

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 23 oktober 2013 over Bekostiging van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg (29 248, nr. 260)

De voorzitter van de commissie,
Neppéus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister, waarover zij nog enkele vragen hebben.

De Minister geeft aan dat zij het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt, en kiest voor optie 3. Deze optie maakt het mogelijk voor minstens één zorgaanbieder en minstens één zorgverzekeraar een add-on aanvraag in te dienen bij de NZa. Hetzelfde geldt voor het schrappen van een add-on declaratietitel. Wat is de verwachting van de Minister ten aanzien van het aantal aanvragen tot toevoegen en schrappen van add-ons in vergelijking met de huidige situatie? Welke gevolgen heeft dit voor de administratieve lasten?

Het bekostigingsmodel wordt aangepast per 1 januari 2015. Dan vervalt ook de huidige grens van € 10.000. In hoeverre kan in het tussenliggende jaar 2014 rekening gehouden worden met de aanstaande aanpassing, en in hoeverre is dit wenselijk?

De Minister verwijst naar haar toezegging om te bekijken of het mogelijk is tot één aanspraak en bekostigingsmodel te komen voor geneesmiddelen (intramuraal en extramuraal). Kan de Minister de huidige stand van zaken schetsen op dit punt?

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) vraagt aandacht voor indicaties voor kinderen. Specifiek hebben zij de volgende vragen:

Hoe wordt geborgd dat niet alleen geoordeeld wordt over indicaties voor volwassenen, maar ook voor kinderen?

Hoe wordt de input van de kindergeneeskunde geborgd bij beoordeling en besluitvorming rond add-on?

Hoe wordt de ongelijkheid in vergoeding tussen volwassenen en kinderen voorkomen?

Kan de Minister ingaan op deze vragen?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling en enige ongerustheid kennis genomen van het voorstel voor een nieuwe bekostiging voor geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg.

De leden van de fractie van de PvdA begrijpen de argumentatie die leidt tot een keuze voor optie drie niet. Deze leden vinden het merkwaardig dat bij optie 1 geldt dat een kostendrempel per patiënt per jaar prijsopdrijvend werkt en deze optie dus als ongewenst wordt beschouwd, terwijl bij optie 3 een maximumtarief per add-on wordt vastgesteld, waarbij er van wordt uitgegaan dat dit hoger zal uitvallen dan het huidige tarief. Optie 3 heeft dus een potentieel risico ten aanzien van de macrobetaalbaarheid, maar kennelijk geldt het argument dat de kosten hoger kunnen worden wel bij optie 1 maar opeens niet meer bij optie 3. De leden van de fractie van de PvdA vinden deze argumentatie onvolledig en vragen om een volledige argumentatie.

Tot 2012 was er een systeem met inzicht in de kosten van dure geneesmiddelen. Ziekenhuizen waren verplicht de netto-inkoopprijs van dure geneesmiddelen bij verzekeraars te declareren om extra budget te krijgen (beleidsregel dure geneesmiddelen). Kortingen werden aan verzekeraars doorberekend. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) meldde geneesmiddelen aan, het College voor Zorgverzekering (CVZ)

beoordeelde en gaf advies aan de NZa, een positief advies als er sprake was van therapeutische meerwaarde. De leden van de fractie van de PvdA begrijpen niet goed waarom het nu voorgestelde systeem voordelen heeft boven het hierboven beschreven systeem zoals dat tot 2012 gold.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe kan worden voorkomen dat de nieuwe add-on bekostiging in de praktijk een enorme kostenstijging ten gunste van fabrikant en ziekenhuis zal gaan betekenen. Bovendien vragen deze leden zich af of ziekenhuizen voldoende toegerust zijn om op adequate wijze de onderhandelingen te voeren.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een uitgebreid schematisch overzicht van de gevolgen (onder andere ten aanzien van kosten, transparantie en prikkels), de knelpunten, de voor- en nadelen voor:

- medisch specialisten;
- ziekenhuis;
- zorgverzekeraar
- farmaceutische industrie;
- patiënt/verzekerde

Daarbij wensen deze leden in te gaan op de drie opties, de huidige situatie en de beleidsregel dure geneesmiddelen zoals die tot 2012 gold. Ook horen de leden van de fractie van de PvdA graag hoe de andere drie opties eruit zagen.

De leden van de fractie van de PvdA hebben met verbazing de redenering gelezen die heeft geleid tot de conclusie dat een add-on na tweezijdig verzoek in deze vorm is aangewezen. In het NZa-rapport wordt gesteld dat bij overheidsbeleid mogelijk minder ruimte is voor maatwerk, terwijl er veel behoefte is aan uitzonderingen op het beleid. Daarom werd geconcludeerd dat de NZa regulering niet nodig is en belemmerend kan werken. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom de NZa regulering zo belemmerend is en op welke manier de regels zodanig kunnen worden vormgegeven dat maatwerk wel mogelijk is, maar ook wel controleerbaar is. Zij menen dat wanneer alles gedereguleerd wordt er een situatie ontstaat waarin ieder ziekenhuis «maatwerk» kan leveren, maar dit geheel zonder controle gebeurt. Een toets op rechtmatigheid, controle op fraude en gepaste zorg worden daarmee onmogelijk.

Bovendien vragen deze leden waarom bij de gekozen optie, juist omdat de onderhandelingslasten al hoger zijn en er een risico bestaat dat de macrokosten ook hoger uit zullen vallen, geen extra waarborgen zijn ingebouwd om er voor te zorgen dat alleen geneesmiddelen worden voorgeschreven die een gelijke of meerwaarde hebben en dat geen onnodig hoge kosten worden veroorzaakt omdat er geen controle meer is op doelmatigheid.

De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich voorstellen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen bepalen dat een add-on gewenst is voor een bepaald geneesmiddel. Als een geneesmiddel is geregistreerd en er aanspraak op behandeling met het middel bestaat heeft de zorgverzekeraar immers een zorgplicht. Deze leden begrijpen echter niet dat de zorgverzekeraar vervolgens niets meer te vertellen heeft over de prijs en de vergoeding. Waarom wordt er niet voor gekozen het CVZ de therapeutische waarde van een middel te laten bepalen voordat tot vergoeding wordt overgegaan? Deze leden menen dat wellicht onafhankelijke instituten als NICE of Iqwig gegevens zouden kunnen aanleveren wanneer het CVZ onvoldoende is geëquipeerd om de therapeutische waarde van geneesmiddelen te bepalen. Uit oogpunt van doelmatigheid zou een intensieve samenwerking met onderling gebruikmaking van gegevens uit doelmatigheidsoverwegingen aan te bevelen zijn. Hoe en per wanneer kan dit worden vorm gegeven?

De leden van de fractie van de PvdA wijzen op de gevolgen van de voorgestelde add-on regeling en vragen een uitgebreide reactie op elk van onderstaande punten van zorg.

