



> Passende farmaceutische zorg

Een onderzoek naar de toekomst van passende
farmaceutische zorg in de eerste lijn

Utrecht, 11 oktober 2022

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Samenvatting	4
1 Aanleiding en conclusie	7
1.1 Met passende zorg werkt Nederland aan toekomstbestendige zorg	7
1.1.1 De houdbaarheid van de zorg staat onder druk	7
1.1.2 Het coalitieakkoord roept op tot meer passende zorg	9
1.1.3 De bevindingen in het rapport zijn gebaseerd op interviews en deskresearch	10
1.2 De bijdrage van openbaar apothekers aan passende zorg wordt groter als de randvoorwaarden op orde zijn	10
1.2.1 Principes voor passende zorg	10
1.2.2 Randvoorwaarden voor passende zorg	11
1.3 Het rapport is geschreven in opdracht van Mosadex	12
2 Passende farmaceutische zorg	13
2.1 Samen met en rondom de patiënt	13
2.1.1 Farmaceutische zorg samen met de patiënt	14
2.1.2 Farmaceutische zorg rondom de patiënt	17
2.2 Gezondheid i.p.v. ziekte	18
2.2.1 Zinnige farmaceutische zorg	18
2.2.2 Aandacht voor leefstijl en preventie	19
2.2.3 Rol van de openbaar apotheker buiten geneesmiddelen om	20
2.3 Juiste zorg op de juiste plek	21
2.3.1 Andere, vaak duurdere, zorg voorkomen met farmaceutische zorg	21
2.3.2 Zorg verplaatsen naar de apotheek	22
2.3.3 EHealth en slimme farmaceutische zorg	23
2.4 Waardegedreven	25
2.4.1 Digitale ondersteuning van farmaceutische zorg	27
2.4.2 Optimaliseren van logistiek en distributie	29
3 Randvoorwaarden voor passende farmaceutische zorg	31
3.1 Congruentie	31
3.1.1 Betrek andere zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten bij het opstellen van richtlijnen	31
3.1.2 Betrek farmaceutische zorg bij hoofdlijnakkoorden	32
3.1.3 Breng beleid farmaceutische zorg onder bij directie curatieve zorg	33
3.1.4 Stem economische prikkels af op zorg	34
3.1.5 Stem wet- en regelgeving af op passende zorg	36
3.2 Lerend systeem	38

3.2.1	Opleidingen	38
3.2.2	Experimenteren	39
3.2.3	Transparantie over kwaliteit	40
3.3	Decentrale toepassing	40
3.3.1	Betrek openbare farmacie in de regiobeelden	41
3.3.2	Organiseer farmaceutische patiëntenzorg in de eerste lijn, zowel landelijk als regionaal	41
3.3.3	Contracteer openbare apotheken met volgbeleid	41
3.3.4	Breng regionale gegevensuitwisseling snel op orde	43
4	Bibliografie	44
Bijlage A	Aanpak van het onderzoek	48
	Fase 1 – vaststellen toekomstige positie openbare farmacie	48
	Fase 2 – onderzoeken marktinrichting passend bij toekomstige positie	48
	Fase 3 – inventariseren benodigde veranderingen	48
	Fase 4 – opstellen eindrapportage	49
Bijlage B	Juridische onderbouwing bij aan te passen wet- en regelgeving	50
Bijlage C	Vergelijking inkoopbeleid 4 grootste zorgverzekeraars 2022	61
Bijlage D	Visie Mosadex	69

Samenvatting

Gezondheid is voor iedereen van groot belang. Iedereen moet zeker zijn van passende en betaalbare zorg. Dat vraagt om samenwerking, aandacht voor de patiënt en ruimte voor iedereen die in de zorg werkt. Deze drie zinnen komen rechtstreeks uit het nieuwe coalitieakkoord. Ook staat daar dat verbeteringen nodig zijn om de kwaliteit van zorg te borgen, en de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, maar dat het stelsel als zodanig niet ter discussie staat. Het coalitieakkoord gaat uit van passende zorg als norm voor goede en stevige keuzes en hervormingen.

Onder andere door vergrijzing en het langer thuis wonen van ouderen, groeit de vraag naar eerstelijns farmaceutische zorg. In dit rapport geven we bestaande voorbeelden van passende farmaceutische zorg in de eerste lijn en schetsen wij hoe openbaar apothekers verder bij kunnen dragen aan passende zorg. We stellen voor daartoe de zorg voor de patiënt met een geneesmiddel in plaats van het geneesmiddel als uitgangspunt te nemen voor de farmaceutische zorg. Dat past volgens ons goed bij de vier principes van passende zorg van de NZa en het Zorginstituut:

- **Samen met en rondom de patiënt:** Het patiëntencontact, met name de zorg 'voor de balie' wordt steeds belangrijker. In de toekomst is dat steeds vaker een, al dan niet digitaal of telefonisch, consult. In nauw overleg met de patiënt, mantelzorgers, huisartsen, wijkverpleging en andere lokale zorgverleners, optimaliseert de openbaar apotheker het geneesmiddelengebruik. Openbare apotheken in de regio werken steeds meer samen als netwerk en dragen daarmee bij aan sterkere multidisciplinaire zorg in de eerste lijn.
- **Gezondheid i.p.v. ziekte:** In vrijwel iedere wijk is een apotheek gevestigd. De openbaar apotheker is een laagdrempelige zorgverlener. Zet het netwerk van openbaar apotheken in voor preventie om ziekte en zwaardere zorgbehoeften te voorkomen, met een focus op bevorderen van gezondheid in plaats van behandelen van ziekte. Openbaar apothekers werken daarvoor onder andere aan deprescribing: het stoppen of verminderen van medicatie.
- **Juiste zorg op de juiste plek:** Patiëntgerichte farmaceutische zorg, en nauwe samenwerking in de keten voorkomt andere, vaak duurdere, zorg. Zorg kan verplaatst worden van de huisarts naar de apotheek door in de apotheek 'kleine kwalen' te behandelen. Zodoende wordt in de huisartsenpraktijk ruimte gecreëerd voor meer aandacht voor patiënten. EHealth biedt een laagdrempelig platform voor de patiënt voor betrouwbare informatie. Zorg wordt effectiever door betere gegevensuitwisseling en risicogerichte controle op recepten.
- **Waardegedreven:** Waardegedreven zorg gaat om de verhouding tussen waarde en kosten. De toegevoegde waarde voor de gezondheid van de patiënt hebben we hierboven behandeld. Onder waardegedreven kijken we daarom hier vooral naar tijdsinzet en kosten. Door de zorg 'achter de balie' en de logistiek verdergaand te automatiseren en optimaliseren, kan geïnvesteerd worden in het leveren van zorg. Openbaar apothekers richten de logistiek in op de wensen en behoeften van hun patiënten. De openbaar apotheker is immers aanspreekbaar en aansprakelijk voor het integrale geneesmiddelengebruik van de patiënt.

Op basis van de randvoorwaarden voor passende farmaceutische zorg – congruentie, lerend systeem en decentrale toepassing – adviseren we aanpassingen voor de beroepsgroep, individuele apotheken, zorgverzekeraars, andere zorgverleners en overheidsorganen (Figuur 1).

- **Congruentie:** Om aan te sluiten bij de principes van passende zorg moet de openbaar apotheker worden gezien als een eerstelijns zorgverlener die congruent samenwerkt met ander zorgverleners in de eerste- en tweedelijns curatieve zorg, in de langdurige zorg en wijkverpleging. Daaruit volgen onderstaande aanbevelingen:
 - Betrek (vertegenwoordigers van) andere zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten bij het opstellen van richtlijnen, en bied die samen aan voor opname in het Register van het Zorginstituut.
 - Betrek farmaceutische zorg bij het integrale hoofdlijnenakkoord voor na 2023 dat is opgenomen in het coalitieakkoord.
 - Breng het beleid voor openbare apotheken op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder bij de directie curatieve zorg in plaats van de directie geneesmiddelen en medische technologie.
 - Stem economische prikkels af op passende zorg met als basis voor de bekostiging van openbare apotheken de geleverde zorg voor de patiënt met het geneesmiddel, bijvoorbeeld via patiëntgebonden financiering.
 - Stem wet- en regelgeving af op passende farmaceutische zorg door wettelijke belemmeringen voor passende farmaceutische zorg weg te nemen.
- **Lerend systeem:** Wat werkt voor passende zorg groeit, wat niet bijdraagt, verdwijnt. Dat is de oproep van Nza en Zorginstituut. Met de volgende veranderingen groeit de bijdrage, of wordt meer inzicht verkregen in wat wel en niet werkt:
 - Werk aan onderhoud en versterking van de relevante competenties van de openbaar apotheker en zijn team, benut de capaciteiten van de farmaceutisch consultants voor het verlenen van patiëntzorg. Zet daarnaast in op innovatie en tijdbesparende veranderingen om de krapte op de arbeidsmarkt op te vangen.
 - Vergroot de transparantie van de kwaliteit van passende farmaceutische zorg, daarmee wordt duidelijk wat wel en niet werkt. Dat is nodig om te kunnen leren, en kan bovendien het comfort geven om de contractering meer op zorg te richten.
 - Sta 'experimenten' toe om vast te stellen of andere/nieuwe zorg van apothekers succesvol is. Monitor wat wel of juist geen waarde toevoegt voor de patiënt.
- **Decentrale toepassing:** Decentraal wordt vormgegeven wat passende zorg op het niveau van de patiënt en zorgprofessional is. Wij stellen daarom de volgende aanpassingen voor:
 - Betrek de openbare farmacie in de regiobeelden die de NZa op gaat stellen.
 - Organiseer farmaceutische patiëntenzorg regionaal door met één organisatorisch aanspreekpunt voor de farmaceutische zorg te komen. Faciliteer formele regionale samenwerkingsverbanden van openbare apotheken.
 - Contracteer apotheken met volgrebeleid. Met inkoop door de leidende zorgverzekeraar, net zoals voor huisartsen, is lokale passende zorg beter te organiseren.
 - Voor effectieve regionale samenwerking is tijdige en volledige gegevensuitwisseling cruciaal, breng regionale gegevensuitwisseling daarom snel op orde.

	Congruentie	Lerend systeem	Decentrale toepassing
Beroepsgroep	Betrek andere zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten bij het opstellen van richtlijnen	- Zet in op innovatie en tijd-besparende veranderingen - Creëer nog meer transparantie over kwaliteit, om inzicht te geven in wat wel en niet werkt - Benut de capaciteiten van de farmaceutisch consulenten	Organiseer farmaceutische patiëntenzorg in de eerste lijn, zowel landelijk als regionaal
Individuele apotheken			
Zorg-verzekeraars	- Stem economische prikkels af op zorg - Voeg aanvragen van laboratoriumonderzoek toe aan verzekeringsvoorwaarden		Contracteer openbare apotheken met volgbeleid
Overheids-organen	- Betrek farmaceutische zorg bij de hoofdlijnenakkoorden - Breng beleid farmaceutische zorg onder bij directie CZ - Stem wet- en regelgeving af op passende zorg	Sta 'experimenten' toe om vast te stellen of andere/nieuwe zorg succesvol is	Betrek farmaceutische zorg in de regiobeelden
Andere zorgverleners	Breid samen de multidisciplinaire richtlijnen verder uit		

Figuur 1 Op basis van de randvoorwaarden voor passende farmaceutische zorg adviseren we aanpassingen voor de beroepsgroep, individuele apotheken, zorgverzekeraars, andere zorgverleners en overheidsorganen

De bevindingen in dit rapport zijn het resultaat van interviews met openbaar apothekers, zorgverzekeraars, huisartsen, wijkverpleging en anderen, deskresearch en onze ervaring. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Mosadex Groep. Als totaalleverancier in de farmacie ondersteunt Mosadex Groep ruim 800 openbare zelfstandig apotheken bij een optimale bedrijfsvoering, distributie van hulp- en geneesmiddelen, farmaceutische (zelf)zorg en digitalisering. Mosadex Groep kenmerkt zich door haar coöperatieve structuur waarmee ze met haar leden dicht op de markt staat en weet wat er speelt. In een bijlage geeft Mosadex beknopt haar visie op de ontwikkeling van de eerstelijns farmaceutische zorg weer.

I Aanleiding en conclusie

1.1 Met passende zorg werkt Nederland aan toekomstbestendige zorg

Gezondheid is voor iedereen van groot belang. Iedereen moet zeker zijn van passende en betaalbare zorg. Dat vraagt om samenwerking, aandacht voor de patiënt en ruimte voor iedereen die in de zorg werkt. Deze drie zinnen komen rechtstreeks uit het nieuwe coalitieakkoord. Het coalitieakkoord roept op om er werk van te maken dat de zorg van morgen geleverd kan worden en betaalbaar blijft. De coalitie neemt passende zorg als norm voor het maken van goede en stevige keuzes en hervormingen. Het Zorginstituut en de NZa hebben het concept van passende zorg uitgewerkt. In dit rapport schetsen wij de mogelijke bijdrage van de openbare farmacie aan passende zorg, en de hiervoor benodigde keuzes en hervormingen.

1.1.1 De houdbaarheid van de zorg staat onder druk

Het Nederlandse zorgstelsel biedt kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen. Om dit ook in de toekomst te kunnen garanderen, staat de Nederlandse gezondheidszorg voor een belangrijke uitdaging. Er wordt een steeds groter beroep gedaan op beschikbare zorg en middelen. De zorgvraag van patiënten neemt steeds verder toe, vooral als gevolg van de vergrijzing.

De groep 65-plussers in Nederland neemt tussen 2020 en 2040 toe van 3,4 miljoen tot 4,8 miljoen (CBS, 2019). De meeste zorgkosten worden gemaakt voor mensen van 65 jaar en ouder, vaak vanwege chronische aandoeningen. In 2020 had ongeveer 58% van de bevolking één of meer chronische aandoeningen, naar verwachting stijgt dit naar 60% van de bevolking in 2040 (RIVM, 2021). Het aandeel van de bevolking met drie of meer chronische aandoeningen stijgt naar verwachting van 18% in 2020 naar 21% in 2040. Zorgkosten stijgen niet alleen als gevolg van de veranderende patiëntenpopulatie, maar ook als gevolg van nieuwe medische technologie en welvaartstijging.

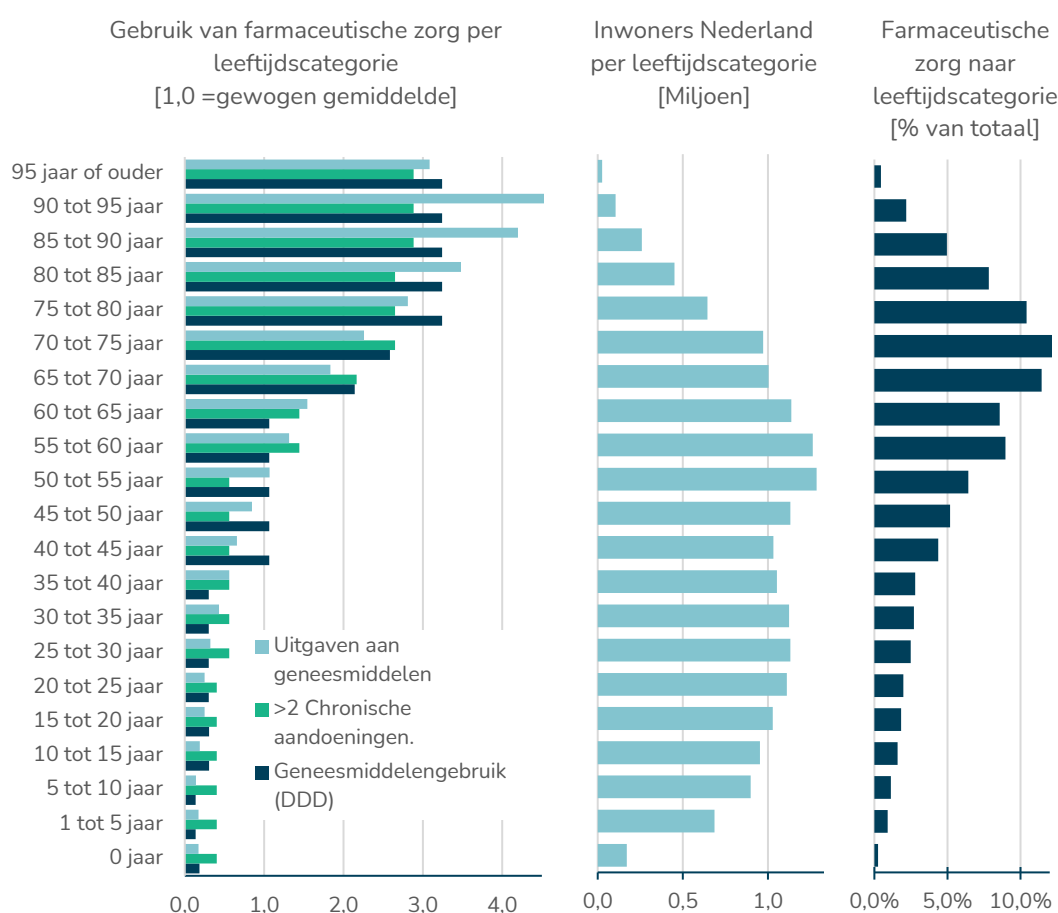
De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen leiden tot uitdagingen in het behoud van goede en betaalbare zorg. Studies van het CPB en van RIVM laten steeds een forse groei van zorguitgaven zien die andere maatschappelijke uitgaven verdringen (CPB, 2019) (RIVM, 2020). De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) publiceerde daarover onlangs het rapport “Kiezen voor houdbare zorg – mensen middelen en maatschappelijk draagvlak” (WRR, 2021). Naast anderen vroeg ook de Sociaal Economische Raad (SER) al eerder aandacht voor deze trend met de publicatie “Zorg voor de toekomst – over de toekomstbestendigheid van de zorg” (SER, 2021).

De groeiende zorgvraag treft uiteraard ook de farmaceutische zorg. Twee ontwikkelingen versterken dat bovendien:

- Als gevolg van de vergrijzing, groeit ook het geneesmiddelengebruik en de complexiteit daarvan (Figuur 2). De stijging van het aantal chronisch zieken leidt ertoe dat het aantal

inwoners stijgt dat vijf of meer geneesmiddelen (polyfarmacie) gebruikt. In 2020 gebruiken 1,6 miljoen mensen vijf of meer geneesmiddelen, als alleen uit wordt gegaan van demografische ontwikkelingen stijgt dit in 2040 naar verwachting naar 2,2 miljoen.¹ Door de toenemende polyfarmacie neemt de complexiteit van de farmaceutische zorgvraag toe. Ontwikkelingen in geneesmiddelgebruik en gepersonaliseerde zorg (zoals farmacogenetica en personalized medicine) leiden ertoe dat het beroep dat wordt gedaan op de specialistische kennis van de apotheker verder groeit.

- Naast het stijgende geneesmiddelengebruik, zullen ouderen langer zelfstandig thuis wonen: van 1,4 miljoen thuiswonende 75-plussers in 2020 naar 2,5 miljoen in 2040 (CBS). Dit resulteert erin dat een grote groep voor de zorg meer op de eerste lijn, in plaats van langdurige intramurale zorg, is aangewezen.



Figuur 2. Schatting van verdeling van uitgaven aan farmaceutische zorg per leeftijdscategorie, laat zien dat de meeste farmaceutische zorg geleverd wordt aan ouderen, de groep die het snelst groeit. Bron: SiRM analyse o.b.v. CBS, SFK, Nivel

¹ Analyse SiRM op basis van de bevolkingsprognose van het CBS en polyfarmaciegebruik naar leeftijd en geslacht GIP-databank

1.1.2 Het coalitieakkoord roept op tot meer passende zorg

Het is niet verbazend dat de zorg een belangrijk thema is in het Coalitieakkoord (VVD, D66, CDA, CU, 2021). In de introductie bij de zorgparagraaf, lezen we onder andere:

“Gezondheid is voor iedereen van groot belang. [...] Dat vraagt om samenwerking, aandacht voor de patiënt en ruimte voor iedereen die in de zorg werkt. [...] Onze zorg is van hoog niveau en het stelsel staat niet ter discussie, maar verbeteringen in het stelsel zijn nodig. [...] Dat vraagt van de politiek goede en stevige keuzes en hervormingen, die tijd kosten en waarbij passende zorg de norm is.”

Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit brachten eind 2020 advies uit over het anders organiseren van zorg zodat beschikbaar geld doelmatiger en daarmee beter kan worden besteed: “Advies Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú” (NZa en Zorginstituut, 2020). Zorginstituut en de NZa vinden dat passende zorg voortaan het richtsnoer moet zijn voor de samenstelling van het verzekerde pakket, de bekostiging van zorg, het toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en de risicoverevening. Passende zorg gaat uit van de volgende principes en randvoorwaarden:

- De principes: passende zorg is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, is de ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (JZOJP) en gaat over gezondheid in plaats van ziekte.
- De randvoorwaarden: passende zorg wordt congruent, in een lerend systeem en voornamelijk decentraal toegepast.

Het nieuwe kabinet omarmt passende zorg om de zorg voor iedereen betaalbaar, beschikbaar en bereikbaar te houden, en erkent dat de politiek goede en stevige keuzes moet maken. Hieruit blijkt dat gehoor is gegeven aan de conclusie uit het rapport “Kiezen voor houdbare zorg – mensen middelen en maatschappelijk draagvlak” (WRR, 2021), dat benadrukt dat de groei van de zorg(vraag) op termijn onhoudbaar is en keuzes gemaakt moeten worden waar de prioriteiten in de zorg liggen.

Voorgenoemde ontwikkelingen zijn een goede aanleiding om in beeld te brengen hoe de eerstelijns farmaceutische zorg bij kan dragen aan de ontwikkeling richting passende zorg, en daarmee aan de houdbaarheid van de zorg.

De afgelopen jaren is al meerdere malen opgeroepen tot meer focus op de zorg voor de patiënt en de bekostiging daarvan, in plaats van het geneesmiddel en de logistiek. Bijvoorbeeld in de toekomstvisie openbare farmacie van de KNMP. Die had niet voor niets als ondertitel ‘goede farmaceutische zorg in de buurt’ (KNMP, 2020). Eerder werd gepleit voor een ‘huisapotheek’, net zoals mensen een huisarts hebben (SiRM, 2018). De nieuwe consensus in de branche, vinden we ook terug bij andere partijen zoals het Zorginstituut en de NZa in hun rapportages over de farmaceutische zorg. Ook het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars gaat steeds meer in op JZOJP en het inbedden van de farmaceutische zorg in de zorgketen (Bijlage C).

In dit rapport doen we, aan de hand van de principes en randvoorwaarden van passende zorg, concrete voorstellen om de bijdrage van openbare farmacie aan passende zorg te vergroten.

Daarnaast brengen we, aan de hand van voorbeelden uit de praktijk, de belangrijke stappen in kaart die de afgelopen jaren al zijn genomen richting meer passende zorg.

1.1.3 De bevindingen in het rapport zijn gebaseerd op interviews en deskresearch

De inzichten zijn tot stand gekomen op basis van onze ervaringen, deskresearch, en vooral uit gesprekken in de stuurgroep en in interviews. We spraken in totaal bijna 30 betrokkenen, waaronder veel apothekers (zie Tabel 1 en Tabel 2 in Bijlage A voor deelnemers aan de gesprekken). De gesprekken en interviews hebben ons geholpen een beeld te vormen van passende farmaceutische zorg, en de huidige knelpunten daarin. De bevindingen, zoals in dit rapport opgenomen, zijn onze eigen interpretatie, en kunnen dus afwijken van de inbreng van geïnterviewden.

1.2 De bijdrage van openbaar apothekers aan passende zorg wordt groter als de randvoorwaarden op orde zijn

In dit rapport gaan we eerst in op de principes van passende zorg, en schetsen een beeld hoe de eerstelijns farmaceutische zorg deze principes de komende jaren kan invullen (Hoofdstuk 0). Na de principes gaan we in op de randvoorwaarden en bijbehorende veranderingen die nodig zijn om de bijdrage aan passende zorg te vergroten (Hoofdstuk 3). De conclusie is dat de principes van passende zorg goed passen bij eerstelijns farmaceutische zorg.

In dit rapport spreken we van de bijdrage aan passende zorg van ‘openbaar apothekers’. Bij de contractering van zorgverzekeraars, het toezicht op kwaliteit door de IGJ en de naleving van de regulering door het Zorginstituut en de NZa, wordt de organisatie de ‘openbare apotheek’ gehanteerd als aanspreekpunt. Echter wordt de term ‘openbare apotheek’ vaak geassocieerd met het gebouw de openbare apotheek, in plaats van de organisatie openbare apotheek met bijbehorende farmaceutische zorg. Tijdens het onderzoek viel het ons op dat er voor de organisatie die farmaceutische zorg aanbiedt als geheel geen term bestaat. In de prestatie- en tariefbeschikking van de NZa wordt gesproken van farmaceutische zorg, terwijl in de prestatie- en tariefbeschikking van de NZa voor huisartsen bijvoorbeeld wordt gesproken van huisartsenzorg. Binnen de organisatie ‘openbare apotheek’ wordt de zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de openbaar apotheker, een professional in een beschermd beroep. Onder de geleverde zorg, vallen ook de werkzaamheden van andere professionals in de openbare apotheek. Daarom is voor dit rapport de keuze gemaakt om te spreken van ‘openbaar apothekers’, waarmee wij bedoelen de farmaceutische zorg die de openbaar apotheker en andere professionals die onder zijn of haar verantwoordelijkheid werken, in de apotheek leveren als zorgverleners.

1.2.1 Principes voor passende zorg

Het Zorginstituut en de NZa spreken van vier principes van passende zorg: het is waardegedreven, komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, is de ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (JZOJP) en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Wij bespreken deze principes in een iets andere volgorde; beginnend met de patiënt en diens gezondheid, vervolgens

de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Het principe waardegedreven bespreken we na de andere drie. Daarbij gaan we vooral in op de bedrijfsvoering en kosten van de eerstelijns farmaceutische zorg; de noemer van waardegedreven zorg. De teller – de waarde van de openbare apotheek voor de patiënt – bespreken we vooral onder de andere drie principes.

- **Samen met en rondom de patiënt** (§2.1): Het patiëntencontact, met name de zorg ‘voor de balie’, in consulten, huisbezoeken en via digitale kanalen, wordt steeds belangrijker. Optimale patiëntenzorg wordt georganiseerd in de regio.
- **Gezondheid i.p.v. ziekte** (§2.2): De openbaar apotheker is een van de meest laagdrempelige zorgverleners. Dat kan worden benut voor preventie in de curatieve zorg en het sociaal domein.
- **Juiste zorg op de juiste plek** (§2.3): Met passende farmaceutische zorg bijvoorbeeld uitgebreid met behandelen van kleine kwalen en digitale zorg, wordt andere, vaak duurdere zorg, zoals een bezoek aan de huisarts, een ziekenhuisopname of HAP-consult, voorkomen.
- **Waardegedreven** (§2.4): Door de zorg ‘achter de balie’ en de logistiek verdergaand te automatiseren, komen mensen en middelen beschikbaar om te investeren in zorg. Ook de logistiek en distributie zullen veranderen. De openbaar apotheker blijft aanspreekbaar en aansprakelijk op het integrale geneesmiddelgebruik van zijn of haar patiënt.

1.2.2 Randvoorwaarden voor passende zorg

In het rapport gaan we ook in op de randvoorwaarden voor passende zorg toegepast op de openbare farmacie: congruentie, lerend systeem en decentrale toepassing. Openbaar apothekers moeten mee blijven gaan met de ingezette beweging naar passende zorg. Zoals in het coalitieakkoord al genoemd, zijn er echter ook een aantal keuzes en hervormingen nodig om tot de geschetste inrichting van passende farmaceutische zorg te komen. Dit gaat om aanpassingen bij overheid en zorgverzekeraars, maar ook bij openbaar apothekers zelf.

- **Congruentie** (§3.1): Om aan te sluiten bij de principes van passende zorg moet de rol van de openbaar apotheker als eerstelijns zorgverlener meer worden benut. Daaruit volgen logischerwijs enkele aanbevelingen:
 - Werk nauwer samen met andere branches.
 - Betrek farmaceutische zorg bij de hoofdlijnenakkoorden.
 - Breng beleid voor openbare apotheken onder bij de directie curatieve zorg van VWS.
 - Stem economische prikkels af op passende farmaceutische zorg.
 - Stem wet- en regelgeving af op passende farmaceutische zorg.
- **Lerend systeem** (§3.2): Werk aan onderhoud en versterking van de relevante competenties in het apotheekteam. Ga de komende periode aan de slag met pilots, waarbij geëxperimenteerd wordt met bijvoorbeeld een uitbreiding van taken. Zorg voor meer transparantie van kwaliteit van de passende farmaceutische zorg, ook om te kunnen leren.
- **Decentrale toepassing** (§3.3): Bed de eerstelijns farmacie goed lokaal en decentraal in, onder andere met (multidisciplinaire) inkoop door de leidende zorgverzekeraar en volgrebeleid voor de andere verzekeraars, samenwerking tussen apotheken en goede gegevensuitwisseling. Houd in de contractering en bekostiging aandacht voor de samenhang met andere eerstelijns zorgverleners (met name huisartsen).

