanbod tussen leveranciers en zorgaanbieders, is het daarom aangewezen om deze dure geneesmiddelen integraal onder de ziekenhuisbekostiging te brengen.

Besluit overheveling TNF-alfaremmers en andere geneesmiddelgroepen
De door mijn voorganger ingezette lijn om de dure geneesmiddelen over te hevelen van het GVS naar de ziekenhuisbekostiging geniet, gezien de motie Van der Veen c.s., steun van de Tweede Kamer. Deze geneesmiddelen worden uitsluitend als onderdeel van de medisch-specialistische behandeling toegepast. De verzekerde aanspraak, financiering en bekostiging van deze middelen dient daar bij aan te sluiten. Ik zie ook dat de ziekenhuissector deze benadering steunt. De sector geeft aan dat het de regiefunctie van de medisch specialist en het ziekenhuis over deze veelal complexe zorg ten goede kan komen. Partijen geven echter ook aan dat het een majeure operatie betreft die om een zorgvuldige uitvoering vraagt. De toegang tot en de kwaliteit van de zorg mag niet in het geding komen en de patiënt mag geen hinder ondervinden.

Met het oog op voorgaande kies ik voor een zorgvuldige en gefaseerde uitvoering. Op termijn worden alle relevante (groepen) dure medisch-specialistische geneesmiddelen uit het GVS geschrapt. Dat betreft per 1 januari 2012 de geneesmiddelgroep 'TNF-alfaremmers', samen met een drietal andere (vergelijkbare) geneesmiddelen. Deze worden volledig onder de ziekenhuisbekostiging gebracht. Vanaf 2013 zal een overheveling van andere geneesmiddelgroepen gefaseerd worden doorgevoerd.

Met de overheveling zal de dubbele aanspraak (farmaceutische zorg en geneeskundige zorg) en de dubbele bekostigingssystematiek (bekostiging via het GVS, respectievelijk de ziekenhuizen) worden omgezet in een enkele, eenduidige systematiek, te weten een aanspraak op basis van de Zvw-prestatie geneeskundige zorg met bekostiging via de ziekenhuizen. Omdat de behandeling met deze specifieke geneesmiddelen in alle gevallen onderdeel is van de medisch-specialistische behandeling[3], ligt het in de rede om wat de verzekerde aanspraak betreft deze zorg uitsluitend nog als geneeskundige zorg aan te merken. Dat betekent dat ook bij toepassing buiten het ziekenhuis deze zorg enkel als geneeskundige zorg, en niet langer als farmaceutische zorg wordt aangemerkt. Ik wil benadrukken dat het besluit uitsluitend een meer eenduidige regeling van de aanspraak en bekostiging voor deze geneesmiddelen behelst. Aan de inhoud van het verzekerde pakket verandert er in praktische zin niets. De patiënt zou geen hinder van deze maatregel moeten ondervinden. De zorg met deze geneesmiddelen in de thuissituatie, mits gewenst door de patiënt en medisch verantwoord, dient dus ook gewaarborgd te zijn.

[3] Dit volgt uit de aard van de aandoening waarbij betreffende geneesmiddelen worden toegepast en het gegeven dat deze middelen op grond van hun registratie (voor markttoelating) uitsluitend door medisch specialisten mogen worden toegepast.

Overheveling TNF-alfaremmers per 2012; uitvoeringsaspecten
Zoals gezegd zullen per 1 januari 2012 de geneesmiddelgroep 'TNF-alfaremmers', en een drietal andere geneesmiddelen, integraal en exclusief onder de ziekenhuisbekostiging gebracht worden. Daartoe worden deze geneesmiddelen geschrapt uit het GVS en komen de kosten van de geneesmiddelen ten laste van het macrokader voor medisch-specialistische zorg. Dat kader zal worden aangepast.