1. De leden van de fractie van de PvdA constateren dat er vóór vergoeding niet meer regulier gekeken wordt of een middel gelijke of meerwaarde heeft. Er is geen automatische koppeling meer tussen NZa en CVZ: geen toets op doelmatigheid. Er wordt ook niet gekeken naar de therapeutische waarde van een middel ten opzichte van al bestaande middelen voor dezelfde indicatie in relatie tot de kosten van het middel
2. Voorwaardelijke opname komt dus eigenlijk neer op het op een makkelijke manier vergoeding regelen, zonder dat het middel aan voorwaarden hoeft te voldoen. Als de fabrikant een meerwaarde claimt en een middel meer kost dan de bovengrens kán het CVZ toetsen, het hoeft niet; als een middel een gelijke therapeutische waarde heeft wordt het gewoon vergoed. Dit is voor een fabrikant een stimulans om de prijs tot tenminste het niveau van de referentiebehandeling op te trekken
3. Het CVZ laat een geneesmiddel toe, na 4 jaar gevolgd door een toetsing met een oordeel over de effectiviteit, maar er is niet geregeld dat meteen gestart wordt met een doelmatigheidsonderzoek. Dit systeem wordt al 7 jaar uitgeprobeerd, maar levert geen tot onvoldoende informatie na 4 jaar. Deze leden vrezen dat na vier jaar onvoldoende informatie beschikbaar is over de effectiviteit; het geneesmiddel zit dan echter al in het pakket en zal er moeilijk weer uit te krijgen zijn. Vanaf 2006 blijkt dat in vier jaar effectiviteit aantonen niet lukt. Waar het wel lukt en tot een negatieve uitslag komt (Pompe en Fabry) wordt het middel toch maar vergoed. Waarom wordt er niet voor gekozen om de voorwaardelijke toelating pas te effectueren als overtuigend duidelijk is gemaakt dat het effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek wel tot resultaten leidt na 4 jaar?
4. Vroeger gold een grens van € 2.5 miljoen per jaar. Nu wordt een grens gehanteerd op patiëntniveau van € 10.000 per patiënt/jaar. Er kan dus gemanipuleerd worden met de kosten; duur behandelen betekent immers meer vergoeding ontvangen. De leden van de fractie van de PvdA menen dat er op deze manier zowel bij de fabrikant (hogere prijs is grotere kans op add-on vergoeding) als bij de behandelaar (langer en/of hoger doseren leidt potentieel tot halen van de limiet) een perverse prijsopdrijvende prikkel bestaat. Deze prikkel kan voor het grootste deel ongedaan worden gemaakt door de limiet weer op € 2,5 miljoen per jaar voor alle ziekenhuizen samen te maken. Dan is sturing door de individuele behandelaar niet meer mogelijk.
5. Een goedkopere maar effectieve behandeling moet uit een DBC worden gefinancierd; maar een dure behandeling, waarvan de meerwaarde helemaal niet vast staat wordt via een add-on betaald. De leden van de fractie van de PvdA vragen of hier dus sprake is van oneerlijke concurrentie als een nieuwe middel helemaal wordt vergoed als add-on.
6. De verzekeraar moet toetsen op een doelmatige inzet van dure geneesmiddelen. Verzekeraars zijn echter niet in staat tot gerichte selectieve inkoop bij ziekenhuizen want er wordt gewerkt met aanneemsommen. Er is dus geen prikkel om middelen goedkoop in te kopen bij een fabrikant voor de verzekeraar. Verzekeraars hebben daartoe onvoldoende kennis van geneesmiddelen en indicaties; zij kunnen niet toetsen op meerwaarde en doelmatigheid, dus zal een kostenstijging optreden. Kan gedetailleerd aangegeven worden in hoeverre de NZa gericht verzekeraars toetst of deze aan de eisen materiele controle en controle op gepaste zorg met dure en weesgeneesmiddelen voldoen?

7. In de brief van 23 oktober wordt slechts een informatieplicht voor de indicatie geëist. Er is volgens optie 3 van de NZa, die VWS overneemt, geen beperking tot vergoeding bij een genoemde indicatie meer:
 - a. Dure middelen kunnen voor een andere indicatie worden gebruikt, zonder dat de meerwaarde en de veiligheid daarvoor is aangetoond;
 - b. Controle op gepast gebruik is onmogelijk; als een duur middel voor een indicatie wordt voorgeschreven waarvoor eigenlijk geen aanspraak bestaat op grond van onbewezen effectiviteit, is dat niet te controleren; alle middelen worden immers voor alle indicaties vergoed en er wordt voorgeschreven met slechts de plicht de indicatie te vermelden, zonder dat dit een vergoedingsbeperking inhoudt;
 - c. De fabrikant kan dus op kosten van de premiebetaler een middel op grote schaal off-label laten voorschrijven en zo onderzoek doen naar nieuwe indicaties of op een eenvoudige manier zijn omzet vergroten. Ook CVZ maakt zich daar grote zorgen over (rapport 21 september 2010, vlgnr. 29128439);
 - d. De prijs die de fabrikant rekent voor off-label gebruik is dezelfde als voor geregistreerde indicaties. Deze hoge prijs wordt beargumenteerd door de hoge kosten voor onderzoek ten behoeve van de registratie. Die kosten zijn in het geheel niet gemaakt voor off-label gebruik. Ook de risicoaansprakelijkheid voor off-label gebruik ligt niet bij de fabrikant. De gerekende prijs is dus volgens deze leden volstrekt niet in lijn met deze aspecten.
8. De lijstprijs (taxe) is de maximumprijs die een ziekenhuis bij een verzekeraar mag declareren via een add-on:
 - a. Ziekenhuizen kopen veel dure geneesmiddelen echter veel goedkoper in; de netto-inkoopkosten liggen veel lager dan de taxe-lijstprijzen. Ziekenhuizen kunnen dus veel geld verdienen aan dure geneesmiddelen (denk aan bonussen en kortingen bij apothekers, die kunnen nu dus bij ziekenhuisapothekers gaan optreden). Deze verdiensten nemen toe naarmate er meer voor een dure behandeloptie wordt gekozen, patiënten eerder en langer worden doorbehandeld en hoger gedoseerd. De NZa zegt dat verzekeraars de netto-inkooprijzen kunnen achterhalen, maar ziekenhuizen worden door leveranciers contractueel gedwongen om de prijzen geheim te houden, hoe moeten verzekeraars dan weten of de juiste prijs wordt gedeclareerd? En hoe kunnen zij er voor zorgen dat de eventuele inkoopvoordelen ten goede komen aan de premiebetaler?;
 - b. VWS heeft voor een drietal weesgeneesmiddelen nu een geheime kortingsafspraken gemaakt: de middelen Replagal, Fabrazyme voor de behandeling van de ziekte van Fabry en Myozyme voor Pompe. De leden van de fractie van de PvdA maken zich zorgen over de argumentatie om middelen met een discutabele effectiviteit voor sommige indicaties toch toe te laten vanwege een bedongen korting. Dit klemt eens te meer omdat het niet duidelijk is aan wie deze korting ten goede komt, mede vanwege de geheimhouding over de kortingsafspraken. Indien deze korting niet één op één aan de premiebetaler wordt doorgegeven maar bijvoorbeeld (deels) aan het ziekenhuis toekomt, is er sprake van zowel ongeoorloofde steun aan de twee specifieke ziekenhuizen die deze ziektes behandelen als de onwenselijke situatie dat alle premiebetalers opdraaien voor de hoog gebleven kosten voor middelen met een discutabele effectiviteit. Deze leden zijn zoals eerder gemeld, niet erg enthousiast over geheime kortings- en prijsafspraken, zeker als

- deze ertoe leiden dat de korting niet rechtstreeks ten goede komt aan de premiebetaler;
- c. Door concentratie van zorg krijgen ziekenhuizen een monopoliepositie; ze kunnen scherp onderhandelen en een lagere prijs bedingen bij een fabrikant; dit voordeel wordt door de monopoliepositie echter niet doorberekend aan de verzekeraar en vervolgens aan de premiebetaler;
 - d. De leden van de fractie van de PvdA wijzen er op dat dit systeem er in de VS al toe heeft geleid dat verzekeraars te veel betalen en ziekenhuizen de winst opstrijken. Zij vragen een reactie op de artikelen «Senator: Hospitals profited on drugs for poor, uninsured» Ames Alexander, Joseph Neff, Karen Garloch (www.CharlotteObserver.com CharlotteObserver.com, 3 april 2013) en «Prices soar as hospitals dominate cancer market» Ames Alexander, Karen Garloch, Joseph Neff (www.CharlotteObserver.com 24 september 2012).
9. De leden van de fractie van de PvdA constateren dat onder de beleidsregel dure geneesmiddelen werd gewerkt met netto-inkoopprijzen.
- a. Er waren verschillen tussen ziekenhuizen (tgv bedongen kortingen bij fabrikant) maar verzekeraars hadden onvoldoende kennis en mensen om hier wat mee te doen. Nu de verzekeraars risicodragend worden zal er wellicht meer aandacht voor komen, maar het lijkt deze leden onwaarschijnlijk dat verzekeraars echt kunnen ingrijpen;
 - b. Het lijkt hen ook niet waarschijnlijk dat ziekenhuizen voor singlesource geneesmiddelen inkoopgroepen zullen gaan vormen. Op dit moment kopen de academische ziekenhuizen al samen in, zij kunnen voor veel single source geneesmiddelen echter geen inkoopmacht vormen. Immers: alleen als de voorschrijver bereid is bij onvoldoende korting te kiezen voor een ander middel of voor een generieke variant kunnen ze een vuist maken. Die voorschrijver is echter vaak weer afhankelijk van het geld van de industrie voor onderzoek(sfaciliteiten);
 - c. De leden van de fractie van de PvdA concluderen derhalve dat de netto-inkoopprijs dus transparant moet zijn voor de betalende verzekeraar. Fabrikanten willen dit niet vanwege de belangen in het buitenland. In het netto bekostigingssysteem onder de Beleidsregel dure geneesmiddelen was er echter ook sprake van een verschil in de officiële lijstprijs (Taxe) en de bij de verzekeraar in rekening gebrachte declaratieprijs. Dat kan volgens de leden van de fractie van de PvdA dus geen reden zijn om in Nederland de kosten te laten oplopen en perverse prikkels in het systeem in te bouwen.
10. De leden van de fractie van de PvdA vragen waar de inkoopvoordelen blijven. Zij vragen een reactie op onderstaande punten van zorg.
- a. Ziekenhuizen kunnen een inkoopvoordeel bedingen maar zullen nog altijd te veel aan de fabrikant betalen en de selectieve inkoop verdwijnt in het totale ziekenhuisbudget. De te hoge declaraties voor de dure geneesmiddelen betekenen dat er minder overblijft voor andere vormen van zorg, het totale budget blijft immers gelijk (aanneemsom ziekenhuis);
 - b. Ook al kan het ziekenhuis een kleine korting bedingen op dure middelen, toch zal vaker gekozen worden voor het dure middel. Immers: een kleine korting op een peperduur middel (bijvoorbeeld Herceptin) betekent nog altijd een aanzienlijke winst als je het hogere bedrag volledig kunt declareren. Daarmee zal dan ook eerder gekozen worden voor een duur middel dan voor een beschikbare generieke variant;

- c. Het is onduidelijk waar de marge blijft: in sommige gevallen zal dat de ziekenhuisapotheek zijn, in andere de afdeling oncologie, de maatschap internisten of het ziekenhuisbestuur. Dat kan betekenen dat de verkregen marge op dure geneesmiddelen aan slechts één afdeling van het ziekenhuis ten goede komt en daarmee de ruimte voor zorg van andere afdelingen/specialismen vermindert. Immers, ziekenhuizen dienen binnen een budget of aanneemsom te blijven. De leden van de fractie van de PvdA vinden het ongewenst dat dit niet transparant is;
- d. Voor de fabrikant betekent het voorgestelde systeem dus een gemakkelijke toelating tot de markt, gratis onderzoek naar nieuwe indicaties en niet transparante kortingen voor ziekenhuizen, terwijl de netto prijs onbekend blijft. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom het beleid zo duidelijk gericht is op het bevoordelen van farmaceutische innovatieve industrie.

De leden van de fractie van de PvdA hebben nagedacht over een alternatieve bekostiging en stellen onderstaande maatregelen voor. Zij vragen een reactie op de door hen voorgestelde punten.

1. Alleen vergoeden van dure geneesmiddelen met een duidelijke en erkende (geregistreerde of door CVZ getoetste) indicatie (geen off label gebruik). Dus een tarief op stofnaam met indicatie;
2. Vergoeding op basis van de netto-inkoopprijs: wat het ziekenhuis betaalt wordt vergoed; dit betekent transparantie naar de zorgverzekeraar en onder de oude beleidsregel dure geneesmiddelen kon het ook. De lijstprijs als maximumprijs hanteren zonder transparantie betekent dat er te veel wordt gedeclareerd;
3. Stel een prijs-limiet voor add-on van € 2,5 miljoen per jaar, zoals voorheen, zodat er geen prikkel voor overbehandeling ontstaat;
4. Het CVZ moet de aanspraken baseren op de door CVZ of zusterinstituut bepaalde therapeutische gelijke of meerwaarde ten opzichte van bestaande behandelingen;
5. Stel een maximumprijs voor de fabrikant vast bij toelating tot het pakket mede gebaseerd op de kosten van een vergelijkbare behandelingsmethode;
6. Laat beoordeling over aan een neutraal instituut; in Nederland wil VWS dat de richtlijn de vergoeding gaat bepalen; de beroepsgroep bepaalt dan dus de hoogte van de premie. Vaak worden de richtlijnen bepaald door arts/onderzoekers die tevens onderzoek gefinancierd krijgen door farmaceutische industrie;
7. Maak zorgverzekeraars zo snel mogelijk volledig risicodragend voor alle dure en weesgeneesmiddelen, ook voor de nieuw aan de aanspraak toegevoegde middelen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen tot slot of het binnen het voorgestelde systeem mogelijk is om als fabrikant een geneesmiddel niet aan te melden voor het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) omdat het middel geen therapeutische meerwaarde heeft en dus geclusterd zal worden met goedkope generieke middelen en er een hoge bijbetaling voor zal ontstaan. Vervolgens zou de fabrikant dan kunnen proberen een aanspraak geneeskundige zorg te verkrijgen via het ziekenhuis. De medisch specialisten zouden een add-on kunnen aanvragen en het middel zelfs in een richtlijn kunnen opnemen. De fabrikant is daarmee verzekerd van omzet en van een (te) hoge prijs en kan het CVZ en een beoordeling over de meerwaarde daarmee ontlopen. Op deze manier zouden de richtlijnen de basis worden voor de aanspraak en de voorschrijvers zouden daarmee de hoogte van de premie gaan bepalen. Zou deze constructie tot hogere kosten leiden en zijn er al voorbeelden van dergelijk gedrag bekend?

Is het (juridisch) mogelijk dat het CVZ een geneesmiddel wél beoordeelt ook als de fabrikant het zelf niet aanmeldt, zodat het middel dan wel wordt geclusterd en een GVS-limiet krijgt?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de add-on bekostiging dure geneesmiddelen niet een experiment met deregulering is, waarvan je je af moet vragen of we ons dat kunnen permitteren in een tijd waarin het noodzakelijk is kosten te besparen en doelmatigheid in de zorg te vergroten. Zij vragen of deze vorm van bekostiging kan worden gestart dankzij de grote besparingen die het preferentiebeleid oplevert. Ook vinden zij het opmerkelijk is dat er een ramingsbijstelling geneesmiddelen heeft plaatsgevonden, voor volgend jaar met € 150 miljoen, daarna met € 300 miljoen, terwijl alles er op wijst dat de uitgaven voor geneesmiddelen juist niet zullen stijgen; inmiddels is de ramingsbijstelling verlaagd tot € 5 miljoen. Is hiermee vast een meevaller gecreëerd om eventuele kostenstijging ten gevolge van de add-on bekostiging op te kunnen vangen?

De leden van de fractie van de PvdA wijzen er op dat in de afgelopen tien jaar dat de Beleidsregel dure geneesmiddelen is uitgevoerd, is bewezen dat deze uitstekend heeft gewerkt. Ziekenhuizen waren wettelijk verplicht slechts de netto inkoopprijs bij de verzekeraar te declareren waarmee de korting leidde tot lagere declaratieprijzen. Een dergelijk beleid leidt tot een vermindering van kosten waar een behoud van de korting door het ziekenhuis juist leidt tot een verhoging van de kosten door stijgende prijzen en niet afdragen van de marge. De leden van de fractie van de PvdA vragen een argumentatie voor deze keuze.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Wel hebben zij naar aanleiding hiervan nog enkele vragen en opmerkingen. Allereerst vragen zij de Minister uit de doeken te doen wat het grote probleem is met «kosteninhomogeniteit» van een DBC-zorgproduct. Zij vragen of het niet zo is dat de hogere kosten die binnen de ene DBC worden gemaakt niet gecompenseerd worden door de andere DBC die minder kosten met zich meebrengt. Bovendien constateren zij dat dit probleem helemaal opgelost zou zijn wanneer afgestapt zou worden van deze prestatiebekostiging. Het systeem dat de Minister voornemens is te introduceren komt de leden van de SP-fractie als ingewikkeld voor. Zij hebben het idee dat het lapmiddel is om lacunes in de DBC-bekostiging te repareren. De leden van de SP-fractie vragen de Minister de financiële risico's als gevolg van het hoger uitvallen van de bestaande tarieven te kwantificeren. Daarnaast vragen zij of dit niet een goed moment is om te overwegen het zogenaamde Noorse model te introduceren, omdat hierdoor de maximumprijzen in de Wet Geneesmiddelenprijzen lager vastgesteld kunnen worden, waardoor het financiële risico lager uitvalt.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister inzake een aanpassing in de bekostiging van geneesmiddelen binnen de medisch specialistische zorg. Deze leden zien knelpunten in de bekostiging graag opgelost, maar hebben nog wel een paar vragen over het voorliggende nieuwe model.

Deze leden lezen dat optie 3 in het advies van de NZa kan rekenen op het grootste draagvlak in het veld. Kunnen deze leden een overzicht krijgen van de veldpartijen die hiervoor geconsulteerd zijn en van hun voornaamste bezwaren tegen deze optie?

Genoemde leden missen een oplossing voor het knelpunt rond de indicaties voor kinderen en het off-label voorschrijven. Waarom het ene knelpunt wel oplossen en het andere niet? Deze leden vinden dit een gemiste kans. Kan de Minister uitleggen hoe ongelijkheid in de bekostiging van dure geneesmiddelen bij kinderen opgelost gaat worden?

De leden van de PVV-fractie verbazen zich erover dat de NZa zich niet door alle zorgaanbieders laat adviseren bij een add-on verzoek. In het rijtje van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) ontbreken volgens deze leden vertegenwoordigers van (kinder)artsen en apothekers. Kan de Minister dit uitleggen?

