

Vergaderjaar 2008–2009

29 477

Geneesmiddelenbeleid

31 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008

Nr. 70

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 3 november 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 juli 2008 inzake uitvoering van de motie Van der Veen c.s. over vergoeding cholesterolverlagers (Kamerstuk 29 477, nr. 64).

De op 1 oktober 2008 toegezonden vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 31 oktober 2008 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA) Gill'ard (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de minister	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

– Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op de uitvoering van de motie Van der Veen c.s. (Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 173). Zij begrijpen dat de minister bezwaren heeft tegen de aanscherping om primair simvastatine voor te schrijven als cholesterolverlager en hebben hierbij een aantal vragen. Bij het pakketadvies heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geadviseerd om de vergoeding van de cholesterolverlagers zo te regelen als in de motie wordt weergegeven. De minister is van dat advies afgeweken en heeft dat als volgt gemotiveerd: het CVZ heeft advies uitgebracht op basis van het principe kosteneffectiviteit, terwijl de minister ervoor kiest waar mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen (zie Kamerstuk 31 200 XVI, nr. 157). Is het CVZ op de hoogte van de intentie van de minister om uit te gaan van de richtlijnen van de beroepsgroepen en zo ja, waarom adviseert het CVZ dan toch op basis van kosteneffectiviteit? Zo nee, heeft de minister ook over deze intentie met het CVZ gesproken en kan het uitgangspunt van de minister ook gevolgen hebben voor andere adviezen over geneesmiddelen waarbij het CVZ wellicht eenzelfde keuze zal maken in het licht van de criteria die het CVZ heeft ontwikkeld met betrekking tot het pakketbeheer. Voldoet de genoemde richtlijn van de beroepsgroep inzake cholesterolverlagers aan de doelmatigheidsoverwegingen die de minister beoogt te bereiken? Immers, de brief rept over het «ontwikkelen van richtlijnen waarin doelmatigheid een plaats heeft gekregen». Kan de minister ook toelichten of er in materieel opzicht een groot verschil zal zijn tussen de benadering die de motie beoogt en die de richtlijn geeft bij het voorschrijven van een cholesterolverlager, mede in het licht van het preferentiebeleid? Het doel van de motie is op de kosten van de farmaceutische zorg te besparen. Kan de minister beargumenteren welke rol kostenbesparing speelt in de afweging een bepaald medicament wel of niet in de richtlijn op te nemen?

– Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister waarin deze uiteenzet de motie Van der Veen c.s. (31 200 XVI, nr. 173) niet uit te willen voeren. In de richtlijn cardiovasculair risicomangement is pravastatine opgenomen als eerste keuze. Deze leden vragen of het juist dat feit is dat maakt dat de motie Van der Veen c.s. in strijd wordt geacht met de Transparantierichtlijn (Richtlijn 89/105/EEG). Zou de motie Van der Veen c.s. geen juridisch risico meer vormen indien in de motie zou zijn opgenomen dat alleen vergoeding van simvastatine plaatsvindt, tenzij sprake is van aangetoonde familiale hypercholesterolemie die niet behandeld kan worden met maximale dosering simvastatine en dat pravastatine vergoed wordt bij interacties met simvastatine? Zou de motie Van der Veen c.s. geen juridisch risico meer vormen indien in de motie zou zijn opgenomen dat alleen vergoeding van een statine plaatsvindt tot maximaal de prijs van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine? Dit conform de limiet berekening volgens het besluit zorgverzekering. Genoemde leden vragen welk gezondheidsrisico patiënten lopen die niet met simvastatine maar met een duurder middel met dezelfde werking

behandeld worden, op het moment dat alleen vergoeding van een statine plaatsvindt tot maximaal de prijs van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine en deze patiënten, zonder bijbetaling, dus niet meer met een duurder middel worden behandeld. Voor hoeveel mensen zou cholesterolverlaging niet vergoed worden indien deze vergoeding zou worden ingevoerd? Hoe groot zou de vermindering van de zorgkosten zijn indien deze vergoeding zou worden ingevoerd? De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de overtuiging van de minister is gebaseerd dat het voorschrijven op basis van richtlijnen de meest doelmatige wijze is om de stijgende kosten van geneesmiddelengebruik te beperken. Op welke wijze wil de minister de sector aanmoedigen om door het ontwikkelen van richtlijnen de doelmatigheid te vergroten? Welk resultaat verwacht de minister hiervan en wanneer?