Om welke geneesmiddelen gaat het?
De maatregel heeft betrekking op de volgende geneesmiddelen: adalimumab (Humira); etanercept (Enbrel); certolizumab (Cimzia); golimumab (Simponi) en infliximab (Remicade). Deze behoren tot de therapeutische klasse van ' TNF-alfaremmers'. Daarnaast heeft de maatregel ook betrekking op de geneesmiddelen abatacept (Orencia), anakinra (Kineret), en ustekinumab (Stelara). Deze drie producten zijn, net als de TNF-alfaremmers, geneesmiddelen die uitsluitend door een medisch specialist worden voorgeschreven, en wel bij indicaties waarbij ook de TNF-alfaremmers worden toegepast. Met het oog op het creëren van een gelijk speelveld, en het vermijden van mogelijke 'weglekrisico's', worden ook deze producten gelijktijdig met de TNF-alfaremmers overgeheveld.

Bekostiging en verzekerde aanspraak
Deze maatregel krijgt zijn beslag binnen de systematiek van prestatiebekostiging en add-onbekostiging die per 2012 wordt ingevoerd. Dat houdt in dat instellingen de inzet van de betreffende geneesmiddelen als toegevoegde prestatie ('add-on'of 'toevoeging') bij de DOT-DBC kunnen declareren bij de zorgverzekeraars. Dit voor zover het een toepassing ('indicatie') betreft die als verzekerde zorg wordt gezien.

De NZa zal na consultatie van veldpartijen het (maximum)tarief van de toevoeging bij de DOT-DBC voor de over te hevelen geneesmiddelen vaststellen. In mijn brief 'Zorg die loont' heb ik al gezegd dat vanaf 2013 in het maximumtarief van de toevoeging ('add-on') van de dure geneesmiddelen eventuele inkoopkortingen van ziekenhuizen verdisconteerd worden. Dat zal vanaf 2013 ook het geval zijn voor de in 2012 over te hevelen geneesmiddelen.

Wat de aanspraak betreft het volgende. Met het eenzijdig schrappen van de betreffende geneesmiddelen uit het GVS verandert er niets aan de inhoud van het verzekerde pakket. De aanspraak op behandeling met deze geneesmiddelen is immers als medisch-specialistische zorg ook geborgd via de Zvw prestatie geneeskundige zorg. Alle toepassingen ('indicaties') van de betreffende geneesmiddelen die nu via het GVS als verzekerde zorg zijn aangemerkt en door zorgverzekeraars worden vergoed, kunnen in de nieuwe situatie door instellingen als toevoeging bij de DOT-DBC gedeclareerd worden bij zorgverzekeraars. Het gaat dan o.a. om de geregistreerde indicaties bij inflammatoire aandoeningen (zoals reumatoïde artritis en colitis ulcerosa), maar ook om de niet-geregistreerde toepassingen als therapieresistente vormen van sarcoidose en uveitis. Omdat de aanspraak op geneeskundige zorg, i.t.t. de aanspraak bij farmaceutische zorg ('het GVS'), niet expliciet omschreven is, vind ik het van belang dat het bovenstaande voor verzekerden en veldpartijen volstrekt helder is. Behalve dat ik met het voorgaande al helderheid verschaf zal ik voor de volledigheid ook het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verzoeken om op dit punt helderheid aan verzekerden en partijen te verschaffen.

Ik verwijs hierbij ook naar mijn brief 'Zorg die loont', waarin ik heb aangegeven dat specifiek zal worden omschreven bij welke ziektebeelden de dure geneesmiddelen worden vergoed.

Bekostiging van dienstverlening m.b.t. aflevering en toediening in de thuissituatie
Zoals gezegd dient de patiënt geen hinder te ondervinden van deze maatregel. Om dit te borgen is het belangrijk dat ziekenhuizen de verantwoordelijkheid nemen voor het continueren van het ontvangen van de behandeling (met verpleegkundige ondersteuning) in de thuissituatie in die gevallen waar dat gewenst en medisch verantwoord is. Naar mijn inschatting gebruiken op dit moment minder dan 5% van de circa 25.000 tot 30.000 patiënten verpleegkundige ondersteuning bij de thuistoediening van de TNF-alfaremmers. Het merendeel van de patiënten dient de geneesmiddelen dus zelf toe, zonder verpleegkundige ondersteuning. Ook bij de drie genoemde overige over te hevelen geneesmiddelen kan bij patiënten thuistoediening door een verpleegkundige aan de orde zijn. Om deze specifieke zorg in de thuissituatie ook na overheveling te waarborgen is het van belang dat de bekostigings- en financieringssystematiek hier niet belemmerend werkt. Deze zorg kan door ziekenhuizen zelf, dan wel in hun opdracht door derden worden georganiseerd.

Besparingsopbrengst
Met de overheveling van de TNF-alfaremmers is vanaf 2012 een structurele besparingsopbrengst van € 50 miljoen gemoeid. Dit op basis van de te verwachten inkoopvoordelen die ziekenhuizen in de nieuwe situatie kunnen realiseren. Volgens het CVZ zijn de verschillende TNF-alfaremmers bij een aantal belangrijke toepassingsgebieden (waaronder reumatoïde artritis) op populatieniveau 'onderling vervangbaar' (therapeutisch vergelijkbaar). Dat betekent dat bij een nieuw te behandelen patiënt, of bij patiënten die na verloop van tijd een andere TNF-alfaremmer voorgeschreven krijgen, de voorschrijver de keuze heeft tussen meerdere TNF-alfaremmers. In die gevallen kan het ziekenhuis één van de TNF-alfaremmers als voorkeursmiddel aanwijzen. Dat maakt dat het ziekenhuis inkoopmacht heeft ten opzichte van geneesmiddelenleveranciers en daardoor kortingen kan bedingen. In de huidige dynamiek, waarin ziekenhuizen deze middelen niet inkopen, komen die prikkels voor prijscompetitie onvoldoende tot uiting. Ik wil benadrukken dat deze mechanismen niet in alle gevallen uitvoerbaar zijn. Niet iedere patiënt zal met het voorkeursmiddel behandeld kunnen worden. Ook zijn er verschillen tussen de verschillende producten als het gaat om de geregistreerde indicaties. Het spreekt voor zich dat het ziekenhuis altijd het meest geschikte geneesmiddel dient in te zetten en naast het voorkeursmiddel dus ook de andere producten beschikbaar moet maken.

Tabel 1 geeft de ontwikkeling weer van de extramurale uitgaven aan de TNF- alfaremmers over de periode 2008 tot 2010 en de geprognosticeerde uitgaven over de jaren 2011 tot en met 2012 bij ongewijzigd beleid.

Tabel 1. Ontwikkeling extramurale uitgaven TNF-alfaremmers bij ongewijzigd beleid.

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
Uitgaven (€ mln) (groei t.o.v. vorig jaar)	242 -	300 (24%)	360* (20%)	425**	500**

* voorlopige realisatie april 2011 (GIP databank); ** prognose

Uit deze gegevens volgt dat de besparingsopbrengst van € 50 miljoen in 2012 gerealiseerd wordt indien instellingen een minimaal kortingpercentage behalen van circa 10% en dit wordt doorberekend in het tarief voor de betreffende toevoeging (add-on).

Echter, macrobudgettair gezien dient ook de thuistoediening binnen deze geprojecteerde ruimte bekostigd te worden. Die dienstverlening wordt in de huidige situatie uit de marges op de extramurale lijstprijzen gefinancierd. Deze kosten bedragen in de huidige situatie naar schatting 3 à 4% van de totale extramurale uitgaven. In de nieuwe situatie vanaf 2012 kunnen deze dienstverlening en de kosten ervan (1) óf door de instellingen zelf, dan wel (2) door toeleveranciers van de geneesmiddelen worden gedragen.

Ad (1)
Voor de situatie dat zorginstellingen de kosten voor thuistoediening zelf dragen wil ik de NZa laten bezien of een apart financieringskader voor deze kosten nodig is, of dat deze dienstverlening uit de DOT-tarieven gefinancierd kan worden, of – zoals nu – uit de marges op de lijstprijzen van de geneesmiddelen. In het geval dat een apart financieringskader wordt gehanteerd dan wel de kosten via de DOT-tarieven worden gefinancierd, vind ik het redelijk dat vooraf een afslag op de maximumtarieven van de betreffende toevoegingen (add-ons) verwerkt wordt. Ik zal de NZa vragen de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken.

Als de zorginstelling de kosten voor de thuistoediening draagt dient er (ongeacht de wijze van financiering) met het oog op de macrobudgettaire opbrengst van € 50 miljoen in 2012 – en gelet op het voorgaande – per saldo sprake te zijn van een inkoopkorting op de lijstprijs van ten minste 13,5% (10% +3,5%).[4] Deze minimale korting dient geheel te worden doorgegeven in het te declareren tarief voor de toevoeging, tenzij de zorginstelling de kosten financiert uit de marge op de lijstprijs. In dat laatste geval volstaat wat de macrobudgettaire opbrengst betreft een doorrekening van 10% in het te declareren tarief.

Ad (2)
Als de toeleveranciers de kosten van thuistoediening blijven dragen (en financieren op de marges op de lijstprijzen) volstaat voor de zorginstellingen een inkoopkorting van 10%[5] op de lijstprijs, mits deze geheel wordt doorberekend in het te declareren tarief voor de toevoeging.

Bij andere intramurale geneesmiddelgroepen waar sprake is van concurrentie zijn in de praktijk inkoopkortingen voor ziekenhuizen gezien die kunnen oplopen tot meer dan 70% ten opzichte va de lijstprijs. Omdat het hier echter om concurrentie tussen verschillende varianten van dezelfde werkzame stof gaat, wat bij de TNF-alfaremmers niet het geval is, kunnen deze percentages niet zomaar worden geprojecteerd op de TNF-alfaremmers. Een kortingspercentage van 13,5% in 2012 acht ik echter reëel.

[4] Uitgaande van de in de tabel opgenomen uitgavenraming over 2012.
[5] Uitgaande van de in de tabel opgenomen uitgavenraming over 2012.

Macrobudgettaire compensatie van het kader medisch-specialistische zorg
Ik wil voorzien in een adequate bekostiging van ziekenhuizen voor zowel de geneesmiddelkosten als de uitvoeringskosten van de dienstverlening in de thuissituatie. Ik zal daartoe het macrobudgettaire kader voor medisch-specialistische zorg structureel compenseren ten laste van het geneesmiddelenkader. Voor het jaar 2012 staat die compensatie gelijk aan de binnen het geneesmiddelenkader geprognosticeerde uitgaven aan de TNF- alfaremmers (zie tabel 1) en de drie overige geneesmiddelen in 2012 minus de besparingsopbrengst van € 50 miljoen. Ik schat de uitgaven aan de drie overige producten in 2012 op € 6 miljoen (GIP databank, april 2001). Op grond van afspraken met de beroepsgroep van reumatologen m.b.t. het doelmatig voorschrijven van deze geneesmiddelen met behoud van kwaliteit is in 2012 een opbrengst van € 5 miljoen ingeboekt. Dat brengt de totale compensatie voor het macrobudgettaire kader voor medisch-specialistische zorg voor 2012 op € 451 miljoen in 2012 (€ 500 + € 6 - € 5 – € 50 miljoen). Vanaf 2012 zal de compensatie voor de latere jaren worden vastgesteld.

Vanaf 2015 zullen zorgverzekeraars volledig risico dragen over deze geneesmiddelen. Dit is in lijn met het beleid ten aanzien van de andere intramurale dure geneesmiddelen, zoals beschreven in de brief 'Zorg die loont'. In het algemeen geldt dat de beleidsvoornemens voor de dure geneesmiddelen zoals vermeld in de deze brief ook van toepassing zijn op de over te hevelen (dure) geneesmiddelen. De twee over te hevelen geneesmiddelen (infliximab en abatacept) die op dit moment ook al onder de ziekenhuisbekostiging vallen zullen ook onder het zg. transitiebedragmodel worden opgenomen bij invoering van prestatiebekostiging. Zoals ook in 'Zorg die loont' is vermeld, maak ik met o.a. beroepsgroepen afspraken over waarborgen voor doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen. In dat verband zal mijn aandacht ook blijvend uitgaan naar de groep van TNF–alfaremmers.