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de NZa uitgaat van maximumtarieven in plaats van inkooptarieven. Als de zorgverzekeraars risicodragend worden vanaf 2015 voor de kosten van add-ons dan is transparantie ten aanzien van de inkooprijzen en de doorberekende prijs toch essentieel? Graag krijgen deze leden hierop een reactie van de Minister.

De leden van de PVV-fractie vragen tot slot wat het effect van dit nieuwe model van bekostiging op de kwaliteit van de zorg is, en of patiënten er nadelige gevolgen van kunnen ondervinden.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik een aantal vragen te stellen en enkele opmerkingen te maken over de bekostiging van geneesmiddelen per 1 januari 2015.

Zij lezen dat de Minister het advies van de NZa overneemt, en vindt het positief te vernemen dat genoemde optie 3 breed door de verschillende veldpartijen wordt gedragen.

Wel stelt de Minister als extra voorwaarde dat het duidelijk moet zijn, voor aanbieders, zorgverzekeraars en voor de Minister, voor welke indicatie een add-on wordt gedeclareerd. Wanneer moet deze duidelijkheid er volgens de Minister zijn? Aan welke voorwaarden moet nog worden voldaan? Bij optie 3 bestaat wel een potentieel risico ten aanzien van de macrobetaalbaarheid, omdat het mogelijk is dat de nieuwe add-on maximum tarieven iets hoger zullen uitvallen dan de bestaande tarieven. De financiële risico's acht de NZa zeer beperkt vanwege de verschillende beheersingsinstrumenten die er zijn.

Deze leden vragen of dit nieuwe systeem dan ook gemonitord wordt. De leden van de CDA-fractie kunnen zich voorstellen dat er een verschil is tussen de inzet van dure geneesmiddelen bij kinderen en bij volwassenen. Het is deze leden niet helemaal duidelijk of er bij optie drie ook duidelijk rekening is gehouden met de specifieke positie van de kindergeneeskunde. Graag ontvangen zij een uitgebreide toelichting op dit punt. Hoe wordt de input van de kindergeneeskunde geborgd bij beoordeling en besluitvorming rond add-on?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van de brief van de Minister over het standpunt ten aanzien van het NZa-advies «Bekostiging geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg». Deze leden vinden het goed dat de NZa, in nauw overleg met veldpartijen, een aangepast model voor de bekostiging van geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg heeft voorgesteld, aangezien het huidige beleid in de praktijk voor knelpunten ten aanzien van de toegankelijkheid, macrobetaalbaarheid en de transparantie heeft gezorgd. Deze leden hebben nog enkele vragen over de brief.

De leden van de D66-fractie constateren dat in het huidige plan door de NZa advies gevraagd wordt aan vertegenwoordigers van zorgaanbieders (NVZ, NFU en ZKN) en zorgverzekeraars (ZN) in haar besluitvorming over een add-on aanvraag. Zij vragen waarom ervoor gekozen is hier geen medisch specialisten bij te betrekken. Is overwogen de Orde van Medisch Specialisten toe te voegen aan de vertegenwoordiging van zorgaanbieders?

De leden van de D66-fractie vragen of de input vanuit de kindergeneeskunde voldoende geborgd is bij de voorgenomen beoordeling en besluitvorming voor opname op de add-on lijst. Klopt het dat er op de huidige add-on-lijst bepaalde middelen wel worden vergoed voor volwassenen, maar niet voor kinderen? Kan het nieuwe systeem de add-on-lijst in dit opzicht verbeteren?

De leden van de D66-fractie merken op dat de NZa als belangrijk kenmerk van de derde optie noemt: «Er wordt in de prestatie geen onderscheid gemaakt naar indicaties, dus één add-on per geneesmiddel.» De Minister neemt het advies (de derde optie) van de NZa over, maar stelt als extra voorwaarde dat het voor aanbieders, zorgverzekeraars en voor de Minister duidelijk moet zijn voor welke indicatie een add-on wordt gedeclareerd. Kan het zo zijn dat dit er in resulteert dat in de toekomst toch onderscheid naar indicatie gemaakt gaat worden, zodat alleen voor een bepaalde indicatie van een geneesmiddel een add-on wordt afgegeven?

De leden van de D66-fractie vragen tot slot of de verwachting is dat (een deel van) de 28 add-ons die per 2014 van de lijst zijn verwijderd wegens het niet halen van de kostendrempel, in 2015 weer aan de lijst worden toegevoegd.