

Zorginstituut Nederland

Mw. Drs. J. Z

Postbus 320

1110 AH DIEMEN

Oranjewoud/Utrecht, 16 november 2016.

Geachte Mw Z,

Wij hebben uw rapportage over Vitamines/Mineralen (Consultversie dd 2-11-16) in goede orde ontvangen, waarvoor dank.

Na uitgebreide analyse van het rapport is helaas duidelijk dat de wetenschappelijke feiten die in onze reactie van 22 september 2016 zijn verwoord, niet in het conceptrapport zijn opgenomen. Wij hopen middels deze brief u alsnog te overtuigen dat er naar oplossingen gezocht moet worden om vitamin D en calcium in het vergoedingspakket te behouden.

Daarbij wordt vooropgesteld dat wij ons belangeloos inzetten voor het welzijn van "kwetsbare ouderen.

Wij zijn van mening dat kwetsbare chronische zieke, vooral oude patiënten met osteoporose, met aandoeningen waarvoor corticosteroiden nodig zijn en ernstige nierinsufficiëntie, een nadelige invloed zullen ondervinden van de door u voorgestelde maatregelen, met een vermindering van de kwaliteit in de laatste levensfase. Wij doen dan ook een moreel beroep op u, dit in uw overwegingen mee te laten wegen.

Uw specifieke vragen voor consultatie zullen wij ook in deze brief beantwoorden.

Inhoudelijke reactie:

P4-1

Uit gesprekken met het veld is ons gebleken dat de totale uitgaven van de het rapport besproken middelen in 2015 (en naar verwachting 2016) lager zijn dan die in 2014, onder andere door scherpere inkoop van de zorgverzekeraars (tenders). U gebruikt nu de referentiecijfers van 2014 om de te besparen kosten van tenminste €58+ €51 =109€ miljoen in te berekenen.

VRAAG P4-1-1: Kunt u in het rapport aangeven wat de besparingen zijn als de meest recente cijfers (die van 2015) werkelijk zijn. Dat zou meer recht doen aan de te verwachten kostenreductie.

U geeft aan dat de besparing tenminste € 109 miljoen zal zijn en in dezelfde alinea staat er de aanname dat er geen substitutie zal zijn. Uit eerdere vergelijkbare maatregelen is gebleken dat, dat wel het geval zal zijn. Zeker op het gebied van osteoporose zijn er twee zeer dure varianten beschikbaar.

VRAAG P4-1-2: Kunt u in het rapport het woord “tenminste” wijzigen in “maximaal”, dat doet meer recht aan de verwachtingen.

P4-2

U adviseert om de middelen waarvoor de kosten voor de gemiddelde patiënt relatief hoog zijn in het GVS te handhaven. De tabellen in Bijlage 6 bevatten echter hoge en lage bedragen, er staan kosten per patient, maar dat is NIET inzichtelijk en er moet ook staan kosten per jaar. (NB: De minster heft het voornemen kenbaar gemaakt dat extra kosten voor zorg, *niet* gecompenseerd worden in 2017 e.v.)

VRAAG P-4-2-1: Kunt U in het rapport aangeven wat een “gemiddelde patient” is en ook aangeven “welke bedrag” als ondergrens door u als “relatief hoog” wordt benoemd (kosten per jaar).

P5-1

U verwijst naar inbreng van veldpartijen met de opmerking dat : “Patiënten wellicht zullen afzien van behandeling en dat daarmee de therapietrouw in het geding zal zijn” Verder stelt u “Het is van belang dat patiënten hierin zorgvuldig worden begeleid”.

Het bevorderen van therapietrouw voor osteoporose is complex en tijdrovend. Apothekers hebben programma's opgezet die de inname van osteoporose medicatie ondersteunen en hebben daarmee uitstekende resultaten bereikt (zie o.a. van Boven JF et al. 2014). Juist de eerste uitgiftevergoeding en receptopslag zijn componenten in de apotheekvergoeding om deze service te betalen. Het wegvallen van deze vergoeding zal apothekers weerhouden deze ondersteuning te blijven geven. Voorts heeft men geen of onvoldoende zicht op het

zelfzorggebruik van de eigen patiënt. De patient zal de goedkoopste pillen vitamin D/Calcium halen bij drogisterijketens. Ook bestaat er kans dat een onjuiste dosis wordt gekozen.

VRAAG P-5-1-1: Kunt u in het rapport aangeven (en ook in de samenvatting) dat dit een groot probleem is, en dat te voorzien is dat de therapietrouw zal afnemen

VRAAG P-5-1-2 Kunt u aangeven welke oplossingen u voorstelt.

P5-2

U stelt dat het niet meer vergoeden van deze middelen voor sommige groepen van patiënten tot te hoge kosten leidt, maar dat er manieren zijn mensen hiervoor te compenseren, buiten de zorgverzekering om. Voor de groep kwetsbare ouderen en minder geletterden zal dit niet opgaan. Deze groepen zijn niet in staat via de beschikbare (meestal complexe) regelgeving een beroep te doen op aanvullende financiering en zullen derhalve deze medicijnen ook niet voor eigen rekening gaan aanschaffen.

VRAAG P-5-2-1: Naar analogie van eerder genoemde vraag onder P-4-2-1 Kunt u in het rapport expliciet aangeven welk bedrag u voor doelgroepen in het laagste inkomensegment (minimumloon/AOW) als "te hoge kosten" bedoelt.

P24-1

U geeft aan dat er niet getwijfeld wordt aan de kosten-effectiviteit van vitamines en mineralen.

