

Memo

Van KNMP, Aad Noordermeer
Aan Adviescommissie Pakket Zorginstituut Nederland
Datum 8 maart 2024
Betreft Inspreektekst bij agendapunt 4 Pakketadvies codeïne

Na de eerdere vaststelling van het afwegingskader NTVZ ligt nu een toepassing van dit kader voor. Zoals in uw vergaderstuk beschreven “wil het Zorginstituut op basis van de ervaringen die we hiermee opdoen, later de andere (groepen van) geneesmiddelen gaan beoordelen.”

Kanttekeningen vooraf

Tegen die achtergrond willen we beginnen met enkele kanttekeningen vooraf bij het proces. Zo wordt in de stukken niet of nauwelijks toegelicht waarom voor deze eerste toepassing van het afwegingskader de keuze op codeïne is gevallen. Het stuk geeft aan dat het gaat om één medicijn met een beperkt aantal gebruikers. Maakt dat juist dit middel geschikt om ervaring op te doen met het toepassen van het NTVZ? Het is ons uit de stukken niet helder. Ook niet waarom dit middel hiervoor bij uitstek geschikt wordt geacht, terwijl bij het recente advies over Emesafene¹ toetsing aan het afwegingskader niet relevant werd geacht.

Algemene reactie op de pakketbeoordeling als zodanig

Los daarvan, als we de pakketbeoordeling als zodanig beoordelen, dan is die op zichzelf nuttig. 86% van het gebruik is incidenteel, kortdurend en in lage dosering en lijkt niet gepast volgens vigerende richtlijnen. Dit zou via een bijlage 2-voorwaarde uit het pakket kunnen worden geschrapt², zo kunnen we het advies samenvatten.

Wel is de vraag relevant of dit tot een ook voor apothekers goed uitvoerbare bijlage-2-voorwaarde leidt. Die vraag lijkt nu door het Zorginstituut niet te worden meegenomen bij de afwegingen rond bijlage 2. Wij vinden dit wel noodzakelijk, teneinde voor patiënten de complexiteit van het systeem te beperken en teneinde voor apothekers de administratieve lasten en het negatief effect op werkplezier te beperken.

¹ Advies om “meclozine/pyridoxine voor de behandeling van misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap niet meer aan te wijzen als een te verzekeren prestatie en Emesafene voor die indicatie niet langer op te nemen in het GVS.” Zie aanbiedingsbrief bij [GVS-advies doxylaminesuccinaat-pyridoxinehydrochloride \(Xonvea®\) bij misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap](#) | Advies | Zorginstituut Nederland

² In 2022 hebben 590.620 mensen een vergoeding ontvangen voor codeïnetabletten. De totale vergoeding bedroeg € 9.160.900 exclusief apotheekkosten en btw, en € 20.774.900 inclusief apotheekkosten en btw. 86% van de mensen die een vergoeding hebben gekregen van codeïnetabletten gebruikt dit middel incidenteel, kortdurend en in lage dosering (een of twee voorschriften per jaar met in totaal 8 Defined Daily Doses of minder). Als deze groep, conform de aanbevelingen in de richtlijn, zal stoppen met het gebruik van codeïne voor hoest, pijn of acute diarree, dan zal dit leiden tot een kostenbesparing voor de zorgverzekering van € 2.889.275 exclusief en € 10.731.050 inclusief apotheekkosten en btw.

Als opname in groep 1 van de bijlage 2-middelen niet mogelijk is, moet hier niet te makkelijk over worden gedacht³.

Ervaring met toepassing afwegingskader NTVZ

Na onze kanttekeningen vooraf en onze algemene reactie op de pakketbeoordeling als zodanig, kunnen we naar de ervaring met de toepassing van het afwegingskader op codeïne. Bij die toepassing vallen ons 3 dingen op, waarbij we u in overweging geven om het consultatiedocument op deze 3 punten bij te stellen voordat u het in consultatie geeft:

Allereerst valt op dat (terecht) wordt gesignaleerd dat het kan voorkomen dat volgens vigerende richtlijnen een ander, duurder middel is aangewezen in plaats van het middel dat beoordeeld wordt. In het geval van codeïne wordt in het stuk gewezen op de situatie bij pijn, waarbij in plaats van codeïne tramadol zal worden ingezet⁴. **Wij pleiten ervoor financiële plussen en minnen op gelijke wijze in beeld te brengen. Ook als de plussen de kosten zijn van betere kwaliteit c.q. beter passende zorg. Zoals in dit geval de vervanging van codeïne door tramadol.** Wij zouden het consultatiedocument op dit punt graag aangevuld zien.