1.3 Het rapport is geschreven in opdracht van Mosadex

SiRM en AKD schreven dit rapport in opdracht van Mosadex Groep. Mosadex Groep ondersteunt als totaalleverancier binnen de farmacie ruim 800 openbare zelfstandige apotheken in Nederland. Mosadex Groep is als consumentenmerk bekend van de Service Apotheek-formule. Vanuit de coöperatieve structuur bevindt Mosadex Groep zich dicht op de markt, en zien ze dat er een actieve rol is weggelegd voor de zelfstandig openbaar apotheker in de eerstelijnszorg. Door de juiste mix van kennis, ervaring en samenwerking ondersteunt Mosadex Groep haar apotheken optimaal bij bedrijfsvoering, distributie van hulp- en geneesmiddelen, farmaceutische (zelf)zorg en digitalisering. En altijd met oog op de toekomst. Waarbij innovatieve producten en diensten de apotheker ondersteunen, zodat hij zich kan blijven richten op waar het écht om draait: het verlenen van de best passende farmaceutische patiëntenzorg in de eerste lijn. In de apotheek én digitaal.

In Bijlage D geeft Mosadex beknopt haar visie op de ontwikkeling van de eerstelijns farmaceutische zorg weer.

2 Passende farmaceutische zorg

In dit hoofdstuk schetsen we passende farmaceutische zorg. De schets geeft een beeld van de wenselijke situatie voor passende farmaceutische zorg. Een deel van de ontwikkelingen daarvoor zijn al in gang gezet, daarvan zijn in de praktijk al mooie voorbeelden te vinden. In dit hoofdstuk lichten we enkele van deze voorbeelden uit. Met passende farmaceutische zorg samen met en rondom de patiënt (§2.1), helpen apothekers allereerst hun patiënten met zorg en preventie (§2.2). Daarnaast ontlasten ze andere zorgverleners door werk over te nemen, of door (duurdere) zorg elders in de keten te voorkomen met de Juiste Zorg op de Juiste Plek (§2.3). Door waardegedreven te werken, blijft de farmaceutische zorg betaalbaar (§2.4).



Figuur 3 De openbare farmacie kan een goede invulling geven aan de principes van passende zorg

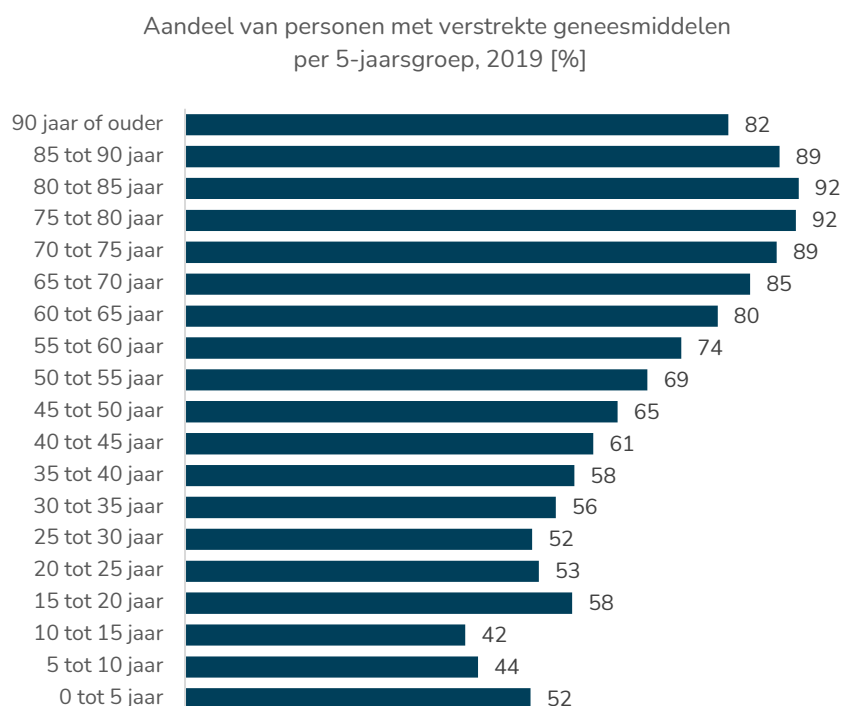
De voorbeelden geven een mooie inkijk in onderdelen van passende farmaceutische zorg, echter zijn er op veel plekken ook nog belangrijke stappen richting passende farmaceutische zorg te zetten. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de randvoorwaarden om passende zorg meer te belonen en stimuleren.

2.1 Samen met en rondom de patiënt

Een gemiddelde openbare apotheek verstrekke in 2020 in totaal 105.000 keer een geneesmiddel dat werd betaald uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dat was aan in totaal 12,5 miljoen geneesmiddelgebruikers (SFK, 2021). Voor de patiënt is de openbaar apotheker daarmee een veel geziene zorgverlener (§2.1.1).

Volgens cijfers van het CBS gebruikt ruim 65% van de Nederlanders in een jaar wel een of meer geneesmiddelen.² Voor de groep 65-plussers is dit zelfs meer dan 80% (Figuur 4). Zij hebben dus vaak contact met een apotheker.

² Deze 65% wijkt af van de 12,5 miljoen gebruikers (=70% van Nederland) volgens het SFK, mogelijk wordt dit gedeeltelijk verklaard doordat in de cijfers van het CBS verpleeghuizen niet zijn opgenomen.



Figuur 4. Er komen veel mensen bij de apotheker. Gemiddeld 65% van de Nederlanders gebruikt een geneesmiddel. Voor alle leeftijdsgroepen boven 15 jaar is dat meer dan de helft. Bron (CBS, 2021), betreft verstrekte geneesmiddelen die vergoed worden door de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg (dus exclusief verpleeghuizen).

Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van de werkzaamheden die de apotheker ‘achter de balie’ uitvoert voor verstrekking volgens de richtlijnen. Dat hoeft ook niet, zij vertrouwen erop dat het veilig en efficiënt gebeurt. Dat vertrouwen groeit als de zorg goed is ingebed in samenwerking met andere zorgverleners, zoals de huisarts en wijkverpleging (§2.1.2).

2.1.1 Farmaceutische zorg samen met de patiënt

Als resultaat van de ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling stijgt de farmaceutische zorgvraag. Door de toenemende polyfarmacie neemt de complexiteit van de zorgvraag bovendien toe. Goede farmaceutische patiëntenzorg is daarom van groot belang. In de huidige situatie is het contactmoment met de openbaar apotheker voor deze zorg meestal de verstrekking van een geneesmiddel. Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat dit moment niet altijd kan worden benut, omdat dit meestal geen natuurlijk moment is voor vragen over geneesmiddelengebruik of ervaringen (uit een poll onder 32 apotheken bleek ongeveer 1/3 van deze farmaconsulten direct ‘live’ plaats te vinden). Daarnaast is er, in de drukte van alledag, niet altijd voldoende tijd om de patiënt apart te nemen (in de daarvoor bestemde ruimte in de apotheek) om dieper in te gaan op de persoonlijke situatie. Dit wordt wel mogelijk als het moment van zorgverlening ook kan plaatsvinden naast het ophalen of bezorgen van het geneesmiddel. De contactmomenten worden dan meer gestructureerd. De Patiëntenfederatie onderzocht in 2018 ervaringen en wensen van patiënten over geneesmiddelengebruik en baseerde daarop aanbevelingen om het zorgproces bij

medicijngebruik persoonsgericht te organiseren (Patiëntenfederatie, 2018). Kern daarvan is dat de patiënt, in plaats van het geneesmiddel, uitgangspunt is van de zorg.

Het rapport 'Zorg bij medicijngebruik dichtbij mensen' van de Patiëntenfederatie doet drie aanbevelingen voor het persoonsgericht organiseren van het zorgproces bij medicijngebruik, op basis van de ideale patiëntreis:

- Organiseer het goede gesprek in de fase voordat een patiënt start met medicijngebruik.
- Ontwikkel verschillende keuzemogelijkheden voor de manier waarop patiënten de medicijnen en de informatie- en instructie over het gebruik kunnen ontvangen.
- Evalueer het medicijngebruik na een afgesproken periode.

Een groot deel van de geïnterviewden geeft aan dat het bij passende farmaceutische zorg past dat de openbaar apotheker een groter deel van zijn tijd 'voor de balie' besteedt. Wij zien mogelijkheden om ruimte daarvoor te creëren door digitalisering en automatisering 'achter de balie' (§2.4). De nabijheid van de openbaar apotheker bij de patiënt werd benadrukt in de Toekomstvisie Openbare Farmacie van de KNMP (KNMP, 2020). De interactie van de openbaar apotheker met patiënten verschilt voor incidentele, chronische en intensieve zorggebruikers. De interactie met patiënten, mede zoals besproken tijdens de brainstormsessies en interviews, kan als volgt beschreven worden:

- De intensieve zorggebruiker heeft een uitgebreide zorgvraag op tenminste één van de drie factoren geneesmiddel, patiënt en gedrag en is vaker beperkt zelfredzaam, mogelijk met beperkte gezondheidsvaardigheden. De intensieve patiënt heeft een goede band met de openbaar apotheker, ervaart een persoonlijke benadering en weet de apotheker te vinden voor vragen. De zorg kan bij het vrijkomen van tijd nog meer dan nu, ingericht worden aan de hand van de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt. De voorstellen voor veranderingen in Hoofdstuk 3 versterken de nauwe samenwerking met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Versterkt door meer regionale samenwerking tussen apothekers, waardoor in de regio afspraken gemaakt kunnen worden. Als er bijvoorbeeld heel specifieke kennis nodig is, wordt via een intercollegiaal consult overlegd met een apotheker met die specialistische kennis.
- De chronische zorggebruiker heeft een of meerdere chronische aandoeningen waar hij een leven lang geneesmiddelen voor gebruikt. Als het fijnmazige netwerk van apotheken behouden blijft, blijft de farmaceutische zorg dichtbij de patiënt, geleverd in nauwe samenhang met de huisarts en wijkverpleging en waar mogelijk digitaal ondersteund. Een veranderende focus van de openbaar apotheker (ook in competenties en opleiding) en digitale ondersteuning leiden ertoe dat er nog meer aandacht komt voor de persoonlijke situatie van de chronische patiënt.
- De incidentele zorggebruiker is niet of voor korte duur ziek en heeft voor een bepaalde periode een geneesmiddel nodig. Bij passende farmaceutische zorg fungeert de openbaar apotheker voor incidentele zorggebruikers als een belangrijke en betrouwbare informatievoorziening over geneesmiddelen. De openbaar apotheker treedt op als geneesmiddelenvraagbaak. Hierbij is gemak, flexibiliteit en een hoog serviceniveau

belangrijk, de incidentele zorggebruiker wil de (informatie over) geneesmiddelen zo makkelijk mogelijk ontvangen.

Voor alle drie de groepen beantwoordt de openbaar apotheker in de toekomst vragen vaker buiten de verstrekking om. Deze vragen worden zowel fysiek in de apotheek beantwoordt maar ook steeds vaker digitaal. Zo maakt de openbaar apotheker bijvoorbeeld informatie/begeleiding toegankelijker via kijksluiters, YouTube (vloggers), blogs, podcasts, videobellen of telefonisch. De digitalisering leidt er ook toe dat patiënten 24/7 vragen kunnen stellen, en communicatie verloopt via de voorkeursweg van de patiënt (fysiek/chat/email/videobellen). Daarbij is het belangrijk dat de apotheker voldoende tijd heeft, en de juiste economische prikkels bestaan (zie § 3.1.4) om 1-op-1 gesprekken te voeren.

Voorbeeld – mogelijkheid tot inplannen van consulten bij de apotheek

Steeds meer apotheken bieden laagdrempelig de mogelijkheid tot het maken van een afspraak met de apotheker. Consulten worden steeds vaker vergoed door de zorgverzekeraar, daardoor wordt dit bij een steeds groter deel van de openbaar apotheken onderdeel van de werkwijze.

- 65-plussers die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken kunnen bij Apotheek Bennekom digitaal een jaarlijks controlegesprek inplannen. De apotheker bespreekt de bevindingen met de huisarts, en indien nodig wordt in samenwerking een nieuw behandelplan gemaakt.
- De afsprakenwebsite van Service Apotheek wordt steeds vaker gebruikt, een ruime verdubbeling tussen 2020 en 2021. Ongeveer een kwart van de afspraken is voor een 'spreekuur' (consult) en ruim een vijfde voor metercontrole. Daarnaast worden inhalatietechniek en bloedsuikertest vaak genoemd.

Bij passende farmaceutische zorg stemmen openbaar apothekers de medicatiebegeleiding nog meer af op de wens van de patiënt. Bij het begeleidingsgesprek krijgt de patiënt de gelegenheid om zijn behoefte aan te geven, waarop duur en inhoud worden aangepast. Medicatiebegeleiding vindt onder andere plaats in de vorm van farmaceutisch consulten. Uit onderzoek blijkt dat betere begeleiding van de patiënt met telefonische startbegeleiding bij drie van de vier onderzochte patiëntgroepen bijdroeg aan een verbeterde therapietrouw (Kooij, et al., 2017). De onderzoeker wees er wel op dat training in gesprekstechnieken en omgaan met patiënten nodig is. Als dat achter de rug is, kosten de gesprekken inclusief voorbereiding ongeveer een kwartier. Het is bovendien nodig dat de apotheker op het recept ook de indicatie kan zien zodat het gesprek daarop toegespitst kan worden.

Door met de patiënt te spreken over welke geneesmiddelen wel of juist niet (meer) effectief zijn, wordt verspilling verminderd en worden schadelijke bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen voorkomen. Dit past bij de focus van de openbaar apotheker op de juiste inzet van farmaceutische patiëntenzorg. Een voorbeeld daarvan is het voorkomen van 'voorschrijfcascades' zoals antidepressiva voor patiënten die als bijwerking van bètablokkers depressie ontwikkelen (PW, 2021).

Medicatiebeoordelingen worden nu vooral uitgevoerd voor polyfarmaciepatiënten en geïndividualiseerde distributievorm (GDV) gebruikers (SFK, 2022)³. Geïnterviewden geven aan dat de selectie (en frequentie) van patiënten waarvoor een medicatiebeoordeling naar verwachting van toegevoegde waarde is, idealiter aan de hand van algoritmes en artificial intelligence gemaakt wordt (§ 2.3.3).

De openbaar apotheker begeleidt patiënten ook met nieuwe concepten die betere zorg op maat mogelijk maken, bijvoorbeeld doordat een patiënt met palliatieve zorg middels een Farmabuddy een vast aanspreekpunt in de apotheek heeft die bovendien afstemt met de huisarts en wijkverpleging (JZOJP, 2021).

2.1.2 Farmaceutische zorg rondom de patiënt

De interviews bevestigen dat passende zorg, samen met mantelzorgers, huisarts en wijkverpleging, georganiseerd rondom de patiënt dient te worden. In een multidisciplinaire aanpak is de patiënt het startpunt, eerstelijns zorgverleners stemmen de zorg af op de wensen en behoeften van de patiënt. Dit betekent dat zorg georganiseerd wordt in de regio. Het merendeel (87%) van de openbare apotheken is al lid van een regionale apothekersorganisatie. Echter staan sommige regio's nog aan het begin, terwijl andere regio's al goed georganiseerd zijn, onderling samenwerken en hun weg binnen het regionale zorgveld hebben gevonden. De KNMP streeft ernaar dat eind 2023 openbare apotheken zijn aangesloten bij een regionale apothekersorganisatie en dat in de regio daarmee één organisatorisch aanspreekpunt voor farmaceutische zorg aanwezig is met een visie en doelstelling. Dit is opgenomen in de visie op de regionale samenwerking in de farmaceutische zorg die de KNMP recent publiceerde onder het motto 'regionaal georganiseerd, landelijk verenigd' (KNMP, 2022).

Het organiseren van farmaceutische zorg rondom de patiënt betekent dat goede afspraken zijn gemaakt in de regio met andere eerste- en tweedelijns zorgverleners. De apotheker wordt bijvoorbeeld, als dat relevant is, betrokken bij een multidisciplinair overleg (mdo) om de behandeling van de patiënt te optimaliseren. Hierbij is het cruciaal dat informatiesystemen, zowel tussen eerstelijns zorgverleners als met de tweede lijn, op elkaar aangesloten zijn (§ 3.3.4). Door verbeterde connectiviteit hebben eerstelijns zorgverleners ook tussentijds nauwer contact.

Huisarts en apotheker spreken elkaar geregeld in het farmacotherapeutisch overleg (FTO) over ontwikkelingen in de farmaceutische zorg. En landelijk wordt samenwerking ondersteund met de zogenoemde Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken (LESA's), zoals deze bijvoorbeeld in 2020 al is gerealiseerd voor de organisatie van zorg bij chronische medicatie. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en InEen, belangenbehartiger voor, rondom huisartsenzorg georganiseerde eerste lijn, benadrukten onlangs nog hun wens dat juist lokale apothekers door zorgverzekeraars worden gecontracteerd. Zij vrezen dat inzet van internetapotheken ten koste gaat van de kwaliteit van zorg zoals apotheker en huisarts die gezamenlijk leveren (LHV en InEen,

³ Analyse SiRM op basis van de bevolkingsprognose van het CBS en polyfarmaciegebruik naar leeftijd en geslacht GIP-databank

2021). Geïnterviewden bevestigen dit, en geven aan dat het juist belangrijk is om in de regio afspraken te maken (§3.3.1 en §3.3.2).

Samen met de huisartsen kunnen openbaar apothekers ook de eerstelijns ketenzorg verder verbeteren. Bijvoorbeeld met doelen voor het juist instellen van geneesmiddelen voor ketenzorg voor Diabetes, COPD en CVRM. De KNMP publiceerde in 2019 een richtlijn voor diabetespatiënten waarin wordt ingegaan op samenwerking in de keten.

2.2 Gezondheid in plaats van ziekte

Ruim tien jaar geleden riep de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, voorloper van de RVS, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) op om meer te werken aan gezondheid en gedrag in plaats van zorg en ziekte onder de noemer ‘*van zz naar gg*’. Door te focussen op de gezondheidsdoelen van de patiënt, wordt passende zorg geleverd. Juist de openbaar apotheker kan hier een rol in spelen, ook omdat die in vrijwel iedere wijk is gevestigd.

De trend richting de nadruk op zorgverlening betekent het breder benutten van het bestaande netwerk van apothekers en hun samenwerkingsverbanden, vooral met huisartsen en wijkverpleging. In nagenoeg alle interviews kwam naar voren dat het fijnmazige netwerk van de openbare apotheken daarvoor zeer geschikt is.

Voor naar schatting meer dan 95% van de Nederlanders is er een apotheek binnen een straal van 4,5 km beschikbaar⁴. Er zijn ongeveer 2.000 apotheken (SFK, 2021). Ter vergelijking, er zijn ongeveer 5.000 huisartsenpraktijken, waarvan ruim 340 apotheekhoudende huisartsen (Nivel, 2020). Gemiddeld zijn er 5,4 fte huisartsen en ongeveer 1,3 fte openbaar apothekers per 10.000 inwoners (Capaciteitsorgaan, 2017).

We verwachten een verschuiving van taken van de openbaar apotheker en fysieke inrichting van de openbare apotheek, mede op basis van de gesprekken met apothekers en anderen. Als de logistieke processen die onderdeel uitmaken van de terhandstelling, zoals het gereed maken van het geneesmiddel, verder uitbesteed zijn, is in de apotheek een kleiner assortiment nodig en kan de apotheek fysiek kleiner zijn. Het heeft dan meer het karakter van een farmaceutische praktijk waar farmaceutische zorg geleverd wordt en sommige geneesmiddelen afgehaald kunnen worden (net als voor huisartsenzorg bij een huisartsenpraktijk), dan van een ‘klassieke’ apotheek. In de apotheek is er meer tijd en ruimte voor interactie met patiënten die binnen komen lopen, of een consult op afspraak hebben. Die interactie gaat ook om zinnige farmaceutische zorg, preventie van zorg, en heeft raakvlakken met niet-geneesmiddel gerelateerde zorg.

2.2.1 Zinnige farmaceutische zorg

Niet meer geneesmiddelen dan nodig en niet minder geneesmiddelen dan noodzakelijk, ofwel ‘zinnige zorg’. Openbaar apothekers werken daarvoor onder andere aan “deprescribing”: het onder begeleiding van een zorgverlener stoppen of in dosis verlagen van medicatie waarvan de

⁴ Ruwe schatting: Ingeschrevenen van 344 apotheekhoudende huisartsenpraktijken wonen meer dan 4,5 km van een apotheek. Met gemiddeld 2.500 ingeschrevenen dus voor maximaal 860.000 ingeschrevenen, ofwel $0,86/17 = 5\%$.

voordelen voor de patiënt niet langer opwegen tegen de nadelen. Uit gesprekken blijkt dat er in de praktijk vaak mogelijkheden zijn voor het afbouwen van geneesmiddelen, maar dat “deprescribing” tijd kost en er geen prikkels zijn die deprescribing verder stimuleren (§3.1.4). Toch bestaan er mooie praktijkvoorbeelden:

- Bij een project waaraan 31 apotheken deelnamen is de medicatieveiligheid en medicatie-effectiviteit verbeterd bij patiënten ouder dan 70 jaar. Hierbij zijn op basis van evidence based geneesmiddelrapporten MFB's ontwikkeld om potentieel risicovolle geneesmiddelen bij ouderen te signaleren en een geschikter geneesmiddel te adviseren. Bij ongeveer 10% van de afgehandelde MFB's werd een geneesmiddel vervangen of gestopt (PW, 2020).
- Als onderdeel van het DISCARDt-onderzoek hebben openbaar apothekers samen met huisartsen gerichte medicatiebeoordelingen bij diabetespatiënten uitgevoerd. Ter voorbereiding deden apothekers een training over het minderen en stoppen van medicatie. Bij 41% van de diabetespatiënten werd een voorstel gedaan tot minderen of stoppen van specifieke medicatie en bij 28% van de patiënten werd het voorstel ook doorgevoerd. Uit vergelijking van de medicatiehistories bleek dat drie maanden na de interventie bij interventiepatiënten significant vaker medicatie was geminderd of gestopt dan bij controlepatiënten (48% versus 31%) (PW, 2021).
- De Leefstijlapothekers (§2.2.2) begeleiden patiënten en hun behandelaren met het afbouwen van geneesmiddelengebruik. Met op de persoon toegesneden advies over 'leefstijl als medicijn' kan zo in sommige gevallen het geneesmiddelgebruik van diabetespatiënten zelfs geheel worden afgebouwd (Larik, Krijger, & Sijpkens, 2021), (Mosadex, 2021).
- Obesitas komt steeds meer voor. Daarvoor zijn meerdere oorzaken zoals leefstijl en onderliggende endocriene aandoeningen. Soms is ook geneesmiddelengebruik een (mede)oorzaak. Bijvoorbeeld als geneesmiddelen vetopslag stimuleren, eetlust versterken, vocht vasthouden, stofwisseling beïnvloeden, inspanningstolerantie verlagen of mobiliteit belemmeren. In dat laatste geval is de openbaar apotheker dé zorgverlener om de patiënt hierover te informeren en bij gewichtsverlies te begeleiden. Eerste uitgifte, vervolgutgifte, medicatiebeoordeling of een gepland consult zijn daarvoor goede gelegenheden. (Abadier, 2021).
- Voor oudere patiënten met diabetesmedicatie is het lange termijn risico op complicaties door hogere glucosewaarden minder relevant. Uit onderzoek blijkt dat voor 20 tot 40% van de oudere patiënten de behandeling waarschijnlijk kan worden gedeïntensiveerd. Dat is een specifiek proces voor een bepaalde patiënt, dat tijd en aandacht van de apotheker en andere zorgverleners vergt (Heringa, Krijger, Hugtenburg, & Denig, 2021).

2.2.2 Aandacht voor leefstijl en preventie

Bij passende farmaceutische zorg heeft de openbaar apotheker meer aandacht voor het voorkómen van het gebruik van geneesmiddelen. De openbaar apotheker werkt daarmee aan het bevorderen van gezondheid in plaats van het behandelen van ziekte. In de gesprekken werd meermaals aangegeven dat het veranderen van economische prikkels bij kan dragen aan preventie (§3.1.4), en dat initiatieven, zoals onderstaand Zoetermeers initiatief, nu vaak niet vergoed worden. Enkele voorbeelden van initiatieven op het gebied van preventie zijn:

- De ruim 120 'Leefstijlapothekers' willen mensen niet alleen beter maken, maar juist zorgen dat mensen gezond blijven. Ze zien de apotheek als het laagdrempelige 'gezondheidshuis in de wijk' (PW, 2021). De leefstijlapothekers richten zich met voeding- en leefstijladvies op preventie van geneesmiddelengebruik (Leefstijlapotheker, 2022).
- Rotterdammers die zijn verzekerd via het VGZ Rotterdampakket, kunnen gratis een Gezondheidscheck krijgen bij een apotheek in de stad (Gezond010, 2022). In de apotheek worden bloeddruk, bloedglucose, cholesterol, buikomvang en BMI gemeten. Op basis van de uitslag wordt het risico op het ontwikkelen van het metabool syndroom vastgesteld en geeft de apotheker leefstijladvies (over voeding en bewegen) om het risico hierop te verkleinen door gedrag te veranderen. Na een succesvolle pilot wordt het project in 2022 voortgezet.

Voorbeeld – gezondheidschecks in Zoetermeer

Een aantal Zoetermeerse apotheken voerden eind 2021 kosteloze gezondheidschecks uit (Streekblad Zoetermeer, 2021). De doelgroep was mensen van 50 jaar of ouder die nog geen medicijnen gebruiken. In de gezondheidscheck werden risicofactoren om ziek te worden onderzocht via metingen en een gesprek. Op basis van de uitkomsten werden adviezen gegeven over leefstijl.

2.2.3 Rol van de openbaar apotheker buiten geneesmiddelen om

De openbaar apotheker ziet veel mensen en kan daardoor ook een rol spelen in zorg en maatschappelijke ondersteuning in het sociaal domein die niet direct gerelateerd is aan geneesmiddelen. De Handreiking Kwetsbare ouderen thuis (InEen, 2021) stelt: *“Door de laagdrempeligheid en de hoge contactfrequentie van ouderen met de apotheek biedt deze op het gebied van signalering meer mogelijkheden dan waarvan tot nu toe gebruik wordt gemaakt. In de apotheek worden o.a. verhoogd valrisico, ondervoeding, eenzaamheid, verward gedrag, pijn en incontinentie klachten gesignaleerd, naast allerlei meldingen rond de medicatie.”* Door goed af te stemmen met de wijkverpleging en het sociaal team in de wijk, kan de apotheker veel betekenen voor de bewoners van de wijk, waaronder de kwetsbare ouderen.

Deze rol vergt wel aanvullende opleiding en training voor het apotheekteam, om de benodigde competenties te ontwikkelen en onderhouden (§3.2.1). In de praktijk zien we ook al voorbeelden:

- Enkele apothekers (onder andere in Nieuwegein) werken mee aan het voorschrijven van 'Welzijn op recept' waarbij ze, samen met huisartsen, patiënten die daar baat bij kunnen hebben, doorverwijzen naar een welzijnscoach van de gemeente. Dit kan bijvoorbeeld voor eenzame ouderen net dat zetje geven dat ze nodig hebben om mee te doen aan activiteiten in hun buurt (PW, 2020).
- In acht Europese landen, waaronder Nederland, hebben openbaar apothekers gedurende de coronapandemie extra aandacht besteed aan mogelijke slachtoffers van huiselijk geweld (PGEU, 2021). Zij gingen geprotocolleerd om met signalen van misbruik en bedreigingen. In Nederland werken apothekers in samenwerking met Veilig Thuis met de meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (KNMP, 2020).