Genoemde leden vragen welke instrumenten de minister of de zorgverzekeraar heeft om invloed uit te oefenen op het voorschrijfgedrag van medisch specialisten en huisartsen, voor zover het middelen betreft die onderling vervangbaar zijn, maar sterk in prijs verschillen. Waaruit blijkt de werkzaamheid van deze instrumenten? Voorts vragen zij of herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) de doelmatigheid van het voorschrijfgedrag zou kunnen vergroten en de kosten voor geneesmiddelen zou kunnen beperken. Dit al dan niet in combinatie met herverzekering van de eigen bijdrage voor mensen die er voor kiezen een specialité te blijven gebruiken, terwijl een gelijkwerkend generiek middel beschikbaar is.

De leden van de PvdA-fractie hebben nota genomen van de mogelijkheden die de minister aangeeft: het toepassen van de toestemmingseis door de verzekeraar en het contracteren van voorschrijvers op basis van doelmatig voorschrijven zoals dat in het verleden goedgekeurd is door rechter. Deze leden begrijpen niet dat de minister door deze mogelijkheden te noemen in wezen eenzelfde resultaat beoogt te behalen, maar de extra inspanningen op het bordje van de verzekeraars legt, omdat verzekeraars de aanspraak in de polisvoorwaarden moeten concretiseren en op de uitvoering moeten toezien, in plaats van een en ander vast te leggen in de vergoeding. Daarbij is de overweging van deze leden dat verzekeraars de medische onmogelijkheid van onvoldoende behandelbaarheid met simvastatine niet kunnen controleren, zeker niet bij 1,5 miljoen behandelde patiënten. Graag een reactie van de minister op bovenstaande. Voorts vragen deze leden of de minister uiteen kan zetten of het langetermijnbeleid geneesmiddelen dat de minister voor ogen staat in de praktijk al op grote of kleine schaal wordt toegepast en wat de eventuele resultaten daarvan zijn. Kan de minister uiteenzetten hoe de mening van het veld in deze luidt omdat zij kennis hebben genomen van het feit dat bijvoorbeeld Medisch Contact en de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) opvallend positief zijn over de vergoeding van alleen simvastatine en het uitsluiten van vergoeding van andere statines?

– Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd met de beslissing van de minister om de motie Van der Veen c.s. niet uit te voeren. Genoemde leden hebben tegen deze motie gestemd omdat zij de minister steunde in zijn opvatting dat het niet past binnen het systeem. Graag voeren deze leden wel de discussie over de wijziging van het systeem, omdat zij met de minister van mening zijn dat op kosten van de farmaceutische zorg in belangrijke mate bespaard kan worden door het tegengaan van het voorschrijven en afleveren van onnodig dure geneesmiddelen.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Hierbij doe ik u toekomen mijn reactie op uw brief van 1 oktober 2008 inzake het schriftelijke overleg over de motie Van der Veen c.s. over de vergoeding van cholesterolverlagende geneesmiddelen.

Alvorens in te gaan op de specifieke vragen van de fracties van het CDA en de PvdA, wil ik graag een toelichting geven op mijn beweegredenen, de vergoeding van cholesterolverlagers aan te laten sluiten bij de richtlijnen van de beroepsgroep.

Ik wil vooropstellen dat het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) niet overeenkomt met het voorstel zoals verwoord in de motie Van der Veen c.s.. Het CVZ adviseerde de vergoedingsvoorwaarden zodanig te actualiseren dat behandeling met andere cholesterolverlagende geneesmiddelen dan simvastatine uitsluitend zou worden vergoed als behandeling met simvastatine onvoldoende effectief zou zijn gebleken of om medische redenen ongewenst zou zijn. Volgens de motie Van der Veen zou alleen behandeling met simvastatine in aanmerking komen voor vergoeding, tenzij sprake is van aangetoonde familiale hypercholesterolemie die niet behandeld kan worden met maximale dosering simvastatine.

