

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

**Bijlage**

1

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.

Datum 8 april 2014  
Betreft Resultaten Bestuurlijk overleg farmacie

Geachte voorzitter,

Ten aanzien van de farmaceutische sector is de laatste jaren doelbewust een koers ingezet om een structuur in te richten die de kwaliteit van de farmaceutische zorg borgt en een impuls geeft. Daarbij staat het belang van de patiënt voorop. De patiënt heeft recht op meer samenhangende zorg. Maar ook het beter benutten van de mogelijkheden om tot een efficiëntere zorg te komen is een aandachtspunt. Hiervoor moet een verbinding worden gelegd tussen de farmacie en de rest van de zorg. Uitgangspunt daarbij is dat de zorginhoudelijke meerwaarde (resultaat) wordt gehonoreerd. Een meerwaarde die tot stand komt door het leveren van samenhangende zorg in multidisciplinair verband bij voorkeur zo dicht mogelijk in de buurt van de patiënt.

De afgelopen jaren is het geneesmiddelenbeleid in financieel opzicht, uiterst succesvol geweest. Met name ook door het optreden van zorgverzekeraars. Zij hebben de hen in het zorgstelsel toebedeelde rol van inkoper voor hun verzekerden, meer dan waar gemaakt. Hierdoor zijn de zorgkosten minder gestegen dan geraamd. In het zorgstelsel hebben zorgverzekeraars ook een rol met betrekking tot het beheersen van het volume en het bevorderen van de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht ten behoeve van hun verzekerden. Zij moeten voldoende verantwoorde zorg overeenkomstig de stand van de wetenschap en de praktijk contracteren en zo nodig deze zorg organiseren. Het is van belang om het zorgstelsel ook op dit punt te laten werken zoals het is beoogd. Met name de wijze ten aanzien van de manier waarop invulling wordt gegeven aan de verzekerde aanspraak op de farmaceutische zorg en de onderlinge verhoudingen van de verschillende daarbij betrokken partijen. De overheid heeft in de eindsituatie voornamelijk een voorwaardenschepende en toezichthoudende rol hierbij.

Na de introductie van vrij onderhandelbare apothekerstarieven is de aandacht in eerste instantie vooral gericht geweest op het op "prijs" inkopen van de farmaceutische zorg. Op zich zelf is het een taak van zorgverzekeraars om scherp in te kopen. Maar zoals hiervoor al is aangegeven kan de meerwaarde voor de patiënt ook liggen in een meer samenhangende zorg en gezondheidswinst. Er moet dan ook gekeken worden naar de kwaliteit en het resultaat van de behandeling. Zo kan een investering in farmaceutische zorg wellicht voorkomen dat een ziekenhuisopname noodzakelijk is waardoor het ziekenhuisbudget van een zorgverzekeraar wordt ontlast.

Ik heb de heren Rinnooy Kan en Reibestein aangezocht om als “verkenner” te fungeren en een dwarsdoorsnede aan te leveren van de gehele farmaceutische sector. Centrale vraag aan hen was of: “partijen, met inachtneming van elkaars verantwoordelijkheden in onderling overleg en onderhandelingen in staat zijn om tot zodanige uitkomsten te komen dat enerzijds sprake is van het doorzetten van noodzakelijke veranderingen en vernieuwingen in de extramurale farmaceutische zorg en anderzijds patiënten onbelemmerd toegang hebben en houden tot de farmaceutische zorg van de vereiste kwaliteit tegen aanvaardbare kosten”. Deze vraag hebben de verkenner met een volmondig ja beantwoord.

Op 29 mei 2013 heb ik u het standpunt op de bevindingen van de verkenner extramurale farmacie (de heren Rinnooy Kan en Reibestein) over de stand van de farmacie aangeboden<sup>1</sup>. In dat standpunt heb ik aangegeven dat de verkenner hebben geconstateerd dat alle veldpartijen een soortgelijk toekomstbeeld voor ogen staat waarin de extramurale farmaceutische zorg een essentiële plaats binnen de Nederlandse gezondheidszorg heeft.

Dit toekomstbeeld gaat er van uit dat bij een kwalitatief hoogstaande farmaceutisch zorg een apotheker hoort die vooral zorgverlener is. Een zorgverlener die multidisciplinair samenwerkt met andere zorgverleners in een sterke, geïntegreerde eerste lijn zo dicht mogelijk bij de patiënt. Die nauw samenwerkt met huisartsen en ook met voorschrijvers in de tweedelijns om hen te adviseren en te ondersteunen bij het beter voorschrijven van geneesmiddelen en het tijdig aanbrengen van wijzigingen in voorschrijven, inclusief het stoppen van de medicatie. Die patiënten informeert, begeleidt en ondersteunt bij het beter gebruiken van hun geneesmiddelen. Hierdoor kan meer maatwerk worden geleverd voor de patiënt. Dit kan er aan bijdragen dat mensen langer dan voorheen in staat worden gesteld te blijven functioneren in hun eigen omgeving.