2.3 Juiste zorg op de juiste plek

Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) is een initiatief van partijen in de zorg en ondersteuning dat door het Ministerie van VWS wordt omarmd en gefaciliteerd (Taskforce JZOJP, 2018). Bij JZOJP staat het dagelijks functioneren van mensen centraal. De drie pijlers van JZOJP zijn:

- (Duurdere) zorg voorkomen (§2.3.1).
- Zorg verplaatsen en rondom de mensen organiseren (§2.3.2).
- Zorg vervangen door slimme zorg en eHealth in te zetten (§2.3.3).

2.3.1 Andere, vaak duurdere, zorg voorkomen met farmaceutische zorg

Onnodig dure of overbodige zorg voorkomen is een van de drie pijlers van JZOJP. Focus op de patiënt, en nauwe samenwerking in de eerstelijns zorg, voorkomt zorg elders in de keten.

Onnodige zorg voorkomen is natuurlijk in eerste instantie prettig voor de patiënt. Bovendien scheelt het kosten in het zorgstelsel. Recent onderzocht SiRM de potentie van substitutie in opdracht van VWS. Daarin werd geschat dat, op basis van al gedane pilots, ten minste €330 miljoen aan Zwv-uitgaven vermeden kan worden door inzet van farmaceutische zorg (SiRM, 2021). Ruim twee derde daarvan in de ziekenhuiszorg, en een derde in de huisartsenzorg. Daartegenover staan €130 miljoen extra uitgaven aan farmaceutische zorg. Het werkelijke potentieel is waarschijnlijk hoger. Bovendien helpt substitutie om de groeiende werklust in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken enigszins te dempen. De inkoop van zorgverzekeraars lijkt met name georganiseerd naar zorgsoort (farmacie, huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, etc.). De zorginkoopafdelingen hebben voor iedere zorgsoort een eigen budget. Het budget kan niet makkelijk overgeheveld worden, terwijl bij substitutie voor besparingen in de ene zorgsoort vaak investeringen vanuit een andere zorgsoort nodig zijn.

Goede farmaceutische patiëntenzorg kan leiden tot een reductie van (potentieel vermijdbare) ziekenhuisopnames. Dit blijkt uit diverse studies, waaronder:

- Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid in opdracht van VWS (Erasmus MC, 2017). Dit onderzoek schat in dat 4,9% van alle acute ziekenhuisopnames onder 65-plussers voorkomen kan worden door farmaceutische interventies.
- Onderzoek van Equalis voor BENU naar de mate waarin zorgvuldige controle van geneesmiddelgebruik kan leiden tot lagere zorgkosten (Equalis, 2017). Gerichte farmaceutische interventies leidden tot een geschatte besparing van €308 miljoen per jaar. Zo'n 20% wordt bespaard in de eerste lijn en zo'n 80% in de tweede lijn, voornamelijk door vermeden ziekenhuiszorg.
- Onderzoek naar de digitale assistent SARA voor astma- en COPD-patiënten (zie §2.3.3). Uit onderzoek onder 2.400 gebruikers, bleek dat ten opzichte van de controlegroep van 7.100 patiënten exacerbaties bij COPD en astma door SARA 10% minder toenamen (op basis van nog niet gepubliceerd onafhankelijk onderzoek, (NeLL, 2021)).

Ook hier geven geïnterviewden aan dat, om deze manier van werken te stimuleren, de economische prikkels daarvoor juist moeten zijn (§3.1.4).

2.3.2 Zorg verplaatsen naar de apotheek

De toenemende vraag naar huisartsenzorg door autonome groei, en door verplaatsing van ziekenhuis- naar eerstelijns zorg, leidt tot stijging van de werkdruk voor huisartsen. Meer dan driekwart van de huisartsen vindt de werkdruk te hoog, LHV geeft aan dat de oorzaak ligt bij de combinatie van inhaalzorg vanwege de covidpandemie en de alsmaar stijgende zorgvraag (LHV, 2021).

Om de werkdruk voor huisartsen te verlagen, is tijdens de gesprekken genoemd dat de patiënt als eerste stap in het zorgpad ook naar de openbaar apotheker kan gaan voor een zelfzorgproduct en zelfzorgadvies. Mocht de zorgvraag hiermee niet opgelost zijn dan gaat de patiënt alsnog naar de huisarts. In Nederland is de openbaar apotheker hiertoe niet bevoegd, er is aanpassing van wet- en regelgeving voor nodig (§3.1.5).

Engels onderzoek naar zogenoemde 'community pharmacy based minor ailment schemes' liet zien dat het effectieve en kostenefficiënte zorg is (Pharmacy Research UK, 2014). Tijdens de coronapandemie zijn hier, noodgedwongen, in meerdere Europese landen, goede ervaringen mee opgedaan (PGEU, 2021).

Behandelingen die de openbaar apotheker bijvoorbeeld kan doen, zijn:

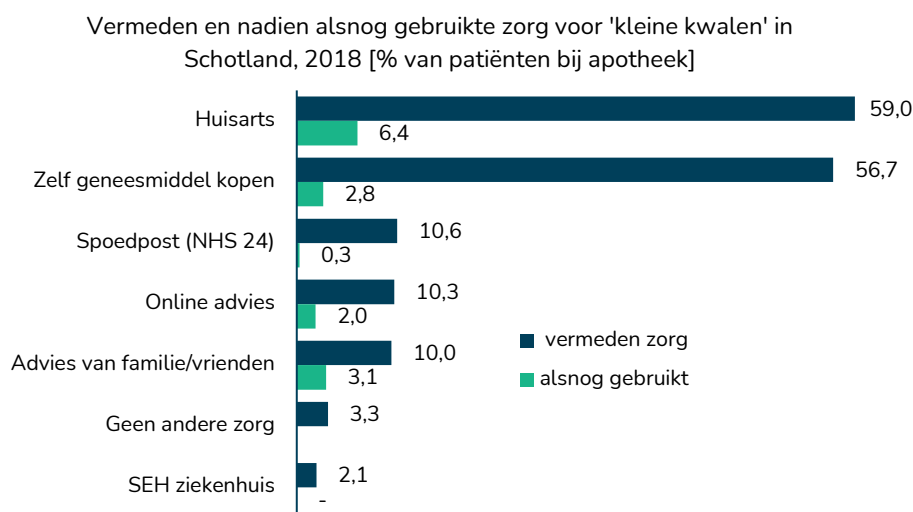
- Bloedafname voor eerste- en tweedelijns laboratoriumonderzoek.
- Vaccineren voor bijvoorbeeld griep of corona.
- Aanvragen en beoordelen van laboratoriumonderzoeken die samenhangen met geneesmiddelengebruik en daar medicatie of dosering op aanpassen.
- Uitschrijven van vervolgrecepten voor chronische geneesmiddelen.
- Behandeling van 'kleine kwalen' zoals zere keel, verkoudheid, griep, rood oog, oorontsteking, huidaandoeningen, eczeem, urineweginfecties, et cetera.

Voorbeeld – Friese pilot voor vaccineren in de apotheek

Een Friese apotheek deed onlangs een pilot. Bij het eerste deel van de pilot werd de apotheek als alternatieve vaccinatielocatie ('pop up'-locatie) gebruikt. Bij het tweede deel van de pilot hebben apothekers, onder begeleiding van huisartsen en in afstemming met de GGD Fryslân, gevaccineerd tegen Covid en griep (PW, 2021).

In Engeland concludeerde een panel van deskundigen dat 64 kleine klachten veilig door de openbaar apotheker kunnen worden behandeld, dat vertegenwoordigde ruim 10% van de acute zorg (Nazar, et al., 2018). Onderzoek onder ruim 1.100 patiënten in Schotland liet zien dat patiënten zeer tevreden waren over de in de openbare apotheek ontvangen zorg (Boag, et al., 2021). Meer dan 90% geeft een score boven 4 (op 5-punt schaal) voor tien ervaringsvragen. Slechts 6% van de patiënten heeft nadien alsnog de huisarts bezocht, terwijl dat anders bijna 60% was geweest. Vooral het gemak en de relatie met de apotheek waren redenen om daar met de kleine klacht behandeling te zoeken (Figuur 5). Hierbij merken we wel op dat de

huisartsenzorg in Engeland en Schotland anders is georganiseerd dan in Nederland, daardoor is geen 1-op-1 vergelijking met Nederland mogelijk



Figuur 5. Onderzoek (>1100 patiënten) in Schotland laat zien dat vooral huisartsenzorg wordt vermeden door 'kleine kwalen' in de openbare apotheek te behandelen (dubbele antwoorden waren mogelijk). De patiënten zijn bovendien zeer tevreden.

Net als in Engeland, vergt behandelen van 'kleine aandoeningen' ook in Nederland een investering van openbaar apothekers. Naast de behandeling op zich, wordt bijvoorbeeld ook geïnvesteerd in consultvoering op basis van de nieuwe richtlijn Consultvoering (KNMP, 2021). Daarnaast moeten eerstelijnszorgverleners onderling afspraken maken over welke aandoeningen het om gaat, en daarvoor gezamenlijk richtlijnen en protocollen opstellen (§3.1.1).

Deze werkzaamheden vallen in Nederland niet onder de huidige bevoegdheden van de openbaar apotheker (§3.1.5). In de praktijk zetten openbaar apothekers nu soms ook al een (vervolg)behandeling in gang zonder recept, denk aan substitutievoorstellen, herhaalmedicatie en maagbeschermers in combinatie bij voorgeschreven geneesmiddelen. Dat wordt dan later bevestigd door de huisarts. De facto dus een 'verlengde arm constructie'. Hetzelfde geldt voor het aanvragen van labwaarden, waarbij de huisarts achteraf accordeert. Dit kan als er een nauwe samenwerking en goede relatie is tussen de openbaar apotheker en de huisarts, vaak geholpen doordat de huisartsenpraktijk en apotheek onder een dak zitten. Enkele mensen die we spraken, wijzen erop dat de openbaar apotheker hier een grotere rol kan vervullen. Zeker omdat steeds meer huisartsenzorg geleverd wordt door niet-huisartsen, zoals POH's, diabetesverpleegkundigen en andere nurse practitioners. Zij zouden geneesmiddelen meer functioneel voor kunnen schrijven waarna de openbaar apotheker invulling geeft aan de farmacotherapie.

2.3.3 EHealth en slimme farmaceutische zorg

EHealth kan op verschillende manieren ingezet worden. We bespreken de potentie en bestaande toepassingen in drie, deels samenhangende, domeinen van eHealth (Figuur 6) (Shaw, et al., 2017).



Figuur 6. Drie, deels overlappende domeinen van eHealth (Shaw, et al., 2017)

Domein I – Gezondheid in je vuist met persoonlijke, mobiele toegankelijke informatie over (eigen) gezondheid. Het meest 'klassieke' voorbeeld hiervan is apotheek.nl van de KNMP waar in begrijpelijke taal betrouwbare informatie over geneesmiddelen is te vinden, maar ook podcasts met informatie over de werking van geneesmiddelen. Door informatie digitaal aan te bieden, kan die worden toegesneden op de patiëntsituatie. Denk bijvoorbeeld aan het (digitaal) opbreken van de bijsluiter. Voor verschillende gebruiksstadia krijgt de patiënt (aanvullend op de papieren bijsluiter) op het juiste moment de juiste informatie. Denk ook aan aanpassen aan de taalvaardigheden en eigen taal van de patiënt zoals met de ongeveer 10.000 animatievideo's met uitleg over geneesmiddelen op www.kijksluiter.nl die ook in een app op de mobiele telefoon beschikbaar zijn.

Voorbeeld – TIP-programma

Het TIP-programma begeleidt chronische patiënten online bij het medicatiegebruik. Doordat het TIP-programma gekoppeld is aan het AIS, ontvangen patiënten persoonlijke informatie over medicijnen die zij gebruiken. Sinds begin 2022 is een nieuw TIP-programma gestart voor pijnmedicatie. Bij dit TIP-programma ontvangen patiënten met een oxycodon verstrekking informatie over risico op verslaving (preventie) en beleid bij bijwerkingen. In twee maanden zijn de tips al bijna aan 5.000 gebruikers getoond.

Domein II – Interactie voor gezondheid met nieuwe manieren voor communicatie met de patiënt en met zorgverleners onderling zoals uitwisselen van beelden, chat (eventueel met chatbots) en videobellen in een digitale spreekkamer. Bij passende farmaceutische zorg wordt de patiënt op ieder moment van de dag ondersteund door digitale assistenten, bijvoorbeeld om de therapietrouw te stimuleren. De openbaar apotheker van de toekomst staat dus, los van verstrekkingsmomenten, 24/7 in verbinding met de patiënt. Geïnterviewden geven aan dat dit idealiter gebeurt via één mobiele applicatie die gekoppeld is met het AIS en andere eerste- en tweedelijns informatiesystemen. Deze app omvat alle acties en gegevens die in het

patiëntdossier met geneesmiddelen te maken hebben. Doordat alles via één app gaat, is dit voor de patiënt toegankelijk en makkelijk vindbaar.

Via één app houdt de patiënt de huidige status, ervaringen, geneesmiddelenreviews en bijwerkingen bij. Op deze manier is de openbaar apotheker op de hoogte van de status van de patiënt, en kan deze contact opnemen met de patiënt wanneer dit nodig is, bijvoorbeeld in verband met risico's, bijwerkingen of vragen. Via hetzelfde, of een gekoppeld platform kan de apotheker afstemmen met de huisarts en wijkverpleegkundige. In de huidige situatie zijn goede voorbeelden van digitale interactie, zoals de digitale assistent SARA, te vinden. Te vaak zijn initiatieven echter nog versnipperd of niet integraal gekoppeld aan informatiesystemen. Om voorgenoemde mogelijk te maken is betere connectiviteit en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners een vereiste (§3.3.4).

Voorbeeld – digitale assistent SARA

De digitale assistent SARA geeft astma- en COPD-patiënten onlineadvies over inhalatietechnieken, medicatie en bijwerkingen. De applicatie biedt een medicatie overzicht, inname herinnering en ondersteuning bij correcte inname. Met deze zorg op maat, heeft de patiënt altijd de juiste informatie en ondersteuning.

Domein III – Data voor gezondheid met verzameling, beheer, analyse en gebruik van vele diverse bronnen met gezondheidsgegevens om de gezondheid te verbeteren.

Om passende farmaceutische zorg te verlenen, heeft de openbaar apotheker integraal en volledig inzicht in het patiëntdossier nodig. Artificial intelligence wordt ingezet om optimaal geneesmiddelengebruik te bevorderen. Dit gaat bijvoorbeeld om interacties tussen geneesmiddelen, herkenning van patronen en risicofactoren die tot mogelijk geneesmiddel gerelateerd risico bij de patiënt leiden, opmerken van voorschrijfcascades, maar ook om klinische criteria bij het beoordelen van labwaarden zoals voor de nierfunctie.

Door machine learning wordt de controle op recepten 'slimmer' en efficiënter. Mensen die we hierover spraken gaven aan dat ingezet zou moeten worden op een algoritme, dat de openbaar apotheker automatisch een signaal geeft bij een hoog-risico recept, waarna de openbaar apotheker een gedetailleerde eindcontrole uitvoert. Medicatiebewaking vindt daardoor continu, gericht en 'slimmer' plaats. De huidige medisch farmaceutische beslisregels kunnen hiervoor als basis gebruikt worden. De algoritmes dienen meer diepgang te hebben en meer kenmerken, waaronder multimorbiditeit, mee te nemen om daadwerkelijk een selectie te kunnen maken. Verder onderzoek is nodig om onderbouwde criteria te bepalen om recepten die wel en geen eindcontrole moeten ondergaan van elkaar te kunnen scheiden. De richtlijnen van de beroepsgroep moeten deze manier van werken wel mogelijk maken (§3.1.1).

2.4 Waardegedreven

Waardegedreven zorg gaat om de balans tussen waarde en kosten. Bij de drie hierboven behandelde principes van passende zorg (samen met en rondom de patiënt, gezondheid i.p.v. ziekte en JZOJP) gingen we vooral in op de waarde van de openbare apotheek voor de patiënt en

voor efficiënter werken in de zorgketen (Figuur 7). We hebben in dit onderzoek die waarde niet gekwantificeerd. Dat wordt soms gedaan door de gewonnen kwaliteit van leven en levensduur van de patiënt in Euro's uit te drukken en de kosten(besparing) elders in de keten te kwantificeren. Dat bedrag kan dan vergeleken worden met de kosten die de openbaar apotheek maakt voor de benodigde activiteiten om die waarde te creëren.

In deze paragraaf over waardegedreven zorg kijken we ook naar de kosten. Niet naar de inkoop en marges op geneesmiddelen, maar vooral naar de kosten (bijvoorbeeld investeringen in termen van benodigde tijd) van het leveren van de farmaceutische zorg. Dat is immers het perspectief voor dit onderzoek. Daarnaast gaan we kort in op logistiek en distributie.

	Toegevoegde waarde voor de patiënt	Praktijkvoorbeelden
Samen met en rondom patiënt (§ 3.1)	• Zorg wordt persoonlijker, onder andere door middel van consulten • Zorg is op elkaar afgestemd en samen met andere eerstelijns zorgverleners georganiseerd	• Consulten worden steeds laagdrempeliger ingepland en steeds vaker vergoed • Samenwerking wordt ondersteund met Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken
Gezondheid i.p.v. ziekte (§ 3.2)	• Zinnige farmaceutische zorg leidt ertoe dat de patiënt niet meer geneesmiddelen krijgt dan nodig, en niet meer dan noodzakelijk • Aandacht voor leefstijl en preventie draagt bij aan een gezond leven voor de patiënt • De openbaar apotheker signaleert behoeften van patiënt in sociaal domein, waardoor deze sneller passende hulp krijgt	• Openbaar apothekers in Nieuwegein verwijzen patiënten, wanneer nodig, door naar een welzijnscoach van de gemeente • Leefstijlapothekers richten zich met voeding- en leefstijladvies op preventie van geneesmiddelengebruik. • Door medicatiebeoordelingen bij diabetespatiënten uit te voeren, werd significant vaker medicatie verminderd of gestopt
Juiste zorg op de juiste plek (§ 3.3)	• Farmaceutische zorg voorkomt andere zorg • De patiënt kan voor meer zorg binnenlopen bij de apotheek en is voor de patiënt een laagdrempelige zorgverlener • Met eHealth en slimme zorg is de zorg beter afgestemd op de wensen van de patiënt	• Exacerbaties bij COPD en astmapatiënten namen door SARA 10% minder toe • In een Friese apotheek werden patiënten gevaccineerd in een pilot • Het TIP-programma begeleidt patiënten met pijnmedicatie

Figuur 7 In §2.1 t/m 2.3 behandelden we de teller van waardegedreven zorg, de waarde van de openbare apotheek voor de patiënt

De apotheker gaat sowieso steeds efficiënter werken. De concurrentiedruk van alternatieve distributiekanaal zoals internetapotheken is hoog, zij zijn bijvoorbeeld ingekocht door Zilveren Kruis en VGZ, en weten delen van de distributie voor bepaalde patiëntengroepen steeds efficiënter te organiseren. Openbaar apothekers kunnen zich differentiëren van hun concurrentie door een belangrijke zorgtaak in de eerste lijn op te pakken. Door te blijven inzetten op innovatie en tijdsbesparende veranderingen (zoals het volgebeleid in §3.3.3) door te voeren kan menskracht worden vrijgemaakt voor de zorg. Daarmee wordt immers de waarde gecreëerd waar we hierboven over schreven.

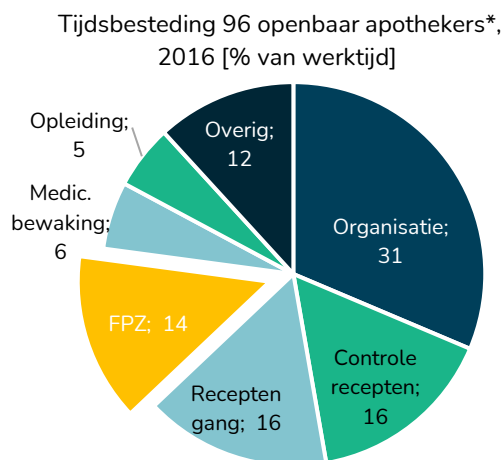
Wij schatten dat 4,0 miljoen uren, ofwel 19% van de tijdsbesteding van de openbaar apotheker en haar team beschikbaar gemaakt kan worden om meer tijd aan zorg te besteden.

We splitsen die efficiëntieverbetering in grofweg twee categorieën:

- Verdere digitale ondersteuning van farmaceutische zorg.
- Optimaliseren van logistiek en distributie.

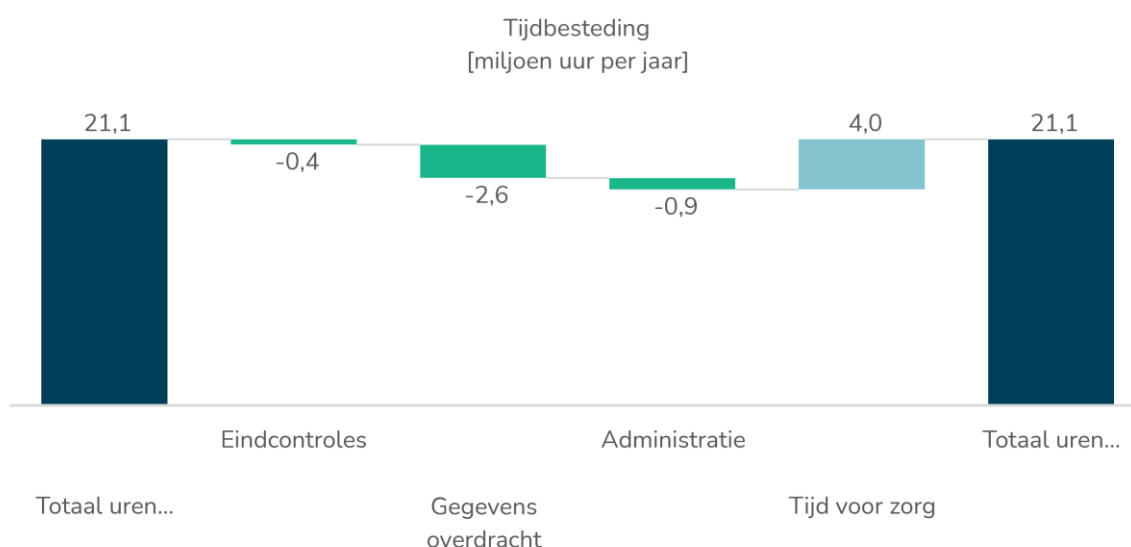
2.4.1 Digitale ondersteuning van farmaceutische zorg

Een steekproef onder bijna 100 openbaar apothekers toont aan dat zij in 2016 ongeveer 14% van hun tijd aan farmaceutische patiëntenzorg besteedden (Figuur 8). Juist die component gaat de komende jaren fors groeien, en is belangrijk voor het leveren van passende zorg. Innovatie voor andere taken en het doorvoeren van tijdbesparende veranderingen geeft ruimte voor investeren in farmaceutische patiëntenzorg. De branche zou zich kunnen uitspreken over de gewenste tijdsverdeling.



Figuur 8. Openbaar apothekers besteedden in 2016 ongeveer 14% van hun werktijd aan farmaceutische patiëntenzorg. *Het betrof 30% apotheker-eigenaren, 36% apothekers in loondienst en 34% apotheker-zzp'ers. Bron: (Pol, Geljon, Belister, Frederix, & Hövels, 2019)

Door een betere informatiepositie en inzet van AI worden hoog-risicopatiënten gesignaleerd, vindt betere overdracht van medicatiegegevens (en continue medicatiebewaking) plaats en worden administratieve werkzaamheden zoveel mogelijk geautomatiseerd. Dit leidt tot een hogere kwaliteit van zorgverlening en dienstverlening en minder tijd 'achter de balie'; totaal ongeveer 4,0 miljoen uur (19%) (Figuur 9). We zijn daarmee niet uitputtend, maar geven een eerste inzicht in de toegevoegde waarde van innovatie met verdergaande digitale ondersteuning van de taken van de openbaar apotheker. Daarvoor is tijdige en volledige beschikbaarheid van gezondheidsinformatie van de patiënt cruciaal (§3.3.4). De tijd die vrijkomt investeert de openbaar apotheker in zorg om de gezondheidsvoordelen voor de patiënt in Figuur 7 te realiseren.



Figuur 9 Verdergaande digitale ondersteuning van de werkzaamheden levert naar verwachting 4,0 miljoen uur per jaar (19%) van de openbaar apotheker en haar team op om te investeren in patiëntenzorg.

Digitale ondersteuning van eindcontroles: ~0,4 miljoen uur per jaar

Apothekers besteden gemiddeld 16% van hun tijd aan eindcontroles van recepten (Pol, Geljon, Belister, Frederix, & Hövels, 2019). Uit een steekproef bleek dat apothekers bij 1,4% van de gecontroleerde receptregels een actie uitvoerden. Die actie bestaat vooral uit het raadplegen van het patiëntendossier of online bronnen en iets navragen bij voorschrijver of assistent (Lambert, Loon, & Taxis, 2021). Voor 0,3% van de receptregels bleek een interventie nodig. Uitgaande van 463 receptregels per apotheek per dag (Lambert, Loon, & Taxis, 2021) betekent dit dat er dagelijks per apotheek gemiddeld ten minste een interventie nodig is. Als met machine learning een voorselectie gemaakt kan worden van 'hoog-risico' receptregels, dan kan de openbaar apotheker tijd besparen door risicogestuurd te werk gaan in de controle (in plaats van alle receptregels te controleren). Om dit mogelijk te maken, zijn wel aanpassingen aan richtlijnen nodig (§3.1.1).

Naast de gevestigd apotheker die eindverantwoordelijk is, werkt in ruim vier op de tien apotheken minimaal een tweede apotheker. Uitgaande van de 2.005 apotheken in Nederland in 2020, gaat dit om een totale tijdsbesteding aan eindcontroles van 0,8 miljoen uur per jaar. Bij het toepassen van algoritmes met een signaalfunctie gaat de tijdsbesteding niet naar nul, omdat op de recepten die geselecteerd worden juist een meer gedetailleerde controle wordt gedaan. Ervan uitgaande dat de apotheker de tijd besteed aan eindcontroles halveert, gaat dit om een totale tijdsbesparing van 0,4 miljoen uur per jaar.

Betere overdracht medicatiegegevens: ~2,6 miljoen uur per jaar

Als informatiesystemen (HIS, AIS, ZIS) beter op elkaar aansluiten, is betere overdracht van patiënten mogelijk. Als de openbaar apotheker alle patiënt-, behandel- en geneesmiddelengegevens uit eerste en tweede lijn op een centrale plek beschikbaar heeft kan deze, los van het verstrekkingsmoment, ingrijpen als het nodig is. Daarnaast leidt de digitaliseringslag ook tot laagdrempeliger contact tussen eerstelijns zorgverleners onderling. Dit contact is nu nog vaak een momentopname, waarbij de verschillende zorgverleners tussentijds geen zicht hebben op de door een andere zorgverlener bijgewerkte status van de patiënt. Betere aansluiting van de systemen geeft de eerstelijns zorgverleners meer (tussentijdse) inzichten, en biedt de mogelijkheid om elkaar tussentijds vragen te stellen of in te grijpen. Uiteraard is het ook voor de patiënt van waarde dat die op een plek een overzicht heeft over behandeling en medicatie.

De Maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) Medicatieoverdracht beschrijft de impact van de elektronische medicatieoverdracht op basis van de herziene richtlijn *Overdracht van medicatiegegevens in de keten* (Ecorys, 2021). Voor de openbare farmacie wordt de bijbehorende tijdswinst geschat op ten minste 142 miljoen minuten, wat als volgt is opgebouwd:

- 1 tot 2 minuten x 34,5 miljoen eerste verstrekkingen
- 0,5 tot 1 minuut x 215 miljoen herhaalverstrekkingen.
- 5 minuten voor het opstellen van een actueel en geverifieerd medicatieoverzicht op verzoek van een zorgprofessional wat 3,3 miljoen keer per jaar gedaan wordt.

Hier staat een tijdsinvestering van apothekers tegenover om de medicatiedossiers van de patiënten up-to-date te houden. Volgens het onderzoek geldt dit voor een kwart van de patiënten met gemiddeld 30 meldingen per jaar waarvoor voor 10% de verwerking daarvan 15 minuten kost. De tijdsinvestering kan met betere connectiviteit en uitwisseling van gegevens beperkt blijven (§3.3.4). Daarom hebben wij geen rekening gehouden met deze investering en blijven alleen de positieve effecten over.