Ik vind het te kort door de bocht om te stellen dat het CVZ advies heeft uitgebracht op basis van het principe kosteneffectiviteit, terwijl ik ervoor kies waar mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen, zoals de leden van de CDA-fractie stellen. De breedte van het pakket bepaal ik door in de vergoedingsvoorwaarden van de cholesterolverlagende geneesmiddelen te verwijzen naar de behandelrichtlijn van de beroepsgroep. Bij het opstellen van deze richtlijn hebben kosteneffectiviteitsoverwegingen een rol gespeeld.

De hoofdreden dat ik het CVZ-advies niet heb overgenomen is dat het uitgaat van een door de overheid geformuleerde, gedetailleerde invulling van de aanspraak. Het sluit daarmee niet aan bij mijn langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid en de principes van de Zorgverzekeringswet. Een centrale gedachte achter de Zorgverzekeringswet is dat zorgverzekeraars een grotere rol krijgen om doelmatige zorg te bewerkstelligen. Daarbij past een meer algemene omschrijving van de aanspraak, met daarbij een meer leidende rol voor behandelrichtlijnen, beter dan een centraal opgelegde, zeer gedetailleerde invulling. Ik verwacht dat op die manier namelijk een betere match tussen vergoeding en medisch maatwerk, doelmatigheid en honorering van innovatie is te bewerkstelligen.

Met deze wijziging van de vergoedingsvoorwaarde van cholesterolverlagers geef ik zorgverzekeraars een basis om via de controlemogelijkheden die de Zorgverzekeringswet zorgverzekeraars biedt, te bewerkstelligen dat verzekerden de meest doelmatige cholesterolverlager afgeleverd en vergoed krijgen. Tegelijkertijd waarborgt de wijziging van vergoedingsvoorwaarden de toegankelijkheid van cholesterolverlagers voor patiënten die om medische redenen niet uitkomen met het meest doelmatige middel. Mijn aanpak biedt dus een basis voor een doelmatige en kwalitatief goede zorg met cholesterolverlagende geneesmiddelen.

De fractieleden van de CDA vragen mij of het CVZ op de hoogte is van mijn intentie om uit te gaan van de richtlijnen van de beroepsgroepen en zo ja, waarom het CVZ dan toch adviseert op basis van kosteneffectiviteit. Het CVZ is op de hoogte van mijn plannen op dit gebied. Het CVZ is een zelfstandig adviesorgaan en heeft in zijn advies een voorstel gedaan voor de nadere voorwaarden, zoals dat ook gebruikelijk is. Het is mijn taak om de adviezen van CVZ tot me te nemen en de uiteindelijke beslissing te nemen. Ik heb op basis van de in de hiervoor opgenomen toelichting genoemde argumenten besloten om (deels) af te wijken van het advies van het CVZ. Ik merk daarbij op dat er medisch-inhoudelijk gezien zeer weinig licht zit tussen het CVZ advies en de inhoud van de richtlijn. Zoals

ik hiervoor heb aangegeven heeft het principe van kosteneffectiviteit ook in mijn besluit een belangrijke rol gespeeld door aan te sluiten bij een richtlijn waarin kosteneffectiviteitsoverwegingen zijn meegenomen.

Verder vraagt de CDA-fractie of de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) voldoet aan de doelmatigheidsoverwegingen die ik beoog te bereiken en of ik kan beargumenteren welke rol kostenbesparing speelt in de afweging een bepaald medicament wel of niet in de richtlijn op te nemen.

