



Zorginstituut Nederland

Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Datum

7 juli 2023

Onze referentie

2023027626

verslag

110
Adviescommissie Pakket

Omschrijving	Adviescommissie Pakket
Vergaderdatum	7 juli 2023, 12.00 uur
Vergaderplaats	vergaderzaal Venus/Kentaurus
Aanwezig	Romke van der Veen Carla Hollak Cor Oosterwijk Jan van Busschbach Marcel Verweij Jos Schols Hans Gelderblom Marcel Canoy Jacqueline Zwaap (secretaris) Angèl Link (plv. secretaris, verslag) Ilse van Beusekom (ZIN)
Afwezig	n.v.t.

- 5 **1 Opening en mededelingen**
De voorzitter opent de vergadering. De voorzitter meldt dat Marcel Canoy de vergadering een kwartier eerder zal moeten verlaten in verband met een andere verplichting. Er staat één onderwerp op de agenda, namelijk het 'kader noodzakelijk te verzekeren zorg'. Hiervoor heeft zich één inspreker gemeld
- 10 namens de KNMP, de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers en apotheken.
- Er is geen sprake van conflicterende belangen bij de leden.
- 15 **2 Verslag van de vergadering van 12 mei 2023 (109)**
Er zijn enkele tekstuele opmerkingen die via de email zullen worden gedeeld. Het verslag wordt vastgesteld.
- 20 **3 Stukken ter kennisneming (ACP 110-3)**
Er zijn geen vragen naar aanleiding van de stukken ter kennisgeving.
- 4 Kader noodzakelijk te verzekeren zorg (ACP 110-4)**
Een medewerkster van het Zorginstituut leidt het onderwerp in aan de hand van een presentatie (bijlage 1). De commissie heeft de volgende vraag gesteld:

- 25 • In de presentatie werd aandacht gevraagd voor de gevolgen voor het systeem waaronder de rol van de apotheker, maar ziet dat niet terugkomen bij de criteria. De medewerkster reageert dat dit strikt genomen niet valt onder het pakketprincipe noodzakelijkheid, maar meer thuishoort onder het pakketprincipe 'uitvoerbaarheid'. Maar het is natuurlijk een aspect dat
- 30 benoemd moet worden, onder welk pakketcriterium je het ook schaaft.

De heer Noordermeer spreekt in namens de KNMP. Zijn inspreektekst is bijgevoegd als bijlage 2. De commissie vraagt wat de inspreker bedoelt met 'passende organisatie'. Hij doelt hier op de consequenties voor de eerste lijn.

- 35 Hebben apothekers nog wel voldoende zicht op wat patiënten slikken en raken patiënten niet buiten beeld van een huisarts en apotheker als ze rechtstreeks bij een drogist middelen gaan halen? Er zijn geen verdere vragen. De voorzitter dankt de inspreker.

- 40 Door een misverstand was niet duidelijk dat de heer Hermans van de BOGIN ook gebruik wilde maken van de mogelijkheid tot inspreken. De voorzitter geeft hem alsnog die mogelijkheid. Zijn inspraaktekst is bijgevoegd als bijlage 3. De commissie vraagt hoe de inspreker de relatie ziet tussen het kader en de tekorten aan medicijnen. De inspreker dacht begrepen te hebben dat alle goedkope
- 45 middelen met dit kader buiten de basisverzekering zouden kunnen gaan vallen. Dat is niet het geval. Dit kader gaat over interventies waarbij sprake is van een relatie met zelfzorgmiddelen of algemeen gebruikelijke zaken. Er zijn geen verdere vragen. De voorzitter dankt de inspreker en opent de discussie.

50 De volgende punten zijn aan de orde geweest:

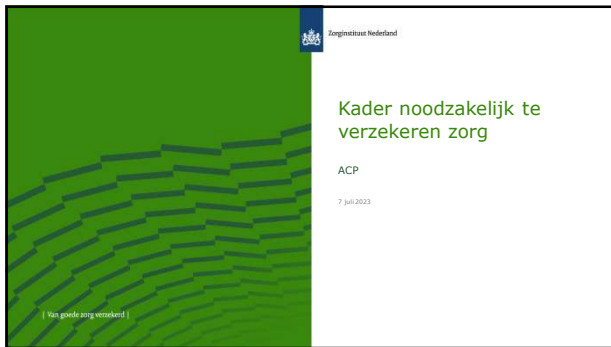
- De commissie kan zich vinden in de redeneerlijn van het rapport. De daarin genoemde criteria zijn van belang en de commissie vindt ook dat de argumenten in samenhang en in de betreffende context gewogen dienen te worden middels een deliberatief proces. Het betreft dus geen afvinklijstje,
- 55 het zijn waarde overwegingen. De commissie heeft enkele meegevers voor de verdere uitwerking van het afwegingskader.
- Uit de inbreng van een inspreker bleek dat de gedachte was dat alle goedkope middelen langs het kader gelegd zouden gaan worden. Dat is geenszins het geval. Het kader gaat een rol spelen als zorg raakt aan zelfzorg of algemeen gebruikelijke zaken. Blijkbaar komt dat in het rapport
- 60 nog onvoldoende tot uiting. De commissie adviseert om duidelijk te beschrijven op welk type zorg het afwegingskader betrekking heeft.
- De commissie kan zich vinden in het toevoegen van drie relevante aspecten die meegewogen dienen te worden bij de bepaling of een interventie al dan niet noodzakelijk te verzekeren is. Deze aspecten zijn door één van de
- 65 insprekers ingebracht:
 - eventuele gevolgschade bij niet vergoeden; overigens is ten aanzien van dit punt ook in de commissie gezegd dat therapietrouw door veel meer factoren wordt beïnvloed dan alleen de vergoedingsstatus.
 - 70 – het effect op sociaaleconomische gezondheidsverschillen en wat het doenvermogen is van betreffende groep van patiënten die wordt geraakt door een mogelijke pakketbeslissing;
 - de effecten op passende organisatie/neveneffecten zoals het gegeven dat de huisarts/apotheek het (in)zicht op bepaalde patiënten verliest.
- 75 • Onder het tweede punt valt ook de vraag of er voor dergelijke kwetsbare groepen een vangnet is of moet komen. Per casus kan verschillen hoe

- 80 hiermee wordt omgegaan. Ook speelt bij de commissie de gedachte om te onderzoeken of het mogelijk is bepaalde relatief goedkope geneesmiddelen vanuit de basisverzekering te (blijven) vergoeden maar dan zonder receptregelvergoeding of met een proportionele receptregelvergoeding omdat er geen of minimale begeleiding vanuit een apotheek nodig is. Dit heeft niet zo zeer te maken met het kader, maar meer met mogelijke oplossingen indien het om geneesmiddelen gaat. Dit kader heeft echter een breder doel.
- 85 • Er wordt meegegeven dat de nadruk in het rapport niet te veel op kosten moet liggen. Het doenvermogen mag een centralere plaats krijgen.
- De suggestie wordt gedaan om bij de consultatie te vragen of de partijen van mening zijn dat er aan de 'onderkant' van het pakket wat moet gebeuren en zo ja, hoe zij dit voor zich zien?
- 90 • Het gevaar is dat men het als een bezuinigingsmaatregel gaat zien, maar het kan ook als een solidariteitsmaatregel worden gezien. Ook vanuit het patiëntenperspectief. Door aan de onderkant van het pakket in te grijpen, creëer je aan de bovenkant ruimte voor het vergoeden van levensverlengende en levensreddende behandelingen die niet voor eigen rekening kunnen komen.
- 95 • Met betrekking tot het lijstje met voedingssupplementen uit 2012, waarbij het gaat om voedingssupplementen die als geneesmiddel fungeren voor een groep van patiënten met stofwisselingsziekten, zal de beroepsgroep de regie nemen om die van een update te voorzien.
- 100 • Er wordt gediscussieerd over of er een kwantitatieve norm opgenomen kan worden in het kader, maar de commissie vindt dat niet mogelijk en ook niet wenselijk. Het gaat om het afwegen van bepaalde kwalitatieve waarden.

105 De commissie verzoekt het secretariaat om de overwegingen van de commissie te delen met de Raad van Bestuur en ziet het kader en de reacties daarop graag terug na de consultatie.

5 Rondvraag en sluiting

110 Er zijn geen vragen voor de rondvraag. De voorzitter dankt iedereen en sluit de vergadering.



Aanleiding

Uitstroomadviezen over vitamines, mineralen en paracetamol 1000mg (2016) en vitamine D houdende producten (2022)

ACP: brede maatschappelijke discussie nodig

Adviesvraag VWS:

- Werk een afwegingskader uit voor noodzakelijk te verzekeren zorg dat breed toepasbaar is
- Pas dat kader toe op geneesmiddelen die vrij verkrijgbaar zijn of waarvoor een (nagenoeg) vergelijkbaar alternatief zonder recept verkrijgbaar is
- Heb daarbij aandacht voor (financiële) effecten van bv langdurig en/of zeer hoog gedoseerd gebruik door bepaalde patiëntengroepen en systeemeffecten (zoals rol apotheker

29 augustus 2023 2

Context: Verbeteren en verbreden toets basispakket (VVTB)

- Meer pakkettoetsen doen obv alle vier de pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid (ziektelast en noodzakelijk te verzekeren) en uitvoerbaarheid;
- Zorgbreed, niet alleen geneesmiddelen en MSZ
- Hier zijn transparante en eenduidige afwegingskaders voor nodig
- Te beginnen met NTVZ; andere criteria volgen
- Gaat om doorontwikkeling; veel materiaal ligt er al en wordt ook al toegepast

29 augustus 2023 3

Wat is noodzakelijk te verzekeren?

Vraagstukken aan de "onderkant" van het basispakket

Waar begint de collectieve verantwoordelijkheid?

Verzekeren bij lage kans en hoge kosten

Niet te verzekeren zorg komt voor eigen rekening

Dit kan bijdragen aan vergroten van gezondheidsverschillen: geen passende zorg

Maar: zorgverzekering is geen inkomensverzekering

Voor iedereen vergoeden (ook voor wie dat makkelijk zelf kan betalen) of voor niemand vergoeden (ook niet voor wie dit niet zelf kan betalen)

Dilemma: redelijk "laagdrempelige zorg" buiten basispakket te houden, maar dan moet er een goed vangnet zijn voor de mensen die dan in de problemen komen

29 augustus 2023 4

Afwegingskader: combinatie van elementen

- Lage ziekte last : ongemak
- Voorzienbare zorg: bv hoort bij bepaalde levensfase
- Gebruikelijke zorg: geen speciale winkel of bepaalde deskundigheid vereist
- Lage kosten : incidenteel of structureel
- (Effecten op de zorgconsumptie)

Geen "harde" afkappingen op basis van een (wetenschappelijk) onderzoek

Kwalitatieve omschrijving en contextuele (maatschappelijke) toetsing

29 augustus 2023 5

Vervolg

- Kader verder uitwerken
- Rapport consulteren: juli/augustus
- Tweede bespreking ACP september

- Daarna: toepassen kader op GVS

29 augustus 2023 6

Vragen aan ACP

- Steun voor lijn in het rapport?
- Aandachtspunten of accenten?

Inspraak KNMP bij bespreking concept afwegingskader NTVZ in de Adviescommissie Pakket (ACP)

7 juli 2023

Het stuk dat voor ons ligt, past in een ingezette lijn. Die begon met een beslissingnota bij de voorjaarsnota waarin langs deze lijn al werd gerekend met een besparing van 250 miljoen structureel op extramurale geneesmiddelen¹. En het past ook bij de documenten die na een Woo-verzoek naar buiten kwamen over een grote inventarisatie die reeds begin 2022 door het Zorginstituut zou zijn gemaakt².

Voor de beleidsmakers lijkt het al een gelopen race. De consultatie op dit stuk kan mooi plaatsvinden in de zomervakantie.

Toch willen we als KNMP, net als u, dit traject serieus nemen. Ons advies aan u is daarbij om het concept-kader op drie punten te laten aanvullen, alvorens het in consultatie te geven. Ik zal die drie punten benoemen en toelichten.

De eerste aanvulling die wij bepleiten is om het criterium ‘gevolgschade’ toe te voegen bij wat in het concept-afwegingskader wordt beschreven naar aanleiding van de trechter van Dunning.

Het gaat dan om het effect dat het niet verzekeren van goedkope zorg door niet of niet goed gebruik zal leiden tot onnodig beroep op duurdere zorg. Die wel verzekerd is. **Gevolgschade** dus. Dit element komt nu terug bij de casuïstiek die bij het kader wordt beschreven, maar niet in het kader zelf. En misschien is het daarbij ook nog wel van belang niet alleen te kijken naar kosten, maar ook naar wat dat betekent voor patiënten én kost aan tijd en werkplezier van schaarse zorgprofessionals.

Ik ga naar onze volgende punten.

Belangrijke in het concept aangehaalde kaders, dateren uit 2013. De verzekeringstheorie is sindsdien niet echt veranderd, denk ik. Maar onze blik op de zorg wel, evenals onze ervaring ermee. Zeker in het licht van de oplopende aantallen kwetsbaren die langer thuis wonen.

¹ <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-414ac900159a2c33cc142f14d78f9d6ba1473949/pdf>

² <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/woo-besluiten/2023/03/30/besluit-op-wob-woo-verzoek-over-uit-basisverzekering-vergoeden-vitamine-d/Bijlagen+bij+besluit+op+Woo-verzoek+over+uit+de+basisverzekering+vergoeden+van+vitamine+D.pdf>

In het verlengde daarvan betreft het tweede punt waarop wij als KNMP een aanvulling bepleiten, de sociaal-economische gezondheidsverschillen en verschillen in doenvermogen

De problematiek van **sociaal-economische gezondheidsverschillen** wordt de laatste jaren weer meer onderkend. Het Zorginstituut liet er zelfs een mooi rapport over maken. Maar we zien in dit concept-afwegingskader geen doorwerking van dit onderzoek en/of de daarbij gemaakte checklist³. Het heeft er veel van weg dat alleen wordt gesignaleerd en in het kader van gefragmenteerde besluitvorming wordt doorgeschoven. Naar ‘de politiek’ c.q. gemeenten. Belangrijke vragen hierbij zijn: wordt voldoende rekening gehouden met het feit dat niet iedereen het belang van goed zorg- c.q. geneesmiddelgebruik kan inschatten? En wordt rekening gehouden met het feit dat weten nog geen doen betekent? We zien in elk geval in het afwegingskader bijvoorbeeld geen referenties aan de door de WRR ontwikkelde doenvermogenstoets⁴. Dat vraagt om een aanvulling.

Passende organisatie is het derde en laatste punt waarop wij een aanvulling op het concept-afwegingskader bepleiten.

Kan de eerstelijns de door de RVS in het rapport ‘De basis op orde’⁵ beschreven zes essentiële functies⁶ nog vervullen als bijvoorbeeld een groot aantal goedkope geneesmiddelen straks op basis van dit afwegingskader uit het verzekerd pakket wordt geschrapt? U denkt wellicht ver gezocht om dat aan het Zorginstituut te vragen, maar dat is het niet. Het was immers het Zorginstituut zelf dat passende zorg eind 2020 heeft gedefinieerd als: “gepast gebruik én passende organisatie van zorg” en daarover liet op tekenen: “Tot nu toe zijn deze twee zaken veelal als losstaande onderwerpen behandeld. Volgens ons zijn het twee kanten van dezelfde medaille die elkaar versterken: passende zorg kan pas ontstaan als deze in samenhang met de organisatie ervan wordt benaderd.” Einde citaat.

³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2022/05/31/sociaal-economische-gezondheidsverschillen>

⁴ <https://www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2020/09/15/doenvermogen>

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/04/04/rvs-advies-de-basis-op-orde> en

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/06/26/kamerbrief-over-beleidsreactie-rvs-advies-de-basis-op-orde>

⁶ Laagdrempelig eerste aanspreekpunt voor alle vragen over gezondheid en ziekte; 24/7 beschikbaarheid; poortwachtersfunctie; leveren van basiszorg dicht bij huis; gids- en coördinatiefunctie; signalerende rol.

Wij verwachten in elk geval dat hier bij de geneesmiddelenadviezen op basis van het afwegingskader nader op zal worden ingegaan. De minister heeft in zijn adviesaanvraag immers gevraagd om daarbij ook aandacht te besteden aan “de gevolgen van verplaatsing van de dienstverlening zoals mogelijke neveneffecten van de veranderde rol van de apotheker.” Naar onze mening is in lijn daarmee dat gevolgen voor passende organisatie in het afwegingskader ook aandacht krijgen.

Het huidige concept-afwegingskader geeft overigens wel goed aan wat er misgaat als die invalshoek ontbreekt. Wij verwijzen naar wat in paragraaf 5.3 staat⁷.

En op zijn minst zal een uitspraak gedaan moeten worden of uitstroom van een geneesmiddel ook betekent dat de bijbehorende zorg door apothekers kan vervallen.

Ik ga afronden.