Aanpassingen rondom administratieve lasten: ~0,9 miljoen uur per jaar

Uit de interviews blijkt dat openbaar apothekers veel tijd kwijt zijn met administratieve werkzaamheden 'achter de balie'. De openbaar apotheker besteedt bijvoorbeeld bij geneesmiddelentekorten veel tijd aan het uitzoeken van de duur van nalevering, zoeken naar alternatieven, opbreken van pillen als de juiste dosering niet beschikbaar is, het aanpassen/aanvullen van Baxterrollen, de administratieve afwikkeling van alternatieven, contact met zorgverzekeraars over de declaratie buiten het beleid, et cetera.

Geïnterviewden geven aan dat het in §3.3.3 voorgestelde volgbeleid een mogelijke oplossing vormt voor tekorten, omdat patiënten dan minder vaak van geneesmiddelen hoeven te wisselen. Daardoor kunnen apothekers een relatief grotere voorraad aan houden. Uit onderzoek blijkt dat het aannemelijk is dat het preferentiebeleid verband heeft met geneesmiddelentekorten (Berenschot, 2018). Naast dat het wisselen van geneesmiddelen kan leiden tot negatieve effecten bij patiënten (uit onderzoek bleek dat 34% van de patiënten zich zieker of ongezonder voelde na wisseling van merk) (Patiëntenfederatie, 2018) kost het de apotheker veel tijd.

Inzicht in de voorraad van andere lokale apothekers draagt bij aan het reduceren van administratieve lasten. Als een tekort ontstaat kan de openbaar apotheker realtime inzien bij welke andere openbare apotheek in de regio het geneesmiddel nog wel voorradig is. In de huidige situatie lossen openbaar apothekers dit gebrek aan informatie ad-hoc op wat veel tijd kost.

Een openbaar apotheker besteedt wekelijks gemiddeld 5,5 uur aan tekorten, en het apotheekteam zo'n 12 uur per week (KNMP, 2019). Wij gaan ervan uit dat ongeveer de helft van deze tijd bespaard kan worden door automatisering of volgbeleid. Uitgaande van de 2.005 openbare apotheken (per januari 2021) komt dit neer op een totale tijdsbesparing van 0,9 miljoen uur per jaar (0,3 miljoen uur voor de openbaar apotheker en 0,6 miljoen uur voor het apotheekteam).

Naast de tijd besteed aan geneesmiddelentekorten, geven geïnterviewden aan dat het preferentiebeleid ook veel tijd kost door vragen van patiënten over de wisselingen van geneesmiddelen. Dit effect is in ons onderzoek niet meegenomen.

2.4.2 Optimaliseren van logistiek en distributie

Bij een apotheek denkt men vaak als eerste aan de logistiek en distributie van geneesmiddelen. Wij behandelen dit onderwerp met opzet als laatste in dit hoofdstuk over passende farmaceutische zorg. Het is immers een middel om passende farmaceutische zorg te leveren; weliswaar een noodzakelijk middel, maar geen doel op zich.

Bij passende farmaceutische zorg is de logistiek ingericht op de wensen en behoeften van de patiënt. De openbaar apotheker is daarbij aanspreekbaar en aansprakelijk voor het integrale geneesmiddelgebruik van de patiënt zodat die de eindverantwoordelijkheid voor de medicatiebewaking- en begeleiding kan nemen. De openbaar apotheker zal, als dossierhouder, de medicatiegegevens uit verschillende bronnen, waaronder huisarts, ziekenhuis, VVT, GGZ en andere apotheken, bij elkaar moeten brengen tot één overzicht en pro-actief actie ondernemen bij noodzakelijke interventies, ook als dat niet samenvalt met het overhandigen of bezorgen van het geneesmiddel. De andere zorgverleners werken daar actief aan mee.

Onder voorwaarde dat de openbaar apotheker aanspreekbaar is voor het integrale geneesmiddelendossier, is een van de mogelijke logistieke modellen dat de openbaar apotheker de logistiek en distributie uitbesteedt. Zoals dat nu bijvoorbeeld ook al gebeurt met central filling. Apothekers zullen een eigen keuze moeten maken welk model zij het beste vinden aansluiten op de voorkeuren van hun patiënten. Zo kan de apotheker bijvoorbeeld ervoor kiezen om in dichtbevolkte gebieden de thuisbezorging uit te besteden aan fietskoeriers. Alle geïnterviewden benadrukken dat een randvoorwaarde is dat de openbaar apotheker te alle tijden op de hoogte is welke geneesmiddelen de patiënt gebruikt zodat de farmaceutische zorg goed geleverd kan worden.

Die aansprakelijkheid betekent ook niet dat de patiënt voor al zijn medicatie aan de eigen apotheek gebonden is, ook als de patiënt niet bij de eigen apotheek komt heeft de eigen apotheek nog steeds de regie en het dossierhouderschap. De apotheker speelt in op de wensen van de patiënt, waarbij service en gemak centraal staan. Of dat in de praktijk betekent dat de geneesmiddelen fysiek in de openbare apotheek zijn (geweest), of dat de distributie uitbesteed is, via thuisbezorging of een kluis gebeurt, is ter invulling aan de individuele openbaar apotheker voor zover wet- en regelgeving dat toestaat. Als de distributiefunctie uitbesteed is, dan is een grotere focus en een pro-actievere rol van de openbaar apotheker nodig om het patiëntcontact te waarborgen, digitalisering kan hierbij helpen. Veel patiënten zullen immers niet meer fysiek in de openbare apotheek komen om hun geneesmiddel af te halen. Het ad-hoc begeleidingsgesprek aan de balie wordt vervangen door geplande begeleiding, tijdens een consult, digitaal of telefonisch.

Andere inrichting van distributie en logistiek leidt niet noodzakelijkerwijs tot meer of minder openbare apotheken, het leidt er wel toe dat de inrichting van de openbare apotheek verschuift van distributie, voorraad en logistiek naar zorgverlening. Door de multidisciplinaire aanpak zitten de huisarts en openbaar apotheker vaker fysiek onder een dak. Omdat het fijnmazige netwerk van openbare apotheken behouden blijft, blijft het ook altijd mogelijk om vragen fysiek (en zonder afspraak) in de openbare apotheek te stellen, of voor kleine kwalen langs te komen. De apotheek van de toekomst wordt hierdoor mogelijk (zowel qua ruimte als qua personeel) kleiner.

3 Randvoorwaarden voor passende farmaceutische zorg

De in Hoofdstuk 3 geschetste passende farmaceutische zorg levert veel toegevoegde waarde voor de patiënt en ontlast andere delen van de zorgketen. Die bijdrage van de openbaar apotheker is nodig, simpelweg omdat we in de zorg mensen tekortkomen, en om de zorg betaalbaar te houden. Met passende zorg is de patiënt het uitgangspunt voor de openbaar apotheker. Dat is nu in de praktijk en regelgeving vooral het geneesmiddel of het ter hand stellen daarvan. Om deze omslag te voltooien, moeten de randvoorwaarden voor passende zorg op orde zijn. Dat houdt in congruentie, onder andere van bekostiging, met de doelen van passende zorg (§3.1). Om nieuwe, betere, manieren van werken te ontdekken en steeds betere zorg te leveren, is een lerend systeem nodig (§3.2). Door de principes vooral decentraal toe te passen, kan daadwerkelijke passende zorg nabij de patiënt geleverd worden (§3.3).

We bespreken de randvoorwaarden voor passende farmaceutische zorg onderstaand. Op basis daarvan adviseren we aanpassingen voor de beroepsgroep, individuele apotheken, zorgverzekeraars, andere zorgverleners en overheidsorganen.

3.1 Congruentie

Het Zorginstituut en NZa bedoelen met congruentie “...dat alle partijen samen gericht zijn op het realiseren van passende zorg”. Voor congruentie is samenwerking en afstemmen van richtlijnen, protocollen, et cetera met andere partners in de zorgketen, vooral in de eerste lijn, cruciaal (§3.1.1). Daarom adviseren we om de openbare farmacie te betrekken bij hoofdlijnakkoorden (§3.1.2) en het beleid onder te brengen bij de directie curatieve zorg (CZ) in plaats van de directie geneesmiddelen en medische technologie (GMT) van VWS (§3.1.3). Daarnaast is bekostiging een belangrijk onderdeel van congruentie. De economische prikkels stimuleren idealiter het leveren van zorg en zinlijk geneesmiddelgebruik. Daar moet de bekostiging rekening mee houden (§3.1.4). Congruentie in de regio behandelen we onder ‘decentrale toepassing’ (§3.3), evenals congruentie van de daar nauw mee samenhangende inkoop door de zorgverzekeraars. Passende zorg is onmogelijk als wet- en regelgeving dat verbiedt. Daarom stellen we enkele aanpassingen voor (§3.1.5).

3.1.1 Betrek andere zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten bij het opstellen van richtlijnen

Rekening houden met de wensen van patiënten en zorgverzekeraars en samenwerking met andere zorgverleners is cruciaal om passende zorg te verlenen. De branche maakt daarom bijvoorbeeld Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraken (LESA's).

Het Register voor kwaliteitsstandaarden en -meetinstrumenten van het Zorginstituut eist dat de ‘tripartiete partijen’, dat wil zeggen vertegenwoordigers van zorgverleners, zorgverzekeraars en

patiënten, betrokken zijn bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en deze samen aanbieden voor opname in het Register van kwaliteitsinstrumenten. De openbaar apothekers zouden zorgverzekeraars en patiënten meer kunnen betrekken. Er staan maar enkele kwaliteitsstandaarden farmaceutische zorg in het Register. De kwaliteitsstandaarden voor farmaceutische zorg die in het Register staan en de multidisciplinaire richtlijnen, zijn geïnitieerd door andere beroepsorganisaties zoals de NHG, FMS en KNMG. Door zorgverzekeraars en patiënten te betrekken bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, wordt waarschijnlijk ook de samenhang met andere zorgaanbieders sterker.

De KNMP werkt juist de afgelopen jaren aan het bijwerken van de richtlijnen als fundament voor farmaceutische zorg. Nu is de Nederlandse Apotheek Norm (NAN) nog de basis voor een toetsbaar kwaliteitssysteem in de openbare apotheek. De NAN geeft weer wat apothekers verstaan onder verantwoorde farmaceutische zorg in de openbare apotheek. De beroepsgroep werkt aan vervanging van de NAN met de Professionele Standaard. De NAN gaat namelijk vooral over de inrichting van de organisatie van de apotheek. De Professionele Standaard richt zich juist meer op de zorg aan de individuele patiënt. De Professionele Standaard bestaat uit richtlijnen voor de zorg van de apotheker aan de patiënt en richtlijnen voor de praktijkvoering van de apotheek. De richtlijnen voor de zorg bevatten nu tien richtlijnen: medicatiebewaking, ter hand stellen, geïndividualiseerde distributievorm⁵ (GDV), medicatiebeoordeling, bereiden, copd, diabetes, astma, cvrm en consultvoering.

De overgang van NAN naar de Professionele Standaard is hét moment om richtlijnen in te dienen bij het Register waarbij zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van patiënten betrokken worden. Dit biedt een goede gelegenheid om deze met elkaar te ontwikkelen, ook voor specifieke patiëntengroepen voor wie geneesmiddelen belangrijk zijn, zoals diabetes- of MS-patiënten.

3.1.2 Betrek farmaceutische zorg bij hoofdlijnenakkoorden

Voor het behoud van goede, betaalbare zorg die voor elke Nederlander toegankelijk is, heeft VWS met partijen in de zorg hoofdlijnenakkoorden (hla) gesloten. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en professionals sloten hla's in de geestelijke gezondheidszorg, medisch-specialistische zorg, de huisartsen- en multidisciplinaire zorg, wijkverpleging en paramedische zorg. In de hla's maakten zij afspraken over passende zorg. Helaas zijn er voor de openbare farmacie geen hoofdlijnenakkoorden gesloten, en was de openbare farmacie ook niet betrokken bij de andere hoofdlijnenakkoorden.

De meest recente hla's zijn in 2018 afgesloten voor de periode 2019-2022. In de budgettaire bijlage bij het Coalitieakkoord staat dat er een integraal hoofdlijnenakkoord wordt gesloten voor de periode na 2023 met alle zorgsectoren in de Zvw. Daarbij horen dus ook de openbaar apothekers, zeker ook omdat de thema's substitutie, samenwerking en gepast gebruik, in de hla's zullen worden opgenomen. Uit meerdere onderzoeken naar de hoofdlijnenakkoorden, waaronder een evaluatie van het beleidsinstrument, bleek ook dat juist de samenhang tussen sectoren meer aandacht behoeft in nieuwe hla's (SiRM, 2021) (RVS, 2021).

⁵ Deze eerste richtlijn (september 2013) is nu in herziening.

Als met een hla passende zorg wordt beoogd, hoort daar ook de farmaceutische zorg bij. Vorig jaar riep de NZa partijen op om *“...op inhoud met elkaar in gesprek te gaan, zowel op bestuurlijk niveau als aan de onderhandelingstafel. Het is de verantwoordelijkheid van alle partijen samen te werken aan kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke apotheekezorg”* (NZa, 2021).

Door de openbaar apothekers te betrekken bij de hla's, komen ze ook aan tafel met andere partijen om gedurende de implementatiefase van hla's landelijk beleidsmatig af te stemmen.

3.1.3 Breng beleid farmaceutische zorg onder bij directie curatieve zorg

In de uitwerking van passende farmaceutische zorg (Hoofdstuk 30), merkten we al op dat dat allereerst om zorg gaat. De in- en verkoop van geneesmiddelen en de logistiek zijn middelen om goede geneesmiddelen beschikbaar te stellen aan de patiënt. Zolang de openbaar apotheker aanspreekbaar en aansprakelijk is voor de terhandstelling, kan de openbaar apotheker de logistiek en distributie bijvoorbeeld uitbesteden. (§2.4.2).

Voor de zorg is de afstemming met andere zorgverleners, zowel in de eerste als tweede lijn, belangrijk. De directie curatieve zorg (CZ) is dan ook eerder dan geneesmiddelen en medische technologie (GMT) de plek om het beleid voor farmaceutische zorg te beleggen. Dat volgt ook uit het introductiedossier voor de nieuwe bewindspersonen. De taakomschrijving voor CZ past veel beter bij passende farmaceutische zorg dan die voor GMT:

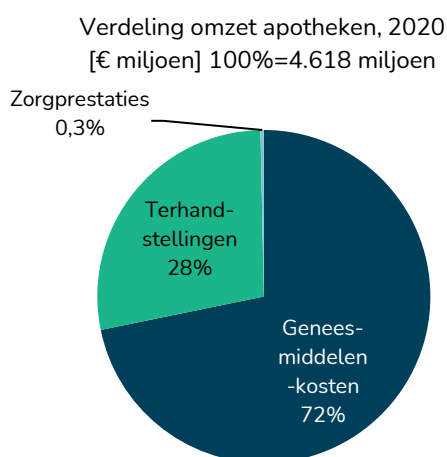
- Taakomschrijving Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie: *“Geneesmiddelen, waaronder vaccins, medische hulpmiddelen, waaronder persoonlijke beschermingsmiddelen waar de zorg van afhankelijk is (PBM), bloedproducten, menselijke weefsels en organen: allemaal producten die van wezenlijk belang zijn voor de gezondheidszorg. De overheid heeft hier een bijzondere verantwoordelijkheid. Nederlanders moeten verzekerd zijn van doelmatige zorg met kwalitatief hoogwaardige en veilige producten. De directie GMT schept de voorwaarden voor de beschikbaarheid en leveringszekerheid, de toegankelijkheid, de veiligheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van medische producten die aan de eisen van de tijd voldoen en doelmatig worden gebruikt. De directie GMT heeft binnen VWS de meeste raakvlakken met de ‘markt’ - met innovatie en wereldwijd opererende bedrijven en productie- en leveringsketens en opereert in een internationale context. In een dergelijk krachtenveld is een zorgvuldige afweging van alle belangen noodzakelijk.”*
- Taakomschrijving Directie Curatieve Zorg: *“De curatieve zorg is de medische zorg die mensen krijgen in het ziekenhuis, bij de huisarts, de wijkverpleegkundige en andere eerstelijns zorgverleners en de (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg. Het is de verantwoordelijkheid van CZ om randvoorwaarden te creëren waarin de curatieve zorg - ongeveer de helft van alle zorg in ons land - zo optimaal mogelijk kan functioneren en daarmee de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de curatieve zorg te borgen.”*

De openbaar apothekers vallen onder de ‘andere eerstelijns zorgverleners’ en horen dus logischerwijs thuis bij het beleidsterrein van de directie curatieve zorg. Uiteraard wel in nauwe samenhang met beleid van de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie. Beleid. Wet- en regelgeving voor geneesmiddelen als product kent immers haar eigen complexiteit en

dynamiek, bijvoorbeeld op onderwerpen als dure geneesmiddelen, zekerheid van levering, prijsvorming, intra- of extramurale geneesmiddelen, et cetera. Net als voor apothekers, bepaalt het beleid van GMT cruciale aspecten van het werk van onder andere huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde. Net als voor andere zorgverleners, zijn de richtlijnen de basis voor de aanspraak van vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet en voor het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Die richtlijnen zijn georganiseerd rondom de farmaceutische zorg aan de individuele patiënt (§3.1.1).

3.1.4 Stem economische prikkels af op zorg

Passende zorg moet passend worden beloond. Dat is met de huidige bekostigingsstructuur van eerstelijns farmacie niet het geval. De uitgaven voor geneesmiddelen beslaan ongeveer 70% en zijn strak ingekaderd met het preferentiebeleid van zorgverzekeraars (Figuur 10). De resterende 30% is de apotheekvergoeding. Die is grotendeels gekoppeld aan het aantal verstrekte receptregels.



Figuur 10. De bekostiging van openbare apotheken is voornamelijk gekoppeld aan geneesmiddelenkosten en terhandstellingen (SFK, 2021).

Er zijn weliswaar betaaltitels die meer op zorg gericht zijn, maar die worden zeer weinig gebruikt. Het aantal farmaceutisch consulten groeit weliswaar, maar lag bij een steekproef van ruim 100 apotheken slechts bij 10% boven de tien consulten per jaar. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat in de contractering zorggerelateerde handelingen verdisconteerd zijn in de betaaltitel voor terhandstelling (zo wordt de medicatiebeoordeling in sommige gevallen bijvoorbeeld onder de eerste terhandstelling geschoven). Dit niet meegenomen gaat van de €1,3 miljard aan apotheekvergoeding maar €15 miljoen om in zorgprestaties, ofwel ongeveer 1%. Meer dan de helft van de €15 miljoen betreft farmaceutische begeleiding bij opname of ontslag uit het ziekenhuis (SFK, 2021). Het zijn daarmee vooral poliklinische apotheken die deze zorgprestaties in rekening brengen. Er is ruimte voor facultatieve prestaties die tussen zorgverzekeraar en apotheek overeengekomen en aangemeld kunnen worden bij de NZa. Deze vormen echter een klein aandeel van de totale vergoeding.

Er wordt dus van uit gegaan dat de eerstelijns farmaceutische zorg gedekt wordt door het terhandstellingstarief. Dat leidt helaas wel tot drie soorten mogelijk perverse prikkels:

- Bij zorgaanbieders een prikkel op volume. In potentie zou dat apothekers er bijvoorbeeld van kunnen weerhouden tot het breed inzetten op deprescribing. De geleverde zorg (en tijd) wordt namelijk niet vergoed en het aantal receptregels daalt. Diverse voorbeelden laten

gelukkig zien dat er toch ook mooie voorbeelden zijn waarbij apothekers hier op brede schaal actief op inzetten (§ 2.2.1)

- Bij betalers een prikkel op lagere kosten. Apothekers ervaren dat zorgverzekeraars vooral over de uitgaven aan geneesmiddelen en het tarief per declaratietitel onderhandelen. De kwaliteit van zorg en het voorkómen van zorg elders in de keten, worden niet of nauwelijks betrokken bij de inkoopgesprekken.
- Omdat de extramurale farmacie onder het eigen risico valt, zijn patiënten zeer bewust van de factuur van de apotheek. Zij klagen vaak aan de balie over activiteiten die de apotheker in rekening moet brengen, maar die zij niet altijd zelf ervaren. Daarnaast krijgt de patiënt activiteiten, zoals een inhalatie instructie door de POH, bij de huisarts wel vergoed maar in de apotheek valt deze ten laste van het eigen risico.

De problemen van de huidige bekostiging worden gedeeltelijk erkend. Dat leidde recent tot enkele aanpassingen in de bekostiging.

- Per 1-1-2022 is de prestatiebeschrijvingsbeschikking voor de facultatieve prestatie farmaceutische zorg aangepast, hierbij is een facultatieve prestatie toegevoegd voor de begeleiding en verbeteren van geneesmiddelengebruik in samenwerking met de huisarts. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een regio kunnen daarmee afspraken maken over bijvoorbeeld therapietrouw of begeleiding van patiënten in het minderen of stoppen van geneesmiddelen die niet (meer) nodig zijn.
- Met ingang van 2023 wordt één tarief geïntroduceerd voor alle geneesmiddelen die onderdeel zijn van een GDV (per 1-1-2023), in plaats van per geneesmiddel in een GDV. Het doel van deze wijziging is om een prikkel te introduceren om het aantal geneesmiddelen per GDV te verminderen in plaats van te verhogen. Echter wordt door het weghalen van de productieprikkel ook geen rekening meer gehouden met verschillen in zorgzwaarte tussen patiënten met een GDV, en is de bekostiging nog steeds niet gekoppeld aan de farmaceutische zorg voor een patiënt.

Wij denken dat andere wijzigingen in het stelsel nodig zijn. Eerder gingen we in opdracht van de KNMP in op versterking van de zorgfunctie van openbaar apothekers (SiRM, 2018). Onze conclusie van destijds, dat patiëntgebonden bekostiging de zorgfunctie van apothekers kan versterken, volgt nog sterker uit de bespreking van passende zorg in Hoofdstuk 3. Dat gaat namelijk niet over aantallen verstrekkingen, maar over patiëntenzorg. Ook veel geïnterviewden beaamden dit. Zij geven bijvoorbeeld aan dat de bekostiging openbaar apothekers niet loont als ze extra inzetten op deprescribing.

Patiëntgebonden financiering zou kunnen lijken op die van de huisartsenzorg met een inschrijftarief, eventueel aangevuld met bundels voor chronische zorg en specifieke tarieven voor consulten en sommige handelingen. Bijvoorbeeld met een abonnementstarief, die het farmaceutisch dossierhouderschap bekostigt inclusief alle taken rondom medicatiebewaking, demedicalisering, therapietrouw, MFB uitvoeren, medicatiebeoordelingen. Een dergelijk abonnementstarief kan bijvoorbeeld bewerkstelligd worden door een inschrijving op naam, of door het vaststellen van “de apotheek waar de patiënt doorgaans komt”. Dit is de term die wordt gehanteerd in de multidisciplinaire richtlijn voor Overdracht van Medicatiegegevens in de keten.

Met een patiëntgebonden financiering zoals een inschrijftarief wordt bovendien congruentie met de huisartsenzorg versterkt. Apothekers kunnen dan bijvoorbeeld meer dan nu samen met huisartsen inzetten op diabetes, copd of cvrm ketenzorg. Bij de transitie richting patiëntgebonden bekostiging moet aandacht zijn voor de huidige samenhang van het zorgpalet met de totale opbrengsten van de openbaar apotheker.

3.1.5 Stem wet- en regelgeving af op passende zorg

Eerstelijns apotheken en openbaar apothekers werken uiteraard binnen de grenzen van wet- en regelgeving. Wij hebben onderzocht op welke punten deze wet- en regelgeving moet worden aangepast om mogelijk te maken dat eerstelijns apotheken een grotere bijdrage kunnen leveren aan passende zorg. Hierna worden onze conclusies weergegeven; bijlage B bevat de achtergronden.

Deskundigheidsgebied en bevoegdheden openbaar apothekers

Op grond van de Wet BIG is het een beroepsbeoefenaar alleen toegestaan om zorg te verlenen als hij daartoe bevoegd en bekwaam is.

Eén van de voorstellen van dit rapport is dat openbaar apothekers bijdragen aan passende zorg doordat zij kleine kwalen gaan behandelen. Dat behoort niet tot de huidige omschrijving van het deskundigheidsgebied apotheker in de Wet BIG.

Daarnaast bepaalt de Wet BIG dat voorbehouden handelingen alleen door bepaalde, in de wet aangewezen beroepsbeoefenaren mogen worden uitgevoerd. Het betreft handelingen die, indien verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's voor de gezondheid van patiënten kunnen opleveren. Dit geldt bijvoorbeeld voor het verrichten van heelkundige handelingen, het geven van injecties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Op dit moment mogen apothekers geen van de voorbehouden handelingen van de Wet BIG uitvoeren.

Om te onderzoeken of het van toegevoegde waarde is dat apothekers kleine kwalen behandelen en daarbij voorbehouden handelingen uitvoeren, kan de overheid gebruik maken van het zogenaamde experimenteerartikel uit de Wet BIG. Artikel 36a Wet BIG biedt de mogelijkheid om bij wijze van experiment bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren voor een bepaalde periode zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Voor een experiment is een algemene maatregel van bestuur (AMvB) nodig; dat is een besluit van de regering.

Laboratoriumonderzoek aanvragen⁶

Op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt medisch-specialistische zorg alleen vergoed na een verwijzing. Dat geldt ook voor laboratoriumonderzoek.

⁶ Apothekers hebben in bepaalde gevallen ook toegang tot de uitslagen van laboratoriumonderzoek dat zij niet zelf hebben aangevraagd. Zie daarvoor bijlage B, par. III.3.

De Zvw regelt dat in elk geval de huisarts bevoegd is om een patiënt naar de medisch-specialistische zorg te verwijzen. Daarnaast kan een zorgverzekeraar hiervoor in de verzekeringsvoorwaarden ook andere categorieën van zorgaanbieders aanwijzen.

Op dit moment is het geen staande praktijk dat zorgverzekeraars ook apothekers aanwijzen als zorgaanbieder die bevoegd is om een patiënt te verwijzen naar medisch-specialistische zorg. Hierdoor vergoeden zorgverzekeraars geen laboratoriumonderzoek dat wordt aangevraagd door een apotheker.

Om dit mogelijk te maken is geen wetswijziging noodzakelijk; zorgverzekeraars kunnen deze bevoegdheid nu al in hun verzekeringsvoorwaarden aan apothekers toekennen.

Eigen risico

Huisartsenzorg is op dit moment vrijgesteld van het verplichte eigen risico in de zorgverzekering. Farmaceutische zorg valt wel onder het verplichte eigen risico.⁷ Daardoor bestaat voor patiënten een prikkel om de huisarts te consulteren in plaats van de apotheker.

Een mogelijke verschuiving van zorgtaken van huisartsenpraktijken naar openbare apotheken, zoals bij kleine kwalen, kan door dit verschil belemmerd worden. Hiervoor is in beginsel een wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig; ook dat is een besluit van de regering.

Als een experiment zou plaatsvinden bij een beperkt aantal openbare apotheken, zouden zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden kunnen bepalen dat de zorg die onder het experiment valt bij deze apotheken niet onder het verplichte eigen risico valt. In deze fase is dan geen wijziging van de wet- en regelgeving nodig.

De organisatie van de extramurale farmacie

Binnen het bestek van dit onderzoek past geen integrale beoordeling van de regulering van de openbare farmacie. De onderzochte onderdelen daarvan geven aanleiding tot de volgende kanttekeningen:

- De regelgeving heeft de apotheek en de daar werkzame apotheker als aangrijpingspunt. Daarbij valt op dat de regelgeving niet aanknoopt bij de wettelijk erkende specialistentitel van 'openbaar apotheker'.
- De wettelijke eis dat in elke apotheek (elke fysieke locatie waar geneesmiddelen worden ter hand gesteld) steeds een gevestigd apotheker aanwezig moet zijn, sluit niet aan bij de huidige communicatiemiddelen, die het goed mogelijk maken dat de gevestigd apotheker zijn werkzaamheden uitvoert zonder altijd fysiek in de apotheek te zijn (bijvoorbeeld bij thuis werken). De wettelijke eis heeft de kwaliteit van de farmaceutische zorg als doelstelling. Dat doel kan met andere voorwaarden mogelijk beter worden bereikt. We denken daarbij aan het definiëren van een 'normpraktijk' (een aantal patiënten dat één openbaar apotheker redelijkerwijs van goede farmaceutische zorg kan voorzien).⁸

⁷ Er zijn ook verschillen bij het vrijwillige eigen risico. Zie daarvoor bijlage B, par. IV.2.

⁸ Vgl. J.J. de Gier, 'Overtuigingen maken het verschil' (oratie RUG), 2005, p. 12.