De multidisciplinaire richtlijn «Cardiovasculair risicomanagement» (CVRM) is een richtlijn waarin doelmatigheidsoverwegingen zijn meegenomen. Bij de ontwikkeling van de CVRM-richtlijn is de plaatsbepaling van de verschillende cholesterolverlagers gebaseerd op bewezen effectiviteit van de verschillende cholesterolverlagers en doelmatigheid. Het kostenbesparende aspect zit hem in het gegeven dat de «duurdere» middelen uitsluitend daar een plaats krijgen waar andere middelen in therapeutische zin tekortschieten. Daarnaast hebben de richtlijnontwikkelaars mede op basis van kosten-baten analyses en budgetimpactanalyses besloten in welke gevallen preventieve toepassing van deze middelen nog als rationeel gezien kan worden.

Op grond van de richtlijn zijn artsen gehouden om voor grote groepen patiënten twee specifieke cholesterolverlagers als (start)geneesmiddel voor te schrijven. Door de vergoeding van cholesterolverlagers te koppelen aan de richtlijn worden alleen die middelen vergoed die volgens de richtlijn zijn voorgeschreven, en dus (voor de meeste patiënten) het meest doelmatig zijn.

De CDA-fractie is tenslotte benieuwd of er in materieel opzicht een groot verschil zal zijn tussen de benadering die de motie beoogt en die de richtlijn geeft bij het voorschrijven van een cholesterolverlager. Ik ben ervan overtuigd dat juist door de vergoeding te koppelen aan de richtlijn van de beroepsgroep grote besparingen gerealiseerd kunnen worden. In materieel opzicht kan de uitvoering van de motie op korte termijn echter een grotere opbrengst binnen het farmaciebudget realiseren dan een vergoeding volgens de richtlijn. Maar de uitvoering van de motie kan ook onderbehandeling tot gevolg hebben. Dit omdat de motie geen ruimte biedt voor het inzetten van duurdere statines (anders dan bij familiäre hypercholesterolemie), terwijl de richtlijn in bepaalde gevallen wel degelijk een plaats ziet voor deze middelen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de juridische risico's zouden zijn indien in de motie zou zijn opgenomen dat alleen vergoeding van simvastatine plaatsvindt, tenzij sprake is van aangetoonde familiäre hypercholesterolemie die niet behandeld kan worden met maximale dosering simvastatine en dat pravastatine vergoed wordt bij interacties met simvastatine, of indien in de motie zou zijn opgenomen dat alleen vergoeding van een statine plaatsvindt tot maximaal de prijs van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine.

In mijn brief van 28 juli 2008 (GMT/VDG 2864451) ga ik uitgebreid in op de juridische risico's die uitvoering van de motie Van der Veen met zich brengt. De toevoeging van pravastatine in de tekst van de motie zal de juridische risico's niet verkleinen. Ook een vergoeding tot een maximum van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine, zoals de PvdA-fractie nu vraagt, heeft juridische risico's in zich. Een herberekening van de vergoedingslimiet binnen één cluster van geneesmiddelen betekent een inbreuk op de huidige wettelijke systematiek. In mijn brief van 28 juli 2008 heb ik al aangegeven dat eventuele aanpassingen in de wettelijke systematiek niet geïsoleerd mogen plaatsvinden. Dat geldt dus ook voor het voorstel de vergoedingslimiet vast te stellen tot maximaal het niveau van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine.

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie welke gezondheidsrisico patiënten lopen die niet met simvastatine maar met een duurder middel worden behandeld, waarvoor bijbetaald zou moeten worden en voor hoeveel mensen cholesterolverlaging niet (volledig) vergoed zou worden indien een herberekening van de vergoedingslimiet zou worden ingevoerd.

Patiënten die niet met simvastatine behandeld kunnen worden en volgens de richtlijn zijn aangewezen op andere (en duurdere) cholesterolverlagers, hebben in mijn voorstel recht op vergoeding van deze cholesterolverlagers. In de oorspronkelijke motie Van der Veen dan wel bij de door de PvdA-fractie voorgestelde herberekening zal deze patiënt het duurdere middel niet volledig vergoed krijgen. Als deze patiënt vanwege deze bijbetaling van behandeling afziet staat hij bloot aan de gezondheidsrisico's die een verhoogd cholesterolgehalte met zich brengen. Dit betekent een groter risico op cardiovasculaire aandoeningen.

