



> Gerichte evaluatie: meerwaarde kost meer tijd

Resultaten pilot ZFC en VGZ eerstelijns
farmaceutische zorg

Colofon

Projectteam

Jan-Peter Heida, Emma Brocken

Projectleider: Emma Brocken

Mail: jp.heida@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Gerichte evaluatie: meerwaarde kost meer tijd, Resultaten pilot ZFC en VGZ eerstelijns farmaceutische zorg, juli 2025.

Opdrachtgever

VGZ en Stichting Zorgmakelaar Farmaceutische Contractering

Foto voorblad

Bart Maat

ANP

Managementsamenvatting

Ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis, wat leidt tot een groeiend beroep op de openbaar apotheker. Daarnaast neemt door de toenemende polyfarmacie ook de complexiteit van de farmaceutische zorgvraag toe. Kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke farmaceutische zorg is van cruciaal belang. Zorgverzekeraar VGZ en Zorgmakelaar Farmaceutische Contractering (ZFC) verwachten dat een andere bekostiging het meer continu inrichten van de farmaceutische zorg door apothekers mogelijk maakt. Momenteel verleent de apotheker farmaceutische zorg met name tijdens de terhandstelling van een geneesmiddel.

Om een nieuwe bekostigingssystematiek te onderzoeken, organiseerden ZFC en VGZ een pilot. Met deze pilot wilden ze inzicht krijgen in verleende farmaceutische zorg, en praktische handvatten geven om zorg meer continu te verlenen door financiële zekerheid te bieden. VGZ en ZFC vroegen SiRM om te ondersteunen bij het ontwerpen en begeleiden van de pilot.

Met de pilot constateerden we dat het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg door middel van gerichte evaluatie meerwaarde heeft, maar het “vastzetten” van de apotheekvergoeding in de pilot niet leidde tot het creëren van tijd hiervoor. We adviseren om te onderzoeken hoe de meerwaarde op een andere manier gerealiseerd kan worden dan in de pilot. Daarnaast adviseren we om via een kosten-baten analyse te onderzoeken of het wenselijk is om extra budget vrij te maken voor het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg.

Het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg door middel van gerichte evaluatie heeft meerwaarde

In de pilot kregen apothekers, door middel van zogenaamde gerichte evaluatie, handvatten om farmaceutische zorg eerder en gericht te verlenen. Apothekers ontvingen lijsten met patiënten die medicatie gebruikten waarvoor herevaluatie kansrijk werd geacht door apothekers. Gerichte evaluatie resulteerde in het stoppen/afbouwen/wijzigen van medicatie bij ~30% van de patiënten waarbij de apotheker actie ondernam. Daarnaast reageerden patiënten met gerichte evaluatie positiever op stellingen over de rol van de apotheker, en gaven de apotheek gemiddeld een hoger cijfer. Ook pilotapothekers ervoeren gerichte evaluatie positief, ze vonden gerichte evaluatie een waardevolle toevoeging op hun werk en hadden het gevoel beter zichtbaar te zijn voor de patiënt. Bovendien kwamen patiënten in beeld bij medicatiebeoordeling onder de radar blijven.

Het “vastzetten” van de apotheekvergoeding leidde niet tot het creëren van tijd

Gerichte evaluatie en bijbehorende registratie kosten veel tijd, omdat het maatwerk betreft per patiëntgroep en soms zelfs per patiënt. In de praktijk gingen veel pilotapothekers pas richting het einde van de pilot, of daarna, met gerichte evaluatie aan de slag. Andere ontwikkelingen in de apotheek leidden ertoe dat de apotheker druk is met de dagelijkse gang van zaken. De financiële zekerheid die apothekers werd geboden door het “vastzetten” van de apotheekvergoeding voor VGZ-patiënten was onvoldoende voor het creëren van tijd voor gerichte evaluatie.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM	4
1.2 Bekostiging van openbaar apotheken	5
1.3 Conclusie en advies	6
2 Gerichte evaluatie heeft meerwaarde	8
2.1 In de huidige werkwijze verleent de apotheker farmaceutische zorg veelal tegelijk met de terhandstelling	8
2.2 Door eerder en gericht verlenen farmaceutische zorg met gerichte evaluatie sluit medicatie beter aan bij patiëntsituatie	10
2.3 De patiënt en de apotheker ervaren gerichte evaluatie positief	12
3 Vastzetten apotheekvergoeding creëerde niet de benodigde tijd	15
3.1 Gerichte evaluatie en registratie kosten veel tijd	15
3.2 Apotheker en apothekersassistenten hadden te weinig tijd voor gerichte evaluatie	18
3.3 “Vastzetten” apotheekvergoeding voor vierenhalf jaar bleek onvoldoende om tijd te creëren	21
Bijlage 1 Inrichting en werkwijze pilot	24
Stuurgroep	24
Deelnemende apotheken en werkgroep	24
Patiëntselectie en enquête	25
Inrichting van de zorgverlening	25
Inrichting van de bekostiging	25
Planning	26
Registratie van zorgactiviteiten	27
Gerichte evaluatie	28

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding en vragen aan SiRM

De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en middelen zorgen voor uitdagingen bij het behouden van goede en betaalbare zorg die voor iedereen toegankelijk is. Ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis, wat leidt tot een groeiend beroep op de openbaar apotheker. In combinatie met de toenemende polyfarmacie neemt ook de complexiteit van de farmaceutische zorgvraag toe. Kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke farmaceutische patiëntenzorg (hierna: farmaceutische zorg) is van cruciaal belang.

Momenteel krijgt een openbare apotheek een vergoeding per terhandstelling die voor elke patiënt gelijk is. Er is één tarief voor een standaarduitgifte, één tarief voor weekuitgifte, één tarief voor de tweewekelijkse uitgifte, etc. Doordat de vergoeding afhankelijk is van het aantal terhandstellingen ontstaat een volumeprikkel. Ondanks dat de apotheker beperkte invloed heeft op het voorschrijven van geneesmiddelen, leidt deze volumeprikkel mogelijk wel tot minder inzet op patiëntbegeleiding bij het stoppen of afbouwen van geneesmiddelen. Daarnaast compenseert de vergoeding per terhandstelling - doordat deze voor elke patiënt gelijk is - niet voor verschillen in zorgzwaarte en bijbehorende tijdbesteding voor farmaceutische zorg. Oftewel, de uniforme vergoeding is te laag voor chronische patiënten die veel farmaceutische zorg nodig hebben en te hoog voor patiënten die weinig farmaceutische zorg nodig hebben.

Zorgverzekeraar VGZ en Zorgmakelaar Farmaceutische Contractering (ZFC) verwachten dat een andere bekostiging meer ruimte geeft voor het meer continu inrichten van de farmaceutische zorg door de apotheker. Op lange termijn hebben VGZ en ZFC voor ogen dat de bekostiging van openbare apotheken focust op het verlenen van farmaceutische zorg en niet alleen op het aantal terhandstellingen.

Een nieuwe manier van bekostigen heeft volgens VGZ en ZFC vier gewenste effecten:

- 1 Betere kwaliteit van farmaceutische zorg voor de patiënt.
- 2 Betere zichtbaarheid van de openbaar apotheker voor de patiënt, zodat de patiënt meer dan nu ervaart dat hij zorg krijgt.
- 3 Meer ruimte voor het stoppen of afbouwen van geneesmiddelen.
- 4 Beter inzicht in uitkomsten van farmaceutische zorg.

Om een nieuwe bekostigingssystematiek te onderzoeken organiseerden ZFC en VGZ een pilot. VGZ en ZFC vroegen SiRM om te ondersteunen bij het ontwerpen en begeleiden van de pilot en de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Wat zijn de effecten van een andere bekostigingssystematiek en wijze van zorgverlening op:
 - De kwaliteit van zorg voor de patiënt?
 - De patiëntbeleving?
 - De zichtbaarheid van de openbaar apotheker en zijn team richting de patiënt?
 - Het aantal en de timing van contactmomenten?

- Zijn er patiëntgroepen te onderscheiden waarvoor de effecten groter of juist kleiner zijn?

In de pilot is voor het verschil in de apotheekvergoeding gecorrigeerd als het aantal terhandstellingen daalde door succesvol afbouwen of stoppen van medicatie (zie Bijlage 1). Hiermee willen ZFC en VGZ apothekers financiële zekerheid bieden zodat de apotheker ruimte kan creëren om farmaceutische zorg eerder en gericht te verlenen. Ook willen ZFC en VGZ met de pilot inzicht krijgen in de verleende farmaceutische zorg en praktische handvatten geven om farmaceutische zorg meer continu te verlenen. Daarnaast kan de loskoppeling van de apotheekvergoeding en het aantal terhandstellingen (financiële) ruimte geven voor het stoppen of afbouwen van geneesmiddelen. Door de loskoppeling ervaart de apotheek namelijk geen financieel nadeel bij een daling van het aantal terhandstellingen.

ZFC en VGZ verwachtten dat het eerder en gericht verlenen van deze farmaceutische zorg ertoe leidt dat de medicatie van de (complexe) patiënt sneller aansluit bij de behoefte. Ook is naar verwachting de openbaar apotheker zichtbaarder, waardoor de patiënt meer dan nu ervaart dat hij zorg krijgt. Bij het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg is het recept niet langer de enige initiator voor het handelen van de apotheker. Nieuwe labwaarden of zorgactiviteiten elders in de keten en dergelijken geven ook aanleiding voor actie. Het doel is niet om méér farmaceutische zorg te verlenen, maar om farmaceutische zorg waarvoor een ander moment logischer is, los van de terhandstelling te verlenen. Dit betekent daarom ook niet dat het aantal handelingen stijgt, maar wel dat het moment van de handelingen verandert. Namelijk niet tegelijkertijd met de terhandstelling, maar zodra daar inhoudelijk aanleiding toe is.

Farmaceutische zorg is een breed begrip en betreft alle zorg rond het geneesmiddel, van ontwerp tot terhandstelling.¹ In dit rapport onderzoeken we een specifiek onderdeel van de farmaceutische zorg, namelijk farmaceutische zorg die gericht is op het aanpassen van de medicatie om deze beter aan te laten sluiten op de behoefte van de patiënt. Om deze farmaceutische zorg daadwerkelijk meer continu te verlenen gingen apothekers in de pilot aan de slag met 'gerichte evaluatie': zij kregen lijsten met patiënten waarvoor herevaluatie van de medicatie kansrijk werd geacht door apothekers. Met de pilot onderzochten we of het eerder en gericht verlenen van deze specifieke farmaceutische zorg door 'gerichte evaluatie' meerwaarde heeft.