VRAAG P-24-1

Onderschrijft u daarmee de stelling dat wijziging in beleid, tot onvoorspelbare maar in ieder geval, door lagere therapietrouw, tot ernstige complicaties, vooral fracturen bij ouderen die vallen, zal leiden. Dit is immers in de wetenschappelijk literatuur aangetoond indien osteoporose medicatie, waaronder vitamine D en calcium, niet wordt ingenomen:

Hogere fractuur incidentie, verhoogd kans op sterfte (40% recent Osteoporose congress USA)

P24-2 U geeft aan dat er een verschil is: "in geval van suppletie zal de ziektelast lager zijn dan wanneer er al een tekort is opgetreden en mogelijke gevolgen al zijn opgetreden"

VRAAG P24-2-1

Kunt u literatuur overleggen waarop deze aanname is gebaseerd?

P29-1

Wij worden verkeerd geciteerd in de lijst belangstellenden/belanghebben

Er staat: Ephor Farmacotherapie bij ouderen van de NVKG, dit moet zijn

- a. Expertise Centrum Pharmacotherapie bij ouderen (www.ephor.nl)
- b. SIG Farmacotherapie bij Ouderen van de Ned Ver Klin Geriatrie

P30-1

Ouderen hebben vaak een stapeling van ziekten en kleine problemen en de voorgestelde maatregelen treffen vooral ouderen.

VRAAG P-30-1

Door de stapeling van kleine problemen bij ouderen kan het weghalen van een schakel (is geen vergoeding Ca/D tabletten) tot grote problemen leiden, waardoor verwijzing naar bijvoorbeeld de klinisch geriater of internist volgt. Kunt u dat in het rapport opnemen.

P-31-1

Naar onze mening is de trend in de rapportage dat er geen onderscheid in groepen mag worden gemaakt. Dit is in strijd met eerdere opmerkingen over de eigenschappen en de toepassing van geneesmiddelen bij specifieke doelgroepen zoals ouderen en kinderen zoals vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas.

VRAAG P31-1

Kunt u deze inconsistentie wegnemen door duidelijk te stellen dat bepaalde doelgroepen, i.c. kwetsbare ouderen, wel degelijk ernstig kunnen worden getroffen door de voorgestelde maatregelen.

ONS ANTWOORD OP UW VRAGEN

A: Bijlage 6

4 categorieën- er staan in de lijsten middelen verkeerd geplaatst

A:

Fout geplaatst

[1]Drank FNA 50.000 IE; Drank D-Cura Sol 200 (25.000IE/ml);Drank 100.000IE/ml SMB;

- hoge sterktes gevaarlijk bij zelfzorg gebruik

[2]Tablet 7000IE boven de max. toegestane dosis van max 3000IE per doseereenheid (warenwet)

Table B:

Ziet u argumenten bepaalde middelen in GVS te houden of uit te stromen:

In GVS moeten blijven (zie argumenten eerder gegeven):

Uitsluitend behouden: Combinatie 500mg Ca en 800/880IE vitamin D; is basistherapie voor alle patiënten die ook met een bisfosfonaat behandeld worden. BruisCalcium en Bruiscombinatie voor patiënten die slikproblemen hebben of een gebitsprothese en niet goed kunnen kauwen (meeste zijn kauwtabletten).

Uitsluitend behouden:

Hoge sterktes vitamin D (vloeibaar), eenmaal toediening per maand is dan mogelijk en logistiek beter voor goede therapietrouw.

(literatuur: Brouwers JRBJ. Calcium en vitamin D-suppletie bij ouderen: te veel en te weinig. Tijdschrift voor Geriatrie 2013-3 p11 ev)

Sterktes vit D 25.000 tm 50.000 E/ml; kan niet in zelfzorg (gevaarlijk). Beter voor therapietrouw 1 x per maand. Effect gelijkwaardig aan dag/weekdosis.

(literatuur: Takacs I et al, Randomized clinical trial to compare efficacy of daily, weekly and monthly administration of vitamin D3. Endocrine (online Oct 7th/ doi 10.1007/s12020-016-1137-9)

(NB Bij de mineralen ontbreken MagnesiumOxide/hydroxide/peroxide/ REDEN?)

Tabel C:

Colecalciferol Tablet 30.000 IE, zie ook Tabel B, zal als substitutie gebruikt worden

Kans op grootschalige substitutie ipv vit D3 van de vit.D analogen die worden benoemd.

Risico's bij uitstroom substitutie- hoe voorschrijvers hierbij te helpen

Antwoord: Weinig kansrijke missie, zorgverleners hebben andere prioriteiten.

Hoogachtend,

Namens Expertise Centrum Pharmacotherapie bij Ouderen (www.ephor.nl):

Prof. dr. J.(Koos)R.B.J. Brouwers, ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog (Secretaris)

Dr. Paul A.F. Jansen, klinisch geriater/Klinisch farmacoloog (Voorzitter)

Namens SIG Farmacotherapie bij Ouderen van de Ned Ver Klinische Geriatrie

Dr. Wilma Knol, klinisch geriater / klinisch farmacoloog (Voorzitter)

[Kopie: KNMP, NHG, Vaste Kamercommissie VWS]

Bijlage literatuur citaties

van Boven JF, **Stuurman-Bieze** AG, Hiddink EG, Postma MJ, Vegter S.

Medication monitoring and optimization: a targeted pharmacist program for effective and cost-effective improvement of chronic therapy adherence. J Manag Care Spec Pharm. 2014 Aug;20(8):786-92.

Brouwers JRB. Calcium en vitamin D-suppletie bij ouderen: te veel en te weinig. Tijdschrift voor Geriatrie 2013-3 p11 ev

Takacs I et al, Randomized clinical trial to compare efficacy of daily, weekly and monthly administration of vitamin D3. Endocrine (online Oct 7th / doi 10.1007/s12020-016-1137-9)