Voor de duidelijkheid, de wijziging van de vergoedingsvoorwaarde van cholesterolverlagers behelst niet dat iedereen altijd met een duurdere cholesterolverlager behandeld dient te worden en dat dit altijd moet worden vergoed. De behandeling moet conform de richtlijn zijn. Deze beperkt het gebruik van duurdere cholesterolverlagers tot bepaalde patiëntengroepen. Bovendien noemt de richtlijn ook in die gevallen, een enkele specifieke patiëntengroep daargelaten, de goedkopere cholesterolverlagers als eerste keuze geneesmiddelen. In het algemeen wordt in de sector aangenomen dat minimaal 80% van de patiënten uit kan komen met de (goedkope) eerste keuze cholesterolverlagers.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe groot de besparingen op de zorgkosten zouden zijn als de nieuwe vergoeding, op basis van de gemiddelde prijs van generiek simvastatine, wordt ingevoerd. Mijn verwachting is dat de besparingen in dat geval minimaal op het niveau van de opbrengst van het CVZ advies zullen komen of (mede gezien de recente prijsverlagingen) hoger. Het is moeilijk in te schatten hoeveel patiënten die niet uitkomen met de goedkope cholesterolverlagers ervoor zullen kiezen niet de duurdere middelen te gaan gebruiken, in verband met de (hoge) bijbetaling. Zoals ook hiervoor aangegeven zal er bij deze patiënten in dat geval sprake zijn van onderbehandeling, waardoor op termijn de kosten voor de behandeling van cardiovasculaire accidenten weer kunnen toenemen.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder waarop mijn overtuiging is gebaseerd dat het voorschrijven op basis van richtlijnen de meest doelmatige wijze is om de stijgende kosten van geneesmiddelengebruik te beperken en willen graag weten op welke wijze ik de sector zal aanmoedigen om door het ontwikkelen van richtlijnen de doelmatigheid te vergroten.

Mijn doelstelling is om een kwalitatief goede, toegankelijke en doelmatige geneesmiddelenzorg te realiseren. Ik ben ervan overtuigd dat een vergoeding die is gebaseerd op doelmatige richtlijnen de meest effectieve manier is om die doelstelling te bereiken. Dit wordt ondermeer onderschreven in het CPB rapport «*QALY-tijd: Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen*». Vergoeding via richtlijnen – zoals geopperd in de langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid – geeft verzekeraars een goede basis om in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering doelmatigheidskeuzes te maken bij de beschikbaarheid van meerdere therapeutisch gelijkwaardige behandelopties. Juist in de farmacie is er vaak sprake van een breed aanbod van therapeutisch gelijkwaardige behandelingen.

Ik zie een belangrijke rol voor de op te richten Regieraad om de sector aan te moedigen tot ontwikkeling van doelmatige richtlijnen. De Regieraad kan nader invulling geven aan wat wordt verstaan onder doelmatige richt-

lijnen, het gebruik van deze overwegingen bij de richtlijnontwikkeling bevorderen en een rol spelen bij het in kaart brengen van de praktijkvariatie voor wat betreft de naleving van richtlijnen.

Voorts vraagt de PvdA-fractie of herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) de doelmatigheid van het voorschrijfgedrag zou kunnen vergroten en de kosten voor geneesmiddelen zou kunnen beperken. Dit al dan niet in combinatie met herverzekering van de eigen bijdrage voor mensen die er voor kiezen een specialité te blijven gebruiken, terwijl een gelijkwerkend generiek middel beschikbaar is.

Een herberekening van het GVS kan inderdaad de geneesmiddelenkosten beperken, maar kan ook negatieve gevolgen hebben voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ik vind het bijvoorbeeld van belang dat patiënten die niet uit kunnen komen met een goedkope cholesterolverlager en medisch gezien aangewezen zijn op een duurdere cholesterolverlager, hier toegang toe hebben. Dit kan ik alleen in de basisverzekering vastleggen. Verzekeraars zijn immers vrij bij de invulling van hun aanvullende verzekeringen.