In de tweede plaats valt op dat bij het onderdeel ‘kosten van de zorg en mogelijke substitutie’ niet gerekend wordt met de werkelijke effecten op de kosten van het betrokken geneesmiddel, maar met lijstprijzen⁵. Zoals wij eerder al hebben ingebracht, zou de toepassing van het toetsingskader aan kracht winnen als met dit verschil bij afwegingen op basis van het afwegingskader rekening gehouden wordt. Als een middel uitstroomt, betekent dit dat de besparing voor de premiebetaler fors minder is dan nu wordt gesuggereerd⁶. Voor meer inzicht hierin, zou het Zorginstituut informatie kunnen inwinnen bij de NZa en/of kunnen putten uit het op 11 maart 1998 gepubliceerde RVZ-advies Farmaceutische zorg⁷ door arts en apotheker dat op hoofdlijn nog steeds een goede beschrijving geeft. **Wij dringen er nogmaals op aan dat bij toepassing van het afwegingskader zoveel mogelijk wordt uitgegaan van de echte werkelijkheid en niet van ficties die geen inzicht geven in de werkelijk te maken publieke afwegingen.**

³ <https://www.zn.nl/app/uploads/2024/02/Tabel-Bijlage-2-bijgewerkt-per-1-mrt-2024.pdf> en [Advies actualisatie bijlage 2-voorwaarden \(2023\) | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

⁴ “Het achterwege laten van codeïnetabletten bij pijn zal mogelijk leiden tot meerkosten door inzet van andere pijnstillers, bijvoorbeeld tramadol. De omvang hiervan is echter niet bekend. Deze verandering van therapie conform de behandelrichtlijnen is juist gewenst.”

⁵ De vergoeding voor extramurale farmacie op deze website zijn de kosten die apotheken in rekening brengen exclusief BTW. De feitelijke vergoeding komt tot stand op basis van afspraken tussen verzekeraars en apotheken en kan dus per apotheek verschillen. Bovendien is de vergoeding exclusief het aflevertarief van de apotheek.

⁶ Bij verzekeraars zal de premie minder kunnen dalen en dat geldt ook voor de bekostiging van apotheken. Bij verzekeraars vervallen de opbrengsten van het preferentiebeleid. In de bekostiging van apotheken wordt in het systeem rekening gehouden met inkomsten uit een beperkte marge op middelen. Als die verval, zal in de contract-onderhandelingen tussen verzekeraars en apothekers moeten blijken of daarvoor compensatie noodzakelijk wordt geacht om de bekostiging van de zorg door apothekers op peil te houden.

⁷ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/1998/03/11/farmaceutische-zorg-door-arts-en-apotheker>

In de derde plaats vragen wij aandacht voor een betere toepassing van het onderdeel systeemeffecten uit het afwegingskader. Hierbij speelt het hierboven benoemde punt van de uitvoerbaarheid van bijlage-2-voorwaarden, maar ook de veel gehanteerde veronderstelling dat de receptregelvergoeding bij uitstroom uit het pakket als bezuiniging kan worden ingeboekt. In het systeem van vrije prijzen en contracteervrijheid zoals dat geldt voor de openbare farmacie, zal bij de contractering bezien worden of het gewenst is dat een apotheek gecontracteerd blijft en welke vergoeding dan nodig is om goede zorg te kunnen blijven leveren. In dat kader wordt geacht besluitvorming plaats te vinden over de noodzakelijke hoogte van de receptregelvergoeding. Het is in die systematiek niet aan het Zorginstituut, noch aan de ministeries om op voorhand het financieel kader neerwaarts bij te stellen. Gebeurt dat wel, dan nemen zorgverzekeraars dat als gegeven en wordt de basis om zorg te verlenen voor apotheekteams op voorhand uitgehouden. Verder is voor apothekers en patiënten van belang dat niet alleen per middel gekeken wordt, maar ook naar het totaaleffect van het afwegingskader op geneesmiddelen. Immers, als het kader op enkele middelen is toegepast, zal er met een beroep op consistentie verder gegaan worden. Als we middel voor middel langslopen en daarbij niet ook de stapeling van effecten meenemen, doen we het afwegingskader volgens ons geen recht. Hier speelt ook bij dat bij een groter gebruik van zelfzorgmiddelen buiten zicht van de apotheek, ongewenst gebruik van zelfzorgmiddelen gemakkelijk uit het zicht kan raken⁸. **Hoe wil de ACP, hoe wil het Zorginstituut hiermee omgaan? En we zijn ook benieuwd of het afwegingskader breder toegepast gaat worden dan op geneesmiddelen.**

Tenslotte nog een tip. In het advies wordt voor het aantal apotheken verwezen naar cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), maar voor de gemiddelde omzet naar een publicatie van de Rabobank die inmiddels is verwijderd van een onveilige website en niet naar de cijfers over de gemiddelde apotheek van SFK. Zou toch niet beter ook hier verwezen kunnen worden naar gegevens van SFK⁹ en/of Vektis?

We zijn benieuwd naar uw reactie.

⁸ Denk aan de situatie waarin iemand bij hoestklachten vanwege een ACE-remmer Natterman Bronchicum Extra Sterk stroop koopt bij een drogist in plaats van zijn klachten te bespreken met arts en apotheker en de ACE-remmer te laten vervangen door een ATC2-remmer.

⁹ <https://www.sfk.nl/publicaties/data-en-feiten/data-en-feiten-2023>