In dit rapport lichten we onze conclusies toe en beantwoorden we de onderzoeksvragen. We doen dit op basis van de inbreng tijdens stuur- en werkgroepen, data-analyses en eerdere projectervaring. In Bijlage 1 beschrijven we de inrichting en werkwijze van de pilot. Om de leesbaarheid te vergroten spreken we in het rapport vaak van 'apotheker' waar ook 'apotheker en apothekersassistenten' gelezen kan worden.

1.2 Bekostiging van openbaar apotheken

De pilot onderzoekt de bekostiging van de eerstelijns farmaceutische zorg. De apotheekvergoeding is verreweg de belangrijkste inkomstenbron voor de apotheek. Zoals in §1.1 toegelicht houdt de uniforme apotheekvergoeding per terhandstelling onvoldoende rekening met

¹ Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) 2017: Handvest van de apotheker.

verschillen in zorgzwaarte en complexiteit van de zorgvraag. In de pilot introduceerden VGZ en ZFC daarom een andere systematiek voor het vaststellen van de apotheekvergoeding.

Apotheekvergoeding - huidig

De apotheekvergoeding bestaat uit prestaties voor terhandstellingen en zorgprestaties. Zorgprestaties worden in de praktijk zeer weinig gebruikt: farmaceutische zorg is voor het belangrijkste gedeelte verdisconteerd in de prestaties voor terhandstellingen. Onder de terhandstelling valt daarmee dus niet alleen het uitreiken van geneesmiddelen, maar ook de farmaceutische zorg. Het terhandstellingstarief is een vast tarief per terhandstelling en maakt alleen onderscheid tussen een eerste uitgifte, standaarduitgifte en weekuitgifte. De weekuitgifte betreft geneesmiddelen in een weekdoseerverpakking (medicijnrol), de standaarduitgifte betreft alles wat geen weekuitgifte en geen eerste uitgifte is.

Apotheekvergoeding – pilot

In de pilot krijgen apothekers - voor patiënten die verzekerd zijn bij VGZ - gedurende vierenhalf jaar een vaste apotheekvergoeding voor eerste uitgiftes en standaarduitgiftes. De vergoeding is gelijk aan de apotheekvergoeding in het voorgaande jaar, gecorrigeerd voor de markttrend in het aantal terhandstellingen bij andere apotheken. Oftewel, een daling van het aantal terhandstellingen (bijvoorbeeld door het afbouwen of stoppen van geneesmiddelen) ten opzichte van de markttrend, leidt niet tot een daling van de apotheekvergoeding. Dit biedt de apotheker financiële zekerheid. De pilot leidt niet tot veranderingen in de apotheekvergoeding voor weekuitgiftes.

Met deze systematiek geeft de pilot inzicht in het effect van financiële zekerheid op het verlenen van farmaceutische zorg. De pilot maakt het mogelijk om nieuwe bekostigingssystematieken te onderzoeken waarvan VGZ en ZFC verwachten dat ze duurzamer zijn.

Geneesmiddelenkosten

Naast de apotheekvergoeding, bestaat de bekostiging uit de vergoeding voor geneesmiddelen. Dit zijn prijzen voor geneesmiddelen, die apothekers en zorgverzekeraars met elkaar afspreken. De apotheker heeft inkomsten (marge) hieruit als de vergoeding voor geneesmiddelen hoger is dan de inkoopprijs. De marge op de geneesmiddelenvergoedingen neemt volgens apothekers de afgelopen jaren steeds verder af.. De prijsindex van pakketgeneesmiddelen lijkt dit te onderbouwen. Sinds 1996 daalden de prijzen van pakketgeneesmiddelen met ruim 60%.²

1.3 Conclusie en advies

We concluderen dat het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg door middel van gerichte evaluatie meerwaarde heeft. Echter leidde het “vastzetten” van de apotheekvergoeding in de pilot niet tot het creëren van de benodigde tijd hiervoor. Daarom adviseren we om andere manieren te onderzoeken om de meerwaarde te realiseren.

² Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK): data en feiten 2023

De pilot beoogde de meerwaarde te realiseren door het “vastzetten” van de apotheekvergoeding. Dat betekent dat iedere apotheek een apotheekvergoeding werd gegarandeerd op basis van voorgaande jaren en landelijke trendontwikkelingen. Herverdeling van budget tussen apotheken, of een algemene verhoging van het budget voor eerstelijns farmaceutische zorg was geen onderdeel van de pilot.

Het is, op basis van evaluatie-overleggen tijdens de pilot, te overwegen om te onderzoeken of het realiseren van de meerwaarde mogelijk is door een herverdeling van budget tussen apotheken. Bijvoorbeeld door de apotheekvergoeding (mede) te baseren op het aantal zorghandelingen: hoe meer zorghandelingen hoe hoger de apotheekvergoeding. Dit compenseert apotheken evenrediger voor de zorgzwaarte van de patiëntpopulatie. Het nadeel hiervan is mogelijk wel dat de administratieve last stijgt.

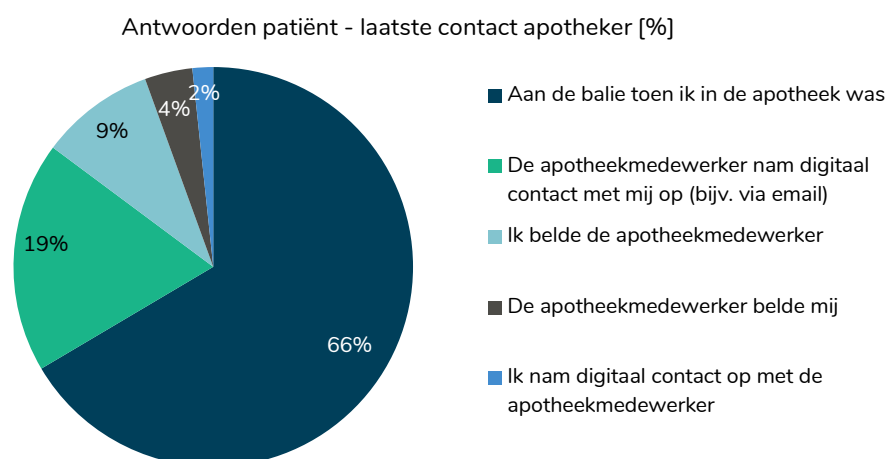
Daarnaast is het een optie om via een kosten-baten analyse te onderzoeken of het wenselijk is om extra budget vrij te maken voor het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg door middel van gerichte evaluatie. Dit onderzoek kan uitwijzen hoe kosten (tijdinvestering) zich verhouden tot opbrengsten (tijdwinst, kostenbesparing door minder/lagere dosering geneesmiddelen en mogelijk gezondheidswinst). Een budgetverhoging biedt bijvoorbeeld kansen om de normen voor medicatiereviews te verruimen waardoor gerichte evaluaties onder de normen vallen.

2 Gerichte evaluatie heeft meerwaarde

Apothekers kunnen farmaceutische zorg vaker los van de terhandstelling verlenen (§2.1). De pilot beoogde ruimte te creëren voor de apotheker om farmaceutische zorg eerder en gericht (los van de terhandstelling) te verlenen. Dit deden apothekers in de pilot via gerichte evaluatie. We concluderen dat het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg door gerichte evaluatie meerwaarde heeft. Gerichte evaluatie resulteerde in het stoppen, afbouwen of wijzigen van medicatie bij ~30% van de patiënten waarbij actie werd ondernomen (§2.2). Daarnaast ervaren zowel de patiënt als de apotheker gerichte evaluatie positief (§2.3).

2.1 In de huidige werkwijze verleent de apotheker farmaceutische zorg veelal tegelijk met de terhandstelling

Zo'n twee derde van de patiëntcontacten van de apotheker is aan de balie (zie Figuur 1). Dit geven zowel patiënten aan in een enquête, als apothekers zelf in bijeenkomsten. Ook apothekers geven in bijeenkomsten aan dat ongeveer twee derde van de farmaceutische zorg samenvalt met de terhandstelling van het geneesmiddel. In de huidige situatie verleent de apotheker farmaceutische zorg - ook bij nieuwe tussentijdse informatie - meestal bij een vervolgitgifte.



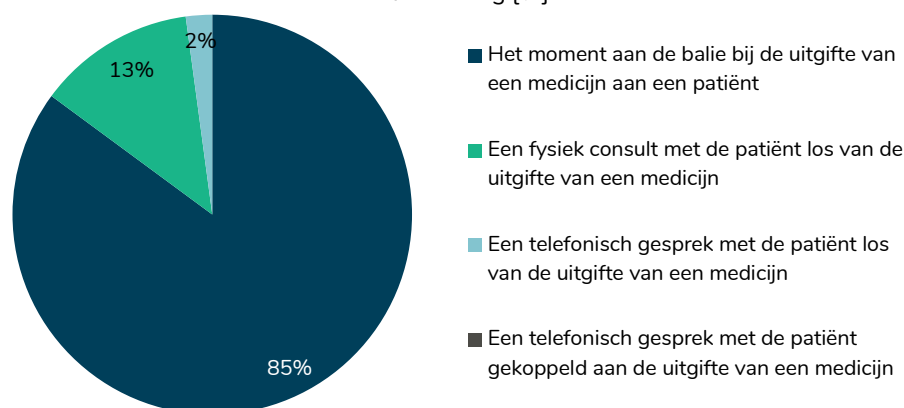
Figuur 1. Zo'n twee derde van de patiëntcontacten in de apotheek is aan de balie. Bron: analyse SiRM op basis van resultaten patiëntenquête pilotapotheken in het najaar van 2022.

Dat de apotheker farmaceutische zorg in de huidige situatie vooral aan de balie verleent komt onder andere door de huidige inrichting van de zorgverlening en systemen in de apotheek. In de

zorgverlening is momenteel het geneesmiddel leidend, de terhandstelling is namelijk het moment dat de apotheker de patiënt ziet. Van de apothekersassistenten heeft ~85% het moment aan de balie ook als voorkeursmoment om farmaceutische zorg te verlenen (Figuur 2). Het meer continu verlenen van farmaceutische zorg vraagt dus om een andere werkwijze dan nu gebruikelijk is.

Systemen zijn ook ingericht op de terhandstelling. Het apotheek informatie systeem (AIS) geeft namelijk op basis van medisch farmaceutische beslisregels (MFB's) een signaal af wanneer een geneesmiddel wordt aangeschreven waarbij de specifieke combinatie van de verschillende factoren, geneesmiddel(en) en beschikbare patiëntkenmerken een mogelijke risicosituatie betreft. "Aanschrijven" is het selecteren in het AIS van een geneesmiddel dat is voorgeschreven. Dit doet de apotheker meestal voordat de patiënt in de apotheek is, voorafgaand aan het klaarmaken van het recept en het afleveren van het geneesmiddel aan de patiënt. Bij een eerste uitgifte van een recept direct van de voorschrijver vindt aanschrijven in het algemeen plaats als de patiënt in de apotheek is.

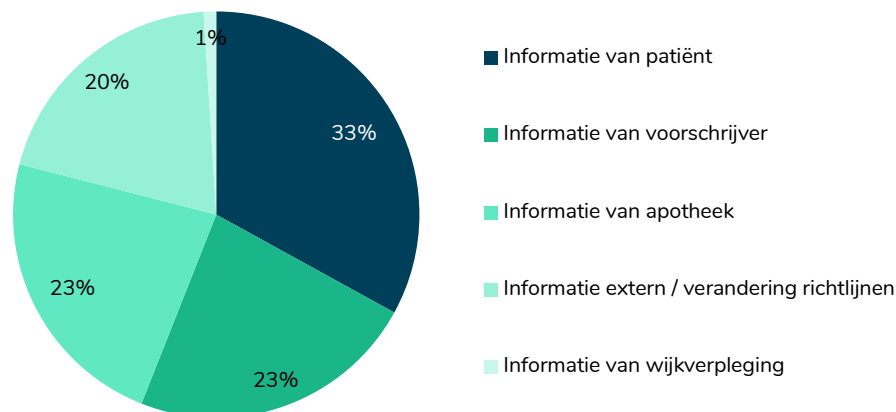
Antwoorden apothekemedewerkers - voorkeursmoment voor het verlenen van farmaceutische zorg [%]



Figuur 2. Voor 85% van de apothekemedewerkers is het moment aan de balie bij de terhandstelling van het geneesmiddel het voorkeursmoment voor het verlenen van farmaceutische patiëntenzorg. Bron: analyse SiRM op basis van resultaten medewerkersenquête pilotapotheken in het najaar van 2022.

In de pilot registreerden apothekers zorgactiviteiten voor patiënten die vielen onder de inclusiecriteria. Een patiënt viel onder de inclusiecriteria als deze verzekerd was bij VGZ (concern), minstens één chronisch geneesmiddel gebruikte en geen weeklevering had. Voor iedere zorgactiviteit werd de aanleiding, de activiteit en het gevolg van de activiteit vastgelegd. Op basis van de resultaten zien we kansen voor de apotheker om farmaceutische zorg eerder en gericht te verlenen. In twee derde van de gevallen heeft een zorgactiviteit namelijk een andere aanleiding dan informatie van de patiënt (Figuur 3) en zou de apotheker farmaceutische zorg kunnen verlenen zodra deze de aanleiding zich voordoet.

Registratie zorgactiviteiten in apotheek - aanleiding voor zorgactiviteit [%]



Figuur 3. Slechts voor een derde van de zorgactiviteiten was de aanleiding informatie van de patiënt, twee derde van de zorgactiviteiten had een andere aanleiding (groene categorieën in figuur). Bron: analyse SIRM op basis van registratie van zorgactiviteiten door pilotapotheken in het najaar van 2022.

Ook voor een deel van de zorgactiviteiten waarbij de aanleiding wel informatie van de patiënt was kan de apotheker farmaceutische zorg eerder en gericht verlenen. Apothekers zien bijvoorbeeld kansen in een geautomatiseerd (telefonisch) contactmoment met de patiënt voorafgaand aan een tweede uitgifte. Tijdens dit contactmoment kan de apotheker vragen stellen over bijwerkingen en nagaan of de patiënt alle medicatie nog gebruikt. Eventuele veranderingen kan de apotheker op deze manier voorafgaand aan de tweede uitgifte verwerken. Ook geven pilotapothekers aan dat in de herhaalservice de therapietrouw kan vergroten door de patiënt pro-actiever te benaderen. Aangezien de pilotapothekers inschatten dat zo'n 40% van de chronische patiënten gebruik maakt van de herhaalservice kan dit meerwaarde hebben.

2.2 Door eerder en gericht verlenen farmaceutische zorg met gerichte evaluatie sluit medicatie beter aan bij patiëntsituatie

Het proactief en gericht benaderen van patiënten op basis van gerichte evaluatie resulteerde bij ~30% van de patiënten waarbij actie werd ondernomen in het stoppen, afbouwen of wijzigen van medicatie. Zoals in §2.1 toegelicht vraagt het verlenen van farmaceutische zorg los van de terhandstelling om een aanpassing van systemen. In de pilot vond geen aanpassing van alle AIS'en plaats, maar haalde NControl³ voor gerichte evaluatie geautomatiseerd informatie op uit de AIS'en van apothekers. Apothekers ontvingen van NControl lijsten met patiëntselecties op basis van "searches". Met een search selecteerde NControl via geautomatiseerde screening een patiëntgroep waarvoor herevaluatie van de medicatie kansrijk werd geacht door apothekers. Dit ging bijvoorbeeld om patiënten van 70 jaar en ouder met 3 of meer bloeddrukverlagers, waarbij het advies is om een dosisverlaging of medicatiestop te overwegen, omdat deze ouderen extra gevoelig zijn voor bijwerkingen die bijvoorbeeld leiden tot een verhoogd valrisico.⁴ Apothekers ontvingen selecties voor 16 verschillende patiëntgroepen (focusgroepen). Gemiddeld ontvingen

³ NControl is een ICT-dienstverlener die apotheken ondersteunt met IT-applicaties op het gebied van farmaceutische zorg.

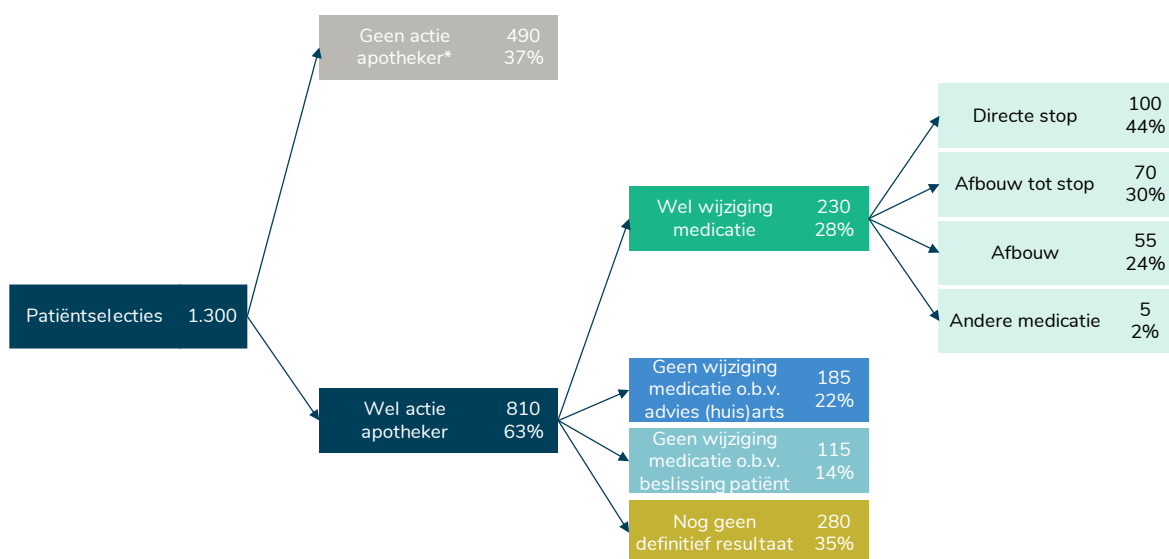
⁴ Gebaseerd op informatie uit het Kennisdocument Bloeddrukverlagende middelen

apothekers lijsten met ~200 patiënten.⁵ Dit is ongeveer een vijfde van het totaal aantal patiënten dat onder de inclusiecriteria van de pilot viel.

Een deel van de pilotapothekers gaf aan dat gerichte evaluatie niet leidde tot meer contactmomenten, maar dat zij hierdoor wel doelbewuster konden werken. Zij hadden beter in beeld welke patiënten baat hadden bij farmaceutische zorg. Hierdoor was de impact van de verleende farmaceutische zorg groter dan wanneer zij willekeurig(er) te werk waren gegaan. Andere pilotapothekers gaven aan dat het aantal patiëntcontacten ook in absolute zin steeg (zie §3.1).

Gerichte evaluatie resulteerde in wijzigingen (stoppen, afbouwen of wijzigen) van medicatie bij ~30% van de patiënten waarbij actie werd ondernomen. Voor ~45% daarvan betrof het een directe stop van het geneesmiddel. Overigens kan het zo zijn dat een deel van deze patiënten alsnog teruggaat naar de oorspronkelijke medicatie, indien aanpassingen niet bevielen of zij alsnog last kregen van klachten. Bij ~40% leidde contact met de huisarts, patiënt of medisch specialist ertoe dat er geen wijzigingen werden doorgevoerd in de medicatie, bijvoorbeeld omdat er geen patiëntbereidheid was. Bij ~35% was nog geen definitief resultaat beschikbaar, bijvoorbeeld omdat de wijziging nog ter akkoord uitstond bij de huisarts of dat de patiënt eerst over de wijziging na wilde denken.

Apothekers geven aan dat er meerdere redenen zijn voor situaties waarbij de patiënt meer geneesmiddelen gebruikt dan wellicht noodzakelijk. Een reden kan zijn dat medisch specialisten in de praktijk zekerheidshalve geneesmiddelen voorschrijven die zij bij twijfel blijven herhalen. Ook gebruiken patiënten soms een opeenstapeling van geneesmiddelen waarbij de oorspronkelijke indicatie of meerwaarde niet goed te herleiden is. Dit biedt kansen om te de-medicaliseren. De gemiddelde succesratio van ~30% verschilde sterk per geselecteerde patiëntgroep en is mede afhankelijk van de afstemming met huisarts of medisch specialist (zie §3.1.2). Van de zes patiëntgroepen waarvoor bij meer dan 50 patiënten actie is ondernomen varieerde de succesratio tussen ~10% en ~75%.

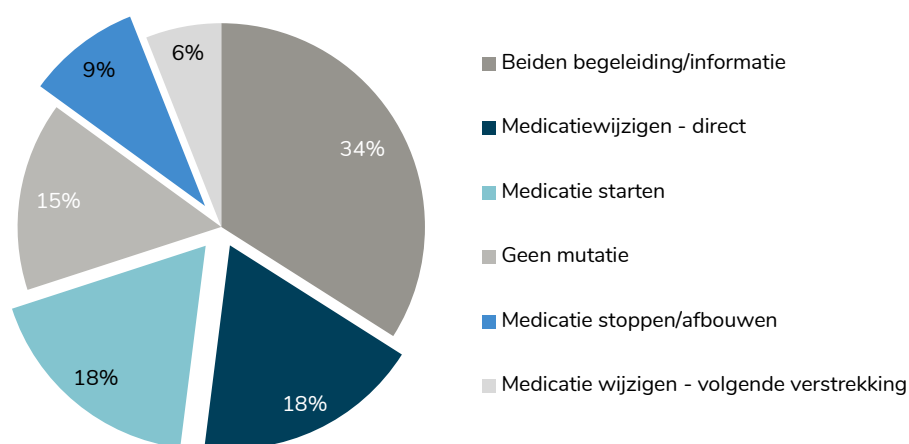


⁵ Dit zijn geen unieke patiënten, een patiënt kan onder meerder patiëntgroepen vallen.

Figuur 4. Gerichte evaluatie resulteerde in stoppen/afbouwen/wijzigen van medicatie bij ~30% van de patiënten waarbij actie werd ondernomen. Bron: analyse SiRM op basis van registratie gerichte evaluatie door pilotapotheken.
 *Het kan zijn dat de apotheker geen actie ondernam omdat de patiënt wel een indicatie had voor het geneesmiddel, of het geneesmiddel naar inschatting van de apotheker wel meerwaarde heeft.

Ook uit de registratie van zorgactiviteiten die apothekers voorafgaand aan - en los van - gerichte evaluatie deden (zie Bijlage 1) blijkt dat het verlenen van farmaceutische zorg los van de terhandstelling meerwaarde heeft. Bijna de helft van de zorgactiviteiten leidt namelijk tot een directe wijziging van de medicatie (Figuur 5). Het eerder doorvoeren van deze wijzigingen door het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg biedt daarmee kansen om de medicatie sneller aan te sluiten bij de patiëntsituatie.

Registratie zorgactiviteiten in apotheek - mutatie door zorgactiviteit [%]



Figuur 5. 45% van de mutaties door zorgactiviteiten betrof een directe wijziging van de medicatie (blauwe categorieën in figuur). Bron: analyse SiRM op basis van registratie van zorgactiviteiten door pilotapotheken in het najaar van 2022.

2.3 De patiënt en de apotheker ervaren gerichte evaluatie positief

Op basis van een patiëntenquête concluderen we dat gerichte evaluatie een licht positief effect heeft op het patiëntbeeld van de apotheek. Patiënten met gerichte evaluatie reageerden positiever op stellingen over de rol van de apotheker en gaven de apotheek gemiddeld een hoger cijfer. Uit de patiëntenquête bleek dat patiënten met gerichte evaluatie (Tabel 1):

- Het vaker eens waren met de stelling dat de apothekermedewerker meedenkt over passend geneesmiddelgebruik.⁶ In de vervolgvraag, waarin patiënten via een meerkeuzevraag toelichting gaven, geeft ~25% van de patiënten met gerichte evaluatie aan dat zij het eens zijn met de stelling omdat de apothekermedewerker uit zichzelf telefonisch contact met de patiënt opnam over zijn/haar geneesmiddelgebruik, van de overige patiënten was dit slechts ~10%.
- De apotheek vaker een tien, en gemiddeld een hoger cijfer, gaven. In totaal gaf 30% van de patiënten met gerichte evaluatie de apotheek een tien, voor patiënten zonder gerichte

⁶ De stelling in de enquête: "De apothekermedewerker denkt met mij mee hoe ik mijn medicijnen op een passende manier kan gebruiken, zodat deze zo goed mogelijk aansluiten op mijn persoonlijke situatie"

evaluatie was dit 20%. Patiënten met gerichte evaluatie gaven de apotheek gemiddeld een 8,6 terwijl patiënten zonder gerichte evaluatie gemiddeld een 8,3 gaven.

- Het vaker eens waren met de stelling dat de apotheker degene is die moet zorgen voor een actueel medicatieoverzicht.⁷ Patiënten waarmee de apotheker geen contact had voor gerichte evaluatie geven iets vaker aan dat zij het zelf in de gaten houden of dat zij hun medicatie al met de huisarts bespreken.

Tabel 1. Patiënten waarmee de apotheker contact had in het kader van gerichte evaluatie reageerden gemiddeld positiever op de enquête dan patiënten waarvoor dit niet het geval was. Tabel toont resultaten waarvoor verschil significant is. Bron: analyse SiRM op basis van resultaten patiëntenquête pilotapotheken in het najaar van 2023.

	Patiënten met contact-moment gerichte evaluatie	Overige patiënten
% patiënten dat het eens was met de stelling dat de apotheker meedenkt over passend geneesmiddelgebruik	80%	65%
% patiënten dat een 10 gaf aan de apotheek	30%	20%
% patiënten dat het eens was met de stelling dat de apotheker degene is die moet zorgen voor actueel medicatieoverzicht	70%	60%

Ook pilotapothekers waren positief over gerichte evaluatie als manier om een deel van de farmaceutische zorg, waar relevant, los van het specifieke moment van de terhandstelling te leveren. Ze vonden gerichte evaluatie een waardevolle toevoeging op hun werk en hadden het gevoel beter zichtbaar te zijn voor de patiënt. Tijdens de contactmomenten met de patiënt kregen de pilotapothekers positieve reacties. Ondanks dat patiënten in eerste instantie soms vragen hadden over wijzigingen in medicatie die zij al lange tijd gebruikten, stond een groot deel na een gesprek toch open voor deze wijzigingen (§2.2). Andere pilotapothekers gaven juist aan dat patiënten makkelijk meegingen met hun adviezen en dat patiënten vertrouwen op de farmaceutische kennis van de apotheker. Veel patiënten gaven aan dat ze het fijn vonden dat de apotheker proactief met hun medicatie bezig was. Ook konden apothekers de patiënt geruststellen door aan te geven dat als een proefstop niet beviel, zij altijd weer met medicatie konden starten. Eén apotheker werd zelfs benaderd door een patiënt die in haar omgeving een goede ervaring had gehoord over het afbouwen van een maagzuurbeschermer (als onderdeel van gerichte evaluatie) en aangaf zelf ook af te willen bouwen. Een andere apotheker gaf aan dat een patiënt door het afbouwen van bloeddrukverlagers waarschijnlijk langer zelfstandig kan blijven wonen omdat ze minder last heeft van duizeligheid als bijwerking.

Momenteel bespreken apothekers verbeteringen in medicatie, zoals een verlagingen van de dosering, veelal met de huisarts zonder dat de patiënt dit merkt. Doordat apothekers in gerichte evaluatie proactief contact met de patiënt opnamen werd de verleende farmaceutische zorg zichtbaarder voor de patiënt. De apotheker kan zich hierdoor meer positioneren als zorgverlener, in plaats van als geneesmiddelenverstrekker.

⁷ De stelling in de enquête: "Ik vind dat mijn apotheek degene moet zijn die ervoor zorgt dat mijn medicijnoverzicht actueel is en in de gaten houdt of mijn (dosering van mijn) medicijnen moet(en) wijzigen".

Pilotapothekers zagen gerichte evaluatie als een “lichte” versie van de medicatiebeoordeling. Een medicatiebeoordeling is een periodieke beoordeling van de farmacotherapie door de apotheker voor patiënten van 65 jaar of ouder die ten minste vijf geneesmiddelen chronisch gebruiken en ten minste één risicofactor hebben.⁸ Waarbij er bij een medicatiebeoordeling beredeneerd wordt vanuit één patiënt met veel verschillende geneesmiddelen, vindt bij gerichte evaluatie juist een screening plaats van alle patiënten beredeneerd vanuit één geneesmiddel of één ziektebeeld. Deze projectmatige aanpak zagen de apothekers als een waardevolle toevoeging omdat de patiëntgroep die in beeld komt breder is dan de doelgroep voor de medicatiebeoordeling. Het contact dat apothekers hadden met patiënten naar aanleiding van gerichte evaluatie werd ervaren als een “lichte” versie van een farmaceutisch consult.⁹ Ook dit werkte prettig omdat apothekers bij het inzetten van farmaceutisch consulten drempels ervaren doordat deze bij de meeste verzekeraars niet vergoed worden.

⁸ De risicofactoren staan omschreven in de KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling, een voorbeeld van een risicofactor is “wonend in verzorgings- of verpleeghuis”.

⁹ Een farmaceutisch consult is een gesprek tussen de patiënt en de apotheker waarin de zorgvragen van de patiënt worden besproken.

3 Vastzetten apotheekvergoeding creëerde niet de benodigde tijd

Gerichte evaluatie en bijbehorende registratie kosten veel tijd, omdat het maatwerk betreft per focusgroep en soms zelfs per patiënt (§3.1). Apothekers hadden te weinig tijd voor gerichte evaluatie (§3.2). Andere ontwikkelingen in de apotheek leiden er toe dat de apotheker druk is met de dagelijkse gang van zaken, waardoor het veel pilotapothekers pas richting het einde van de pilot of daarna lukte om met gerichte evaluatie aan de slag te gaan. Het “vastzetten” van de apotheekvergoeding voor VGZ-patiënten, waarmee apothekers financiële zekerheid werd geboden, leidde in de pilot dus niet tot het creëren van tijd voor gerichte evaluatie (§0).

3.1 Gerichte evaluatie en registratie kosten veel tijd

3.1.1 Gerichte evaluatie is maatwerk per focusgroep en per patiënt

In §2.2 concludeerden we al dat het gemiddelde succesratio van gerichte evaluatie van ~30% sterk verschilde per geselecteerde focusgroep. Ook de werkzaamheden voor pilotapothekers verschilden sterk: gerichte evaluatie is maatwerk per focusgroep en per patiënt.

De meest kansrijke procesmatige aanpak verschilde volgens pilotapothekers ook per focusgroep. Daarbij bleek vooral het bepalen van de juiste volgorde van contactmomenten belangrijk, omdat dit de kans van slagen sterk beïnvloedde. Bij een deel van de focusgroepen werkte het volgens pilotapothekers het beste om de verandering eerst met de huisarts/medisch specialist te bespreken, vooral als de verandering ook goedgekeurd moest worden door de medisch specialist ging hier veel tijd overheen. Ook is er een kans dat de huisarts/medisch specialist het niet eens is met de verandering. Het is in dat geval vervelend als de verandering al met de patiënt is afgestemd, en het vervolgens lang duurt voordat de verandering doorgevoerd wordt of zelfs helemaal niet doorgaat. Bij geneesmiddelen waarvoor het de vraag is of de patiënt bereid is om het geneesmiddel te stoppen of af te bouwen, bijvoorbeeld omdat het geneesmiddel (licht) verslavend is, is het mogelijk juist het beste om eerst contact met de patiënt op te nemen om de bereidheid te toetsen.

Voor gerichte evaluatie voerden de apothekers ook maatwerk uit per patiënt. Voor iedere patiënt bereidden de apothekers gerichte evaluatie voor door:

- Na te gaan wat de oorsprong was van de medicatie.
- Na te gaan of de patiënt wel of geen indicatie had voor de medicatie.
- Te beoordelen of het ging om een kwetsbare patiënt (waarbij afbouwen mogelijk extra risico's meebrengt).

De apothekers bereidden dit voor door in het AIS relevante patiëntinformatie op te zoeken, in veel gevallen hielden de apothekers dit bij in de lijsten die zij ontvingen vanuit NControl. De apothekers gaven aan dat deze werkzaamheden vergelijkbaar waren met de werkzaamheden ter voorbereiding op een medicatiebeoordeling. Ze schatten in dat deze voorbereiding ongeveer 15 minuten kostte per patiënt.

Zoals in §2.2 toegelicht ontvingen apothekers voor gerichte evaluatie lijsten met patiënten die vielen onder een focusgroep die NControl automatisch uitdraaide uit systemen. NControl selecteerde daarbij op een combinatie van medicatie-eisen en patiëntkenmerken. Het identificeren welke combinaties van medicatie-eisen en patiëntkenmerken resulteerden in een lijst met patiënten waarbij de kans van slagen (het afbouwen of stoppen van medicatie heeft meerwaarde en de patiënt en voorschrijver staan ervoor open) groot is vergt maatwerk. Kansrijke geneesmiddelen werden bijvoorbeeld geselecteerd op basis van de kennisdocumenten opgesteld in het kader van de 'Module Minderen en stoppen van medicatie', onderdeel van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Voor patiëntkenmerken werd voor alle focusgroepen geselecteerd op patiënten van 70 jaar en ouder, voor één focusgroep werd geselecteerd op patiënten van 85 jaar en ouder.

Naarmate de ervaring met gerichte evaluatie groeit kan de juiste werkwijze mogelijk sneller bepaald worden en is standaardisering van een deel van bovenstaande werkzaamheden wellicht mogelijk. Bij inbedding in de dagelijkse werkzaamheden van de apotheek zal gerichte evaluatie daarom mogelijk minder tijd kosten dan tijdens de pilot, echter blijft altijd een deel van de werkzaamheden handmatig werk (zoals de contactmomenten in §3.1.2 en vergt gerichte evaluatie altijd een behoorlijke tijdbesteding).

3.1.2 Gerichte evaluatie vereist meerdere contactmomenten met de patiënt en met de huisarts en/of specialist

Niet alleen het voorbereiden van gerichte evaluatie maar ook het uitvoeren ervan kostte apothekers tijd. Deze tijd kwam met name doordat gerichte evaluatie meerdere contactmomenten vereiste met de patiënt en met de huisarts en/of medisch specialist.

In eerste instantie benaderde een deel van de apothekers patiënten per e-mail. Echter bleek dat op e-mails zeer weinig respons kwam, omdat patiënten vaak geen intrinsieke motivatie hadden om geneesmiddelen af te bouwen of te stoppen. Aangezien patiënten de geneesmiddelen vaak al jaren gebruiken vinden zij afbouwen/stoppen niet vanzelfsprekend. Apothekers gaven aan dat telefonisch of persoonlijk contact met de patiënt bijna altijd nodig was om de patiënt mee te nemen in de meerwaarde van het afbouwen/stoppen van geneesmiddelen. Ook stelde de apotheker tijdens dit contact de verwachtingen van de patiënt bij, door toe te lichten dat een toename in klachten mogelijk is, maar dat dit van tijdelijke aard is. Apothekers gaven aan dat dit eerste contactmoment zeker tien minuten duurde, en kon oplopen tot dertig minuten.

Zoals uit de gemiddelde succesratio van ~30% (zie §2.2) blijkt stond een groot deel van de patiënten na uitleg van de apotheker open voor het afbouwen/stoppen van geneesmiddelen. Het kwam ook voor dat de patiënt eerst na wilde denken over de wijzigingen, of deze met de huisarts

of medisch specialist wilde bespreken. Indien dat het geval was vereiste gerichte evaluatie een extra contact op een later moment, ter opvolging.

Ook na de wijziging nam de apotheker contact op met de patiënt, om na te gaan of de wijziging geslaagd was en de patiënt tevreden was met de nieuwe situatie. Ook motiveerde de apotheker de patiënt in deze gesprekken om niet terug te vallen. In veel gevallen vond het afbouwen/stoppen namelijk in eerste instantie plaats via een proefperiode. Dit gaf de patiënt flexibiliteit en comfort om terug te gaan naar de oude situatie indien de wijziging niet beviel, waardoor patiënten sneller bereid waren om mee te gaan in de wijziging.

Naast contact met de patiënt hadden apothekers contact met huisartsen en/of medisch specialisten. Omdat de apotheker zelf geen bevoegdheid heeft om medicatie stop te zetten was dit contact cruciaal. Apothekers gaven aan dat de relatie met de individuele arts heel belangrijk was voor de succesratio. Met name tussen huisartsen merkten ze grote verschillen. Huisartsen waarmee apothekers een goede vertrouwensband hadden, voerden wijzigingen door zonder veel aanvullende vragen, andere huisartsen (veelal bij de grotere huisartsenpraktijken) waren terughoudender. Ook veranderingen die met medisch specialisten afgestemd dienden te worden vergden veel tijd.

Ondanks dat een deel van de huisartsen moest wennen aan deze proactievere rol van de apotheker, zagen de apothekers duidelijke meerwaarde. In de periode dat apothekers contact hadden met huisartsen over gerichte evaluatie merkten zij dat huisartsen bewuster bezig waren met de medicatie van de patiënt. Ze gingen vaker uit zichzelf het gesprek aan met de patiënt over het afbouwen/stoppen van medicatie.

3.1.3 In de pilot werd gevraagd om extra administratie waardoor de tijdbesteding hoger was

In de pilot was de tijdbesteding hoger dan alleen de in §3.1.1 en §3.1.2 omschreven tijdbesteding voor gerichte evaluatie. Bij inbedding in de dagelijkse werkzaamheden van de apotheek vervalt deze extra tijdbesteding. De tijdbesteding was in de pilot hoger vanwege:

1 Structureren en bijhouden resultaten gerichte evaluatie

In de pilot kregen apothekers op verschillende momenten lijsten aangeleverd van NControl. Om de resultaten van de gericht evaluatie te analyseren vroegen we apothekers om gestructureerd de voortgang en het resultaat bij te houden. Dat betekende dat apothekers de verschillende lijsten koppelden en bijhielden wanneer zij contact hadden gehad met patiënten en wat het resultaat daarvan was. Daarnaast anonimiseerden zij bestanden om deze met ons te kunnen delen (in verband met AVG-wetgeving). Daarbij was een extra uitdaging dat in sommige gevallen de apothekersassistente het patiëntcontact had voor gerichte evaluatie¹⁰. Omdat de apothekersassistente niet op de hoogte was van de vastlegging via de lijsten (maar dit vastlegde in het AIS) ondernam de apotheker in dat geval soms op basis van de lijsten onnodig een tweede keer actie.

2 Bijwonen (evaluatie-)overleggen

In de pilot namen apothekers deel aan overleggen voorafgaand, tijdens en na afloop van de pilot

¹⁰ Dit was met name het geval indien apothekers een werkwijze hanteerden waarbij aandachtspunten werden aangemaakt in het AIS die naar voren kwamen zodra de apotheker(sassistente) het dossier opende als de patiënt in de apotheek was.

(zie Bijlage 1). Voorafgaand aan de pilot werden twee fysieke overleggen georganiseerd ter voorbereiding op de pilot. Tijdens de pilot vond in de eerste maanden tweewekelijks een digitaal evaluatie overleg plaats, daarna vond tweemaandelijks een digitaal evaluatie overleg plaats. Na afloop van de pilot werden tijdens meerdere digitale overleggen de conclusies voorgelegd aan, en afgestemd met, de apothekers.

3 Registreren van zorgactiviteiten

Naast de werkzaamheden rondom gerichte evaluatie registreerden apothekers zorgactiviteiten als onderdeel van de pilot. Deze registratie was bedoeld om inzicht te krijgen in welke farmaceutische zorg de apotheek verleent. Apothekers gaven aan dat het registreren van zorgactiviteiten zeer veel tijd kostte.

3.2 Apotheker en apothekersassistenten hadden te weinig tijd voor gerichte evaluatie

3.2.1 Apotheker is druk met de dagelijkse gang van zaken, waar gerichte evaluatie bovenop komt

Tijdens de evaluatie-overleggen constateerden we dat pilotapothekers zo druk waren met de dagelijkse werkzaamheden in de apotheek dat zij - los van de extra werkzaamheden uit §3.1.3 - te weinig tijd hadden voor gerichte evaluatie.

Pilotapothekers ontvingen de eerste lijsten voor gerichte evaluatie in februari 2023 van NControl. Vanaf dit moment konden zij aan de slag met gerichte evaluatie. In de praktijk duurde het echter lang voordat apothekers daadwerkelijk aan de slag gingen. In §3.3.1 gaan we hier verder op in. De huidige manier van werken van de apotheker focust op het logistieke proces. In de praktijk nemen taken rondom dit proces - in combinatie met de bedrijfsvoering van de apotheek - zoveel tijd in beslag dat het niet lukte om tijd te besteden aan gerichte evaluatie. Zoals in §2.1 besproken gaf een deel van de pilotapothekers aan dat gerichte evaluatie niet leidde tot meer contactmomenten, andere pilotapothekers gaven aan dat het aantal patiëntcontacten in absolute zin wel steeg. Alle pilotapothekers gaven aan dat de werkzaamheden voor gerichte evaluatie bovenop bestaande werkzaamheden kwamen. Omdat de bestaande werkzaamheden veel tijd in beslag nemen, was er geen tijd om de werkzaamheden voor gerichte evaluatie ernaast te doen.

Dat bestaande werkzaamheden veel tijd in beslag nemen heeft ook te maken met andere ontwikkelingen die noodgedwongen steeds meer tijd vragen van de apotheker:

- **Personeelstekort:** pilotapothekers gaven aan dat zij, als gevolg van grote personeelstekorten bij apothekersassistenten, veel baliewerkzaamheden zelf doen. Dat het personeelstekort een groeiend probleem is blijkt ook uit een artikel van KNMP dat aangeeft dat in 2021 in totaal 1.200 vacatures op vacaturebank Apotheekwerk.nl stonden, in 2022 waren dat er 2.600 en van januari t/m augustus 2023 waren dat er al 2.000, waarvan 1.700 voor apothekersassistenten.¹¹

¹¹ KNMP (2023) – Personeelstekorten en hoog verzuim zetten apotheekteams verder onder druk

- **Geneesmiddelentekorten:** uit eerder onderzoek van SiRM bleek dat apothekers veel tijd besteden aan geneesmiddelentekorten.¹² Dit gaat bijvoorbeeld om het uitzoeken van de duur van nalevering, het zoeken naar alternatieven, het opbreken van pillen als de juiste dosering niet beschikbaar is en de administratieve afwikkeling van alternatieven inclusief contact met zorgverzekeraars over de declaratie buiten het beleid. In 2019 schatte KNMP dat een openbaar apotheker wekelijks gemiddeld 5,5 uur besteedt aan tekorten, en het apotheekteam zo'n 12 uur per week.¹³ Ook het geneesmiddelentekort is een groeiend probleem blijkt uit ander onderzoek van de KNMP: het aantal geneesmiddelentekorten was in 2019 met ~1.500 tekorten al hoog, maar is in 2023 nog verder gestegen naar ~2.300.¹⁴
- **Preferentiebeleid:** uit het onderzoek van SiRM bleek ook dat apothekers veel tijd besteden aan het preferentiebeleid. Daarbij werd specifiek aangegeven dat het beantwoorden van vragen van patiënten over de wisselingen van geneesmiddelen als gevolg van preferentiebeleid (en tekorten) veel tijd kosten. Veel van deze vragen volgen uit de polisvoorwaarden, en horen dus eigenlijk bij de zorgverzekeraar gesteld te worden. Het aandeel geneesmiddelen onder preferentiebeleid groeide afgelopen jaren. Uit een recente marktanalyse van volgesorteerde farmaceutische groothandels van SiRM bleek dat in 2023 naar schatting ~80% van de geneesmiddelen onder het preferentiebeleid viel, waar dit in 2021 nog zo'n 60% was.¹⁵

3.2.2 Apothekersassistenten willen fors meer tijd aan farmaceutische zorg (los van zorg bij de terhandstelling) besteden maar komen daar niet aan toe

Niet alleen de apotheker had meer en eerder tijd willen besteden aan gerichte evaluatie, ook apothekersassistenten geven aan meer tijd te willen besteden aan farmaceutische zorg dan zij momenteel doen. Uit een enquête onder ~50 apothekersassistenten werkzaam in pilotapotheken blijkt dat apothekersassistenten inschatten dat zij momenteel maar zo'n 6% van hun totale tijd aan farmaceutische zorg besteden (Figuur 6).

Ondanks dat meer dan de helft van de apothekersassistenten aangeeft het gevoel te hebben met de huidige werkzaamheden en werkverdeling volledig aan de verwachtingen van de patiënt te voldoen, geven apothekersassistenten aan dat zij gemiddeld 55% van hun tijd aan patiëntenzorg zouden willen besteden om het gevoel te hebben patiënten van voldoende patiëntenzorg te kunnen voorzien (Figuur 7).

¹² SiRM (2022) – Passende farmaceutische zorg

¹³ KNMP (2019) – Onderzoek geneesmiddelentekorten

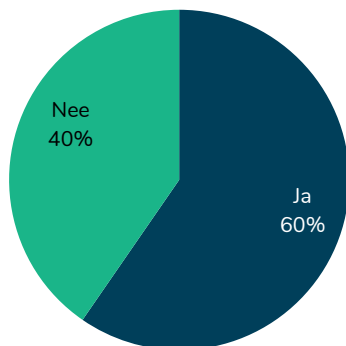
¹⁴ KNMP (2024) – Cijfers geneesmiddelentekorten

¹⁵ SiRM (2023) – Samenvatting 'Volgesorteerd – maar voor hoe lang'

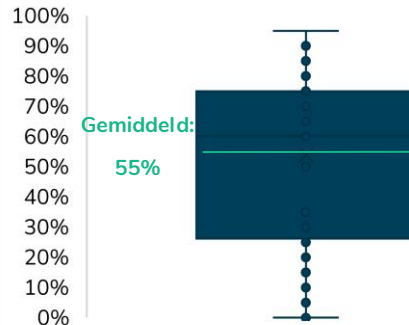


Figuur 6. Apothekersassistenten schatten in dat ze gemiddeld 6% van hun tijd aan farmaceutische zorg besteden. Bron: analyse SiRM op basis van resultaten medewerkersenquête pilotapotheken in het najaar van 2022.

Antwoorden apothekmedewerkers - met huidige werkzaamheden kan ik volledig aan de verwachtingen van de patiënt voldoen [%]



Tijdverdeling waarbij je het gevoel hebt voldoende patiëntenzorg te leveren [% van totale tijd in een week besteed aan patiëntenzorg]



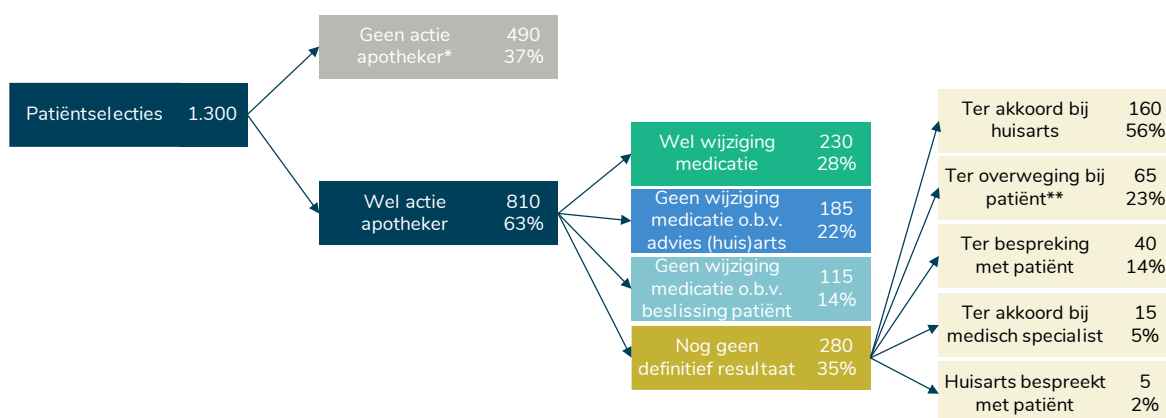
Figuur 7. Ondanks dat 60% van de apothekersassistenten aangeeft met huidige werkzaamheden aan de verwachtingen van de patiënt te kunnen voldoen, geven zij aan de ideale tijdbesteding 55% van hun werkweek zou zijn. Bron: analyse SiRM op basis van resultaten van medewerkers-enquête pilotapotheken in het najaar van 2022.

3.3 “Vastzetten” apotheekvergoeding voor vierenhalf jaar bleek onvoldoende om tijd te creëren

3.3.1 De pilot leidde er niet toe dat apothekers direct aan de slag gingen met gerichte evaluatie

De apotheker is druk met de dagelijkse gang van zaken (zie §3.3.1). Pilotapothekers geven aan dat gerichte evaluatie, vooral omdat het veel tijd vergt, blijft liggen zodra het een drukke periode is voor de apotheek. De pilot leidde er niet toe dat apothekers direct aan de slag gingen met gerichte evaluatie. Pas na de officiële einddatum van de pilot gingen de meeste apothekers grondig met gerichte evaluatie aan de slag.

Zoals in §3.2.1 toegelicht ontvingen pilotapothekers de eerste lijsten voor gerichte evaluatie in februari 2023 van NControl. Vanaf dit moment konden zij aan de slag met gerichte evaluatie. Bij de meeste pilotapothekers duurde het echter lang voordat zij grondig aan de slag gingen met gerichte evaluatie. Ondanks dat de apothekers door ZFC via belrondes gemotiveerd werden om aan de slag te gaan, en in evaluatie-overleggen meermaals het belang werd benadrukt, lukte het apothekers onvoldoende om tijd vrij te maken voor gerichte evaluatie. Toen de einddatum van de pilot (december 2023) naderde vroegen apothekers om twee maanden verlenging om voldoende tijd te hebben om gerichte evaluatie en bijbehorende registratie af te ronden.¹⁶ Pas na de officiële einddatum van de pilot gingen de meeste apothekers grondig met gerichte evaluatie aan de slag en deelden zij resultaten met ZFC en SiRM.



Figuur 8. Bij meer dan de helft van de patiënten zonder definitief resultaat lag de medicatiewijziging nog ter akkoord voor bij de huisarts. Bron: analyse SiRM op basis van registratie gerichte evaluatie door pilotapotheken.

*Het kan zijn dat de apotheker geen actie ondernam omdat de patiënt wel een indicatie had voor het geneesmiddel, of het geneesmiddel naar inschatting van de apotheker wel meerwaarde heeft.

**Ter overweging bij patiënt kan ook betekenen dat de patiënt het eerst nog met de arts bespreekt.

Dat de apotheker onvoldoende tijd had blijkt ook uit Figuur 8. Van de ~60% van de patiënten waarbij de apotheker actie ondernam was in februari 2024 bij ~35% nog geen definitief resultaat vastgelegd door de apotheker. Bij meer dan de helft van de patiënten lag de medicatiewijziging nog ter accordering bij de huisarts. Zoals in §3.1 toegelicht kost gerichte evaluatie veel tijd. Het feit dat het akkoord nog openstond bij de huisarts duidt erop dat de apotheker de huisarts hier pro-

¹⁶ De periode voor gerichte evaluatie werd verlengd van december 2023 tot februari 2024.

actief aan moet herinneren. Voor de gevallen zonder definitief resultaat had de apotheker dat in februari 2024 waarschijnlijk (nog) niet gedaan, of heeft de huisarts alsnog niet gehandeld.

3.3.2 De financiële zekerheid in de pilot is onvoldoende om tijd te creëren voor gerichte evaluatie

In de pilot krijgen apothekers voor patiënten die verzekerd zijn bij VGZ voor een periode van vierenhalf jaar een vaste apothekervergoeding voor eerste uitgiftes en standaarduitgiftes (zie §1.2). ZFC en VGZ verwachtten dat dit tijd zou creëren voor het eerder en gericht verlenen van farmaceutische zorg, en het begeleiden bij het stoppen of afbouwen van medicatie. Echter was dit niet het geval. De financiële zekerheid die apothekers kregen in de pilot bleek niet de manier om tijd te creëren voor gerichte evaluatie.

Het “vastzetten” van de apothekervergoeding leidt ertoe dat het stoppen/afbouwen van geneesmiddelen een voordeel oplevert. De apotheker krijgt vierenhalf jaar lang namelijk nog steeds de apothekervergoeding voor de gestopte geneesmiddelen, maar besteedt geen tijd meer aan het verstrekken van de geneesmiddelen. De bevindingen in dit rapport tonen aan dat deze financiële zekerheid onvoldoende is. Uit de evaluatie-overleggen concluderen we dat de belangrijkste reden voor de pilotapothekers om richting het einde van de pilot (of daarna) tijd vrij te maken voor gerichte evaluatie niet van financiële aard is. Zij deden dit vanuit de intrinsieke motivatie om de meerwaarde van het anders verlenen van farmaceutische zorg inzichtelijk te maken, met als doel dat zij zichtbaarder worden als zorgverlener voor zowel patiënten als andere zorgverleners.

We zien meerdere mogelijke verklaringen voor dat de financiële zekerheid die apothekers kregen in de pilot niet de manier bleek om tijd te creëren voor gerichte evaluatie:

1 Tijdbesteding gerichte evaluatie hoger dan tijdswinst gedurende vierenhalf jaar door stoppen medicatie

In §3.1 lichtten we toe dat gerichte evaluatie veel tijd kost. Het kan zijn dat het aantal minuten besteed aan gerichte evaluatie voor alle patiënten hoger is dan het aantal gedurende vierenhalf jaar te besparen minuten doordat de apotheker het geneesmiddel niet meer hoeft te verstrekken aan patiënten die stopten. Daarbij speelt een belangrijke rol dat:

- a** Slechts een deel van de patiënten (~170 van de ~1.300 patiënten, zie Figuur 4) stopte met ten minste één geneesmiddel of geneesmiddelen afbouwde met als doel om te stoppen. Voor een groot deel van de patiënten (de overige ~1.130 patiënten) besteedde de apotheker wel tijd aan gerichte evaluatie, maar leverde het geen latere tijdswinst op doordat het niet leidde tot minder terhandstellingen.
- b** Patiënten vaak meerdere geneesmiddelen hebben. Omdat de patiënt voor de andere geneesmiddelen alsnog in de apotheek komt is het de vraag hoe groot de tijdswinst van het stoppen van één geneesmiddel is.
- c** Het de vraag is of het patiënten lukt om blijvend met de geneesmiddelen te stoppen, alleen in dat geval levert het daadwerkelijk gedurende vierenhalf jaar tijdswinst op.

Overigens betekent bovenstaande niet dat gerichte evaluatie geen meerwaarde heeft. Het afbouwen van een geneesmiddel (lagere dosering) resulteert bijvoorbeeld niet in minder

terhandstellingen maar wellicht wel in gezondheidswinst. Het kan daarom nog steeds een afweging zijn om dit op een andere manier te bevorderen dan in de pilot.

2 Door vaste kostenstructuur niet (geheel) mogelijk om tijdwinst te materialiseren

Indien de tijdwinst wel hoger is dan de tijdbesteding kan het nog zo zijn dat het niet aantrekkelijk is voor de apotheker om tijd te creëren voor gerichte evaluatie. De tijdwinst moet zich namelijk wel materialiseren. De tijdwinst materialiseert zich alleen als het aantal terhandstellingen per fte apotheker(sassistent) gelijk blijft. In dat geval leidt de tijdwinst er bijvoorbeeld toe dat de apotheker zonder gerichte evaluatie een extra assistent had moeten aannemen om een natuurlijke groei in geneesmiddelterhandstellingen op te vangen, waar dit als gevolg van gerichte evaluatie niet het geval is.

3 Korte termijn belangrijker dan lange termijn

Zoals in §3.2.1 omschreven spelen er een aantal ontwikkelingen in de apotheek die er toe leiden dat de apotheker onder (tijds)druk staat. Daarbij is het mogelijk dat de aandacht voornamelijk uitgaat naar de korte termijn, om ervoor te zorgen dat op de korte termijn alle patiënten op het juiste moment van de juiste geneesmiddelen worden voorzien. De tijdbesteding voor gerichte evaluatie is een investering die pas op langere termijn wordt terugverdiend (ervan uitgaande dat deze zicht terugverdiend), waarbij het kan zijn dat de apotheker op korte termijn andere prioriteiten stelt.

4 De pilot betreft een te klein deel van het totaal aantal patiënten van de apotheek

Aangezien de pilot opgezet is in samenwerking met één zorgverzekeraar, VGZ, betreft het “vastzetten” van de apotheekvergoeding ook alleen VGZ-patiënten. Ondanks dat de deelnemende apotheken allemaal in gebieden liggen waar VGZ marktleider is betrof de pilot daardoor nog steeds maar een deel van het totaal aantal patiënten, en daarmee ook maar een deel van de totale apotheekvergoeding. Pilotapothekers gaven aan dat zij, doordat zij bij andere zorgverzekeraars nog via de reguliere systematiek bekostigd werden, het lastig vonden om op een andere wijze te gaan werken. Het logistieke proces bleef leidend in de dagelijkse werkzaamheden.

5 Het creëren van tijd is door personeelstekort simpelweg niet mogelijk

Zoals in §3.2.1 omschreven hebben apotheken te maken met grote personeelstekorten bij apothekersassistenten. Dit leidt er ook toe dat de apotheker steeds vaker taken uitvoert van apothekersassistenten. Pilotapothekers geven aan dat gerichte evaluatie, gezien de aard van de werkzaamheden, het beste past bij de rol van de apotheker¹⁷ en slechts in beperkte mate door apothekersassistenten gedaan kan worden. Vooral apothekers in apotheken waar geen twee apothekers werkzaam zijn geven aan dat het voor hen simpelweg niet mogelijk is om tijd te creëren. Een tweede apotheker biedt kansen om werkprocessen anders in te richten en daarbij tijd te creëren voor gerichte evaluatie.

¹⁷ Overigens is hier mogelijk wel een rol weggelegd voor farmaceutisch consultants, maar is onbekend in hoeverre de pilotapotheken farmaceutisch consultants in dienst hebben.

Bijlage 1 Inrichting en werkwijze pilot

In deze bijlage lichten we de inrichting en werkwijze van de pilot toe aan de hand van de volgende onderdelen:

- Stuurgroep
- Deelnemende apotheken en werkgroep
- Patiëntselectie en enquête
- Inrichting van de zorgverlening
- Inrichting van de bekostiging
- Planning
- Registratie van zorgactiviteiten
- Gerichte evaluatie

Stuurgroep

De stuurgroep bestond uit accountmanagers van VGZ en betrokkenen vanuit ZFC. De stuurgroep stelde het pilotontwerp vast, had zeggenschap over de concrete werkzaamheden en besliste tijdens de pilot of aanpassingen in het ontwerp nodig waren. De stuurgroep is opdrachtgever voor de werkgroep. De stuurgroep werd begeleid door SiRM.

De visie van de stuurgroep is dat een eventuele nieuwe bekostiging van de openbare apotheken focust op de farmaceutische zorg, naast het aantal verstrekte geneesmiddelen. Het recept is niet langer de enige initiator van handelen in de apotheek, maar patiëntenzorg wordt continu verleend. De pilot onderzoekt de inrichting van een andere bekostiging voor chronische patiënten met een standaarduitgifte. De wens is om in een nieuwe systematiek de apotheekvergoeding gedeeltelijk los te koppelen van het aantal terhandstellingen in het betreffende jaar, dit neemt productieprikkels weg en biedt ruimte voor de apotheker om de zorg meer continu in te richten.

Deelnemende apotheken en werkgroep

In totaal namen negen apotheken mee aan de pilot, al deze apotheken zijn deelnemer van ZFC en bevinden zich in regio's waar VGZ marktleider is:

- Service Apotheek de Roosten (Eindhoven)
- Service Apotheek De Blaak (Tilburg)
- Service Apotheek Boxmeer (Boxmeer)
- Service Apotheek Boschdijk (Eindhoven)
- Service Apotheek Oldambtplein (Winschoten)
- Service Apotheek Budel (Budel)
- Service Apotheek Deltaweg (Helmond)
- Apotheek Best (Best)
- Service Apotheek Blixembosch (Eindhoven)

Tijdens de pilot kwam een werkgroep op vaste basis bijeen om ervaringen te delen, voortgang te monitoren en resultaten te bespreken. Vanuit iedere apotheek nam één iemand (vaak een van de apothekers van de betreffende apotheek) deel aan de pilot werkgroep. De werkgroep bestond daarnaast uit accountmanagers en analisten van VGZ en betrokkenen vanuit ZFC. De werkgroep werd begeleid door SiRM.

Patiëntselectie en enquête

De pilot richtte zich op chronische patiënten die:

- Verzekerd zijn bij VGZ.
- Zorg consumeerden bij één van de deelnemende apotheken.
- Geen weekuitgifte hebben.

Deelnemende patiënten ontvingen bij de start van de pilot een brief met een uitnodiging voor een enquête. De brief informeerde de patiënt over de pilot, en ging bijvoorbeeld in op wat de pilot voor de patiënt betekende. In het najaar van 2023 ontvingen alle patiënten een tweede enquête. De vragen in de enquête richtten zich op de patiëntbeleving van de apotheek, de ervaring van de manier waarop de apotheek zorg biedt en de mening van de patiënt over de rekening voor geneesmiddelen en zorg.

Inrichting van de zorgverlening

De eerste drie doelen van een nieuwe bekostiging uit §1.1 gaan hand in hand. Door de focus in de bekostiging te verleggen naar het verlenen van noodzakelijke zorg neemt de volumeprikkel af. Dit biedt kansen voor meer gepersonaliseerde farmaceutische zorgverlening, met mogelijke positieve resultaten op de gezondheidsuitkomsten voor de patiënt.

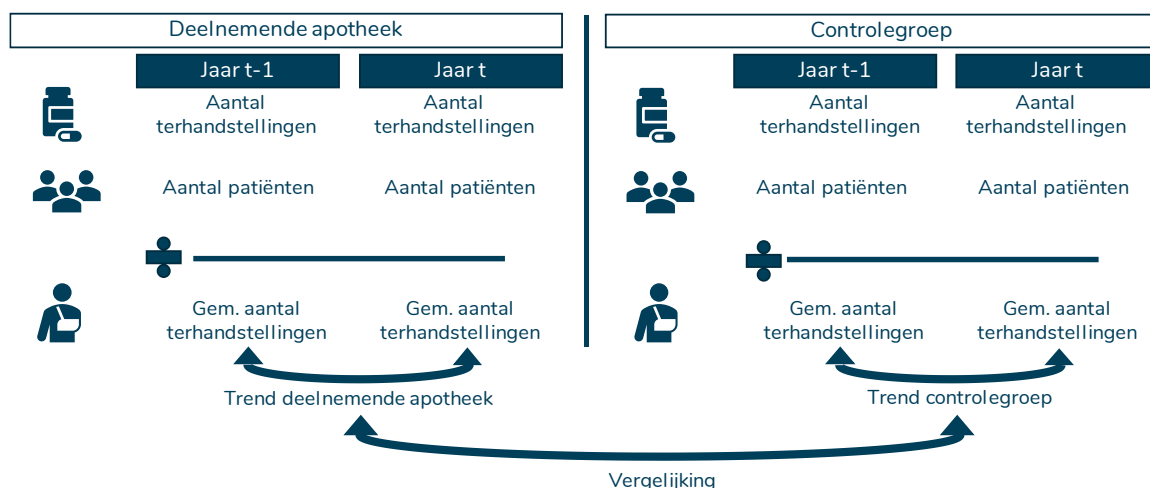
Concreet betekent dit dat het apotheekteam zorgactiviteiten uitvoert passend bij de behoeftes van de patiënt, dit betekent bijvoorbeeld dat de apotheker en zijn team vaker, of op andere momenten dan nu, contact hebben met de patiënt. Indien dit leidt tot betere farmaceutische zorg wordt niet gewacht tot het moment van terhandstelling, maar resulteren andere (nieuwe) triggers ook tot een contactmoment.

Inrichting van de bekostiging

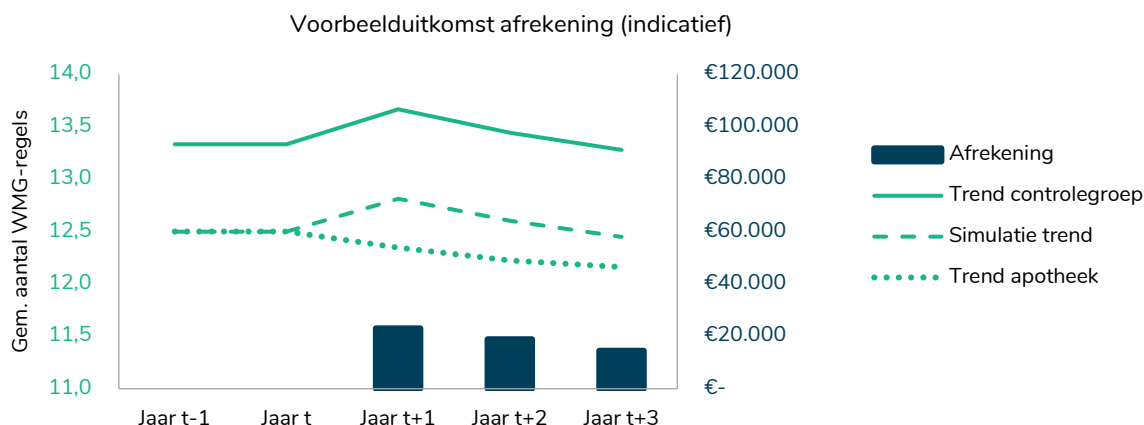
Voor een periode van vierenhalf jaar wordt de apotheekvergoeding van pilotapotheken “vastgezet”. De apotheekvergoeding is daarmee gegarandeerd. Om de administratieve tijdbesteding voor de bekostiging te minimaliseren, verandert tijdens de pilot niks aan de reguliere wijze van declareren. Voor de apotheekvergoeding wordt het verschil met de reguliere declaratiesystematiek via een schaduwberekening verrekend.

Omdat het aantal terhandstellingen als gevolg van demografie groeit, wordt in de schaduwberekening de groei van de pilotapotheek vergeleken met de groei in de controlegroep. Daarbij wordt het aantal terhandstellingen voor de deelnemende apotheek gesimuleerd alsof deze de markttrend van de controlegroep had gevolgd. Als de pilotapotheek een afwijkende trend vertoont ten opzichte van de controlegroep wordt de apotheekvergoeding van de pilotapotheek

gecorrigeerd als het verschil tussen de reguliere declaratiesystematiek en de schaduwberekening in enig jaar groter is dan €2.500. Figuur 9 en Figuur 10 geven dit grafisch weer. De schaduwberekening vindt jaarlijks plaats tijdens de anderhalf jaar durende pilot en in de drie jaar na de pilot. Vanaf het vierde jaar na de pilot vindt geen schaduwberekening (en dus ook geen compensatie) meer plaats.



Figuur 9. Voor het “vastzetten” van de apotheekvergoeding vindt een schaduwberekening plaats waarbij de trend in het gemiddeld aantal terhandstellingen per patiënt van de pilotapotheek wordt vergeleken met een controlegroep.



Figuur 10. Hoe groter het verschil tussen de gesimuleerde trend o.b.v. de controlegroep en de daadwerkelijke trend hoe hoger de afrekening (illustratief).

Planning

Vanaf maart 2022 tot en met augustus 2022 kwam het pilotontwerp tot stand en werd de werkgroep via meerder informatiesessies zo goed mogelijk voorbereid op de pilot (Tabel 2). De pilot zelf liep van september 2022 tot en met december 2024. In de eerste vier maanden kwam de werkgroep tweewekelijks (digitaal) bijeen. In deze bijeenkomsten toetsten we of de pilot in de praktijk goed uit te voeren is. Praktische zaken en eventuele procesmatige knelpunten kwamen aan de orde. In de periode daarna kwam de werkgroep tweemaandelijks bijeen om de voortgang te bespreken en ervaringen uit te wisselen. Na afronding van de pilot, vanaf maart 2024, werden de resultaten en het rapport vastgesteld.

Tabel 2. De pilot liep van september 2022 tot en met december 2024.

Wanneer?	Wie?	Wat?
Maart/april '22	VGZ, ZFC	Vaststellen pilotbeschrijving
Mei '22	Werkgroep, VGZ, ZFC	Eerste introductiebijeenkomst
Juni '22	Werkgroep, VGZ, ZFC	Tweede introductiebijeenkomst
Juni '22	Apothekersassistenten	Optionele informatiesessie
September '22	Deelnemende apotheken	Start pilot
September '22 – december '23	Werkgroep	Registratie zorgactiviteiten
September '22 – januari '23	Werkgroep, VGZ, ZFC	Tweewekelijkse evaluatie
Februari '23 – januari '24	Werkgroep, VGZ, ZFC	Tweemaandelijks evaluatie
Februari '23 – februari '24	Werkgroep	Gerichte evaluatie
Maart 2024	Werkgroep, VGZ, ZFC	Bespreken en vaststellen resultaten
April 2024	Werkgroep, VGZ, ZFC	Schriftelijke reactie op rapport

Registratie van zorgactiviteiten

Om inzicht te krijgen in farmaceutische zorg die de apotheek verleent registreerden apotheken van september 2022 tot en met december 2022 zorgactiviteiten. Deze zorgactiviteiten registreerde de apotheek voor patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria. Registratie van zorgactiviteiten vond plaats voor alle farmaceutische zorg¹⁸, werkzaamheden rondom de vertrekking van het geneesmiddel waren geen onderdeel van de registratie. In de registratie onderscheidde we:

- De aanleiding voor de activiteit
- De activiteit zelf
- Het gevolg van de activiteit

Voor de aanleiding maakten de apothekers onderscheid tussen:

- Tussentijdse informatie van patiënt
- Tussentijdse informatie van voorschrijver
- Tussentijdse informatie van wijkverpleging
- Tussentijdse informatie van de apotheek
- Tussentijdse informatie van externe bronnen of verandering van richtlijnen

Vervolgens maken we onderscheid tussen de volgende activiteiten:

- Contact met voorschrijver
- Contact met apotheker
- Contact met wijkverpleging
- Contact met patiënt/mantelzorger
- Overig contact

¹⁸ In de praktijk gaven apothekers aan dat er sprake was van onderregistratie. De registratie werd gedaan door het apotheekteam en kwam bovenop de reguliere werkzaamheden, waardoor hier in de praktijk niet altijd tijd voor was. Ook gaven apothekers aan dat situaties waarin registratie plaats diende te vinden niet altijd herkend werden.

Als laatste wordt de mutatie in het systeem geregistreerd:

- Medicatie starten
- Medicatie stoppen/afbouwen
- Medicatie wijzigen per direct
- Medicatie wijzigen (dosering/sterkte/middel) per volgende verstrekking
- Bieden van begeleiding/informatie (zoals aanvullend onderzoek gestart/lab prikken/bijwerking besproken/patiënt gerustgesteld)
- Geen mutatie

Gerichte evaluatie

In de pilot werden handvatten gegeven aan apotheken om de zorg los van de terhandstelling van het geneesmiddel in te richten. De apotheken worden in deze transitie ondersteund door ZFC en NControl. Via focusgroepen (patiëntdoelgroepen, ziektebeelden of middelen) werden zogenaamde gerichte evaluaties uitgevoerd. De focusgroepen werden zo geselecteerd dat een evaluatie naar verwachting veel toegevoegde waarde heeft.

Voor gerichte evaluatie draaide NControl geautomatiseerd informatie uit systemen uitdraaide. Apothekers ontvingen van NControl lijsten met patiëntselecties op basis van “searches”. Met een “search” selecteerde NControl via geautomatiseerde screening een patiëntgroep. Apothekers ontvingen selecties voor 16 verschillende patiëntgroepen. In de periode februari 2023 tot en met februari 2024¹⁹ gingen pilotapotheken met de lijsten van NControl aan de slag en benaderde zij patiënten en voorschrijvers om het stoppen/afbouwen/wijzigen van medicatie te bespreken. In Excel hielden zij een overzicht bij waarin ze het volgende registreerden:

- De focusgroep.
- De actie(s) van de apotheek (contact voorschrijver, contact patiënt).
- Het resultaat van de actie (geen verandering, medicatie direct stoppen, medicatie afbouwen met wel/geen stop als doel, medicatie wijzigen).
- Toelichting (reden wel/geen verandering, ervaring patiëntgesprek).

¹⁹ Ten opzichte van de oorspronkelijke planning werd de periode voor gerichte evaluatie verlengd tot februari 2024 in plaats van december 2023 om apotheken voldoende tijd te geven om gerichte evaluatie en bijbehorende registratie af te ronden.