Een herberekening van het GVS ligt naar mijn mening minder voor de hand naar mate doelmatigheid via richtlijnen en het handelen volgens richtlijnen beter te realiseren is. Er zullen echter naar verwachting altijd (groepen van) geneesmiddelen zijn waarvoor een systeem met vergoedingslimieten nodig is om doelmatigheid in het voorschrijven tot stand te brengen. Daarom ben ik ook niet voornemens het GVS af te schaffen. Een eventuele herberekening van limieten sluit ik daarbij – ook in de toekomst – niet uit.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder over welke instrumenten zorgverzekeraars beschikken om invloed uit te oefenen op het voorschrijfgedrag van specialisten en huisartsen. Ze geven aan twijfels te hebben bij de mogelijkheden van zorgverzekeraars om te controleren op de naleving van de vergoedingsvoorwaarden. Zoals ik ook al in mijn brief van 28 juli jl. heb aangegeven, realiseer ik me terdege dat de door mij voorgestelde wijze van aanspraakregulering het nodige zal vergen van zorgverzekeraars én beroepsbeoefenaren. Zorgverzekeraars zullen de aanspraak nader moeten concretiseren en daarop moeten toezien. Dat toezicht op de naleving van de richtlijnen is niet eenvoudig, hetgeen overigens ook geldt voor het voorstel in de motie van der Veen dan wel het voorstel van het CVZ. Het is belangrijk om vast te stellen dat het niet gaat om de controle van declaraties voor 1,5 miljoen patiënten. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen om uitsluitend te controleren of de duurdere cholesterolverlagers conform de richtlijnen (en dus de voorwaarden voor vergoeding) zijn voorgeschreven. Het gaat dan naar verwachting om ongeveer 20% van de patiënten die zijn aangewezen op cholesterolverlagers. Verzekeraars hebben daarvoor verschillende controlemechanismen, zoals een artsenverklaring, voorafgaande toestemming of materiële controle achteraf. Ook dit zijn vanzelfsprekend nog steeds veel patiënten. De grote financiële besparingen die mogelijk zijn lijken mij echter een voldoende grote prikkel voor verzekeraars om de uitvoering van deze maatregel serieus ter hand te nemen.

Ik wil er ook nogmaals op wijzen dat zorgverzekeraars bij het contracteren van voorschrijvers afspraken kunnen maken over doelmatig voorschrijven. Dergelijke afspraken zijn in het verleden ook gemaakt en de rechter heeft duidelijk uitgesproken dat dergelijke afspraken ook toelaatbaar zijn. Hiermee hebben de zorgverzekeraars dus een extra mogelijkheid om de doelmatigheid van de farmaceutische zorg te bevorderen.

Tenslotte vraagt de fractie van de PvdA of het langetermijnbeleid geneesmiddelen zoals ik dat voor ogen heb in de praktijk al op grote of kleine

schaal wordt toegepast en wat de eventuele resultaten daarvan zijn, en hoe de mening van het veld in deze luidt.

In het algemeen kan ik stellen dat de vergoedingsvoorwaarden voor geneesmiddelen die zijn opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering grotendeels overeenkomen met de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep. In die zin is wat ik voorsta dus niet echt nieuw. Wat uiteraard wel anders is, is dat ik van zorgverzekeraars verwacht dat zij in de polisvoorwaarden een bepaalde concretiseringslag gaan maken. Dat is voor de farmacie nieuw, maar voor andere vormen van zorg niet. Ik denk bijvoorbeeld aan hulpmiddelenzorg, waar de aanspraak ook veel algemener omschreven is en waarbij zorgverzekeraars zelf keuzes maken omtrent de hulpmiddelen die ze wel of niet vergoeden. Dit kan ook bij de geneesmiddelenzorg werken.

Van het NHG heb ik begrepen dat zij tevreden zijn dat de geneesmiddelen die opgenomen zijn in de behandelrichtlijn, ook vergoed blijven.

Ik heb tenslotte met instemming kennisgenomen van de reactie van de VVD-fractie.

Ik verwacht dat er op een later moment nog een mogelijkheid is om met de leden van de verschillende fracties over deze materie van gedachten te wisselen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink