

Vergaderjaar 2014–2015

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 311**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 maart 2015

Deze brief stuur ik u naar aanleiding van het bericht in de Telegraaf op 7 maart 2015 dat vele geneesmiddelen niet meer vergoed worden. Dinsdag 10 maart 2015 heb ik in het vragenuur antwoorden gegeven op uw vragen (Handelingen II 2014/15, nr. 61, mondelinge vragen van het lid Klever aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht «Bulk aan medicijnen niet langer vergoed»). In aanvulling daarop het volgende.

*Aanleiding*

Eind februari 2015 werd voor apothekhoudenden en patiënten duidelijk dat circa 300–400 doorgeleverde geneesmiddelen door verschillende verzekeraars per 1 maart 2015 niet meer vergoed worden. Dit is gebeurd na een intensief traject waarbij gekeken is naar diverse criteria. Verzekeraars hebben dit echter eenzijdig en laat gecommuniceerd. Apothekers en patiënten voelen zich overvallen. Apothekhoudenden hebben hun patiëntenpopulatie niet kunnen voorlichten.

Ik ben van mening dat dit proces niet goed is verlopen. Er is door zorgverzekeraars onvoldoende overlegd met apothekhoudenden. En bovendien zijn apothekhoudenden en patiënten overvallen door dit besluit, dat op zo'n late termijn in is gegaan. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland hierop aangesproken.

*Doorgeleverde bereidingen in het pakket*

Doorgeleverde geneesmiddelen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die in één apotheek worden gemaakt en worden doorgeleverd aan een andere apotheek waar dit geneesmiddel aan de patiënt ter hand wordt gesteld.

Omdat doorgeleverde geneesmiddelen niet geregistreerd zijn, worden deze niet opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering). Dit betekent dat het primair aan zorgverzekeraars is om, conform de wettelijke bepalingen, te regelen of deze concrete geneesmiddelen worden vergoed. Dit is vastgelegd in artikel 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering (Bzv).

De politiek bepaalt de omvang en inhoud van het pakket in algemene zin. Zorgverzekeraars dienen te toetsen of een doorgeleverde bereiding rationeel is en daarmee in aanmerking komt voor vergoeding uit de basisverzekering. Het Zorginstituut Nederland definieert rationele farmacotherapie als volgt:

- Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid/effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering en de patiënt.
- Bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel zijn op grond van artikel 2.8, lid 2 onder d van het Besluit zorgverzekering uitgesloten. Met «gelijkwaardig» wordt hier ook bedoeld «therapeutisch gelijkwaardig».

Daarnaast wordt zelfzorgmedicatie sinds 2004, op enkele uitzonderingen na, niet meer vergoed uit het basispakket. Ik vind dan ook dat dit type geneesmiddelen niet vergoed zouden moeten worden via de achterdeur van doorgeleverde bereidingen.

Het aantal verstrekkingen van doorgeleverde bereidingen, die ten laste van het basispakket zijn gebracht, is door de jaren heen sterk gegroeid. In 2010 was er sprake van 1,4 mln verstrekkingen van doorgeleverde bereidingen ten laste van het basispakket; in 2014 waren dit er 4,8 mln (bron: GIPdatabank). Deze groei is te verklaren door een betere registratie van deze producten en doordat steeds minder apotheekhoudenden zelf geneesmiddelen bereiden.

Verskillende zorgverzekeraars hebben getoetst of de bestaande bereidingen rationeel zijn en voor vergoeding in aanmerking komen.

Zorgverzekeraars hebben getoetst op de volgende criteria:

- onjuistheden die in de lijst van bereidingen waren gekomen;
- de aanwezigheid van een vergelijkbaar geregistreerd geneesmiddel dat goedkoper is;
- de vraag of er voldoende wetenschappelijk bewijs van werking is (bijvoorbeeld in het geval van blaasvloeistoffen, zoals ook door het Zorginstituut al eerder is geduid);
- de vraag of sprake is van een bereiding voor een zogenaamde zelfzorgindicatie (zoals bijvoorbeeld voor wratten, aambeien etc.);
- de beschikbaarheid van een zelfzorgproduct met dezelfde werkzame stoffen.

Zo zijn zij gekomen tot de lijst van circa 300–400 bereidingen die niet meer of niet meer automatisch voor vergoeding in aanmerking komen, bijvoorbeeld omdat het gaat om bereidingen voor zelfzorgindicaties of bereidingen waarvoor een geregistreerd en doelmatig alternatief beschikbaar is. Het grootste deel van de circa drieduizend getoetste doorgeleverde bereidingen komt nog steeds voor vergoeding in aanmerking.

Er zijn situaties mogelijk waarin de doorgeleverde bereidingen op de genoemde lijst wel de aangewezen behandeling voor een individuele patiënt zijn. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de betreffende patiënt

vanwege een bepaalde aandoening of indicatie niet met een geregistreerd en tot het pakket toegelaten geneesmiddel uit de voeten kan. Ik vind het belangrijk dat er ruimte voor maatwerk blijft bestaan, zeker voor kwetsbare patiëntengroepen, zoals ouderen en kinderen. Indien de zorgverzekeraar van oordeel is dat de doorgeleverde bereiding (die in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat sprake is van een geregistreerd alternatief) in een individueel geval wel degelijk «rationeel» is kan hij op verzoek een machtiging afgeven, waarmee hij aangeeft dat het gebruik van deze doorgeleverde bereiding voor deze patiënt wel wordt vergoed uit de basisverzekering. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) verwacht problemen met de werkwijze van machtigingen. Deze werkwijze is echter al jaren staande praktijk, ook bij andere vormen van zorg; ik heb geen signalen dat dit in de praktijk voor problemen zorgt. Uiteraard gaat dit wel gepaard met extra administratieve lasten.

Indien een patiënt zich niet kan vinden in het oordeel van zijn verzekeraar kan hij zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De SKGZ kan zorgen voor bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen of, als dat niet helpt of als de Ombudsman geen mogelijkheid ziet tot bemiddeling, voor een bindende uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De SKGZ kan zich voor advies tot het Zorginstituut wenden. Als alternatief kan een verzekerde uiteraard voor de gang naar de rechter kiezen.

Zoals ik reeds heb verwoord, ben ik van oordeel dat de periode tussen de aankondiging van het schrappen van de betreffende bereidingen en de daadwerkelijke ingangsdatum te kort is geweest. Ik vind dit zeker voor de patiënten, die aan de desbetreffende bereidingen zijn gewend en daarop vertrouwen, niet behoorlijk. Maar ook vind ik het niet getuigen van goede samenwerking met apotheehoudenden. Juist het reguliere Bestuurlijk Overleg Eerstelijns leent zich goed voor tijdige uitwisseling van dit soort voornemens. Dit laat onverlet dat het de wettelijke plicht is van de verzekeraars om precies te definiëren welke interventies vergoed worden binnen de functionele omschrijvingen van het basispakket.

De zorgverzekeraars hebben aangegeven in de toekomst tijdig in overleg te gaan met beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld via de KNMP, zodat men zich kan voorbereiden en patiënten kan informeren. In mijn overleg met de verzekeraars zal ik hiervoor nogmaals aandacht vragen.

Gisteren heeft het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns plaatsgevonden onder voorzitterschap van het Ministerie van VWS. Hierin hebben betrokken partijen (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland) afgesproken over de huidige situatie op korte termijn in gesprek te gaan. Ik juich deze afspraak toe en hoop dat verzekeraars, apotheehoudenden en patiënten deze lijst nog eens gezamenlijk doorlopen en dat dit snel tot duidelijkheid leidt voor alle partijen.

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