



Factsheet

Veranderingen voor kosten medicijnen in basispakket

Nieuw in 2019

Er zijn voor medicijnen twee belangrijke wijzigingen in de zorgverzekering vanaf 1 januari 2019.

- Paracetamol 1000 mg, vitamines en mineralen gaan uit het basispakket.
- De eigen bijdragen voor medicijnen worden beperkt tot maximaal 250 euro per persoon per jaar.

Paracetamol 1000 mg, vitamines en mineralen uit het basispakket

Wat verandert er?

- Per 1 januari 2019 worden paracetamol 1000 mg en bepaalde vitamines en mineralen niet meer vergoed vanuit het basispakket.

Waarom worden paracetamol, vitamines en mineralen niet meer vergoed?

- De minister voor Medische Zorg en Sport heeft besloten deze middelen niet meer te vergoeden omdat dergelijke medicijnen niet in de basisverzekering thuishoren.
- Het gaat namelijk om medicijnen die ook verkrijgbaar zijn zonder recept bij de apotheek of de drogist als zelfzorgmiddelen voor een laag bedrag. Deze kosten kunnen voor eigen rekening van de patiënt komen en hoeven niet vanuit een collectieve verzekering vergoed te worden.
- Dat deze middelen effectief zijn en dat mensen ze nodig hebben staat echter niet ter discussie.

Eigen bijdrage voor medicijnen maximaal 250 euro

Wat verandert er?

Er veranderen twee dingen:

- Vanaf 2019 is de eigen bijdrage voor medicijnen maximaal 250 euro per persoon per jaar. Nu is er nog geen maximum.
- Betalen patiënten nu de eigen bijdrage aan de balie bij de apotheek? Vanaf 2019 hoeft dat niet meer. De apotheek vertelt de patiënt bij welke medicijnen er sprake is van een eigen bijdrage en stuurt de rekening naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar int de eigen bijdrage dan later weer bij de verzekerde. Dit gebeurt meestal na een paar maanden.

Waarom moeten patiënten soms (mee)betalen voor hun medicijnen?

Er zijn drie mogelijke situaties:

- Sommige medicijnen zijn niet verzekerd in de basisverzekering omdat het zelfzorgmiddelen zijn. Vanaf 1 januari 2019 geldt dit ook voor paracetamol 1000 mg en bepaalde vitaminen en mineralen, zoals hierboven is toegelicht. Die betalen patiënten dus helemaal zelf en de kosten tellen niet mee voor de eigen bijdrage en ook niet voor het eigen risico.
- Voor bepaalde medicijnen die verzekerd zijn in de basisverzekering moeten patiënten een deel bijbetalen. Dit noemen we de eigen bijdrage. Medicijnen met dezelfde werking worden op grond van hun werking in groepen ingedeeld. Per groep geldt een maximale vergoeding uit de basisverzekering. Als het medicijn dat gebruikt wordt duurder is dan deze maximale vergoeding, dan moet de patiënt het verschil bijbetalen. Nu is er nog geen maximum aan de bijbetaling. Vanaf 2019 wel, dan is de eigen bijdrage maximaal 250 euro per jaar per persoon.
- Daar bovenop betalen volwassenen nog een eigen risico voor medicijnen die verzekerd zijn in de basisverzekering. Het verplichte eigen risico is 385 euro per jaar. Het eigen risico betekent dat alleen zorgkosten vanaf 385 euro vergoed worden.

Medicijnen die niet verzekerd zijn



geen maximum €



Eigen bijdrage voor medicijnen



maximaal € 250,-



Verplicht eigen risico



maximaal € 385,-

Wat kunnen zorgverleners doen om patiënten voor te lichten over de maatregelen?

- Informeer patiënten – net als nu - bij het voorschrijven en/of het verstrekken van een medicijn of het wordt vergoed en of er een eigen bijdrage voor geldt. VWS stelt online flyers beschikbaar over beide wijzigingen, die kunnen worden uitgeprint en meegegeven.
- Verwijs de patiënt naar de eigen zorgverzekeraar bij vragen over de persoonlijke (financiële) situatie. Die weet welke zorgverzekering (en eventuele aanvullende verzekeringen) de patiënt heeft, hoeveel deze het lopende jaar al heeft betaald aan eigen bijdragen voor medicijnen en eigen risico en welke medicijnen de verzekeraar vergoedt.
- Verwijs voor algemene informatie over wijzigingen in de zorgverzekering en vraag en antwoord naar www.ikregelmijnzorggoed.nl. Onder “welke medicijnen krijg ik vergoed?” staat meer informatie over deze maatregelen.