

Memo

Van Apothekersorganisatie KNMP
Aan Zorginstituut Nederland
Datum 9 april 2024
Betreft Consultatie pakketadvies codeïne
(inclusief 'pilot' toepassing afwegingskader Noodzakelijk Te Verzekeren Zorg)

Op 13 maart jl. heeft u de KNMP en andere organisaties het conceptrapport pakketadvies codeïne ter consultatie aangeboden.

Uw specifieke advies ten aanzien van codeïne kunnen wij goed volgen. Wij gaan daarbij uit van een bijlage 2 voorwaarde in groep 1.

Onze inbreng bij deze consultatie richt zich tegen die achtergrond vooral op de wijze waarop het afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg, als pilot, is uitgewerkt bij deze pakketbeoordeling. Op basis van de ervaringen die met de toepassing op codeïne wordt opgedaan, wilt u immers later 'de andere (groepen van) geneesmiddelen gaan beoordelen'. Dat maakt het belang van een goede toepassing des te groter.

Onze toetssteen is daarbij of de gepresenteerde toepassing van het afwegingskader consistent en degelijk is, als basis voor het gebruikelijke "deliberatieve proces waarbij het Zorginstituut alle relevante argumenten integraal weegt in hun specifieke context".

Verzoek t.a.v. het proces

Voordat we de inhoud ingaan, willen we graag aandacht vragen voor het feit dat tot op heden geen lijst van geneesmiddelen bekend is, die u op basis van afwegingskader wilt gaan beoordelen. Wel circuleren er in eerder gepubliceerde beslisnota's van de Rijksoverheid lijstjes met uit te stromen middelen op basis van het afwegingskader.

Er lijkt vanuit het door het Zorginstituut doorlopen proces sprake van een beoordeling per groep van geneesmiddelen. Dit terwijl de impact van incidentele pakketbeslissingen bij een groep goedkope geneesmiddelen gering kan lijken, maar dat een optelsom van dergelijke beslissingen een groot verschil kan maken. Dit geldt zowel voor de effecten voor patiënten als voor zorgverleners in de eerstelijns (en hun onderlinge verhouding).

De KNMP verzoekt u dit element in het verdere proces een duidelijke plek te geven.

Verzoeken n.a.v. de pakketbeoordeling op basis van het afwegingskader

Wij doen daarnaast – aansluitend bij de indeling van de pakketbeoordeling codeïne – vier voorstellen om de toepassing van het afwegingskader aan te scherpen of aan te vullen. Dit sluit aan bij onze eerdere inbreng bij inspraak in de ACP, die deels al tot wijzigingen in het consultatiedocument heeft bijgedragen.

Het eerste punt betreft het feit dat in de toepassing van het afwegingskader bij codeïne **lastenverhogingen** door substitutie wegens (gedeeltelijke) uitstroom (nog) niet transparant worden gemaakt.

In het geval van codeïne wordt in het consultatiedocument gewezen op de situatie bij pijn, waarbij aansluitend bij vigerende richtlijnen voortaan in plaats van codeïne tramadol zal worden ingezet. De zinsnede “ Het aantal mensen met pijnklachten dat hierop is aangewezen, is echter niet bekend.” is wat ons betreft een voorbeeld van te gemakkelijk berusten in een kennislacune (waar we eerder voor waarschuwden). Het Nivel beschikt over gegevens of codeïne is gegeven op basis van de indicatie hoest of pijn en vervolgens kan er – ten behoeve van het deliberatieve proces - een inschatting of scenario’s gegeven worden van het kosteneffect van de mensen die op basis van de indicatie pijn naar verwachting zullen overstappen op tramadol.

De KNMP bepleit financiële plussen en minnen bij de toepassing van het afwegingskader op gelijke wijze in beeld te brengen. Ook als de plussen de kosten zijn van betere kwaliteit c.q. beter passende zorg. Wij zien daarom graag een aanvulling op dit punt.

Als tweede punt vragen wij aandacht voor het feit dat bij de pakketbeoordeling op basis van het afwegingskader wordt uitgegaan van zogenaamde **lijstprijzen**, zonder een vertaalslag naar werkelijke prijzen. Dit geeft een overschatting van de opbrengsten van eventuele uitstroom, omdat dit de financiële opbrengst van o.a. het preferentiebeleid van verzekeraars feitelijk op nihil schat (en dus een onjuiste basis biedt voor een goede afweging).

Het lijkt ons onjuist en inconsistent dat bij uitstroom van goedkope geneesmiddelen volstaan wordt met lijstprijzen, terwijl bij instroom van dure geneesmiddelen wel rekening wordt gehouden met het verschil tussen lijstprijzen en werkelijke prijzen.

Wij bepleiten om in elk geval aan te geven wat het verschil tussen lijstprijzen en werkelijke prijzen kan betekenen voor de te maken afweging, zodat dit ‘in het deliberatieve proces’ kan worden meegewogen.

Zoals eerder aangegeven, lijkt ons de stelling in het afwegingskader “Verzekeren verhoogt namelijk de totale kosten.” Discussabel voor goedkope geneesmiddelen als onderdeel van het pakket verzekerde zorg van de apotheek. Het kan heel goed zijn dat bij uitstroom de middelen per saldo duurder worden, zodat het leidt tot een lastenverhoging én een lastenverschuiving. Dit kan overigens nog steeds een politieke keuze zijn, maar dan graag bewust en transparant.

De toepassing van het onderdeel systeemeffecten uit het afwegingskader leidt tot ons derde en vierde punt.

Het derde punt is dat in de toepassing van het afwegingskader wordt verondersteld en gesuggereerd dat de **receptregelvergoeding** bij uitstroom uit het pakket als besparing op de collectieve middelen kan worden ingeboekt.

Dit zou correct zijn als die receptregelvergoeding zou zijn gerelateerd aan de specifieke werkzaamheden (en de integrale kostprijs) van apothekers voor de terhandstelling van het betreffende middel, in dit geval codeïne.

De receptregelvergoeding wordt echter niet bepaald door de werkzaamheden van de apotheker rond een specifiek middel (en de integrale kostprijs daarvan), maar door de kosten van alle door de apotheker geleverde diensten (exclusief de kosten van het verstrekte geneesmiddel zelf)¹. Tot 2012 werd daarom de receptregelvergoeding door de NZa vastgesteld, waarbij de hoogte afhing van de ontwikkeling in het aantal afgeleverde recepten en de inflatie. Dit wordt sinds 2012 overgelaten aan onderhandelingen tussen verzekeraars en apothekers (binnen door VWS en NZa gestelde kaders).

Als het ministerie van VWS en verzekeraars de receptregelvergoeding zonder nadere analyse in zijn geheel korten op het financieel kader voor apotheekzorg, zal dit leiden tot uitholling van de zorg die apothekers kunnen verlenen en de bijdrage die apothekers o.a. op grond van de visie op de eerstelijnszorg geacht worden te leveren. Als de werkzaamheden en de vaste kosten van het apotheekteam (vrijwel) niet afnemen door uitstroom van een geneesmiddel, is er alleen een besparing op de collectieve middelen voor het deel van de receptregelvergoeding dat voortaan door patiënten zelf wordt betaald en is er geen besparing op de totale kosten.

Kortom: als bij toepassing van het afwegingskader – zoals in deze pilot - de effecten op de receptregelvergoeding te hoog worden ingeschat, kan dit al snel leiden tot onterechte uitstroom én uitholling van de zorg door apothekers. Een zorgvuldige toepassing met een correcte omgang met de receptregelvergoeding, voorkomt dat.

Het vierde punt is dat de **administratieve lasten bij gedeeltelijke uitstroom** bij de toepassing van het afwegingskader nog onvoldoende in beeld worden gebracht. Wij zijn blij met de naar aanleiding van onze inspraak door de ACP in het consultatiedocument toegevoegde passage over administratieve lasten², maar willen u uitnodigen ook de volgende stap te zetten: bij de toepassing van het afwegingskader een inschatting maken van de categorie bijlage 2-voorwaarden die bij gedeeltelijke uitstroom van toepassing is. Aan de hand van vuistregels³ kan het effect op de inzet van arbeid⁴ en de daarmee gemoeide kosten worden ingeschat, zodat dit kan worden meegewogen in 'het deliberatieve proces van pakketbeoordeling'.

¹ [Prijsvorming van generieke geneesmiddelen: forse prijsdalingen in het nieuwe zorgstelsel](#), Rudy Douven en Arno Meijer, CPB, november 2008

² Op pag. 28 van het consultatiedocument.

³ Voor groep 2 en groep 3 geven wij een inschatting om de gedachten te bepalen. Voor groep 2 is dat bij de huidige processen 8- 10 minuten per receptregel (voor het checken van de apotheekinstructie, het documenteren en archiveren, het verwerken van afkeuringen door de zorgverzekeraar door het middel alsnog te declareren bij de patiënt of te herdeclareren bij de verzekeraar. Voor groep 3 is bij afkeuringen door de zorgverzekeraar vaak aanvullend persoonlijk contact met patiënt en/of arts nodig en gaan wij per afgekeurde receptregel uit van zo'n 15-20 minuten extra. Dit geldt zowel bij eerste uitgifte als bij de herhaaluitgifte. Bij groep 4 is de variatie te groot om een algemene inschatting te geven.

⁴ Wij zien hier ook een raakvlak met de tijdelijke commissie die het Zorginstituut op verzoek van VWS heeft ingesteld om zich te verdiepen in de vraag of duurzaamheid en personeelsinzet een rol kunnen krijgen bij pakketbesluiten.

Alleen als deze vier punten op de juiste wijze in de beschouwing worden betrokken kan naar onze mening (bij toekomstige beoordelingen) worden gekomen tot een realistische inschatting van de besparingen als gevolg van (gedeeltelijke) uitstroom uit het pakket. Dit lijkt ons noodzakelijk om bij de toepassing van het afwegingskader de voor- en nadelen van uitstroom zorgvuldig en werkbaar te kunnen afwegen.

De nu voor codeïne gehanteerde toepassing van het afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg, zonder onze aanvullingen, zal bij toepassing op andere middelen tot ongewenste uitstroom van middelen door een te hoge inschatting van de besparing op maatschappelijke kosten en een te hoge inschatting van de te besparen publieke uitgaven.

Conclusie

De zinsnede op pagina 6 "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 tenminste € 2.889.275 exclusief en € 10.731.050 inclusief apotheekkosten en btw." is onjuist. Immers, in de onderhandelingen tussen verzekeraars en apothekers zal moeten worden vastgesteld welke besparing op apotheekkosten daardoor mogelijk is en ook de effecten van het verschil tussen lijstprijzen en werkelijke prijzen, substitutie en administratieve lasten zullen nog in mindering moeten worden gebracht op genoemde bedragen.

Wij roepen u dan ook op om de door ons voorgestelde aanvullingen over te nemen, wat betreft de toepassing van het afwegingskader.

Uw advies ten aanzien van codeïne kunnen wij volgen, waarbij in het kader van de contractering tussen verzekeraars en apothekers zal moeten worden gezien welke besparing hierbij mogelijk is op de receptregelvergoeding ten laste van de zorgverzekering.