Waarborgen voor goede zorg
Deze maatregel heeft praktische implicaties voor ziekenhuizen, behandelaren, zorgverzekeraars en andere spelers, zoals licentiehouders en (unieke) leveranciers van deze geneesmiddelen. Instellingen dienen nu maatregelen te treffen met het oog op het per 1 januari 2012 voortzetten van de aflevering en toediening van deze geneesmiddelen in de thuissituatie. Patiënten die deze geneesmiddelen nu thuis – met verpleegkundige hulp - toegediend krijgen moeten hier op kunnen blijven rekenen en ook nieuwe patiënten moeten deze zorg in de thuissituatie kunnen ontvangen indien dat gewenst en medisch verantwoord is. Het kan niet zo zijn dat een patiënt tegen zijn zin de behandeling in het ziekenhuis moet ondergaan als dat medisch gezien ook in de thuissituatie mogelijk is. Overigens, het is mijns inziens ook niet zo dat er sprake is van een verzekerd recht op het thuis laten afleveren van de geneesmiddelen indien daar verder geen noodzakelijke zorg mee gemoeid is en de patiënt deze middelen, zoals gebruikelijk is, ook in de openbare apotheek of ziekenhuisapotheek kan ophalen.

Vertegenwoordigers van patiënten hebben om waarborgen gevraagd dat deze geneesmiddelen onverkort toegankelijk blijven voor de patiënt en de patiënt ook kan blijven rekenen op toediening van deze geneesmiddelen in de thuissituatie, ook als daar verpleegkundige ondersteuning bij noodzakelijk is. Ik meen dat deze waarborgen er zijn. Allereerst is het zo dat patiënten in Nederland erop kunnen rekenen dat zij te allen tijde de voor hen noodzakelijke ziekenhuiszorg ontvangen. Dit wordt niet alleen gewaarborgd door de professionele verantwoordelijkheid van de behandelaar, maar ook door de zorgplicht van de zorgverzekeraar. In de nieuwe bekostigingssystematiek zal een instelling de behandeling met deze geneesmiddelen als aparte prestatie/toevoeging ('add-on') bij de DOT-DBC kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. De NZa zal voor die toevoeging een adequaat (maximum)tarief vaststellen. Er is dus geen risico voor onderbehandeling in de zin dat een individuele instelling in financiële zin zou toeleggen op deze behandelingen. De doelmatigheidstaakstelling van € 50 miljoen voor de sector vormt m.i. ook geen aannemelijke belemmering om de patiënt de noodzakelijke zorg te geven.

Men vraagt zich ook af of patiënten straks verplicht worden om naar het ziekenhuis te komen voor de behandeling. Ik verwacht echter niet dat dit het geval zal zijn. Uit alle contacten met de sector, en communicatie van de sector, blijkt dat deze zich serieus voorbereidt om de zorg in de thuissituatie te kunnen aanbieden. Het gegeven dat de ziekenhuissector de tijd heeft gevraagd om die zorg op kwalitatief goede wijze te borgen is immers ook de reden dat van invoering van de maatregel op een eerder moment is afgezien. Hieruit blijkt ook de intentie van de sector om in deze behoefte te voorzien. Het is mij duidelijk dat ook de ziekenhuissector het niet acceptabel zou vinden als patiënten deze zorg straks in het ziekenhuis moeten halen in het geval dat dat medisch gezien ook prima thuis zou kunnen. Van de overheid mag verwacht worden dat er voor die zorg bij de patiënt thuis wel een adequate financiering is. Op dat punt ben ik hierboven ingegaan.