- Hetzelfde geldt voor de werkzaamheden van andere medewerkers van de apotheek. Dat de IGJ voor thuiswerken tijdens de coronapandemie een speciale 'onthefing' heeft gegeven, is uit de tijd.
- Daarbij komt dat de genoemde wettelijke eis van 'één vent, één tent' de mogelijkheden voor een apotheek om – bijvoorbeeld uit een oogpunt van dienstverlening – vanuit meer dan één adres te opereren niet adequaat reguleert. De IGJ laat uitdeelposten toe met de redenering dat dit 'aard- en nagelvaste bezorgdiensten' zijn. Een dergelijke creatieve vondst geeft echter geen duidelijkheid over de normen waaraan een uitdeelpost moet voldoen. In het bijzonder is niets geregeld over het noodzakelijke niveau van betrokkenheid van een openbaar apotheker. Ook hiervoor is het definiëren van een normpraktijk mogelijk nuttig.
- In de praktijk zijn verschillende logistieke modellen ontstaan waarin niet alle terhandstellingshandelingen van geregistreerde geneesmiddelen in één apotheek plaatsvinden. De Gnw bevat op dit punt geen expliciete regels. Daardoor kan onzekerheid ontstaan over de juridische grenzen aan de mogelijkheid voor de lokale apotheek om bepaalde handelingen uit te besteden (casus Rechtbank Midden-Nederland). Ook kan onduidelijkheid ontstaan over de toedeling van verantwoordelijkheden in zo'n logistiek model (stelt de central filling-apotheek of de lokale apotheek het geneesmiddel ter hand?).

Onze conclusie is dat de Gnw en de daarop gebaseerde regelgeving op enkele belangrijke punten niet voldoende aansluiten bij al gerealiseerde ontwikkelingen in de openbare farmacie. De beperkingen, onzekerheden en onduidelijkheden die daarvan het gevolg zijn, kunnen ook gewenste ontwikkelingen in de toekomst belemmeren.

3.2 Lerend systeem

Wat werkt voor passende zorg groeit, wat niet bijdraagt, verdwijnt. Dat is de oproep van NZa en Zorginstituut. Rondom geneesmiddelengebruik in de eerstelijns zorg, is de apotheek daarvoor uiteraard de aangewezen partij. In een lerend systeem, werken openbaar apothekers aan het onderhouden en verbeteren van relevante competenties. Door te monitoren wat wel of juist geen waarde toevoegt voor de patiënt leveren zij passende zorg. Dit kan ook betekenen dat activiteiten gestopt of anders ingericht worden. Om goed te leren, is het meten van kwaliteit die er echt voor patiënten toe doet, nodig. Dat kan ook helpen bij het contracteren en succesvol samenwerken in de keten.

3.2.1 Opleidingen

Openbaar apothekers zijn voortdurend bezig met ontwikkelingen en innovaties binnen het vak. De ontwikkeling naar meer passende zorg moet daarin pro-actief worden opgepakt. Ook zal dit onderdeel van nascholing en/of herregistratie moeten zijn. De universitaire opleidingen tot openbaar apotheker besteden al meer aandacht dan voorheen aan de sociale rol van de openbaar apotheker, en het participeren in het lokale zorgveld.

In september 2021 startte het Jan van Es instituut bijvoorbeeld de tweejarige KNMP-opleiding tot kaderapotheker. Een kaderapotheker is een openbaar apotheker met bijzondere bekwaamheden op een specifiek expertisegebied. De kaderapotheker werkt vanuit de eigen zorgpraktijk samen

met apothekersgroepen en apothekersverenigingen, en zoekt verbinding met andere zorgprofessionals in de eerste en tweede lijn. Hij of zij is voor collega-apothekers, huisartsen, specialisten en instellingen het aanspreekpunt voor vragen en activiteiten op een specifiek expertisegebied.

In 2003 is de HBO-opleiding tot Farmaceutisch Consulent gestart, daarnaast bestaat er sinds 1996 een beroepsprofiel voor farmakundigen. Hiermee werden nieuwe rollen in de apotheek geïntroduceerd met meer taken, verantwoordelijkheden en vaardigheden dan de apothekersassistent. Voor de farmaceutisch consulent op het gebied van farmaceutische patiëntenzorg en medicatieveiligheid, en voor de farmakundige in de bedrijfsvoering van de openbare apotheek. Wij zien, met name voor de farmaceutisch consulent, kansen richting meer passende zorg. Echter maken we uit interviews op, dat de farmaceutisch consulent nog niet altijd een duidelijke taakomschrijving of functieprofiel heeft, en daardoor in de praktijk vaak hetzelfde werk doet als apothekersassistenten. Onderzoek toont aan dat apothekers er in slagen om hun farmaceutische zorgtaken en -verantwoordelijkheden uit te breiden door farmaceutisch consulenten op verschillende wijzen in te zetten en taken en projecten aan hen over te dragen (Optima Farma, 2021). In dit onderzoek wordt gepleit voor een meer formele vastlegging van kwaliteit en inhoud van de rol van de farmaceutisch consulent.

De reden dat de farmaceutisch consulent nog vaak op dezelfde manier wordt ingezet als de apothekersassistent heeft te maken met de beperkte beschikbaarheid van apothekersassistenten. Ondanks dat de NZa in een verkennend onderzoek naar de toegankelijkheid van de openbare apotheekzorg recent concludeerde dat er geen signalen zijn van acute problemen in het borgen van toegankelijkheid van apotheekzorg (NZa, 2021), maken wij uit de gesprekken en interviews op dat er wel een tekort is aan apothekersassistenten. De hoeveelheid regels en administratieve werkzaamheden in de openbare apotheek leiden tot een hoge werkdruk en minder beschikbare tijd voor de patiënt. De beroepsvereniging voor apothekersassistenten luidde onlangs zelfs de noodklok (OptimaFarma, 2021). Wij verwachten dat door in te zetten op innovatie en tijdbesparende veranderingen (zoals het volgsbeleid in §4.3.3) aan de roep van apothekersassistenten gehoor kan worden gegeven doordat zij meer ruimte overhouden voor de zorg.

3.2.2 Experimenteren

Er is ruimte om te experimenteren met passende zorg. De Minister van VWS kan bij wijze van een experiment voor bepaalde tijd toestaan dat bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren, bepaalde voorbehouden handelingen mogen verrichten. Deze beroepsbeoefenaren zijn meestal zogenaamde 'nieuwe beroepen' zoals nurse practitioners (np) en physician assistants (pa), maar dit kunnen natuurlijk ook farmaceutisch consulenten of apothekers zijn. Ook is het voor te stellen dat de np of pa vanuit de apotheek werkt.

Deze mogelijkheid is in 2012 toegevoegd aan de Wet BIG om taakherschikking mogelijk te maken (§3.1.5). Daarbij worden routinematige handelingen overgedragen aan (in de regel) lager opgeleide professionele zorgverleners binnen de gezondheidszorg. Taakherschikking moet helpen

om het capaciteitsprobleem in de zorgsector op te lossen door efficiëntere inzet van de beschikbare zorg.

Gedurende ‘een experiment’ wordt bekeken of voor de toegekende voorbehouden handelingen een zelfstandige bevoegdheid noodzakelijk is voor een bepaalde groep beroepsbeoefenaren. Met de tijdelijke regeling, kan worden onderzocht of de zorg aan patiënten kwalitatief van goed niveau is en of die effectiever en doelmatiger wordt als een beroepsgroep zelfstandig kan beslissen over het al dan niet uitvoeren van die voorbehouden handelingen. Ook kan soms al gepilot worden binnen de huidige wet- en regelgeving. Zie bijvoorbeeld het voorbeeld van de Friese apotheek voor een pilot waarbij de apotheek vaccineerde (§ 2.3.2).

3.2.3 Transparantie over kwaliteit

Sinds 2007 worden jaarlijks kwaliteitsindicatoren onder openbare apotheken uitgevraagd. De huidige set met indicatoren gaat in op medicatiebewaking, diabetes en GDV. Deze indicatoren zijn gekoppeld aan drie van de tien richtlijnen die de Professionele Standaard nu kent (§3.1.1). De indicatoren gaan in de randvoorwaarden om goede zorg te kunnen verlenen, en op het proces van zorgverlening zelf. Apothekers kunnen benchmarks opvragen bij de SKIF (Stichting KwaliteitsIndicatoren Farmacie). Om de kwaliteit van farmaceutische zorg te meten vanuit het perspectief van de patiënt wordt jaarlijks voor de gehele markt de PREM uitgevraagd, dit is opgenomen in het contract met zorgverzekeraars. Ook voor de patiënt wordt kwaliteit zoveel mogelijk inzichtelijk gemaakt, bijvoorbeeld bij de ‘extra informatie’ op apotheek.nl waarin onder andere wordt aangegeven of een openbare apotheek gecertificeerd is volgens de HKZ-norm. Daarnaast geven (sommige) openbaar apothekers inzicht in de klanttevredenheid, bijvoorbeeld via een widget op de website.

Het is dus niet zo dat kwaliteit niet gemeten of geborgd wordt, resultaten van kwaliteitsindicatoren zijn echter niet eenvoudig toegankelijk voor derden. Tijdens de gesprekken merkten we dat er behoefte is aan meer transparantie over kwaliteit. Met meer transparantie van kwaliteit van de passende farmaceutische zorg, wordt duidelijk wat wel en niet werkt. Dat is nodig om te kunnen leren, en kan bovendien het comfort geven om de contractering meer op zorg te richten. Die transparantie bieden andere zorgverleners wel. De kwaliteitsindicatoren van alle ziekenhuizen en particuliere klinieken in Nederland zijn bijvoorbeeld te vinden op de website van DHD.

3.3 Decentrale toepassing

Passende zorg komt in de regio tot stand. Apothekers werken dan ook steeds nauwer samen met andere zorgaanbieders in de regio. Aandacht daarvoor in de regiobeelden die de NZa volgens het Coalitieakkoord gaat maken, is dan ook gewenst (§3.3.1). Contractering met volgsbeleid (§3.3.3) en volledige en tijdige regionale gegevensuitwisseling (§3.3.4) zouden de regionale samenwerking voor passende farmaceutische zorg verder versterken.

3.3.1 Betrek openbare farmacie in de regiobeelden

Voor bijna iedereen is er een openbare apotheek dichtbij. Juist het fijnmazige netwerk van openbare apotheken in de wijken en dorpen, kan bijdragen aan zorg die is afgestemd op de wens van de patiënt. Door samen op te trekken met lokale zorgverleners zoals huisartsen, paramedici, wijkverpleging en sociaal domein, wordt werkelijk rekening gehouden met de lokale situatie. Apothekers werken daarom ook al vaak samen per regio. De rol van de openbare farmacie moet natuurlijk worden meegenomen in de regiobeelden. Met de inzichten uit de regiobeelden, kunnen de regionale zorgverleners samen werken aan passende zorg.

3.3.2 Organiseer farmaceutische patiëntenzorg in de eerste lijn, zowel landelijk als regionaal

Keer op keer benadrukken geïnterviewden dat de lokale afstemming met andere zorgverleners zeer belangrijk is. De KNMP publiceerde recent (februari 2022) haar visie op de regionale samenwerking in de farmaceutische zorg onder het motto 'regionaal georganiseerd, landelijk verenigd' (KNMP, 2022). Daar wordt de noodzaak benoemd om in iedere regio met één organisatorisch aanspreekpunt voor de farmaceutische zorg te komen. Uit de gesprekken maken we op dat dat nog niet in iedere regio goed is geregeld. Het lijkt erop dat de huisartsenzorg hier al een stap verder is, mogelijk hangt dit samen met de O&I financiering waarvoor zorgverzekeraars met huisartsenorganisaties overeenkomsten hebben afgesloten maar waarbij openbaar apothekers vrijwel niet betrokken zijn. Onder andere doordat er geen financiering is zijn regionale samenwerkingsverbanden van openbare apotheken vaak geen formele organisatie met ondersteunende staf, maar leunen op de inzet van enkele leden.

Voorbeeld – regionale afspraken voor keten dbc's

Eerstelijns zorg wordt uiteraard nabij de patiënt geleverd op basis van regionale afspraken. In Zuidoost Brabant maakt bijvoorbeeld de Zorggroep Cazo die afspraken sinds 2011 namens 21 aangesloten apotheken. Door samen te werken met zorggroepen van huisartsen, ontstaat een gezamenlijke aanpak rondom de patiënt. Hiertoe worden in de contracten met zorgverzekeraars gezamenlijk met zorggroepen van huisartsen afspraken gemaakt, en worden bijvoorbeeld medicatiebeoordelingen gezamenlijk ingekocht.

De ACM geeft overigens wel ruimte voor lokale afstemming, zeker als dat in overleg met de zorgverzekeraar tot stand komt. Er is ook ruimte dat zorgverzekeraars afspraken van andere zorgverzekeraars volgen. Partijen zouden daarover overkoepelende afspraken kunnen maken in het kader van een integraal hoofdlijnenakkoord voor de zorg (§3.1.2).

3.3.3 Contracteer openbare apotheken met volgbeleid

Waar huisartsen met alle zorgverzekeraars het beleid van de preferente zorgverzekeraar in hun regio volgen, geldt dat niet voor openbaar apothekers. Apothekers sluiten met iedere zorgverzekeraar een ander contract. Iedere zorgverzekeraar heeft eigen preferentiebeleid, waardoor het aantal wisselingen onnodig hoog is om het effect, lage prijzen voor de premiebetaler, te bereiken. Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat dit veel tijd en energie kost, zowel voor de apotheker als de huisarts.

Dit belemmert passende farmaceutische zorg in samenhang met de huisarts. Passende farmaceutische zorg in samenhang met huisartsen vraagt om bijbehorende contractering én een bijbehorende bekostiging (§3.1.4). Daarbij moet aandacht zijn voor hoe de huidige contractering en bekostiging voor openbaar apothekers samenhangt met het zorgpalet dat zij bieden. Als zorgverzekeraars voor contracteren van openbare apotheken de preferente zorgverzekeraar volgen, kan de zorgverzekeraar beter dan nu het inkoopbeleid over de gehele keten harmoniseren of zelfs overgaan tot multidisciplinaire inkoop. Het stimuleert samenwerking binnen de verschillende onderdelen van de zorgverzekeraar. Daarnaast scheelt het veel administratieve lasten.

De ACM stelt: “Volgbeleid kan bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, nu en in de toekomst, en past goed binnen de concurrentieregels” en geeft aan hoe volgbeleid vormgegeven kan worden (ACM, 2022b). Er is dus ruimte om dit, binnen de huidige regelgeving, met zorgverzekeraars af te spreken. De ACM wijst daarbij specifiek naar het mogelijk volgen omdat regionaal goede afspraken zijn gemaakt.

Hoe de inrichting en uitwerking van het toepassen van een volgbeleid bij het contracteren van openbare apotheken exact in zijn werk kan gaan, zal nader onderzocht moeten worden. Als we het inkoopbeleid farmaceutische zorg van de vier grootste zorgverzekeraars CZ, VGZ, Menzis en Zilveren Kruis vergelijken (zie Bijlage C), zien we veel inhoudelijke overlap en juist verschillen vooral op de bekostiging en contracteerproces (CZ, 2021) (VGZ, 2021) (Zilveren Kruis, 2021) (Menzis, 2021):

- Op onder andere het gebied van Juiste Zorg op de Juiste Plek, duurzaamheid, en kostenbeheersing en gepast gebruik van geneesmiddelen is het inkoopbeleid vrijwel vergelijkbaar. Drie van de vier zorgverzekeraars benoemen de Green Deal Duurzame Zorg en verwijzen naar de landelijke ontwikkelingen voor een uniforme zorginfrastructuur. We verwachten dat een gezamenlijke visie op bovengenoemde onderwerpen weinig aanpassingen behoeft.
- Op de onderwerpen vergoedingen en tariefstelling, en contracteervoorwaarden zien we wel verschillen.
 - De vier zorgverzekeraars werken allen met een preferentiebeleid voor het vaststellen van vergoedingen van medicijnen. Zilveren Kruis werkt hiernaast ook met het IDEA-inkoopmodel. Een gezamenlijk beleid op het inkopen van medicijnen zal moeten worden vastgesteld.
 - Ook in de voorwaarden van contractering lezen we verschillen tussen de zorgverzekeraars. CZ contracteert op basis van Vektis gegevens, VGZ op basis van (zelf bepaalde) apotheekprofielen, en Menzis biedt apotheken een Start- Basis- of Plusovereenkomst aan gebaseerd op minimeisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen.
 - Menzis, VGZ en Zilveren Kruis benoemen dat ze alleen nieuwe apotheken contracteren als er in de regio onvoldoende aanbod is, terwijl CZ schrijft dat nieuwe apotheken onder bepaalde voorwaarden een overeenkomst kunnen krijgen. Voor de aanvullende afspraken hanteert VGZ daarnaast aanvullende criteria, zoals in hoeverre er sprake is van toename van de keuzemogelijkheden voor verzekerden.

Andersom wordt van de contracteerpartijen van de openbare apotheken in een regio, uiteraard ook samenwerking verwacht. Immers, huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners en zorgverzekeraars zullen niet met iedere keten een andere afspraak willen maken.

Ook is het nodig dat het voor partijen duidelijk is wat de ACM hier wel en niet toestaat. De bestaande leidraden, richtsnoeren en overige informatie van de ACM hierover blijken de veldpartijen nog niet altijd voldoende comfort te geven (ACM, 2022).

Omdat er met regionale representatie bovendien per regio één preferentiebeleid wordt gevolgd, dalen administratieve lasten verder, is er van minder verschillende producenten preferente geneesmiddelen voorraad nodig, en zijn er minder arbeidsintensieve wisselingen van geneesmiddelen die op onbegrip bij patiënten stuiten, en ervaren minder patiënten last van het wisselen (Gupta Strategists, 2019).

3.3.4 Breng regionale gegevensuitwisseling snel op orde

Voor effectieve regionale samenwerking is tijdige en volledige gegevensuitwisseling cruciaal. We begrijpen uit de gesprekken en interviews dat deze koppeling in de praktijk nog niet altijd goed op orde is. Daardoor heeft de openbaar apotheker te vaak geen volledig overzicht van de medicatie. Meestal verloopt de gegevensuitwisseling tussen huisarts en nabije openbaar apothekers al goed, maar vooral de uitwisseling met de tweedelijns zorg en met de poliklinische apotheek laat te wensen over. Het komt bijvoorbeeld voor dat medicatie gestopt wordt, maar dit niet gecommuniceerd wordt met de openbaar apotheker. Ook als bij de dienstapotheek medicatie wordt gehaald, is dat niet altijd bekend. Dat levert soms problemen op in de wijkverpleging die dan de openbaar apotheker moet vragen om het dossier handmatig aan te passen alvorens die het geneesmiddel mogen toedienen. Overigens wordt ook vaak de algemene verordening gegevensbescherming als belemmerend gezien. Veel patiënten hebben nog geen toestemming verleend voor gegevensuitwisseling. Het Ministerie van VWS heeft een Kwartiermaker Farmacie aangesteld voor het zorgbrede Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP). Doel is om ook meer zorginhoudelijke informatie beschikbaar te maken voor de openbaar apotheker zodat die zijn rol beter kan vervullen.

4 Bibliografie

- Abadier, M. (2021, 10 29). Nu investeren in gezondheid betekent later kosten besparen. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- ACM. (2022, januari 18). *Samenwerken in de eerstelijns zorg*. Opgehaald van Autoriteit Consument en Markt: <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerken-in-de-zorg/samenwerking-tussen-eerstelijns-zorgaanbieders>
- ACM. (2022b, februari 2). *Ruimte voor volgebeleid in zorg en preventie*. Opgehaald van Autoriteit Consument en Markt: <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/ruimte-voor-volgebeleid-zorg-en-preventie>
- Berenschot. (2018). *Effecten van het preferentiebeleid op beschikbaarheid van geneesmiddelen*.
- Boag, L., Maclure, K., Boyter, A., Cunningham, S., Akram, G., McQuillan, H., & Stewart, D. (2021). Public perceptions and experiences of the minor ailment service in community pharmacy in Scotland. *Pharmacy Practice*, 2152.
- Capaciteitsorgaan. (2017). *Capaciteitsplan 2017 Openbaar apothekers - een eerste richtinggevende raming*.
- CBS. (2019). *Kernprognose 2019-2060: 19 miljoen inwoners in 2039*.
- CBS. (2021, december 10). *Personen met verstrekte geneesmiddelen; leeftijd en geslacht*. Opgehaald van CBS: <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81071ned>
- CPB. (2019). *Middellange termijnverkenning zorg 2022-2025*.
- CZ. (2021). *Zorginkoopbeleid farmaceutische zorg 2022*.
- Ecorys. (2021). *MKBA Medicatieoverdracht*.
- Equalis. (2017). *BENU Medicijnmonitor voorkomt ziekenhuiskosten en farmaciekosten*.
- Erasmus MC. (2017). *Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*.
- Gezond010. (2022, januari 11). *BENU gaat na succesvolle pilot door met gratis Gezondheidscheck*. Opgehaald van Gezond010: <https://gezond010.nl/gezondheidscheck-benu-succes/>
- Gupta Strategists. (2019). *Wisselen van geneesmiddelen - onderzoeksrapport*.
- Heringa, M., Krijger, A.-M., Hugtenburg, J., & Denig, P. (2021). Deprescribing van bloedglucoseverlagende medicatie bij diabetes type 2 - Apothekers actief met minderen van diabetesmedicatie bij ouderen. *Pharmaceutisch Weekblad*.

- InEen. (2021). *Plan van Aanpak Kwetsbare Ouderen - Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk*.
- JZOJP. (2021). *Praktijkvoorbeelden*. Opgehaald van De Juiste Zorg op de Juiste Plek: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/palliatieve-patienten-ontzorgt-met-farmabuddy/>
- KNMP. (2019). *Onderzoek geneesmiddelttekorten*.
- KNMP. (2020, mei 1). *Nieuws*. Opgehaald van KNMP: <https://www.knmp.nl/actueel/nieuws/nieuws-2020/huiselijk-geweld-melden-bij-apotheek-via-codewoord>
- KNMP. (2020). *Toekomstvisie openbare farmacie - goede farmaceutische zorg in de buurt*.
- KNMP. (2021, Juni). *KNMP-richtlijn Consultvoering*. Opgehaald van KNMP.
- KNMP. (2022). *Regionaal georganiseerd, landelijk verenigd. Visie regionale samenwerking in de farmaceutische zorg 2022*.
- Kooij, M., Heerdink, E., Dijk, L. v., Geffen, E. v., Belitser, S., & Bouvy, M. (2017). Telefonische startbegeleiding door apothekers verbetert de therapietrouw; een cluster-gerandomiseerd onderzoek. *Pharmaceutisch Weekblad*, 19-26.
- Lambert, M., Loon, E. v., & Taxis, K. (2021, 6 25). De juiste aandacht voor het juiste recept. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- Larik, R., Krijger, A.-M., & Sijpkens, Y. (2021). Metabole fitheid als antwoord op toename chronische ziekten. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- Leefstijlapotheeker. (2022, januari 19). Opgehaald van De leefstijlapotheeker: <https://deleefstijlapotheeker.nl/>
- LHV. (2021, oktober 13). *Huisartsen met handen in het haar om bezetting rond te krijgen*. Opgehaald van LHV: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuwsberichten/huisartsen-met-handen-in-het-haar-om-bezetting-rond-te-krijgen/>
- LHV en InEen. (2021, juli 20). Brief LHV en InEen aan Coöperatie VGZ. *Zorginkoopbeleid farmacie*.
- Menzis. (2021). *Zorginkoopbeleid Farmaceutische Zorg 2022*.
- Mosadex. (2021, februari 14). *Leefstijl als medicijn voor diabetes*. Opgehaald van Mosadex: <https://www.mosadexgroep.nl/actueel/leefstijl-als-medicijn-voor-diabetes>
- Nazar, H., Nazar, Z., Yeung, A., Maguire, M., Conelly, A., & Slight, S. (2018). Consensus methodology to determine minor ailments appropriate to be directed for management within community pharmacy. *Res. in Soc. and Adm. Pharmacy*, 1027-1042.
- NeLL. (2021, augustus 19). *National EHealth Living Lab*. Opgehaald van Twitter: https://twitter.com/COPD_research/status/1428427637999943697
- Nivel. (2020). *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2018*.

- NZa. (2021). *Verkenkend onderzoek toegankelijkheid openbare apotheekzorg*.
- NZa en Zorginstituut. (2020). *Samenwerken aan passende zorg - de toekomst is nú*.
- Optima Farma. (2021, September). *Farmaceutisch Consulent maakt uitbreiding zorgtaken in apotheek mogelijk*. Opgehaald van Optima Farma: <https://optimafarma.nl/farmaceutisch-consulent-maakt-uitbreiding-zorgtaken-in-apotheek-mogelijk/>
- OptimaFarma. (2021, Juli). *#WeSlikkenHetNietLanger*. Opgehaald van Optima Farma: <https://optimafarma.nl/we-slikken-het-niet-langer/>
- Patiëntenfederatie. (2018). *Wisselen van medicijnen*.
- Patiëntenfederatie. (2018). *Zorg bij medicijngebruik dichtbij mensen*.
- PGEU. (2021). *Position Paper on the Role of Community Pharmacists in COVID-19 - Lessons learned from the pandemic*. Brussel: Pharmaceutical Group of the European Union.
- Pharmacy Research UK. (2014). *Community Pharmacy Management of Minor Illness*.
- Pol, J. v., Geljon, J., Belister, S., Frederix, G., & Hövels, A. B. (2019). Pharmacy in transition: A work sampling study of community pharmacists using smartphone technology. *Res. Social Adm. Pharm.* , 70-6.
- PW. (2020, januari 17). Het verhaal achter de patiënt - Florus Krijgsman heeft oog voor eenzame patiënten. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- PW. (2020, Oktober 30). MFB's ingezet voor bijsturen therapie kwetsbare oudere. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- PW. (2021, juni 18). Bewustzijn nodig om overbodig stapelen van geneesmiddelen te voorkomen. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- PW. (2021, juli 30). De apotheek als gezondheidshuis in de wijk, voor alle relevante vragen. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- PW. (2021, 11 25). Friese apotheker vaccineert eerste patiënten in zijn apotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- PW. (2021, November 26). Openbaar apothekers minderen geneesmiddelen bij overbehandeling diabetes. *Pharmaceutisch Weekblad*.
- RIVM. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*.
- RIVM. (2021). *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid*.
- RVS. (2021). *Opnieuw akkoord?*
- SER. (2021). *Zorg voor de toekomst – over de toekomstbestendigheid van de zorg*.
- SFK. (2021). *Data en feiten 2021 – Het jaar 2020 in cijfers*.

- SFK. (2022, januari 13). *Medicatiebeoordelingen vooral bij polyfarmacie*. Opgehaald van SFK:
<https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2022/medicatiebeoordeling-vooral-bij-polyfarmacie>
- Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., & Barnett, S. (2017). What is eHealth - Development of a conceptuel model for eHealth: Qualitatives study with key informants. *J. Med. Internet Research*.
- SiRM. (2018). *Versterking van de zorgfunctie van openbaar apothekers*.
- SiRM. (2021). *Een vernieuwd akkoord*.
- SiRM. (2021). *Substantieel potentieel*.
- Streekblad Zoetermeer. (2021, November 15). *Voorkomen is beter dan genezen*. Opgehaald van Streekblad Zoetermeer:
<https://www.streekbladzoetermeer.nl/nieuws/actueel/128555/voorkomen-is-beter-dan-genezen->
- Taskforce JZOJP. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - wie durft*.
- VGZ. (2021). *Inkoopbeleid extramurale farmaceutische zorg 2022*.
- VVD, D66, CDA, CU. (2021). *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst*.
- WRR. (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*.
- Zilveren Kruis. (2021). *Inkoopbeleid extramurale farmacie 2022*.

Bijlage A – Aanpak van het onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Mosadex Groep door Jan-Peter Heida en Emma Brocken van SiRM en Joris Rijken en Ava Keijzer van AKD.

Het onderzoek is in vier fases uitgevoerd tussen september 2021 en januari 2022. De resultaten van iedere fase zijn samengevoegd om te komen tot de bespreking van passende farmaceutische zorg en bijbehorende randvoorwaarden. Aan het eind van iedere fase bespraken we de resultaten met de stuurgroep. De stuurgroep bestond uit Adrienne van Strien en Ard van der Meij van Mosadex Groep en Loes Schiere van NApCo.

