



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

0530.2016134204

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Datum 13 december 2016
Betreft Pakketadvies "horen vitaminen, mineralen en paracetamol 1000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket?"

Onze referentie
2016134204

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij bied ik het rapport "Horen vitaminen, mineralen en paracetamol (1000 mg) (nog) thuis in het te verzekeren pakket?" aan. Het rapport geeft antwoord op de vragen die u in een brief van 5 april 2016 (kenmerk 953986-14165-GMT) heeft gesteld.

Op uw verzoek hebben wij deze middelen beoordeeld vanuit het perspectief van noodzakelijk te verzekeren zorg. Dat wil zeggen dat wij hebben beoordeeld of het vergoeden van deze middelen ten laste van de zorgverzekering noodzakelijk is, gezien het feit dat deze middelen doorgaans niet duur zijn en breed worden ingezet.

Omdat er in principe geen aanleiding is om te twijfelen aan de effectiviteit en kosteneffectiviteit van deze middelen, en ook niet aan de medische noodzaak om ze voor te schrijven, hebben wij de middelen niet inhoudelijk beoordeeld. De focus in dit advies ligt op de vraag of dit ook betekent dat al deze middelen moeten worden (blijven) vergoed.

De basisverzekering is een collectieve verzekering waar alle verzekerden aan mee betalen, ongeacht of zij er gebruik van maken. Om het draagvlak voor deze solidariteit te behouden, stellen we bepaalde eisen aan de te verzekeren zorg. Vragen wat wel of niet tot het pakket hoort, spelen zich meestal af aan de 'randen' van het pakket. Bij die randen speelt het vraagstuk waar collectieve verantwoordelijkheid begint en tot hoe ver deze kan gaan. De afgelopen tijd is in de media en in het veld in toenemende mate aandacht besteed aan de vraag of alle 'dure' zorg vergoed moet worden, gezien de druk die deze voorzieningen leggen op het beschikbare zorgbudget. Enkele recente adviezen van het Zorginstituut over intramurale geneesmiddelen hadden betrekking op dit vraagstuk.

Het advies dat wij u nu aanbieden gaat juist over de vraag waar de collectieve verantwoordelijkheid voor de vergoeding van zorgkosten begint en wanneer deze kosten niet (meer) gedragen kunnen worden door het individu.

Een deel van de middelen die wij hebben bekeken, kan zowel via een recept van de arts bij de apotheek worden verkregen als in de vrije verkoop worden gekocht, bijvoorbeeld bij een drogist. In het laatste geval zijn de middelen vaak aanzienlijk goedkoper, maar worden ze niet vergoed uit de basisverzekering omdat het gaat om zelfzorggeneesmiddelen (uitgesloten van vergoeding) of Warenwetproducten (niet geregistreerd als geneesmiddel, wat een voorwaarde voor vergoeding is). Een ander deel van de middelen is niet beschikbaar in de vrije verkoop, omdat zij destijds bij het toetreden van de markt een zogenaamde "UR status" (uitsluitend op recept) hebben gekregen van het CBG. Voor ons is een vraag of de argumenten die destijds golden voor het verlenen van deze afleverstatus voor al deze middelen nog steeds zouden gelden.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
13 december 2016

Onze referentie
2016134204

Wij zien dat bovenstaande situatie leidt tot onduidelijkheid welke middelen wel of niet worden vergoed en waarom dit zo is. Vooral wanneer mensen hun eigen risico nog niet hebben verbruikt, zou het voordeliger zijn om de middelen te kopen in de drogist in plaats van via een recept in de apotheek. Het Zorginstituut adviseert te komen tot een logischer systeem, bijvoorbeeld door het CBG te vragen de afleverstatus van een aantal van deze producten te heroverwegen. Wanneer het wijzigen van de afleverstatus verantwoord blijkt, komt hierdoor mogelijk een groter aantal (zelfzorg)producten beschikbaar buiten de apotheek tegen lagere kosten.

Het Zorginstituut is van mening dat middelen waarvoor een gelijkwaardige of nagenoeg gelijkwaardig geneesmiddel of voedingssupplement verkrijgbaar is in de vrije verkoop, in ieder geval niet in het pakket thuishoren. Wij vinden dat deze middelen hetzelfde behandeld moeten worden als zelfzorggeneesmiddelen en adviseren deze middelen uit het GVS te halen. In bijlage 6 van het rapport geven wij een overzicht om welke geneesmiddelen het op dit moment gaat.

Er resteert dan een aantal middelen waarvoor op dit moment geen alternatief beschikbaar is in de vrije verkoop. In bijlage 6 bij het advies staat ook een overzicht van deze middelen. Een aantal hiervan kost nog geen 80 euro per patiënt per jaar. Vergoeding via de zorgverzekering heeft hierbij nog een prijsopdrijvend effect, wat wil zeggen dat de kosten van deze middelen lager zouden zijn, wanneer ze niet zouden worden vergoed uit de basisverzekering. Dat roept bij ons de vraag op of middelen met zulke lage kosten, in combinatie met de grote kans dat ze worden voorgeschreven en het feit dat het in veel gevallen gaat om een minder ernstige aandoening, niet voor eigen rekening kunnen komen en dus of zij wel thuishoren in het basispakket. De partijen, die wij hebben geconsulteerd, hebben in de meerderheid aangegeven dat zij vinden dat, indien er sprake is van een medische noodzaak, vergoeding is aangewezen omdat het uitsluiten van deze middelen kan leiden tot therapieontrouw en tot ongewenste substitutie. Maar mogen we niet aannemen dat de patiënt het middel neemt omdat hij overtuigd is van de noodzaak en niet omdat het wordt vergoed? En zullen artsen patiënten middelen gaan voorschrijven die zwaarder zijn en daardoor nodeloos veiligheidsrisico's voor de patiënt opleveren?

We realiseren ons dat veel van de argumenten zijn gebaseerd op de vrees dat (een deel van de) patiënten de kosten, hoe gering deze misschien ook zijn, niet voor eigen rekening kunnen nemen, mede doordat zij vaak ook andere zorgkosten

maken. Een bijkomend financieel argument dat wij horen is dat veel patiënten ook al een eigen risico hebben betaald, waardoor er een soort "trekkingsrecht" lijkt te ontstaan op vergoeding van kosten die daarna moeten worden gemaakt. Wij blijven echter van mening dat dit soort financiële argumenten niet afgewenteld mag worden op een zorgverzekering, die aanspraak voor iedereen garandeert en niet alleen voor een groep minder draagkrachtige verzekerden.

Wij vinden dat alle mensen toegang moeten hebben tot de zorg en dat zij moeten worden gecompenseerd voor zorgkosten die zij niet zelf kunnen dragen. Er zijn echter andere mogelijkheden (fiscaal, gemeentelijk) om deze mensen te compenseren voor deze kosten, die bovendien meer maatwerk kunnen leveren. Opname in het pakket waardoor de totale kosten stijgen en hiermee ook de zorgpremie is hiervoor niet de oplossing.

Wij zien de noodzaak om ook over de "ondergrens" van het basispakket een maatschappelijke discussie te voeren. In het eerste deel van 2017 zullen wij met het "afwegingenkader pakketbeheer" en de uitwerking van het criterium "ziektelast" het gesprek met de samenleving aan gaan. Dit lijkt ons een natuurlijke gelegenheid om ook het vraagstuk van "noodzakelijk te verzekeren zorg" te adresseren.

Voor nu adviseren wij daarom de middelen met "lage kosten" waarvoor geen alternatief beschikbaar is in de vrije verkoop, in het GVS te handhaven.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
13 december 2016

Onze referentie
2016134204

