

# VERKENNING MEDICATIEBEOORDELING



*Het glas lijkt halfvol en de kraan druppelt,  
wie zet de kraan verder open  
en hoe zorgen we dat het water steeds zuiverder wordt?*

Uitgevoerd door:



In opdracht van:



Mede mogelijk gemaakt door:





# INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING.....	3
HOOFDSTUK 1: ACHTERGROND EN AANPAK .....	8
1.1. Achtergrond van de verkenning .....	8
1.2. De gevolgde aanpak .....	8
1.3. Leeswijzer .....	9
HOOFDSTUK 2: DE OMVANG VAN HET PROBLEEM .....	10
2.1. Aantal patiënten .....	10
2.2. Aantal uitgevoerde medicatiebeoordelingen .....	12
2.3. De kwaliteit van medicatiebeoordelingen .....	12
2.4. De juiste aanpak? .....	14
HOOFDSTUK 3: DE PATIËNT.....	16
3.1. Adequate informatie .....	16
3.2. Mobilisatie van de patiënt .....	16
3.3. Het verlagen van barrières .....	16
HOOFDSTUK 4: DE ZORGVERLENER.....	18
4.1. Een sterke infrastructuur .....	18
4.2. Uitnodigen van patiënten .....	18
4.3. Een goede uitvoering.....	19
4.4. Kwaliteitsinformatie .....	19
HOOFDSTUK 5: DE ZORGVERZEKERAAR .....	21
5.1. De polisvoorwaarden .....	21
5.2. Het volume .....	22
5.3. De prijs.....	22
5.4. De populatie.....	24
5.5. Controle op de uitvoering.....	24
5.6. De resulterende dynamiek.....	24
HOOFDSTUK 6: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....	26
6.1. Houden we het glas onder de juiste kraan? .....	26
6.2. Wiens glas willen we onder de kraan houden? .....	27
6.3. Is het water zuiver genoeg? .....	27
6.4. Hoe vol is het glas nu? .....	28
6.5. Het glas wordt gevuld! .....	29
6.6. Hoe hard stroomt het water? .....	30
6.7. Wie draait de kraan verder open? .....	31
BIJLAGE A: OVERZICHT INITIATIEVEN .....	34
BIJLAGE B: BETROKKEN PARTIJEN .....	41



## SAMENVATTING

### Houden we het glas onder de juiste kraan?

De primaire insteek van deze verkenning was om te bekijken of het risico bestaat dat volledige implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' (MDR) langer op zich zal laten wachten dan nodig. In de loop van de verkenning is de conclusie getrokken dat volledige implementatie van de MDR helemaal niet gewenst is. Focus op implementatie van de MDR is namelijk een focus op het 'middel' van de medicatiebeoordeling. De insteek die steeds meer opgeld doet, is om de focus vooral te leggen op het 'doel': optimale farmacotherapie bij patiënten met polyfarmacie, met zo weinig mogelijk farmacotherapeutische problemen en aansluitend bij de levenssituatie van de patiënt op dat moment. Partijen zijn het met elkaar op hoofdlijnen eens dat dergelijke problemen bij voorkeur 'eerder in de keten' moeten worden voorkomen, gesignaleerd en opgelost. Er zijn tijdens de verkenning meerdere mooie voorbeelden genoemd van initiatieven van partijen om deze nieuwe aanpak te realiseren. Naar verwachting zal de medicatiebeoordeling een volwaardig onderdeel zijn van die geïntegreerde farmaceutische zorg. Het is wel te verwachten dat de invulling (deels) zal veranderen en dat een aantal stappen, zoals omschreven in de MDR, daarbij minder tijd zal gaan kosten.

Het mooie perspectief van deze nieuwe aanpak verdient de best mogelijke implementatie op de kortst mogelijke termijn. Een focus hierop heeft echter als gevaar dat uit beeld raakt dat er een substantiële groep patiënten is die nú baat heeft bij een medicatiebeoordeling volgens de aanpak van de MDR. Zij lopen significante risico's op onnodige farmacotherapeutische problemen met mogelijk ernstige gezondheidsschade en kunnen niet wachten tot de nieuwe aanpak een feit is. Het is dus een kwestie van 'het een doen en het ander niet laten'!

#### Aanbeveling:

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns tot een gezamenlijke ambitie van alle partijen voor een één-én aanpak:
  - maximale gezamenlijke inzet voor het realiseren van de nieuwe aanpak.
  - maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij alle patiënten die daar nú baat bij hebben.

Gezien de opdracht voor deze verkenning, zal het vervolg alleen gaan over het tweede deel van deze ambitie: is er sprake van een maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij alle patiënten die daar nú baat bij hebben?

### Wiens glas willen we onder de kraan houden?

De eerste vraag is dan welke patiëntgroepen nú baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling. De criteria uit de MDR worden te breed geacht en daarom is een traject voor 'patiënt selectie' opgestart waarin onder meer zal worden aangegeven bij welke subgroepen van welke omvang een medicatiebeoordeling zinvol zou zijn. Ook zal daarbinnen aangegeven worden welke groepen het hoogste risico hebben, zodat de schaarse capaciteit in de eerste plaats op die groep gericht kan worden. Met de uitkomsten hiervan kan men dan in de praktijk aan de slag. Het streven is dat de resultaten van dit traject in oktober beschikbaar zijn zodat de IGZ ze kan meenemen in haar toetsingskader voor het toezicht op de medicatiebeoordeling.

### Is het water zuiver genoeg?

Als bekend is welke groepen nú baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, is een volgende vraag of de kwaliteit van medicatiebeoordelingen zodanig is dat een medicatiebeoordeling bij deze patiënten ook zinvol is. Er is weinig informatie bekend over de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen. Op basis van het thans beschikbare onderzoek, deels (nog) niet gepubliceerd, is de conclusie over de kwaliteit tweeledig:

- Er is aanzienlijke ruimte voor verbetering van de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen.
- Ook bij het huidige (lage) kwaliteitsniveau zijn medicatiebeoordelingen zinvol.



Dit betekent dat het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, bij de juiste patiënt, nu al zinvol is maar dat verbetering van de kwaliteit de impact verder kan vergroten. Ook dit is dus een kwestie van 'het een doen en het ander niet laten'!

**Aanbeveling:**

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns tot de afspraak om parallel aan een maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij de patiënten die daar nu baat bij hebben, ook een maximale inzet te plegen op het verbeteren van de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen.

Er zijn in het Bestuurlijk Overleg Farmacie afspraken gemaakt over indicatoren die de kwaliteit van de medicatiebeoordeling zichtbaar maken, de ontwikkeling daarvan begint in 2015. Op basis van de gebruikelijke planning voor nieuwe indicatoren, zullen de gegevens voor alle apotheken waarschijnlijk op z'n vroegst pas in 2018 beschikbaar zijn. Het is niet gewenst dat er tot die tijd geen informatie over de kwaliteit beschikbaar is voor de verschillende doelgroepen: zorgaanbieders (voor individuele verbetering), zorgverzekeraars (voor inkoop), IGZ (voor toezicht) en koepels/beleidsmakers (voor inzicht in de overall kwaliteit en aangrijpingspunten voor collectieve verbetering).

**Aanbeveling:**

- Ontwikkel een methodiek voor een onafhankelijke audit op de kwaliteit van medicatiebeoordelingen, waarvan de uitkomsten geschikt zijn voor gebruik door verschillende doelgroepen.

## Hoe vol is het glas nu?

Als de juiste patiënten geïdentificeerd zijn en de kwaliteit voldoende om medicatiebeoordelingen zinvol te maken, is de vraag in welke mate deze patiënten nu al een medicatiebeoordeling volgens de MDR krijgen en wat de ambitie van partijen is voor de nabije toekomst. De MDR geeft criteria die leiden tot een schatting van 350.000-550.000 patiënten van 65 jaar en ouder. De verwachting is echter dat het traject voor 'patiënt selectie' zal leiden tot een aanzienlijk kleinere groep, maar dat is dus nog niet zeker. Er zijn geen betrouwbare getallen voor het aantal medicatiebeoordelingen dat jaarlijks uitgevoerd wordt. De schattingen lopen uiteen van minder dan 20.000 tot 70.000. Deze getallen wekken de indruk dat slechts een beperkt deel van de patiënten, die daar baat bij zouden hebben, op dit moment een medicatiebeoordeling krijgt. Er is op dit moment door partijen geen gezamenlijke ambitie geformuleerd voor de gewenste groei van het aantal medicatiebeoordelingen, daarvoor bestaan ook geen plannen. Een gezamenlijke ambitie en inzicht in de realisatie daarvan zou echter wel zinvol zijn, maar pas na afronding van het traject 'patiënt selectie'.

**Aanbevelingen:**

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns, na afronding van het traject 'patiënt selectie', tot een gezamenlijke ambitie van alle partijen voor de komende drie jaar: hoeveel medicatiebeoordelingen (uitgevoerd volgens de MDR) en bij welke subgroepen?
- Laat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars periodiek een gezamenlijke rapportage opstellen van het aantal medicatiebeoordelingen en de verdeling over de relevante subgroepen, afgezet tegen de gezamenlijke ambitie.

NB Dit gaat dus alleen over subgroepen waar Dit een medicatiebeoordeling nu zinvol zou zijn, onderverdeeld naar de hoogte van het risico, zoals vastgesteld in het traject 'patiënt selectie'.

## Het glas wordt gevuld!

Sinds het verschijnen van de Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' heeft het onderwerp medicatiebeoordeling veel aandacht gekregen. Dat is zowel bestuurlijke aandacht als aandacht in de vorm van talrijke initiatieven die bijdragen aan de implementatie van de MDR. Een aantal daarvan is kort beschreven in bijlage A. Deze verkenning laat zien dat daarmee veel 'aangrijpingspunten' bij patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars worden geadresseerd.



In het Bestuurlijk overleg Farmacie is de medicatiebeoordeling een van de onderwerpen en zijn er in de 'Slotafspraken' vier hoofdonderwerpen geadresseerd:

- Wetenschappelijk onderzoek naar (hoog)risicogroepen en effecten.
- Samenwerking tussen zorgverleners en communicatie naar patiënten.
- Optimale ondersteuning door ICT.
- Meten en zichtbaar maken van de kwaliteit.

Deze en enkele andere onderwerpen worden nu opgepakt in overleg tussen alle betrokken partijen, deels onder leiding van de IGZ, deels onder leiding van de KNMP.

En dan zijn er op lokaal niveau natuurlijk talrijke zorgaanbieders bezig om, vanuit passie voor hun vak en betrokkenheid bij ouderen met polyfarmacie, werk te maken van medicatiebeoordelingen.

Er gebeuren dus zowel op nationaal als lokaal niveau veel zinvolle dingen!

### Hoe hard stroomt het water?

Kijkend naar de veelheid aan activiteiten, is het opvallend dat er sinds het uitkomen van de MDR in 2012 relatief weinig voortgang is geboekt in de initiatieven die moeten leiden tot, c.q. bijdragen aan, een substantiële groei in het aantal medicatiebeoordelingen. Dat was wellicht begrijpelijk toen de insteek was om een medicatiebeoordeling te doen bij alle patiënten die daar volgens de MDR voor in aanmerking zouden komen. Er was immers veel twijfel of al die patiënten wel baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling. De verkenning laat echter zien dat het onwaarschijnlijk (en dus zorgelijk) is dat dit wezenlijk zal veranderen als binnenkort duidelijk wordt welke patiënten nú (het meest) gebaat zouden zijn bij een medicatiebeoordeling.

Verreweg de belangrijkste verklaring lijkt gelegen in de impasse tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De kern van het probleem is als volgt samen te vatten:

- Zorgverzekeraars streven niet naar een substantiële vergroting van het aantal medicatiebeoordelingen, ook niet als binnenkort een 'patiënt selectie' is gemaakt. De voornaamste redenen voor hun terughoudendheid is dat zij vinden dat de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen onvoldoende is (en dus heeft het vooralsnog geen zin om er veel meer te doen) en/of dat zij er de voorkeur aan geven om te investeren in de eerder omschreven nieuwe aanpak (dat is waar het uiteindelijk naar toe moet en heeft dus hun prioriteit).
- Zorgaanbieders vinden dat de door zorgverzekeraars geboden vergoeding niet voldoende is voor de inspanningen die zij moeten leveren. Daarom zijn zij vaak zeer terughoudend in het actief uitnodigen van patiënten. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de vergoeding wel passend vinden. Het valt buiten de reikwijdte van deze verkenning om te beoordelen of de geboden vergoeding wel of niet voldoende is.

En als dit de dynamiek op het niveau van de individuele apotheker en zorgverzekeraar is, worden hun koepels ook niet gestimuleerd om op landelijk niveau maximaal gas te geven om tot veel grotere aantallen medicatiebeoordelingen te komen.

Omdat er geen verwachting is dat de zorginkoop voor 2015 wezenlijk zal veranderen, is het zonder verdere actie onwaarschijnlijk dat er in de praktijk iets zal veranderen. Dat betekent dat er na het vaststellen van de 'patiënt selectie' geen sprake zal zijn van een maximale inspanning om deze groepen een medicatiebeoordeling aan te bieden. De betreffende patiënten zijn echter het slachtoffer van deze impasse, want zij staan langer dan nodig bloot aan de risico's van hun polyfarmacie. De impasse tussen verzekeraars en zorgaanbieders moet dus worden doorbroken!

### Wie draait de kraan verder open?

Het doorbreken van de impasse tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan op verschillende manieren gebeuren.

Het heeft de voorkeur als zorgaanbieders en zorgverzekeraars er alsnog samen uitkomen. Een goede kans lijkt geboden te worden door de uitkomsten van onderzoeken die Booz&co (2012) en



KPMG Plexus (2014) hebben uitgevoerd. Zij hebben gekeken naar de mogelijke besparingen die medicatiebeoordelingen kunnen bewerkstelligen bij de kosten voor geneesmiddelen en ziekenhuizen. Kort samengevat: de gemiddelde besparing per medicatiebeoordeling bedraagt ongeveer €150 - 250, waarvan 55 - 60% betrekking heeft op geneesmiddelkosten.

Niemand weet zeker of deze besparingen in de praktijk echt gerealiseerd kunnen worden, maar het zou natuurlijk zonde zijn als het wel zo is en deze kans niet benut wordt. Een 'shared savings' afspraak tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft de mogelijkheid om uit te komen op een 'win-win' situatie en daarmee zou de impasse doorbroken kunnen worden. Het is om meerdere redenen een complex vraagstuk, maar de potentie is zodanig interessant dat het tenminste een serieuze poging waard is.

#### Aanbevelingen:

- Laat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een serieuze poging doen om met elkaar tot 'shared savings' afspraken te komen.
- Vraag de minister en patiënten- en ouderenorganisaties om zo'n poging maximaal te stimuleren en ondersteunen.

De beschreven impasse zou in de beoogde werking van het stelsel niet moeten kunnen ontstaan. Zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht en zorgverleners die daarvoor gecontracteerd zijn, moeten goede zorg bieden. In dit concrete geval: zorgaanbieders moeten patiënten die daar baat bij kunnen hebben actief uitnodigen voor een medicatiebeoordeling en zorgverzekeraars moeten zodanig inkopen dat dat ook daadwerkelijk gebeurt. De NZa en IGZ hebben in het stelsel de verantwoordelijkheid om hier toezicht op te houden. Hoewel het onderwerp zeker de belangstelling van zowel NZa als IGZ heeft, hebben zij tot dusverre geen gerichte actie ondernomen ten aanzien van het aantal te verrichten medicatiebeoordelingen. Omdat het stelsel op dat punt nu niet optimaal lijkt te werken, is het aangewezen dat zij dat alsnog gaan doen.

#### Aanbevelingen:

- Vraag de NZa zo snel mogelijk onderzoek te doen of de zorgverzekeraars voldoen aan hun 'zorgplicht' om patiënten die daar baat bij zouden hebben, daadwerkelijk een medicatiebeoordeling te laten krijgen.
- Vraag de IGZ in haar toezicht- en handavingskader op te nemen hoe zij gaat bevorderen dat apothekers en huisartsen in de lokale mogelijkheden een maximale inspanning leveren bij patiënten die baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, zoveel mogelijk gericht op de patiënten met het hoogste risico.

Een andere benadering is dat derden maximale invloed gaan uitoefenen, zodat zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders alsnog in beweging komen. De twee voornaamste groeperingen zijn patiënten (de andere partij in de 'driehoek' van het stelsel) en de minister van VWS. Om de kans zo groot mogelijk te maken dat deze externe invloed al in 2015 tot resultaten gaat leiden, is er nu voor gekozen om alleen aanbevelingen op nationaal niveau te doen.

- Laat patiënten- en ouderenorganisaties in beeld brengen welke zorgverzekeraars zich het meest inzetten voor medicatiebeoordelingen bij patiënten die daar baat bij zouden hebben en dat breed communiceren als een belangrijk element van de keuze voor een zorgverzekeraar.
- Laat de minister van VWS in het eerstkomende Bestuurlijk Overleg Eerstelijns met partijen tot concrete afspraken komen om de geschetste impasse te doorbreken, aansluitend bij de hiervoor gedane aanbevelingen of anderszins.

### Wat gaan we straks drinken?

Als de aanbevelingen uit deze verkenning door partijen worden opgepakt, ligt er een mooie toekomst in het verschiet:

- Een verdere ontwikkeling naar een nieuwe aanpak in de farmaceutische zorg bij polyfarmacie, die patiënten beter helpt en zorgaanbieders en zorgverzekeraars inspireert.



- In de tussentijd zoveel mogelijk medicatiebeoordelingen bij patiënten die daar nú baat bij hebben, met bijzondere aandacht voor degenen met het hoogste risico.
- Een gestage toename van de kwaliteit van de uitgevoerde medicatiebeoordelingen, zodat het gunstige effect ervan alleen maar groter wordt.
- Een passende vergoeding voor zorgaanbieders die hen stimuleert om medicatiebeoordelingen uit te voeren (bij de juiste patiënten), maar ook om te investeren in het steeds verder verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid.
- En wellicht gaat dan ook nog blijken dat het per saldo leidt tot een verlaging van kosten in de zorg.

Wie wil daar het glas op heffen?



## HOOFDSTUK 1: ACHTERGROND EN AANPAK

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de achtergrond van de verkenning, gevolgd door een korte beschrijving van de toekomstvisie van de ouderenorganisaties, een beschrijving van de gevolgde aanpak en het hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer.




### 1.1. Achtergrond van de verkenning

Oudere patiënten met polyfarmacie lopen belangrijke risico's, zoals onnodige ziekenhuisopnamen. Een deel van die risico's kan waarschijnlijk worden verminderd door het uitvoeren van een goede medicatiebeoordeling. De daarvoor noodzakelijke inspanningen van zorgverleners kunnen leiden tot een (per saldo) afname van geneesmiddelgebruik en daarmee tot een kostenbesparing. Er bestaat sinds 2012 een multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' (MDR) waarin de voornaamste stappen zijn beschreven voor een medicatiebeoordeling bij risicopatiënten. De medicatiebeoordeling is onderdeel van het basispakket en in de NZa beleidsregel is bij de prestatie 'medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik' direct aangesloten bij de stappen, zoals omschreven in de multidisciplinaire richtlijn. Het onderwerp krijgt steeds meer aandacht en er zijn diverse initiatieven van verschillende partijen op dit gebied. Daarmee lijkt aan alle voorwaarden voldaan om dit onderwerp voortvarend op te pakken.

Ouderenorganisaties hebben waardering voor de vele initiatieven die diverse partijen al nemen om tot meer en betere medicatiebeoordelingen te komen. Zij accepteren ook dat nog niet iedereen die daar baat bij kan hebben, nu al een medicatiebeoordeling kan krijgen. Voor een deel is dat namelijk onvermijdelijk, bijvoorbeeld omdat op dit moment de benodigde capaciteit niet beschikbaar is. Het is noodzakelijk dat alle betrokken partijen maximaal samenwerken om te zorgen dat implementatie van de richtlijn zo snel mogelijk gerealiseerd zal zijn. Tegelijkertijd is onduidelijk of er nu sprake is van een samenhangende aanpak tussen alle inspanningen van alle betrokken partijen: maximale synergie, minimale overlap, geen belangrijke lacunes. En ook is niet duidelijk of er sprake is van een gezamenlijk commitment van alle betrokken partijen aan een ambitieus doel. Daardoor bestaat het risico dat implementatie van de richtlijn langer op zich zal laten wachten dan nodig. Dat is ongewenst vanuit het belang van de betrokken ouderen en dat risico willen de ouderenorganisaties daarom niet lopen. Zij wil daarom meer inzicht krijgen of dit risico reëel is en, zo ja, hoe groot het is. Dat is de reden dat zij AxiaZ (in de persoon van Hans van Bijsterveldt) gevraagd hebben om een verkenning uit te voeren op het gebied van de medicatiebeoordeling.

### 1.2. De gevolgde aanpak

De eerste stap is geweest om begin juni 2014 alle partijen te benaderen waarvan bij AxiaZ bekend was dat ze deelnemer zijn aan een of meer van de overleggen rondom de medicatiebeoordeling en/of (mede) eindverantwoordelijk voor een of meer belangrijke 'initiatieven' op het gebied van medicatiebeoordeling. Bij het benaderen van partijen is een document gebruikt met enige achtergrondinformatie bij de verkenning en een lijst met de op dat moment bij AxiaZ bekende initiatieven. Aan de benaderde partijen is een drietal vragen gesteld:

-  Wat zijn volgens u de voornaamste knelpunten om te komen tot de gewenste eindsituatie?
-  Zouden er nieuwe initiatieven genomen moeten worden om deze knelpunten aan te pakken?
-  Ontbreken er bestaande initiatieven op de bijgesloten lijst?

Bij de partijen die (mede) eindverantwoordelijk zijn voor een initiatief, is daarnaast gevraagd om meer informatie over die initiatieven en hun samenhang. Door deze aanpak is zowel de lijst met organisaties/personen als de te betrekken initiatieven in omvang gegroeid in de loop van het project.

De aldus gevraagde informatie is verzameld in een proces dat bestond uit contacten per telefoon, mail en face-to-face, aangevuld met desk research. Daarnaast is later in het traject met meerdere mensen gesproken over de rode draad die zich leek af te tekenen naarmate meer inzicht verkregen werd. Een concept van de verkenning is medio juli 2014 aan alle partijen voorgelegd met de volgende vragen:





- Bevat het rapport feitelijke onjuistheden?
- Zijn er belangrijke feiten die ontbreken in het rapport?
- Heeft u belangrijke op- en aanmerkingen bij de conclusies en aanbevelingen?

De reacties op het concept, in een aantal gevallen verdiept door aanvullende contacten, zijn betrokken bij het opstellen van de definitieve versie van het rapport. Deze definitieve versie van het rapport is begin september 2014 opgeleverd aan de opdrachtgever.

Allereerst is de auteur van deze verkenning dank verschuldigd aan de vele organisaties en personen die de moeite hebben genomen om uitgebreid en openhartig hun inbreng te geven. De keuze of en op welke wijze deze inbreng in het rapport is verwerkt, is door AxiaZ gemaakt in het licht van haar opdracht. Dat betekent dat de weergegeven feiten, overwegingen, conclusies en aanbevelingen volledig voor rekening van AxiaZ komen. De vermelding van de betrokken partijen in bijlage B impliceert dus op geen enkele wijze dat zij hier ook mee hebben ingestemd.

### 1.3. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt een analyse gegeven van de omvang van het probleem en de mate waarin daar tussen partijen consensus over bestaat. In hoofdstuk 3 t/m 5 worden voor achtereenvolgens 'de patiënt', 'de zorgverlener' en 'de zorgverzekeraar' omschreven wat de voornaamste aangrijpingspunten zijn en aangegeven welke initiatieven zich daarop richten. In hoofdstuk 6 worden conclusies in samenhang besproken en voorzien van een aantal aanbevelingen. Bijlage A bevat een beknopte samenvatting van de belangrijkste initiatieven\* die in de verkenning zijn betrokken, bijlage B bevat een lijst met de organisaties en personen die zijn benaderd voor deze verkenning.

\*Initiatieven die in bijlage A zijn opgenomen, worden in de hoofdstukken gemarkeerd met een \*



## HOOFDSTUK 2: DE OMVANG VAN HET PROBLEEM

Bij de contacten met de vele partijen die een rol spelen op het gebied van de medicatiebeoordeling, bleek dat de meesten het er over eens zijn dat er meer medicatiebeoordelingen uitgevoerd zouden moeten worden en dat het belangrijk is dat die medicatiebeoordelingen voldoen aan de kwaliteitseisen zoals omschreven in de MDR. Er bleek echter geen consensus over de omvang van het probleem, noch kwantitatief, noch kwalitatief. In dit hoofdstuk gaan we hier verder op in:

- Kwantitatief: het aantal patiënten dat jaarlijks in aanmerking zou moeten komen voor een medicatiebeoordeling (2.1) en het aantal patiënten dat daadwerkelijk een medicatiebeoordeling krijgt (2.2).

- Kwalitatief: de manier waarop de medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd (2.3).

In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de regelmatig gestelde vraag of het streven naar veel meer medicatiebeoordelingen volgens de MDR wel de juiste aanpak is.

### 2.1. Aantal patiënten

Door verschillende partijen worden verschillende getallen gehanteerd als het gaat om het aantal patiënten dat in aanmerking zou komen voor een medicatiebeoordeling. Die verschillen zijn terug te voeren op verschillen in de invalshoek:

- De aantallen die wenselijk zijn: wie zou er baat bij hebben?
- De aanspraak op basis van het verzekerde pakket: wie heeft er recht op?
- De aantallen die haalbaar zijn: hoeveel patiënten kunnen we aan?

#### *De aantallen die wenselijk zijn*

In de MDR is aangegeven dat de richtlijn zich richt op ouderen met een groot risico op schade door gebruik van voor hen mogelijk minder geschikte geneesmiddelen. Die groep definieert men als ouderen vanaf 65 jaar met polyfarmacie (en daarmee samenhangende multimorbiditeit) en een of meer van de volgende risicofactoren:

- Verminderde nierfunctie
- Verminderde cognitie
- Verhoogd valrisico
- Signalen van verminderde therapietrouw
- Niet zelfstandig wonend
- Niet geplande ziekenhuisopname

Polyfarmacie is daarbij gedefinieerd als  $\geq 5$  of meer geneesmiddelen die chronisch gebruikt worden door een patiënt.

De MDR geeft op basis van literatuur aan dat er ca. 755.000 personen zijn van 65 jaar en ouder met polyfarmacie. Ten aanzien van het voorkomen van een of meer risicofactoren, wordt aangegeven dat de literatuur daarin minder eenduidig is en wordt een ondergrens gedefinieerd van 46% en een bovengrens van 73%. Daarmee voldoen 350.000 tot 550.000 patiënten aan de criteria van de MDR en die zouden dus in aanmerking komen voor een jaarlijkse medicatiebeoordeling. De richtlijn als zodanig is duidelijk over dit beoogde aantal patiënten, los van het feit dat een richtlijn per definitie ruimte laat voor het oordeel van de individuele zorgverlener om een medicatiebeoordeling aan te bieden aan patiënten die niet aan deze criteria voldoen of om geen medicatiebeoordeling uit te voeren bij iemand die wel aan de criteria voldoet.

Het is opvallend dat een aantal partijen dat bij het opstellen van de richtlijn was betrokken, aangeeft dat het nooit de bedoeling was om te suggereren dat al deze 350.000-550.000 patiënten jaarlijks een medicatiebeoordeling zouden moeten krijgen met de intensieve aanpak die de richtlijn voorstelt. Achteraf geeft men aan dat het de voorkeur zou hebben gehad om een duidelijke stratificatie op risico aan te brengen binnen de omschreven groep en eventueel te differentiëren in de intensiteit van de te volgen aanpak. Omdat die stratificatie en differentiatie nog niet is aangebracht, leiden persoonlijke schattingen tot wisselende getallen.



Daarnaast vragen verschillende partijen zich af of het wel tot zinvolle uitkomsten voor patiënten en maatschappij leidt als bij al deze patiënten jaarlijks een medicatiebeoordeling wordt gedaan. Omdat er geen wetenschappelijk onderzoek is naar de meerwaarde (op harde eindpunten) van een medicatiebeoordeling bij verschillende subpopulaties, valt dat op dit moment ook niet te bewijzen. Afhankelijk van de criteria die men vervolgens hanteert bij wie het wel zinvol is, zullen er andere getallen uitkomen.

Aan de andere kant hebben patiënten- en ouderenorganisaties geen ander houvast dan de aantallen die genoemd worden in de MDR en hebben zij zich tot dusverre vooral gericht op een medicatiebeoordeling voor al deze patiënten.

#### *De aanspraak op basis van het verzekerd pakket*

De medicatiebeoordeling valt onder de 'farmaceutische zorg', een van de onderdelen van het verzekerde pakket. In de prestatiebeschrijving van de NZa ('medicatiebeoordeling chronisch UR – geneesmiddelengebruik') wordt expliciet aangegeven dat de selectiecriteria uit de MDR als zodanig niet van toepassing zijn. Er is aangegeven dat de medicatiebeoordeling (onder voorwaarden) gedeclareerd kan worden bij alle patiënten waarvoor er een 'farmaceutische of medische noodzaak' bestaat voor een medicatiebeoordeling. Het Zorginstituut Nederland heeft, als pakketautoriteit, aangegeven dat deze zorg verzekerde zorg is.

Er is geen verdere duiding door het Zorginstituut Nederland gegeven van de omschrijving 'farmaceutische of medische noodzaak'. Er is ook geen uitspraak bekend, noch door de overheid, noch door veldpartijen, over de relatie tussen de groep zoals omschreven in de MDR en de algemene omschrijving. Aangezien de richtlijn spreekt over ouderen met een 'groot risico op schade', lijkt het voor de hand te liggen dat een groot deel van de patiënten die voldoen aan de criteria van de MDR ook voldoen aan het criterium 'farmaceutische of medische noodzaak'.

Er is geen enkele informatie gevonden die aangeeft hoe groot de groep zal zijn die niet voldoet aan de criteria van de MDR, maar wel aan het criterium 'farmaceutische of medische noodzaak'. Voor het regelmatig opduikende getal van 1 miljoen patiënten die recht zouden hebben op medicatiebeoordeling, is dus ook geen onderbouwing gevonden.

#### *De aantallen die haalbaar zijn*

De MDR laat zien dat implementatie van de richtlijn bij alle ouderen met polyfarmacie een totale extra inspanning vraagt van ca. 1150 fte aan apothekers (of farmaceutisch consultants) en huisartsen. Als men dat zou corrigeren voor de risicofactoren (46-73%), ligt dat in de range van 550-850 fte. Hier is de groep die anderszins voldoet aan 'farmaceutische of medische noodzaak' dus nog niet bij betrokken. Er is geen analyse gemaakt van de mogelijkheid om deze capaciteitsvraag (deels) op te vangen binnen de beschikbare capaciteit, noch van de mogelijke reductie in benodigde capaciteit door de uitkomsten van de medicatiebeoordeling zelf.

Het is echter iedereen duidelijk dat deze extra inspanning niet per direct beschikbaar is en zeker niet in deze volle omvang. Men zoekt daarom naar criteria voor de patiëntengroep die het meeste baat zou hebben bij een medicatiebeoordeling. Dat zou dan immers de groep moeten zijn bij wie de op korte termijn schaarse capaciteit met name ingezet zou moeten worden. De MDR geeft getallen voor scenario's met andere definities qua leeftijd (70+ en 75+), aantal geneesmiddelen ( $\geq 6$  en  $\geq 7$ ) en gebruiksduur ( $\geq 180$  dagen). Deze leiden uiteraard allemaal tot lagere getallen, ter illustratie: verhoging van de leeftijd van 65+ naar 75+, in combinatie met een verhoging van het aantal geneesmiddelen van  $\geq 5$  naar  $\geq 7$ , geeft een reductie van het aantal patiënten van ca. 70%. Als er geen consensus is over de beschikbare capaciteit op korte termijn, is het logisch dat iedereen zijn eigen aanname doet en dus andere criteria kiest voor het selecteren van de patiënten met de hoogste risico's.

→ Er is op dit moment geen consensus tussen partijen over het aantal patiënten dat baat zou hebben bij een medicatiebeoordeling, noch wat wenselijk zou zijn, noch wat haalbaar zou zijn.



## 2.2. Aantal uitgevoerde medicatiebeoordelingen

Tot nu toe is de best beschikbare schatting van het aantal medicatiebeoordelingen dat op dit moment jaarlijks wordt uitgevoerd, afkomstig uit de 'KNMP Zorgmonitor 2013'. Op basis van door apothekers verstrekte gegevens, kon worden afgeleid dat er in 2012 in totaal ongeveer 70.000 medicatiebeoordelingen zijn gedaan. Omdat in de vraagstelling geen relatie met de MDR is gelegd, kan niet worden gesteld dat deze medicatiebeoordelingen zijn uitgevoerd volgens de MDR. Sommige partijen hebben aangegeven te vermoeden dat apothekers hier ook medicatiebeoordelingen hebben meegeteld, die uitsluitend gebaseerd zijn op medisch-farmaceutische beslisregels. Daarmee bestaat de kans dat het getal van 70.000 een overschatting is van het aantal medicatiebeoordelingen uitgevoerd volgens de MDR.

Recent is een concept van de 'marktscan extramurale farmaceutische zorg' ter consultatie voorgelegd aan partijen in het veld. Het is natuurlijk onzeker of de definitieve versie van de marktscan dezelfde getallen zal bevatten, maar in het concept worden voor 2012 en 2013 aantallen onder de 20.000 genoemd. Dit gaat om gedeclareerde medicatiebeoordelingen en er zijn partijen die aangeven dat dit daarom waarschijnlijk een onderschatting van het aantal medicatiebeoordelingen zal zijn. Als apotheker en zorgverzekeraar hebben afgesproken dat de vergoeding voor de medicatiebeoordelingen is opgenomen in de receptregelvergoeding, is het niet meer nodig om de medicatiebeoordeling te declareren.

→ Het aantal in 2013 uitgevoerde medicatiebeoordelingen is onzeker, maar zal waarschijnlijk in de range van 20.000 - 70.000 liggen. Daarmee lijkt het ver verwijderd van wat er wenselijk is en hoogstwaarschijnlijk ook van wat er haalbaar is.

## 2.3. De kwaliteit van medicatiebeoordelingen

Bij de kwaliteit van medicatiebeoordelingen kan worden gekeken naar twee dimensies:

- De personen die een medicatiebeoordeling krijgen: is het de juiste patiënt?
- De manier waarop het wordt uitgevoerd: is het de juiste werkwijze?

### *De personen die een medicatiebeoordeling krijgen*

Zo lang er onvoldoende capaciteit is om een medicatiebeoordeling uit te voeren bij alle patiënten die daar baat bij zou hebben, is het gewenst om de beschikbare capaciteit vooral in te zetten bij de patiënten die het hoogste risico lopen. De vraag is of dat op dit moment gebeurt.

Gepubliceerde data van Stichting Farmaceutische Kengetallen over 2013 laten het volgende beeld zien bij de medicatiebeoordelingen die geregistreerd zijn in de apotheeksystemen waar zij de data van hebben ontvangen:

- De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 75 jaar.
- 92% van de patiënten gebruikt vijf of meer geneesmiddelen, waarvan het overgrote deel chronisch.
- 70% van de patiënten gebruikt zelfs acht of meer geneesmiddelen.
- 62% van de patiënten gebruikt een combinatie van minimaal één geneesmiddel uit de ATC-hoofdgroepen A (met name maagzuurremmers), B (met name antistolling) en C (met name bloeddrukmiddelen).

Het ligt voor de hand dat het risico op schade toeneemt met de leeftijd en het aantal verschillende geneesmiddelen, dus daar lijkt deze populatie goed bij aan te sluiten. Ook lijken de genoemde geneesmiddelgroepen goed aan te sluiten bij de geneesmiddelengroepen die in het HARM-WRESTLING rapport worden genoemd als belangrijkste aangrijpingspunten om vermijdbare ziekenhuisopnames te voorkomen.

In deze conclusie staat steeds "lijkt" omdat er op dit moment geen consensus is over de groepen die het hoogste risico hebben. Pas als dat gerealiseerd is, kan een goede analyse gemaakt worden of de beschikbare capaciteit vooral wordt ingezet bij de patiënten met het hoogste risico.



### *De manier waarop het wordt uitgevoerd*

Het is gewenst dat bij het uitvoeren van een medicatiebeoordeling de stappen worden gevolgd die zijn omschreven in de MDR en dat die stappen ook op een goede manier worden uitgevoerd. De enige informatie die daarover beschikbaar is, is afkomstig uit de 'Kwaliteitsindicatoren Farmacie' over 2013:

- Bijna 96% van de apothekers hanteert bij medicatiebeoordelingen de KNMP-richtlijn en/of de MDR Polyfarmacie.

Er is geen onderzoek gevonden dat antwoord geeft op de vraag of de betreffende stappen in de praktijk ook allemaal zijn doorlopen. Een medicatiebeoordeling mag volgens de NZa prestatiebeschrijving alleen gedeclareerd worden als de stappen uit de MDR gevolgd zijn. Zorgverzekeraars geven aan dat zij op dit punt vrijwel geen materiële controle uitoefenen, dus ook dat levert geen breed beeld op.

Naast deze procesmatige insteek is het van belang of de medicatiebeoordelingen inhoudelijk op een kwalitatief goed niveau worden uitgevoerd. Het best beschikbare onderzoek voor de Nederlandse setting, inmiddels ingediend voor publicatie, is afkomstig uit het 'SCREEN project'. Daarin wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van de medicatiebeoordeling laag-matig was: bij de aan apothekers, huisartsen en verpleeghuisartsen voorgelegde cases werd gemiddeld slechts 37% van de gewenste opmerkingen geplaatst. Deze 37% was gerelateerd aan een 'gouden standaard', die was opgesteld door een multidisciplinair expert team. Een beperking van deze studie is dat de zorgaanbieders weliswaar een complete set feitelijke informatie over de patiënt kregen (geneesmiddeloverzicht, indicatie, laboratoriumwaardes, reden voor opname en medische voorgeschiedenis), maar dat er geen gesprekken met patiënten werden gevoerd. Het onderzoek geeft dus geen antwoord op de vraag of de in die gesprekken te signaleren problemen ook daadwerkelijk worden opgepikt. Over de kwaliteit van die farmacotherapeutische anamnese is geen Nederlands onderzoek gevonden.

Het resultaat van 37% roept de vraag op of het bij dat lage-matige niveau nog steeds zinvol is om medicatiebeoordelingen te doen. Het antwoord daarop is echter positief, aangezien in het onderzoek is gecorrigeerd voor onterechte opmerkingen met mogelijke schade tot gevolg. De uitkomst van 37% is het netto resultaat van de terechte en onterechte opmerkingen, hetgeen betekent dat er per saldo nog steeds een positief resultaat werd bereikt. Dat is consistent met onderzoek van het VUmc naar 3807 medicatiebeoordelingen door Service Apotheken, waarin gemiddeld 3 geneesmiddel gerelateerde problemen per patiënt werden gesignaleerd. Ook een recent onderzoek door NHG en IVM (60 medicatiebeoordelingen door drie FTO-groepen in grote steden) laat een positief resultaat zien: gemiddeld 2,3 geneesmiddel gerelateerde problemen per patiënt.

De laatste vraag is dan of de ontdekte geneesmiddel gerelateerde problemen daadwerkelijk tot aanpassingen hebben geleid. Als dat niet zo zou zijn, is het immers theoretisch interessant, maar praktisch niet relevant. In het onderzoek bij de Service Apotheken zijn de voorgestelde interventies, al dan niet gewijzigd, in 70% van de gevallen ook daadwerkelijk uitgevoerd. De percentages waren lager bij voorstellen tot het stoppen (57%), starten (41%) of vervangen (48%) van een geneesmiddel. In het onderzoek van NHG en IVM was het overall percentage 58% en lagen de percentages voor stoppen, starten en vervangen van een geneesmiddel tussen 53% en 64%.

NB Het is relevant dat de bij deze analyse betrokken onderzoeken allemaal betrekking hebben op relatief recent uitgevoerde medicatiebeoordelingen (vanaf 2012). In de afgelopen jaren heeft een toenemend aantal apothekers aanvullende cursussen gevolgd op het gebied van medicatiebeoordeling. De effecten hiervan zijn dus waarschijnlijk grotendeels verwerkt in de hier besproken resultaten, hetgeen betekent dat dit alles bij elkaar een reëel beeld van de huidige werkelijkheid geeft.

→ Er is slechts beperkte informatie beschikbaar over de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen. Op basis van het thans beschikbare onderzoek zijn de volgende conclusies te trekken:  
- De medicatiebeoordelingen worden uitgevoerd conform de aanpak van de MDR.



- Ze worden uitgevoerd bij patiënten met een relatief hoog risico.
- Er is aanzienlijke ruimte voor verbetering van de kwaliteit.
- Ook bij het huidige (lage) kwaliteitsniveau zijn medicatiebeoordelingen zinvol.

## 2.4. De juiste aanpak?

De primaire insteek van deze verkenning was om te kijken wat er door partijen gedaan wordt, of niet gedaan wordt, om medicatiebeoordelingen volgens de MDR zo snel mogelijk en zo goed mogelijk te implementeren bij de grote groep patiënten die daar baat bij zou hebben en dat jaarlijks te herhalen. Het was echter opvallend dat veel partijen aangaven dat de medicatiebeoordeling, zoals nu omschreven in de MDR, op termijn in belangrijke mate zal veranderen. Omdat dit toekomstperspectief van invloed is op het huidige gedrag van sommige partijen, is het relevant om er hier op in te gaan.

De medicatiebeoordeling is een belangrijk 'middel' om een bepaald 'doel' te bereiken. Dat doel kan kortweg omschreven worden als het voorkomen, opsporen en oplossen van farmacotherapeutische problemen. Die problemen kunnen medisch/farmaceutisch zijn, zoals ongewenste combinaties van geneesmiddelen of juist het ontbreken van cruciale geneesmiddelen. Maar het kan ook om problemen gaan die meer persoonlijk zijn voor de individuele patiënt, zoals therapieontrouw of de gevolgen van bepaalde geneesmiddelen voor het dagelijkse leven.

Volgens de MDR is het de bedoeling om jaarlijks een medicatiebeoordeling te doen. Het is in het belang van de patiënt dat de farmacotherapeutische problemen zoveel mogelijk worden voorkomen en, als ze er toch zijn, zo snel mogelijk ontdekt en opgelost. In de toekomst zal dit worden gerealiseerd door acties 'eerder in de keten', bijvoorbeeld:

- Op het moment van voorschrijven door de arts signaleren dat het voorgeschreven geneesmiddel volgens de richtlijn gecombineerd moet worden met een ander geneesmiddel.
- Bij het afleveren in de apotheek constateren dat het nieuw voorgeschreven geneesmiddel mogelijk botst met een geneesmiddel dat door een andere arts is voorgeschreven.
- Een tussentijdse 'trigger' dat ontwikkelingen rond een bepaalde aandoening kunnen betekenen dat bepaalde geneesmiddelen voor andere aandoeningen wellicht aangepast moeten worden.

De twee voornaamste bewegingen die deze ontwikkeling mogelijk moeten maken, zijn:

- De verdere versterking van de positie van de apotheker als zorgverlener, steeds vaker als onderdeel van een geïntegreerde eerstelijns.
- De sterk toenemende mogelijkheden van de ICT, bijvoorbeeld bij het elektronisch voorschrijven en bij de medicatieoverdracht.

Er worden in de huidige praktijk al stappen gezet die deze kant op gaan, zoals de toepassing van medisch farmaceutische beslisregels in slimme ICT systemen. Aangezien dit om substantiële investeringen vraagt, is het logisch dat de apotheekketens en -formules voorop lijken te lopen. Zorgverzekeraars nemen dit soort activiteiten nu al, op verschillende manieren, in hun inkoopcontracten op.

Het 'middel' van de medicatiebeoordeling zal ook in deze toekomst nog steeds meerwaarde hebben, maar het kan wel anders worden dan nu in de MDR opgenomen. Schematisch weergegeven:

VAN DE MDR	NAAR DE TOEKOMST
Een of enkele keren per jaar wordt een <u>groep</u> patiënten geselecteerd en benaderd voor een medicatiebeoordeling.	Het hele jaar door 'triggers' als er bij een bepaald <u>individu</u> aanleiding is om een medicatiebeoordeling te doen.
Een <u>uniforme aanpak</u> van de medicatiebeoordeling: 6 specifieke stappen, elk jaar opnieuw herhaald.	Een <u>gedifferentieerde aanpak</u> van de medicatiebeoordeling, bijvoorbeeld: welke invulling, welke frequentie?
Voor <u>alle patiënten</u> met polyfarmacie en verhoogd risico.	Voor specifieke <u>subgroepen</u> , gebaseerd op een goede (risico)stratificatie.



Omdat een (aanzienlijk?) deel van de farmacotherapeutische problemen 'eerder in de keten' zal worden afgevangen, zal de benodigde hoeveelheid tijd voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling waarschijnlijk afnemen. Datzelfde zal het gevolg zijn van het beter (digitaal) documenteren van problemen die eerder gesignaleerd zijn en de manier waarop daarmee is omgegaan.

Het was hoopgevend dat de meeste partijen het er op hoofdlijnen over eens lijken te zijn waar het heen zal gaan en dat dat een gewenste ontwikkeling is. Hoewel het niet binnen de reikwijdte van deze verkenning viel om deze nieuwe aanpak te verkennen, lijkt het voornaamste verschil gelegen in de mate waarin partijen voor het ontdekken van problemen vertrouwen op ICT (met behulp van 'medisch farmaceutische beslisregels') of vinden dat een periodiek gesprek met de patiënt daarbij grote toegevoegde waarde zal houden ('farmacotherapeutische anamnese'). Het proefschrift van Kwint (2013) laat zien dat 27% van de geneesmiddel gerelateerde problemen werd ontdekt tijdens de farmacotherapeutische anamnese en dat de op die manier ontdekte problemen klinisch meer relevant zijn. Ze kregen vaker prioriteit, leidden vaker tot aanbevelingen voor veranderingen in de farmacotherapie en die aanbevelingen werden vaker geïmplementeerd. Het lijkt erop dat de manier waarop een partij in deze discussie staat, ook van invloed is op de manier waarop ze naar het bevorderen van meer medicatiebeoordelingen kijkt.

Partijen zijn het er dus grotendeels over eens wat de gewenste richting is, maar ook dat het nog een behoorlijk aantal jaren kan duren voor deze toekomst in zijn volle omvang gerealiseerd zal zijn. Daarmee is dit op korte termijn niet de oplossing voor het signaleren en oplossen van farmacotherapeutische problemen bij de huidige groep patiënten met polyfarmacie. Veel partijen geven aan dat het wegwerken van deze 'achterstand' niet mag wachten op de realisatie van genoemde toekomst. Een kwestie dus van 'het een doen en het ander niet laten'!

→ Partijen zijn het erover eens dat in de toekomst het voorkomen, opsporen en oplossen van farmacotherapeutische problemen zoveel mogelijk 'eerder in de keten' moet gebeuren. Deze 'nieuwe aanpak' zal gevolgen hebben voor de invulling van het 'middel' van de medicatiebeoordeling, maar ook ertoe leiden dat de voor een medicatiebeoordeling benodigde tijd zal afnemen. De meeste partijen vinden dat het perspectief van deze nieuwe aanpak geen reden mag zijn om niet te werken aan de bestaande 'achterstand' bij de huidige patiënten met polyfarmacie.



## HOOFDSTUK 3: DE PATIËNT

In dit hoofdstuk worden de initiatieven beschreven, die primair gericht zijn op de patiënt zelf. Daarbij is onderscheid gemaakt naar drie aangrijpingspunten:

1. Adequate informatie.
2. Mobilisatie van de patiënt.
3. Het verlagen van barrières.

Voor elk van deze aangrijpingspunten wordt eerst kort beschreven waar het over gaat en welke initiatieven er al op gericht zijn.

### 3.1. Adequate informatie

De patiënt heeft adequate informatie nodig voor verschillende doeleinden:

- Beoordelen of men in wil gaan op een aanbod tot een medicatiebeoordeling.
  - Beslissen of men zelf in actie wil komen om een medicatiebeoordeling te krijgen.
  - Voorbereiden op de daadwerkelijke uitvoering van de medicatiebeoordeling.
- Daarom zou er informatie beschikbaar moeten zijn wat een medicatiebeoordeling is, wie daar (het meeste) baat bij heeft, hoe dat praktisch georganiseerd is en wat de eigen rol van de patiënt daarbij kan zijn.

Er is een aantal initiatieven voor het aangrijpingspunt 'adequate informatie':

- Er komen patiëntenkaarten\* die patiënten in staat stellen om te beoordelen of zij baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling.
- Er komen aparte patiëntenkaarten\* ter ondersteuning van patiënten met wie een medicatiebeoordeling zal worden uitgevoerd.
- Er komt een 'Zorgzine'\* , zodat er op internet goede informatie over medicatiebeoordelingen is.

### 3.2. Mobilisatie van de patiënt

Over het algemeen zijn betrokken patiënten zich er niet van bewust dat zij baat zouden kunnen hebben bij een medicatiebeoordeling. Zij realiseren zich vooral niet dat de combinatie van verschillende geneesmiddelen, voorgeschreven door verschillende artsen, het nuttig kan maken om periodiek naar het geheel te kijken. Om hen toch in beweging te krijgen, zijn twee routes mogelijk:

- Actief benaderen van patiënten door een zorgverlener.
- Stimuleren van patiënten om zelf in actie te komen.

Er is een aantal initiatieven voor het aangrijpingspunt 'mobilisatie van de patiënt':

- Uit het feit dat er in 2013 medicatiebeoordelingen gedaan zijn, mag afgeleid worden dat een aantal apothekers en/of huisartsen actief patiënten benaderen.
- Bij het traject 'patiënt selectie'\* zullen ook afspraken gemaakt worden hoe apothekers en huisartsen de patiënten met het hoogste risico actief gaan selecteren en benaderen.
- Unie KBO roept regelmatig patiënten met polyfarmacie op om zelf naar de apotheker te gaan.

### 3.3. Het verlagen van barrières

Het is belangrijk dat een patiënt die een medicatiebeoordeling krijgt aangeboden, of die er zelf om wil vragen, geen onnodige barrières ondervindt. Onnodige barrières kunnen immers een bedreiging vormen voor het doorgaan van die medicatiebeoordeling als geheel of voor het optimaal uitvoeren ervan. De volgende barrières kunnen optreden:

- Fysieke barrières, bijvoorbeeld bij verminderde mobiliteit.
- Financiële barrières, bijvoorbeeld door het eigen risico.





Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het vermijden van dit soort barrières:

- Apothekers zoeken patiënten thuis op, met name voor de stap van de 'farmacotherapeutische anamnese'. In het onderzoek van Significant geven experts aan dat ongeveer 35% van die gesprekken bij de patiënt thuis plaatsvinden. Bij de stap 'vaststellen behandelplan met patiënt' wordt aangegeven dat de terugkoppeling plaatsvindt vanuit de apotheek of de huisartsenpraktijk.
- Enkele zorgverzekeraars hebben in hun polisvoorwaarden opgenomen dat de vergoeding voor de medicatiebeoordelingen niet ten laste van het eigen risico zal worden gebracht.

➔ Voor alle aangrijpingspunten bij de patiënt zijn of worden zaken ontwikkeld en vinden er activiteiten plaats door zorgverzekeraars en zorgverleners. De voornaamste kansen voor verbetering lijken te liggen bij het mobiliseren van patiënten door zorgaanbieders en het niet belasten van het eigen risico door de zorgverzekeraars.



## HOOFDSTUK 4: DE ZORGVERLENER

Bij de medicatiebeoordeling zijn talrijke zorgverleners betrokken, zoals apothekers, huisartsen, farmaceutisch consultants, praktijkondersteuners, medisch specialisten (waaronder geriaters) en ziekenhuisapothekers. Voor deze zorgverleners zijn de volgende aangrijpingspunten te onderscheiden:

1. Een sterke infrastructuur van samenwerkende zorgverleners.
2. Het uitnodigen van patiënten voor een medicatiebeoordeling.
3. Een goede uitvoering van de medicatiebeoordeling.
4. Betrouwbare kwaliteitsinformatie over de medicatiebeoordelingen.

Voor elk van deze aangrijpingspunten wordt kort beschreven waar het over gaat en welke initiatieven er al op gericht zijn. Waar van toepassing, wordt er ook aangegeven wat er op dit moment nog ontbreekt.

### 4.1. Een sterke infrastructuur

Voor kwalitatief goede en efficiënt uitgevoerde medicatiebeoordelingen is het nodig dat er een sterke infrastructuur is waar de samenwerkende zorgverleners gebruik van maken. Dit kent verschillende elementen:

- Goede verdeling van taken tussen de bij een patiënt betrokken zorgverleners.
- De bereidheid tot het delen van relevante informatie.
- Een ICT infrastructuur die het proces faciliteert.

Op dit gebied is/wordt al een aantal initiatieven ondernomen:

- KNMP en LHV hebben concept 'samenwerkingsafspraken'\* gemaakt die binnenkort verspreid zullen worden naar de betrokken zorgverleners.
- Het is sinds 1 augustus 2013 wettelijk geregeld dat bij 23 geneesmiddelen artsen de reden van voorschrijven op het recept moeten vermelden, daarnaast moeten artsen afwijkende lab waarden doorgeven aan apothekers. Het delen van deze informatie lijkt in de praktijk nog maar heel beperkt te gebeuren.
- Er wordt gewerkt aan het realiseren van een 'landelijke ICT standaard'\* waarin zal worden aangegeven welke informatie-elementen minimaal moeten worden vastgelegd en op welke wijze, onder meer ter vereenvoudiging van de uitwisseling.

Er is nog geen software beschikbaar die apothekers en (huis)artsen ondersteunt bij het gezamenlijke proces, met behulp van de gegevens uit de respectievelijke ICT-systemen.

### 4.2. Uitnodigen van patiënten

De meeste patiënten die baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, zijn zich niet bewust van de meerwaarde daarvan en zullen zich dus niet spontaan melden bij de zorgverlener. Dat betekent dat het grootste deel van de medicatiebeoordelingen tot stand zal moeten komen door de patiënten uit te nodigen. Daarbij is een aantal elementen van belang:

- De selectie van de juiste patiënten.
- Voldoende capaciteit om de noodzakelijke inspanning te doen.
- Een passende vergoeding.

Voor dit aangrijpingspunt is een aantal initiatieven relevant:

- In het traject 'patiënt selectie'\* worden subgroepen onderscheiden, met name op basis van verschillen in risico. Voor de groep met het hoogste risico zullen afspraken worden gemaakt op welke manier deze uitgenodigd zullen worden.
- Ten aanzien van 'patiënt selectie'\* zal door de KNMP aanvullend onderzoek worden gefinancierd.



- Er worden 'patiëntenkaarten'\* ontwikkeld die patiënten helpen bij de vraag of zij op de uitnodiging tot een medicatiebeoordeling willen ingaan.
- Het is mogelijk dat er in 'toezicht en handhaving door de IGZ'\* aandacht zal worden besteed aan het actief uitnodigen van patiënten door zorgverleners. Het is niet duidelijk of dit zal gebeuren en, indien dat wel het geval is, vanaf welke datum en op welke manier.

Er is op dit moment geen analyse van de maximaal beschikbare capaciteit, noch op totaal landelijk, noch op het niveau van individuele zorgverleners. Er is geen analyse van de door velen vermoede tekorten ten opzichte van de totaal benodigde capaciteit en daardoor ook geen plannen om dat tekort te doen verdwijnen. Zorgverzekeraars stimuleren niet dat zorgaanbieders in grote getale patiënten uitnodigen voor een medicatiebeoordeling. Op het element van de 'passende vergoeding' wordt in paragraaf 5.3 nader ingegaan met als conclusie dat zorgverzekeraars vinden dat de vergoeding passend is en zorgverleners vinden dat de vergoeding niet passend is.

### 4.3. Een goede uitvoering

Een goede uitvoering van medicatiebeoordelingen volgt de stappen van de MDR, zodat alle relevante farmacotherapeutische problemen worden gesignaleerd en geadresseerd. Bij de uitvoering is ook van belang dat het op een doelmatige manier gebeurt. Hier is een aantal zaken van belang:

- Zorgverleners die over de juiste kennis en vaardigheden beschikken.
- Een volwaardige rol voor de betrokken patiënt.
- Een efficiënte organisatie.

Op dit gebied is/wordt al een aantal initiatieven ondernomen:

- Heel veel apothekers hebben inmiddels een specifieke opleiding\* gevolgd en eind 2014 zullen alle apotheken geregeld hebben dat de medicatiebeoordelingen gedaan kunnen worden door een daartoe opgeleide apotheker.
- Er worden 'patiëntenkaarten'\* ontwikkeld die patiënten helpen om zich voor te bereiden op de medicatiebeoordeling.
- Er wordt gewerkt aan het realiseren van een 'landelijke ICT standaard\*', waardoor minder tijd nodig zal zijn voor het verzamelen en uitwisselen van de noodzakelijke informatie.
- Er komt een 'platform polyfarmacie'\* waar zorgverleners kennis kunnen nemen van elkaars goede en slechte ervaringen. Deze zal eind 2014, begin 2015 operationeel zijn.
- Er vinden diverse onderzoeken\* plaats die bij zullen dragen aan het verbeteren van de aanpak, zowel met het oog op de kwaliteit als de efficiëntie.

### 4.4. Kwaliteitsinformatie

Het beschikken over goede kwaliteitsinformatie is in de eerste plaats van belang voor zorgverleners zelf, omdat het hen in staat stelt om de eigen voortgang te bewaken en te leren van eventuele verschillen met andere zorgverleners. Daarnaast kan deze informatie van belang zijn voor andere partijen, zoals patiënten (keuze van de zorgverlener), zorgverzekeraars (zorginkoop) en voor overheid (beleid, toezicht en handhaving). Kwaliteitsinformatie is wenselijk op drie gebieden:

- De mate waarin de (juiste) patiënten een medicatiebeoordeling hebben gekregen.
- De wijze waarop de medicatiebeoordeling is uitgevoerd.
- De uitkomsten die er zijn bereikt door het uitvoeren van de medicatiebeoordelingen.

Op het gebied van kwaliteitsinformatie zijn de volgende activiteiten relevant:

- De Kwaliteitsindicatoren Farmacie 2013 bevatten enkele indicatoren voor de structuur (opleiding en samenwerkingsafspraken) en het proces (het hanteren van de richtlijn en het gebruik van de reden van voorschrijven en lab waarden).
- In de MDR staat voor verschillende doelgroepen een voorstel voor indicatoren die aangeven bij welk deel van de beoogde populatie een medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden. Met deze indicatoren is niets gebeurd en daar bestaan ook geen plannen toe.



- Ten aanzien van 'uitkomstmaten' zal door de KNMP wetenschappelijk onderzoek\* worden gefinancierd.
- Vanaf 2015 gaan KNMP en NHG werken aan 'nieuwe indicatoren'\*, waaronder ook uitkomstindicatoren. Daarnaast wil men gaan onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om multidisciplinaire indicatoren te ontwikkelen. Er is nog geen streefdatum voor afronding van deze ontwikkeltrajecten en de implementatie van eventuele nieuwe indicatoren. Op basis van de normale cyclus voor nieuwe indicatoren (ontwikkelen - registreren – beschikbaar komen), valt te verwachten dat deze informatie niet eerder dan in 2018 beschikbaar zal komen voor alle zorgaanbieders.

➔ Voor alle aangrijpingspunten bij de zorgverlener zijn of worden zaken ontwikkeld. De voornaamste kansen voor verbetering lijken te liggen bij het mobiliseren van patiënten (door een in de ogen van zorgaanbieders passende vergoeding) en bij het eerder dan 2018 verkrijgen van goede kwaliteitsinformatie.



## HOOFDSTUK 5: DE ZORGVERZEKERAAR

De zorgverzekeraars kunnen invloed uitoefenen op de kwantiteit en kwaliteit van de medicatiebeoordelingen door hun polisvoorwaarden voor verzekerden en door hun zorginkoopbeleid bij zorgverleners. Daarbij zijn voor de zorgverzekeraars de volgende aangrijpingspunten te benoemen:

1. De polisvoorwaarden.
2. Het volume aan medicatiebeoordelingen dat ze inkopen.
3. De prijs die ze voor een medicatiebeoordeling betalen.
4. De populatie voor wie ze medicatiebeoordelingen inkopen.
5. De controle op de uitvoering van de medicatiebeoordeling.

Voor elk van de genoemde aangrijpingspunten wordt eerst kort beschreven waar het over gaat en wat de huidige situatie is, in sommige gevallen met achtergrondinformatie waarom zorgverzekeraars de keuzes maken die ze maken. Vervolgens wordt aangegeven wat de gevolgen van die keuzes zijn. Aan het einde van het hoofdstuk wordt beschreven tot welke dynamiek dit alles leidt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

In dit hoofdstuk wordt vooral het beleid van zorgverzekeraars zelf beschreven, er zijn namelijk weinig initiatieven door derden die beogen invloed uit te oefenen op de zorgverzekeraars. Er is voor gekozen om de 'grootste gemene deler' weer te geven en niet voor elke zorgverzekeraar apart in detail wat zij doen. De reden is dat er voor de meeste elementen op hoofdlijnen grote overeenkomsten tussen de zorgverzekeraars zijn.

### 5.1. De polisvoorwaarden

Het recht op een medicatiebeoordeling bestaat indien er een 'farmaceutische of medische noodzaak' is en indien de stappen worden doorlopen zoals beschreven in de MDR. De vergoeding voor de medicatiebeoordeling valt onder het eigen risico. De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden drie factoren nader invullen:

- Een nadere invulling van de 'farmaceutische of medische noodzaak'.
- De mate waarin de vergoeding ten laste van het eigen risico komt.
- Aanvullende eisen ten aanzien van de uitvoering.

Er worden over het algemeen door zorgverzekeraars geen beperkingen aangebracht in wie er voor vergoeding van een medicatiebeoordeling in aanmerking komt, aangezien dat zou kunnen conflicteren met de zorgplicht. Bij het merendeel van de zorgverzekeraars valt de vergoeding onder het eigen risico, enkele zorgverzekeraars hebben besloten om het er niet onder te laten vallen. De meeste zorgverzekeraars stellen aanvullende eisen aan de uitvoering, waarbij het volgen van een opleiding de meest voorkomende eis is. Hiermee beoogt men de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren.

Met name het feit dat de vergoeding ten laste van het eigen risico komt, heeft in de praktijk gevolgen. Men moet immers betalen voor iets waarvan men vaak niet weet dat het zinvol kan zijn. Ongeveer 90% van de patiënten die voor een medicatiebeoordeling in aanmerking komen, maakt het eigen risico sowieso vol met andere zorg dan de medicatiebeoordeling. Maar ook voor die patiënten kan het, zeker vroeg in het jaar, een barrière opwerpen om in te stemmen met een medicatiebeoordeling. Het eigen risico wordt door zorgaanbieders regelmatig genoemd als barrière, maar er zijn geen cijfers bekend over het aantal gevallen waarin het eigen risico voor patiënten een doorslaggevend argument is om geen medicatiebeoordeling te laten uitvoeren.

Begin 2014 heeft Unie KBO op haar website een overzicht gepubliceerd van de polisvoorwaarden voor een medicatiebeoordeling bij de meeste zorgverzekeraars. Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten hiervan, maar Unie KBO heeft de indruk dat het voornaamste effect is dat ouderen een positief beeld hebben van de zorgverzekeraars die de vergoeding buiten het eigen risico laten.



## 5.2. Het volume

Zorgverzekeraars kunnen langs drie wegen invloed uitoefenen op het aantal medicatiebeoordelingen dat een apotheek uit zal voeren:

- Een maximum stellen aan het aantal medicatiebeoordelingen dat een apotheek kan declareren.
- Een minimum stellen aan het aantal medicatiebeoordelingen dat een apotheek moet doen.
- Stimuleren dat een apotheek een (extra) inspanning doet om zoveel mogelijk medicatiebeoordelingen uit te voeren.

Volgens de informatie die de zorgverzekeraars hebben verstrekt, zijn er in de inkoopcontracten met apothekers en apotheekketens vrijwel nooit afspraken over volume opgenomen. Als verklaring hiervoor geven zorgverzekeraars in de eerste plaats aan dat het aan apothekers en artsen zelf is om te bepalen wie deze zorg moet krijgen. Sommige (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders geven aan dat er wel degelijk regelmatig maxima gesteld worden aan het aantal medicatiebeoordelingen. Het was voor deze verkenning niet relevant om diepgaand uit te zoeken in hoeveel procent van de contracten er sprake is van een maximum en hoe hoog die maxima dan zijn.

Daarnaast geven de meeste zorgverzekeraars aan dat zij niet inzetten op het stimuleren van zoveel mogelijk medicatiebeoordelingen. Daarvoor worden, al dan niet tegelijk, vooral drie redenen gegeven:

- De daarvoor benodigde middelen liever inzetten voor andere manieren om farmacotherapeutische problemen te voorkomen en op te sporen. Daarbij gaan ze uit van een visie op de toekomst, zoals omschreven in paragraaf 2.4.
- Niet willen investeren in grotere aantallen omdat de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen onvoldoende is om er veel effect van te verwachten.
- De vrees dat het nu inzetten op grote aantallen medicatiebeoordelingen leidt tot het institutionaliseren daarvan terwijl in de toekomstvisie de invulling van en benodigde tijd voor de medicatiebeoordelingen zal gaan veranderen.

Waar er geen maxima in de contracten staan, waarschijnlijk de meerderheid van de gevallen, betekent dit voor zorgaanbieders dat er geen drempels zijn om medicatiebeoordelingen te declareren, men kan er zo veel uitvoeren en declareren als men wil. Er is echter geen specifieke stimulans om extra actief te zijn op het gebied van de medicatiebeoordelingen. Aan de andere kant geldt er geen enkele sanctie voor apothekers die weinig of geen medicatiebeoordelingen uitvoeren.

## 5.3. De prijs

Zorgverzekeraars hebben op twee manieren de mogelijkheid om met financiële prikkels invloed uit te oefenen op het aantal en/of de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen:

- De prijs die ze betalen voor de medicatiebeoordeling, in relatie tot de benodigde inspanningen bij de individuele patiënt.
  - Een bijdrage aan (eenmalige) patiënt overstijgende investeringen van tijd en geld.
- Dit geldt voor alle betrokken zorgverleners, waarbij apothekers en huisartsen de voornaamste groepen zijn.

In de inkoopcontracten met apothekers en apotheekketens staat voor de prestatie 'medicatiebeoordeling' een vergoeding van € 35 - 75, wisselend per zorgverzekeraar. In een enkel geval is expliciet aangegeven dat hiervan ook de vergoeding aan de huisarts betaald moet worden, hetgeen neerkomt op een hoofdaannemer-onderaannemer constructie. In de contracten met huisartsen zijn vrijwel nooit afspraken opgenomen voor het declareren van hun bijdrage aan een medicatiebeoordeling. Een belangrijke vraag is of er hiermee sprake is van een 'passende vergoeding' voor de door zorgaanbieders te leveren inspanning.



Zorgverzekeraars geven aan dit een passende vergoeding te vinden, waarbij verschillende (combinaties van) argumenten worden gebruikt:

- De werkelijke vergoeding is hoger, omdat een deel van de vergoeding nu nog verwerkt is in de receptregelvergoeding voor de begeleiding bij de uitgifte van geneesmiddelen.
- Er zijn ervaringen dat een apotheker met de juiste kennis, ervaring en praktijkorganisatie het voor dit bedrag kan doen.
- Het kan goedkoper als een groter deel van de werkzaamheden wordt uitgevoerd door goedkopere medewerkers, zoals apothekersassistenten, farmaceutisch consultants en praktijkondersteuners.
- In de uurtarieven waarmee door zorgaanbieders gerekend wordt, zit ook een forse opslag voor indirecte kosten en die is al betaald via andere prestaties.
- Als een apotheker het 'basisproces' rondom de uitgifte op orde heeft, zal de medicatiebeoordeling minder problemen aan het licht brengen en dus minder tijd kosten.
- Het ontstaan van de grote groep patiënten waar een medicatiebeoordeling nut zou hebben, is mede veroorzaakt doordat apothekers in het verleden geen optimale begeleiding bij de uitgifte van geneesmiddelen hebben gegeven. Voor het oplossen van dit 'achterstallig onderhoud' is dus al betaald.

Aan de andere kant geven de meeste zorgaanbieders aan dat er geen sprake is van een passend tarief. Daarbij verwijzen zij vooral naar twee bronnen:

- De economische evaluatie van de MDR zelf, waarin verschillende scenario's voor de uitvoering en de benodigde tijd zijn opgenomen. Gecombineerd met de uurtarieven (prijsspeil 2011), geeft de MDR een range voor de kosten van € 136 - 303.
- Een recent onderzoek van Significant waarin is aangegeven dat voor een medicatiebeoordeling gemiddeld 88 minuten van een apotheker nodig zal zijn en 21 minuten van een huisarts. Als uurtarieven (prijsspeil 2014) vermeldt het rapport een range van € 80 - 112 voor apothekers en € 97 - 106 voor huisartsen. Het rapport doet geen uitspraak wat een passende vergoeding voor een medicatiebeoordeling is, het is enkel bedoeld om aanknopingspunten te geven voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Daarnaast wordt soms ook nog aangegeven dat medicatiebeoordelingen waarschijnlijk per saldo zullen leiden tot een afname in het geneesmiddelgebruik en dat dat leidt tot minder inkomsten voor de apotheek.

Het valt buiten de reikwijdte van de verkenning om een antwoord te geven op de vraag of er sprake is van een passende vergoeding. Voor de verkenning wordt volstaan met de conclusie dat partijen het hier niet over eens zijn: zorgaanbieders vinden dat zij geen passende vergoeding krijgen, zorgverzekeraars vinden dat er wel sprake is van een passende vergoeding. Men weet ook van elkaar dat de andere partij er zo over denkt: 'agree to disagree'.

Het zal duidelijk zijn dat zorgaanbieders die vinden dat zij geen passende vergoeding krijgen (ook als dat niet terecht mocht zijn), op de verkeerde manier geprikkeld worden:

- Er is geen prikkel tot het uitvoeren van grote aantallen medicatiebeoordelingen. Dat wordt immers verliesgevend geacht.
- Er is eerder een prikkel om medicatiebeoordelingen te doen bij patenten met relatief eenvoudige problematiek dan bij de patiënten met een hoge complexiteit waar waarschijnlijk de grootste risico's liggen. De eerste groep is minder tijdsintensief, dus dan is de vergoeding eerder passend.
- Er is een prikkel om bepaalde stappen uit de MDR minder intensief te doen, ook als dat de kans op maximaal effect verkleint. Zo'n aanpak brengt immers de benodigde tijd terug en dat maakt de vergoeding eerder passend.

Het zal uiteraard sterk verschillen tussen individuele zorgaanbieders welke keuzes men maakt, maar kijkend naar de groep als geheel is het beeld niet positief.



## 5.4. De populatie

Waar er sprake is van een schaarste in de benodigde capaciteit, is het gewenst dat de capaciteit vooral wordt ingezet bij patiënten die (naar verwachting) de meeste baat zullen hebben bij de medicatiebeoordeling. De zorgverzekeraar kan daar op twee manieren invloed op uitoefenen:

- Eisen stellen aan het percentage van de medicatiebeoordelingen dat betrekking heeft op de patiëntengroepen met een hoog risico.
- Differentiëren van de prijs naar de hoogte van het risico, waarbij ook rekening wordt gehouden met de extra inspanning die waarschijnlijk nodig zal zijn bij de vaak meer complexe patiënten met een hoog risico.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij in de inkoopcontracten geen enkele sturing aanbrengen ten aanzien van de populatie bij wie een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd. Over het algemeen geeft men aan dat het niet aan zorgverzekeraars is om dergelijke inhoudelijke keuzes te maken. De eerste stap zou moeten zijn dat beroepsgroepen in richtlijnen vastleggen welke subgroepen het eerst in aanmerking moeten komen. Of en hoe zorgverzekeraars daar vervolgens op gaan sturen bij hun inkoop, is niet duidelijk.

## 5.5. Controle op de uitvoering

Partijen hebben in de MDR met elkaar afgesproken op welke wijze een goede medicatiebeoordeling moet worden uitgevoerd. In de prestatiebeschrijving van de NZa is aangegeven dat voor het recht op declaratie minimaal de handelingen verricht moeten zijn die in de MDR staan. Daarmee past toezicht op de naleving van de MDR door zorgverzekeraars zowel bij hun verantwoordelijkheden voor kwaliteit als rechtmatigheid. Zij kunnen die verantwoordelijkheid op drie manieren invullen:

- Eisen stellen aan extern toezicht dat toetst of de MDR gevolgd wordt.
- Gebruik maken van indicatoren om de naleving van de MDR te toetsen.
- De uitvoering van de medicatiecontrole betrekken in de materiële controle.

Er zijn in de inkoopcontracten geen eisen ten aanzien van extern toezicht, zorgverzekeraars gaan er in principe van uit dat apothekers alleen zullen declareren als ze de betreffende stappen hebben gezet. De 'Kwaliteitsindicatoren Farmacie' laten zien dat bijna 96% apothekers zelf aangeeft de richtlijnen te volgen, zorgverzekeraars hechten weinig waarde aan deze indicator. Bijna alle zorgverzekeraars geven aan dat de medicatiebeoordeling niet betrokken wordt in de materiële controle. De voornaamste uitzondering is steekproefsgewijze controle op de gevolgde opleiding, wanneer dat als aanvullende voorwaarde is gesteld.

## 5.6. De resulterende dynamiek

De vraag is hoe bovenstaande feiten en overwegingen samen uitpakken op de 'zorginkoopmarkt', op de dynamiek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Allereerste de dynamiek met betrekking tot de apothekers:

- Zorgverzekeraars bieden apothekers een 'farmacie' contract aan, waarin de mogelijkheid is opgenomen om medicatiebeoordelingen te declareren tegen een bepaald tarief. De apotheker kan geen aparte keuze maken voor het onderdeel dat betrekking heeft op de medicatiebeoordeling, het is een 'alles of niets' contract.
- De apotheker beoordeelt het contract in al zijn facetten en vindt het tarief voor de medicatiebeoordeling niet passend. Het grootste deel van zijn inkomen wordt echter gegenereerd door de overige elementen. Daarom zal hij het contract toch tekenen. Aan het niet of nauwelijks uitvoeren van medicatiebeoordelingen zijn immers geen sancties verbonden.
- De gecontracteerde apotheker die vindt dat de vergoeding niet passend is, zal vervolgens weinig of geen patiënten actief uitnodigen voor een medicatiebeoordeling. Waarom zou hij op grote schaal een activiteit initiëren waarvoor hij geen passende vergoeding krijgt? Op het niet oproepen van patiënten wordt hij niet aangesproken:





- o De patiënt spreekt hem niet aan, want die weet in de meeste gevallen niet dat hij er baat bij zou kunnen hebben.
- o De zorgverzekeraar spreekt hem niet aan want die streven niet naar het vergroten van het aantal medicatiebeoordelingen.
- o De overheid (IGZ) spreekt hem vooralsnog niet aan, al zou dat kunnen veranderen in 2015.
- De zorgverzekeraar die niet 'afdwingt' dat er voldoende patiënten opgeroepen worden, wordt daar ook niet echt op aangesproken:
  - o De patiënten spreken de zorgverzekeraar er niet op aan, want als ze al weten dat ze baat zouden kunnen hebben bij een medicatiebeoordeling, zijn ze zich er nauwelijks van bewust dat de zorgverzekeraar daar een rol in kan spelen.
  - o De apotheker kan het wel proberen, maar die heeft uiteindelijk geen keuze, omdat hij het 'alles of niets' contract wel moet ondertekenen.
  - o De overheid (NZa) heeft op dit moment geen aanleiding te veronderstellen dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen, aangezien de meeste inkoopcontracten met apothekers het mogelijk maken om een medicatiebeoordeling te declareren voor alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Vandaar dat de NZa tot nu toe niet gehandhaafd heeft ten aanzien van het oproepen van patiënten.

Voor huisartsen is de dynamiek eenvoudiger: over het algemeen zijn er met hen geen separate afspraken over medicatiebeoordelingen gemaakt, noch over volume, noch over kwaliteit, noch over prijs. Als ze al in aanmerking komen voor (een deel van) de vergoeding die apothekers krijgen, vinden ook zij die vergoeding niet passend. Daarmee ontbreekt ook bij hen de prikkel om actief patiënten te benaderen voor een medicatiebeoordeling. En ook zij worden daar niet op aangesproken.

Het eindresultaat van deze dynamiek is dat patiënten die daar baat bij zouden kunnen hebben, meestal niet opgeroepen worden. Dit komt voort uit de combinatie van drie factoren:

- Zorgverzekeraars geven zorgaanbieders alleen een 'alles of niets' contract en daarin staan geen afspraken die hen stimuleren en/of verplichten tot een maximale inspanning op het gebied van de medicatiebeoordelingen.
- Zorgaanbieders vinden dat zorgverzekeraars hen geen passende vergoeding bieden voor het uitvoeren van de medicatiebeoordelingen.
- Patiënten weten meestal niet dat ze baat zouden kunnen hebben bij een medicatiebeoordeling en zullen dus eerst opgeroepen moeten worden. Daarmee zijn het de zorgaanbieders die in belangrijke mate bepalen hoe groot de zorgvraag is.

Het is zonder aanvullende acties niet te verwachten dat er in 2015 iets wezenlijks zal veranderen, aangezien zorgverzekeraars hebben aangegeven geen wezenlijke wijzigingen aan te brengen in hun inkoopcontracten en zorgaanbieders geen andere mening zullen krijgen over de hoogte van de daarin opgenomen vergoeding. Hiermee dreigt het risico van 2015 als een verloren jaar!

→ Zorgverzekeraars hebben in de meeste gevallen contracten met apothekers afgesloten die hen in staat stellen om zoveel medicatiebeoordelingen uit te voeren en declareren als ze willen/kunnen. Daarbij is er een zeer beperkte stimulans voor de kwaliteit en geen enkele prikkel voor het volume. De wijze waarop de contractering is vormgegeven ('alles of niets') en het feit dat zorgverleners de vergoeding niet passend vinden, leidt er echter toe dat apothekers slechts een zeer beperkt aantal patiënten uitnodigen voor een medicatiebeoordeling. Dat geldt ook voor huisartsen, aangezien met hen in de meeste gevallen helemaal geen afspraken worden gemaakt. Dit alles betekent dat er sprake is van een impasse tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het valt niet te verwachten dat die in 2015 zal worden doorbroken.



## HOOFDSTUK 6: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden op basis van de informatie uit de eerdere hoofdstukken conclusies getrokken en voorzien van aanbevelingen. Sommige aanbevelingen richten zich op bepaalde partijen, maar het staat alle andere partijen natuurlijk vrij om de genoemde partij daartoe te stimuleren. Andere aanbevelingen benoemen geen specifieke partijen, omdat het belangrijker is dát de betreffende aanbeveling wordt opgepakt dan dat per se door een bepaalde partij moet gebeuren. Enkele aanbevelingen gaan over het maken van bestuurlijke afspraken, die daarna verder uitgevoerd kunnen worden. Op basis van de brief van de minister van VWS over de resultaten van het Bestuurlijk Overleg Farmacie (april 2014), ligt het voor de hand dat het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns de plaats zal vormen waar bestuurlijke afstemming over geïntegreerde farmaceutische zorg (en dus ook over de medicatiebeoordeling) plaats zal vinden. Dit sluit ook perfect aan bij het gegeven dat de medicatiebeoordeling alleen optimaal kan worden uitgevoerd als er sprake is van nauw samenwerkende apothekers en huisartsen.

In dit hoofdstuk wordt de metafoor gebruikt van het glas dat half vol is of half leeg en de kraan die ertoe moet bijdragen dat het glas zo snel mogelijk vol komt met zuiver water.

### 6.1. Houden we het glas onder de juiste kraan?

De primaire insteek van deze verkenning was om te bekijken of het risico bestaat dat volledige implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen' (MDR) langer op zich zal laten wachten dan nodig. In de loop van de verkenning is de conclusie getrokken dat volledige implementatie van de MDR helemaal niet gewenst is. Sinds het uitkomen van de richtlijn zijn de inzichten namelijk veranderd en is duidelijk geworden dat de aanpak volgens de MDR (een uniforme, intensieve en jaarlijkse medicatiebeoordeling voor grote aantallen patiënten) zorginhoudelijk niet optimaal is, mogelijk ook niet doelmatig is en bovendien een zodanige capaciteit vraagt dat het wellicht ook niet uitvoerbaar is.

Focus op implementatie van de richtlijn is een focus op het 'middel' van de medicatiebeoordeling. De insteek die steeds meer opgeld doet, is om de focus vooral te leggen op het 'doel': optimale farmacotherapie bij patiënten met polyfarmacie, met zo weinig mogelijk farmacotherapeutische problemen en aansluitend bij de levenssituatie van de patiënt op dat moment. Partijen zijn het met elkaar op hoofdlijnen eens dat dergelijke problemen bij voorkeur 'eerder in de keten' moeten worden voorkomen, gesignaleerd en opgelost. Er zijn tijdens de verkenning meerdere mooie voorbeelden genoemd van initiatieven van partijen om deze nieuwe aanpak te realiseren. Zoals in hoofdstuk 2.4 beschreven, zal de medicatiebeoordeling daarbij naar verwachting nog steeds meerwaarde hebben, niet als op zichzelf staand 'middel' maar als onderdeel van geïntegreerde farmaceutische zorg. Het is wel te verwachten dat de invulling (deels) zal veranderen en dat een aantal stappen, zoals omschreven in de MDR, daarbij minder tijd zal gaan kosten.

Het mooie perspectief van deze nieuwe aanpak verdient de best mogelijke implementatie op de kortst mogelijke termijn. Het valt buiten de reikwijdte van deze verkenning om alle initiatieven op dit gebied te inventariseren en conclusies te trekken of er sprake is van een samenhangende aanpak van alle betrokken partijen, met een gezamenlijk commitment aan een ambitieus doel.

Het op termijn verleggen van de focus van het middel naar het doel heeft twee voordelen voor patiënten met polyfarmacie:

- Een focus op het doel leidt uiteindelijk tot betere uitkomsten, mits men er natuurlijk in slaagt om die uitkomsten goed te definiëren. Dit werd treffend verwoord in deze uitspraak van een van de betrokken partijen: "Als je om medicatiebeoordelingen vraagt, krijg je medicatiebeoordelingen. Als je betere uitkomsten wil, moet je om betere uitkomsten vragen".
- De verwachting dat de per medicatiebeoordeling benodigde tijd zal afnemen, maakt dat de omvang van de huidige 'achterstand' in medicatiebeoordelingen een tijdelijk probleem is, waarvoor een tijdelijke extra inspanning en investering moet worden gedaan. Dat vergroot de



kans dat het opgelost wordt ten opzichte van de situatie waarin het wordt gezien als een (ongewenste) structurele situatie van vergelijkbare of zelfs groeiende omvang.

Een focus op de hiervoor genoemde (inspirerende) nieuwe aanpak en de daarbij veranderende rol van de medicatiebeoordeling, heeft echter als gevaar dat uit beeld raakt dat er een substantiële groep patiënten is die nú baat heeft bij een medicatiebeoordeling volgens de aanpak van de MDR. Zij lopen significante risico's op onnodige farmacotherapeutische problemen met mogelijk ernstige gezondheidsschade en kunnen niet wachten tot de nieuwe aanpak een feit is. Het is dus een kwestie van 'het een doen en het ander niet laten'!

#### Aanbeveling:

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns tot een gezamenlijke ambitie van alle partijen voor een én-én aanpak:
  - maximale gezamenlijke inzet voor het realiseren van de nieuwe aanpak.
  - maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij alle patiënten die daar nú baat bij hebben.

Gezien de opdracht voor deze verkenning, zal het vervolg alleen gaan over het tweede deel van deze ambitie: is er sprake van een maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij alle patiënten die daar nú baat bij hebben?

## 6.2. Wiens glas willen we onder de kraan houden?

De eerste vraag is dan welke patiëntgroepen nú baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling. De criteria uit de MDR worden te breed geacht en daarom is een traject voor 'patiënt selectie'\* opgestart waarin onder meer zal worden aangegeven bij welke subgroepen van welke omvang een medicatiebeoordeling zinvol zou zijn. Ook zal daarbinnen aangegeven worden welke groepen het hoogste risico hebben, zodat de schaarse capaciteit in de eerste plaats op die groep gericht kan worden.

Het is gewenst om álle subgroepen in beeld te brengen en niet alleen de subgroep met het hoogste risico. Dat is vooral van belang voor zorgaanbieders die lokaal een grotere capaciteit kunnen inzetten dan de omvang van de groep met het hoogste risico. Dat kan komen omdat ze een manier vinden om de capaciteit te vergroten en/of omdat ze in de lokale populatie toevallig weinig patiënten met het hoogste risico hebben. Als ze alleen de criteria van de groep met het hoogste risico kennen, zal het restant van de capaciteit óf ingezet worden bij de overige patiënten zonder dat men die kan selecteren op risico (en dat leidt tot een suboptimaal effect) óf niet ingezet worden omdat men niet weet wie er het meeste baat bij zou hebben (en dan is er geen effect). Beiden zijn ongewenst! Alleen als alle subgroepen met afnemend risico in beeld worden gebracht, kan men de beschikbare capaciteit inzetten voor het optimale effect.

Het identificeren van de subgroepen en onderverdelen op risico, zal in eerste instantie 'consensus based' gebeuren, gebruik makend van de kennis van experts, best practices en academische kennis. Met de uitkomsten hiervan kan men dan in de praktijk aan de slag. Het streven is dat de resultaten van dit traject in oktober beschikbaar zijn zodat de IGZ ze kan meenemen in haar toetsingskader voor het toezicht op de medicatiebeoordeling.

## 6.3. Is het water zuiver genoeg?

Als bekend is welke groepen nú baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, is een volgende vraag of de kwaliteit van medicatiebeoordelingen zodanig is dat een medicatiebeoordeling bij deze patiënten ook zinvol is. Of, erger nog, of die kwaliteit misschien zodanig is dat medicatiebeoordelingen zelfs schadelijk voor patiënten zouden zijn. In hoofdstuk 2.3 is ingegaan op deze vraag, waarbij op basis van het thans beschikbare onderzoek de volgende conclusies zijn getrokken:

- Er is aanzienlijke ruimte voor verbetering van de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen.
- Ook bij het huidige (lage) kwaliteitsniveau zijn medicatiebeoordelingen zinvol.



Dit betekent dat het uitvoeren van medicatiebeoordelingen, bij de juiste patiënt, nu al zinvol is maar dat verbetering van de kwaliteit de impact verder kan vergroten. Ook dit is dus een kwestie van 'het een doen en het ander niet laten'!

**Aanbeveling:**

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns tot de afspraak om parallel aan een maximale inzet voor medicatiebeoordelingen bij de patiënten die daar nu baat bij hebben, ook een maximale inzet te plegen op het verbeteren van de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen.

Er zijn in het Bestuurlijk Overleg Farmacie afspraken gemaakt over indicatoren die de kwaliteit van de medicatiebeoordeling zichtbaar maken. Deze informatie voor alle apotheken zal waarschijnlijk op z'n vroegst in 2018 beschikbaar zijn. Bij het ontbreken van goede kwaliteitsinformatie, is het lastig om gericht te werken aan een snelle verbetering van de kwaliteit. Er moet dus eerder dan pas in 2018 informatie beschikbaar komen over de kwaliteit.

Dit zou bereikt kunnen worden in de vorm van een soort 'audit' die bij (samenwerkende) apothekers en huisartsen kan worden ingezet. Deze audit zou moeten worden ontwikkeld en uitgevoerd door een onafhankelijke partij met de juiste deskundigheid. Het is een kwestie van uitwerking welke vorm en inhoud de audit zou moeten krijgen voor maximaal effect. De audit zou door verschillende doelgroepen gebruikt kunnen worden:

- Zorgaanbieders kunnen voor individuele verbetering een onafhankelijke audit laten uitvoeren, maar wellicht is het ook mogelijk om een 'zelftest'-versie van de audit te ontwikkelen.
- Zorgverzekeraars zouden in hun inkoopvoorwaarden de eis kunnen opnemen tot deelname aan de audit, als dat gevraagd wordt, en/of consequenties verbinden aan de uitkomsten van de audit.
- De IGZ kan voor haar toezicht gebruik maken van de geaggregeerde informatie uit de uitgevoerde audits, maar in geselecteerde gevallen ook de audit laten uitvoeren.
- Koepels en/of beleidsmakers kunnen periodiek bij een representatieve steekproef van zorgaanbieders een audit laten uitvoeren, voor inzicht in de overall kwaliteit maar ook om aangrijpingspunten voor collectieve verbetering te identificeren.

**Aanbeveling:**

- Ontwikkel een methodiek voor een onafhankelijke audit op de kwaliteit van medicatiebeoordelingen, waarvan de uitkomsten geschikt zijn voor gebruik door verschillende doelgroepen.

## 6.4. Hoe vol is het glas nu?

Als de juiste patiënten geïdentificeerd zijn en de kwaliteit voldoende om medicatiebeoordelingen zinvol te maken, is de vraag in welke mate deze patiënten nu al een medicatiebeoordeling volgens de MDR krijgen en wat de ambitie van partijen is voor de nabije toekomst.

Er is op dit moment geen consensus tussen partijen over het aantal patiënten dat baat bij zou hebben bij een medicatiebeoordeling. De onderverdeling in subgroepen die in het traject 'patiënt selectie'\* gemaakt gaat worden, kan gebruikt worden om die consensus te bereiken. De verwachting is dat het zal leiden tot een aanzienlijk kleinere groep dan de 350.000-550.000 patiënten die voldoen aan de criteria in de MDR.

Er zijn geen betrouwbare getallen voor het aantal medicatiebeoordelingen dat jaarlijks uitgevoerd wordt. De schattingen lopen uiteen van minder dan 20.000 (concept marktscan van de NZa) tot 70.000 (KNMP Zorgmonitor 2013). Data van SFK suggereren dat er in 2013 een afweging is gemaakt naar risico's bij de patiënten die een medicatiebeoordeling hebben gekregen, maar dat is onzeker omdat er nog geen consensus is welke groep de hoogste risico's heeft.

Deze getallen wekken de indruk dat slechts een beperkt deel van de patiënten, die daar baat bij zouden hebben, op dit moment een medicatiebeoordeling krijgt. Er is op dit moment door partijen



geen gezamenlijke ambitie geformuleerd voor de gewenste groei van het aantal medicatiebeoordelingen, daarvoor bestaan ook geen plannen. Een gezamenlijke ambitie en inzicht in de realisatie daarvan zou echter wel zinvol zijn, maar pas na afronding van het traject 'patiënt selectie'.

#### Aanbevelingen:

- Kom in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijns, na afronding van het traject 'patiënt selectie', tot een gezamenlijke ambitie van alle partijen voor de komende drie jaar: hoeveel medicatiebeoordelingen (uitgevoerd volgens de MDR) en bij welke subgroepen?
- Laat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars periodiek een gezamenlijke rapportage opstellen van het aantal medicatiebeoordelingen en de verdeling over de relevante subgroepen, afgezet tegen de gezamenlijke ambitie.

NB Dit gaat dus alleen over subgroepen waar een medicatiebeoordeling nú zinvol zou zijn, onderverdeeld naar de hoogte van het risico, zoals vastgesteld in het traject 'patiënt selectie'.

### 6.5. Het glas wordt gevuld!

In 2013 heeft het RIVM in de samenvatting van haar briefrapport 'Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën' de volgende knelpunten benoemd:

- Gebrekkige informatietechnologie, waardoor informatie uitwisseling niet eenvoudig is
- Suboptimale samenwerking en communicatie tussen zorgverleners
- Gebrek aan tijd en financiering
- Onduidelijkheid welke combinatie van factoren het allerhoogste risico vormt

Als men deze punten op dit moment, medio 2014, naloopt, blijkt dat er op al deze fronten op landelijk niveau initiatieven zijn of worden genomen:

- Informatietechnologie: een landelijke ICT standaard is in de maak.
- Samenwerking: er worden landelijke samenwerkingsafspraken ontwikkeld.
- Tijd: een groot deel van de apothekers heeft een opleiding gevolgd waarin ze onder meer leren hoe ze een medicatiebeoordeling zo efficiënt mogelijk kunnen uitvoeren.
- Financiering: bijna alle apothekers hebben contracten met zorgverzekeraars ondertekend waardoor ze in staat zijn om uitgevoerde medicatiebeoordelingen te declareren.
- Risicofactoren: eind 2014 is er een breed gedragen patiënt selectie op risico's beschikbaar en er wordt wetenschappelijk onderzoek opgestart om dat later te tailleren.

Deze initiatieven zijn kort omschreven in bijlage A, net als een aantal andere landelijke initiatieven en dan nog zonder de pretentie om compleet te zijn. De analyses in de hoofdstukken 3, 4 en 5 laten ook zien dat er voor de meeste 'aangrijpingspunten' activiteiten ondernomen zijn of worden.

In het Bestuurlijk overleg Farmacie is de medicatiebeoordeling een van de onderwerpen en zijn er in de 'Slotafspraken' vier hoofdonderwerpen geadresseerd:

- Wetenschappelijk onderzoek naar (hoog)risicogroepen en effecten.
- Samenwerking tussen zorgverleners en communicatie naar patiënten.
- Optimale ondersteuning door ICT.
- Meten en zichtbaar maken van de kwaliteit.

Deze en enkele andere onderwerpen worden nu opgepakt in overleg tussen alle betrokken partijen, deels onder leiding van de IGZ, deels onder leiding van de KNMP.

En dan zijn er op lokaal niveau natuurlijk talrijke bevroegen zorgaanbieders bezig om, vanuit passie voor hun vak en betrokkenheid bij ouderen met polyfarmacie, werk te maken van medicatiebeoordelingen. Die lokale ervaringen kan men bovendien vanaf begin 2015 met elkaar gaan delen via het 'platform polyfarmacie'.

Er gebeuren dus zowel op nationaal als lokaal niveau veel zinvolle dingen!



## 6.6. Hoe hard stroomt het water?

Kijkend naar de vele initiatieven die ondernomen worden, is het echter opvallend dat er sinds het uitkomen van de MDR in 2012 relatief weinig voortgang is geboekt in de initiatieven die moeten leiden tot, c.q. bijdragen aan, een substantiële groei in het aantal medicatiebeoordelingen. Ook is van een aantal cruciale stappen de huidige situatie dat het nog onduidelijk is wanneer ze afgerond zullen zijn. Enkele voorbeelden:

- Er is niets gebeurd met de indicatoren uit de MDR die aangeven welk deel van de doelgroep een medicatiebeoordeling heeft gehad. In de plannen voor nieuw te ontwikkelen indicatoren wordt ook niet gesproken over dergelijke indicatoren. Zo wordt niet duidelijk hoe groot het gat is en in welk tempo het verkleind wordt.
- Er is nog steeds geen inschatting beschikbaar van de thans beschikbare capaciteit, geen analyse van het tekort ten opzichte van de gewenste situatie en geen actie om de capaciteit te vergroten zodat het tekort zo snel mogelijk wordt opgeheven. Het is de vraag of er een 'ingroeimodel' komt waarin dit duidelijk wordt en, zo ja, wanneer die zal worden vastgesteld. Zo kan er geen ambitie worden vastgesteld.
- De grote getallen uit de MDR zijn wel ter discussie gesteld, maar er is de afgelopen twee jaar geen nadere precisering aangebracht. Binnenkort gaat hiervoor het traject 'patiënt selectie'\* van start, al heeft het sinds de afspraak daartoe in het voorjaar vijf maanden geduurd voor er een eerste bijeenkomst gepland werd. Zo heeft het tenminste twee jaar geduurd voor het helder werd wat de groep met het hoogste risico is waar in de eerste fase de focus op moet liggen.
- Er zijn sinds het uitkomen van de MDR geen indicatoren ontwikkeld die inzicht geven in de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen. De start daarvan is gepland in 2015, de termijn waarop ze geïmplementeerd zullen worden is nog niet vastgesteld. Zo is er vooralsnog geen objectief inzicht in de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen.

Dat was wellicht begrijpelijk toen de insteek was om een medicatiebeoordeling te doen bij alle patiënten die daar volgens de MDR voor in aanmerking zouden komen. Er was immers veel twijfel of al die patiënten wel baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling. De verkenning laat echter zien dat het onwaarschijnlijk (en dus zorgelijk) is dat dit wezenlijk zal veranderen als binnenkort duidelijk wordt welke patiënten nú (het meest) gebaat zijn bij een medicatiebeoordeling.

Verreweg de belangrijkste verklaring lijkt gelegen in de impasse tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De kern van het probleem is als volgt samen te vatten:

- Zorgverzekeraars streven niet naar een substantiële vergroting van het aantal medicatiebeoordelingen, ook niet als binnenkort een 'patiënt selectie' is gemaakt. De voornaamste redenen voor hun terughoudendheid is dat zij vinden dat de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen onvoldoende is (en dus heeft het vooralsnog geen zin om er veel meer te doen) en/of dat zij er de voorkeur aan geven om te investeren in de eerder omschreven nieuwe aanpak (dat is waar het uiteindelijk naar toe moet en heeft dus hun prioriteit).
- Zorgaanbieders vinden dat de door zorgverzekeraars geboden vergoeding niet voldoende is voor de inspanningen die zij moeten leveren. Daarom zijn zij vaak zeer terughoudend in het actief uitnodigen van patiënten. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de vergoeding wel passend vinden. Het valt buiten de reikwijdte van deze verkenning om te beoordelen of de geboden vergoeding wel of niet voldoende is.

Als dit de dynamiek op het niveau van de individuele apotheker en zorgverzekeraar is, worden hun koepels ook niet gestimuleerd om op landelijk niveau maximaal gas te geven om tot veel grotere aantallen medicatiebeoordelingen te komen. En de complexiteit van de medicatiebeoordeling en alles wat er voor nodig is, geeft hen voldoende mogelijkheden om daar (ogenschijnlijk) redelijke argumenten voor te vinden.

Omdat er geen verwachting is dat de zorginkoop voor 2015 wezenlijk zal veranderen, is het zonder verdere actie onwaarschijnlijk dat er in de praktijk iets zal veranderen. Dat betekent dat er na het vaststellen van de 'patiënt selectie'\* geen sprake zal zijn van een maximale inspanning om deze groepen een medicatiebeoordeling aan te bieden. De betreffende patiënten zijn echter het slachtoffer van deze impasse, want zij staan langer dan nodig bloot aan de risico's van hun polyfarmacie. De impasse tussen verzekeraars en zorgaanbieders moet dus worden doorbroken!



## 6.7. Wie draait de kraan verder open?

Het doorbreken van de impasse tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan op drie manieren worden doorbroken:

- Partijen komen er alsnog samen uit. Dit heeft sterk de voorkeur!
- Toezichthouders ondernemen actie.
- Andere partijen oefenen maximale druk uit.

### Partijen komen er alsnog samen uit

Op dit moment staan zorgaanbieders en zorgverzekeraars 'positioneel' tegenover elkaar: zorgverzekeraars geven aan dat ze vergoeding voor de medicatiebeoordeling hoog genoeg vinden, de zorgaanbieders vinden dat dat niet zo is. Dit is tussen partijen niet oplosbaar en het is dus gewenst om een ander gesprek met elkaar te gaan voeren.

Een goede kans lijkt geboden te worden door de uitkomsten van onderzoeken die Booz&co (2012) en KPMG Plexus (2014) hebben uitgevoerd. Zij hebben gekeken naar de mogelijke besparingen die medicatiebeoordelingen kunnen bewerkstelligen bij de kosten voor geneesmiddelen en ziekenhuizen. Kort samengevat:

	Booz&Co	KPMG Plexus
Criteria patiënten	≥65 jaar en polyfarmacie	Criteria conform MDR: ≥65 jaar, ≥5 geneesmiddelen, ≥1 risicofactor
Aantal patiënten	1,2 miljoen	0,7 miljoen
Besparing geneesmiddelkosten	€ 95 - 110 miljoen	€ 92 - 104 miljoen
Besparing ziekenhuiskosten	€ 55 - 90 miljoen	€ 57 - 92 miljoen
Besparing per medicatiebeoordeling	€ 125 - 166 (gemiddeld € 146)	€ 212 - 280 (gemiddeld € 246)

Kortom: de gemiddelde besparing per medicatiebeoordeling bedraagt ongeveer € 150 - 250, waarvan 55 - 60% betrekking heeft op geneesmiddelkosten. Deze getallen wekken bovendien de indruk dat de besparing toeneemt als het risico voor de patiënt groter wordt. De besparing zou dus nog hoger kunnen zijn bij de (hoog risico) subgroepen die gaan voortkomen uit het traject 'patiënt selectie'\*. Niemand weet zeker of deze besparingen in de praktijk echt gerealiseerd kunnen worden, maar het zou natuurlijk zonde zijn als het wel zo is en deze kans niet benut wordt.

Als zorgaanbieders deze twee rapporten gebruiken om te claimen dat ze sowieso een hogere vergoeding moeten krijgen voor de medicatiebeoordeling, kunnen zorgverzekeraars daar tegenover stellen dat het helemaal niet zeker is dat die besparingen gerealiseerd zullen worden. En dan ontstaat er weer een 'impasse' tussen partijen die vast zitten in een ingenomen positie.

Deze potentiële maar onzekere besparingen kunnen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook op een andere manier worden benaderd:

- Zorgaanbieders: ik zie dat er een impasse is en dat ik daardoor slechts een beperkt aantal medicatiebeoordelingen kan uitvoeren. Dat is in de eerste plaats heel nadelig voor betrokken patiënten, maar misschien missen we dan ook wel een significante besparing. Ik weet niet of die besparing realistisch is, maar ben bereid om enig risico te nemen. Daarom wil ik mijn vergoeding voor de medicatiebeoordeling wel mede afhankelijk maken van de hoogte van de gerealiseerde besparingen en daar goede afspraken over maken met de zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars: ik zie dat zorgverleners slechts een beperkt aantal medicatiebeoordelingen zullen uitvoeren. Dat is in de eerste plaats heel nadelig voor betrokken patiënten, maar misschien missen we dan ook wel een significante besparing. Ik weet niet of die besparing realistisch is, maar ben bereid om enig risico te nemen. Daarom wil ik wel goede afspraken met de zorgaanbieders maken over het delen van eventuele besparingen.



De effecten van een dergelijke 'shared savings' afspraak kunnen worden geïllustreerd aan de hand van een simpel rekenvoorbeeld met de volgende (fictieve!) getallen:

- Het aantal medicatiebeoordelingen gaat omhoog van 50.000 naar 150.000.
- De door zorgverzekeraars betaalde vaste vergoeding voor een medicatiebeoordeling is €75.
- Zorgaanbieders vinden dat een kostendekkende vergoeding €150 zou zijn.
- De besparing per medicatiebeoordeling ligt tussen €0 en €200.

Er zijn dan dus 100.000 extra patiënten die een medicatiebeoordeling krijgen en daarvan de positieve effecten ondervinden. Dat is sowieso waardevol, in de eerste plaats voor deze patiënten zelf, maar natuurlijk ook voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor hen zijn de verdere gevolgen afhankelijk van de besparingen die mogelijk blijken:

- Als er geen besparingen optreden, hebben zorgaanbieders bij 100.000 extra patiënten een medicatiebeoordeling gedaan tegen een vergoeding die zij niet kostendekkend vinden (in het voorbeeld te waarderen op € 7,5 miljoen). Zorgverzekeraars hebben € 7,5 miljoen extra geïnvesteerd in de te betalen vergoedingen voor 100.000 extra medicatiebeoordelingen.
- Als er per medicatiebeoordeling € 200 te besparen blijkt, leidt dit macro tot een extra besparing van € 20 miljoen. Dat is dus meer dan de opgetelde extra investering van € 15 miljoen door partijen, zoals omschreven bij de vorige bullet. Een 'shared savings' afspraak tussen partijen heeft dus de potentie om uit te komen op een 'win-win' situatie.

Als beide partijen bereid zijn om enig risico te nemen, zouden ze elkaar kunnen vinden in een 'shared savings' afspraak en daarmee zelf de impasse kunnen doorbreken. Het is een complex vraagstuk om op een betrouwbare manier vast te stellen wat de gemiddelde besparingen per medicatiebeoordeling zijn. Het is ook niet eenvoudig om over de verdeling van (onzekere) besparingen op voorhand zodanige afspraken te maken, dat beide partijen vergelijkbare risico's nemen met een vergelijkbare kans op positieve uitkomsten. En een extra complicerende factor kan zijn dat het gaat om investeringen ten laste van de ene sector (farmacie) en besparingen in meerdere sectoren (geneesmiddelen en ziekenhuizen). Toch is de potentie van een 'shared savings' afspraak zodanig interessant dat het tenminste een serieuze poging waard is.

#### Aanbevelingen:

- Laat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een serieuze poging doen om met elkaar tot 'shared savings' afspraken te komen.
- Vraag de minister en patiënten- en ouderenorganisaties om zo'n poging maximaal te stimuleren en ondersteunen.

#### Toezichthouders ondernemen actie

De beschreven impasse zou in de beoogde werking van het stelsel niet moeten kunnen ontstaan. Zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht en zorgverleners die daarvoor gecontracteerd zijn, moeten goede zorg bieden. In dit concrete geval: zorgaanbieders moeten patiënten die daar baat bij kunnen hebben actief uitnodigen voor een medicatiebeoordeling en zorgverzekeraars moeten zodanig inkopen dat dat ook daadwerkelijk gebeurt. De NZa en IGZ hebben in het stelsel de verantwoordelijkheid om hier toezicht op te houden. Hoewel het onderwerp zeker de belangstelling van zowel NZa als IGZ heeft, hebben zij tot dusverre geen gerichte actie ondernomen ten aanzien van het aantal te verrichten medicatiebeoordelingen. Omdat het stelsel op dat punt nu niet optimaal lijkt te werken, is het aangewezen dat zij dat alsnog gaan doen.

#### Aanbevelingen:

- Vraag de NZa zo snel mogelijk onderzoek te doen of de zorgverzekeraars voldoen aan hun 'zorgplicht' om patiënten die daar baat bij zouden hebben, daadwerkelijk een medicatiebeoordeling te laten krijgen.
- Vraag de IGZ in haar toezicht- en handavingskader op te nemen hoe zij gaat bevorderen dat apothekers en huisartsen in de lokale mogelijkheden een maximale inspanning leveren bij





patiënten die baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, bij voorkeur gericht op de patiënten met het hoogste risico.

### Andere partijen oefenen maximale druk uit

Een andere benadering is dat derden maximale invloed gaan uitoefenen, zodat zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders alsnog in beweging komen. De twee voornaamste groeperingen zijn patiënten (de andere partij in de 'driehoek' van het stelsel) en de minister van VWS. Om de kans zo groot mogelijk te maken dat deze externe invloed al in 2015 tot resultaten gaat leiden, is er nu voor gekozen om alleen aanbevelingen op nationaal niveau te doen.

Patiënten- en ouderenorganisaties participeren al in de diverse nationale gremia waar zowel bestuurlijk als inhoudelijk wordt gesproken over de vele initiatieven op het gebied van de medicatiebeoordeling. Ook komen zij regelmatig in de publiciteit met betrekking tot dit onderwerp. Toch heeft dit voor hen nog onvoldoende effect gehad en zij zouden een andere, aanvullende route kunnen bewandelen: stemmen met de voeten! Dat zouden zij vorm kunnen geven door een vergelijking te maken tussen de verschillende zorgverzekeraars ten aanzien van de polisvoorwaarden en inkoopcontracten en dan specifiek op het gebied van de medicatiebeoordeling. De insteek daarbij zou zijn dat de zorgverzekeraar die zich het meest inzet op dat voor ouderen belangrijke thema, een voorkeurspositie zou moeten krijgen bij de jaarlijkse keuze voor een zorgverzekering. Het is belangrijk dat de vergelijking op een zorgvuldige wijze tot stand komt zodat de voorkeurspositie ook terecht komt bij de zorgverzekeraar die dat verdient!

- Laat patiënten- en ouderenorganisaties in beeld brengen welke zorgverzekeraars zich het meest inzetten voor medicatiebeoordelingen bij patiënten die daar baat bij zouden hebben en dat breed communiceren als een belangrijk element van de keuze voor een zorgverzekeraar.
- Laat de minister van VWS in het eerstkomende Bestuurlijk Overleg Eerstelijn met partijen tot concrete afspraken komen om de geschetste impasse te doorbreken, aansluitend bij de hiervoor gedane aanbevelingen of anderszins.



## BIJLAGE A: OVERZICHT INITIATIEVEN

Deze bijlage benoemt de initiatieven die in de verkenning betrokken zijn. De volgende criteria zijn gebruikt om de belangrijkste initiatieven te selecteren:

- Relevant: ze moeten bijdragen aan het snel en/of goed bereiken van de gewenste situatie met betrekking tot de medicatiebeoordeling.
- Concreet: ze moeten op zijn minst al in ontwikkeling zijn.
- Significante impact: ze moeten de ambitie of potentie hebben om bij tenminste 10% van alle patiënten een merkbaar effect te bewerkstelligen.

De in deze bijlage opgenomen lijst pretendeert dus zeker niet alle initiatieven te bevatten die plaatsvinden op het gebied van de medicatiebeoordeling. Het is wel de bedoeling om alle initiatieven te beschrijven die nodig zijn voor het beantwoorden van de vragen waar deze verkenning antwoord op moet geven.

In alfabetische volgorde gaat het om de volgende onderwerpen:

-  ICT standaard
-  Indicatoren
-  Ingroeimodel
-  Onderzoek
-  Opleiding
-  Overlegsituaties
-  Overzicht polisvoorwaarden
-  Patiënt selectie
-  Patiëntenkaarten
-  Platform Polyfarmacie
-  Samenwerkingsafspraken
-  Toezicht en handhaving
-  Toezicht op zorgplicht

---

### ICT standaard

---

Er is op dit moment geen consensus over welke gegevens zorgaanbieders (minimaal) moeten beschikken om een goede medicatiebeoordeling te kunnen doen, geen standaardisatie voor de gegevens over de systemen (en beroepsgroepen) heen, geen standaardisatie voor de uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders en geen software die de relevante gegevens bundelt en presenteert voor optimale ondersteuning van het proces. Dit leidt tot extra tijdsbeslag om de gegevens te verzamelen en combineren, hetgeen ongunstig is voor de doelmatigheid. Aangezien de beschikbare tijd schaars is, kan dit bovendien bijdragen aan terughoudendheid om medicatiebeoordelingen voortvarend op te pakken. En als die inspanning toch gedaan wordt, met grote zorgvuldigheid, kan er nog steeds sprake zijn van incomplete gegevens. Dat kan gebeuren omdat zorgaanbieders relevante gegevens die ze ooit hadden, vaak niet kunnen vastleggen in hun systeem en dan niet alles onthouden. Dat is weer nadelig voor de effectiviteit van de medicatiebeoordeling.

Onder leiding van prof. H. de Gier zijn KNMP, NHG en diverse apothekorganisaties bezig om te komen tot een landelijke ICT standaard. De eerste stap is om te komen tot een in details uitgesplitste set met informatie-elementen die een rol spelen bij medicatiebeoordeling. Deze stap zal medio 2014 worden afgerond. Vervolgens zal in de standaard worden aangegeven welke informatie-elementen minimaal moeten worden vastgelegd (en op welke wijze) voor het ondersteunen (en meten) van de kwaliteit van zorg, inclusief de uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders. De landelijke ICT standaard zal eind 2014 klaar zijn. De start van de implementatie is gepland in 2015, er zijn nog geen afspraken wanneer een implementatieplan gereed moet zijn en ook is er nog geen einddatum voor die implementatie gesteld. Dat zal bekeken moeten worden in samenhang met de ICT-agenda van andere sectoren.



---

## Indicatoren

---

De Kwaliteitsindicatoren Farmacie 2013 voor apothekers bevatten enkele indicatoren voor het 'uitvoeren van medicatiebeoordelingen volgens de richtlijn'. Deze gaan met name over de structuur (opleiding apotheker en samenwerkingsafspraken met artsen) en het proces (het hanteren van de richtlijn en het gebruik van de reden van voorschrijven en lab waarden). Daarnaast is er een indicator met de vraag of de apotheker tenminste 20 medicatiebeoordelingen volgens de richtlijn heeft uitgevoerd. In de indicatoren set voor huisartsen is op dit moment geen enkele indicator opgenomen die betrekking heeft op de medicatiebeoordeling.

Er zijn geen uitkomstindicatoren, maar KNMP en NHG hebben het voornemen om hier vanaf 2015 aan te gaan werken. De KNMP zal hierin het voortouw nemen, zoals afgesproken in het Bestuurlijk overleg Farmacie. Daarnaast wil men gaan onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om multidisciplinaire indicatoren te ontwikkelen, naast of in plaats van monodisciplinaire indicatoren. Er is nog geen streefdatum voor afronding van deze ontwikkeltrajecten en de implementatie van eventuele nieuwe indicatoren.

In de MDR zijn voor verschillende beroepsgroepen indicatoren voorgesteld die aangeven bij welk deel van de (beoogde) populatie een medicatiebeoordeling heeft plaatsgevonden. Sinds het uitkomen van de MDR is er niets gebeurd met die indicatoren en daar bestaan ook geen plannen toe. Dat geldt zowel voor de indicatoren uit de MDR waarbij data van verschillende beroepsgroepen gecombineerd moeten worden, als de meer eenvoudige indicatoren waarbij apothekers en huisartsen kunnen volstaan met de eigen gegevens.

---

## Ingroeimodel

---

Er is geen analyse beschikbaar van de thans beschikbare capaciteit bij met name apothekers en huisartsen om medicatiebeoordelingen uit te voeren, met de frequentie en intensiteit zoals omschreven in de MDR. Hetzelfde geldt voor de benodigde capaciteit om op langer termijn een medicatiebeoordeling te doen bij iedereen die daar baat bij zou hebben. In zowel de slotafspraken van het Bestuurlijk overleg Farmacie als de gesprekken over het te ontwikkelen toezichtskader van de IGZ, wordt gesproken over een 'ingroeimodel'. Het voortouw voor het opstellen van het ingroeimodel ligt bij de KNMP en de LHV.

Er lijken bij verschillende partijen meerdere interpretaties te bestaan over wat zo'n 'ingroeimodel' inhoudt:

- Een brede interpretatie waarin een meerjarig groeipad wordt geschetst voor de ontwikkeling in het aantal medicatiebeoordelingen op landelijk niveau, voorzien van een actieplan hoe de eventueel benodigde capaciteitsuitbreiding kan worden gerealiseerd. Daarbij worden er ook (indicatieve) volume criteria opgesteld voor het niveau van de individuele apotheek of huisartsenpraktijk.
- Een smalle interpretatie waarin alleen wordt gedefinieerd wat de groep patiënten met het hoogste risico is, bij wie men de beschikbare schaarse capaciteit in de eerste fase vooral wil inzetten. Voor de doorgroei naar andere groepen worden bij deze interpretatie geen doelen gesteld, noch actieplannen ontwikkeld.

---

## Onderzoek

---

Er vindt op vele plaatsen onderzoek plaats op het gebied van de medicatiebeoordeling, hier een selectie van interessante projecten:

- In het SCREEN project wordt een computerprogramma ontwikkeld dat de zorgverlener bij een medicatiereview kan ondersteunen (CRR = Clinical Rules Reporter). In de afgelopen 2 jaar hebben we onderzocht welke items van belang zijn voor het uitvoeren van een kwalitatief goede medicatiereview, wat de toegevoegde waarde is van de verschillende kennisbronnen (medicatie, laboratoriumgegevens, medische voorgeschiedenis) en hoe verschillende



zorgverleners presteren bij het reviewen van een gestandaardiseerde casus. Het computerprogramma wordt momenteel uitgebreid getest in een ziekenhuissituatie.

- In het project genaamd 'toezicht op polyfarmacie bij kwetsbare ouderen. Brede nulmeting en ontwikkeling meetinstrumenten' wordt bekeken hoe de zorg bij patiënten met polyfarmacie is georganiseerd, worden structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren onderzocht en wordt bekeken in hoeverre bestaande nationale databases geschikt zijn voor het toezicht op polyfarmacie.
- Het project 'Optimizing pharmacotherapy by redefining the role of the pharmacist: integration of the nondispensing pharmacist in the primary care team' onderzoekt de verschillen tussen drie groepen apothekers: (1) de apotheker werkt alleen in de huisartspraktijk, verstrekt geen geneesmiddelen en geeft alleen advies, (2) de apotheker werkt vanuit de apotheek samen met huisartsen in de regio, (3) als groep 2 maar dan heeft de apotheker een aanvullende opleiding gedaan.

---

## Opleiding

---

Het is van groot belang dat apothekers en huisartsen de kennis en vaardigheden hebben om de medicatiebeoordeling, inclusief de patiëntselectie vooraf, goed en efficiënt uit te voeren. Daartoe bestaan meerdere geaccrediteerde opleidingen, zoals de PIAF opleiding, de cursus medicatiebeoordeling van de NVPF, de Farmacotherapie Expert opleiding van Service Apotheek Nederland, de nascholing Medicatiebeoordeling van Stichting Farmaceutisch Onderwijs Limburg, het Scholing- en begeleidingstraject Medicatie Reviewproject van Connecting Care en de Opleiding Medicatiebeoordeling van CME-online. Zowel het aantal accreditatiepunten als de prijs van deze verschillende opleidingen wisselt sterk.

Op dit moment heeft 80% van de apotheken geregeld dat medicatiebeoordelingen gedaan worden door een apotheker die een specifieke opleiding voor de medicatiebeoordeling heeft gevolgd. Meestal betreft dit een apotheker uit de apotheek zelf, soms zijn er afspraken met andere apothekers gemaakt. Het streven is dat alle apotheken dit voor eind 2014 geregeld hebben. Inmiddels hebben de kennis en ervaring ook een plek gekregen in de basisopleiding farmacie.

Genoemde opleidingen zijn met name gericht op apothekers en op apotheekhoudende huisartsen. De enig bekende opleiding voor artsen is het NHG Programma voor Individuele Nascholing (PIN) voor Polyfarmacie bij ouderen, geaccrediteerd door de NHG voor 2 uur. Deze nascholing is tot dusverre door ruim 500 huisartsen gevolgd. Er is geen inzicht in het opleidingsniveau van artsen, er zijn geen plannen voor de ontwikkeling van andere nascholing en er zijn ook geen doelstellingen voor het, zo nodig, verbeteren van de kennis en vaardigheden van artsen.

---

## Overlegsituaties

---

Er zijn meerdere overlegsituatie waarin meerdere partijen met elkaar overleggen over (onder meer) de medicatiebeoordeling:

- Het bestuurlijk overleg farmacie, onder leiding van VWS
- Het overleg tussen partijen over het toezichtskader van de IGZ
- Plenair overleg meerjarenagenda KNMP

En daarnaast zijn er nog diverse groepjes in verschillende samenstelling die werken aan specifieke onderwerpen, zoals het 'platform Polyfarmacie'\* of de groep die werkt aan de 'ICT standaard'\*..

In theorie is het onderscheid helder: het eerste overleg gaat over bestuurlijke zaken (en bijbehorende belangen), de andere overleggen zijn meer gericht op de inhoudelijke uitwerking (en samenhang daartussen). In de praktijk is dat niet zo eenvoudig te scheiden, bijvoorbeeld omdat er bij de uitwerking van bepaalde zaken belangen in het geding zijn. Aan de andere kant, kan het soms ook voor partijen handig zijn om een bepaald onderwerp op meerdere tafels te kunnen agenderen.

Omdat enkele personen aan veel tafels vertegenwoordigd zijn, kunnen die helpen bewaken dat bepaalde discussies niet steeds weer aan de orde worden gesteld.



---

## Overzicht polisvoorwaarden

---

Begin 2014 heeft Unie KBO op haar website een overzicht gepubliceerd van de polisvoorwaarden die de verschillende zorgverzekeraars dit jaar hanteren voor een medicatiebeoordeling. De meeste zorgverzekeraars hebben gevolg gegeven aan het verzoek van de Unie KBO om die gegevens te verstrekken. Het overzicht op de website is vooral te beschouwen als een naslagwerk waarbij per zorgverzekeraar, alfabetisch gesorteerd, vermeld is of de vergoeding meetelt voor het eigen risico, of er eventueel aanvullende voorwaarden zijn en hoe vaak de medicatiebeoordeling vergoed wordt. Omdat het overzicht pas in januari 2014 is gepubliceerd, heeft het geen invloed kunnen hebben op de keuze van ouderen voor een zorgverzekering. Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten, maar Unie KBO heeft de indruk dat het voornaamste effect is dat ouderen een positief beeld hebben van de zorgverzekeraars die de vergoeding buiten het eigen risico laten. Voor 2015 wil de Unie KBO een vergelijkbare opzet kiezen, maar het overzicht eerder publiceren zodat het ook invloed kan hebben op de keuze van een zorgverzekeraar.

---

## Patiënt selectie

---

De MDR geeft de criteria voor een grote groep patiënten die in aanmerking zou komen voor een medicatiebeoordeling: 350.000-550.000 patiënten. En daarnaast zijn er waarschijnlijk nog andere groepen aan te geven waarbij er een 'farmaceutische of medische noodzaak' is om een medicatiebeoordeling uit te voeren.

Partijen vinden het om twee redenen relevant om een onderverdeling in subgroepen aan te brengen:

- Als er onvoldoende capaciteit is, wil je de beschikbare capaciteit vooral richten op de patiënten die naar verwachting het meeste baat zullen hebben bij een medicatiebeoordeling.
- Er zijn twijfels of het bij alle patiënten die voldoen aan de criteria uit de MDR, wel zinvol en doelmatig is om een medicatiebeoordeling uit te voeren volgens de MDR.

In eerste instantie zullen KNMP en LHV criteria voor de onderverdeling opstellen op basis van kennis van experts uit het veld, best practices en academische kennis. Uitgangspunt is dat risico's gradueel bij iedereen aanwezig zijn. Hierbij zal uiteindelijk een (onderbouwde) keuze voor subgroepen moeten worden gemaakt o.b.v. praktische haalbaarheid en te verwachten rendement.

Het eindproduct zal bestaan uit drie delen:

1. Een onderverdeling van de groep uit de MDR naar een aantal subgroepen met een afnemend risico, inclusief subgroepen waar een medicatiebeoordeling niet zinvol zou zijn. Daarbij zal voor elke subgroep een inschatting worden gegeven van de omvang.
2. Een of meer groepen die niet voldoen aan de criteria van de MDR, maar waar een medicatiebeoordeling wel zinvol zou zijn. Ook hierbij zal voor elke subgroep de omvang worden geschat.
3. De subgroepen uit 2 en 3 waar het risico het hoogst is en bij wie dus in eerste instantie de focus moet komen te liggen. Daarbij zal een actieplan worden gemaakt voor het benaderen van deze patiënten, alsmede indicatoren en uitkomstmaten.

De uitkomsten van dit proces zullen tot stand komen in overleg met vertegenwoordigers van patiënten- en ouderenorganisaties en zorgverzekeraars. Een eerste gesprek met partijen zal naar verwachting in september plaatsvinden. De definitieve versie van het eindproduct van deze 'patiënt selectie' zoals hiervoor omschreven, zal in oktober 2014 beschikbaar zijn zodat de IGZ het kan meenemen in haar toetsingskader voor het toezicht op de medicatiebeoordeling. Op 30 oktober organiseert de IGZ een bijeenkomst over dat toetsingskader.

De gekozen 'consensus based' criteria zullen geëvalueerd worden en zo nodig worden bijgesteld, waardoor er steeds meer sprake zal zijn van een 'evidence based' patiënten selectie. Om dat proces te ondersteunen, zal de KNMP twee wetenschappelijke onderzoeken financieren naar patiënt selectie en uitkomstmaten. De uitkomsten hiervan zullen in 2015 beschikbaar komen en dan



gebruikt worden voor verdere taillering van de criteria. Er is geen afspraak gemaakt wanneer de aangepaste versie van de criteria beschikbaar zal zijn.

---

## Patiëntenkaarten

---

Er worden binnen het programma 'PG Werkt Samen Polyfarmacie', onder leiding van patiënten- en ouderenorganisaties, twee verschillende patiëntenkaarten ontwikkeld:

1. Kaarten die patiënten in staat stelt om te beoordelen of zij baat zouden hebben bij een medicatiebeoordeling, zodat zij eventueel zelf naar de apotheek of huisarts kunnen gaan. Hierbij worden globaal de criteria van de MDR aangehouden bij de vraag wie in aanmerking komt.
2. Kaarten ter ondersteuning van patiënten die een medicatiebeoordeling zullen ondergaan, met uitleg wat er zal gebeuren en hoe ze daar zelf actief in kunnen participeren. Hierbij worden de stappen van de MDR aangehouden.

Beide kaarten zijn gereed en kaart #2 wordt op dit moment in de praktijk onderzocht. Ze zullen naar verwachting eind 2014 gereed zijn, aan een implementatieplan wordt gewerkt met als de inzet om te komen tot distributie door de beroepsgroepen. Ook zullen de kaarten ter beschikking worden gesteld via de site van het 'platform polyfarmacie'.

Er is geen inhoudelijke relatie tussen de criteria die worden gebruikt in kaart #1 en de criteria die worden ontwikkeld om te komen tot een selectie van de patiënten met het hoogste risico.

Binnen hetzelfde programma wordt ook gewerkt aan de ontwikkeling van een 'Zorgzine' over polyfarmacie, waarmee patiënten inzicht kunnen krijgen in de verschillende aspecten van de medicatiebeoordeling. Ook hier is het streven om het in november 2014 beschikbaar te stellen.

---

## Platform Polyfarmacie

---

Unie KBO, NPCF, NHG, OMS, KNMP en ZINL werken samen aan het 'platform Polyfarmacie'. Het platform heeft als doel dat apothekers en huisartsen met elkaar ervaringen kunnen delen over allerlei aspecten van het uitvoeren van medicatiebeoordelingen volgens de MDR. De ervaringen kunnen zowel positief ('best practices') als negatief zijn ('worst practices'), want van beide valt veel te leren. Ook zal het platform toegang bieden tot allerlei patiënten informatie, waaronder de patiëntenkaarten. Er is nog niet besloten op welke manier het platform zal worden vormgegeven, wel dat de KNMP de initiële ontwikkeling zal financieren. Er is nog geen structurele financiering voor het onderhoud en beheer van het platform daarna.

De inzet is dat het platform eind 2014/begin 2015 operationeel zal zijn, in ieder geval gevuld met ervaringen van apothekers. De focus zal hierbij liggen op de patiënt selectie en ervaringen met terugkoppeling van het behandelplan aan de patiënt. De KNMP zal nog in 2014 deze (narratieve) praktijkinformatie onder apothekers verzamelen. Het is vooralsnog onduidelijk of het vanuit de (huis)artsen haalbaar is om vanaf het begin informatie van alle betrokken partijen (patiënt, apotheker en arts) uit één praktijk te verzamelen.

---

## Samenwerkingsafspraken

---

Samenwerking tussen apothekers en artsen is cruciaal voor het uitvoeren van een goede medicatiebeoordeling. Per stap in het proces, zoals omschreven in de MDR, moeten lokaal afspraken worden gemaakt wie er welke acties onderneemt. De KNMP en LHV hebben, ter ondersteuning van de lokale partijen, een overzicht in concept gemaakt waarop benoemd wordt over welke stappen partijen afspraken moeten maken. Daarbij is het open gelaten welke beroepsgroep welke stap voor zijn rekening neemt, omdat dit lokaal moet worden afgesproken tussen zorgverleners. Zo kan gekozen worden voor de beste verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de betreffende setting. In het overzicht is voor twee afspraken, op basis van de huidige praktijk, wel gesteld hoe de rolverdeling meestal zal liggen zonder dat dit bindend is. Deze twee afspraken zijn:



- De apotheker start 'in de regel' met de patiënt selectie, waarna de huisarts een verfijning kan aanbrengen met behulp van de specifieke patiënt kenmerken uit zijn dossier.
- De apotheker en huisarts bereiden 'in de regel' de analyse zelf voor waarna ze die samen afronden en het farmacotherapeutisch behandelplan opstellen.

De definitieve samenwerkingsafspraken worden door KNMP en LHV in juli vastgesteld en zullen in augustus/september aan apothekers en huisartsen ter beschikking worden gesteld. Daarbij zullen de zorgverleners ook geïnformeerd worden over de toepassing in de praktijk en het gebruik door IGZ en zorgverzekeraars.

Daarnaast zijn er door het IVM twee modules gemaakt die FTO's ondersteunen ten aanzien van de problematiek van de polyfarmacie en de praktische uitwerking van de medicatiebeoordelingen.

---

### Toezicht en handhaving bij zorgaanbieders

---

De IGZ zal vanaf 2015 toezicht gaan houden op de MDR polyfarmacie, als onderdeel van het risicothema 'Rationele farmacotherapie'. De onderdelen van het risicothema 'Rationele farmacotherapie' zijn: medicatieoverdracht, verantwoordelijkheidsverdeling, elektronisch voorschrijven en medicatiebeoordeling.

In 2014 wordt een toezichtskader ontwikkeld. Vanaf 2015 zal dit toezichtskader de basis vormen voor het toezicht van de IGZ. Voor de MDR zal worden begonnen met toezicht op de eerste lijn (apotheken, huisartsen en apotheekhoudende huisartsen). IGZ zal in 2015 ook gaan handhaven. De wijze waarop dit gebeurt, wordt in 2014 uitgewerkt.

Momenteel worden de toetsnormen door de inspectie uitgewerkt in het toetsingskader. Eind oktober zal de IGZ hierover koepelorganisaties informeren. De inspectie hanteert de volgende richtlijnen/veldnormen voor het opstellen van haar toetsingskader:

- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg [2010]
- Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' [2011]
- Richtlijn 'Polyfarmacie bij Ouderen' [2012]
- Richtlijn 'Elektronisch voorschrijven' [2013]

De IGZ zal dus in 2015 beginnen met zowel toezicht als handhaving. Het moment waarop dat begint en de wijze waarop het zal worden ingevuld, zijn onderwerp van uitwerking en zullen later dit jaar bekend worden gemaakt. Uit het oogpunt van zorgvuldige communicatie, heeft de IGZ hierover geen verdere uitspraken gedaan.

---

### Toezicht op zorgplicht van zorgverzekeraars (NZa)

---

De NZa doet onderzoek naar de zorgplicht met betrekking tot de medicatiebeoordeling, indien daar aanleiding toe is op basis van concrete signalen uit het veld en/of bevindingen uit de marktscan farmaceutische zorg. Dat heeft de NZa vorig jaar ook gedaan toen er signalen kwamen dat de medicatiebeoordeling niet was ingekocht voor patiënten die hun geneesmiddelen via de 'weekterhandstelling' ontvangen. De zorgverzekeraar is daar door de NZa ook op aangesproken.

Zolang er geen concrete signalen zijn dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen, kijkt de NZa naar de randvoorwaarden en de inkoop is er daar een van. Aangezien de inkoopcontracten met apothekers het mogelijk maken om een medicatiebeoordeling te declareren voor alle patiënten die daar voor in aanmerking komen, heeft de NZa op dit moment geen aanleiding te veronderstellen dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen.

De zorgplicht houdt volgens de NZa in dat naturaverzekeraars een resultaatverplichting hebben. Dat gaat verder dan dat het contractueel kán, de zorgverzekeraar moet zorgen dat het in de praktijk ook echt gebeurt. Alleen de verwachting dat de afgesloten contracten mogelijk ertoe zullen leiden dat er onvoldoende medicatiebeoordelingen zullen worden uitgevoerd, is op dit moment



niet voldoende voor aanvullend onderzoek door de NZa. Dat zal pas aan de orde kunnen komen als de NZa het concrete signaal zou krijgen, van de IGZ, zorgaanbieders of patiënten(organisaties), dat voor een significant aantal patiënten de zorg onder de maat is. Dat signaal heeft de NZa op dit moment nog niet bereikt en er zijn dus geen plannen om onderzoek te starten. Indien de NZa op basis van onderzoek mocht concluderen dat een of meer zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen, kan zij overgaan tot handhaving door middel van een aanwijzing, publicatie en eventueel een last onder dwangsom. Zo nodig, kunnen/moeten zorgverzekeraars hun contracten dan gedurende het jaar aanpassen.





## BIJLAGE B: BETROKKEN PARTIJEN

Deze bijlage beschrijft de organisaties en personen die benaderd zijn om hun inbreng voor deze verkenning te geven. In de meeste gevallen hebben ze daar ook gevolg aan gegeven. Deze organisaties hebben ook een concept van het rapport ontvangen met het verzoek om relevante aanvullingen en aanmerkingen te geven.

De keuze of en op welke wijze de inbreng in het rapport is verwerkt, is door AxiaZ gemaakt in het licht van haar opdracht. Dat betekent dat de weergegeven feiten, overwegingen, conclusies en aanbevelingen volledig voor rekening van AxiaZ komen. De vermelding van de betrokken partijen hier impliceert dus op geen enkele wijze dat zij hier ook mee hebben ingestemd.

GROEP	ORGANISATIE / PERSOON
Patiënten en ouderen	Consumentenbond, C. Jakobs NPCF, J. Benedictus Unie KBO, mw. E. Willemsen
Zorgaanbieders	ASKA, M. Kortleve, S. Veenstra DNA, mw. M. Dirksen InEen, F. Vogelzang KNMP, mw. W. Meijer LHV, N. Eyck Napco, mw. A. van Strien NHG, mw. M. Verduijn NVKG, R. Van Marum V&VN, mw. M. Krijns
Zorgverzekeraars	Achmea, B. Schepers CZ, R. van Oosterhout, mw. D. Roijen Menzis, H. Eleveld Multizorg, mw. I. Castricum VGZ, J. Broeren ZN, mw. A. Sonneveldt
Onderzoek	Orbis, H. van der Kuy RUG, H. de Gier SIR Institute, M. Bouvy VU MC, mw. M. De Bruijne
Overheid	IGZ, mw. I. Roos NZa, mw. S. Beugels, M. Lugt VWS, J. Moes, M. Sanders RIVM, mw. M. Weda ZonMw, mw. B. Vingerhoed Zorginstituut Nederland, J. van Luijn, M. van der Linden
Overig	IVM, R. Coolen van Brakel