

Ruim € 6 miljoen meer besteed aan niet vergoede geneesmiddelen

€ 185 miljoen uit eigen zak

Nederlandse apotheken verstrekten in 2013 voor ongeveer € 185 miljoen aan receptplichtige geneesmiddelen die niet uit het basispakket worden vergoed. Daarnaast moest voor ruim € 38 miljoen worden bijbetaald.

Receptplichtige geneesmiddelen behoren in Nederland in het algemeen tot het basispakket, maar een aantal zijn van vergoeding uitgesloten. Het grootste deel daarvan wordt wel vergoed als aan voorwaarden wordt voldaan, de rest is onvoorwaardelijk van vergoeding uitgesloten. Aan niet vergoede receptplichtige geneesmiddelen werd vorig jaar in totaal € 185 miljoen uitgegeven, ruim € 6 miljoen meer dan in 2012. Dit bedrag is volledig toe te schrijven aan de pijnstillercombinaties van paracetamol en codeïne, waarmee de lijst van uitgesloten geneesmiddelen per januari 2013 is uitgebreid. Aan deze middelen gaven gebruikers vorig jaar zelf € 6,7 miljoen uit.

Geen vergoeding

De afgelopen jaren is de lijst met geneesmiddelen die niet of voorwaardelijk voor vergoeding in aanmerking komen telkens langer geworden. Voor slaap- en kalmeringsmiddelen, die vanaf 2009 alleen in een aantal specifieke situaties worden vergoed, brachten de gebruikers vorig jaar zelf € 40 miljoen op en vergoedden zorgverzekeraars € 27 miljoen. In 2010 beperkte de overheid, op enkele uitzonderingen na, de vergoeding van hormonale en lokale anticonceptiva tot verzekerden van 20 jaar en jonger. Hiervan werd in 2013 in totaal € 64 miljoen niet vergoed uit het basispakket.

En vanaf januari 2012 mogen maagzuurremmers alleen nog bij chronisch gebruik op kosten van zorgverze-

raars worden verstrekt. Gebruikers betaalden in 2013 € 18 miljoen zelf. Van de geneesmiddelen die helemaal niet voor vergoeding in aanmerking komen, is in 2013 het meeste uitgegeven aan middelen bij erectiestoornissen (€ 19,5 miljoen), gevolgd door geneesmiddelen voor stoppen met roken (€ 9 miljoen). Als deze laatste zijn toegepast in erkende stoppen-met-roken-programma's, zouden ze trouwens wel uit het basispakket kunnen zijn vergoed, maar uit een ander potje dan dat van de farmacie.

Niet volledig vergoed

Er zijn ook geneesmiddelen waarvan de patiënt een deel van de prijs zelf moet betalen omdat de fabrikant de prijs van een product boven de vergoedingslimiet vaststelt. In 2013 is in totaal voor ruim € 38 miljoen bijbetaald. Voor ADHD-middelen alleen al

was dat € 27,5 miljoen, terwijl de zorgverzekeraars voor deze middelen 'slechts' € 23 miljoen vergoedden. Bij het ADHD-middel atomoxetine ligt deze verhouding zeer extreem: € 4,0 miljoen is door gebruikers betaald en maar € 365.000 door zorgverzekeraars. Tot het deel dat wel wordt vergoed, behoren de kosten van zorgverlening door de apotheek. In dit geval € 275.000. Niet in alle gevallen betalen de patiënten de rekening uiteindelijk ook zelf. Er zijn aanvullende verzekeringen waarbij niet vergoede en/of deels vergoede geneesmiddelen kunnen worden geclaimd. Ook zijn er zogenoemde terugbetalingsregelingen, waarbij fabrikanten gebruikers van geneesmiddelen schadeloos stellen, omdat ze de patiënten niet de dupe willen laten worden van (prijs)beleid in Nederland. ■

Voor meeste groepen nauwelijks verschil tussen uitgaven 2012 en 2013

	geneesmiddelgroep	*	2012	2013
1	anticonceptiva, hormonale en lokale	v	64,5	64,2
2	slaap- en kalmeringsmiddelen	v	47,8	48,2
3	middelen bij erectiestoornissen	o	20,3	19,5
4	maagzuurremmers	v	19,7	18,4
5	malariamiddelen	v	10,5	10,0
6	middelen bij stoppen met roken	o	6,2	9,0
7	combinaties paracetamol/codeïne	o	-	6,7
8	middelen bij beginnende kaalheid	o	3,1	2,8
9	vaccinaties (rijksprogramma en reizigersprofylaxe)	v	2,1	1,8
10	medicinale cannabis	o	1,2	1,7

*o = onvoorwaardelijk uitgesloten, v = voorwaardelijk uitgesloten

UITGAVEN (IN MILJOENEN EURO'S) AAN NIET VERGOEDE RECEPTPLICHTIGE GENEESMIDDELEN (2012 - 2013).