Fase 1 – vaststellen toekomstige positie openbare farmacie

In de eerste fase is de toekomstige positie van de openbare farmacie onderzocht middels twee brainstormsessies met ieder vijf openbaar apothekers (Tabel 1). Tijdens de brainstormsessies kwamen focusgebieden naar voren die in verdiepende interviews, hoofdzakelijk met apothekers, verder zijn onderzocht.

Tabel 1 Overzicht van deelnemende apothekers en anderen (*) aan brainstormsessies en geïnterviewden voor Fase 1

Brainstormsessie 1	Brainstormsessie 2	Interviews
Cees Dekkers*	Harm Geers	Rik van Aalst
Egbert Greving	Roelof-Jan Gores	Karin Beuning
Evelyn Schuil-Vlassak	Linda Jonkers	Casper Bongarts
Laurens Schulp	Marcel Kooij	Marc Bruijnzeels*
Monique aan de Stegge	Elien Peterse	Luuk van den Einden*
		Jan-Erik de Wildt*

Fase 2 – onderzoeken marktinrichting passend bij toekomstige positie

In de tweede fase is aan de hand van de opgehaalde informatie uit fase 1, de toekomstige positie van de openbare farmacie vertaald naar de rol van de openbaar apotheker in passende zorg. Daarnaast is onderzocht welke wijzigingen in de marktinrichting nodig zijn om deze rol te versterken. Hiertoe is de inbreng uit de brainstormsessies en interviews uit fase 1 gecombineerd met aanvullende analyses en verdiepingen op basis van deskresearch.

Fase 3 – inventariseren benodigde veranderingen

In de derde fase hebben we een brede inventarisatie gedaan van de benodigde veranderingen in regelgeving, structuur en gedrag om nog meer passende farmaceutische zorg te leveren. Als

onderdeel van fase 3 zijn nogmaals acht verdiepende interviews gehouden met verschillende partijen (Tabel 2).

Tabel 2 Overzicht van geïnterviewden voor Fase 3

Interviews	Organisatie	Achtergrond
Marcel Brekelmans	Thebe	Manager wijkverpleging
Ebian Brill	ZFC	OA, lid onderhandelteam ZFC
Marco van Duuren	Aafje	Programmamanager behandeling
Henk Eleveld	Menzis	Beleidsadviseur farmacie
Ellen Huijbers	Zorggroep DOH	Medisch directeur
Nicole Kien	LS&H Lawyers	Advocaat gezondheidszorg
André Louwen	SGZ	Voorzitter RvB
Bea van der Veen	NFZ	Algemeen directeur

Fase 4 – opstellen eindrapportage

In de vierde fase zijn alle bevindingen uit bovengenoemde fases samengevoegd, om zo te komen tot onderliggend eindrapport.

Bijlage B – Juridische onderbouwing bij aan te passen wet- en regelgeving

I Inleiding

1. Deze bijlage bij het rapport beschrijft een aantal juridische achtergronden en aandachtspunten.

II Het deskundigheidsgebied en de bevoegdheden van openbaar apothekers

II.1 Wettelijke titel-, specialisme- en opleidingsbescherming

2. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ('**Wet BIG**') kent een stelsel van titelbescherming. Voor bepaalde beroepen, waaronder de apotheker, ontstaat het recht op het voeren van een beroepstitel door inschrijving in een register.⁹
3. De regering heeft de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur ('**AMvB**') aan specialistentitels wettelijke bescherming te verlenen.¹⁰ Het specialisme moet liggen binnen het vakgebied van een beroep waar de Wet BIG titelbescherming aan toekent.¹¹ Om voor erkenning in aanmerking te komen moet een specialisme voldoende kunnen worden onderscheiden van andere specialismen: het zal een 'eigen plaats' moeten hebben en voldoende uitgekristalliseerd moeten zijn. De Wet BIG stelt voorwaarden aan de erkenning, waaronder het bestaan van een organisatie die regels stelt ten aanzien van het afgeven van de specialistentitel.¹²
4. Voor het beroep apotheker zijn twee specialismen erkend: openbaar apotheker en ziekenhuisapotheker.¹³

II.2 Bevoegdheden apothekers

5. De Wet BIG beschrijft de bevoegdheden van apothekers. Tot het gebied van deskundigheid van de apotheker worden gerekend:
 - a. het bereiden van geneesmiddelen,
 - b. het bewaren van geneesmiddelen onder de daarvoor volgens de stand van de wetenschap geschikte omstandigheden,
 - c. het ter hand stellen,
 - d. het geven van advies aan de patiënten aan wie geneesmiddelen ter hand worden gesteld over het gebruik daarvan, en het bewaken van het gebruik van de aan patiënten ter hand gestelde geneesmiddelen.¹⁴

II.3 Voorbehouden handelingen

⁹ Het betreft beroepen die artikel 3 Wet BIG beschrijft.

¹⁰ Artikel 14 Wet BIG.

¹¹ Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 20, p. 22

¹² Artikel 14 lid 2 Wet BIG.

¹³ Zie resp. *Stcrt.* 2016, 178 en *Stcrt.* 2001, 82, p. 38.

¹⁴ Artikel 23 Wet BIG.

6. Uitoefening van de geneeskunst wordt in beginsel vrijgelaten. Voor een aantal handelingen geldt dat verrichten van deze handelingen is voorbehouden aan bij de Wet BIG aangewezen beroepsbeoefenaren.¹⁵ Het betreffen handelingen die, indien verricht door ondeskundigen, onverantwoorde risico's voor de gezondheid van patiënten kunnen opleveren. Het verrichten van anderen dan bij de wet aangewezen beroepsbeoefenaren op eigen gezag is strafbaar.¹⁶ Het is bekwame, niet bij de wet aangewezen beroepsbeoefenaars wel toegestaan om in opdracht van een zelfstandig bevoegd beroepsbeoefenaar een voorbehouden handeling uit te voeren.
7. De Wet BIG kent apothekers geen bevoegdheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen toe. Apothekers zijn daarom niet zelfstandig bevoegd tot:¹⁷
 - a. het verrichten van heelkundige handelingen,¹⁸
 - b. het verrichten van verloskundige handelingen,
 - c. het verrichten van endoscopieën,
 - d. het verrichten van katheterisaties,
 - e. het geven van injecties,
 - f. het geven van punkties,
 - g. het brengen onder narcose,
 - h. gebruik te maken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende straling uitzenden,
 - i. het verrichten van electieve cardioversie,
 - j. het toepassen van defibrillatie,
 - k. het toepassen van electroconvulsietherapie,
 - l. steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden,
 - m. het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap,
 - n. en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.¹⁹
8. De Geneesmiddelenwet bevat handelingen die aan apothekers zijn voorbehouden, zoals het terhandstellen van bepaalde geneesmiddelen. Deze handelingen worden hierna in par. V besproken.

II.4 Experimenteerartikel Wet BIG

9. De Wet BIG biedt de mogelijkheid om bij wijze van experiment bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren, via lagere wetgeving voor een bepaalde periode zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen.²⁰ Deze voorbehouden handelingen wijst de minister aan bij AMvB.²¹
10. Taakherschikking moet als oplossing dienen voor het capaciteitsprobleem in de zorgsector door een efficiëntere inzet van de beschikbare zorg. Gedurende 'een experiment' wordt bekeken of voor de toegekende voorbehouden handelingen een zelfstandige bevoegdheid noodzakelijk is voor een bepaalde groep beroepsbeoefenaren. De tijdelijke regeling, waarin bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren zelfstandig bevoegd worden verklaard om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten, moet een antwoord mogelijk maken op de vraag of de zorg aan patiënten kwalitatief van goed niveau is en

¹⁵ MvT, Kamerstukken II 1985/86, 19522, 3, p. 2.

¹⁶ Artikel 97 Wet BIG.

¹⁷ Artikel 36 Wet BIG.

¹⁸ Onder heelkundige handelingen verstaat artikel 36 lid 1 Wet BIG: 'handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt'.

¹⁹ Artikel 1 lid 1 onder s Gnw verstaat onder UR-geneesmiddel 'een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld'.

²⁰ Artikel 36a Wet BIG.

²¹ Waar deze bijlage over minister spreekt, wordt de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport bedoeld.

in hoeverre de zorg effectiever en doelmatiger is geworden doordat de beroepsgroep zelfstandig kan beslissen over het al dan niet uitvoeren van die voorbehouden handelingen.²²

11. Tot op heden zijn aan zogenaamde 'nieuwe beroepen' bevoegdheden toegekend, zoals aan de verpleegkundige specialisten, physician assistants en klinisch technologen. De memorie van toelichting beschrijft expliciet dat ook aan huidige beroepen nieuwe taken en bevoegdheden kunnen worden toegekend.²³

III Laboratoriumonderzoek

III.1 Inleiding

12. In deze paragraaf beschrijven wij het aanvragen van laboratoriumonderzoek door apothekers (III.2) en het door apothekers raadplegen van uitslagen van laboratoriumonderzoek, aangevraagd door een derde beroepsbeoefenaar (III.3).

III.2 Het aanvragen van laboratoriumonderzoek door apothekers

13. De Zorgverzekeringswet ('Zvw') verplicht een verwijzing voor een medisch specialistische zorg. Laboratoriumonderzoek, ook wel bekend als 'eerstelijns diagnostiek', wordt aangemerkt als medisch specialistische zorg. Zonder verwijzing valt de eerstelijns diagnostiek niet onder het verzekerde basispakket.
14. De Zvw regelt dat in elk geval de huisarts bevoegd is om een patiënt naar de medisch specialistische zorg door te verwijzen. Daarnaast mag een zorgverzekeraar in de modelpolis ook andere categorieën van zorgaanbieders hiervoor aanwijzen.²⁴
15. Een zorgverzekeraar kan er dus voor kiezen om ook de apotheker als verwijzend zorgaanbieder in de modelpolis aan te wijzen. Dat is op dit moment geen staande praktijk. Hierdoor vergoeden zorgverzekeraars geen laboratoriumonderzoek dat wordt aangevraagd door een apotheker.

III.3 Het raadplegen van laboratoriumonderzoek aangevraagd door een derde zorgverlener

16. De apotheker kan laboratoriumuitslagen die noodzakelijk zijn bij de terhandstelling van een geneesmiddel aan de patiënt opvragen, raadplegen en bewaren.²⁵ De apotheker vraagt de laboratoriumuitslagen op bij degene die de uitslagen onder zich heeft en diegene verstrekt deze.²⁶ De patiënt moet de apotheker daartoe uitdrukkelijk zijn toestemming geven.
17. De minister kan in een ministeriële regeling per categorie geneesmiddelen regels stellen over de laboratoriumgegevens die noodzakelijk zijn bij de terhandstelling van die geneesmiddelen. Daarnaast kan hij regels stellen over de verplichtingen van de beroepsbeoefenaar en de wijze van verstrekking van de laboratoriumgegevens aan de apotheker.²⁷
18. De minister heeft van deze bevoegdheid gebruik gemaakt door te bepalen dat indien een beroepsbeoefenaar bij een patiënt nader onderzoek heeft laten uitvoeren naar de nierfunctie, hij afwijkende

²² MvT, Kamerstukken II 2009/2010, 32261, 3, p. 6.

²³ MvT, Kamerstukken II 2009/2010, 32261, nr. 3, p. 3.

²⁴ Artikel 14 lid 2 Zvw.

²⁵ Zie ook <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/uitwisseling-labwaarden.htm> en <https://www.knmp.nl/patientenzorg/medicatiebewaking/reden-van-voorschrijven-en-labwaarden>.

²⁶ Artikel 66a lid 1 Gnw.

²⁷ Artikel 66a lid 2 Gnw.

nierfunctiewaarden meedeelt aan de daartoe door de patiënt aangewezen apotheker.²⁸ Daarbij gaat het dus om een mededelingsplicht van de beroepsbeoefenaar. Anders dan ten aanzien van andere laboratoriumwaarden, is voor het doorgeven van de afwijkende nierfunctiewaarden geen toestemming van de patiënt nodig.

IV Eigen risico

IV.1 Verplicht eigen risico

19. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.²⁹ De Zvw kent twee mogelijkheden om bepaalde vormen van zorg van het verplichte eigen risico uit te sluiten.
20. In de eerste plaats kan de regering in een AMvB vastgestelde vormen van zorg of diensten aanwijzen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.³⁰ Deze vormen van zorg zijn op dit moment:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. bepaalde zorg aan de (potentiële) donor van transplantatiemateriaal,
 - f. bepaalde kosten van vervoer in verband met de selectie, opname en ontslag van de (potentiële) donor van transplantatiemateriaal, en
 - g. verpleging en verzorging.³¹
21. In de tweede plaats kan een zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden door de regering aangewezen vormen van zorg aanwijzen als zorg die niet onder het verplicht eigen risico valt.³²
22. Het betreft de situaties dat:
 - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.³³
23. De zorgverzekeraar zal wel aan iedere verzekerde die naar zo'n preferente zorgaanbieder gaat, dezelfde vrijstelling moeten verlenen. Hij zal zijn preferente zorgaanbieders en de mate van vrijstelling die geldt, daarom in zijn modelovereenkomst (en daarmee ook in iedere individuele zorgpolis) moeten opnemen.³⁴

²⁸ Artikel 6.10 Regeling Geneesmiddelenwet.

²⁹ Artikel 19 lid 1 Zvw.

³⁰ Artikel 21 lid 2 Zvw.

³¹ Artikel 2.17 lid 1 Besluit zorgverzekering.

³² Artikel 21 lid 3 Zvw.

³³ Artikel 2.17 lid 2 Besluit Zorgverzekering.

³⁴ MvT Wijzing van Zorgverzekeringswet, *Kamerstukken II* 2006-2007, 31 094, nr. 3, p. 13.

IV.2 Vrijwillig eigen risico

24. Bovenop het verplichte eigen risico kunnen verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. In ruil voor dit vrijwillige eigen risico kunnen zorgverzekeraars een korting op de premie aanbieden. Die korting moet voor elke verzekerde op dezelfde wijze worden bepaald.³⁵ Ook voor het vrijwillig eigen risico geldt dat kosten daar op twee manieren buiten kunnen vallen.
25. In de eerste plaats kan de regering vormen van zorg aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen.³⁶ Van deze mogelijkheid is gebruik gemaakt voor het inschrijftarief van de huisarts.³⁷
26. In de tweede plaats kan de zorgverzekeraar hierbovenop vormen van zorg aanwijzen die voor zijn verzekerden niet onder het vrijwillig eigen risico vallen.³⁸

V **De organisatie van extramurale farmacie**

V.1 De apotheek

27. De Geneesmiddelenwet ('Gnw') verbiedt het te koop aanbieden, verkopen of ter hand stellen van UR- en UA-geneesmiddelen. Dit verbod is niet van toepassing op 'apothekers die hun beroep in een apotheek uitoefenen'.³⁹
28. De Gnw verstaat onder apotheek:

*"een lokaal of een samenhangend geheel van lokalen waarin geneesmiddelen worden bereid, ter hand gesteld en ten behoeve van terhandstelling in voorraad worden gehouden, dan wel alleen ter hand worden gesteld en daartoe in voorraad worden gehouden".*⁴⁰
29. De Gnw stelt aan apothekers die hun beroep in een apotheek uitoefenen een aantal regels van organisatorische aard.
30. In de eerste plaats zijn sommige van deze apothekers verplicht zich in een register in te schrijven. De apothekers die in een apotheek hun beroep uitoefenen, zijn niet bevoegd tot het ter hand stellen van UR-geneesmiddelen of UA-geneesmiddelen voordat degene onder hen die belast is met de leiding van de apotheek is ingeschreven in het door de Inspectie gezondheidszorg en jeugd ('IGJ') ingestelde register van gevestigde apothekers. In het register wordt aangetekend op welk adres de apotheek is gevestigd.⁴¹ De inschrijving wordt onder meer geweigerd als apotheker al voor een andere apotheek in het register staat ingeschreven.⁴²

³⁵ Artikel 20 Zvw.

³⁶ Artikel 21 lid 4 Zvw.

³⁷ Artikel 2.18 van het Besluit zorgverzekering

³⁸ Artikel 21 lid 4 Zvw.

³⁹ Artikel 61 lid 1 Gnw. De andere uitzonderingen op het verbod, waaronder die voor apotheekhoudende huisartsen, blijven hier buiten beschouwing.

⁴⁰ Artikel 1 lid 1 aanhef en onder oo Gnw.

⁴¹ Artikel 61 lid 5 Gnw.

⁴² Artikel 61 lid 6 Gnw.

31. In de tweede plaats mag de apotheker de artsenijsbereidkunst slechts in één apotheek uitoefenen. Bij afwezigheid van de apotheker voorziet hij binnen de beroepsgroep in waarneming.⁴³ Deze verplichting staat bekend als 'één-vent-per-tent' of 'één-vrouw-per-gebouw'.
32. De bepaling heeft als doel te waarborgen dat in een apotheek ten minste één apotheker in persoon aanwezig is om de vereiste taken en verantwoordelijkheden voor de farmaceutische zorg en dienstverlening te vervullen zodat verantwoorde zorg geleverd kan worden. De aanwezigheid van de apotheker is noodzakelijk voor overleg met het in de apotheek aanwezige personeel over medicatievraagstukken en voor overleg met de patiënten van de apotheek.⁴⁴
33. De gevestigde apotheker moet er zorg voor dragen dat zijn naam en hoedanigheid duidelijk leesbaar staan vermeld boven of terzijde van elke buitendeur van de apotheek die toegang geeft aan het publiek. Deze vermelding wordt verwijderd zodra de gevestigd apotheker niet meer staat ingeschreven in het register.⁴⁵
34. Het is anderen dan gevestigde apothekers verboden een ruimte, lokaal of bedrijf op zodanige wijze aan derden kenbaar te maken dat daardoor de indruk wordt gewekt of kan worden gewekt dat het om een apotheek gaat.⁴⁶
35. In de derde plaats stelt de regering regels ten aanzien van bedrijfsvoering in de apotheek. De gevestigde apotheker moet er bijvoorbeeld zorg voor dragen dat de onder zijn toezicht in zijn apotheek werkende personen die betrokken zijn bij de bereiding of terhandstelling van geneesmiddelen dan wel bij de administratie daarvan, de bij en krachtens de wet vastgestelde voorschriften met betrekking tot zodanige werkzaamheden naleven.⁴⁷ De Gnw reguleert ook de administratie van de gevestigde apotheker met betrekking tot de aan hem afgeleverde geneesmiddelen.⁴⁸
36. De minister stelt ook regels over de wijze waarop gevestigde apothekers recepten, geneesmiddelen, stoffen voor de bereiding van geneesmiddelen en bepaalde andere middelen moeten bewaren.⁴⁹
37. In de vierde plaats stelt de regelgeving grenzen aan de samenwerking tussen voorschrijvers van geneesmiddelen en gevestigde apothekers. Het is voorschrijvers en gevestigde apothekers verboden met elkaar rechtstreeks of indirect een overeenkomst of een andere vorm van samenwerking aan te gaan die tot gevolg heeft of kan hebben dat het ter hand stellen van UR-geneesmiddelen aan patiënten door andere overwegingen dan die van een goede geneesmiddelenvoorziening wordt beïnvloed.⁵⁰

⁴³ Artikel 61 lid 3 en 4 Gnw. Opvallend is dat het begrip 'artsenijsbereidkunst' in de Gnw niet gedefinieerd is. Het begrip stamt uit artikel 1 lid 1 onderdeel j WOG en doelt op bereiden, waaronder begrepen in een farmaceutische vorm brengen, etiketteren, verpakken en/of afleveren (artikel 1 onderdeel g WOG).

⁴⁴ *Kamerstukken II* 2005/06, 29359, 72, amendement Buijs en Arib. Bij de behandeling van het wetsontwerp in de Eerste Kamer heeft minister wel uiteengezet dat de apotheker om zorginhoudelijke redenen, bijvoorbeeld om naar een patiënt toe te gaan, afwezig kan zijn maar dan in elk geval bereikbaar moet zijn (*Handelingen I* 2005/06, p. 617-619). Zie bijvoorbeeld RTG 's-Gravenhage 1 december 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2490.

⁴⁵ Artikel 9 lid 1 Besluit Geneesmiddelenwet.

⁴⁶ Artikel 9 lid 2 Besluit Geneesmiddelenwet.

⁴⁷ Artikel 10 Besluit Geneesmiddelenwet.

⁴⁸ Artikel 4 Besluit Geneesmiddelenwet.

⁴⁹ Artikel 66 lid 2 Gnw. Artikel 5.1 en 5.2 Regeling Geneesmiddelenwet stellen nadere regels over het bewaren van vergiften.

⁵⁰ Artikel 11 Besluit Geneesmiddelenwet.

38. Over deze verbodsbepaling is veel geprocedeerd.⁵¹ De Hoge Raad oordeelde dat huisartsen die door middel van een commanditaire vennootschap financieel voordeel kunnen verkrijgen uit de exploitatie van een apotheek in strijd handelen met het verbod.⁵²

V.2 De terhandstelling van geneesmiddelen

V.2.1 *Terhandstelling algemeen*

39. Naast de bereiding reguleert de Gnw ook de terhandstelling van geneesmiddelen.

40. De Gnw beschrijft terhandstelling als:

“het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, dan wel aan artsen, tandartsen, verloskundigen, physician assistants, mondhygiënist, orthoptisten of optometristen die geneesmiddelen onder zich hebben ten behoeve van toediening aan hun patiënten.”⁵³

41. De memorie van toelichting bij de Gnw beschrijft:

“De nieuwe term in dit verband is «ter hand stellen», vvat in onderdeel r van het eerste lid van artikel 1. Deze term is gereserveerd voor levering van geneesmiddelen in de vorm van rechtstreekse verstrekking of verstrekking via een bezorgdienst aan patiënten door apothekers [...].”⁵⁴ [onderstreping AKD]

42. Hoewel de Gnw hierover niet geheel duidelijk is, is het aannemelijk dat de terhandstelling meer omvat dan uitsluitend de leveringshandeling. Zo bevat het Besluit Geneesmiddelenwet in de paragraaf over terhandstelling onder meer een verplichting tot verificatie van het recept.⁵⁵

43. Hierbij sluit aan dat de ‘Richtlijn ter hand stellen’ van de KNMP ter hand stellen omschrijft als:

“het geheel van handelingen dat de apotheker uitvoert, beginnend met het ontvangen van de vraag om een farmaceutisch product tot en met het gebruik van het product, of het stoppen daarvan en de nazorg aan de patiënt.”⁵⁶

V.2.2 *Plaats van de farmaceutische handelingen*

44. De IGJ stelt zich op het standpunt dat alle handelingen die tot de terhandstelling behoren in een apotheek moeten plaatsvinden:

“De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd geeft tijdelijk toestemming om recepten ook buiten de apotheek te verwerken. Zo worden apothekers(assistenten) die in thuisquarantaine zitten maar niet ziek zijn, in de gelegenheid gesteld vanuit huis door te werken.

⁵¹ Zie bijv. Vzr. Rb. Den Haag 4 november 2009, [ECLI:NL:RBSGR:2009:BK1930](#), GJ 2010/16 (DCA); Rb. Rotterdam 23 februari 2010, [ECLI:NL:RBROT:2010:BL5998](#), GJ 2010/55 (Mediq); Vzr. Rb. Utrecht 13 maart 2009, [ECLI:NL:RBUTR:2009:BH5901](#), JGR 2010/2 (AHOED Houten); Vzr. Rb. Den Haag 27 april 2012, [ECLI:NL:RBSGR:2012:BW4283](#), JGR 2012/10 (Transvaal); Rb. Zeeland-West-Brabant 5 juli 2017, [ECLI:NL:RBZWB:2017:4868](#).

⁵² HR 25 april 2008, [ECLI:NL:HR:2008:BC1235](#), JGR 2008/14 (Boxmeer). Het geschil ging over de voorloper van artikel 11 Besluit Geneesmiddelenwet, namelijk over artikel 18 Besluit uitoefening artseneijbereidkunst.

⁵³ Artikel 1 onder ll Gnw.

⁵⁴ MvT, *Kamerstukken II* 2003/04, 29359, 3, p. 29.

⁵⁵ Artikel 5 lid 2 Besluit geneesmiddelenwet.

⁵⁶ De KNMP-richtlijn Ter hand stellen (versie december 2018), p. 6.

Onder de Geneesmiddelenwet mag dit normaal gesproken niet. Farmaceutische handelingen, waaronder het aanschrijven van een recept en de daarbij behorende controles mogen alleen worden uitgevoerd in een apotheek.”⁵⁷

45. De benadering van de IGJ sluit niet aan bij een uitspraak van de Rechtbank Midden-Nederland uit 2015. Die uitspraak had betrekking op de volgende situatie:

“Een tandarts (klant van [de groothandel]) neemt contact op met [de groothandel] om een bestelling te plaatsen van verschillende producten, waaronder (soms) ook geneesmiddelen. Als de bestelling geneesmiddelen bevat dan stelt [de groothandel] het verzoek tot het leveren van die geneesmiddelen op schrift namens de tandarts. [...]

Het schriftelijk verzoek tot levering van de geneesmiddelen wordt in een beveiligd software-systeem opgesteld en is alleen toegankelijk voor [de groothandel] en de apotheek Dental Farma. Na het controleren van een aantal gegevens, waaronder de naam van de tandarts en de naam en hoeveelheid van het gevraagde geneesmiddel, wordt het schriftelijk verzoek van de tandarts door [de groothandel] aan de apotheek verzonden. Gelijktijdig wordt door [de groothandel] aan de apotheker een aanbod tot verkoop en aflevering aan de apotheker en tot bezorging van de genoemde geneesmiddelen namens de apotheker aan de tandarts gedaan.

De apotheker controleert via het software systeem of hij bevoegd is de gevraagde geneesmiddelen ter hand te stellen. De controle vindt automatisch plaats op basis van onder andere identiteit van de tandarts (BIG-nummer), rechtmatigheid en het soort geneesmiddel en de gevraagde hoeveelheid (farmacotherapeutische relevantie). Naast de automatische controle verricht de apotheker dagelijks handmatig en steekproefsgewijs een controle op de bestelde geneesmiddelen.

De apotheker besluit vervolgens de geneesmiddelen ter hand te stellen aan de tandarts en accepteert het hiervoor genoemde aanbod van eiseres tot verkoop, aflevering en bezorging van de bestelde geneesmiddelen. De apotheker stuurt vervolgens aan [de groothandel] een opdrachtbevestiging en een looppijst en een factuur van de apotheker aan de tandarts. [De groothandel] bezorgt ten slotte namens de apotheker uit haar voorraad de bestelling met de factuur van de apotheker bij de tandarts.”⁵⁸ [vervangingen en toevoeging witregels AKD]

46. De IGJ had aan de groothandel een bestuurlijke boete opgelegd, omdat de groothandel de geneesmiddelen aan de tandarts ter hand zou hebben gesteld, terwijl zij daar als groothandel niet toe bevoegd is.⁵⁹
47. De rechtbank heeft de boete vernietigd. Volgens de rechtbank stelde niet de groothandel, maar de betrokken apotheek de geneesmiddelen ter hand aan de tandartsen. Dat de geneesmiddelen feitelijk nooit in de apotheek kwamen, maakt daarvoor geen verschil: de Gnw bevat niet de eis dat terhandgestelde geneesmiddelen eerst in de apotheek op voorraad moeten zijn geweest.
48. De handelwijze van de groothandel en de apotheek was volgens de rechtbank evenmin in strijd met de zorgplicht van de apothekers. De rechtbank oordeelde:

“De rechtbank onderkent dat de rol van de apotheker met deze werkwijze anders is dan

⁵⁷ ‘Verwerken recepten vanaf thuiswerkplek langer mogelijk’, nieuwsbericht IGJ 15 maart 2021, te raadplegen via www.igj.nl.

⁵⁸ Rb. Midden-Nederland 7 juli 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:5346, r.o. 4.

⁵⁹ Artikel 37 lid 3 Gnw.

wellicht bij de invoering van de Gnw is voorzien en bedoeld. Uit de wet volgt echter niet dat met deze werkwijze een overtreding wordt begaan.”⁶⁰

49. Een andere wijze van terhandstelling dan die aan de orde was in de uitspraak van de rechtbank vindt plaats bij zgn. GDS- en central filling-apotheken.
50. GDS, ook wel bekend als ‘baxteren’, staat voor geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem. Een GDS is een verpakking voor een individuele patiënt, met zakjes, containers of een doos met vakjes, waarin geneesmiddelen door een machine worden verpakt in eenheden per toedieningstijdstip. Een GDS-apotheek levert dit soort verpakkingen (ook) aan andere apotheken.
51. Daarnaast bestaan er ook central filling-apotheken die voor meerdere apotheken geneesmiddelen gereedmaken. De KNMP definieert central filling als ‘het gereedmaken van geneesmiddelen op een centrale locatie voor meerdere apotheken.’⁶¹
52. De KNMP hanteert het standpunt dat de juridische ter hand stelling van de geneesmiddelen vanuit een GDS-apotheek plaatsvindt, en niet vanuit de apotheek die de geneesmiddelen fysiek aan de patiënt overdraagt:

“Het ter hand stellen bestaat uit drie aspecten: het op naam stellen van het geneesmiddel, het uitvoeren van medicatiebewaking en het geven van patiëntenvoorlichting. Een GDS-apotheek is juridisch gezien de ter hand stellende apotheek, omdat deze apotheek geneesmiddelen uit anonieme voorraad op naam van de patiënt stelt.”⁶²

53. De Richtlijn GDS van de KNMP beschrijft deze ter hand stelling:

“Het ter hand stellen van verpakte geneesmiddelen aan patiënten, die niet ingeschreven staan in de GDS-apotheek en/of waarvan de GDS-apotheek niet de lokale apotheek is, vindt plaats door tussenkomst van de lokale apotheek.”⁶³

54. De KNMP beschouwt ook de central filling apotheek juridisch als de ter hand stellende apotheek.⁶⁴ Het ter hand stellen van gereedgemaakte geneesmiddelen vindt volgens de KNMP in de central filling apotheek ook door tussenkomst van de huisapotheek plaats.⁶⁵
55. Deze redenering sluit niet aan bij de memorie van toelichting van de Gnw, die stelt dat de terhandstelling rechtstreeks moet plaatsvinden “en niet door tussenkomst van een andere apotheker”.⁶⁶

V.2.3 Verschillende manieren van terhandstelling

56. Terhandstelling van geneesmiddelen vindt op verschillende manieren plaats.⁶⁷
57. De traditionele wijze van terhandstelling vindt plaats in de apotheek. De patiënt bezoekt de apotheek en haalt medicijnen op. De feitelijke terhandstelling hoeft niet altijd door de apotheker of door de apotheekhoudende arts persoonlijk te geschieden. Hij kan daarvoor anderen inschakelen, zoals

⁶⁰ Rb. Midden-Nederland 7 juli 2015, ECLI:NL:RBMNE:2015:5346, r.o. 8.

⁶¹ KNMP-richtlijn Central Filling van 28 april 2010, p.19.

⁶² KNMP-richtlijn Norm voor geautomatiseerd geneesmiddelendistributiesysteem van 28 september 2011, p. 3.

⁶³ Artikel 4.15.1 van de KNMP-richtlijn GDS.

⁶⁴ KNMP-richtlijn ‘Central Filling’ van 28 april 2010, p.3.

⁶⁵ KNMP-richtlijn ‘Central Filling’ van 28 april 2010, p. 11-12.

⁶⁶ Kamerstukken II 2003/04, 29359, 3, p. 12.

⁶⁷ De verstrekking aan beroepsbeoefenaren die een werkvoorraad van bepaalde geneesmiddelen nodig hebben voor de uitoefening van hun beroep (‘de dokterstas’) laten wij hier buiten beschouwing.

apothekersassistenten onderscheidenlijk doktersassistenten of andere beroepsbeoefenaren die daarvoor gekwalificeerd zijn.⁶⁸

58. De patiënt kan de vraag om geneesmiddelen af te nemen direct bij de apotheker neerleggen, bijvoorbeeld door in de apotheek een recept aan te bieden of door de apotheker om advies te vragen bij klachten.⁶⁹ Vaak wordt de vraag indirect via een andere zorgverlener gesteld, bijvoorbeeld via een digitaal recept afkomstig van een voorschrijver.
59. Terhandstelling kan ook anders dan in de apotheek plaatsvinden.
60. In de eerste plaats kan terhandstelling plaatsvinden door middel van een bezorgdienst. Dat dit mogelijk is, blijkt al uit de begripsbepaling van 'ter hand stellen' in de Gnw.⁷⁰ Ook uit de memorie van toelichting bij de Gnw blijkt dat het is toegestaan dat onder de verantwoordelijkheid van de apotheker geneesmiddelen bij de patiënt door een bezorgdienst bezorgd worden.⁷¹ De KNMP-richtlijn Ter hand stellen beschrijft specifieke regels over het bezorgen van geneesmiddelen.⁷²
61. Terhandstelling kan in de tweede plaats plaatsvinden via de uitgifteautomaat. De KNMP-richtlijn Ter hand stellen beschrijft dit als volgt:

“Een uitgifteautomaat kan een hulpmiddel zijn bij het uitgeven van het product aan de patiënt. De uitgifte automaat bevat voor uitgifte gereedgemaakt en op naam gestelde producten. De uitgifteautomaat is geschikt voor producten tot een bepaalde grootte. De toegang tot de automaat is zodanig beveiligd dat deze slechts met een code door de patiënt kan worden geopend. [...] De automaat met voor uitgifte gereedgemaakte producten kan zich in, maar ook buiten de apotheek bevinden.”⁷³

62. In de derde plaats kan terhandstelling plaatsvinden via een uitdeelpost.
63. De IGJ ziet dergelijke uitdeelposten als een “aard- en nagelvaste bezorgdienst”.

“Naast bezorging via de post, koeriersdienst of een eigen bezorgdienst van de desbetreffende apotheek, wordt ook gebruik gemaakt van uitdeelposten waar, onder verantwoordelijkheid van een (beherend) apotheker, geneesmiddelen feitelijk aan de patiënt worden overhandigd of uit een kluisje door hem kunnen worden opgehaald. De IGJ ziet dergelijke uitdeelposten als een «aard- en nagelvaste bezorgdienst».”⁷⁴

64. De IGJ oordeelde in een toezichtrapport dat geneesmiddelen aan een patiënt via een uitdeelpost mogen worden overhandigd, als de ter hand stelling in de apotheek zelf plaats heeft gevonden:

“In een uitdeelpost mogen uitsluitend geneesmiddelen worden geleverd die reeds in Apotheek Kisters zijn klaargemaakt en ter hand gesteld.”⁷⁵

⁶⁸ MvT, Kamerstukken II 2003/04, 29359, 3, p. 60.

⁶⁹ De KNMP-richtlijn Ter hand stellen (versie december 2018) neemt de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt. Omdat de patiënt op dit moment veelal in de apotheek komt om geneesmiddelen af te halen.

⁷⁰ Artikel 1 lid 1 aanhef en onder II Gnw.

⁷¹ Zie rnr. 41.

⁷² KNMP-richtlijn Ter hand stellen (versie december 2018), voetnoot 29.

⁷³ KNMP-richtlijn Ter hand stellen (versie december 2018), voetnoot 30.

⁷⁴ Kamerstukken II 2007/2008, 2615, aanhangsel, p. 5268.

⁷⁵ IGJ, “Rapport naar aanleiding van het inspectiebezoek aan Apotheek Kisters op 29 mei 2019 te Doorwerth, juli 2019, te raadplegen via www.igj.nl.

V.3 Beoordeling

65. Binnen het bestek van dit memo past geen integrale beoordeling van de regulering van de openbare farmacie. De hiervoor beschreven onderdelen daarvan geven wel aanleiding tot de volgende kanttekeningen:
- a. De regelgeving heeft de apotheek en de daar werkzame apotheker als aangrijpingspunt. Daarbij valt op dat de regelgeving niet aanknoopt bij de wettelijk erkende specialistentitel van 'openbaar apotheker'.
 - b. De wettelijke eis dat in elke apotheek (elke fysieke locatie waar geneesmiddelen worden ter hand gesteld) steeds een gevestigd apotheker aanwezig moet zijn, sluit niet aan bij de huidige communicatiemiddelen, die het goed mogelijk maken dat de gevestigd apotheker zijn werkzaamheden uitvoert zonder altijd fysiek in de apotheek te zijn (bijvoorbeeld bij thuis werken). De wettelijke eis heeft de kwaliteit van de farmaceutische zorg als doelstelling. Dat doel kan met andere voorwaarden mogelijk beter worden bereikt. We denken daarbij aan het definiëren van een 'normpraktijk' (een aantal patiënten dat één openbaar apotheker redelijkerwijs van goede farmaceutische zorg kan voorzien).⁷⁶
 - c. Hetzelfde geldt voor de werkzaamheden van andere medewerkers van de apotheek. Dat de IGJ voor thuiswerken tijdens de coronapandemie een speciale 'onthefving' heeft gegeven, is uit de tijd.
 - d. Daarbij komt dat de genoemde wettelijke eis de mogelijkheden voor een apotheek om – bijvoorbeeld uit een oogpunt van dienstverlening – vanuit meer dan één adres te niet adequaat reguleert. De IGJ laat uitdeelposten toe met de redenering dat dit 'aard- en nagelvaste bezorgdiensten' zijn. Een dergelijke creatieve vondst geeft echter geen duidelijkheid over de normen waaraan een uitdeelpost moet voldoen. In het bijzonder is niets geregeld over het noodzakelijke niveau van betrokkenheid van een openbaar apotheker. Ook hiervoor is het definiëren van een normpraktijk mogelijk nuttig.
 - e. In de praktijk zijn verschillende logistieke modellen ontstaan waarin niet alle terhandstellings-handelingen van geregistreerde geneesmiddelen in één apotheek plaatsvinden. Dit memo bevat daarvan enkele voorbeelden. De Gnw bevat op dit punt geen expliciete regels. Daardoor kan onzekerheid ontstaan over de juridische grenzen aan de mogelijkheid voor de lokale apotheek om bepaalde handelingen uit te besteden (casus Rechtbank Midden-Nederland). Ook kan onduidelijkheid ontstaan over de toedeling van verantwoordelijkheden in zo'n logistiek model (stelt de central filling-apotheek of de lokale apotheek het geneesmiddel ter hand?).
66. Onze conclusie is dat de Gnw en de daarop gebaseerde regelgeving op enkele belangrijke punten niet voldoende aansluit bij al gerealiseerde ontwikkelingen in de openbare farmacie. De beperkingen, onzekerheden en onduidelijkheden die daarvan het gevolg zijn, kunnen ook gewenste ontwikkelingen in de toekomst belemmeren.

⁷⁶ Vgl. J.J. de Gier, 'Overtuigingen maken het verschil' (oratie RUG), 2005, p. 12.

Bijlage C – Vergelijking inkoopbeleid

4 grootste zorgverzekeraars 2022

Onderwerp	Verzekeraar	Beleid
Contractvoorwaarden/-methodiek	CZ	CZ groep contracteert uitsluitend op basis van gegevens die bij Vektis vermeld staan. De overeenkomsten voor 2022 biedt CZ groep uitsluitend digitaal aan via het Zorginkoopportaal van VECOZO. Dit is een beveiligde internetomgeving. Daarvoor gebruikt de apotheek een VECOZO-certificaat. Het is de verantwoordelijkheid van de apotheekhoudende om op tijd de juiste VECOZO certificaten te regelen. Nieuwe apotheken kunnen enkel in aanmerking komen voor een overeenkomst als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen (ter beoordeling aan CZ groep).
Contractvoorwaarden/-methodiek	VGZ	- Het aanbod voor een basisovereenkomst is gebaseerd op het apotheekprofiel (score ter vergelijking van apotheken) en niet onderhandelbaar. Apotheekhoudenden die minimaal drie achtereenvolgende jaren apotheekprofiel A (laagste score) hebben en waarbij we op onderdelen van het apotheekprofiel een dalende trend vaststellen, krijgen van ons een aangepast aanbod met verbeterafspraken. Indien er geen verbeterafspraken mogelijk zijn of wanneer de eerder gemaakte verbeterafspraken niet zijn nagekomen, wordt de betreffende apotheek niet meer gecontracteerd. - We kopen farmaceutische zorg in op basis van de geldende beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). - Wij kopen spoedeisende farmaceutische zorg in conform de 'Handreiking inkoop acute farmaceutische zorg ZN'. - Online apotheek: Wij willen max. drie voorkeursaanbieders voor plaats- en tijdonafhankelijke zorg contracteren per 1 januari 2022. Hiertoe organiseert VGZ een afzonderlijke inkoopprocedure.
Contractvoorwaarden/-methodiek	Menzis	Er is sprake van aanbidding van een Start- Basis- of Plusovereenkomst en er kan na ondertekening van die overeenkomst namens deze partij, binnen een regionale structuur onderhandeld worden over de extra zorgafspraken in regio's waar Menzis marktleider is door de deelnemende apotheken. Indien Menzis voor een contractperiode (eenjarig of meerjarig) op 1 januari van het betreffende jaar binnen een verzorgingsgebied voldoende farmaceutische zorg heeft ingekocht, worden binnen dat gebied geen nieuwe overeenkomsten aangegaan. Aanpassingen van de contracteervoorwaarden van Menzis: - Menzis voert voor 2022 compliance-eisen voor het volgen van preferentiebeleid - Alle apotheken, die gecontracteerd worden voor Basis- en Plusovereenkomsten, dienen HKZ-gecertificeerd te zijn. - We nemen het aangesloten zijn en gebruiken van "Kijksluiter" op als voorwaarde voor een zowel de Basis- als de Plusovereenkomst in 2022. - Menzis koopt de farmaceutische spoedzorg in conform de "Handreiking farmaceutische spoedzorg".
Contractvoorwaarden/-methodiek	Zilveren Kruis	Wij contracteren nieuwe apotheken alleen wanneer er in de regio onvoldoende aanbod is om te voldoen aan de zorgvraag van onze klanten.

Digitale toegankelijkheid	CZ	CZ verwijst naar de landelijke ontwikkelingen voor een uniforme zorginfrastructuur. Met de verschillende typen aanbieders binnen de extramurale farmaceutische zorgmarkt, waaronder de online apotheek, werken wij samen om farmaceutische zorg verantwoord en dichtbij te regelen. Online farmacie heeft een belangrijke plaats gekregen binnen de farmaceutische zorg en zorgt voor een substantieel deel van de terhandstelling van de geneesmiddelen inclusief begeleiding, waarbij verlengde uitgften langer dan 3 maanden mogelijk zijn. De geneesmiddelen worden direct aan huis geleverd.
Digitale toegankelijkheid	VGZ	VGZ verwijst naar de landelijke ontwikkelingen voor een uniforme zorginfrastructuur. Online apotheek: Onze leden hebben afgelopen jaar positieve ervaringen opgedaan met farmaceutische zorg die plaats- en tijdonafhankelijk werd aangeboden. Deze plaats- en tijdonafhankelijke vorm van zorg willen we als vast onderdeel introduceren binnen de farmaceutische zorg.
Digitale toegankelijkheid	Zilveren Kruis	We stimuleren online farmacie en het toepassen van digitale oplossingen. Hierdoor kan een optimale efficiëntie in de distributie worden bereikt en meer focus op de toegevoegde waarde voor onze klanten. We willen de digitalisering verder stimuleren door onze voorkeursaanbieder binnen de extramurale farmacie beter te positioneren. De geneesmiddelen die worden verstrekt in het kader van het programma Stoppen met Roken (SMR) zijn tot en met 2022 selectief ingekocht bij online apotheken.
Digitale toegankelijkheid	Menzis	Menzis verwijst naar de landelijke ontwikkelingen voor een uniforme zorginfrastructuur.
Diversiteitsbeleid	CZ	Iemand's levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.
Diversiteitsbeleid	VGZ	Om onze leden met verschillende levensovertuigingen een passend zorgaanbod te bieden, streven we naar voldoende diversiteit in het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent dat onze leden een passende zorgaanbieder moeten kunnen kiezen.
Diversiteitsbeleid	Menzis	In de overeenkomsten die Menzis met de zorgaanbieders sluit wordt opgenomen dat de zorgaanbieder rekening moet houden met de levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid van de verzekerden. Dit om vast te stellen dat de zorgaanbieder aandacht heeft voor het individu.
Diversiteitsbeleid	Zilveren Kruis	Geen informatie over opgenomen
Doelmatigheid	CZ	De komende jaren blijft CZ groep de kwaliteit en doelmatigheid van farmaceutische zorg transparant maken om verzekerden te ondersteunen in hun keuzes. Met 'doelmatig' bedoelen we: • zoveel mogelijk generieke geneesmiddelen afleveren; • het preferente middel afleveren binnen clusters waarin CZ groep een preferent geneesmiddel heeft aangewezen; • gepaste afgiftetermijnen bij chronische stabiele patiënten, bijvoorbeeld langer dan 3 maanden; • weekleveringen standaard per 2 of 3 weken afleveren.

Doelmatigheid	VGZ	Wij leveren een bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg door in te zetten op doelmatig gebruik van geneesmiddelen en dieetpreparaten. Daarom maken we afspraken met ziekenhuizen, zorggroepen en apotheken over een doelmatige inzet van geneesmiddelen . Indien nodig maken we ook afspraken over een efficiënte en doelmatige toediening van geneesmiddelen in de thuissituatie. We vragen voorschrijvers op werkzame stof voor te schrijven , zodat de apotheek in staat wordt gesteld het meest doelmatige geneesmiddel af te leveren. Daarnaast verwachten we dat voorschrijvers bij geneesmiddelen die therapeutisch uitwisselbaar zijn, kiezen voor het meest doelmatige geneesmiddel. Tot slot wijzen we voorkeursgeneesmiddelen aan en selecteren we dieetpreparaten als voorkeursproducten.
Doelmatigheid	Menzis	We toetsen of de geleverde zorg doelmatig en gepast is.
Doelmatigheid	Zilveren Kruis	We continueren het prijsbeleid op single-source geneesmiddelen en doorgeleverde bereidingen. Dit is noodzakelijk om de forse prijsstijgingen te beteugelen die zich bij deze groepen middelen voordoen en ze daardoor betaalbaar te houden. Hiervoor proberen we afspraken te maken met leveranciers en in te zetten op verbetering van de doelmatigheid .
Duur van contracten	CZ	CZ groep ziet de komende jaren de farmaceutische zorg veranderen, waarbij de scheiding van zorg en terhandstelling vooropstaat. Wij kopen alleen zorg in die een aantoonbare meerwaarde voor onze verzekerden heeft. Zorgaanbieders die actief meegaan in deze beweging en daarbij meewerken aan de besparingsdoelstelling van CZ groep, kunnen meerjarenafspraken met ons maken.
Duur van contracten	VGZ	Geen informatie over opgenomen
Duur van contracten	Menzis	Menzis biedt een één- of twee-jarige overeenkomst aan.
Duur van contracten	Zilveren Kruis	Zilveren Kruis heeft met alle gecontracteerde apothekers een meerjarige overeenkomst . Het kwaliteitsbeleid heeft een looptijd van 1 jaar . De farmaceutische spoedzorg wordt apart van de reguliere farmaceutische zorg gecontracteerd bij daarvoor aangewezen dienstapotheken. Deze overeenkomst heeft een looptijd van 1 januari 2022 tot 1 januari 2023 .
Duurzaamheid	CZ	CZ groep is een van de ondertekenaars van de Green Deal Zorg (GDZ) vanuit de overtuiging dat toekomstbestendige zorg, duurzame zorg is. Als zorginkoper stimuleren wij verbeteringen op de GDZ-pijlers en faciliteren we initiatieven daar waar mogelijk en passend bij onze rol. In lijn met onze kerntaak ligt onze focus hierbij op het bevorderen van doelmatige zorg, het voorkomen van verspilling van medicijnen en hulpmiddelen en het dicht bij huis organiseren van zorg (soms zelfs thuis via digitale zorg). Op meerdere zorgaandachtsgebieden maakt dit onderdeel uit van de uitgangspunten van ons inkoopbeleid . Het komende jaar zullen wij onze ondersteuning aan de GDZ verder concretiseren. Ook gaan we in gesprek met verschillende zorgaanbieders over de voortgang van de verduurzaming van het zorgveld.
Duurzaamheid	VGZ	Naast het duurzaam maken van de zorg zelf, voelen we ons als maatschappelijk betrokken organisatie verantwoordelijk voor duurzaamheid in bredere zin . Het komend jaar onderzoeken we hoe we deze verantwoordelijkheid invulling gaan geven in ons inkoopbeleid, in relatie tot de ambities van de Green Deal Duurzame Zorg .
Duurzaamheid	Menzis	Menzis onderschrijft de doelstellingen van de Green Deal Zorg en we vinden het onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om hierop te sturen. Dit doen we door enerzijds de eigen bedrijfsvoering verder te verduurzamen en anderzijds door de afspraken met zorgaanbieders mede te richten op verduurzaming.
Duurzaamheid	Zilveren Kruis	Wij stimuleren innovaties die bijdragen aan de transformatie naar een duurzaam zorglandschap .

Innovatie	CZ	Wij streven naar innovatieve extramurale farmacie die uitkomst- en persoonsgericht is. Dit realiseren we door middelen doelmatig en efficiënt in te zetten, door substitutie van geneesmiddelen en door goed en gepast gebruik van geneesmiddelen. Het huidige businessmodel, dat grotendeels afhankelijk is van de terhandstelling van geneesmiddelen, maakt verder plaats voor maatwerk dat past bij de verschillende patiënten en hun wensen. In lijn met deze visie gaat CZ groep ook in 2022 door met het ontwikkelen van innovatieve vormen van prestatiebekostiging. We juichen innovatieve ideeën toe om een andere invulling te geven aan de farmaceutische zorg, losgekoppeld van de terhandstelling. Wij zijn vooral geïnteresseerd in slimme digitale zorg toepassingen als vervanging van bestaande zorg.
Innovatie	VGZ	Tijdens de coronacrisis heeft het bezorgen van medicijnen en gebruik van medicijnkluizen een vlucht genomen. Voor een deel van onze leden sluit dit aan bij de behoefte om plaats- en tijdsafhankelijk medicijnen te ontvangen en tegelijkertijd biedt het kansen om een verlaging van zorgkosten te realiseren. We zijn ervan overtuigd dat het zorglandschap de komende jaren ingrijpend gaat veranderen en dat we hier samen met zorgaanbieders op kunnen inspelen. Daarom starten we in 2022 met het contracteren van partners die samen met ons dit veranderende zorglandschap willen vormgeven en actief aan de slag willen gaan met innovaties.
Innovatie	Menzis	We stimuleren innovatie, waaronder andere financieringsmodellen die potentie hebben duurzaam te zijn en transformatie te ondersteunen.
Innovatie	Zilveren Kruis	Wij stimuleren innovaties die bijdragen aan onze meerjarenstrategie zorg dichtbij, zorg digitaal en thuis. En de transformatie naar een duurzaam zorglandschap. We zetten in op verdere positionering van onze voorkeursaanbieder om online farmacie te stimuleren.
JZoJP, passende zorg, substitutie	CZ	Wij streven naar innovatieve extramurale farmacie die uitkomst- en persoonsgericht is. Dit realiseren we door middelen doelmatig en efficiënt in te zetten, door substitutie van geneesmiddelen en door goed en gepast gebruik van geneesmiddelen. Waardemonitor figuur beschrijft de juiste zorg op de juiste plaats als afleverindicator.
JZoJP, passende zorg, substitutie	VGZ	We sluiten aan bij bestaande landelijke programma's op het vlak van betere zorg tegen lagere kosten, zorg georganiseerd rond de patiënt, de juiste zorg op de juiste plek en het programma ZE&GG.
JZoJP, passende zorg, substitutie	Menzis	We maken ons sterk voor de juiste zorg op de juiste plek. Nu en in de toekomst. Daarbij staat de gezondheidsvraag en welbevinden van onze verzekerden en inwoners van de Menzisregio's voorop. We focussen op die zorg die waarde voor hen toevoegt. Dichtbij huis als het kan, verder weg als het moet. We noemen dat 'waardegerichte zorg'.
JZoJP, passende zorg, substitutie	Zilveren Kruis	We concretiseren de Juiste Zorg op de Juiste Plek via vijf onderscheidende kerntransities (bewegingen): - Integrale benadering van gezondheid - Kwetsbare groepen wonen langer zelfstandig - Versterken samenhang eerste lijn en acute ketenzorg - Versterken zorg op afstand - Versterken netwerkvorming Onze afdeling zorgbemiddeling kan de patiënt ondersteunen bij het vinden van een zorgaanbieder met een passend digitaal zorgaanbod.
Kostenbeheersing	CZ	Jaarlijks stijgen de uitgaven voor farmaceutische zorg. Wij blijven onze verantwoordelijkheid nemen voor het afremmen van deze groei. Dat doen wij door het stimuleren van langere aflevertermijnen van geneesmiddelen, het juiste gebruik van geneesmiddelen en het terugdringen van onnodig gebruik van geneesmiddelen. Tot slot gaan we in 2022 het ondoelmatig gebruik van (relatief) dure geneesmiddelen verder terugdringen, onder andere via ons voorkeursbeleid.

Kostenbeheersing	VGZ	De geneesmiddelenkosten omlaag brengen en laag houden, vormt ook de aankomende jaren nog een belangrijk onderdeel van onze maatschappelijke opdracht. Daarom stimuleren wij voorschrijvers en apothekhoudenden, waar mogelijk, om het gebruik van onnodig dure geneesmiddelen terug te dringen. Om dit te bereiken, faciliteren we de benodigde samenwerkingen en communicatie tussen alle betrokken partijen. Met ons preferentiebeleid geven we invulling aan ons streven om de prijzen van geneesmiddelen blijvend te verlagen. De huidige voorkeursmiddelen zijn aangewezen tot en met 31 december 2022. Daarnaast stellen we maximumtarieven vast voor sommige geneesmiddelen. Dit kunnen ook maximumtarieven zijn voor geneesmiddelen binnen dezelfde therapeutische groep. Ten aanzien van apothekbereidingen zijn we doorlopend op zoek naar mogelijkheden om prijzen en daarmee kosten te verlagen. Voor alle overige UR-geneesmiddelen, met uitzondering van de aangewezen preferente geneesmiddelen, hanteren we een kortingspercentage (claw back).
Kostenbeheersing	Menzis	We stimuleren innovatie, waaronder andere financieringsmodellen die potentie hebben duurzaam te zijn en transformatie te ondersteunen. Voorwaarde is dat beoogde doelstellingen bijdragen aan onze visie Waardegerichte zorg. Wij willen de juiste prijs betalen voor de zorg die onze verzekerden (Zvw) en inwoners (Wlz) in onze regio's nodig hebben, zodat we een betaalbare premie kunnen bieden.
Kostenbeheersing	Zilveren Kruis	We continueren het prijsbeleid op single-source geneesmiddelen en doorgeleverde bereidingen. Dit is noodzakelijk om de forse prijsstijgingen te beteugelen die zich bij deze groepen middelen voordoen en ze daardoor betaalbaar te houden. De distributie is efficiënt georganiseerd en sluit aan op de wensen van onze klanten. Hierdoor kan er meer tijd worden besteed aan zorg en zijn we in staat om te besparen op de integrale farmaciekosten.
Kwaliteitsindicatoren	CZ	Onze Waardemonitor geeft inzicht in de prestaties van zorgaanbieders op het gebied van klantgerichtheid, de uitkomsten van zorg en de doelmatigheid bij het verstrekken van geneesmiddelen.
Kwaliteitsindicatoren	VGZ	- We hanteren minimum normen voor de door ons gecontracteerde zorg. - Een apothekprofiel bestaat uit de onderdelen 'distributie' en 'zorg'. Op deze twee onderdelen vergelijken wij apotheken met elkaar. Dat leidt tot een profiel-indeling van A (laagste score) tot en met E (hoogste score). Apotheken in regio's waar we een klein marktaandeel hebben, komen – onder andere vanwege vermindering van administratieve lasten – automatisch in apothekprofiel C.
Kwaliteitsindicatoren	Menzis	Alle apotheken, die gecontracteerd worden voor Basis- en Plusovereenkomsten, dienen HKZ-gecertificeerd te zijn. We stoppen met het uitvragen van kwaliteitsinformatie, omdat die niet beschikbaar is.
Kwaliteitsindicatoren	Zilveren Kruis	De huidige kwaliteitsmodules 'PREM-Farmacie', 'Doelmatig afleveren van chronische medicatie', 'Kijksluiter' en 'Serviceaspecten' blijven in 2022 onderdeel van ons kwaliteitsbeleid. We beoordelen voor 2022 opnieuw of eisen kunnen worden bijgesteld en of we de kwaliteitsmodules kunnen toepassen. De kenmerken in het KNMP-kwaliteitsprofiel gelden als instapvoorwaarde voor het afsluiten van deze modules.
Samenwerking met stakeholders	CZ	In 2022 voert Zorgbelang op ons verzoek opnieuw een onderzoek uit onder haar leden. Dit is een vervolg op eerdere onderzoeken, waarbij patiënten werden gevraagd naar hun ervaringen op het gebied van farmaceutische zorg. Het nieuwe onderzoek gaat hier verder op in, en onderzoekt hoe patiënten de zorg vanuit de apotheek ervaren. Aan de hand van dit onderzoek formuleert Zorgbelang adviezen voor de zorginkoop. Deze adviezen gebruiken we bij het formuleren van het zorginkoopbeleid. Daarnaast stemt CZ groep af met de Ledenraad en categorale patiëntenverenigingen.

Samenwerking met stakeholders	VGZ	In aanvulling op een (getekende) basisovereenkomst staan wij open voor het maken van aanvullende afspraken . Deze aanvullende afspraken maken we met landelijke, lokale of regionale collectieven van apothekhoudenden. De initiatieven dienen (landelijk) opschaalbaar te zijn. Wij nodigen zorgaanbieders uit om uitgewerkte ideeën met ons te delen.
Samenwerking met stakeholders	Menzis	In de regio werken alle partijen mee aan een specifiek traject waarbij er een generieke honorering is voor alle apotheken. Menzis biedt inspraak aan verzekerden op de speerpunten van het zorginkoopbeleid. Dit houdt in dat zij via de Ledenraad gelegenheid krijgen om hun meningen en wensen omtrent toekomstige beleidsvoornemens in het zorginkoopbeleid kenbaar te maken. Ook met contractpartijen en veldpartijen kunnen de plannen besproken worden.
Samenwerking met stakeholders	Zilveren Kruis	Geen informatie over opgenomen
Samenwerking met zorgaanbieders	CZ	Regio's verschillen van elkaar qua zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief van goed niveau te houden daardoor aanzienlijk en vraagt dat om een effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we ' regie in de regio '. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Zij kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van zorginkoop het karakter van co-makership . Ook in 2022 kijken we continu waar lokaal knelpunten zitten op het gebied van farmacie. Hier geven we dan in de lokale samenwerking verder invulling aan. Bijvoorbeeld door het verder optimaliseren en naar een hoog niveau brengen van lokale FTO's en het bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en apothekers.
Samenwerking met zorgaanbieders	VGZ	Om samenwerking tussen zorgaanbieders te bevorderen , hebben we in onze contractering – naast landelijke afspraken – steeds meer aandacht voor regionale afspraken en ketensamenwerkingen. Goede samenwerking over disciplines heen, leidt tot goede farmaceutische zorg . Wij stimuleren voorschrijvers en apothekhoudenden, waar mogelijk, om het gebruik van onnodig dure geneesmiddelen terug te dringen. Om dit te bereiken, faciliteren we de benodigde samenwerkingen en communicatie tussen alle betrokken partijen.
Samenwerking met zorgaanbieders	Menzis	In regio's kunnen afspraken gemaakt worden over zaken, die in die regio spelen (opiatenbeleid, verbetering uitkomsten therapie, diabetes).
Samenwerking met zorgaanbieders	Zilveren Kruis	De transformatie van het zorglandschap vraagt om samenwerking met verschillende partijen in de regio. Iedere regio kent zijn eigen dilemma's. Voor die uitdaging staan we gezamenlijk. Zilveren Kruis pakt hierin haar verantwoordelijkheid. Een goed benaderbare landelijke zorginfrastructuur is belangrijk. Daarom willen we samen met zorgaanbieders komen tot afspraken waarin de noodzakelijke randvoorwaarden worden geborgd. Onder andere de VIPP-regelingen stimuleren initiatieven die hieraan bijdragen. Om daarin ook de patiënt centraal te stellen is de gegevensuitwisseling met PGO's een noodzakelijke vereiste.
Veiligheid	CZ	Het doel van de terhandstelling is om geneesmiddelen op een juiste manier en zo doelmatig mogelijk te verstrekken aan de verzekerde. Hierbij moet minimaal sprake zijn van een veilige uitgifte , die wordt bereikt door medicatiebewaking en het opvolgen van de in de branche gebruikelijke Medisch Farmaceutische Be- slisregels (MFB's).
Veiligheid	VGZ	Als zorgverzekeraar hebben wij een belangrijke rol in het toezicht op Misbruik, Oneigenlijk Gebruik en Gepast Gebruik (MOG).
Veiligheid	Menzis	MFB's worden vanaf 2022 gezien als basiszorg van de apotheek.
Veiligheid	Zilveren Kruis	Klanten ontvangen graag zorg dichterbij, bijvoorbeeld door zorg digitaal of thuis te ontvangen. Hiervoor zetten wij ons al sinds 2017 in onder het thema Zorg Veilig Thuis .

Vergoedingen en tariefstelling	CZ	Ons preferentiebeleid is al jaren een belangrijk instrument om de kosten van geneesmiddelen te beheersen. We onderscheiden 3 vormen van preferentiebeleid: Voorkeursbeleid: Binnen een cluster van vergelijkbare geneesmiddelen wijst CZ groep een of meer leveranciers aan van wie de producten in aanmerking komen voor vergoeding gedurende een vooraf bepaalde periode. Prijspreferentie: CZ groep vergoedt binnen clusters van vergelijkbare geneesmiddelen, de geneesmiddelen tegen het tarief van het laagst geprijsde product dat in de markt beschikbaar is. Of tegen de prijs die valt binnen een bandbreedte van die laagste prijs. Anders dan bij de artikelpreferentie is de afleverende apotheek bij de prijspreferentie vrij om de fabrikant zelf te bepalen. Maandelijks bepalen we de vergoedingsprijs per cluster van vergelijkbare geneesmiddelen. Een vaste maximale vergoedingsprijs: In deze vorm van voorkeursbeleid bepaalt CZ groep – anders dan bij prijspreferentie – periodiek een vaste vergoedingsprijs voor een cluster van geneesmiddelen of voor een dienst. De apotheekhoudende is vrij om binnen de productcategorie de fabrikant of leverancier zelf te bepalen. Alle producten die hieronder vallen, vergoeden we tot een maximumtarief.
Vergoedingen en tariefstelling	VGZ	Met ons preferentiebeleid geven we invulling aan ons streven om de prijzen van geneesmiddelen blijvend te verlagen. Daarom blijft het preferentiebeleid ook in 2022 van kracht.
Vergoedingen en tariefstelling	Menzis	Menzis voert voor 2022 compliance-eisen voor het volgen van preferentiebeleid. In de regio werken alle partijen mee aan een specifiek traject waarbij er een generieke honorering is voor alle apotheken. Menzis zal de tarieven in de overeenkomsten voor 2022 aanpassen, waarbij in de huidige tarieven extra opslagen in de terhandstellingstarieven voor extra zorgtaken geschoond worden, omdat deze gelden regionaal beschikbaar komen. Op basis van die geschoonde tarieven vindt indexatie plaats op basis van relevante items zoals bijvoorbeeld inflatie, CAO, receptregulering, productiviteit, verschuiving van werkzaamheden en inzet van afhaalvoorzieningen.
Vergoedingen en tariefstelling	Zilveren Kruis	In de afgelopen contracteringsronde met apothekers is duidelijk geworden dat het huidige IDEA-inkoopmodel voor alle partijen sterk onder druk staat. Zilveren Kruis beraadt zich dan ook over het voorzetten van het IDEA-model vanaf 2023. Vanaf 2021 hebben apothekers die kiezen voor een IDEA-overeenkomst, ook te maken met middelen die via preferentie worden ingekocht (de zogeheten atypische middelen). De multisource geneesmiddelen die (nog) niet preferent zijn gegund, rekenen we af via het Laagste Prijs Garantie-model (LPG). Mocht daar aanleiding voor zijn, dan kan Zilveren Kruis er voor kiezen om alsnog alternatieve inkoopmodellen in te zetten, zoals het hanteren van referentieprijzen. U kunt zich via ons kwaliteitsbeleid onderscheiden en daarvoor extra opslagen ontvangen. Naast het IDEA-model handhaven we het inkoopmodel waarin we multisource middelen uitsluitend via preferentie inkopen.
Visie van de zorgverzekeraar	CZ	We willen de terhandstelling van geneesmiddelen zo doelmatig mogelijk dicht bij onze verzekerden brengen, op de momenten die het beste bij hun levensstijl en levensfase passen. De doelen voor de inkoop zijn: - Contractering per type apotheek - Toegankelijkheid borgen - Zorgkostengroei beheersen
Visie van de zorgverzekeraar	VGZ	In onze visie staat de patiënt centraal en wordt farmaceutische zorg georganiseerd in goede samenwerking tussen voorschrijvers, apotheekhoudenden en ons. Het doel hiervan is betere zorg voor de patiënt tegen lagere kosten. Het tijds- en plaatsonafhankelijk organiseren van farmaceutische zorg is ook een vast onderdeel van deze visie. Tot slot stimuleren we gepast gebruik van geneesmiddelen , zodat we de kosten beheersbaar houden.

Visie van de zorgverzekeraar	Menzis	Visie algemeen: "Goede en betaalbare zorg voor iedereen. Dat is ons uitgangspunt. We maken ons sterk voor de juiste zorg op de juiste plek. Nu en in de toekomst. Daarbij staat de gezondheidsvraag en welbevinden van onze verzekerden en inwoners van de Menzisregio's voorop. We focussen op die zorg die waarde voor hen toevoegt. Dichtbij huis als het kan, verder weg als het moet. We noemen dat 'waardegerichte zorg'." Visie specifiek farmaceutische zorg: "We hebben in ons beleid als een van de belangrijke doelstellingen opgenomen dat kwetsbare patiënten zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De projecten dienen thema's te bevatten die dit mogelijk maken: deprescribing is de belangrijkste. Daarnaast kunnen in regio's afspraken gemaakt worden over zaken, die in die regio spelen (opiatenbeleid, verbetering uitkomsten therapie, diabetes).
Visie van de zorgverzekeraar	Zilveren Kruis	- Zilveren Kruis heeft met alle gecontracteerde apothekers een meerjarige overeenkomst - De distributie is efficiënt georganiseerd en sluit aan op de wensen van onze klanten - We kopen multisource geneesmiddelen scherp in - We continueren het prijnsbeleid op single-source geneesmiddelen en doorgeleverde bereidingen - We belonen apothekers voor het bieden van goede zorg en service via ons kwaliteitsbeleid - Wij zetten ons in voor zorg dichterbij - We stimuleren online farmacie en het toepassen van digitale oplossingen - We versnellen het gebruik van digitale zorg - Een goed benaderbare landelijke zorginfrastructuur is belangrijk - Opschaling van nieuwe zorgvormen vervangt bestaande zorg - Keuzerecht voor de patiënt is hierbij een belangrijk vertrekpunt - Samen met u transformeren we naar een duurzaam zorglandschap

Bijlage D – Visie Mosadex

Toekomstverkenning naar de rol van de openbare apotheek en de apotheker in de eerstelijns gezondheidszorg

Voor u ligt onze toekomstverkenning, op de rol van de openbare apotheek, de openbaar apotheker en diens team in de eerstelijns gezondheidszorg. Als Mosadex Groep hebben we enkele jaren geleden onze strategie voor de komende jaren bepaald. Vanuit de verandering van de context waarin wij werkzaam zijn, met name de problematiek horende bij de vergrijzing en het langer thuis wonen, hebben we de destijds gezette stip op de horizon willen herijken.

In een proces met diverse leden van onze achterban hebben we deze toekomstverkenning uitgevoerd en in eerste aanzet beschreven. We zijn op de goede koers en zien dat de ingezette lijn nog wat meer ambitie vraagt om als collega-behandelaar in de eerste lijn onze bijdrage te leveren aan krachtige en kwalitatief goede eerstelijns farmaceutische zorg. Die ambitie is in dit document beschreven.

Proces

In de zomermaanden is in verschillende werksessies samen met vertegenwoordigers uit verschillende regio's het beeld van de nabije toekomst van de openbare apotheek uitgewerkt. Voorafgaand aan de werksessies hebben de deelnemers van werksessie 1 en 2 via een online vragenlijst hun eerste ideeën over de rol van de openbare apotheek en de openbaar apotheker de komende jaren gegeven. De vragenlijst had vier centrale thema's waarover de leden hun mening werd gevraagd:

- Wat zijn kerncompetenties van de apotheek in relatie tot samenwerking in de keten?
- Wat verwacht de patiënt van de openbare apotheek van de toekomst en hoe krijgt uw samenwerking vorm?
- Hoe ziet het apotheekteam van de toekomst eruit?
- Welke ontwikkelingen verwacht u of vindt u wenselijk op het vlak van logistiek en digitalisering van zorg?

Uit de antwoorden kwam sterk naar voren dat een focus op de farmaceutische zorg met uitbreiding op bestaand behandelaarschap een belangrijke pijler is en deel uitmaakt van het bestaansrecht van de openbare apotheker van de toekomst.

In werksessie 1 en 2 is dit verder doorgesproken. In werksessie 3, begin september, is voortgeborduurd op de uitkomsten van werksessie 1 en 2. Deze deelnemers hebben de uitkomsten van werksessie 1 en 2 vooraf ontvangen. Met hen is via discussie het groeiende beeld van de apotheek en de kerncompetenties in de nabije toekomst, verder aangescherpt. Afsluitend is er een 4e sessie met het coöperatiebestuur en de apothekers uit de Raad van Commissarissen gehouden.

Leeswijzer

Het document start met de urgentie, de aanleiding voor de verandering. Vervolgens is de ambitie beschreven, met het ontstane beeld van de toekomst van de openbaar apotheker en de openbare apotheek.

Daarna is beschreven hoe men het behandelaarschap invult in de praktijk, vanuit het perspectief van de patiënt en de samenwerking met andere spelers in de eerste lijn. Afsluitend wordt stilgestaan bij voorwaarden die nodig zijn bij de realisatie van de ambitie en de dilemma's die naar voren komen.

Het hierna volgende schrijven verwoordt de visie van onze leden.

De aanleiding

Als Mosadex Groep, een coöperatie van zelfstandige openbare apothekers, signaleren we dat er noodzaak is om gezamenlijk stil te staan bij de benodigde verandering om de zorg in Nederland haalbaar, toegankelijk en betaalbaar te houden. We zien het belang van een krachtige eerstelijnsgezondheidszorg en willen als openbare apothekers hierin onze verantwoordelijkheid nemen en onze bijdrage leveren aan behoud van een sterke eerste lijn. We achten dit noodzakelijk om de problemen in de gezondheidszorg gezamenlijk het hoofd te bieden.

Verandering vraagt verantwoordelijkheid, nu meer dan ooit

De urgentie ontstaat door forse manifestatie van al langer voorziene problemen die de vergrijzing met zich meebrengt. Problemen als een toenemende zorgvraag en oplopende kosten, als meer thuiswonende en zorgbehoeftige ouderen, maar ook problemen als schaarste van personeel. Dit leidt tot knelpunten in eerste- en tweedelijnszorg en dwingt ons na te denken over de vraag hoe we de zorg toegankelijk en betaalbaar houden. De oplossing zoekt men in bewegingen als Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en Passende zorg. Zonder interventie en zonder positionering ontbreekt de openbaar apotheker in JZOJP en Passende zorg, terwijl deze juist een krachtige partner kan zijn in de eerstelijnszorg.

Het IZA (Integraal Zorg Akkoord) laat als belangrijke koers voor de komende jaren zien: versterking van de eerstelijnszorg door te investeren in de regionale samenwerkingen en o.a. op zoek te gaan hoe de expertise van het farmaceutisch team in de openbare apotheek kan bijdragen.

Met het aantreden van het nieuwe kabinet en de druk op de kosten en organisatie van de zorg, ontstaat er een nieuw gesprek, waaraan we als apothekers graag deelnemen. We zien kansen en een noodzaak om de neerwaartse trend van de openbare farmacie van afgelopen jaren te doorbreken. Een neerwaartse trend, gefocust op efficiëntieverhoging en kostenverlaging. Wij vinden dit het moment om te laten zien dat het anders kan en anders moet. We kantelen van knelpunt naar kans: we willen als openbare apotheker bijdragen aan behoud van beschikbare, toegankelijke zorg. Omdat we dit kunnen, omdat het moet, omdat we ons medeverantwoordelijk voelen voor goede eerstelijnszorg in Nederland.

Tijd dus om ons inhoudelijk op ons vakgebied en de wijze waarop we samenwerken in de keten te bezinnen. Alle reden om de eerder bepaalde strategie te herijken met een toekomstverkenning op de apotheek van de toekomst en de rol van de openbaar apotheker en diens team.

Het moment voor verandering is nu, verandering vraagt om ambitie.

De ambitie

De huidige problematiek in de gezondheidszorg vraagt ons inziens om een krachtige eerste lijnszorg, die regionaal georganiseerd wordt, in aansluiting op de regiobeelden en inhoudelijk passend bij de principes van JZOJP en Passende zorg, waarbij we tevens oog houden voor de juiste balans tussen kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. Hieronder beschrijven we hoe onze openbare apothekers de komende jaren hun bijdrage hieraan kunnen en willen leveren.

De openbaar apotheker als integraal onderdeel van krachtige eerste lijn.

De openbaar apotheker in de eerste lijn

De openbaar apotheker is een geïntegreerd onderdeel en noodzakelijke schakel in sterke en efficiënte eerstelijnszorg. Hij is primair een behandelaar die vanuit zijn expertise over geneesmiddelen verantwoordelijk is voor alles rondom medicatie en zijn bijdrage levert aan een sterke eerste lijn in intensieve samenwerking met de huisarts(en) en zijn team en de thuiszorg.

Als specialist, is hij onderdeel van het multidisciplinaire netwerk in de eerstelijnszorg in de wijk, met laagdrempelige toegang voor patiënten. Hij heeft en houdt de regie over geneesmiddelen. De apotheker geeft in samenwerking met de ketenpartners invulling aan regionale ketenzorgprotocollen en programma's, conform de zorgpadstandaarden. Regionale apothekersgroepen ontwikkelen zich en bieden kansen om farmaceutische zorg multidisciplinair te verankeren. Regionale afspraken hierover zijn nodig, om aan te sluiten bij de regiobeelden van de gezondheidsproblematiek, maar ook om als gelijke speler mede verantwoordelijk te zijn voor goede uitvoering van regionale ketenzorgprogramma's.

De apotheker van de toekomst neemt als behandelaar maximaal verantwoordelijkheid binnen de huidige WGBO-kaders en rekt deze in het kader van passende zorg op, met taken op gebied van lichte kwalen, prescriptie en deprescriptie, preventie en leefstijlmonitoring. Dit laatste in samenwerking met paramedici werkzaam in de eerste lijn.

De patiënt en diens (ongevraagde) hulpvraag op allerlei gebieden rondom medicatie, van keuze voor het juiste geneesmiddel tot en met verstrekking, begeleiding en monitoring van de behandeldoelen, zijn diens verantwoordelijkheid en staan centraal in zijn dagelijks werk.

De openbaar apotheker is dan ook primair het aanspreekpunt voor alle vragen over medicatie; op basis van triage worden noodzakelijke vragen doorgezet naar de huisarts. De openbaar apotheker speelt nu al een grote rol bij herhaalmedicatie en het is een logische stap om hier eindverantwoordelijkheid voor te nemen. Van daaruit kunnen apothekers op basis van monitoring op behandeldoelen bijsturen in de farmaceutische behandeling. Een onderdeel hierbij is proactief handelen op klinische labwaarden, het zelf aanvragen hiervan met ook de

noodzakelijke interventies op de medicatie. Waarbij een multidisciplinair ICT-fundament met goede gegevensuitwisseling cruciaal is. Ook kan de apotheker een rol spelen bij vragen over zelfzorg en het eventueel adviseren van een geneesmiddel bij de kleine kwalen. Zo levert hij een bijdrage aan JZJP en Passende zorg.

Door het invullen van deze rol zal een verschuiving plaatsvinden naar meer zorg op maat, intensief indien nodig en minder intensief indien niet nodig, aansluitend op de behoefte van de patiënt. Risicoscreening is hierbij onmisbaar: de apotheker verleent zorg op basis van het ingeschatte risicoprofiel van de patiënt. Dit is een dynamisch profiel, dat over tijd kan wijzigen, beide kanten op, van laag naar hoog maar ook omgekeerd. Hoog-risicoprofiel patiënten zijn patiënten met co-morbiditeiten, met complexe gezondheidsvraagstukken en zijn kwetsbaar; zij krijgen intensiever aandacht. Aan huis indien nodig. Laag-risicoprofiel cliënten ontvangen minder tot minimale begeleiding bij medicatieverstrekking, denk bijvoorbeeld aan een mogelijke verlengde afgiftetermijn van 1 jaar en meer digitale begeleiding in plaats van fysieke begeleiding.

Deze behandelverantwoordelijkheid vergt behoud van de integrale koppeling van de farmaceutische zorg aan de logistiek van het geneesmiddel waarbij plaats is voor nieuwe efficiënte logistieke modellen ook buiten de apotheek maar altijd onder eindverantwoordelijkheid van de apotheker.

De openbare apotheek in de praktijk

De openbaar apotheker, huisarts en thuiszorg bieden een ring van zorg rondom de kwetsbare patiënt, ieder vanuit zijn eigen specialisme. De patiënt is ingeschreven bij het gezondheidscentrum, waar de openbare apotheek integraal onderdeel van uitmaakt. De opgestelde risicoprofielen van de ingeschreven patiënten zijn voor apotheker en huisarts bekend, noodzakelijke dossierdata kunnen worden gedeeld.

Bij vragen over medicatie of voor incidentele kleine kwalen meldt de patiënt zich bij de apotheek of wordt na triage door de doktersassistente verwezen naar de apotheek. Daar wordt de patiënt geholpen, eventueel op consultbasis met een kort of langer durend consult met benodigde privacy. Omgekeerd wordt de patiënt die met een vraag bij de apotheek komt, waarbij toch een huisartsconsult nodig is, ook verwezen naar de huisarts.

Voor medicamenteuze behandeling bij chronische problematiek die onderdeel is van de ketenzorgprotocollen, krijgt de patiënt geïntegreerde zorg van de apotheker en zijn team samen met het huisartsteam, conform zorgpadenstandaard voor bijv. DBII/COPD/H&V ziekten/Psychiatrie. De farmaceutisch consulent/assistent en POH-Ouderenzorg/Somatiek delen een caseload en geven gezamenlijk invulling aan de begeleiding van de patiënt met chronische aandoeningen.

Waar mogelijk ontvangt de patiënt zorg door de apotheker of (gespecialiseerd) farmaceutisch consulent in het gezondheidscentrum. Wanneer noodzakelijk wordt de patiënt thuis begeleid bij de medicamenteuze behandeling, door een farmaceutisch consulent of apotheker. Denk aan alleenstaande kwetsbare ouderen, die meerdere geneesmiddelen gebruiken en waarbij digitale ondersteuning van medicatie-inname alleen onvoldoende is. Of denk aan patiënten die oncologische behandeling thuis krijgen of bij patiënten in de palliatieve fase.

De patiënt kan voor de verstrekking van de medicatie of een hulpmiddel nog steeds bij de apotheek van het gezondheidscentrum terecht, bijvoorbeeld na een consult voor spoedmedicatie. De apothekersassistente geeft de benodigde uitleg over het gebruik. De patiënt die

herhaalmedicatie of minder spoedeisende medicatie heeft, kan dit geleverd krijgen via verschillende manieren, van kluis tot aan huis, met als uitgangspunt laagfrequent als het kan, hoogfrequent waar nodig.

De patiënt wordt op basis van het risicoprofiel en de over hem bekende dossierinformatie over gezondheidsindicatoren als gewicht, roken, alcohol- en/of drugsgebruik, en medicatiegebruik pro-actief geadviseerd op het gebied van medicatiegebruik en leefstijl. Voor dit laatste wordt samengewerkt met de paramedici die eveneens onderdeel zijn van het gezondheidscentrum. Zo geeft men gezamenlijk vorm aan preventie in de eerste lijn.

Cruciale factoren voor de verandering

De beschreven ambitie en benodigde verandering komt niet vanzelf tot stand, hiervoor zijn enkele elementen cruciaal, als vliegwielen voor de verandering. Sommige elementen zijn noodzakelijk als randvoorwaarde. Beiden zijn hieronder beschreven.

1. Gezamenlijk invulling geven aan een ander apotheekconcept

Deze rol- en taakinfilling vraagt een ander apotheekconcept: een daadwerkelijk andere invulling van de apotheek, geïntegreerd in het gezondheidscentrum, met een andere uitstraling. Een uitstraling die zijn laagdrempeligheid behoudt, maar ook voldoende privacy en ruimte voor zorg creëert waardoor de burger de apotheker ook daadwerkelijk ziet als de zorgverlener die hij als zorgprofessional is. Mogelijk zelfs een concept waarbij een deel van de zorgtaken in gedeelde of geïntegreerde teams wordt uitgevoerd. Samenwerken op een locatie heeft de voorkeur om tot werkelijke synergie te komen.

2. Veranderende focus vraagt een andere organisatie

Naast inrichting heeft de verandering impact op het team en de werkprocessen. Een sterkere focus op zorg en behandelaarschap vraagt een andere organisatie, vraagt andere werkprocessen en werkwijzen en een andere mentaliteit van het team dan de huidige hoofdtak, namelijk verstrekking van geneesmiddelen. Herinrichting van zorgprocessen is nodig om te komen tot een zorgproces waarin niet de verstrekking maar de farmaceutische zorg aan de patiënt en de samenwerking rondom patiënt centraal staat. Van farmaceutisch consulent met POH en thuiszorg, tot apotheker en huisarts.

3. Andere competenties

De uitbreiding van zorgtaken vraagt andere competenties van het team en dus ook een andere samenstelling: een gemiddeld beter opleidingsniveau en een andere opleidingsinhoud met daarnaast meer differentiatie binnen het team.

4. Risicoscreening

Een instrument als risicoscreening is voor deze verandering een kracht en een noodzaak. Alle patiënten intensieve farmaceutische zorg en begeleiding bieden is niet haalbaar en ook niet wenselijk. Risicoscreening op gezette tijd, passend in het zorgproces, herhaald vanuit de juiste kaders en uitgevoerd door samenwerkend huisarts en apotheker helpt om de juiste mensen op de juiste plek de juiste zorg te bieden.

5. Ondersteunende ICT en gedeelde dossiervoering

Gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg vraagt dat alle betrokkenen voldoende en actuele informatie over de patiënt hebben. Delen van dossierdata zien we als een vereiste voor goede invulling van het behandelarschap.

6. Logistiek en krachtenbundeling

Verdere krachtenbundeling in logistiek, zodat hierdoor tijd ontstaat om invulling te geven aan de zorgtaak. Er is eenvoudigweg niet meer tijd of meer budget beschikbaar, dus we zullen slimmer moeten omgaan met de logistieke kant van ons vak, om tijd te genereren voor onze taak als behandelaar. Voor de openbare apotheker en voor zijn team. Want ook personeel is schaars. Door krachtenbundeling kan het team gericht voor de toekomstige (zorg)taken ingezet worden.

7. Financiering als voorwaarde

Wetend dat bij innovatie de kosten voor de baten gaan en dat financieringsmodellen achterlopen op innovatie in de praktijk, is het toch nodig om de noodzakelijkheid van financiering als voorwaarde te benoemen. Daarbij denken we aan een model met een landelijke en een regionale component. Regionaal voor de regionale (keten)zorg. De huidige landelijke financieringsstructuur voor de openbare farmacie past niet bij een focus op regionale samenwerking en is in onze optiek niet langer houdbaar.

Dit zal niet gaan over meer geld, maar de koek anders verdelen, zodat er ook financiële waardering is voor de noodzakelijke zorgtaken van de toekomst. Zorgtaken dienen een passende en realistische bekostiging te hebben, vanuit gedeelde verantwoordelijkheid (apotheker en zorgverzekeraar) voor het belang van kostenbeheersing.

8. Juridische en beroepskaders

Verruiming van de WGBO-taken vraagt herziening van de juridische kaders zodat die passend zijn bij de nieuwe verantwoordelijkheden.

Hoe nu verder?

Als Mosadex Groep willen we graag bijdragen aan het behoud maar ook de benodigde versterking van toegankelijke eerstelijnszorg. We zien deze toekomstverkenning als eerste stap. In gesprek met onze openbaar apothekers is het beschreven beeld ontstaan en in gesprek met hen geven we ook het vervolg vorm.

Vanuit deze toekomstverkenning willen we aansluiten bij passende zorg. Daarom hebben we SIRM benaderd voor een onderzoek hoe de farmaceutische zorg zoals we deze in de toekomst zien, kan aansluiten en bijdragen aan passende zorg.

We geven invulling aan passende farmaceutische zorg
