

Vergaderjaar 2010–2011

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 168**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 februari 2011

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de stand van zaken met betrekking tot de overheveling van (dure) medisch-specialistische geneesmiddelen van het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) naar de ziekenhuisbekostiging.

#### **Achtergrond**

In een brief van 14 juli jl. (kamerstuk 29 248, nr. 129) 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 huidige dubbele verzekerde aanspraak op deze middelen te vervangen door een enkelvoudige aanspraak. Daartoe zullen deze geneesmiddelen uit het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) worden geschrapt en uitsluitend onder de Zvw prestatie geneeskundige zorg komen te vallen. Het gaat hier om veelal dure geneesmiddelen die deel uit maken van de medisch-specialistische behandeling (veelal oncologische aandoeningen), maar als ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie kunnen worden afgeleverd en toegediend.

Een overweging achter dit voorstel is onder andere dat een meer eenduidige regeling van verzekerde aanspraak en bekostiging bij deze geneesmiddelen een einde kan maken aan voorkomende financierings- en verstrekkingsgeschillen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Volgens het CVZ kan het ontbreken van deze eenduidigheid leiden tot situaties waarbij zorginhoudelijke overwegingen ondergeschikt kunnen raken aan financiële overwegingen. Een andere overweging is dat zowel de doelmatige inkoop van de geneesmiddelen, als het doelmatig gebruik beter gewaarborgd is als de betreffende geneesmiddelen – net als alle andere elementen van de behandeling door het ziekenhuis – onder de

ziekenhuisbekostiging worden gebracht. Als de vraag en inkoop van deze dure geneesmiddelen via het ziekenhuis worden gebundeld kan dit prijsconcurrentie doen ontstaan tussen deze dure geneesmiddelen.

Het voornemen behelst uitsluitend een meer eenduidige regeling van de aanspraak en bekostiging voor deze geneesmiddelen. De patiënt zou geen hinder van deze maatregel moeten en hoeven te ondervinden. Dat betekent dat het gebruik van het geneesmiddel in de thuissituatie, mits gewenst door de patiënt en medisch verantwoord, ook gewaarborgd dient te zijn.

### **Recente ontwikkelingen**

Het voornemen van mijn ambtsvoorganger was om als eerste de geneesmiddelgroep van de zogenaamde TNF alfaremmers onder de ziekenhuisbekostiging te brengen, en wel per 1.1.2011. Met die overheveling is een opbrengst van € 50 mln per jaar gemoeid. Naar aanleiding van signalen uit het veld en op verzoek van uw Kamer heeft mijn ambtsvoorganger afgezien van de invoering per 1.1.2011 en aangekondigd de maatregel per 1.1.2012 in te willen voeren (kamerstuk 29 248, nr. 131). Echter, naar aanleiding van het debat over de eigen bijdragen in de 2e lijns GGZ is vervolgens besloten de maatregel alsnog in te voeren per 1.7.2011, met een opbrengst van € 25 mln in 2011. Mijn ambtsvoorganger heeft daarbij nadrukkelijk de voorwaarde gesteld dat het veld in staat moet zijn om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Inmiddels hebben diverse vertegenwoordigende organisaties van patiënten, beroepsgroepen en ziekenhuizen bezwaren geuit tegen deze vervroegde invoering van de maatregel. Partijen geven mij te kennen meer tijd nodig te hebben om de dienstverlening in de thuissituatie te kunnen waarborgen en daarbij ook de gewenste inkoopvoordelen te bedingen. Partijen hebben deze bezwaren in nadere overleggen met mijn departement toegelicht. Partijen pleiten er voor om alsnog af te zien van de vervroegde invoering en in plaats daarvan de maatregel per 1.1.2012 in te voeren.

### **Besluit**

Omdat altijd voorop heeft gestaan dat de patiënt geen hinder dient te ondervinden van de maatregel neem ik de signalen van partijen zeer serieus en acht ik het niet opportuun om een risico te nemen met het patiëntenbelang. Alles overwegende heb ik dan ook besloten het verzoek van partijen in te willigen en de maatregel niet per 1.7.2011, maar per 1.1.2012 in te voeren.

Dit besluit resulteert echter in een besparingsverlies van € 25 mln in 2011. Net als mijn ambtsvoorganger heb ik de betrokken partijen aangesproken op hun verantwoordelijkheid om te komen tot maatregelen ter dekking van dit besparingsverlies. In deze gesprekken heeft de beroepsgroep van reumatologen (Nederlandse Vereniging van Reumatologie) mij laten weten te zullen komen tot doelmatiger gebruik van de TNF alfaremmers binnen de reumatologie. Daarbij zal de kwaliteit van zorg uiteraard niet in het geding zijn. Dit doelmatiger gebruik is volgens de reumatologen mogelijk op grond van voortschrijdend inzicht in de wijze waarop deze geneesmiddelen toegepast dienen te worden. Dit initiatief wordt in 2011 uitgevoerd en draagt zo bij aan dekking van het genoemde besparingsverlies van € 25 mln in 2011.

Ik zal uw Kamer op een later moment in een voorhangbrief informeren over de nadere details van de invoering van deze maatregel per 1 januari

2012. Daarbij zal ik tevens ingaan op het eerdere verzoek van uw Kamer om per 2012 ook andere groepen dure geneesmiddelen in de ziekenhuisbesteding onder te brengen.

Ik vertrouw erop u hierbij voldoende te hebben geïnformeerd.

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