Door deze gezamenlijke visie kwamen de verkenner tot de conclusie dat partijen zelf in staat zijn om dit toekomstbeeld te verwezenlijken en dat voor de overheid slechts een faciliterende en stimulerende rol is weggelegd door middel van het organiseren van een periodiek bestuurlijk overleg. Dit hebben de partijen in het bestuurlijk overleg bevestigd.

Ik heb u bij brief van 6 september 2013 al kort over de voortgang van het door mij geïnitieerde bestuurlijk overleg en de uitvoering van de daarin vastgestelde kwaliteitsagenda ingelicht<sup>2</sup>. Met deze brief doe ik u verslag van de uitvoering van de kwaliteitsagenda door de partijen en van vervolgspraken en verdere acties.

In het bestuurlijk overleg hebben de partijen, zonder uitzondering, aangegeven dat zij de toekomst van de farmacie zelf gezamenlijk kunnen vormgeven zonder (veel) tussenkomst van de overheid. Met de agendapunten van de kwaliteitsagenda die in het bestuurlijk overleg is vastgesteld als concrete startpunten. Ik zie dat terug in de uitvoering van de kwaliteitsagenda. Daar is en wordt hard gewerkt aan het verwezenlijken van de agendapunten. Alle partijen nemen daarbij hun verantwoordelijkheid waarbij de focus vooral is komen te liggen op de zorginhoudelijke en kwalitatieve kant. Onderwerpen zoals medicatieoverdracht en medicatiebeoordeling en het elektronisch voorschrijven en de therapietrouw zijn onderwerpen die tot nu toe onvoldoende uit de verf kwamen en waarmee met de uitvoering van de kwaliteitsagenda een forse stap vooruit wordt gezet.

---

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, 29477, nr 243.

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 29477, nr. 259.

De kwaliteitsagenda luidde als volgt:

1. Standaardiseren van de wijze van medicatiebeoordelingen en medicatieoverdracht.
2. Uitkomstindicatoren doorontwikkelen en toepassen in de praktijk.
3. Verbetering van de therapietrouw.
4. Het borgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen alsmede van een goede distributie-infrastructuur en het wegnemen van belemmeringen daarvoor.
5. Verbetering van ICT-systemen van apothekhoudenden met oog op de medicatieoverdracht tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en gericht op declareren van afzonderlijke prestaties.
6. Bezien of wijziging van de NZa-bekostigingstitels (prestatiebeschrijvingen) gewenst is.
7. Verbeteren van de prijstransparantie voor patiënten en het in beeld krijgen van patiëntenervaringen ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening.
8. Zorgplicht van verzekeraars ten aanzien van de beschikbaarheid van (preferente) geneesmiddelen uitwerken.
9. Beschikbaarheid spoedeisende farmaceutische zorg borgen (dienstapotheken).
10. Het onderhandelingsproces tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars verbeteren (nieuwe good contracting practices opstellen).
11. Toekomstvisie uitwerken met betrekking tot de farmaceutische zorg in een geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijn. Daarin invulling geven aan de beoogde nieuwe rol van de apothekhoudenden en inventariseren wat dit betekent voor de apothekersopleidingen.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

Hieronder zal ik ingaan op de algemene afspraken die zijn gemaakt in het kader van de uitvoering van de Kwaliteitsagenda farmacie. In de bijlage bij deze brief zal ik alle agendapunten nalopen en de resultaten en uitkomsten daarvan melden.

### **Algemene afspraken**

De afronding van de kwaliteitsagenda betekent niet dat alle agendapunten zijn geregeld. De agendapunten 2. Uitkomstindicatoren, 4. wat het onderdeel Distributie-infrastructuur betreft, 6. NZa-bekostigingstitels, 7. Prijstransparantie, 9. Dienstapotheken en 10. Good Contracting Practices van de Kwaliteitsagenda zijn afgerond. Deze agendapunten zullen in beginsel dan niet meer terugkomen op de Bestuurlijke vervolagagenda's. Op de overige agendapunten is veel voortgang geboekt maar is nog nadere uitwerking nodig. Daarnaast zullen er pilots plaatsvinden ter uitvoering van de kwaliteitsagenda. Om een vinger aan de pols te houden en om een specifiek platform voor de farmacie te hebben zal daarom:

- Twee maal per jaar een Bestuurlijk Overleg Farmacie plaatsvinden onder voorzitterschap van VWS;
- Tijdens dit overleg wordt in ieder geval de voortgang van de nog niet afgeronde punten uit de Kwaliteitsagenda Farmacie besproken;
- Daarnaast zal de visie op de toekomstige farmaceutische zorg en de uitwerking en concretisering daarvan onderdeel uitmaken van de het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns gezien de samenhang met de gewenste multidisciplinaire zorg in een geïntegreerde eerstelijns.

Partijen zijn bovendien van mening dat er op landelijk niveau afspraken moeten worden gemaakt over:

- het verbeteren van de elektronische gegevensuitwisseling, het vergroten van het bewustzijn en het belang hiervan onder de bevolking en de realisatie van een ICT-agenda voor de zorg.
- de inhoud van de opleidingen en het meer gezamenlijk vormgeven van de opleidingen van huisartsen, apothekhoudenden en medisch specialisten zodat de samenwerking tussen hen daar al wordt ingebed.
- het wegnemen van belemmeringen voor het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorg zoals het beter toegankelijk maken van labwaarden voor apothekhoudenden.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

De uitwerking van deze punten zal ook onderdeel uitmaken van het Bestuurlijk overleg eerstelijns. Ten aanzien van de opleidingen zal ik op korte termijn in overleg treden met de sector gezien het belang van goed opgeleide zorgprofessionals en de specifieke eisen die aan hen worden gesteld in verband met het leveren van samenhangende zorg voor de patiënt.

#### **Kwaliteitsimpuls voor de Nederlandse zorg**

Met de afronding van het Bestuurlijk overleg farmacie en de vervolgafspraken ligt een breed gedragen pakket aan maatregelen voor, waarmee zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de farmaceutische sector, en patiënten- en consumentenorganisaties gezamenlijk hun verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van het verbeteren van de zorg aan patiënten en de farmaceutische zorg in het bijzonder. Met dit pakket van maatregelen wordt tegemoet gekomen aan de door de verkenners farmacie geconstateerde tekortkomingen en worden de door hen geconstateerde kansen om de toekomstige farmaceutische zorg te verbeteren en te integreren in de eerstelijns, benut. Hiermee zal meer samenhangende zorg aan de patiënt kunnen worden geleverd en kan tegemoet gekomen worden aan de uitdagingen die de zorg in Nederland te wachten staat.

Ik heb er vertrouwen in dat alle betrokken partijen zich volledig zullen inzetten om de concrete agenda zelf te verwezenlijken. Ik zal dit proces waar nodig faciliteren.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

### 1. Standaardiseren van de wijze van medicatiebeoordelingen en medicatieoverdracht (opname en ontslag).

#### *Medicatiebeoordeling*

De partijen in het Bestuurlijk Overleg Farmacie zijn ervan overtuigd dat de uitvoering van een periodieke medicatiebeoordeling zoals bedoeld in deze richtlijn, de medicatieveiligheid, therapietrouw en daarmee de gezondheid en kwaliteit van leven van een patiënt verbetert en mogelijk uiteindelijk zorgkosten bespaart. Daarom is de standaardisering van de medicatiebeoordeling opgenomen in de Kwaliteitsagenda van het Bestuurlijk Overleg Farmacie en wordt gekeken naar een betere methode voor het selecteren van risicopatiënten dan nu is opgenomen in de richtlijn. Volledige nakoming van de richtlijn betekent dat jaarlijks bij 700.000 personen een medicatiebeoordeling zou moeten worden uitgevoerd. Daarvoor ontbreekt op dit moment de capaciteit. Daarom zal sprake zijn van een ingroeimodel. Partijen zijn hierover in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Uitgangspunt hierbij is om de medicatiebeoordeling in de eerste plaats in te zetten voor de patiënten die er het meeste baat bij hebben. Samenwerking tussen huisarts en apotheker en met de patiënt is essentieel voor een succesvolle medicatiebeoordeling. Samenwerkingsafspraken tussen huisarts en apotheker helpen de samenwerking goed in te richten en uit te voeren. De IGZ zal vanaf 1 januari 2015 het toezicht verscherpen. Dit ontslaat partijen er echter niet van ook in 2014 al meer conform de richtlijnen te handelen. In het overleg met de IGZ hebben partijen verder aangegeven dat medicatiebeoordeling per 1 januari 2015 op een juiste wijze gecontracteerd kan zijn bij apothekers en huisartsen.

Tijdens het Bestuurlijk Overleg Farmacie is afgesproken dat:

- Per 1 januari 2015 de gestandaardiseerde wijze van medicatiebeoordeling landelijk wordt gehanteerd en gecontracteerd. Het Significant-rapport "Generieke kosten medicatiebeoordeling" kan handvatten bieden voor het maken van afspraken.
- Een ingroeimodel wordt gehanteerd om uiteindelijk alle patiënten, die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling, te beginnen met de meest risicovolle groepen patiënten, een medicatiebeoordeling te geven. Zorgverzekeraars moeten voldoende verantwoorde zorg en dus ook medicatiebeoordelingen contracteren.
- Dit ingroeimodel is gebaseerd op een voorstel van de KNMP en de LHV en zal de basis zijn voor het toezicht door de IGZ. Indien er geen ingroeimodel is of geen realistisch groeimodel dan zal de IGZ zelf een handhavingkader vaststellen.
- Tijdens de looptijd van de vervolgagenda Farmacie de huidige Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen door partijen onder leiding van de KNMP verder wordt verfijnd ten aanzien van de selectie van risicopatiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling.
- De beroepsgroep zorgt voor de juiste opleiding van apothekers om een medicatiebeoordeling juist te kunnen uitvoeren. Per 1 januari 2015 is de beroepsgroep opgeleid. Op dit moment is circa 75% van de apothekers opgeleid om medicatiebeoordelingen conform de richtlijn uit te voeren.
- De samenwerking tussen huisarts en apotheker wordt gestimuleerd en ondersteund door middel van conceptafspraken voor samenwerking, die zijn opgesteld door de LHV en de KNMP. Deze worden afgestemd met de IGZ. De IGZ gebruikt deze afspraken als uitgangspunt voor haar toezicht.

Bij het ontbreken van afspraken zal IGZ hier zelf een handhavingskader voor maken en dit uiteraard tijdig met onder toezichtgestelden communiceren. Deze samenwerkingsafspraken kunnen vervolgens ook patiënten inzicht bieden in hoe hun apotheker en huisarts met elkaar zorgen voor een goede farmaceutische zorg.

- Vanaf 1 januari 2015 zal de IGZ handhaven conform de dan geldende Richtlijn Medicatiebeoordeling.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

## **2. Uitkomstindicatoren (kwaliteitsindicatoren farmacie)**

Bij de totstandkoming van de kwaliteitsindicatoren 2013 hebben de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP), de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie (NVPF) Landelijke Huisartsen Vereniging, Apotheekhoudende Afdeling (LHV AHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis-apothekers (NVZA), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond samengewerkt. Er is een viertal sets kwaliteitsindicatoren farmacie ontwikkeld voor respectievelijk poliklinische apotheken, openbare apotheken, ziekenhuisapotheken en voor apotheekhoudende huisartsen.

De indicatoren zijn vooral van belang voor apothekers en apotheekhoudende huisartsen. Zij krijgen de gelegenheid om de kwaliteit van de geleverde zorg te tonen en het levert hen direct inzicht op welke verbeteringen kunnen worden gemaakt. Zorgconsumenten krijgen inzicht in de kwaliteit van een apotheek en hebben hiermee de mogelijkheid om een zorgverlener te kiezen die voldoet aan hun eisen en behoeften. In april 2014 vindt voor het eerst publicatie plaats van de kwaliteitsindicatoren farmacie op [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl), in een samenwerking van KNMP, NPCF, NVPF en Consumentenbond. In het najaar van 2014 staat een vernieuwde publicatie i.s.m. deze partijen gepland, met nog meer informatie voor de patiënt en consument. Ook voor het toezicht en de handhaving door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn de indicatoren van belang.

Bij de ontwikkeling van de indicatoren is gebruik gemaakt van de ervaringen met indicatoren 2011 en 2012. De uitvraag voor de indicatoren 2013 start op 31 maart 2014 en loopt tot en met 4 mei 2014. Ook voor de uitvraag 2015 zijn door partijen afspraken gemaakt. Er is afgesproken dat partijen de komende jaren met elkaar de kwaliteitsindicatoren blijven ontwikkelen die relevant zijn voor patiënt en representatief voor de apotheek.

Het is hiermee ook mogelijk dat zorgverzekeraars en apotheekhoudenden bij de contractering 2015 gebruik kunnen maken van de uitkomsten van de uitvraag. Zorgverzekeraars krijgen meer inzicht in de kwaliteit van de zorg in een apotheek en zijn hierdoor beter in staat om zorg in te kopen.

Voor het beheren, verwerken en het overigens op een zorgvuldige wijze omgaan met de vergaarde gegevens heeft De Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF), opgericht door De KNMP, NVZA, AHA LHV en de NVPF, een dataprotocol vastgesteld. Ook rondom het meten en inzichtelijk maken van de ervaringen van patiënten over de farmaceutische zorg is door KNMP, ZN, NPCF en Consumentenbond een flinke stap gezet. Zo is er één gezamenlijke CQ-index vragenlijst Farmacie ontwikkeld en vastgesteld. De meting van de patiëntervaringen vindt vanaf nu door alle meetbureaus uniform plaats. Partijen maken de komende tijd met elkaar afspraken over zorgvuldig beheer van de data en de publicatie van de uitkomsten van deze patiëntervaringen.

### 3. Therapietrouw

Op het gebied van therapietrouw (het volgens voorschrift, veilig, verantwoord en juist innemen van een voorgeschreven geneesmiddel) is nog veel te verbeteren. Dit onderstreepten Rinnooy Kan en Reibestein ook in hun verkenning van de extramurale farmaceutische zorg. Therapieontrouw kan grote klinische gevolgen hebben. Doordat patiënten hun geneesmiddelen niet volgens voorschrift innemen, nemen morbiditeit en mortaliteit toe, terwijl de kwaliteit van leven juist afneemt. Ook kost therapieontrouw veel geld. Ontwikkelingen in e-health maken het beter mogelijk therapietrouw te ondersteunen. Samenwerking met andere organisaties is belangrijk voor de verbetering van therapietrouw. Op bestuurlijk niveau is er veel aandacht voor therapietrouw, bijvoorbeeld in de landelijke Stuurgroep Therapietrouw en het [programma Goed Gebruik Geneesmiddelen](#) (GGG).

Andere therapietrouw initiatieven zoals: GGG, Verenigd Eerstelijns Overleg (VELO), Wetenschappelijk forum Therapietrouw en Therapietrouwmonitor delen hun vorderingen tevens op het platform van de stuurgroep. Zo heeft VELO die de driehoek arts, apotheker en wijkverpleegkundige onder de loep neemt, een cursus ingezet over Therapietrouw.

Partijen hebben in het Bestuurlijk Overleg Farmacie afgesproken dat:

- Het RIVM, die de website gezond leven beheert <http://www.loketgezondleven.nl>) voor eind 2014 een module therapietrouw aan het loket toevoegt. Daar zijn voor zorgverleners en innovators effectief gebleken projecten te vinden. De Stuurgroep heeft ervoor gekozen om te starten met therapietrouwprojecten rond astma in nauwe samenwerking met de Long Alliantie Nederland (LAN).
- De beroepsgroep zorg draagt voor een korte op therapietrouw toegesneden cursus voor apothekhoudenden en apothekersassistenten waarin best-practices en therapietrouwprogramma's onder de aandacht van zorgverleners worden gebracht.
- De KNMP heeft een overeenkomst met Pharos gesloten m.b.t. het omgaan met specifieke (zwakke) doelgroepen door de openbare apotheek. Aansluiting met Therapietrouw is nodig en zal worden gezocht door de KNMP. Apothekersassistenten worden bijvoorbeeld opgeleid om betere zorg te leveren aan laaggeletterden en laagopgeleide patiënten.
- Gegeven het feit dat implementatie één van de belangrijkste knelpunten is, ontwikkelt de stuurgroep samen met de TU-Delft een vernieuwende aanpak rond het implementeren van therapietrouw in de praktijk. Een dergelijke aanpak is al bewezen succesvol bij het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen.

### 4. Het borgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen alsmede van een goede distributie-infrastructuur en het wegnemen van belemmeringen daarvoor

Agendapunt 4 is gesplitst. Het onderdeel beschikbaarheid van geneesmiddelen is overgedragen aan de sectorbrede Werkgroep geneesmiddelentekorten onder leiding van VWS. In de brief aan de Tweede Kamer van 5 juli 2013 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 477, nr. 255) is deze werkgroep aangekondigd met onder andere als taak gezamenlijk een heldere meldingsprocedure, een registratiesysteem en een communicatiestrategie bij geneesmiddelentekorten uit te werken. Daarnaast is het in deze brief aangekondigde onderzoek naar de impact van geneesmiddelentekorten op de patiënt inmiddels gestart. De vorig jaar gestarte Werkgroep geneesmiddelentekorten bestaat uit een bredere vertegenwoordiging dan aanwezig bij het Bestuurlijk overleg. Dit is de reden om het agendapunt 4 deels onder te brengen bij deze VWS-werkgroep. Het plan van aanpak van de Werkgroep geneesmiddelen tekorten is inmiddels ook besproken en geaccordeerd in het Bestuurlijk Overleg Farmacie.

Kenmerk

357184-119358-GMT

Het deel van agendapunt 4 met betrekking tot het borgen van een goede distributie-infrastructuur is afgerond. Partijen onderstrepen, in het verlengde van de opmerkingen van de verkenner, het belang van de zorgplicht van zorgverzekeraars ten aanzien van de distributie van preferente - en preferent geraakte geneesmiddelen. Zorgverzekeraars hebben dit feitelijk onderkend door een extra distributievergoeding per pakje in de prijs van een geneesmiddel te accepteren. Partijen vinden deze extra distributievergoeding vooralsnog voldoende duurzaam om de levering van geneesmiddelen aan verzekerden te kunnen garanderen daar zorgverzekeraars hebben aangegeven de noodzakelijke maatregelen te zullen blijven nemen om aan hun zorgplicht op dit punt te blijven voldoen.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

### **5. Verbetering van ICT-systemen van apothekhoudenden met oog op de medicatieoverdracht tussen 1e en 2e lijn en gericht op declareren van afzonderlijke prestaties.**

De patiëntveiligheid kan worden vergroot door een juiste overdracht van informatie. Zorgprofessionals in de samenwerkende keten dienen altijd over een actueel medicatieoverzicht te beschikken, tenzij het een spoed- of uitzonderingssituatie betreft. Partijen hebben in het Bestuurlijk Overleg Farmacie het volgende afgesproken:

- Halverwege het jaar 2014 hebben veldpartijen in kaart gebracht welke knelpunten zijn opgelost en wat er voor nodig is om het einddoel (implementatie van elektronische gegevensuitwisseling om zodoende een goede medicatieoverdracht tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn te hebben) te behalen. Daarnaast zal er halverwege 2014 een onderzoek zijn naar best practices met betrekking tot elektronische uitwisseling van medicatiegegevens (bijvoorbeeld bij twee ziekenhuizen) om van te leren. Tijdens dit onderzoek kan de IGZ haar toezichtkader uittesten. VWS neemt de coördinatie op zich van het onderzoek.
- Partijen werken aan een herijking van de richtlijn medicatieoverdracht. De huidige richtlijn is in 2008 opgesteld en gaat uit van opt-out in plaats van opt-in en een werkend EPD. De resultaten van het Onderzoek Medicatieoverdracht ten aanzien van de overgehevelde middelen (eindrapportage april 2014, uitgevoerd door Significant) worden bij de uitwerking van de herziening van de richtlijn betrokken. De richtlijn zal 1 juli 2014 gereed zijn en afgestemd met de IGZ.
- Vanaf 1 januari 2015 zal de IGZ handhaven op basis van de per juli 2014 herziene richtlijn Medicatieoverdracht.
- Zorgverzekeraars hebben zorgplicht en dragen zorg voor een juiste contractering van medicatieoverdracht. Prestaties hiertoe zijn opgenomen in de NZa-beleidsregel. De aflevering en verificatie van geneesmiddelen (dus het hebben van een actueel medicatieoverzicht alvorens een geneesmiddel te verstrekken) valt onder prestatie 1 Terhandstelling van een UR-geneesmiddel. Prestatie 5 Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en polikliniekbezoek en prestatie 6 Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis bevatten medicatieoverdracht bij opname- en ontslag. Prestatie 5 en 6 zijn van toepassing bij zogenaamde transitimomenten tussen zorgverleners.
- De NZa ziet erop toe dat voldoende verantwoorde zorg wordt gecontracteerd, dus ook met betrekking tot medicatieoverdracht.
- Tenminste eenmaal per jaar vindt de Stuurgroep Medicatieoverdracht plaats onder voorzitterschap van VWS.
- Periodiek komt de Regiegroep ICT en medicatieoverdracht bij elkaar om ervoor te zorgen dat het elektronisch uitwisselen van gegevens in een "standaardtaal" plaatsvindt. Onder leiding van de VZVZ vindt de implementatie van het LSP plaats.



## **6. Bezien of wijziging van de NZa-bekostigingstitels (prestatiebeschrijvingen) gewenst is**

Kenmerk

357184-119358-GMT

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg voor het jaar 2014 vastgesteld. Apotheekhoudenden en verzekeraars blijven met elkaar in gesprek over de ontwikkeling en noodzaak van aanpassing van de huidige prestatiebeschrijvingen van de NZa en zoeken daarbij aansluiting bij de verdere uitwerking van de visie op de geïntegreerde eerste lijn zoals die plaatsvindt in het kader van het Bestuurlijk overleg eerstelijns. Zij zullen eventuele verzoeken tot aanpassing van de prestatiebeschrijvingen zoveel mogelijk gezamenlijk aan de NZa voorleggen.

## **7. Verbeteren van de prijstransparantie voor patiënten en het in beeld krijgen van patiëntenervaringen ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening**

Met dit agendapunt wordt beoogd om meer eenduidige informatie aan te bieden aan de patiënt. Het is de bedoeling dat apothekers, apothekersassistenten en (call-centers van) zorgverzekeraars gebruik maken van dezelfde informatie zoals die is afgestemd en opgenomen in een door partijen vastgestelde lijst van "frequently asked questions" (FAQ-lijst) bij het informeren van patiënten en verzekerden. Deze FAQ-lijst (het brondocument) wordt medio april gepubliceerd op de websites van KNMP, LHV, Consumentenbond, ZN, NPCF en individuele zorgverzekeraars. Apothekers kunnen op hun website verwijzen naar dit brondocument via een link op hun eigen websites. De FAQ-lijst bevat een reeks van vragen en antwoorden ten aanzien van prijzen en apothekerstarieven en over het preferentiebeleid. Ook is een communicatiestrategie uitgewerkt om een ander onder de aandacht van de patiënten en verzekerden te brengen. Ten aanzien van het in beeld krijgen van patiëntenervaringen verwijs ik ook naar de vorig jaar juli gepresenteerde uitkomsten van een door de NPCF uitgevoerde meldactie over de ervaringen van patiënten met het verstrekken van medicijnen. Patiënten ervaren met name onduidelijkheid ten aanzien van de informatievoorziening over het preferentiebeleid en de prijzen. Desondanks is de meerderheid van de respondenten (67 %) voor het preferentiebeleid mits met name de informatievoorziening op orde is. Met de uitvoering van agendapunt 7 wordt hieraan tegemoet gekomen.

## **8. Zorgplicht van verzekeraars ten aanzien van de beschikbaarheid van (preferente) geneesmiddelen uitwerken.**

Dit agendapunt ligt in het verlengde van agendapunt 4 over een goede distributie-infrastructuur en het borgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen. De distributiestructuur dreigde aangetast te worden omdat veel als preferent aangewezen geneesmiddelen structureel met verlies moesten worden afgezet. Inmiddels is hierin voorzien door de introductie van een specifieke distributievergoeding per pakje en de erkenning dat de zorgplicht van zorgverzekeraars zich uitstrekt tot preferente geneesmiddelen en de distributie daarvan (zie hiervoor agendapunt 4).

Het borgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen is in overleg met VWS overgeheveld naar de brede VWS Werkgroep geneesmiddelenkortingen. De werkzaamheden hebben zich vervolgens toegespitst op praktische afspraken en randvoorwaarden met betrekking tot het toepassen van het preferentiebeleid.

Het gaat hier om het hanteren van een checklist en concrete randvoorwaarden bij het toepassen van het preferentiebeleid:

- Aanwijzing van preferente geneesmiddelen voor langere periode (bijv. 2 jaar).
- Aanwijzing van preferente geneesmiddelen ruim van tevoren voor ingangsdatum (bijv 3 maanden).
- Duidelijke consequenties/boetes voor fabrikanten die nalatig zijn.
- Ook weer middelen laten uitstromen uit het preferentiebeleid, en dit tijdig communiceren.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

Als randvoorwaarden gelden hierbij:

- Snelle toewijzing van andere producten, wanneer er problemen met beschikbaarheid zijn
- Goede informatie voor patiënten.

Wat goede informatie voor de patiënt betreft verwijs ik naar het voorgaande agendapunt 7 waar is afgesproken om met behulp van FAQ-lijst en vermelding op de daar genoemde websites eenduidige en gelijklopende (basis)informatie te geven.

ACTAL, het Adviescollege regeldruk, heeft aan de deelnemers van het Bestuurlijk Overleg farmacie een brief gestuurd naar aanleiding van het signaal van de verkenner "dat het op zichzelf goede en gewaardeerde preferentiebeleid voor farmaceutische zorg enkele ongewenste en bureaucratische bijwerkingen tot gevolg heeft". ACTAL heeft dit onderzocht en komt tot de conclusie dat voor het wegnemen van de ongewenste en bureaucratische bijwerkingen, de sector (zoals vertegenwoordigd in het Bestuurlijk Overleg) zelf aan zet is. De door ACTAL aangedragen suggesties komen grotendeels overeen met de door partijen aangedragen verbeteringen en randvoorwaarden of worden inmiddels door zorgverzekeraars gehanteerd.

Daarnaast wordt de Handleiding Substitutie van de KNMP herzien om er een breed gedragen document van te maken dat leidend is bij het aanwijzen van mogelijke preferente geneesmiddelen. Om hier toe te komen worden zorgverzekeraars betrokken bij de totstandkoming van een herziene versie die per 01-01-2015 gereed moet zijn om te worden gebruikt. Het WSO bestuur (de wetenschappelijke sectie van de KNMP) heeft de zorgverzekeraars begin dit jaar hiertoe uitgenodigd.

## **9. Spoedeisende farmaceutische zorg (dienstapotheken)**

Om er voor zorg te dragen dat farmaceutische spoedzorg voor alle Nederlandse ingezetenen beschikbaar en betaalbaar blijft, ook in minder bevolkte gebieden, is afgesproken dat zorgverzekeraars vanaf dit jaar de farmaceutische spoedzorg gezamenlijk inkopen op basis van een representatiemodel. Achterliggende gedachte hierbij is om een volledige spreiding en dekking van farmaceutische spoedzorg te bewerkstellingen en daarbij aansluiting te zoeken bij de reguliere acute zorgstructuur.

Zorgverzekeraars zullen bezien of de spoedeisende farmaceutische zorg per 1 januari 2016 kan worden geïntegreerd in de basisspoedzorg. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft aangegeven geen belemmeringen te zien voor het op basis van een representatiemodel gezamenlijk inkopen van farmaceutische spoedzorg. Volledigheidshalve merk ik op dat op zorgverzekeraars de plicht rust om voldoende verantwoorde zorg te contracteren voor hun verzekerden. Daaronder valt ook de farmaceutische zorg die in de avond, nacht en op zondag (ANZ) wordt geleverd. Op apothekers rust de plicht om 7 dagen per week en 24 uur per dag toegang tot adequate farmaceutische zorg voor patiënten te organiseren. Zorgverzekeraars geven vanaf 2014 aan hun zorgplicht uitvoering

door het gezamenlijk inkopen van acute farmaceutische zorg bij dienstapotheken. Of zorgverzekeraars zich aan hun zorgplicht houden staat ter beoordeling van de specifieke toezichthouder de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht of er verantwoorde zorg wordt geleverd.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

#### **10. Het onderhandelingsproces tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars verbeteren (onder andere nieuwe NZa Good Contracting Practices).**

Het contracteren betreft een proces tussen zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren, waarbij beide partijen zowel vrijheden als verantwoordelijkheden hebben. In 2010 zijn de Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg opgesteld. Dit document is een handreiking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bedoeld om ondersteuning te bieden bij het contracteerproces van deze partijen. De Good Contracting Practices moeten eraan bijdragen dat de onderlinge verwachtingen bij het contracteerproces meer gelijk zijn en de zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren op een effectieve en gestructureerde manier samen tot afspraken tijdens dat proces komen.

In deze handreiking zijn ten aanzien van de voornaamste gesignaleerde knelpunten bij het contracteren Good Contracting Practices beschreven. Het gaat niet om Good Contracting Practices die de NZa zelfstandig heeft gecreëerd. Het betreft het resultaat van een door de NZa gefaciliteerd proces waarbij (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren na een uitgebreide consultatie gezamenlijk en met behulp van voorbeelden uit de consultatie hebben gesproken over de voornaamste knelpunten bij het contracteerproces en de (ontwikkeling van) praktijken waarmee de knelpunten het hoofd kunnen worden geboden.

In 2010 heeft de NZa voor het eerst een versie van de Good Contracting Practices gepubliceerd. Sinds de eerste publicatie van de Good Contracting Practices in 2010 is het contracteerproces op een aantal punten verbeterd. Tijdens de evaluatie van de Good Contracting Practices in 2013 bleek echter dat partijen nog steeds behoefte hebben aan ondersteuning bij het contracteerproces. Begin maart 2014 heeft de NZa een vernieuwde versie van de Good Contracting Practices vastgesteld, mede op basis van de inbreng van betrokken partijen. De vernieuwde versie is bedoeld om aan deze behoefte tegemoet te komen. Apothekhoudenden en zorgverzekeraars hebben gezamenlijk aan de NZa advies uitgebracht om de Good Contracting Practices te verbeteren. Partijen hebben tijdens het Bestuurlijk Overleg Farmacie afgesproken tijdens het contracteringsproces voor het jaar 2015 conform de Good Contracting Practices te werken.

#### **11. Toekomstvisie uitwerken met betrekking tot de farmaceutische zorg in een geïntegreerde 1<sup>e</sup> lijn. Daarin invulling geven aan de beoogde nieuwe rol van de apothekhoudenden en inventariseren wat dit betekent voor de apothekersopleidingen.**

De KNMP heeft een toekomstvisie farmaceutische zorg opgesteld en deze samen met Ineen (de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg) voor een aantal concrete business cases laten uitwerken door KPMG. De visie komt voor een groot deel overeen met het al door de verkenners extramurale farmacie geconstateerde unaniem gedeelde gezamenlijke toekomstbeeld. In het Bestuurlijk Overleg Farmacie hebben alle partijen deze gedeelde toekomst van de farmaceutische zorg expliciet bevestigd. Het algemeen gedeelde toekomstbeeld gaat uit van een essentiële plaats van de extramurale farmaceutische zorg binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Met de apotheker als farmaceutische zorgverlener bij uitstek, die binnen een geïntegreerde eerstelijns met name met (huis-)artsen en wijkverpleegkundigen een cruciale rol speelt bij de behandeling van de patiënt. De apotheker werkt in deze visie nauw samen met huisartsen en voorschrijvers in de

tweede lijn. Hij adviseert en ondersteunt hen bij het beter voorschrijven van medicijnen en het tijdig aanbrengen van wijzigingen in voorschrijven, inclusief stoppen van medicatie. De apotheker die patiënten informeert, begeleidt en ondersteunt bij het beter gebruiken van geneesmiddelen. De apotheker die integraal onderdeel is van de eerste lijn. Ook hebben alle partijen aangegeven dat zij de toekomst van de farmacie gezamenlijk kunnen vormgeven zonder expliciete tussenkomst van de overheid.

**Kenmerk**

357184-119358-GMT

Gezien de samenhang met de gewenste multidisciplinaire zorg en de integratie van de eerste lijn (en een deel van de tweedelijns) zal de verdere uitwerking van een door alle partijen gedragen visie op de toekomstige farmaceutische zorg en de concretisering daarvan, onderdeel uitmaken van het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns. Daarbij zal ook expliciet aandacht worden besteed aan de opleidingen van apotheekhoudenden, huisartsen en medisch specialisten. Met als uitgangspunt dat de opleidingen meer multidisciplinair plaats te laten vinden.

Ten aanzien van de al vele kansrijke initiatieven en pilots die lopen op het gebied van zorgvernieuwing en het verbeteren van de kwaliteit van (farmaceutische) zorg zien alle partijen ruimte en noodzaak om die te verdiepen en concreet toe te passen in de contractering. Met name initiatieven met betrekking tot het verbeteren van de therapietrouw van patiënten, het toepassen van medicatiebeoordelingen, het op structurele basis screenen van de populatie op risicopatiënten met behulp van ICT en het uitwisselen van labwaarden, zoals in de gepresenteerde business cases aan de orde kwamen, zal verbreed en landelijk worden opgeschaald. Een en ander met inachtneming van regionale en lokale verschillen en de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars. Kortom zonder een van boven opgelegde blauwdruk.

Partijen bij het bestuurlijk overleg zijn van mening dat het wenselijk is op landelijk niveau afspraken te maken over:

- het verbeteren van elektronische gegevensuitwisseling, het vergroten van het bewustzijn en het belang hiervan onder de bevolking en de realisatie van een ICT-agenda voor de zorg.
- de inhoud van de opleidingen en het meer gezamenlijk vormgeven van de opleidingen van huisartsen, apotheekhoudenden en medisch specialisten zodat de samenwerking tussen hen daar al wordt ingebed.
- het wegnemen van belemmeringen voor het leveren van geïntegreerde eerstelijnszorg zoals het beter toegankelijk maken van labwaarden voor apotheekhoudenden.

Partijen willen vanuit dit gezamenlijke overleg een krachtig signaal afgeven naar hun collega zorgverleners in de eerstelijns en naar patiënten dat zij een effectieve aanzet geven aan het verbeteren van therapietrouw, toepassen van medicatiebeoordeling, het op structurele basis screenen van de populatie op risicopatiënten met behulp van ICT en het uitwisselen van labwaarden.

Partijen hebben er veel vertrouwen in dat de gezamenlijke afspraken, zoals bij elk agendapunt van de Kwaliteitsagenda weergegeven, een stevige impuls zullen geven aan de verbetering van de farmaceutische zorg ten behoeve van samenhangende zorg voor de patiënt in de geïntegreerde eerstelijns.