Wij adviseren uw commissie om het concept-afwegingskader op drie punten te laten aanvullen:

1. In de eerste plaats door expliciet in het kader, het punt van de gevolgschade op te nemen. Pas op voor ‘penny wise, pound foolish’.
2. In de tweede plaats vinden wij dat ‘zorgen moet je doen, niet maken’ (de bekende tekst van Loesje), ook geldt voor het Zorginstituut. Hoe draagt het Zorginstituut bij aan besluiten die niet onevenredig nadelig uitpakken voor groepen kwetsbare patiënten? Ook op dit punt is een aanvulling op het concept-kader gewenst, omdat alleen ‘het bij de politiek neerleggen’ geen oplossing is en het Equalis-rapport ons inziens ook om een vervolg vraagt.
3. In de derde plaats vinden wij dat het afwegingskader ook moet ingaan op het criterium passende organisatie dat het Zorginstituut zelf heeft benoemd. Hoe gaat dit werken voor de eerstelijns? Een vage, ongeadresseerde slotzin in het concept-afwegingskader over ‘dat onbedoelde systemische effecten moeten worden tegengegaan of opgevangen’ is hiervoor echt onvoldoende.

Ik dank u namens de KNMP voor uw aandacht.

⁷ In paragraaf 3.5 blijkt dat een pakketadvies tot uitstroom, deels niet tot die uitstroom leidt maar tot overheveling naar het intramurale kader. Althans volgens het Zorginstituut. Zonder toepassing van het hiervoor tussen VWS en partijen overeengekomen toetsingskader⁷. Patiënten moeten voortaan deze middelen via het ziekenhuis halen in plaats van via de openbare apotheek in de wijk om voor vergoeding in aanmerking te komen. En dat werkt ook nog door bij Wlz met verblijf. Hoe ingewikkeld kunnen we het maken en blijven we er vanuit gaan dat apothekers het dan wel weer werkbaar maken? Als dat voor magnesium en kalium geldt, gaat het straks dan ook zo met andere goedkope middelen die het pakket uitgaan? Leidt dat tot passende organisatie? Het lijkt ons toch echt iets om zorgvuldig af te wegen.

Inbreng Bogin bij ACP 110-04 7 juli 2023
“Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg”

Algemeen:

De aanvraag:

De minister vraagt advies “Ik onderschrijf en ondersteun het belang van een bredere discussie over deze vraag. Dit sluit aan bij de beweging rondom het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Om deze reden verzoek ik u voor het pakketcriterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg' een kader te ontwikkelen, zodat ik kan afwegen welke zorg op basis van dit criterium wel en niet vergoed zou dienen te worden uit het basispakket. Ik verzoek u in het derde kwartaal van 2023 advies aan mij uit te brengen over een dergelijk afwegingskader.”

Deze vraag gaat veel breder dan uitsluitend de zogenaamde zelfzorg geneesmiddelen. Feitelijk zijn er nagenoeg géén zelfzorgmiddelen meer in het verzekerde pakket. Anders dan een paar zelfzorg middelen die onder nadere voorwaarden toch voor vergoeding in aanmerking komen. Bogin gaat er van uit dat er een taakstelling circa 300 miljoen rust op het zogenaamde pakketbeheer. (NB. 85% van de geneesmiddelen kost minder dan 500 miljoen)

Gezondheidsvaardigheden zijn noodzakelijk om de juiste keuzen te maken

De zogenaamde(doorontwikkelde) trechter van Dunning gaat er van uit dat ieder burger voldoende gezondheidskennis of ziekte besef heeft om de juiste (gezondheids-) keuzen te maken. Dat is feitelijk niet juist. Er bestaat een kennisasymmetrie tussen patiënt en arts of apotheker. Patiënten gaan ervan uit dat middelen die uit het pakket gaan ook niet noodzakelijk zijn. En gaan dan deze zorgmijden.

Toevoegen criteria bij toetsing:

Bogin is van mening dat het criterium “gevolgschade” zou moeten worden toegevoegd. Bijvoorbeeld de “pil” niet meer vergoeden met als gevolg meer abortussen.

Uitvoerbaarheid

De nadere voorwaarden die moeten leiden tot kostenbeheersing “bijlage 2”. Leiden zijn onuitvoerbaar en leiden tot financiële risico's bij arts en vooral apothekers. (zie bijlagen). Inmiddels gaat er in bijlage 2 meer dan 2 mrd euro om.