Ik heb er alle vertrouwen in dat de betrokken partijen die deze zorg in de thuissituatie al in het belang van de patiënt mogelijk maakten, of eventueel nieuwe toetreders, zich samen in het belang van die patiënten zullen inzetten om deze zorg ook in de nieuwe situatie – op medisch verantwoordelijke wijze – te continueren. Daarnaast wil ik de geuite zorgen van patiëntenorganisaties en andere betrokken partijen – voor zover dat binnen mijn bereik ligt – serieus nemen en zo veel mogelijk wegnemen. Met het oog daarop is het mijns inziens van belang dat de toegang en de kwaliteit van deze zorg goed wordt gevolgd. In overleg met vertegenwoordigende partijen van zowel patiënten als beroepsgroepen is een aantal gewenste waarborgen vastgesteld. Het gaat hier mede om het beschikbaar maken van communicatiemateriaal voor patiënten en artsen, het gebruik van een meldlijn voor artsen en patiënten en een actieve monitoring van de toegankelijkheid van deze zorg.

Overheveling andere groepen vanaf 2013

In de eerder genoemde motie (Lid Van der Veen c.s.) is door de Tweede Kamer verzocht om in 2012 ook de overheveling van andere relevante groepen medisch-specialistische geneesmiddelen uit te voeren. Het is ook mijn intentie om andere geneesmiddelengroepen onder de ziekenhuisbekostiging te brengen.

Gedacht kan worden aan weesgeneesmiddelen, middelen voor de behandeling van kanker, groeihormonen, fertiliteithormonen, bepaalde geneesmiddelen tegen bloedarmoede, HIV-remmers en immunoglobulinen. Gezien de omvang van een dergelijke operatie en het belang van het waarborgen van goede patiëntenzorg ben ik van mening dat deze stap niet per direct gezet kan worden. De overheveling van de TNF-alfaremmers is al een dermate ingrijpende stap voor partijen dat een overheveling van andere geneesmiddelgroepen per 2012 niet verstandig is. Ook is het van belang om de ervaringen bij de TNF-alfaremmers en de specifieke marktomstandigheden mee te nemen bij vervolgstappen. Daarom ben ik voornemens om niet per 2012, maar per 2013 een stap te maken met de overheveling van (een deel) van genoemde overige geneesmiddelgroepen. Ik wil hierover ook nog overleg voeren met betrokken partijen. Ik verwacht u hier in de tweede helft van dit jaar nader over te kunnen informeren.

Nieuwe beschikbaar komende medisch-specialistische geneesmiddelen
Gedurende de komende jaren zullen steeds nieuwe medisch-specialistische geneesmiddelen op de markt beschikbaar komen. Het is niet logisch en gewenst als gedurende de uitvoering van deze operatie er aan de voordeur steeds nieuwe geneesmiddelen het GVS instromen. Daarom zal ik aanvragen voor opname in het GVS van relevante nieuwe medisch-specialistische geneesmiddelen die vanaf vanaf 1 januari 2012 worden ingediend niet langer in behandeling nemen. Deze geneesmiddelen komen vanaf dat moment alleen in aanmerking om onderdeel te worden van de Zvw prestatie geneeskundige zorg en daaruit volgende ziekenhuisbekostiging. De instroom van nieuwe geneesmiddelen in deze Zvw prestatie zal in wet-en regelgeving mogelijk gemaakt worden, waarbij conform de brief 'Zorg die loont' specifiek zal worden omschreven voor welke ziektebeelden deze geneesmiddelen worden vergoed. Om een gelijk speelveld te waarborgen voor leveranciers van vergelijkbare geneesmiddelen geldt het voorgaande uitsluitend voor nieuwe geneesmiddelen die niet in een bestaand GVS cluster opgenomen kunnen worden en voor middelen die vergelijkbaar zijn met de geneesmiddelen die per 2012 worden overgeheveld. Leveranciers van deze geneesmiddelen zullen op een later moment nader hierover worden geïnformeerd.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers