

Farmaceutische zorg door arts en apotheker

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, maart 1998

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Adviesopdracht en context	9
1.1	Opdracht	9
1.2	Ontwikkelingen	10
1.3	Adviesdomein	13
2	Probleemanalyse	15
2.1	Inleiding	15
2.2	De kwaliteit van de farmaceutische zorg	15
2.3	Het doelmatig voorschrijven en doelmatig gebruik	17
2.4	De distributie en de rol van de apotheker	18
2.5	De kostenbeheersing	20
2.6	Beleidsvragen	20
3	Overwegingen en conclusies	22
3.1	Inleiding	22
3.2	Functies in de farmaceutische zorg	23
3.3	Functievervulling in de farmaceutische zorg	24
3.4	Kostenbeheersing	37
4	Aanbevelingen	43
	Bijlagen	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma	51
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	55
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	57
4	Verantwoording van de adviesprocedure	59
5	Verslag van de consultatieve bijeenkomst geneesmiddelen op 17 november 1997 te Utrecht	63
6	Verslag van de bijeenkomst diseasemanagement op 1 december 1997 te Zoetermeer	81
7	Door de overheid (voor)genomen maatregelen ter beheersing van de kosten van extramurale farmaceutische hulp in de periode 1982-1997	95
8	Gehanteerde afkortingen	99
9	Geraadpleegde literatuur	101
10	Overzicht publicaties RVZ	107

Samenvatting

In de komende jaren wijzigen de vraag naar en het aanbod van farmaceutische zorg en de omgeving waarin deze wordt verleend. Deze ontwikkelingen beïnvloeden onder meer de kwaliteit en de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg. Doel van dit advies is aan te geven hoe in het komende decennium farmaceutische zorg moet worden vormgegeven. Hoewel de farmaceutische zorg in Nederland vergeleken met andere landen op een hoog niveau staat, verdient een aantal aspecten bijzondere aandacht. Deze aspecten zijn de kwaliteit, en dan met name de continuïteit van de farmaceutische zorg, het doelmatig voorschrijven, het doelmatig gebruik, de functie van de openbare apotheker en de beheersing van de kosten van farmaceutische zorg.

Momenteel vertonen intra- en extramuraal verleende farmaceutische zorg onvoldoende samenhang. Binnen instellingen worden geneesmiddelenformularia gehanteerd waarin staat vermeld welke geneesmiddelen voor opgenomen patiënten mogen worden gebruikt. In het algemeen worden deze klinische formularia, die tot doel hebben het doelmatig voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen, nageleefd. Voor poliklinische patiënten zijn er vrijwel geen formularia. In de eerste lijn bestaan wel formularia. Deze eerstelijnsformularia worden echter in mindere mate nageleefd dan formularia voor klinische patiënten. Eerste- en tweedelijnsformularia sluiten niet op elkaar aan. Over het gebruik van formularia worden afspraken gemaakt in het zogenoemde farmacotherapeutisch overleg (FTO), waaraan vrijwel alle huisartsen en openbare apothekers deelnemen. Er zijn meer dan 800 FTO-groepen in Nederland. Het feit dat formularia in poliklinieken en eerste lijn nauwelijks, respectievelijk in beperkte mate worden toegepast, is niet bevorderlijk voor het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Bovendien kan het ontbreken of niet op elkaar aansluiten van deze formularia problemen opleveren voor patiënten die worden verwezen naar de polikliniek, worden opgenomen in of ontslagen uit het ziekenhuis of worden terugverwezen. Wijziging van medicatie kan tot gezondheidsproblemen leiden.

Intra- en extramuraal
farmaceutische zorg sluiten
onvoldoende op elkaar aan

Deelname aan FTO is groot

Formularia moeten met elkaar
sporen

Om discontinuïteit van de farmaceutische zorg te voorkomen en het doelmatig voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, stelt de Raad voor om transmurale formularia te ontwikkelen. In deze formularia sluiten de geneesmiddelen die in

Transmurale formularia zijn nodig

klinieken, in poliklinieken en in de eerste lijn binnen een regio worden gebruikt naadloos op elkaar aan. Dit bevordert de continuïteit van de farmaceutische zorg. In het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO), als opvolger van het huidige FTO, moeten afspraken worden gemaakt over de toepassing van dergelijke transmurale formularia. Ziekenhuizen die in de praktijk 20 à 30 FTO-groepen bestrijken, of waar mogelijk de in een regio samenwerkende ziekenhuizen, vormen de spil voor de opstelling van de transmurale formularia. Transmurale formularia dienen te worden opgenomen in geautomatiseerde informatiesystemen van zorgverleners om de toepassing ervan te bevorderen. Het gaat er dus niet alleen om dat richtlijnen worden ontwikkeld, maar ook dat deze worden toegepast.

Ziekenhuizen vormen de spil van het farmacotherapeutisch transmuraal overleg

Om adequaat farmaceutische zorg te kunnen verlenen, moeten voorschrijver en afleveraar beschikken over een complete medicatiehistorie.

Complete medicatiehistorie is belangrijk

Rekening houdend met de geldende privacywaarborgen dient de communicatie tussen de zorgverleners te worden verbeterd. Dit kan geschieden met behulp van een elektronisch patiëntmedicatie-dossier en elektronische communicatie tussen degenen die de farmaceutische zorg verlenen.

Elektronisch patiëntdossier moet worden toegepast

Niet alleen doelmatig voorschrijven is belangrijk, maar ook doelmatig gebruik. Effecten van therapie zijn afhankelijk van het opvolgen van de voorgeschreven medicatie door de patiënt. Therapietrouw kan worden verbeterd door betere voorlichting door voorschrijver en afleveraar, door adequaat gebruik door de patiënt na te gaan en door de communicatie tussen de zorgverleners te verbeteren. Geautomatiseerde medicatiebewaking kan problemen met de terapietrouw signaleren. Ook over maatregelen ter verbetering van de terapietrouw dienen in het FTTO afspraken te worden gemaakt.

Therapietrouw moet worden verbeterd

De apotheker adviseert zowel de patiënt als de voorschrijver. Om dit objectief te kunnen doen, mag hij geen commercieel belang hebben bij de keuze die in het FTTO wordt gemaakt. Financiële voordelen die met de inkoop van geneesmiddelen worden behaald, dienen terug te vloeien naar de zorg of besparingen op te leveren. Om dit te realiseren acht de Raad het gewenst dat de hoge financiële voordelen die openbare apothekers bij inkoop van geneesmiddelen genieten, verdwijnen. Als prikkel tot doelmatigheid mag een nader te bepalen klein percentage van deze voordelen worden behouden. Het laten terugvloeien van de financiële voordelen naar de zorg kan geschieden door een tariefsbeschikking voor apothekhoudenden te hanteren, die dit regelt.

Inkoopvoordelen dienen ten goede te komen van de zorg

Het GVS dient te worden

Farmaceutische zorg

Kostenbeheersing kan worden gestimuleerd door het Genees- gemoderniseerd
middelenvergoedingensysteem (GVS) te moderniseren. Dit dient
te geschieden door de GVS-criteria te herzien en de GVS-ver-
goedingslimieten te verlagen. De Raad gaat ervan uit dat dit er niet
toe leidt dat patiënten meer moeten bijbetalen. Indien dit wel het
geval mocht blijken, verdient het overweging om
vergoedingsbedragen vast te stellen, welke in beginsel bij afleve-
ring van het geneesmiddel in natura aan de patiënt ten goede
komen. Daarbij dient de patiënt de mogelijkheid te hebben om bij
de apotheekhoudende te kopen waar het middel het voordeligst is.

1 Adviesopdracht en context

1.1 Opdracht

In het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde Adviesprogramma 1997 - 1998 van de RVZ (zie bijlage 1) zijn met betrekking tot geneesmiddelen de volgende twee clusters beleidsvragen opgenomen:

- Beleidsvragen met betrekking tot de plaats en de uitvoering van de geneesmiddelenverstrekking in het zorgproces en met betrekking tot de gevolgen hiervan voor de zorg en de consequenties ervan voor het overheidsbeleid op de middellange termijn.
- Beleidsvragen met betrekking tot de bepaling van de relatieve waarde van geneesmiddelen: een methodiek voor doelmatigheid.

Over laatstgenoemd onderwerp heeft de Raad in mei 1997 geadviseerd. Voor de samenstelling van de Raad zie bijlage 2.

Dit advies concentreert zich op het eerste cluster beleidsvragen. In dit advies wordt impliciet uitgegaan van het wettelijk geregelde onderscheid tussen voorschrijvers en afleveraars. Het domein van dit advies wordt aangeduid met het begrip 'farmaceutische zorg'. Het gaat hierbij om het totaal van door verschillende zorgverleners te ondernemen activiteiten, die nodig zijn om op het juiste moment het juiste geneesmiddel in de juiste vorm en dosering aan de juiste patiënt te geven. Dit inclusief de daarvoor benodigde voorlichting/begeleiding van de patiënt en inclusief de randvoorwaarde dat dit tegen aanvaardbare kosten gebeurt, opdat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg gewaarborgd blijft. Deze definitie impliceert tevens het voorkómen van vermijdbare schade. Dit advies heeft daarmee betrekking op het handelen van zowel voorschrijvers als afleveraars. De in dit advies gehanteerde definitie voor farmaceutische zorg is dan ook niet synoniem met het Engelstalige begrip 'pharmaceutical care' dat doorgaans als volgt wordt omschreven: 'a practice in which the practitioner takes responsibility for a patient's drug therapy needs, and is held accountable for this commitment.' De basis voor beide begrippen is evenwel gelijk: in beide, en dus ook in dit advies, staat de (individuele) patiënt centraal.

Definitie van farmaceutische zorg

Patiënt staat centraal

1.2 Ontwikkelingen

Het terrein van de farmaceutische zorg is sterk in beweging. De vraag naar en het aanbod van farmaceutische zorg veranderen binnen een veranderende omgeving. De vraag verandert als

gevolg van onder meer demografische ontwikkelingen, het behandelbaar worden van ziekten, de toename van het aantal chronische zieken en van multipale morbiditeit en de veranderende rol van de patiënt. Het aanbod wijzigt door de ontwikkeling en de introductie van nieuwe, veelal hoger geprijsde geneesmiddelen, de introductie van nieuwe distributievormen en extra- en transmuralisering. De omgeving verandert door onder meer internationalisering, verzekeraarsbudgettering en (het anticiperen op) voorgenomen wijzigingen van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG).

Vraag en aanbod wijzigen

Ook de omgeving verandert

In de tegelijkertijd met dit advies uitgebrachte studie Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening van de Rijksuniversiteit Groningen zijn deze ontwikkelingen meer uitgebreid beschreven. Hier worden enkele belangrijke ontwikkelingen samengevat.

Ontwikkelingen van de vraag

Demografische ontwikkelingen en met name de dubbele vergrijzing leiden tot een jaarlijkse toename van de kosten van de farmaceutische zorg met 1,1%. Wanneer de omvang en de opbouw van de bevolking in Nederland nu zou zijn als voor het jaar 2010 door het CBS wordt voorzien, zouden ceteris paribus de kosten van de extramuraal verleende farmaceutische hulp nu niet 5,6 miljard, maar 6,4 miljard gulden zijn. Voor de voor het jaar 2015, respectievelijk 2035 voorziene bevolking zouden de kosten 6,7 miljard, respectievelijk 7,8 miljard gulden zijn.

Kosten stijgen door dubbele vergrijzing

De rol van de patiënt verandert. Hij wordt mondiger, onder meer doordat hij over meer informatie beschikt dan in het verleden. Daarnaast wordt hij via de media benaderd om meer aan zijn gezondheid te doen in de zin van het hebben van een gezonde leefstijl dan wel het laten behandelen van kwalen, aangezien hiervoor middelen beschikbaar zijn. De overheid bevordert onder meer preventie en zelfzorg. In toenemende mate wordt een beroep op de verantwoordelijkheid van de patiënt gedaan, wanneer het zijn gezondheid betreft. Dit heeft als keerzijde dat minder de medische noodzaak en meer de wens van de patiënt druk legt op de arts om overeenkomstig diens wens te handelen (consumentisme). Anderzijds worden steeds meer zaken door de samenleving op het bord van de medische professie gelegd (medicalisering).

Patiënt oefent druk uit op arts

Ontwikkelingen van het aanbod

Zowel het aantal voorschriften als de kosten per voorschrift nemen toe. Dit laatste is het gevolg van een verschuiving in het gebruik naar nieuwere geïmporteerde middelen, die veelal hoger geprijsd zijn door de toenemende kosten van onderzoek en - in bepaalde

gevallen - van productie. Ook de uitsluiting van relatief goedkope zelfzorgmiddelen uit het verzekerde pakket heeft bijgedragen aan de stijging van de gemiddelde kosten per voorschrift.

Desalniettemin behoort Nederland tot de westerse landen met de laagste kosten voor geneesmiddelen per hoofd van de bevolking. Met name het relatief geringe percentage consulten waarbij geneesmiddelen wordt voorgeschreven (ca. 56%), ligt hieraan ten grondslag.

Geneesmiddelenkosten in Nederland zijn relatief laag

Huisartsen schrijven in toenemende mate op stofnaam in plaats van merknaam voor. Het farmacotherapie-overleg (FTO) wordt geïntensiveerd en streeft naar minder vrijblijvendheid; dit geldt ook voor consensusbesprekingen bij specialisten. De ontwikkeling van standaarden, protocollen en formularia gaat door.

Transmurale farmacie in de vorm van onder andere farmaceutische steunpunten in ziekenhuizen en poliklinische apotheken is in ontwikkeling. Transmurale farmacie is geënt op kwaliteitsverbetering en wordt mede gestimuleerd door de in discussie zijnde wijziging van artikel 13 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, op grond waarvan ziekenhuisapotheken ook aan andere patiënten dan klinische patiënten mogen afleveren.

In toenemende mate wordt gebruik gemaakt van geautomatiseerde informatiesystemen voor de vastlegging van patiëntgegevens en voor medicatiebewaking.

Ontwikkeling van de thuiszorgtechnologie maakt het meer en meer mogelijk om complexe toediening van geneesmiddelen door deskundig personeel ook in de thuissituatie te doen plaatsvinden.

Technologie maakt thuisbehandeling mogelijk

Na implementatie van de aanbevelingen van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie zal de éénvormigheid van de apotheken naar verwachting verdwijnen. Dit kan tot uiting komen in het ontstaan van gespecialiseerde apotheken en van ketens van apotheken die in eigendom zijn van grootwinkelbedrijven en mogelijk van zorgverzekeraars.

Ontwikkelingen van de omgeving

In toenemende mate wordt Nederland gebonden aan Europese regelgeving; voor de geneesmiddelensector geldt dit al sterker dan voor andere zorgsectoren. Zo is toelating van geneesmiddelen tot de Nederlandse markt mogelijk via Europese registratie, waarbij de European Medicines Evaluation Agency (EMA) nieuwe middelen beoordeelt. Hiermee veranderen de taken van de Nederlandse autoriteit, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De Wet op de geneesmiddelenvoorziening zal mede worden aangepast op grond van Europese regelgeving. Verder is van belang de Mededingingswetgeving die per 1 januari 1998 van kracht is geworden en die ongewenste kartelvorming verbiedt.

Europese regelgeving is belangrijk

Farmaceutische zorg

Zorgverzekeraars dragen in toenemende mate financieel risico; voor farmaceutische zorg zijn zij per 1 januari 1998 voor 85% risicodragend geworden; 15% geschiedt nog op basis van nacalculatie. Het volledig risicodragend worden, zal tot grotere verschillen in nominale premies en aanvullende verzekeringen leiden. Nog onduidelijk is op welke wijze zorgverzekeraars zich zullen involveren in c.q. sturing zullen geven aan de farmaceutische zorg. Mogelijk zullen zorgverzekeraars nieuwe sturingsinstrumenten als managed care en disease management inzetten. Naar verwachting zal de verplichting tot het opstellen van uitkomsten van overleg tussen partijen op landelijk niveau worden afgeschaft. Als uitvloeisel hiervan ontstaat er een grotere differentiatie in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Rol van verzekeraars is nog onduidelijk

De verhoudingen binnen de verzekeringsmarkt zullen zich wijzigen als gevolg van verschuivingen tussen de populaties collectief en individueel verzekerden.

Werkgevers spelen in toenemende mate een rol bij het gezond houden of krijgen van hun werknemers. Zij maken hiervoor gebruik van ARBO-diensten. In het geval het noodzakelijk is om gebruik te maken van zorgvoorzieningen voor het opheffen of voorkomen van ziekteverzuim trachten zij de wachttijden voor hun werknemers te minimaliseren. Het is denkbaar dat werkgevers in toenemende mate kosten van farmaceutische zorg voor hun rekening nemen om ziekteverzuim te beperken.

Involed van werkgevers neemt toe

De hiervoor aangeduide ontwikkelingen zijn relevant voor de analyse van de problemen. Deze analyse is in hoofdstuk 2 van dit advies opgenomen.

1.3 Adviesdomein

Dit advies concentreert zich op het traject vanaf de inkoop van het geneesmiddel door de apotheker tot en met het gebruik van het middel door de patiënt, dus op farmaceutische zorg.

Het betreft het beleid op de middellange termijn. Het advies gaat bijgevolg niet in op de korte termijnproblematiek en op uitvoeringskwesties. Uitvoeringskwesties zijn aangelegenheden die de Ziekenfondsraad behartigt. Onderzoek, ontwikkeling en productie van geneesmiddelen vallen buiten dit advies, evenals toelating tot de markt c.q. registratie.

Dit is een advies voor de middellange termijn

Ook gaat dit advies niet in op het te voeren beleid ten aanzien van specifieke deelgebieden, zoals bijvoorbeeld bloedproducten.

Tot het beleid in algemene zin behoort de geneesmiddelendistributie. Gelet op het feit dat er brede (politieke) overeenstemming

lijkt te bestaan over de aanbevelingen die zijn gedaan door de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenverdeling (IWG) en de implementatie ervan, sluit dit advies hierbij zo veel mogelijk aan. Dit advies behandelt derhalve slechts marginaal de distributiefunctie in de farmaceutische bedrijfskolom. De kwestie van de vergoeding van geneesmiddelen c.q. opname in het verzekerde pakket is behandeld in het RVZ-advies Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument van mei 1997 en het Ziekenfondsraadrapport Opname nieuwe geneesmiddelen in het pakket van april 1997. Deze problematiek wordt hier niet opnieuw behandeld.

Doel van het advies is om een visie te geven op de wijze waarop in het komende decennium farmaceutische zorg dient te worden vormgegeven. Dit geldt zowel voor de cure- als voor de caresector. Als zodanig kan het bijdragen aan de opstelling van het regeerakkoord op dit onderdeel, dat naar verwachting in de periode vanaf mei 1998 zal plaatsvinden.

Visie op farmaceutische zorg

Hoofdstuk 2 bevat de probleemanalyse. In hoofdstuk 3 worden overwegingen en conclusies geschetst. Aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

In bijlage 3 zijn degenen genoemd die het advies hebben voorbereid. Bijlage 4 bevat een verantwoording van de adviesprocedure. Bijlage 8 geeft een lijst van gehanteerde afkortingen. In bijlage 9 is een overzicht van geraadpleegde literatuur opgenomen.

Ter voorbereiding van dit advies is door mw. drs. N.F. Wieringa, begeleid door mw. prof. dr. F.M. Haaijer-Ruskamp en mw. dr. L.T.W. de Jong-van den Berg de studie Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening opgesteld (Wieringa, *et al*, 1998). Deze studie is tegelijk met dit advies uitgebracht.

2 Probleemanalyse

2.1 Inleiding

Het beleid is gericht op het toegankelijk en betaalbaar houden van een kwalitatief hoogwaardige farmaceutische zorg in Nederland. De in paragraaf 1.2 geschetste ontwikkelingen hebben hierop voor een deel een positieve invloed, bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen op de kwaliteit van de zorg; andere ontwikkelingen daarentegen maken het moeilijker om deze doelen te bereiken, bijvoorbeeld de dubbele vergrijzing. Ook zijn er ontwikkelingen die als positief te duiden zijn, zoals transmurale farmacie, hoewel de verdere ontwikkeling ervan door de huidige wet- en regelgeving belemmeringen ondervindt.

Randvoorwaarden zijn kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid

Een mondiaal probleem is de concentratie van farmaceutische industrieën door fusies. Binnen meerdere marktsegmenten bestaat marktconcentratie, waarbij één of enkele industrieën een bepaald segment van de markt beheersen.

De vele verschillende ontwikkelingen maken het aanpassen van wetgeving noodzakelijk. Door partijen in het veld wordt in een vroegtijdig stadium geanticipeerd op voorgenomen wetswijzigingen. Dit complex aan ontwikkelingen en anticiperende activiteiten leidt tot onduidelijkheid.

In het huidige systeem is een aantal aspecten te onderkennen die herbezinning op huidige structuren, de uitvoering van processen en de rollen van actoren noodzakelijk maken.

Deze aspecten zijn:

- de kwaliteit van de farmaceutische zorg;
- het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en de therapeutrouw;
- de distributie in het algemeen en de functie van de openbare apotheker in het bijzonder;
- de kostenbeheersing.

2.2 De kwaliteit van de farmaceutische zorg

Kwalitatief goede farmaceutische zorg is doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht. Zolang het verlenen van farmaceutische zorg aan de patiënt beperkt blijft tot de eerste lijn of de instelling zijn de problemen relatief gering. Problemen kunnen zich voordoen wanneer de verlening van de farmaceutische zorg aan de patiënt

Farmaceutische zorg

van het ene circuit (eerste lijn) overgaat naar het andere circuit (tweede lijn) of vice versa.

De intra- en extramurale farmaceutische zorg vertonen onvoldoende samenhang. De geneesmiddelenvoorziening in het ziekenhuis wordt, voor wat de klinische patiënten betreft, inhoudelijk in het algemeen gereguleerd door het ziekenhuisformularium en qua bekostiging door het ziekenhuisbudget. De poliklinisch verleende farmaceutische zorg is in het algemeen niet gebonden aan het ziekenhuisformularium. Wanneer geneesmiddelen in de polikliniek worden toegediend, dienen deze middelen uit het ziekenhuisbudget te worden bekostigd. In het geval de middelen poliklinisch worden voorgeschreven en via de openbare apotheek worden afgeleverd, worden deze gereguleerd door het GVS, waarbij sprake is van opneemfinanciering. De extramurale geneesmiddelenvoorziening wordt gereguleerd door het GVS en beïnvloed door onder meer het farmacotherapie overleg (FTO), lokale/regionale formularia, standaarden van het NHG en van het WINAp, nascholing en reclame. Opname van de patiënt in het ziekenhuis, ontslag uit het ziekenhuis en polikliniekbezoek kunnen leiden tot wijzigingen in medicatie en bij een niet-optimale informatieuitwisseling tussen intramurale voorschrijvers, extramurale voorschrijvers en afleveraars tot problemen. Meer dan eens leidt dit tot discontinuïteit van de farmaceutische zorg. Achterliggende oorzaken hiervan zijn:

- het 'domeindenken' in het algemeen en in het bijzonder de niet optimale interactie tussen huisartsen, specialisten, openbare apotheek en ziekenhuisapotheker op het gebied van farmacotherapie c.q. het ontbreken van afspraken en formularia; het in het FTO overeengekomen beleid c.q. formularium wordt soms ten onrechte doorkruist door het voorschrijfbeleid van de specialist in de polikliniek;
- het bestaan van regulerende en financiële schotten tussen eerste en tweede lijn en de verschillende wijze van financiering van intra- en extramuraal verstrekte geneesmiddelen in het bijzonder; intramuraal is er sprake van budgetfinanciering, terwijl extramuraal opneemfinanciering geldt, zij het dat hierbij wel sprake is van een macrobudget;
- externe prikkels die niet primair gericht zijn op het bereiken van de doelstelling het toegankelijk en betaalbaar houden van een kwalitatief hoogwaardige farmaceutische zorg, maar meer op het bereiken van commerciële doelstellingen, bijvoorbeeld door beïnvloeding van voorschrijvers via 'seeding trials' en als gevolg van de inkomstenafhankelijkheid van de openbare apotheek van volume (receptregels), omzet, marge, bonussen en kortingen;

Onvoldoende samenhang tussen intra- en extramurale farmaceutische zorg

Hokjesgeest belemmert continuïteit

Budget- en opneemfinanciering kunnen botsen

Externe prikkels werken soms negatief op kwaliteit

Farmaceutische zorg

- gebrekkige informatieuitwisseling tussen degenen die farmaceutische zorg verlenen. Redenen hiervoor zijn onder meer het gebrek aan of onvoldoende toepassing van standaarden voor (geautomatiseerde) gegevensuitwisseling en onvoldoende toepassing van informatiesystemen voor de ondersteuning van het primaire proces, de patiëntenzorg. Dit laatste geldt met name ten aanzien van informatiesystemen ten behoeve van specialisten en ziekenhuisapotheken. Het gebrek aan overeenstemming over toepassing en beheer van het elektronische (medicatie) patiëntendossier speelt hierbij een rol. Voor de patiënt kunnen de verschillen in geneesmiddelenvoorziening tussen eerste lijn, polikliniek en kliniek ertoe leiden dat medicatie onnodig of ten onrechte wordt gewijzigd, waardoor gezondheidsklachten kunnen optreden. De kwaliteit van de farmaceutische zorg is dan in het geding. Bovendien gaat het ten koste van de doelmatigheid.
- Informatieuitwisseling tussen zorgverleners vertoont gebreken

2.3 Het doelmatig voorschrijven en doelmatig gebruik

Doelmatig voorschrijven

Alhoewel er standaarden bestaan, zoals de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Farmacotherapeutisch Kompas van de Ziekenfondsraad, is er een grote variatie in de inhoud van formularia. Ook bestaat een grote 'intervoorschrijver-variantie'. Deze constatering bedoelt overigens niet te zeggen dat er geen variatie zou mogen bestaan, maar er zijn grenzen aan. Het gaat erom een rationele, kosteneffectieve farmacotherapie toe te passen. Het gaat hierbij om de keuze van het juiste middel, de juiste dosering en de juiste duur van de therapie. Achterliggende oorzaken voor het onvoldoende doelmatig voorschrijven zijn:

- voorschrijvers zijn er uiteraard op uit om zo goed en snel mogelijk aan de behoeften van 'hun' patienten te voldoen, maar zijn niet direct zelf belanghebbend om dit kosteneffectief te doen; doorgaans zijn zij redelijk op de hoogte van kwaliteitsaspecten, maar onvoldoende van kostenaspecten om een goede afweging te kunnen maken; hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat de situatie in Nederland in vergelijking met andere Europese landen gunstig is voor wat betreft het percentage van het aantal consulten waarbij geneesmiddelen worden voorgeschreven;
 - op het niveau van de individuele patiënt heeft de voorschrijver doorgaans voldoende zicht op het effect van farmacotherapie; de voorschrijver heeft evenwel onvoldoende inzicht in de kosteneffectiviteit van zijn interventies; dit laatste geldt ook voor het
- Ook kostenaspecten zijn belangrijk
- Nederlandse arts is relatief zuinig met recepten
- Meer inzicht in kosteneffectiviteit is nodig

- inzicht in de naleving van in FTO-verband gemaakte afspraken, onder meer door onvoldoende reflectie op zijn voorschrijfgedrag en het ontbreken van gegevens over de indicatie waarvoor het middel is voorgeschreven;
- er is onvoldoende feedback over de ervaringen die zijn opgedaan met het gebruik van standaarden naar de opstellers van die standaarden.

Feedback geven over het gebruik van standaarden

Doelmatig gebruik

Effecten van farmacotherapie zijn afhankelijk van de wijze van het gebruik van geneesmiddelen. Het volgen van het voorschrift, zoals dit door de voorschrijver is bedoeld, wordt aangeduid met de term therapietrouw. Er kunnen vele redenen zijn voor het feit dat de patiënt niet volgens voorschrift handelt. Globaal zijn deze terug te voeren op:

De patiënt vergeet wel eens zijn pillen in te nemen

- de zorgverlener: onvoldoende medicatiebegeleiding door voorschrijver en/of apotheker;
- de patiënt: zijn motivatie en opvattingen hierover, zijn capaciteiten, zoals onvoldoende kennis van het gebruik en vergeetachtigheid, alsmede het optreden van bijwerkingen;
- het geneesmiddel: patiënt(on)vriendelijke toedieningswijze, toedieningsvorm, dosering en bijwerkingen.

Vaak is het een combinatie van oorzaken, bijvoorbeeld onvoldoende kennis door geen of gebrekkige voorlichting.

Opgemerkt moet worden dat een goed geïnformeerde patiënt meer therapietrouw is.

2.4 De distributie en de rol van de apotheker

De huidige distributie, het traject tussen producent/importeur en patiënt staat ter discussie. Binnen de distributiekolom vindt voorwaartse en achterwaartse integratie plaats; apothekers zijn medebelanghebbend in groothandel en groothandel produceren, met name generieke, geneesmiddelen. Binnen het aanbod - farmaceutische industrie, groothandel en apotheek - is sprake van marktwerking, maar deze functioneert niet goed. Er is niet of nauwelijks sprake van prijsconcurrentie, maar van margeconcurrentie. Implementatie van de aanbevelingen van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG) kan hierop positief uitwerken. In bedoeld IWG-rapport zijn de belemmeringen uitvoerig beschreven. Nog niet duidelijk is welke de consequenties zullen zijn van maatregelen als het opheffen van het verbod voor:

- ziekenhuizen om geneesmiddelen voor de extramurale markt af te leveren (een initiatiefwetsontwerp tot wijziging van artikel 13 WOG van het lid Oudkerk is momenteel in behandeling bij de

Prijsconcurrentie ontbreekt

Tweede Kamer; op 8 december 1997 is het kabinetsstandpunt hierop aan de Kamer gestuurd);

- de openbare apotheker om in loondienst te zijn bij een niet-apotheker;
- verzekeraars op het hebben van eigen instellingen c.q. om apotheken te exploiteren;

en op het opheffen van inrichtingseisen met het gevolg dat de apotheek magistrale receptuur niet meer per se zelf hoeft te bereiden.

Nieuwe distributievormen, zoals de postorderapotheek, dienen aan kwaliteitseisen te voldoen, zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Belangrijk in dit verband is op welke wijze medicatiebewaking en -begeleiding geschiedt.

De openbare apotheker heeft in het huidige systeem een dubbelrol; hij is zowel zorgverlener als commercieel ondernemer. Dit leidt tot spanning tussen enerzijds het onafhankelijk adviseren van voor- schrijvers, onder meer in het FTO, en anderzijds het bedrijven van commercie om kortingen en bonussen te verkrijgen, terwijl daarnaast, via de receptregelvergoeding inkomen wordt ge- genereerd. Het is de vraag of momenteel een goed evenwicht bestaat tussen de professionele verantwoordelijkheid van de openbare apotheker en diens commerciële belangen bij afspraken die in FTO-verband worden gemaakt.

Dubbelrol van de openbare apotheker geeft problemen

Opgemerkt wordt dat ook andere zelfstandige beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, specialisten en fysiotherapeuten, in zekere zin zowel zorgverlener als ondernemer zijn, alhoewel sprake is van beperkte risico's. Bij deze vrije beroepsbeoefenaren ontbreekt echter de handelscomponent.

2.5 De kostenbeheersing

De vraag is: zijn en blijven (nieuwe) geneesmiddelen, waarvan de therapeutische (meer)waarde bewezen is, voor iedereen toeganke- lijk en betaalbaar? In het RVZ-advies Waardebepaling genees- middelen als beleidsinstrument zijn voorstellen gedaan om de toegankelijkheid van innovatieve geneesmiddelen te waarborgen. Als gevolg van onder meer de (dubbele) vergrijzing, de ontwikke- ling en de toepassing van nieuwe hoger geprijsde geneesmiddelen en de toenemende extramuralisatie zullen de kosten voor (ex- tramuraal verleende) farmaceutische zorg toenemen. Het huidige

Farmaco-economisch onderzoek als beleidsinstrument hanteren

Farmaceutische zorg

systeem bevat nog onvoldoende prikkels om het bestede geld zoveel mogelijk ten goede te laten komen aan de farmaceutische zorg zelf. Symptomen hiervan zijn bijvoorbeeld de verleende bonussen en kortingen. Verlaging van de inkoopvergoeding zal er weliswaar toe leiden dat de kortingen en de bonussen worden afgeroomd, maar vormt geen structurele oplossing. Overigens gaat het om kostenbeheersing in brede zin; het macrobudget voor extramuraal verleende farmaceutische hulp zou bovenproportioneel mogen toenemen, mits dit in het totale zorgbudget gecompenseerd wordt. Farmaco-economisch onderzoek is een instrument om dit te beoordelen. Knelpunten hierbij zijn de schotten tussen en binnen de verschillende echelons.

Het kostenbewustzijn bij voorschrijver en patiënt is gering. Zij worden onvoldoende met kosten of prijzen geconfronteerd. De voorschrijver schrijft het geneesmiddel voor, de patiënt ontvangt en gebruikt en de verzekeraar betaalt. Indirect wordt de verzekerde wel geconfronteerd met kostenstijgingen, namelijk via premieverhogingen.

Kostenbewustzijn is gering

2.6 Beleidsvragen

Op grond van het voorgaande worden de te beantwoorden beleidsvragen als volgt geformuleerd.

1. Wat is een kwalitatief goede farmaceutische zorg en hoe kan deze worden gewaarborgd?
2. Hoe kan bereikt worden dat er doelmatig wordt voorgeschreven?
3. Wat is de rol van de openbare apotheker binnen de farmaceutische zorg en wat zou deze moeten zijn?
4. Hoe kunnen op een verantwoorde wijze de kosten van de farmaceutische zorg worden beheerst?

En welke consequenties heeft de beantwoording van deze vier vragen voor het volgende.

5. De functies van de verschillende actoren in de farmaceutische zorg?
6. De door de overheid te ondernemen activiteiten?

3 Overwegingen en conclusies

3.1 Inleiding

Farmaceutische zorg en meer in het bijzonder farmacotherapie is één van de mogelijke vormen van behandeling, naast en vaak samen met adviezen tot verandering van leefstijl en behandelingen als chirurgische therapie, fysiotherapie, psychotherapie en stralingstherapie. Van al deze therapieën is farmacotherapie de meest toegepaste. In 1996 werden er extramuraal 113 miljoen recepten voorgeschreven. Gesteld mag worden dat farmacotherapie tot de effectieve therapieën behoort. Geneesmiddelen vormen een essentieel onderdeel van onze gezondheidszorg. Er zijn echter ook negatieve aspecten in de vorm van bijwerkingen en kosten.

Voorop staat dat een optimale afweging dient plaats te vinden tussen interveniëren of niet interveniëren en, wanneer tot interveniëren wordt besloten tussen voorschrijven, een niet-medicamenteuze therapie of een combinatie van beide.

Voor de gemeenschap is het belangrijk dat de farmaceutische industrie middelen ontwikkelt waaraan therapeutisch behoefte bestaat en dat de farmaceutische industrie deze middelen onder concurrentieverhoudingen op de markt brengt. Voor de farmaceutische industrie is het belangrijk dat nieuwe middelen economisch rendabel te ontwikkelen en te produceren zijn, hetgeen problematisch of zelfs onmogelijk is bij zogenoemde 'orphan drugs'.

Onderzoek en ontwikkeling (R&D) zijn uiterst belangrijk, maar kostbaar. Op basis van wetenschappelijk onderzoek beoordeelt op Europees niveau de European Medicines Evaluation Agency (EMA) en in Nederland het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen de kwaliteit, de werkzaamheid en de veiligheid van het nieuwe geneesmiddel. Na registratie c.q. toelating tot de markt door de overheid, vervullen vele actoren een functie in het proces van de farmaceutische zorg.

Er dient een goed samenspel te zijn tussen deze actoren teneinde een kwalitatief hoogwaardige farmaceutische zorg te realiseren en te handhaven die toegankelijk en betaalbaar is. Een belangrijk element hiervan is het 'beheersen' van bijwerkingen en interacties in de vorm van medicatiebewaking. Ook doelmatig voorschrijven en doelmatig gebruik van geneesmiddelen zijn belangrijke elementen. Meer in het algemeen mag worden gesteld dat een kwalitatief hoogwaardige (farmaceutische) zorg berust op de

Farmaceutische industrie opereert in een vrije markt

Farmaceutische zorg moet toegankelijk en betaalbaar blijven

Farmaceutische zorg

criteria die voor verantwoorde zorg zijn aangegeven: doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid.

3.2 Functies in de farmaceutische zorg

Globaal kan een onderscheid worden gemaakt in primaire functies en ondersteunende functies. De primaire functies betreffen farmaceutische zorgverlening:

- voorlichting en advisering aan voorschrijver en patiënt;
- voorschrijven;
- bereiding (openbaar en magistraal);
- medicatiebewaking en -begeleiding;
- afleveren aan de patiënt;
- gebruik.

Het advies spitst zich toe op voornoemde functies.

Daarnaast worden de volgende ondersteunende functies uitgevoerd:

- onderzoek, ontwikkeling en productie;
- registratie/toelating tot de markt;
- invoer (in geval geneesmiddelen in het buitenland worden geproduceerd);
- distributie van producent of importeur naar afleverpunt;
- marketing, reclame en verkoop;
- inkoop;
- opname in verzekerde pakket/vergoeding;
- betaling;
- toezicht.

Deze functies kunnen worden onderscheiden in subfuncties. Zo houdt de functie medicatiebewaking en -begeleiding onder meer in het informeren en het adviseren over het gebruik, de werking en de bijwerkingen van geneesmiddelen aan de patiënt (en in latere instantie het navraag doen bij de patiënt), de controle van de werking, de bijwerkingen en de interacties en de registratie van alle (medische en farmaceutische) gegevens inclusief het toegankelijk houden hiervan.

Eén van de hoofdvragen is: hoe moet de taakverdeling tussen de verschillende actoren zijn om deze functies optimaal te vervullen, opdat de patiënt de farmaceutische zorg ontvangt die hij nodig heeft. Eisen die hieraan worden gesteld, zijn dat een goede afstemming tussen voorschrijvers onderling plaatsvindt, dat hiervoor in beginsel een complete medicatiehistorie beschikbaar is, dat medicatie wordt bewaakt en begeleid en dat de patiënt in dit

Complete medicatiehistorie moet beschikbaar zijn

Farmaceutische zorg

kader adequaat voorgelicht wordt. Van de voorschrijvers wordt verwacht dat ze doelmatig voorschrijven om de kosten binnen redelijke grenzen te houden. Van zorgverleners in het algemeen wordt verwacht dat ze bij de zorgverlening zelf geen direct commercieel belang hebben. De patiënt mag op zijn verantwoordelijkheid worden aangesproken in die zin dat door voorschrijver en apotheker gegeven adviezen door hem of haar serieus worden genomen en de hem voorgeschreven medicatie wordt gebruikt, tenzij er aanleiding is hiervan af te wijken. In dit laatste geval is terugkoppeling naar de zorgverlener gewenst, zowel vanwege het eigen als het algemeen belang. Eisen zoals hiervoor bedoeld, vormen het kader voor het beantwoorden van de vraag welke actor welke functie vervult. Dit wordt nader uitgewerkt voor de primaire functies binnen de farmaceutische zorg die vooral aandacht verdienen.

Patiënt aanspreken op eigen verantwoordelijkheid

3.3 Functievervulling in de farmaceutische zorg

Bevoegdheid tot voorschrijven

Allereerst is de vraag aan de orde wie mogen voorschrijven en of voorschrijvers algehele prescriptievrijheid genieten. Volgens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zijn artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd geneesmiddelen voor te schrijven. Er bestaat weinig of geen aanleiding om ook andere beroepsbeoefenaren de bevoegdheid tot voorschrijven te geven. Farmacotherapie is een van de behandelingsmogelijkheden die een arts heeft. De keuze van een geneesmiddel dient te zijn afgestemd op de specifieke situatie van de patiënt, rekeninghoudende met diens biologische eigenschappen, zoals lever- en nierfunctie, en dergelijke. De inzet van een bepaalde therapie of een combinatie van therapieën, waaronder het voorschrijven van geneesmiddelen, is een afweging die door een arts of een team, waaronder een of meer artsen moet worden gemaakt.

Bevoegdheid tot voorschrijven niet verruimen

Evenmin bestaat aanleiding om de prescriptievrijheid door middel van wet- en regelgeving te beperken. Het handelen van de arts, dus ook het voorschrijven wordt gereguleerd door de professionele standaard. Tuchtrechtelijk kan de arts worden aangesproken op basis van de Wet BIG. Theoretisch is het denkbaar het voorschrijven van bepaalde categorieën geneesmiddelen te beperken tot bepaalde specialismen of voor te behouden voor bepaalde indicaties. Europese regelgeving (richtlijn 92/26/EEG) biedt de mogelijkheid om het voorschrijven te beperken tot bepaalde specialisten en bepaalde typen instellingen. Wanneer wordt gekozen voor het beperken van de prescriptievrijheid zal dit selec-

tief dienen te geschieden, zoals dit nu het geval is voor de in bijlage 2 van de Regeling Farmaceutische Hulp 1996 opgenomen geneesmiddelen. Een en ander houdt evenwel niet in dat alle op recept verstrekte middelen per definitie in het verzekerde pakket dienen te worden opgenomen. Ook zou overwogen kunnen worden om bij het voorschrijven van een geneesmiddel op het recept vast te leggen welke gestelde of vermoede diagnose hieraan ten grondslag ligt.

Niet alles hoeft te worden vergoed

Doelmatig voorschrijven

Het ingezette beleid - intensivering van het FTO, stimuleren van generiek voorschrijven door huisartsen - waarbij op vrijwillige basis, gereguleerd door normen vanuit de beroepsuitoefening gestreefd wordt doelmatiger voor te schrijven, heeft resultaten opgeleverd. Momenteel nemen vrijwel alle huisartsen en openbare apothekers aan het FTO deel. In 1996 waren er volgens opgave van de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening 827 FTO-groepen. Uit onderzoek is gebleken dat het FTO soms wel en soms geen effect heeft op het voorschrijfgedrag. Er is een tendens naar afnemende vrijblijvendheid: 72% van de FTO-groepen wil afspraken maken over voorschrijven en afleveren; evenwel slechts 27% streeft na de gemaakte afspraken ook te willen toetsen. Dit is echter een duidelijke toename vergeleken met 1992 toen dit percentage slechts 9% bedroeg. 83% Van de FTO-groepen vindt het FTO zinvol. Het ligt dus voor de hand dit beleid voort te zetten en uit te bouwen.

FTO blijkt nuttig

Zoals in paragraaf 2.2 is aangegeven, bestaan er belangrijke knelpunten onder meer op het terrein van de afstemming van de prescriptie tussen eerste en tweede lijn, de afstemming tussen klinische en poliklinische receptuur, medicatiebewaking, medicatiebegeleiding en informatieverstrekking, coördinatie van herhalingsreceptuur, substitutie en het leveren van feedback op de prescriptie. Zo lang de relaties van de patiënt zich beperken tot huisarts en openbare apotheker, doen zich in dit opzicht doorgaans weinig problemen voor. Wanneer er echter sprake is van meerdere voorschrijvers en naast de openbare apotheek ook de ziekenhuisapotheek geneesmiddelen aflevert, kunnen zich problemen voordoen. Zo kan bij ziekenhuisopname en/of -ontslag en na bezoek aan de polikliniek de medicatie worden gewijzigd. Door onbekendheid met de medicatiehistorie of door een ontbrekend transmuraal formularium door verschillen in ziekenhuis- en eerstelijnsformulieren kunnen problemen optreden. Dit kan nadelig zijn voor de patiënt en tot hogere kosten leiden. Het maken van afspraken en een adequate communicatie tussen de zorgverleners in eerste en tweede lijn is noodzakelijk. Het voorschrijven

Farmaceutische zorg

van geneesmiddelen voor de klinische patiënten in een ziekenhuis is vrijwel altijd gebonden aan een ziekenhuisformularium. Voor poliklinische patiënten wordt vrijwel nooit een formularium gehanteerd. Het is niet ongebruikelijk dat verschillende specialisten binnen hetzelfde ziekenhuis poliklinisch verschillend voorschrijven. De farmaceutische industrie speelt hierop in via 'seeding trials' teneinde nieuwe geneesmiddelen in de pen van de voorschrijver te krijgen. Het gaat hier om trials met reeds geregistreerde geneesmiddelen, waarbij marketingdoeleinden primair en onderzoeksdoeleinden secundair van belang zijn. Hierbij wordt overigens niet gedoeld op onderzoek in het kader van post marketing surveillance.

Poliklinisch voorschrijven is te weinig aan regels gebonden

Via terugverwijzing van patiënten uit ziekenhuis en polikliniek worden huisartsen geconfronteerd met nieuwe middelen die op dat moment niet in het FTO-formularium zijn opgenomen. Het is belangrijk tot afstemming te komen. Dit kan geschieden door op basis van landelijke uitgangspunten een regionaal formularium te maken, waarvan ziekenhuis-, poliklinisch en eerstelijnsformularium kunnen worden afgeleid. Dit formularium wordt door medisch specialisten toegepast zowel voor klinische als voor poliklinische patiënten. Dit houdt uiteraard niet in dat dit een 'statisch' formularium is. Nieuwe geneesmiddelen met therapeutische meerwaarde verdienen een plaats in het formularium. Veranderingen dienen uiteraard onderbouwd te zijn. Beoordeeld dient te worden welke trials onder welke voorwaarden in de polikliniek mogen worden uitgevoerd. Primair dienen hierbij de doelstellingen van het voorgestelde onderzoek te worden beoordeeld. Ook ligt er een taak voor de ziekenhuisdirectie in zijn hoedanigheid van maatschappelijk ondernemer om grenzen te stellen ten aanzien van seeding trials en meer in het algemeen de beïnvloeding van beroepsbeoefenaren door de commercie. Overigens stellen de Good Clinical Practice-richtlijnen grenzen aan ongewenste

Afstemming van formularia is nodig

commerciële beïnvloeding. Er bestaat evenwel twijfel of deze richtlijnen in alle gevallen worden nageleefd.

Een volgende stap is de ontwikkeling en de toepassing van een transmuraal formularium, waarin ziekenhuis- en eerstelijnsformularium op elkaar aansluiten. In overleg tussen huisartsen, specialisten, openbare en ziekenhuisapotheker dient te worden bepaald welke middelen worden voorgeschreven, welke middelen eerste keus zijn in de ambulante situatie en welke middelen in beginsel zijn voorbehouden voor toepassing in de klinische situatie. Voor patiënten met specifieke ziektebeelden dienen deze

Transmuraal formularium biedt uitkomst

Farmaceutische zorg

te passen binnen te ontwikkelen en toe te passen transmurale standaarden/protocollen op basis waarvan deze patiënten integrale zorg wordt verleend, inclusief farmacotherapie. Bij de opstelling van dergelijke standaarden dient rekening te worden gehouden met de ervaringen van patiënten(verenigingen). Toepassing van formularia kan worden bevorderd door deze in de vorm van een elektronisch formularium op te nemen in geautomatiseerde informatiesystemen (zoals HIS).

Na het stellen van een diagnose en het besluit tot voorschrijven, verschijnt automatisch het middel van eerste keuze, dat naar het oordeel van de arts wel of niet kan worden voorgeschreven.

Gebruik van het formularium moet worden gefaciliteerd

Communicatie

Essentieel is een adequate communicatie tussen zorgverleners met betrekking tot (voorgenomen) medicatie. Om hierin te voorzien is toepassing van elektronische communicatie via een elektronisch patiënten(medicatie)dossier aangewezen, opdat de betrokken zorgverleners over een complete medicatiehistorie kunnen beschikken. Uiteraard dient hierbij de privacy van de patiënt te worden gewaarborgd.

Elektronisch patiëntendossier is een must!

Er zijn aanzetten voor de ontwikkeling en de toepassing van elektronische patiëntendossiers. In het door de Raad in 1996 uitgebrachte advies Informatietechnologie in de zorg is deze problematiek nader uitgewerkt. Over het beheer van de farmaceutische gegevens door de verschillende voorschrijvers en apothekhoudenden bestaat nog geen consensus. Consensus hierover is voorwaarde voor de adequate toepassing van informatiesystemen.

Medicatiebewaking

Momenteel voeren zowel voorschrijvers als apothekers medicatiebewaking uit. Optimaal geschiedt dit niet, aangezien noch voorschrijvers noch apothekers in veel gevallen over de volledige medicatiehistorie van de patiënt beschikken. De automatiseringsgraad binnen openbare apotheken is vrijwel 100%. Dit biedt onder meer inzicht in de medicatiehistorie van patiënten. Idealiter start de medicatiebewaking voordat het recept wordt uitschreven. Het is daarbij van belang zowel de farmaceutische gegevens van de patiënt te kennen (wat slikt hij al; bestaat er kans op ongewenste interacties, en dergelijke) als diens medische gegevens (bestaan er allergieën, zijn er problemen met lever- of nierfunctie, en dergelijke). Medicatie dient voorts te passen binnen het gehele pakket aan interventies dat de arts adviseert. Het ligt dus voor de hand dat de voorschrijver een primaire rol ten aanzien van de medicatiebewaking speelt.

Medicatiebewaking begint vóór het uitschrijven van het recept

De apotheker adviseert de

Farmaceutische zorg

De apotheker kan een ondersteunende rol bij de medicatiebewaking en -begeleiding spelen. Voorafgaand aan het voorschrijven kan de apotheker de voorschrijver adviseren over het te kiezen pakket en de aan die keuze verbonden mogelijkheden tot interactie. Door af te leveren aan de patiënt weet de apotheker dat het voorgeschreven middel wordt afgehaald. De apotheker kan nagaan of geneesmiddelen die door hem eerder aan dezelfde patiënt werden afgeleverd en waarvan hij mag aannemen dat de patiënt deze nog inneemt, ongewenste interacties kunnen vertonen. Voorzover de patiënt vaste klant is bij de openbare apotheker, kan de apotheker vaststellen of de patiënt tijdig met een herhalingsrecept komt. Veronderstelde fouten van de voorschrijver kan de apotheker signaleren. Of de patiënt het geneesmiddel inneemt zoals is voorgeschreven, kan hij noch de voorschrijver echter via een informatiesysteem nagaan.

voorschrijver

Patiënt en therapietrouw

Voor een adequate therapeutische zorg is, naast onder meer (doelmatig) voorschrijven en medicatiebewaking, het juiste gebruik van geneesmiddelen door de patiënt belangrijk. Problemen kunnen zich voordoen als gevolg van niet innemen, een verkeerde dosis, te kort, te lang of intermitterend gebruik en/of toediening op de verkeerde plaats of op een onjuiste wijze. Het kan het gewenste effect van het middel negatief beïnvloeden of niet doen optreden; het kan leiden tot bijwerkingen, enzovoort. Onvoldoende therapietrouw treedt vooral op bij polyfarmacie en bij ouderen. Bijna 30% van de ouderen boven de 74 jaar slikt meer dan vier geneesmiddelen. Het bevorderen van therapietrouw is een taak van zorgverleners, dus van zowel voorschrijver als afleveraar. Dit kan onder meer door:

Therapietrouw moet worden bevorderd

- het verbeteren van de communicatie tussen voorschrijver en patiënt: uitleg voor de redenen van het voorschrift en het motiveren van de patiënt voor juist gebruik;
- het nagaan door de zorgverlener of de patiënt het geneesmiddel adequaat gebruikt, wat de effecten van de therapie zijn en wat eventuele redenen voor therapieontrouw zijn;
- het afstemmen tussen zorgverleners van de voorlichting aan patiënten, zodat de informatie die wordt verstrekt elkaar aanvult;
- het signaleren van therapieontrouw - bijvoorbeeld door gebruik van de geautomatiseerde medicatiehistorie - en het ondernemen van actie hierop door een van de voorschrijvers;
- het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen: doseerdozen, stimuleren van zelfmanagement, en dergelijke.

De studie Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening maakt duidelijk dat het mogelijk moet zijn met minder genees-

Vaak is minder ook beter, maar niet altijd

Farmaceutische zorg

middelen een beter effect te bereiken. In bepaalde gevallen (depressie, reuma, astma) is het echter nodig om juist meer middelen te gebruiken om het gewenste effect te bereiken. Uitvoerbaarheid van instructies is een voorwaarde om volgens voorschrift geneesmiddelen te kunnen gebruiken. In paragraaf 4.2 van genoemde studie zijn praktische interventies genoemd die voorschrijver en/of apotheker kunnen hanteren.

Inkoop, zorgverlening en aflevering

De vraag, of het inkopen van geneesmiddelen c.q. het onderhandelen hierover met de leverancier kan worden gescheiden van de zorgverleningstaak van de apotheker, kan bevestigend worden beantwoord. Hierover bestaat in grote mate consensus. Anders ligt dit ten aanzien van het scheiden van afleveren en zorgverlening door de apotheker. Sommigen zijn van oordeel dat afleveren een essentieel onderdeel van de door de apotheker te verlenen farmaceutische patiëntenzorg is. In hun visie gaat het afleveren samen met het voorlichten over het gebruik, de werking, en dergelijke van het afgeleverde middel. Anderen zijn van oordeel dat de praktijk - soms noodgedwongen - anders is; in veel gevallen komt een ander dan de patiënt afhalen en in een aantal gevallen wordt het geneesmiddel thuisbezorgd (door een bezorger of via de post in geval van postorderfarmacie).

Verder menen zij dat de behoefte aan informatie bij de patiënt veelal pas ontstaat op het moment dat deze het middel gaat gebruiken. Immers in die fase rijzen eventuele vragen. Idealiter zou er contact dienen te zijn tussen patiënt en zorgverlener nadat de patiënt het middel enige tijd gebruikt heeft, om te bezien of het gebruik van het middel problemen of vragen oproept. Voor het antwoord wat de rol van de apotheker moet zijn, is essentieel of afleveren kan worden gescheiden van zorgverlenen.

Pas bij het innemen komen de vragen

Professionele verantwoordelijkheid en commercieel belang van de openbare apotheker

De rol van de apotheker bij het totstandkomen van een formularium is een ondersteunende en adviserende. Om objectief te kunnen voorlichten en te adviseren, dient hij zelf geen persoonlijk commercieel belang te hebben bij het overeen te komen formularium. In de huidige situatie bestaat spanning tussen de professionele verantwoordelijkheid van de openbare apotheker en zijn commerciële belang. Het gaat hierbij om de in- en verkoopfunctie, die ertoe leidt dat de openbare apotheker naast zorgverlener een gespecialiseerd handelaar in geneesmiddelen is. Dit laatste leidt er overigens wel toe dat de bedrijfsvoering door de openbare apotheker in het algemeen uiterst efficiënt is. Hij draagt

Commercieel belang brengt objectiviteit in gevaar

Bedrijfsvoering van de openbare apotheek is nu zeer efficiënt

namelijk zelf risico, bijvoorbeeld waar het zijn voorraadbeheer betreft. Wanneer maatregelen worden genomen om deze spanning te verminderen of op te heffen c.q. functievermenging te beëindigen, dient te worden bewaakt dat genoeg prikkels voor de apotheker aanwezig blijven om doelmatig te blijven werken.

Farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO)

Welke conclusies kunnen nu uit de hiervoor gegeven overwe-
gingen worden getrokken? Duidelijk is dat de farmacotherapie in
eerste lijn, polikliniek en kliniek op elkaar afgestemd dienen te
worden. Dit kan worden gerealiseerd door de inrichting van het
farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO). In het FTTO
dienen afspraken te worden gemaakt tussen de erin participerende
zorgverleners. Deze afspraken betreffen onder meer de opstelling
en de toepassing van een transmuraal formularium, het bevorderen
van therapietrouw (afstemmen voorlichting aan de patiënt,
signaleren therapieontrouw, en dergelijke), de medicatiebewaking
en de (elektronische) communicatie tussen de zorgverleners c.q.
het beheer van het elektronische medicatiedossier van de patiënt.
Het transmuraal formularium vormt de basis voor het handelen
van de verschillende beroepsbeoefenaren. In dit formularium
sluiten klinisch formularium en poliklinisch en eerstelijns-
formularium naadloos op elkaar aan. Prioriteiten van voor te
schrijven middelen worden aangegeven, bij voorkeur via het
gebruik van een elektronisch formularium binnen de geauto-
matiseerde informatiesystemen van voorschrijvers en afleveraars.
Het transmuraal formularium is compatibel met het Farma-
cotherapeutisch Kompas, NHG-standaarden en specialistische
richtlijnen, zoals die van het CBO.

Inrichting van FTTO is gewenst

De ziekenhuizen die in de praktijk 20 à 30 FTO-groepen bestrijken
of, waar mogelijk, samenwerkende ziekenhuizen binnen een regio
vormen de spil. Ziekenhuisapothekers werken hierbij nauw samen
met openbare apothekers. Dit leidt tot regionale FTTO-groepen.

De openbare apotheker heeft met de ziekenhuisapotheker een spil-
functie in het farmacotherapeutisch transmuraal overleg
(FTTO). In dit kader draagt hij bij aan de totstandkoming van een
transmuraal formularium, dat geldt voor ontslagen en ook voor
poliklinische patiënten. Hij verzorgt - met de voorschrijver - de
medicatiebewaking, alvorens een geneesmiddel wordt voor-
geschreven. Hij bewaakt (via elektronische gegevensuitwisseling)
de medicatie die door voorschrijvers (ook in de polikliniek) wordt
gegeven. Hij bevordert het doelmatig voorschrijven van
geneesmiddelen. Hij houdt oog op veelvuldig gebruik van
verschillende middelen door dezelfde patiënt (polyfarmacie),
begeleidt en bevordert in dit kader de therapietrouw en verzorgt de
terugrapportage over het voorschrijven. Hij geeft vanuit het FTTO

FTTO is basis

feedback naar organen die standaarden op nationaal niveau opstellen waar het farmacotherapie betreft, zoals naar het NHG en de Ziekenfondsraad (Farmacotherapeutisch Kompas). Hij maakt in het FTTO gemaakte afspraken over het formularium openbaar, opdat onder meer patintenverenigingen, verzekeraars en industrie weten welke overwegingen tot welke keuzen hebben geleid.

FTTO-afspraken moeten openbaar zijn

Inkopen en zorgverleners

Voor het opheffen van de ongewenste functievermenging van inkopen en zorgverleners door de openbare apotheker bestaan meerdere oplossingsrichtingen. Er zijn vijf alternatieven die overweging verdienen. Binnen deze alternatieven zijn nuanceringen of andere uitwerkingen mogelijk. In dit advies wordt de huisarts die apotheek houdt, niet separaat besproken. Het hiernavolgende is ook van toepassing op de inkoopfunctie van de apotheekhoudende huisarts.

Aangezien in de huidige receptregelvergoeding genoten bonussen en kortingen enigszins verdisconteerd zijn, dient de hoogte van deze vergoeding opnieuw te worden gezien.

Opgemerkt wordt dat ook in paragraaf 3.4 alternatieven worden genoemd voor het beëindigen van de hoge bonussen en kortingen die (sommige) openbare apothekers genieten.

➤ Alternatief 1: Bevoegdheden scheiden

In dit eerste alternatief zijn twee typen (openbare) apothekers: de zorgapotheker en de handelsapotheker.

Handelaar en zorgverlener scheiden

De zorgapotheker is de specialist op het gebied van farmacotherapie en adviseert hierover zowel de voorschrijver als de patiënt. De zorgapotheker is zowel functioneel als fysiek in de nabijheid van de voorschrijvers - huisartsen en specialisten - gelokaliseerd. Zijn praktijk bevindt zich bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum of is verbonden aan een of meer huisartsengroepen (HAGRO). Zijn inkomen is het norminkomen; in beginsel is sprake van een loondienstverband of abonnementshonorarium. De zorgapotheker heeft als taken het adviseren van voorschrijver en patiënt op het gebied van farmacotherapie, het functioneren als spil in het FTO/FTTO via voorlichting, advies en terugkoppeling over voorschrijven binnen het FTO/FTTO en over afspraken naar nationale standaardisatie-organen, het bewaken en begeleiden van de medicatie, het bevorderen van doelmatig voorschrijven en het bevorderen van therapietrouw. In beginsel levert hij geen geneesmiddelen af aan de patiënt.

De handelsapotheker is de gespecialiseerde handelaar in geneesmiddelen. Hij koopt in en verkoopt c.q. levert af aan de patiënt. Zo nodig bereidt hij zelf (openbare en magistrale receptuur). Zijn

inkomen is een resultante van omzet en marge. Er is niet langer sprake van een receptregelvergoeding. Het is in beginsel niet noodzakelijk dat een overeenkomst bestaat tussen handelsapotheker en zorgverzekeraar, met dien verstande dat de zorgverzekeraar eraan gehouden is om declaraties te vergoeden op basis van het geldende vergoedingensysteem. Overigens zal zijn inkomen niet alleen uit de verkoop van geneesmiddelen op recept voortvloeien, maar ook uit OTC-middelen, medische hulpmiddelen en andere producten. Huidige openbare apothekers dienen op termijn een keuze te maken om te functioneren als zorgapotheker of als handelsapotheker. Dit kan voor de overheid budgetneutraal geschieden.

Keuze voor dit alternatief heeft consequenties voor de opleiding tot apotheker.

Voordelen van dit alternatief zijn:

- de ongewenste functievermenging bestaat niet meer;
- er is geen relatie werkgever - werknemer of verzekeraar - apotheker die op basis van commerciële belangen voorschrijfgedrag en formulariumafspraken beïnvloedt.

Nadelen van dit alternatief zijn:

- het is een verdere splitsing van taken; ondanks de gestelde randvoorwaarden voor een adequate medicatiebewaking en -begeleiding, bestaat bij een aantal betrokkenen de mening dat medicatiebewaking en -begeleiding gekoppeld moet zijn aan het afleveren van geneesmiddelen; dit belemmert de haalbaarheid van dit alternatief;
- dit alternatief sluit niet aan bij de huidige Wet BIG die geen onderscheid in deze typen apothekers kent;
- de financiering van de zorgapotheker is niet eenvoudig te regelen, omdat zijn activiteiten niet meer gekoppeld zijn aan de declaratie van geneesmiddelen.

➤ *Alternatief 2: Andere inkoper*

De inkoop en het onderhandelingsproces met de leverancier van geneesmiddelen geschieden niet langer door de openbare apotheker. In het geval deze in loondienst is bij een niet-apotheker - hetgeen mogelijk wordt na wijziging van de WOG naar aanleiding van de IWG-aanbevelingen - worden de onderhandelingen gevoerd door de onderneming bij wie deze in dienst is en door de verzekeraar in het geval deze een apotheek in eigendom heeft. Evenals het ziekenhuis c.q. de ziekenhuisapotheker direct met de producent of importeur onderhandelt over de in te kopen geneesmiddelen, kan het maken van prijsafspraken door de verzekeraar of onderneming geschieden.

Inkoop niet door openbare apotheker

Voordeel van dit alternatief is:

- het sluit goed aan bij de huidige situatie, aangezien de uitvoering van alle overige functies van de openbare apotheker hetzelfde blijven.

Nadelen van dit alternatief zijn:

- de (nieuwe) inkoper - die ook in dit model nog een relatie heeft met de apotheker - gaat via de apotheker druk op het FTO uitoefenen om bepaalde middelen vanwege handelsvoordelen in het formularium op te nemen;
- de bonussen en kortingen verschuiven van openbare apotheker naar de (nieuwe) inkoper; voorwaarde moet zijn dat deze financiële voordelen ten goede van de zorg komen; het is echter onduidelijk of dit het geval zal zijn; theoretisch is dit denkbaar in de vorm van prijsverlaging (maar met de huidige vergoedingensystematiek zijn hiervoor weinig prikkels aanwezig) of in de vorm van premieverlaging in het geval de verzekeraar inkoper is.

➤ *Alternatief 3: Samenwerking intra- en extramuraal*

Ziekenhuizen kopen geneesmiddelen in voor het eigen ziekenhuis en voor de extramuraal werkende apotheekhoudenden in hun FTTO-verzorgingsgebied. Voorschrijvers verzorgen primair de medicatiebewaking. Via elektronische communicatie beschikken zij over de complete medicatiehistorie van de patiënt. Apothekers begeleiden de medicatie door een goede instructie aan de patiënt en door (vermoede) therapieontrouw te signaleren bij de voorschrijver. Veronderstelde fouten in een recept melden zij bij de voorschrijver. Apothekers bevorderen therapietrouw en zelfmanagement door patiënten.

Overwogen kan worden adviserend apothekers van zorgverzekeraars (als toehoorder) bij het FTTO te betrekken. Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan het bevorderen van de naleving van overeengekomen formularia (bijvoorbeeld door het geven van bonussen bij naleving) en aan het faciliteren van de implementatie (bijvoorbeeld door financiering van de investering in gestandaardiseerde geautomatiseerde informatiesystemen).

Wanneer het ziekenhuis ook voor extramuraal apotheekhoudenden gaat inkopen - en eventueel ook buiten de muren van de instelling mag afleveren als gevolg van de wijziging van artikel 13 WOG - zal dit invloed hebben op de door de leveranciers gegeven bonussen en kortingen voor die geneesmiddelen die zowel binnen als buiten het ziekenhuis worden toegepast. Verwacht mag worden, maar zekerheid daaromtrent is er niet, dat de momenteel extra- en intramuraal genoten bonussen en korting in de nieuwe

Het ziekenhuis als inkoper

situatie uitmiddelen. Voor specifieke ziekenhuismiddelen zal de situatie naar verwachting niet veranderen.

Voordelen van dit alternatief zijn:

- de ter discussie staande inkoopfunctie wordt gescheiden van de zorgfunctie van de apotheker, maar blijft binnen de zorg, waardoor de financiële voordelen binnen de zorg kunnen worden aangewend;
- er zijn weliswaar vele FTO-groepen, zoals nu ook het geval is, maar hun activiteiten concentreren zich rond (een beperkt aantal) ziekenhuizen.

Nadelen van dit alternatief zijn:

- het samenwerken tussen openbare apotheken en ziekenhuizen is geen usance; dit alternatief is daarmee moeilijk op korte termijn te realiseren;
- de voordelen komen in beginsel uitsluitend aan het ziekenhuis toe (het ziekenhuis heeft evenwel de vrijheid deze voordelen deels ten goede te laten komen aan trans- of extramurale zorg);
- ziekenhuizen zijn op dit moment niet ingesteld op het vervullen van de inkoopfunctie voor extramurale voorzieningen.

➤ *Alternatief 4: Gecontroleerde inkoop*

De apotheekhoudenden in een FTTO-gebied kopen gezamenlijk in. Hierbij vindt de inkoop gecontroleerd plaats. Dit houdt in dat de bonussen en kortingen zichtbaar worden gemaakt. Op landelijk niveau functioneert de taxe die gebaseerd is op de adviesprijzen van de farmaceutische industrie, uiteraard gemaximeerd door de Wet geneesmiddelenprijzen. Door onderhandelingen worden bonussen en kortingen verkregen. Deze leiden tot lagere vergoedingsprijzen die worden opgenomen in een 'regionale taxe'. De omvang van de genoten bonussen en kortingen wordt zichtbaar door het verschil tussen adviesvergoedingsprijs en regionale vergoedingsprijs te vermenigvuldigen met het gedeclareerde volume. Voorwaarde is dat een 'clearing house' op regionaal niveau wordt ingericht; het meest voor de hand ligt deze te plaatsen bij de regionaal georiënteerde verzekeraar. De genoten bonussen en kortingen dienen te worden gebruikt voor de ondersteuning van de farmaceutische zorg in betreffende regio, zoals:

- de bekostiging van het FTTO-overleg (momenteel verwerkt in het tarief van huisartsen);
- kwaliteits- en deskundigheidsbevordering op dit gebied;
- ontwikkeling en toepassing van elektronische communicatie en daarvoor benodigde geautomatiseerde informatiesystemen, waaronder digitale formularia;

Gezamenlijk inkopen

Openbare apotheker als inkoper

- activiteiten ter ondersteuning van diseasemanagement.

Voordelen van dit alternatief zijn:

- de bonussen en kortingen worden transparant gemaakt;
- de financiële voordelen komen aan alle participanten toe binnen de regio, hetgeen naar verwachting positief uitwerkt voor het draagvlak.

Nadelen van dit alternatief zijn:

- de organisatorische, beheerstechnische en administratieve maatregelen die hiervoor genomen moeten worden, zijn relatief groot;
- er is geen directe prikkel tot doelmatig werken; de financiële voordelen komen ten goede van het collectief en niet het van individu.

➤ *Alternatief 5: De openbare apotheker als inkoper*

De openbare apotheker blijft degene die onderhandelt en inkoop, zoals reeds nu het geval is. Om commerciële belangen te voorkomen is het hem evenwel niet toegestaan om alle bonussen en kortingen te behouden. Er dient een tariefstructuur te worden gehanteerd à la de tariefstructuur die op 1 januari 1988 gold. Als prikkel tot doelmatigheid mag de apotheker een nader te bepalen klein percentage van de genoten financiële voordelen behouden. Het overgrote deel ervan dient terug te vloeien naar de zorg. Dit kan op verschillende manieren worden gerealiseerd: door lagere vergoedingsprijzen te hanteren, door verrekening, bijvoorbeeld met de receptregelvergoeding, of via een systeem als onder alternatief 4 is beschreven. Evenals in het verleden dient de Economische Controledienst toezicht te houden op de naleving.

De voor- en nadelen van deze vijf alternatieven afwegende, kiest de Raad voor het vijfde alternatief. Belangrijkste overweging daarvoor is dat het vijfde alternatief het meest aansluit op de huidige situatie, waardoor het het meest haalbaar is. Keuze van dit alternatief houdt in dat het huidige ongewenste commerciële belang van de openbare apotheker sterk wordt gereduceerd. De alternatieven 3 en 4 zijn in beginsel aantrekkelijk, aangezien deze aansluiten op de activiteiten van het FTTO. Beide alternatieven kunnen echter tot organisatorische, logistieke en beheerstechnische consequenties leiden die zodanig zijn dat de baten mogelijk niet tegen de lasten opwegen. Bovendien zijn deze alternatieven moeilijk afdwingbaar en bieden zij te weinig prikkels voor een doelmatige bedrijfsvoering door de openbare apotheker.

Raad kiest voor openbare apotheker als inkoper

Cure- en caresector

In dit advies wordt geen onderscheid gemaakt tussen de geneesmiddelenvoorziening in de cure- en in de caresector. Het beschrijven van problemen en oplossingsrichtingen geschiedt op basis van de situatie in de curesector. De geneesmiddelenvoorziening in de caresector geschiedt ofwel via de openbare apotheker ofwel door de ziekenhuisapotheek of - bij grote care-instellingen - door de eigen apothek van de care-instelling. De gesignaleerde problemen zijn in beginsel binnen beide sectoren gelijksoortig; de zwaarte ervan kan echter verschillen. Zo komen verpleeghuispatiënten veelal niet in verschillende circuits terecht; daar staat tegenover dat verpleeghuispatiënten veelal oudere patiënten zijn, waarbij polyfarmacie aan de orde is. De gekozen oplossingen en aanbevelingen gelden voor beide sectoren. Zo dienen de voorschrijvers, waaronder bijvoorbeeld verpleeghuisartsen, en apothekers in de caresector te worden betrokken bij de opstelling en de toepassing van formularia die in FTTO-verband worden overeengekomen.

Zelfde oplossing voor de caresector

3.4 Kostenbeheersing

Zoals in paragraaf 2.5 is aangegeven, zijn de hoofdproblemen de 'schottenproblematiek', de verschillen in financieringswijze (compartimentering: budgettering versus opneemfinanciering) en de in een aantal gevallen (te) hoge prijsstelling van geneesmiddelen, waarbij moet worden opgemerkt dat de prijsvorming door de industrie niet inzichtelijk is. Ongewenste effecten zijn onder meer U-bochtconstructies en hoge bonussen en kortingen die niet terugvloeien naar de zorg. In de afgelopen vijftien jaren heeft de overheid een groot aantal maatregelen genomen (of hiermee gedreigd) teneinde het volume of de prijs binnen aanvaardbare grenzen te houden. Bijlage 7 bevat een overzicht van bedoelde maatregelen. Dergelijke maatregelen hebben in veel gevallen effect gesorteerd, zij het dat ze vaak geen blijvend effect hebben gehad. Daarnaast is sprake geweest van flankerend beleid in de vorm van projecten ter stimulering van de informatievoorziening aan de patiënt en van het farmacotherapie overleg. De eind 1997 gesignaleerde overschrijding van het extramurale geneesmiddelenbudget met ongeveer een half miljard gulden maakt duidelijk dat kostenbeheersing een belangrijk thema blijft.

Alternatieve maatregelen

Er zijn vele andere vormen van financiering en van maatregelen ter beheersing van de kosten van de farmaceutische zorg denkbaar.

Enkele zijn:

- Budgettering van huisartsen voor kosten van geneesmiddelen. Aan een aantal randvoorwaarden om dit systeem te laten werken, wordt niet voldaan (voorkómen van afwentelingsgedrag, mogelijkheid tot benvloeding van andere voorschrijvers, eenvoudige administratie, adequate informatievoorziening).
- Budgettering van openbare apotheken voor kosten van geneesmiddelen. Hieraan kleven nagenoeg dezelfde bezwaren als aan de budgettering van huisartsen: de apotheken dragen risico, terwijl zij nauwelijks of geen invloed hebben op het voorschrijven dat door anderen geschiedt. Tevens geldt, zoals ook bij het vorige alternatief, dat momenteel de juridische basis voor een dergelijke maatregel ontbreekt.
- Decentralisatie van de GVS-systematiek naar verzekeraars. Verzekeraars zouden (voor een groot aantal clusters geneesmiddelen) een eigen formularium en vergoedingslimieten mogen vaststellen. Polisdifferentiatie zal leiden tot meer concurrentie, maar tot minder transparantie. Het is voor (kandidaat)verzekerden uiterst moeilijk verzekeringspakketten te vergelijken en te waarderen, zeker wanneer hierbij ook andere zorgvormen aan de orde zijn. Bovendien kan men zich afvragen of de professionele autonomie van de voorschrijver hierdoor niet te zeer wordt aangetast.

Geen van deze drie alternatieven is om de aangegeven redenen aantrekkelijk voor implementatie. Dus dient naar andere wegen te worden gezocht. Om ongewenste effecten weg te nemen, is het noodzakelijk de wijze van bekostiging op onderdelen bij te stellen. Deze bijstellingen dienen met name gericht te zijn op het faciliteren van transmurale farmaceutische zorg, op het bevorderen van prijsconcurrentie en op het terugvloeiën van gerealiseerde besparingen naar de zorg. Maatregelen op de volgende gebieden komen hiervoor in aanmerking:

- modernisering van het GVS;
- aanpak bonussen en kortingen;
- verbreding ziekenhuisbudget;
- uniforme aanpak vergoedingsprijzen;
- niet in alle gevallen vergoeding van UR-geneesmiddelen.

Modernisering van het GVS

Door het GVS te moderniseren kan kostenbeheersing worden gestimuleerd. Modernisering kan op de volgende wijze geschieden.

- a. Het herzien c.q. verruimen van de GVS-criteria waardoor meer middelen in een cluster vallen. Hiermee kan tevens een

GVS-criteria verruimen

Farmaceutische zorg

deel van de 'wachtkamerproblematiek' worden opgelost (een aantal nieuwe geneesmiddelen kan in een cluster worden opgenomen).

- b. Het bijstellen c.q. het verlagen van de GVS-vergoedingslimieten. Dit kan ertoe leiden dat patinten (meer) moeten bijbetalen. Een dergelijk effect is niet aantrekkelijk voor de overheid, maar - hoewel andere overwegingen hieraan ten grondslag liggen - evenmin is dit het geval voor openbare apothekers en farmaceutische industrie. Voor apothekers is het niet patiëntvriendelijk om patiënten een financiële bijdrage te vragen; bovendien vraagt het meer administratie. Voor de farmaceutische industrie is het in het huidige systeem uit overwegingen van concurrentie - in het geval concurrerende producten op de markt zijn - belangrijk dat hun producten geheel worden vergoed. Verwacht mag worden dat laatstgenoemde partijen zich zullen inspannen de meerkosten voor patiënten beperkt te houden.
- c. Een uiterste om prijsconcurrentie te bevorderen, kan worden gevonden in het vaststellen van vergoedingsbedragen, bijvoorbeeld op basis van stofnaam. Bij aflevering van een voorgeschreven geneesmiddel ontvangt de patiënt een vergoeding. Wanneer de door hem te betalen prijs voor het middel hoger is dan de vergoedingsprijs moet de patiënt het verschil bijbetalen. Is de verkoopprijs lager dan de vergoedingsprijs houdt de patiënt geld over. Het bedrag dat de patiënt overhoudt, kan in mindering worden gebracht op de premie. Eventueel kan een deel van hetgeen de patiënt overhoudt ten goede komen van de verzekeraar opdat deze geprikkeld wordt de patiënt te informeren over de locaties waar de prijzen het meest gunstig zijn, alsmede voor het financieren van de extra-beheerskosten die dit systeem met zich meebrengt. Overigens zouden vergoedingsbedragen alleen op basis van aflevering (en niet op basis van recept) dienen te worden verstrekt, teneinde te voorkomen dat de patiënt geld incasseert in plaats van het geneesmiddel te gebruiken. Voor het merendeel, noodgevallen uitgezonderd, kan de patint prijzen vergelijken, zeker in geval van chronische therapie.
- Voor de verkoper van geneesmiddelen is het aantrekkelijk om klanten te trekken. Hij kan dit doen door zijn verkoopprijs lager te stellen dan die van andere aanbieders en/of zijn verkoopprijs lager te stellen dan de vergoedingsprijs. Hem moet dan wel worden toegestaan te adverteren met de prijzen van geneesmiddelen, zoals nu al voor zelfzorgmiddelen het geval is. De openbare apotheker ontvangt zijn geld niet langer op basis van de maximum vergoedingsprijzen die momenteel

Vergoedingslimieten verlagen

Patiënt wordt beloond voor doelmatig gedrag

worden gehanteerd. Naar verwachting zal de openbare apotheker de door hem te verkrijgen bonussen en kortingen gebruiken om op prijs te concurreren. Industrieën die generieke middelen verkopen, zullen eveneens worden gestimuleerd tot prijsconcurrentie. Verwacht mag worden dat prijsconcurrentie tussen verkopers ontstaat, zeker wanneer er andere toetreders tot de markt komen.

De aan de patiënt ter beschikking te stellen vergoedingsbedragen worden jaarlijks vastgesteld op basis van de gemiddelde door patiënten in het afgelopen jaar betaalde prijs die gemaximaliseerd is door de Wet geneesmiddelenprijzen. Dit is essentieel, aangezien een groot verschil tussen verkoopprijs en vergoedingsprijs ten voordele van de patiënt tot overconsumptie kan leiden.

Een dergelijk systeem stimuleert het kostenbewustzijn van de patiënt en indirect van de voorschrijver. Dit kostenbewustzijn kan tevens worden gestimuleerd door het melden van de prijs van de dagelijkse dagdosering in advertenties in vaktijdschriften voor voorschrijvers.

Nadeel van dit systeem is dat het extra-uitgaven met zich meebrengt qua beheerskosten. Daarnaast kan het leiden tot verlies aan spiegelinformatie.

Voor de korte termijn zijn de hiervoor onder a. en b. genoemde maatregelen het meest aangewezen om het GVS te moderniseren. In het geval dit onvoldoende resultaat heeft, is het onder c. genoemde systeem te overwegen. Voordien moet dan wel eerst zicht worden verkregen op de te verwachten effecten en wel met name op het volume, op de hoogte van de beheerskosten en op de benodigde informatievoorziening om dit systeem operationeel te houden. Keuze voor c. impliceert dat alternatief 1 van de paragraaf 3.3 genoemde alternatieven betreffende de inkoopfunctie in beeld komt.

Aanpak bonussen en kortingen

Hoge bonussen en kortingen die (sommige) openbare apothekers genieten, komen niet ten goede van de patiëntenzorg. Ook ziekenhuizen ontvangen (hoge) bonussen en kortingen, maar de financiële voordelen hiervan vloeien terug naar de zorg. Teneinde het commerciële belang van de openbare apotheker weg te nemen, dient deze niet zelf geneesmiddelen in te kopen dan wel dienen zodanige maatregelen te worden genomen dat voor de openbare apotheker geen buitensporig financieel voordeel resulteert uit het onderhandelingsproces met de leverancier van geneesmiddelen. Dit kan onder meer bereikt worden door:

- verlaging van de inkoopvergoeding, zoals in 1997 aange-

Financiële inkoopvoordelen moeten ten goede komen van de zorg

- kondigd, waarmee de financiële voordelen worden afgeroomd; dit biedt echter geen structurele oplossing;
- b. de inkoopfunctie door een andere actor te laten vervullen (verzekeraar, ziekenhuis, ondernemer waarbij de apotheker in dienst is); voorwaarde moet dan wel zijn dat de financiële voordelen ten goede komen van de zorg;
 - c. de tariefstructuur apothekhoudenden van 1 januari 1988 te hanteren, waarbij het apothekhoudenden werd toegestaan maximaal 4% van de financiële inkoopvoordelen te behouden; de Economische Controledienst voert opnieuw controle hierop uit;
 - d. bij AMvB ex artikel 40 lid 4 onder c. Wet BIG (laatstelijk gewijzigd bij wet van 13 februari 1996 Stb. 80) wordt het apothekers verboden bonussen en kortingen te verkrijgen; betreffend lid 1g verbiedt om een overeenkomst, die bijzondere voordelen verschaft, aan te gaan met bij de maatregel aangewezen categorieën van personen; het is de vraag of dit wetsartikel bedoeld is voor situaties als deze;
 - e. het hiervoor bij 'modernisering van het GVS' onder c. genoemde uit te voeren; via onderlinge concurrentie zullen de verkregen kortingen en bonussen terugvloeiën naar de consument c.q. de gemeenschap; probleem hierbij kan onder meer de hoogte van de hieraan verbonden beheerskosten zijn; hiervoor is nader onderzoek nodig.
- Alternatief c. is naar verwachting het best uitvoerbaar, aangezien deze het meest aansluit bij de huidige praktijk. Dit alternatief is in paragraaf 3.3 reeds nader aan de orde geweest.

Verbreding ziekenhuisbudget

Teneinde transmurale zorg te bevorderen en de U-bochtconstructie tegen te gaan, dienen geneesmiddelen, die primair in een transmurale setting worden toegediend, uit het ziekenhuisbudget te worden gefinancierd. In de praktijk betreft het hier voornamelijk cytostatica, bloedgroeifactoren en stollingsfactoren. Zo nodig dient hiertoe het ziekenhuisbudget te worden verruimd. Als alternatief is te overwegen een specifieke bekostiging van bepaalde categorieën geneesmiddelen zoals die voor taxoiden.

Transmurale middelen onder het ziekenhuisbudget brengen

Uniforme benadering vergoedingsprijs

Binnen het huidige systeem kan prijsconcurrentie worden bevorderd door een andere invulling te geven aan de COTG-tariefbeschikking farmaceutische hulp voor apothekhoudenden. Volgens deze COTG-beschikking is het opstellen van vergoedingsprijzen gebonden aan spelregels. Op dit moment publiceert de KNMP als enige de vergoedingsprijzen. De totstandkoming ervan is weinig transparant. Hierin kan voorzien

worden door een onafhankelijke instantie deze taak op zich te laten nemen.

Bovendien bepaalt deze beschikking dat de vergoedingsprijs voor generieke geneesmiddelen wordt gebaseerd op de lijstprijs van de goedkoopste leverancier die de gehele markt kan voorzien. Voor specialités geldt deze beschikking niet. Dit heeft invloed op de prijsconcurrentie tussen generieke preparaten onderling. Het verdient aanbeveling generieke preparaten op dezelfde wijze te benaderen als specialités.

Tariefbeschikking aanpassen

Niet in alle gevallen vergoeding van UR-geneesmiddelen

Het huidige beleid impliceert dat geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn in beginsel voor vergoeding in aanmerking komen. Bijbetaling door de patiënt is vereist wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de limiet van het cluster waartoe het middel behoort. Zoals eerder aangegeven, gaat dit advies niet in op de vraag welke criteria moeten worden gehanteerd voor opname van een geneesmiddel in het verzekerde pakket. Wel relevant voor dit advies zijn echter de consequenties voor de medicatiebewaking wanneer geneesmiddelen de status van OTC-middel krijgen. Het afleveren van deze middelen wordt vrijwel nooit in de medicatiehistorie van de patiënt opgenomen. Dit bemoeilijkt medicatiebewaking en -begeleiding. In een aantal gevallen is het wenselijk om geneesmiddelen uitsluitend op voorschrift te verstrekken, doch deze niet te vergoeden. Het dient dan wel redelijk zeker te zijn dat de voorschrijvers niet uitwijken naar vergelijkbare middelen die wel worden vergoed.

Terughoudendheid bij toekenning OTC-status

4 Aanbevelingen

Op grond van het hiervoor beschrevene kunnen de in paragraaf 2.6 geformuleerde beleidsvragen als volgt worden beantwoord. Het betreft hier aanbevolen oplossingsrichtingen voor de middellange termijn.

Wat is een kwalitatief goede farmaceutische zorg en hoe kan deze worden gewaarborgd?

Kwalitatief goede farmaceutische zorg is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. Doeltreffendheid wordt bewaakt via de registratie door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Doelmatigheid wordt bereikt door de toepassing van standaarden, formularia en andere (in FTO-verband gemaakte) afspraken in dit kader, inclusief hiervoor ondersteunende activiteiten als monitoring en het geven van feedback. Aan

Farmaceutische zorg

patiëntgerichtheid wordt invulling gegeven door overleg met en voorlichting aan de patiënt. In de navolgende aanbevelingen worden de aspecten doelmatigheid en (impliciet) patiëntgerichtheid uitgewerkt.

De continuïteit van de farmaceutische zorg kan worden gewaarborgd door afstemming tussen klinische en poliklinische receptuur (binnen het ziekenhuis), afstemming van het voorschrijven tussen eerste en tweede lijn (huisarts en specialist), samenwerking tussen openbare en ziekenhuisapotheker, de hiermee samenhangende medicatiebewaking en -begeleiding en het terugrapporteren over voorschrijven. In concreto dient dit te geschieden door:

- de toepassing van een ziekenhuisformularium dat niet alleen voor klinische, maar ook voor poliklinische patiënten geldt; het poliklinische deel dient aan te sluiten op het eerstelijns-formularium; Ziekenhuisformularium voor kliniek en polikliniek
- de inrichting van een farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO), waarin niet alleen huisartsen en openbare apothekers, maar ook specialisten en ziekenhuisapothekers participeren; Inrichting van FTTO
- binnen het FTTO de ontwikkeling en toepassing van een transmuraal formularium, waarin wordt aangegeven welke middelen eerste keus zijn in de huisartsenpraktijk, welke middelen zowel door huisarts als specialist worden voorgeschreven en welke middelen in beginsel voorbehouden zijn voor toepassing in het ziekenhuis; Transmuraal formularium ontwikkelen en toepassen
- het toetsen of de in FTTO-verband gemaakte afspraken worden nageleefd; Toetsen van afspraken
- de ontwikkeling en toepassing van transmurale standaarden/ protocollen voor specifieke ziektebeelden, het op basis hiervan verlenen van integrale zorg aan patiënten met deze ziektebeelden, inclusief farmacotherapie; Farmacotherapie binnen transmurale standaarden
- de toepassing van elektronische communicatie tussen zorgverleners met betrekking tot medicatiegegevens via een elektronisch patiënten(medicatie)dossier, opdat de betrokken zorgverlener over een complete medicatiehistorie kan beschikken. Complete medicatiehistorie met een elektronisch patiëntendossier

Hoe kan worden bereikt dat doelmatig wordt voorgeschreven?

Doelmatig voorschrijven wordt, naast reeds in gang zijnde maatregelen en activiteiten op dit gebied, gestimuleerd door:

- het implementeren van een elektronisch formularium op basis van binnen het FTTO gemaakte afspraken in informatiesystemen van voorschrijvers, waarmee op basis van een diagnosestelling en een besluit tot farmacotherapie het middel van eerste keuze (met de daaraan verbonden kosten) door het informatiesysteem Elektronisch formularium bevordert doelmatigheid

- wordt aangegeven. Indien dit middel niet passend is voor de desbetreffende patiënt kan een andere keuze binnen het formularium worden gemaakt. Middelen buiten het formularium voorschrijven, vraagt meer inspanning en verantwoording van de voorschrijver;
- het aggregeren en terugkoppelen van geanonimiseerde patiëntgegevens op basis van de vastlegging van de relatie tussen indicatie en voorgeschreven geneesmiddel, opdat meer inzicht wordt verkregen in de effecten van voorschrijven binnen de eigen praktijk, maar ook binnen de FTTO-groep, de regio en het gehele land; Meer inzicht in effecten van medicatie
 - het openbaar maken van de in het FTTO gemaakte afspraken over het formularium, opdat onder meer patiëntenverenigingen, verzekeraars en farmaceutische industrie kunnen weten welke overwegingen tot welke keuzen hebben geleid; FTTO-afspraken openbaar maken
 - het geven van feedback vanuit het FTTO naar organen die standaarden op nationaal niveau opstellen, zoals het NHG en de Ziekenfondsraad en naar regionale formulariacommissies; Feedback uit FTTO
 - het betrekken van ervaringen van patiënten(verenigingen) bij de opstelling van standaarden op nationaal niveau; Patiënten bij het opstellen van standaarden betrekken
 - het bevorderen dat patiëntenverenigingen over objectieve informatie beschikken, waardoor zij een nog betere gesprekspartner kunnen zijn; Objectieve informatie voor patiëntenverenigingen
 - het formuleren van voorwaarden waaraan seeding trials moeten voldoen en het beoordelen door het FTTO of door een medisch-ethische commissie of trials aan deze voorwaarden voldoen. Voorwaarden stellen aan seeding trials

Wat is de rol van de openbare apotheker binnen de farmaceutische zorg en wat zou deze moeten zijn?

- De apotheker heeft als taken:
- het adviseren van voorschrijver en patiënt op het gebied van farmacotherapie; Openbare apotheker is zorgverlener
 - het functioneren als spil in het FTTO via voorlichting, advies en terugkoppeling over voorschrijven binnen het FTTO en over afspraken naar nationale standaardisatie-organen;
 - het mede bewaken en begeleiden van de medicatie;
 - het bevorderen van doelmatig voorschrijven;
 - het bevorderen van therapietrouw;
 - het afleveren van geneesmiddelen aan de patiënt.
- Teneinde te realiseren dat de openbare apotheker doelmatig zijn bedrijf voert, maar tegelijkertijd geen buitensporige financiële inkoopvoordelen geniet, dient een tariefbeschikking te komen die bepaalt dat de apotheker een bescheiden percentage van de genoten bonussen en kortingen mag behouden. De Economische Hoge bonussen en kortingen ten goede van de zorg laten komen

Controledienst dient hierop toe te zien.

Hoe kunnen op een verantwoorde wijze de kosten van de farmaceutische zorg worden beheerst?

Financiering van de farmaceutische zorg is onderdeel van de financieringsstructuur die voor het hele zorgstelsel geldt. Dit laatste ligt buiten dit advies. Intramuraal verleende farmaceutische zorg wordt uit het instellingsbudget bekostigd; extramuraal verleende zorg wordt bekostigd via de vergoeding op basis van aanspraken die Ziekenfondswet, particuliere verzekering of aanvullende verzekering bieden of via directe betalingen door de patiënt. Dit stelsel dient te worden aangepast door:

- geneesmiddelen die primair in een transmurale setting worden toegediend uit het ziekenhuisbudget te bekostigen; zo nodig dient het ziekenhuisbudget hiertoe te worden verruimd;
- het GVS te moderniseren door de GVS-criteria te verruimen en de GVS-vergoedingslimieten te verlagen en zo nodig - als alternatief voor het verlagen van de vergoedingslimieten - bij aflevering van geneesmiddelen vergoedingsbedragen aan de patiënt (op stofnaam) toe te kennen die worden vastgesteld op basis van de gemiddelde verkoopprijs, waarbij de prijs gemaximaliseerd is door de Wet geneesmiddelenprijzen.

Bepaalde transmurale geneesmiddelen uit het ziekenhuisbudget bekostigen

GVS moderniseren

Welke consequenties heeft dit voor de functies van de verschillende actoren in de farmaceutische zorg?

De distributie van producent/importeur naar het afleverpunt geschiedt momenteel door groothandels. De in gang zijnde voorwaartse en achterwaartse integratie duidt erop dat de vorm waarin de groothandelsfunctie wordt uitgeoefend kan veranderen. Deze functie kan door andere actoren in de logistieke keten dan de huidige groothandel, bijvoorbeeld in samenwerking met een post- of bezorgdienst, worden overgenomen.

De inkoop van geneesmiddelen geschiedt momenteel door zorginstellingen en openbare apotheken. Commerciële voordelen die in de vorm van bonussen en kortingen door zorginstellingen worden verkregen, komen door de budgetsystematiek ten goede van de zorg. De hoge door openbare apothekers ontvangen bonussen en kortingen, welke vanaf 1991 mogelijk is geworden door de meerjarenafspraak farmacie (MAF) vloeien niet terug naar de zorg. Als oplossing voor deze problematiek bepleit de Raad het uitvaardigen van een tariefbeschikking op basis waarvan de openbare apotheker wordt toegestaan een gering percentage van de genoten bonussen en kortingen te behouden.

Tariefbeschikking voor apotheehoudenden

Farmaceutische zorg

Zorgverlening geschiedt door voorschrijvers en afleveraars. De zorgverlening omvat ten minste voorschrijven, afleveren, voorlichting en advisering, medicatiebewaking en medicatiebegeleiding. Bij de beantwoording van voorgaande beleidsvragen is de functieverdeling aangeduid. Het voorschrijven blijft voorbehouden aan artsen, tandartsen en verloskundigen. Over de voorlichting aan de patiënt dienen in FTTO-verband nadere afspraken te worden gemaakt en wel zodanig dat sprake is van een optimale onderlinge afstemming en aansluiting op de behoefte van de patiënt.

Voorschrijfbevoegdheid niet verruimen

Het afleveren van UR-geneesmiddelen aan de patiënt geschiedt door apothekhoudenden.

Patiënten zijn de gebruikers. Hun ervaringen zijn van groot belang voor het handelen van zorgverleners. Patiënten dienen adequaat geïnformeerd te worden over de aan hen te verlenen farmaceutische zorg, inclusief de daaraan verbonden kosten. Patiëntenverenigingen dienen betrokken te worden bij de opstelling van standaarden op landelijk niveau.

Patiëntenverenigingen betrekken bij opstellen standaarden

Welke activiteiten dient de overheid te ondernemen?

De overheid dient de uitvoering van de geneesmiddelenvoorziening aan de partijen in het veld over te laten. Haar taak is het scheppen van voorwaarden, opdat de uitvoering zodanig geschiedt dat een kwalitatief hoogwaardige farmaceutische zorg op kosteneffectieve wijze wordt verleend. Deze voorwaarden worden in belangrijke mate gecreëerd via de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Bij de voorgenomen aanpassing hiervan verdient het aanbeveling om als uitgangspunt te kiezen dat farmaceutische zorg dusdanig dient te worden verleend dat op het juiste moment het juiste geneesmiddel in de juiste vorm en dosering aan de juiste patiënt wordt geven, inclusief de daarvoor benodigde voorlichting/begeleiding van de patiënt en inclusief de randvoorwaarde dat dit tegen aanvaardbare kosten gebeurt, opdat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg gewaarborgd blijft.

Verder dient de overheid ten minste:

- a. transparantie te bieden in de werking van deze sector, bijvoorbeeld door voor alle actoren, waaronder patiënt en voorschrijver, de kosten zichtbaar te (laten) maken en door inzicht te (doen) verstrekken in de prijsvorming;
- b. voorwaarden te stellen aan de informatievoorziening, opdat zichtbaar wordt wat het proces diagnostisering, interventie en

Transparantie is nodig

Informatievoorziening verbeteren

Farmaceutische zorg

- effect van interventie oplevert qua kosten en baten;
- c. in overleg te treden met betrokken actoren (KNMP, NVZA, LHV, Orde van Medisch Specialisten en NVZ) om een route uit te stippelen om het eerstelijns farmacotherapieoverleg te verbreden tot het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en de overige aanbevelingen in het kader van continuïteit van farmaceutische zorg en doelmatig voorschrijven te realiseren;
- d. na medewerking van partijen te hebben verkregen, in samenhang met het hiervoor onder c. gestelde, de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening opdracht te verlenen een implementatieplan op te stellen om het FTO te verbreden naar het FTTO en experimenten die in regio's worden opgedaan te doen evalueren;
- e. de voorgenomen in het kader van het FTO ter beschikking te stellen financiële middelen mede in te zetten voor het met het hiervoor onder c. beoogde doel;
- f. het GVS te moderniseren zoals in paragraaf 3.4 aangeduid en de Ziekenfondsraad om een uitvoeringstoets te verzoeken;
- g. met het COTG contact op te nemen om de COTG-tariefbeschikking voor apothekhoudenden aan te passen in de geest van de tariefbeschikking van 1 januari 1988 en te voorzien in een onafhankelijke instantie die lijstprijzen voor geneesmiddelen vaststelt;
- h. de wet- en regelgeving, in het bijzonder de Wet op de geneesmiddel envoorziening, aan te passen bij overname van in dit advies gedane aanbevelingen;
- i. de ontwikkeling en toepassing te stimuleren van het elektronisch patiënten(medicatie)dossier en van het elektronisch formularium binnen informatiesystemen van voorschrijvers en afleveraars.

FTTO opstarten

Implementatieplan opstellen

Financiële middelen voor het FTTO inzetten

GVS moderniseren

Tariefbeschikking aanpassen

Wet- en regelgeving aanpassen

Elektronisch dossier en formularium stimuleren

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Farmaceutische zorg

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma

Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998 RVZ:

1.3 Plaats en functie medische hulpmiddelen en geneesmiddelenverstrekking in het zorgproces

Achtergrond en probleemstelling

In en rond de geneesmiddelenverstrekking doen zich allerlei beleidsrelevante ontwikkelingen voor.

a. In de samenleving

Mensen willen langer en in betere conditie zelfstandig blijven wonen en werken, waarbij een optimale maatschappelijke participatie voorop staat. Gezondheid, mobiliteit en werk zijn dan belangrijk, ook voor - het toenemend aantal - mensen met blijvende, meervoudige, beperkingen.

Hierbij kan het geneesmiddel een belangrijk faciliterend medium zijn, ook in de thuissituatie.

b. In de patiëntenkring

Meer oudere mensen betekent een groter beroep op zorg, ook op de farmaco-therapeutische. Meer geneesmiddelengebruik, ook meer poli-gebruik in verband met complexe en meervoudige gezondheidsproblemen.

Op dit betrekkelijk nieuwe type zorgbehoefte is het hulpaanbod nog niet altijd in kwalitatief opzicht adequaat ingespeeld. Er bestaan vragen over de verantwoorde toepassing en over het juiste gebruik van geneesmiddelen.

Het is hier ook vaak de coördinatie van de complexe zorgprocessen die, in de extramurale sfeer, onvoldoende tot stand komt met alle gevolgen voor doelmatigheid en gepast gebruik.

c. In de farmaco-therapeutische zorg

Naast de onder a. en b. genoemde ontwikkelingen, ziet men ook de mogelijkheden van het geneesmiddel in het zorgproces toenemen. Zo ontstaan nieuwe middelen voor chronische ziekten, die de mobiliteit vergroten. De geneesmiddelenverstrekking in brede zin loopt soms nog enigszins achter op deze ontwikkelingen, waardoor nieuwe medische mogelijkheden,

soms van specialistische aard, onvoldoende worden benut in de extramurale sfeer.

d. In de medisch-curatieve zorg

De ontwikkelingen in de medisch-curatieve zorg, dat wil zeggen in de ziekenhuis- en in de huisartsenwereld, zijn talrijk en ingrijpend.

Transmuralisatie, schaalvergroting, regionalisatie, kwaliteitssystemen, zorginnovatie. De ontwikkelingen zijn van invloed op de verstrekking en op de organisatie van de zorg. Zij zijn ook rechtstreeks van invloed op de geneesmiddelenverstrekking in de extramurale sfeer.

De ziekenhuisapothek speelt dan een rol, inclusief de regio-functie die deze soms vervult. Ook het integreren van generalistische en specialistische en van categoriale en algemene medische zorg, alsmede van care en cure in het algemeen zijn van invloed op de geneesmiddelenverstrekking.

e. In het bedrijfsleven

In en rond de openbare apothek voltrekken zich allerlei markt-bewegingen: de postorderapothek etcetera.

Het is duidelijk dat deze markt-bewegingen in de komende jaren de apothekersfunctie in het zorgproces zullen beïnvloeden.

In en rond de verstrekking van medische hulpmiddelen doen zich vergelijkbare problemen voor. Daarover het volgende.

In de omvang en intensiteit waarmee medische hulpmiddelen op dit moment worden gebruikt in de zorgsector, vormen zij een relatief nieuw fenomeen in het totale verstrekkingenpakket.

Duidelijk is dat inzake dit fenomeen een sterke groei waarneembaar is.

Deze heeft de volgende achtergronden.

De vraag naar medische hulpmiddelen neemt toe. Oorzaak daarvan: het toenemend aantal mensen met beperkingen in combinatie met een stijgende behoefte aan een maatschappelijk betekenisvol bestaan. Het beleid van de overheid versterkt deze tendens: het is immers sterk gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie. Medische hulpmiddelen bieden hier een mogelijkheid bij uitstek. Daarnaast is het chronisch zieken- en het gehandicaptenbeleid aanzienlijk effectiever dan vroeger.

Ook het aanbod neemt toe. Door technologische vernieuwing en door concurrentiemechanismen is op de markt van de medische hulpmiddelen een duidelijke kwalitatieve en kwantitatieve groei waarneembaar. Deze wordt uiteraard extra gestimuleerd door de vraagfactoren.

Vraagstelling

Uit het bovenstaande vloeit met betrekking tot de strategische beleidsontwikkeling ter zake de volgende vraagstelling voort.

- a. Beleidsvragen met betrekking tot de plaats en de uitvoering van de geneesmiddelenverstrekking in het zorgproces en met betrekking tot de gevolgen hiervan voor de medisch-curatieve en de categoriale zorg; nadruk op extramurale zorgprocessen.
- b. Beleidsvragen met betrekking tot de functie van het medisch hulpmiddel in de zorg- en dienstverlening, met betrekking tot de relevantie van onder andere de ICIDH-gedachte op dit vlak en met betrekking tot de beleidsmatige vertaling van een en ander.
- c. Beleidsvragen met betrekking tot een waardebeoordeling (kosteneffectiviteit) van geneesmiddelen: een methodiek voor doelmatigheid (dit naar aanleiding van de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 juli 1996 inzake kostenbeheersing in de zorgsector (24 124 nr. 39)).

Uit deel 2 Werkprogramma RVZ 1997: Geneesmiddelenverstrekking

7

Te beantwoorden beleidsvragen

- a. Welke functie en plaats neemt de geneesmiddelenverstrekking in het toekomstig zorgstelsel (c.q. zorgproces) in en welke uitvoeringsmodaliteiten vloeien hieruit voort, rekening houdend met ingezet beleid (transmurale zorg, etcetera)?
- b. Welke consequenties vloeien hieruit voort voor het overheidsbeleid voor de middellange termijn?
- c. Wat kan, mede in dit verband, worden gezegd over de waardebeoordeling (kosteneffectiviteit) van geneesmiddelen: een systematiek voor doelmatigheid?

Functie advies in beleidsproces

Het advies zal een rol kunnen spelen in de noodzakelijke beleidsontwikkeling op het terrein van de geneesmiddelenverstrekking. De snelle en ingrijpende veranderingen nopen de overheid tot optreden. Daarbij is behoefte aan een richtinggevend strategisch beleidskader voor een aantal jaren. Te nemen beleidsmaatregelen zullen hun grondslag moeten vinden in een visie van de overheid op de plaats van de geneesmiddelenverstrekking.

Relevant voor de adviesvoorbereiding zijn verder de volgende ontwikkelingen:

- de IWG-rapportage;
- de brief van de minister van VWS d.d. 10 juli 1996 aan de kamer over de geneesmiddelen, in het bijzonder ook de beleidsvoornemens in deze brief, waaronder een adviesaanvraag aan de RVZ;
- de activiteiten van de ZFR op dit terrein, inclusief de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde;
- het voortgaande beleidsproces van de transmuralisering van de somatisch-curatieve zorg;
- de verwikkelingen rond de postorderfarmacie.

Programmering advies in 1997

Tegen deze achtergronden en gegeven de politieke context van het onderwerp, zal het RVZ-advies in het voorjaar beschikbaar moeten zijn. Dan kan het een rol spelen in de beleidsbepaling in de eerste helft van 1997, onder andere via begroting en JOZ. Bovendien kan het dan de grondslag vormen voor de advisering over medische hulpmiddelen. Deze twee adviesprojecten kunnen overigens deels parallel lopen.

Met de ZFR zal worden samengewerkt.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

prof. drs. J. van Londen

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

prof. dr. T.E.D. van der Grinten

prof. dr. P.A.H. van Lieshout

mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

mr. I.W. Opstelten

mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Raadsleden:

mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong
mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Projectgroep:

Drs. A.J.G. van Rijen, projectleider
Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker
L. Ottes, arts, projectmedewerker
Mw. O.L. Klijn, projectsecretaresse

Achtergrondstudie:

Mw. drs. N.F. Wieringa
Mw. prof. dr. F.M. Haaijer-Ruskamp
Mw. dr. L.T.W. de Jong-van den Berg

Bijlage 4

Verantwoording van de adviesprocedure

Uitmo 1996 is het adviesprogramma van de RVZ voor de jaren 1997-1998 en het hieraan gekoppelde werkprogramma 1997-1998 door de minister van VWS vastgesteld. Het voor dit advies relevante gedeelte is als bijlage 1 opgenomen.

In vervolg hierop heeft de Raad in zijn vergadering van 17 juli 1997 het projectplan geneesmiddelen vastgesteld. Op grond van dit projectplan zijn de volgende activiteiten ondernomen.

Het secretariaat van de RVZ is in september 1997 gestart met het inventariseren van het over dit onderwerp beschikbare materiaal.

In dit kader is aan het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken van de Rijksuniversiteit Groningen opdracht verleend om een studie op te stellen waarin feiten, ontwikkelingen en knelpunten met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening in Nederland te beschrijven. Deze opdracht heeft geleid tot de tegelijk met dit advies uitgebrachte studie "Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening".

Parallel hieraan heeft het RVZ-secretariaat met deskundigen/ belanghebbenden in het veld bilaterale gesprekken gevoerd teneinde inzicht te krijgen in de problemen en de visies ten aanzien van dit onderwerp. In dit kader is gesproken met

- drs. L.H.A.J. Arts, apotheker te Schijndel;
- mw. drs. A.M. den Biggelaar (Zorgverzekeraars Nederland te Zeist);
- dr. C.J. de Blaey (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie te Den Haag);
- dhr. W. Blijleven, arts (Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening te Utrecht);
- drs. A.J.L. van Bohemen (Ministerie van Economische Zaken, Directie Marktwerking te Den Haag);
- drs. P.F. Bongers (SmithKline Beecham Farma B.V. te Rijswijk);
- prof. dr. D.D. Breimer (Leiden Amsterdam Center of Drug Research, Rijksuniversiteit Leiden);
- drs. A.C.N. Bruin (Ministerie van Economische Zaken, Directie Marktwerking te Den Haag);
- mw. E.M. de Bruijn (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Utrecht);
- dhr. P.A.W. Edgar, MBA (Orde van Medisch Specialisten te Utrecht);
- dhrn. D. François (Yamanouchi Pharma B.V. te Leiderdorp);

- mw. drs. J.M.M. Hansen, apotheker (Staatstoezicht voor de Volksgezondheid, Inspectie Geneesmiddelen te Rijswijk);
- drs. Th.J.E. van Hemert (Zorgverzekeraars Nederland te Zeist);

- drs. H.M. Hof (Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutische Bedrijf te Den Haag);
- drs. L.H.G. Hoornweg (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie te Den Haag);
- dhr. W.J. van der Kam, arts (Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle);
- drs. A.A. van Leeuwen (Brocacef te Maarssen);
- drs. F.J.P. Oostdam (Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutische Bedrijf te Den Haag);
- dr. H.G.M. Leufkens (Rijksuniversiteit Utrecht);
- dhr. R.A.M. Numan (Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland te Haarlem);
- dr. W.J.M.J. Rutten (Vereniging van Ziekenhuisapothekers te Den Haag);
- dr. C.J. van Schagen (Glaxo Wellcome B.V. te Zeist);
- dhr. E. Visser (Nederlandse Patinten/Consumenten Federatie te Utrecht);
- prof. dr. Th.P.G.M. de Vries (Vrije Universiteit te Amsterdam);
- drs. J. Wamsteker (Nederlandse Vereniging van de Research-georienteerde Farmaceutische industrie, Nefarma te Utrecht);
- dr. P. de Wolf (Erasmus Universiteit te Rotterdam);
- drs. G.E.L.M. Worm (Nederlandse Vereniging van de Research-georienteerde Farmaceutische industrie, Nefarma te Utrecht).

In vervolg op voornoemde activiteiten is een nota discussiepunten opgesteld. Deze discussiepunten zijn aan de orde gesteld in een op 17 november 1997 gehouden consultatieve bijeenkomst, waaraan personen uit een grote diversiteit van deelsectoren hebben deelgenomen.

Het verslag van deze bijeenkomst is als bijlage 5 bij dit advies gevoegd.

De positionering van de farmaceutische zorg als onderdeel van de medische zorg is bezien in het kader van een aantal activiteiten die op het gebied van diseasemanagement plaatsvinden. In een bijeenkomst met betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten is dit aan de hand van casussen op het gebied van CARA, CVA, diabetes, decompensatio cordis, aids en depressie besproken. Een verslag van deze bijeenkomst is als bijlage 6 in dit advies opgenomen.

Op grond van het geheel van de hiervoor beschreven activiteiten is een eerste conceptadvies opgesteld.

Deze eerste en/of latere conceptversies zijn ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal onafhankelijke deskundigen die experti-

se hebben op het onderhavige terrein of deelgebieden ervan en aan een aantal belanghebbenden, onder meer ter verifiëring en ter toetsing in hoeverre draagvlak voor (onderdelen van) het advies aanwezig is, te weten:

- drs. T.L. ten Berge (Landelijke Huisartsen Vereniging te Utrecht);
- dr. C.J. de Blaey (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie te Den Haag);
- dhr. W. Blijleven, arts (Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening te Utrecht);
- drs. A.J.L. van Bohemen (Ministerie van Economische Zaken, Directie Marktwerking te Den Haag);
- prof. dr. D.D. Breimer (LACDR, Rijksuniversiteit Leiden);
- drs. J. Bultman (Ziekenfondsraad te Amstelveen);
- Mw. prof. dr. F.M. Haaijer-Ruskamp (Rijksuniversiteit Groningen);
- mw. drs. J.M.M. Hansen (Inspectie Gezondheidszorg te Rijswijk);
- drs. L.H.G. Hoornweg (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie te Den Haag);
- mw. dr. L.T.W. de Jong-van den Berg (Rijksuniversiteit Groningen);
- dr. H.G.M. Leufkens (Rijksuniversiteit Utrecht);
- drs. J.C.F. van Luijn (Ziekenfondsraad te Amstelveen);
- mw. Y.F.G. van Remmerden, apotheker te Hengelo;
- drs. F.H. Rosmalen, huisarts te Vught;
- dr. W.J.M.J. Rutten (Vereniging van Ziekenhuisapothekers te Den Haag);
- dhr. F.H.A. Sier (ZAO Zorgverzekeringen te Amsterdam);
- drs. H. van Vliet (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg te Utrecht);
- Drs. P.H. Vree (Inspectie voor de Gezondheidszorg te Rijswijk);
- drs. J. Wamsteker (Nederlandse Vereniging van de Research-geïntereerde Farmaceutische industrie, Nefarma te Utrecht);
- mw. drs. N.F. Wieringa (Rijksuniversiteit Groningen);
- dr. P. de Wolf (Erasmus Universiteit te Rotterdam);
- drs. G.E.L.M. Worm (Nederlandse Vereniging van de Research-geïntereerde Farmaceutische industrie, Nefarma te Utrecht).

Naar aanleiding hiervan zijn concepten een aantal malen bijgesteld.

Op 15 januari 1998 heeft de Raad een concept versie van het advies besproken. Deze bespreking en aanvullende consultaties in het veld hebben tot nadere bijstelling van het concept geleid.

Tijdens de adviesprocedure is over de voortgang van de advisering overleg gevoerd met de heren A.H. Rietveld, arts, MBA en drs. R.J. Knaap van de directie Genees- en Hulpmiddelenvoorziening van het ministerie van VWS.
Op 19 februari 1998 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

Bijlage 5

Verslag van de consultatieve bijeenkomst geneesmiddelen op 17 november 1997 te Utrecht

Aanwezigen

Voorzitter

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong
Raadslid Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Opstellers achtergrondstudie

Mw. prof.dr. F.M. Haaijer-Ruskamp
Rijksuniversiteit Groningen
Vakgroep Gezondheidswetenschappen

Mw. drs. N.F. Wieringa
Rijksuniversiteit Groningen
Werkgroep Sociale Farmacie en Farmaco-epidemiologie

RVZ-Secretariaat

Drs. J. van Hasselt
Drs. L. Ottes, arts
Drs. A.J.G. van Rijen (projectleider)

Genodigden

Mw. drs. K.H. van der Aa
Landelijke Huisartsen Vereniging

H.H.J. Allart, apotheker
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Pharmacie

G.M. Bakker
Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken

Mw. drs. A.M. den Biggelaar
Zorgverzekeraars Nederland

Dr. C.J. de Blaey
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der
Pharmacie

W. Blijleven, arts
Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening

P.A.W. Edgar, arts MBA
Orde van Medisch Specialisten

Drs. J. François
Yamanouchi Pharma b.v.

Drs. W.W. Geesink
Interpharm bv

Drs. Th.J.E. van Hemert, apotheker
Zorgverzekeraars Nederland

Drs. R.J. Knaap
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dr. H.G.M. Leufkens
Rijksuniversiteit Utrecht
Vakgroep Klinische Farmacie

Drs. A.C. van Loenen, apotheker
Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit

R.A.M. Numan
Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland

Mw. drs. J.A. Riteco
Ziekenfondsraad

Dr. W.J.M.J. Rutten, apotheker
Medisch Spectrum Twente

E. Visser
Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie

Dr. C.M. de Vos
Groene Hart Ziekenhuis

Drs. P.H. Vree
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Drs. J.J. Wamsteker
Nefarma

Drs. G.E.L.M. Worm
Nefarma

Verslag

De voorzitter, mevrouw Meyboom-de Jong, opent de bijeenkomst en heet de aanwezigen welkom. Deze bijeenkomst wordt georganiseerd in het kader van de voorbereiding van de advisering door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de plaats en uitvoering van de geneesmiddelenvoorziening. Medewerkers van de universiteit van Groningen hebben ten behoeve van deze advisering een achtergrondstudie geschreven die in conceptvorm aan de aanwezigen is toegezonden. Dit stuk zal aanstonds door een van de auteurs worden toegelicht. Daarna kunnen er vragen over gesteld worden. Verder is het de bedoeling dat gediscussieerd wordt over een viertal door het secretariaat van de RVZ opgestelde discussiepunten, die in de vorm van een notitie eveneens aan de aanwezigen zijn toegezonden.

Alvorens de discussie te beginnen vindt eerst een korte kennismakingsronde plaats. Vervolgens geeft de voorzitter mevrouw Wieringa de gelegenheid om de achtergrondstudie toe te lichten.

Mevrouw Wieringa licht toe dat de achtergrondnota is opgesteld op grond van literatuuronderzoek. Voor de discussie wil zij graag vijf punten noemen die van groot belang zijn voor de ontwikkeling van het beleid met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening. Het eerste punt is de prescriptievrijheid, die van oudsher van groot belang voor het handelen van de arts is geacht. Een vraag is of wij hieraan willen vasthouden, of in de toekomst bijvoorbeeld zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid willen geven in de bepaling van het voor te schrijven pakket geneesmiddelen. Als tweede punt noemt spreekster de taakverdeling en afstemming tussen de eerste en tweede lijnsgeneesmiddelenvoorziening. Transmurale formularia, afstemming van standaarden en consensusbesprekingen en gezamenlijk Farmaco Therapie Overleg zijn belangrijke instrumenten waarmee samenwerking kan worden geëffectueerd. Het derde punt betreft de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening: hoe geven we inhoud aan dit begrip? Hierbij kan zich een spanningsveld aftekenen tussen zorgverzekeraars die met name financiële aspecten van de geneesmiddelenvoorziening wegen, terwijl de beroepsgroepen juist inhoudelijke kwaliteitsnormen van groot belang vinden. Als vierde punt noemt zij de financiering van de geneesmiddelenvoorziening,

waarbij de overheid randvoorwaarden stelt waarbinnen het beleid zich dient te ontwikkelen. Eén randvoorwaarde betreft het gescheiden houden van intramurale en extramurale geneesmiddelenbudgetten, waarbinnen de transmurale farmaceutische zorg verder vorm moet krijgen. Verder constateert ze in toenemende mate vercommercialisering van de geneesmiddelensector. Als laatste punt noemt zij dat het in de beleidsontwikkeling zaak is om voldoende ruimte te laten waardoor de verschillende beroepsgroepen van binnen uit worden gestimuleerd tot het ontwikkelen van inhoudelijke vernieuwingen en het plegen van financiële investeringen. Belangrijke voorbeelden betreffen de ontwikkeling van medicatiebewaking, standaarden, FTO en transmurale farmaceutische zorg.

Aansluitend geeft de voorzitter de aanwezigen de gelegenheid informatieve vragen te stellen aan de auteurs. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de aanwezigen commentaar en aanvullingen rechtstreeks doen toekomen aan de opstellers van het stuk.

De heer Visser spreekt zijn waardering uit voor het stuk. Wel vraagt hij zich af of niet duidelijker naar voren zou moeten komen dat de geneesmiddelenvoorziening in Nederland, in Europees verband gezien, relatief goedkoop is.

De dames Wieringa en Haaijer beamen dit. Internationaal gezien doet Nederland het prima. Belangrijk is wel dat deze goede kwaliteit behouden kan worden en dat nieuwe ontwikkelingen mogelijk blijven. Ook in Nederland is sprake van kostenstijgingen vooral door een toenemend aantal chronisch zieken en de toepassing van dure, veelal nieuwe geneesmiddelen.

De heer Bakker wijst erop dat wereldwijd de kosten voor farmaceutische zorg in de toekomst zullen stijgen. Juist waar de kosten relatief laag zijn, zoals in Nederland, zal deze stijging verhoudingsgewijs sterk kunnen zijn. Het is dan extra belangrijk om het accent op kwaliteit te blijven leggen.

De heer Geesink mist in het stuk expliciete aandacht voor de baten van het geneesmiddelengebruik.

Mevrouw Wieringa en de voorzitter merken op dat dit niet in de aan de auteurs gegeven opdracht was meegenomen. Dit laat onverlet dat de Raad hierover wel een uitspraak zou kunnen doen.

De heer De Blaey heeft de indruk dat hoofdstuk 3 van de nota: 'kwaliteit en kostenbeheersing van voorschrijven en afleveren', anders dan de titel zou doen vermoeden, meer gaat over het

voorschrijven van geneesmiddelen dan over het afleveren ervan. Hij zal een inhoudelijke reactie vanuit de KNMP aan de auteurs doen toekomen. Verder vraagt hij zich af of door de schrijfters aandacht is gegeven aan het recente rapport over volksgezondheidszorg van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. In dit rapport wordt een mogelijkheid gepresenteerd om systematisch met keuzen om te gaan, teneinde de zorg toegankelijk te houden.

De auteurs kennen het bedoelde document. Ze hebben er echter bij de onderhavige achtergrondstudie geen gebruik van gemaakt.

De heer Leufkens zou in de achtergrondnota een duidelijke relatie met het advies 'Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument' van de RVZ willen zien.

Op een vraag van de heer Numan naar de rol van de patint bij kostenbeheersing, antwoordt **mevrouw Haaijer** dat aan patiënt een verantwoordelijkheid op het vlak van de geneesmiddelenvoorziening kan worden toegekend. Voorwaarde is dat de patiënt over voldoende en goede informatie beschikt.

Naar aanleiding van een opmerking van de heer Blijleven wijzen **de dames Wieringa en Haaijer** erop dat het fenomeen FTO voor Nederland een unieke ontwikkeling is. Andere vormen van samenwerking tussen apothekers en artsen kunnen onder andere gevonden worden in Zweden en Engeland.

De heer Worm zou in de achtergrondnota een sterker accent willen zien op de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening en in tweede instantie pas de relatie tot de kosten. Het gaat erom dat nieuwe ontwikkelingen op een snelle wijze worden geïntroduceerd. Verder mist hij de notie dat de toepassing van geneesmiddelen veelal beschouwd kan worden als een kosteneffectieve behandelwijze. Wat de kosten van de geneesmiddelenvoorziening als zodanig betreft: deze zijn zowel in absolute, als in relatieve zin laag te noemen.

De heer Bakker is van oordeel dat de nota onvoldoende onderscheid maakt in ad hoc geneesmiddelengebruik en het gebruik door chronisch zieken. In beide gevallen verschilt zowel het gebruik als zodanig aanzienlijk, maar zijn ook de beïnvloedingsmogelijkheden vanuit de gebruiker anders. Chronische patiënten hebben meestal geen echte keuze. Maatregelen als eigen bijdragen zijn als sturingsinstrument voor hen maar beperkt zinvol. Overigens geldt zowel voor chronici als voor anderen dat

de sturingsmogelijkheden vanuit de vraagzijde gering zijn.

De voorzitter dankt de aanwezigen voor de gemaakte opmerkingen bij de achtergrondnota. Deze opmerkingen behoeven niet in alle gevallen te leiden tot aanpassing van de nota, maar zullen wel bij de advisering door de RVZ worden betrokken. Zij stapt nu over naar bespreking van de vier discussiepunten die vanuit de RVZ in een separate notitie aan de aanwezigen zijn voorgelegd. Voorafgaand daaraan wijst ze erop dat de geneesmiddelenvoorziening in Nederland in algemene zin het predikaat 'goed' verdient. Bij de discussiepunten gaat het er om hoe de geneesmiddelenvoorziening op onderdelen nog kan worden verbeterd en op welke wijze de doelmatigheid kan worden bevorderd.

Vervolgens introduceert ze het eerste discussiepunt: *de continuïteit van de farmaceutische zorg*. Hierbij heeft de RVZ vijf mogelijkheden voor verbetering aangegeven. Deze oplossingen, evenals de oplossingen bij de overige discussiepunten, zijn naar voren gekomen tijdens voorbereidende gesprekken die in het kader van deze advisering door het secretariaat zijn gevoerd met belanghebbenden en organisaties in het veld. De vijf oplossingen zijn:

- a. zorgarrangementen voor integrale zorg aan patiëntengroepen;
- b. participatie van specialisten en ziekenhuisapothekers in FTO;
- c. opstellen transmuraal formularium, met markering van geneesmiddelen voor ziekenhuisgebruik;
- d. toepassen elektronische communicatie ter verkrijging van complete medicatiehistorie;
- e. geneesmiddelenvergoeding alleen na toestemming van huisarts.

De heer Rutten betoont zich een voorstander van samenwerking tussen eerste en tweede lijn binnen het FTO. De betrokkenheid van medisch specialisten en ziekenhuisapothekers bij dit overleg zal het karakter van dit overleg kunnen veranderen. Samenwerking biedt mogelijkheden om te komen tot transmurale formularia. Elektronische informatie-uitwisseling is een van de voorwaarden voor het welslagen van samenwerking. Op een vraag van de voorzitter antwoordt hij dat specialisten momenteel, anders dan huisartsen, nog niet door verzekeraars geconfronteerd kunnen worden met hun voorschrijfgedrag. Het probleem zit hier in de poliklinische activiteiten van specialisten.

De heer van Loenen wijst op een experiment met een apotheekservicepunt binnen het VU-ziekenhuis. Bij de openbare apotheker wordt de medicatiegeschiedenis van opgenomen patiënten opgevraagd. Deze gegevens worden gekoppeld aan de

ontslagmedicatie. Over twee à drie jaar moet ook binnen andere ziekenhuizen een dergelijke koppeling van medicatiegegevens kunnen plaatsvinden. Verder merkt hij op dat bij de Amsterdamse ziekenhuizen een lokaal formularium wordt ontwikkeld, waarbij het eerstelijnsformularium meestal integraal wordt overgenomen in het ziekenhuisformularium.

De heer Van Hemert geeft aan dat door Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met onder meer NP/CF, KNMG en KNMP geprobeerd wordt de gegevensuitwisseling over medicatie tussen eerste en tweede lijn te bevorderen door hiervoor een systeem te ontwikkelen.

De heer Allart verwacht dat voor het jaar 2000 een adequate communicatie tussen eerste en tweede lijn over medicatiegegevens mogelijk zal zijn. De financiering vormt een belangrijke randvoorwaarde, evenals de vraag in hoeverre overeenstemming zal kunnen worden bereikt over de patiëntgegevens die voor uitwisseling in aanmerking komen. Met betrekking tot de door de RVZ genoemde optie, dat geneesmiddelen pas vergoed zullen worden na toestemming van de huisarts, betwijfelt hij sterk of dit zou kunnen werken. De huisarts beschikt hiervoor meestal over te weinig informatie over en inzicht in de prescriptie door de specialist. De apotheker is beter in staat om deze toestemmingsrol vervullen. Een dergelijke rol van de huisarts zal bovendien vertragend werken.

De heer Visser constateert dat hier een domeindiscussie gevoerd wordt. Het lijkt hem voor partijen zinvoller om een gezamenlijk doel te kiezen, namelijk het zo goed mogelijk waarborgen van het belang van de patiënt. Op dit gezamenlijke doel kan de zorg aan de individuele patiënt worden afgestemd.

De heer Bakker wijst erop dat momenteel veel door apothekers wordt geïnvesteerd in verbetering van de elektronische gegevensuitwisseling. Op zich is dit verheugend. Een probleem is wel dat voor het gebruik van patiëntgegevens de toestemming van betrokken patiënten vereist is. Het toestemmingsvereiste moet gewaarborgd worden. Met betrekking tot het eerder genoemde punt van vergoeding van geneesmiddelen na toestemming van de huisarts, is hij van oordeel dat, wil dit voorstel werken, de huisartsen voor deze activiteit aanvullend gehonoreerd moeten worden.

Mevrouw Van der Aa acht de huisarts vanwege zijn poortwachtersfunctie de aangewezen persoon om te fungeren als

centraal punt voor medicatiebewaking. Een bijkomend argument is de toenemende mate van marktwerking, waarbij de patiënt kan gaan 'shoppen' voor zijn geneesmiddelen. De huisarts is hierbij het beste in staat om overzicht te houden. Medicatiebewaking heeft in haar visie twee aspecten, namelijk het hebben van een overzicht over alle door de patiënt gebruikte medicijnen en het gebruikmaken van dit overzicht bij het uitschrijven van een nieuw recept.

De voorzitter wijst op een experiment in Groningen waar de reumatoloog geen recept uitschrijft, maar een advies geeft aan de huisarts. Deze zoekt bij dit advies het geschikte geneesmiddel.

De heer Vree waarschuwt, zoals de heer Visser eerder, voor het ontstaan van een domeindiscussie. Hij heeft het gespreksonderwerp: de continuïteit van de farmaceutische zorg, veel meer geïnterpreteerd als het scheppen van voorwaarden waaronder de zorg in de diverse echelons beter op elkaar zou kunnen aansluiten.

Naar de mening van **de heer Blijleven** is er geen uniform model mogelijk voor de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Veel hangt af van de plaatselijke omstandigheden. Het verbeteren van samenwerking heeft een adequate ondersteuning nodig en gaat vaak met kleine stapjes. Samenwerking zou kunnen aansluiten op transmurale initiatieven en kan bijvoorbeeld vorm krijgen rond bepaalde patiëntencategorieën. Consensusvorming en standaarden kunnen belangrijke instrumenten zijn voor het bevorderen van samenwerking. Verder merkt hij op dat momenteel tussen de verschillende FTO-groepen een grote diversiteit in functioneren bestaat.

De heer Leufkens vraagt aandacht voor de oorzaken van problemen in de continuïteit van zorg. Deze oorzaken zouden in kaart gebracht moeten worden. Als voorbeeld wijst hij erop dat innovatieve behandelingen soms aanleiding kunnen vormen voor problemen in de continuïteit van zorg. Te denken is bijvoorbeeld aan gespecialiseerde behandelingen, die binnen het ziekenhuis moeten plaatsvinden.

De heer De Blaey is een voorstander van kleinschalige experimenten met samenwerking. In dat kader kunnen modellen ontwikkeld worden voor specifieke situaties. Overigens merkt hij op dat met alleen het verbeteren van de communicatie tussen betrokkenen niet alle problemen zullen worden opgelost.

De heer Worm meent dat eerst tussen betrokkenen overeen-

stemming moet bestaan over wat als goede geneesmiddelenvoorziening wordt beschouwd. Vanuit die gezamenlijke basis kan naar structurele verbeteringen worden gestreefd. Daarbij zijn in ieder geval de volgende twee aspecten van belang: kwaliteit en financiering. Financiering vormt een van de struikelblokken voor meer samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Ontschotting en het overhevelen van budgetten kunnen als oplossingswegen beschouwd worden. Bij het aspect kwaliteit is het van groot belang dat ontwikkelingen en vernieuwingen mogelijk blijven. De industrie kan hierin een belangrijke bijdrage leveren. Spreker zegt het te betreuren als ons land een B-merkenland zou worden. Hij bedoelt daarmee dat A-merken te typeren zijn als merkgeneesmiddelen, hardware plus software, en B-merken als uitsluitend hardware.

Met betrekking tot het even genoemde onderscheid bepleit **de heer Geesink** - met verwijzing naar het adagium van de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad - de toepassing van goedkope B-merk geneesmiddelen waar mogelijk en van dure A-merk middelen indien noodzakelijk. Bovendien heeft hij bezwaar tegen een dergelijke indeling.

De heer Visser wijst erop dat het ontwikkelen van A-merken vanuit een oogpunt van innovatie noodzakelijk is. Wel moet duidelijkheid verkregen worden over de legitimiteit van de prijs van het A-merk. Een transparante prijsvorming is naar zijn oordeel noodzakelijk.

De heer De Vos bepleit in dit verband aandacht voor de toegankelijkheid van geneesmiddelen in financieel opzicht als belangrijk aspect van de kwaliteit en continuïteit van de geneesmiddelenvoorziening en van de zorgverlening als geheel. Mogelijke besparingen bij de geneesmiddelenvoorziening zouden in principe niet aan de sector onttrokken moeten worden.

De heer François is geen voorstander van een onderscheid in A- en B-merken, aangezien hiermee ten onrechte een kwaliteitsverschil tot uitdrukking zou kunnen worden gebracht. Beter is het om het traditionele onderscheid *spécialité* - generiek middel te gebruiken. Na afloop van het patent op een *spécialité* heeft dit middel in feite dezelfde waarde als een generiek middel van gelijke samenstelling.

Mevrouw Haaijer vraagt zich af hoe de aanwezigen denken over zorgarrangementen, gelet op de gewenste continuïteit van zorg en

samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Als voorwaarden voor het tot stand komen van zorgarrangementen en van een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn noemt **de heer Allart** het op elkaar laten aansluiten van protocollen uit beide echelons en het oplossen van de bestaande prijsverschillen voor geneesmiddelen binnen en buiten het ziekenhuis.

De heer Bakker merkt op dat communicatie tussen betrokkenen een belangrijk aspect is in het kader van samenwerking en kwaliteit van zorg. Hieraan dient bij protocolvorming expliciet aandacht gegeven te worden.

Mevrouw Van der Aa geeft aan dat door het NHG activiteiten ontplooid worden om NHG-standaarden te koppelen aan CBO-richtlijnen, teneinde op die manier transmurale zorgarrangementen mogelijk te maken. In de praktijk blijft de vraag, wie waar welke zorg levert, evenwel vaak een probleem, omdat de financiering daarop niet is aangepast.

Volgens **de heer Rutten** kan met zorgarrangementen een geïntegreerd zorgaanbod worden gerealiseerd. Dit heeft echter alleen kans van slagen indien partijen hiertoe bereid zijn en men niet blijft steken in domeindiscussies.

De voorzitter stelt vervolgens het tweede discussiepunt: *doelmatig voorschrijven* aan de orde. In de secretariaatsnotitie zijn hierbij zes alternatieven opgenomen:

- a. voorschrijver is belanghebbende bij doelmatig voorschrijven;
- b. vastleggen van indicatiegebonden voorschrijfgegevens;
- c. rekening houden met ervaringen van patiënten in FTO;
- d. feed back uit FTO bij ontwikkeling van standaarden;
- e. openbaar maken van FTO-afspraken;
- f. beperken OTC-pakket.

Mevrouw Riteco wijst er met betrekking tot het onder d. geschetste alternatief op dat de Ziekenfondsraad niet zelf standaarden opstelt. Het gaat bij het opstellen van standaarden erom zo goed mogelijk gebruik te maken van beschikbare informatie, niet alleen vanuit de beroepsbeoefenaren, maar ook vanuit patiënten en koepels.

De heer van Loenen wijst op het toenemende belang van standaarden voor het handelen van beroepsbeoefenaren. De standaarden zijn meestal bedoeld voor de gehele groep beroeps-

beoefenaren of voor een deel ervan. In de individuele praktijk kan hieraan een eigen invulling gegeven worden, die afhankelijk is van de aldaar beschikbare mogelijkheden. Essentieel is dat bij het opstellen van standaarden adequaat verantwoording wordt afgelegd aan het veld over de in de standaard gemaakte afspraken. Verder moet een goede voorlichting plaatsvinden over de inhoud en de consequenties ervan voor het veld.

De heer Rutten ziet de onder a en b genoemde alternatieven als belangrijkste instrumenten voor doelmatigheidsbevordering. In een beperking van het OTC-pakket (alternatief f) ziet hij geen heil. Bij de alternatieven mist hij een taak voor de opleidingen in het leren om doelmatig voor te schrijven.

Met betrekking tot het onder e genoemde openbaar maken van FTO-afspraken vraagt **de heer Worm** zich af, waarom dit niet allang geregeld is. De industrie is zeer geïnteresseerd in de achtergronden van keuzes voor een bepaald geneesmiddel.

Een taak van het FTO is ook, aldus **de heer de Blaey**, het leren werken met afspraken die discipline-overstijgend zijn en die een goede samenwerking noodzakelijk maken. Inspraak van patiënten binnen FTO-kaders is om organisatorische redenen moeilijk te verwezenlijken. Wel is de inspraak van patiëntengroepen van belang bij het ontwikkelen van farmaceutische standaarden. Hij wijst in dit verband op een in ontwikkeling zijnde standaard voor multiple sclerose.

De heer Vree hecht veel waarde aan het gebruikmaken van ervaringen van met name chronische patiënten bij afspraken over geneesmiddelengebruik. Op dit terrein dient nog het nodige onderzoek plaats te vinden.

Mevrouw Van der Aa heeft bij de genoemde alternatieven het voorschrijven op stofnaam gemist. Verder kan naar haar oordeel een toekomstig consequent gebruik van het NHG-formularium in korte tijd waarschijnlijk een aanzienlijke doelmatigheidswinst opleveren.

Naar de mening van **de heer Blijleven** zouden lokale FTO-groepen vanuit de landelijke of regionale patiëntengroeperingen gesteund kunnen worden bij het meer rekening houden met de ervaringen van chronische patiënten. Belangrijk is wel dat gebruik gemaakt wordt van ervaringen van patiëntencategorieën en niet van individuele patiënten. Waar het gaat om het openbaar maken van afspraken wijst hij op publicaties door de consumentenbond over

een selectie van NHG-standaarden en over het GVS. Spreker kan zich voorstellen dat lokale media hierbij een rol gaan spelen. Het voordeel hiervan kan zijn dat het commitment van degenen die afspraken maken wordt versterkt. Ook zou hierdoor de therapietrouw bevorderd kunnen worden.

De heer Visser benadrukt dat openbaarheid van FTO-afspraken een duidelijke wens is van patiëntengroeperingen. Zij beogen hiermee de legitimiteit van aldaar gemaakte afspraken vast te leggen en de inzichtelijkheid van besluitvorming voor buitenstaanders, waaronder patiënten te vergroten.

De heer Allart wijst erop dat het verminderen van het OTC-pakket niet automatisch leidt tot minder 'experimenten' door patiënten met zelfzorgmiddelen. Een goed pakket OTC-middelen leidt evenmin automatisch tot duurdere behandelingen met niet-OTC-middelen. Verder noemt hij twee alternatieven die naar zijn oordeel tot doelmatigheidswinst zouden kunnen voeren: het met toestemming van de patiënt vermelden van de indicatie op het recept en het voor een nader te bepalen periode in overleg met de huisarts door apothekers zelf laten uitvoeren van herhaalreceptuur, zonder tussenkomst van de arts.

Mevrouw Van der Aa werpt tegen dat prescriptie uitsluitend een taak is voor de arts. Deze dient de keuze van het geneesmiddel te maken, waarbij de indicatie overigens niet allesbepalend hoeft te zijn. Naar haar oordeel levert vermelding van de indicatie op het recept voor de apotheker geen meerwaarde op.

Op een vraag van de heer Wamsteker naar de precieze invulling van het begrip 'doelmatigheid' antwoordt **mevrouw Haaijer** dat het zowel gaat om kostenbeheersing als om kwaliteitsverbetering. Wat dit laatste betreft is onder meer te denken aan maatregelen die de therapietrouw bevorderen. **De heer Wamsteker** werpt tegen dat meer therapietrouw juist ook kostenverhogend kan werken.

De voorzitter stelt thans het derde discussiepunt aan de orde: *distributie en de functie van de openbare apotheker*. Bij dit discussiepunt zijn in de secretariaatsnotitie vier alternatieven vermeld:

- a1. de apotheker is zorgverlener;
- a2. de apotheker is zorgverlener en afleveraar van geneesmiddelen;
- b. de apotheker is ondernemer;
- c. de apotheker is zorgverlener én ondernemer.

De heer Edgar wil vooropstellen dat geneesmiddelengebruik

beschouwd moet worden als een effectieve therapievorm. Uitspraken over deze effectiviteit zijn voorbehouden aan de arts. Apothekers hebben hier te weinig zicht op. In dit licht heeft hij twijfels bij het aanbrengen van veranderingen in de rol van apothekers. Bij het onder a2 gepresenteerde alternatief: apotheker als zorgverlener en leverancier, vraagt hij zich af wat er gebeurt indien voorschrijver en leverancier van mening verschillen.

De heer De Blaey is van oordeel dat het afleveren van geneesmiddelen met zorg moet geschieden. Dit vormt een integraal onderdeel van het gehele traject van geneesmiddelenvoorziening. Het afleveren mag niet los gezien worden van dit traject. Alleen de inkoop kan als een afzonderlijke activiteit beschouwd worden.

De heer Allart vraagt zich af waarom in de secretariaatsnotitie gesproken wordt van de 'intransparante' rol van de apotheker. Hij wijst erop dat het huidige systeem van geneesmiddelenvoorziening als zodanig goed is. Het heeft ertoe geleid dat de kosten van de apotheek de laatste jaren gedaald zijn. De apotheker is prima in staat om de functies van ondernemer en zorgverlener te combineren.

Mevrouw Haaijer wijst op verschillende vormen van geneesmiddelenvoorziening, zoals het AZIVO-model. Zij is bezorgd over de ontwikkeling rond de ketens, waarbij onder meer grootwinkelbedrijven de inkoopfunctie overnemen. Dit kan leiden tot kartelvorming. Een gevolg van deze ontwikkeling zou kunnen zijn dat de kwaliteit van medicatiebewaking en voorlichting aan patiënten hieronder gaan leiden.

Met betrekking tot dit laatste werpt **de heer Edgar** tegen dat momenteel de patintenvoorlichting meestal niet door de apotheker zelf wordt gegeven, maar door de apothekersassistente. Ook de beoordeling van recepten door de apotheker vindt niet steeds bij aflevering plaats. Beide gegevenheden pleiten zijns inziens niet voor verdere versterking van de zorgverlenersfunctie van de apotheker. Daar staat tegenover dat de arts in beginsel elke patiënt ziet.

De heer Allart merkt op dat de apotheker zelf in de praktijk slechts bij de afhandeling van 10 tot 15% van alle recepten betrokken is. Ten aanzien van het arts-patiënt contact wijst hij op het feit dat herhalingsreceptuur voor een belangrijk deel door de doktersassistente wordt verzorgd. Een mogelijk bezwaar van ketenvorming is naar zijn oordeel dat de door de ketens gemaakte afspraken met de groothandel voor de patiënt uiteindelijk

nadeliger kunnen zijn dan in de huidige situatie.

De heer Visser geeft aan dat ook het huidige systeem, waarin de apotheker zowel adviseur is als ondernemer, nadelen kent. De patiënt wil bijvoorbeeld graag weten hoe het van de apotheker gekregen advies tot stand is gekomen. Spreker heeft een duidelijke voorkeur voor A1, de apotheker als zorgverlener.

De heer Geesink wijst erop dat niet alleen de apotheker maar iedere zorgverlener in de gezondheidszorg naast zorgverlener tevens ondernemer is. De apotheker maakt hierop geen uitzondering. Vervolgens stelt hij vraagtekens bij de gepresenteerde alternatieven. Op praktische gronden wijst hij de alternatieven a1 en a2 af. De huidige situatie acht hij de meest logische. Ketenvorming als zodanig levert naar zijn oordeel geen gevaar op voor een adequate geneesmiddelenvoorziening, waarbij hij stelt dat dan wel aan alle vereisten wordt voldaan zoals deze gelden voor de thans bestaande apotheken, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Apotheek Norm. Bovendien zal deze ontwikkeling waarschijnlijk niet zijn tegen te houden.

De heer Rutten geeft aan dat op dit moment de expertise van de apotheker als een welkome aanvulling wordt beschouwd op de medische inbreng van de arts. Er is in het huidige systeem een terechte nauwe koppeling tussen het zorgverlenerschap van de apotheker en de distributie. Hoewel hij veranderingen in het systeem niet uitsluit, zal bedoelde koppeling naar zijn oordeel gehandhaafd moeten worden.

De heer Vree wijst erop dat het aspect van de goodwill-problematiek bij beslissingen over de positie van de apotheker meegevoerd moet worden. Huisartsen hebben deze problemen weten te verkleinen.

De heer Worm meent dat in het kader van de distributie van geneesmiddelen ook aandacht besteed moet worden aan de positie van de groothandel. Hij wijst erop dat de RVZ een uitspraak zal moeten doen over de positie van de apotheker en in samenhang daarmee een beslissing zal moeten nemen over de gewenste distributie. Daarbij moet men uitgaan van een kwalitatief goede geneesmiddelenvoorziening, die zo efficiënt en kosten-dynamisch mogelijk is. Belangrijk is verder dat er een juiste dynamiek zit in de bedrijfskolom. Hij wijst er verder op, dat zodra vennootschappelijke verhoudingen de boventoon gaan voeren, in de zin van onder meer het creëren van gedwongen winkelnering door groothandels, de dynamiek verloren gaat en daardoor efficiency-

verlies dreigt.

De heer Van Hemert is een sterk voorstander van het gepresenteerde model a2: apotheker als zorgverlener en afleveraar van geneesmiddelen. Ook het model a1: apotheker als zorgverlener zou in aanmerking kunnen komen. In beide modellen kan de verzekeraar de inkoop van geneesmiddelen verzorgen.

De heer De Vos vraagt zich af wat het vernieuwende is in model a2. De verzekeraar koopt hier weliswaar de geneesmiddelen in, maar de apotheker zal ze toch weer bij de verzekeraar moeten bestellen, om ze uiteindelijk te kunnen afleveren.

Model b: apotheker als ondernemer, zal schadelijk zijn voor het FTO, aldus **de heer Blijleven**. Bij model a2 zal consensus moeten bestaan over een beschikbaar pakket dienstverlening, bijvoorbeeld over de koppeling aan regionale formularia.

De heer Leufkens bepleit dat bij dit alles het belang van een goede geneesmiddelenbewaking niet uit het oog wordt verloren.

De heer Visser wijst met betrekking tot de achtergrondnota op het belang van een goede analyse van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening. In dit kader is het ontbreken van transparantie in de kostenopbouw een cruciaal punt. Verder merkt hij op dat gekozen oplossingen voor kostenbeheersing, als bijvoorbeeld eigen bijdragen, voor patiënten vaak nadelig uitwerken en door hen beschouwd worden als kostenverschuivingen in plaats van kostenbesparingen. Marktwerking in de gezondheidszorg is zijns inziens achterhaald. Marktwerking kan ook leiden tot kostenstijging en verlaging van de kwaliteit en toegankelijkheid. De kostenstijging in de farmacie wordt vooral bepaald door de introductie van nieuwe, vaak zeer dure, medicijnen. Hier komt de vrije markt, de farma industrie, in conflict met het sociale zorgstelsel.

De heer Knaap wijst er vanuit het ministerie van VWS op dat het advies van de RVZ een inspirerende visie zal moeten bieden voor de middellange termijn. Het is daarbij van belang dat voor de verschillende in het advies te behandelen thema's en problemen oplossingsrichtingen worden aangegeven alsook de voorwaarden waaraan daarbij moet worden voldaan. Het is de bedoeling dat het advies een rol zal spelen bij de voorbereiding van het regeerakkoord van het aanstaande nieuwe kabinet.

De voorzitter merkt op dat de RVZ als opdracht heeft strategische

adviezen te schrijven voor de middellange en lange termijn. De door vorige spreker geuite wensen vallen in dit kader. Vervolgens sluit ze de vergadering af door alle aanwezigen hartelijk te danken voor hun inbreng en hen te verzekeren dat deze een rol zal spelen bij het schrijven van het advies.

Bijlage 6

Verslag van de bijeenkomst disease-management op 1 december 1997 te Zoetermeer

Aanwezigen:

Voorzitter

Mw. prof.dr. B. Meyboom-de Jong
Raadslid Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

RVZ-Secretariaat

Drs. J. van Hasselt
Mw. mr. C. Nijkamp
Drs. A.J.G. van Rijen

Casus CARA

Dhr. R.A.M. van Oekelen
Glaxo Wellcome BV

Drs. J. van der Palen
Medisch Spectrum Twente

Casus CVA

Drs. M.H. Boon
ZAO Zorgverzekeringen

Dhr. H.M.J.M. Raymakers, verpleeghuisarts
RK Zorgcentrum St. Jacob, Amsterdam

Casus Diabetes

Mw. B.P. Bakker-Verschoor
Diabetes Federatie Nederland/Ziekenhuis Gorinchem

Dhr. J.P.G. van Ooijen
Diabetes Federatie Nederland/Diabetes Vereniging Nederland

Decompensatio Cordis

Dhr. A.P. Timmers, huisarts
Gezondheidscentrum Wantveld, Noordwijk

Casus Aids

Dhr. P. Hupkens
HIV Vereniging Nederland

Mw. A. Maat
Werkgroep Verpleegkundig Aidsconsulenten, Den Haag

Casus Depressies
Dhr. H.Th. Kleintjens
Eli Lilly Nederland BV

Dhr. F.H.A. Sier
ZAO Zorgverzekeraars

Verslag

De voorzitter heet de aanwezigen welkom. Het doel van deze middag is om aan de hand van een zestal cases een beeld te krijgen over de mogelijkheden van en voorwaarden voor samenwerkingsrelaties tussen betrokkenen bij vormen van integrale continue zorgverlening. Specifiek zal aandacht gegeven worden aan de regiefunctie, de positie van de patiënt en de financiering van integrale continue zorg. De resultaten van deze bijeenkomst kunnen van belang zijn voor de advisering door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de onderwerpen geneesmiddelenvoorziening, vraaggestuurde zorg en transmurale zorgnetwerken.

Gedurende de bijeenkomst werden cases gepresenteerd voor de volgende ziektebeelden:

- CARA;
- CVA;
- Diabetes Mellitus;
- Decompensatio Cordis;
- Aids;
- Depressie.

In het navolgende verslag zal eerst op de afzonderlijke cases als zodanig worden ingegaan. Deze zullen vooral bekeken worden op een viertal cruciale aspecten van samenwerking en afstemming, namelijk:

- betrokken zorgverleners;
- regiefunctie;
- positie van de patiënt;
- financiering.

Aansluitend worden de resultaten voor deze vier thema's samengevat.

Casus I: CARA

In deze casus, die gesitueerd is in Twente, Enschede, ligt het accent op astma, als meest voorkomende component van de CARA-groep. De casus kent een onderzoekssituatie en een

praktijksituatie. In beide gevallen gaat het om zelfmanagement van astma. In de onderzoekssituatie is de polikliniek als uitgangspunt genomen. De hypothese is dat de zorg voor astmapatiënten efficiënter kan worden verleend en dat er meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf kan worden gelegd. In Nederland is dit nog niet eerder onderzocht.

In de onderzoekssituatie gaat het om drie voorzieningen die betrokken zijn bij de integrale zorg aan 245 astmapatiënten: de polikliniek longziekten van het Medisch Spectrum Twente, de thuiszorg en een farmaceutische industrie (Glaxo Wellcome). De polikliniek vervult in deze situatie de regiefunctie. Ze ontwerpt zelfmedicatieprogramma's, met en zonder zelfbehandeling, zorgt voor de selectie van patinten, informeert betrokken huisartsen en apothekers over het project en verzorgt de aansturing van de thuiszorg. Dit laatste bestaat voornamelijk uit het oefenen met het programma en uit de uitvoering ervan in de polikliniek. Verder evalueert ze de kosten. Daarbij maakt ze onderscheid in directe medische kosten, zoals opnames en EHBO-kosten, consulten en telefoontjes en medicijngebruik, en de indirecte medische kosten die samenhangen met het ziekteverzuim. De patiënt krijgt een grotere eigen verantwoordelijkheid die tot uiting komt in het accent op zelfbehandeling. De financiering in de onderzoekssituatie vindt plaats vanuit verschillende bronnen: het Nederlands Astmafonds en de Stichting Astmabestrijding, Oost-Nederland Zorgverzekeraar en Glaxo Wellcome bv. De voorlopige resultaten laten minder exacerbaties zien, minder opnames en minder consulten. In algemene zin is de kwaliteit van leven van patinten verbeterd. Ook werden meer telefoontjes geregistreerd, hetgeen erop zou kunnen duiden dat patiënten daadwerkelijk meer eigen verantwoordelijkheid hebben en nemen.

Voor de praktijksituatie geldt dat de huisartsen nog veelal een afwachtende houding aannemen. Als oplossingen voor dit probleem worden genoemd het meer informeren van de huisartsen over inhoud en resultaten van het zelfmedicatieprogramma en het actief betrekken van de huisartsen bij het opstellen van de richtlijnen voor zelfbehandeling. Overigens zullen zij daartoe getraind moeten worden, welke scholing door de industrie verzorgd zou kunnen worden. Verder kan eraan gedacht worden huisartsen een vergoeding te geven voor medewerking aan het zelfmedicatieprogramma.

Onduidelijk is welke partij in de praktijksituatie het beste in staat zou zijn om de regie te voeren. De huisarts heeft doorgaans weinig tijd en veel patiënten. Bovendien ontbreekt voor hem een

financiële prikkel om aan een dergelijk project deel te nemen. De polikliniek beschikt weliswaar over de noodzakelijke expertise, maar er zijn relatief weinig, veelal ernstige patiënten en er is weinig tijd. De apothekers zijn betrokken bij de medicatiebewaking en hebben verhoudingsgewijs veel tijd. Bovendien kunnen ze voorlichting en instructie geven. De vraag is echter of ze hiervoor de benodigde expertise hebben. De thuiszorg tenslotte beschikt over veel expertise. Bovendien bestaat hier een financiële prikkel. Naar de mening van de onderzoekers is zij in de praktijk het meest geschikt om de regie te voeren. In de praktijk kan zelfmedicatie als zodanig gefinancierd worden door de verzekeraar, met een eigen bijdrage van de patiënt. Voor de noodzakelijke middelen en diensten zou een beroep gedaan kunnen worden op de industrie.

Casus II: CVA

Het hier besproken CVA-samenwerkingsproject vindt plaats in Amsterdam. Betrokken organisaties zijn het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, het Rooms Katholiek Zorgcentrum Sint Jacob en Zorgverzekeraar ZAO. Centraal in het project staan een tiental AWBZ-bedden in het verpleeghuis Sint Jacob die bestemd zijn voor CVA-patiënten uit het OLVG. Voorwaarden voor deelname aan het project zijn: een maximale ligduur van 10 weken en het voldoen aan bepaalde indicatiecriteria, onder meer de afwezigheid van ernstige co-morbiditeit. De aanmelding dient liefst binnen 48 uur plaats te vinden. Er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verpleeghuisarts en behandelend specialist (neuroloog) voor het welslagen van de opname in het verpleeghuis. Daarnaast is de specialist verantwoordelijk voor de medisch-specialistische problematiek en de verpleeghuisarts voor het totale zorgplan gedurende de opname in het verpleeghuis. Gelet op dit laatste meent men dat de regie het beste kan berusten bij de verpleeghuisarts. Bovendien heeft de verpleeghuisarts doorgaans goede contacten met de neuroloog en heeft hij zicht op de omgeving van de patiënt.

Het project kent wat extra voorwaarden in de zin van beschikbaarheid van anti-decubitusbedden en rolstoelen en beschikbaarheid van een scholingsmogelijkheid voor het personeel. Het accent ligt daarbij op het multidisciplinair werken door verpleegkundigen en verzorgenden, artsen, para- en perimedici. Als knelpunten worden gezien de bruikbaarheid van opnamegegevens en verder de registratie van gegevens als zodanig, de doorstroming van patiënten, de begeleiding van patiënten en van mantelzorgers, de uitvoering van de nazorg en in mindere mate de financiën. Een tussentijdse evaluatie na een half jaar laat zien dat

onder voorwaarde van multidisciplinaire en continue zorg, het verpleeghuis inderdaad een goede plaats is voor veel CVA-patiënten.

De verzekeraar meldt ervaringen met een CVA-project waarbij betrokken waren drie ziekenhuizen, drie verpleeghuizen en de thuiszorgorganisatie. In totaal zijn ongeveer 100 patiëntendossiers bekeken. Doel van deze projecten was het opzetten en uitvoeren van verbetertrajecten, verkorting van de ligduur in het ziekenhuis, differentiatie van de verpleeghuiszorg en specifiek het ontwikkelen van een demonstratiemodel voor transmurale logistiek en communicatie.

Bij de zorgverlening aan patiënten met een CVA zijn doorgaans drie fasen te onderscheiden: een acute fase die veelal zo'n 5 tot 8 dagen duurt, gevolgd door een revalidatiefase die meestal 3 tot zes maanden in beslag neemt. Hierop volgt eventueel een chronische fase waarin de patiënt moet leren leven met de dan nog resterende restverschijnselen van het CVA. Gedurende deze fasen bevindt de patiënt zich doorgaans in verschillende 'verzekeringscompartimenten'. In de acute fase is dit het tweede compartiment, in de revalidatiefase het eerste compartiment en in de chronische fase het eerste of tweede compartiment. De gedwongen wisseling tussen compartimenten wordt als één van de knelpunten gezien. Een oplossing zou zijn om de gehele zorg voor CVA-patiënten in één compartiment te doen plaatsvinden, waarbij de voorkeur uitgaat naar het eerste compartiment.

Andere genoemde knelpunten bij CVA-problematiek zijn: onvoldoende en te late herkenning van CVA in de huisartspraktijk, onvoldoende kennis bij huisarts en bij mantelzorg, veelal te lange ligduur in ziekenhuizen en tenslotte de omslachtige, niet patiëntgerichte logistiek in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Logistiek en communicatie worden als belangrijke sleutels gezien voor verbetering van de zorg voor CVA-patinten. Daarbij kan een elektronisch patiëntendossier van grote waarde zijn. Het gaat hier om een zodanige koppeling tussen communicatie en logistiek, dat veel 'onnodige' zorg voorkomen wordt. Een zorgpas kan gebruikt worden als toegangssleutel tot de zorg. Ze dient echter niet te fungeren als drager van medische informatie. De techniek voor elektronische communicatie is inmiddels beschikbaar, de financiering is evenwel nog een probleem, waarbij ook van de overheid de nodige investeringen worden verwacht.

Casus III: Diabetes-zorg

Uitgangspunten en doelstellingen bij het diabeteszorginnovatieproject, dat plaats vond in het Beatrix Ziekenhuis te Gorkum,

thans onderdeel van de Stichting Zorgvoorzieningen Gorkum en omstreken, waren: innovatie, kwaliteitsverbetering en efficiëntie. Het inmiddels afgesloten project betrof de transmurale opvang van een honderdtal niet insuline afhankelijke diabetespatiënten. Het project werd gefinancierd door het zorginnovatiefonds Beatrixziekenhuis en stond onder leiding van een verpleegkundig specialist diabeteszorg. Verder waren direct bij het project betrokken een diëtist, een oogarts en een podotherapeut, alsmede het laboratorium, de patiëntenvereniging en een firma voor de levering van bloedglucosemeters.

Op het gebied van innovatie kende het project als doel het onderzoeken van de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een diabetescentrum door een verpleegkundig specialist diabeteszorg. Dit centrum diende toegankelijk te zijn voor alle patiënten met diabetes mellitus, zonder scheiding tussen eerste en tweede lijn. Het aspect kwaliteitsverbetering betrof het ontwikkelen van een organisatie-model waarbij de groep NIADM-patiënten door de huisarts wordt behandeld volgens de NHG-standaard. Educatie, instructie en begeleiding worden gegeven door het diabetesteam van het ziekenhuis. Zelfzorg en zelfcontrole zijn belangrijke aspecten van het model. De efficiëntie-winst diende voort te komen uit het optimaal gebruik maken van de deskundigheid en accommodatie van het ziekenhuis, hetgeen onder meer inhield dat alle deskundigen op een vast dagdeel beschikbaar dienden te zijn, zodat gezamenlijke consulten konden plaatsvinden.

Als knelpunten kwamen naar voren onduidelijkheid van bevoegdheden en het draagvlakverwerving met name van de huisartsen. De patiënten waren zeer tevreden over de toegenomen educatie en de afname aan instellingsproblemen. Wetenschappelijke evaluatie toonde aan dat de zelfzorg een duidelijke toename vertoonde.

Met ingang van september 1996 is het project structureel geworden. Onder leiding van een RHV stuurgroep Diabeteszorg [vertegenwoordigers uit 5 HAGRO's] zijn richtlijnen ontwikkeld en 40 huisartsen van de RHV hebben zich hierbij aangesloten. Behalve educatie en screening van patiënten worden ook praktijkassistenten geschoold. De huisartsen verzorgen de driemaandelijke controles. De afdeling diabeteszorg verzorgt de groepseducatie en indien gewenst individuele begeleiding, bereidt de jaarlijkse controle voor door de patiënt op te roepen voor een screening. Aan de hand van de verzamelde gegevens kan de huisarts de jaarlijkse controle goed uitvoeren. De regionale ziektenkostenverzekeraars financieren deze zorg voorlopig voor 3

jaar.

De plaatselijke patiëntenvereniging is vanaf het begin bij deze zorg betrokken. Door bemensingsproblemen verloopt dit moeizaam.

Op landelijk niveau heeft de patiënt een belangrijke plaats binnen de Nederlandse Diabetes Federatie, een koepelorgaan waar patiënten, artsen en verpleegkundigen op voet van gelijkwaardigheid invloed hebben op het zorgbeleid. Deze partijen zijn vertegenwoordigd in werkgroepen die richtlijnen voor goede zorg ontwikkelen. Tevens wordt onder andere door uitgifte van de "diabetespas" de patiënt tot mondiger gedrag gestimuleerd.

Op veel plaatsen zijn transmurale projecten in gang om de zorg aan diabetespatiënten te verbeteren. Dit gebeurt vanuit de eerstelijns of de tweede lijn, uitgaande van de eigen (financiële) mogelijkheden. Zo is er in Enschede gekozen om vanuit de apotheek een diabetesspreekuur te houden.

Casus IV: Decompensatio Cordis

De kern van dit project is dat veel winst te behalen zou zijn uit het voorkomen van het ontstaan van decompensatio cordis (hartfalen) en uit vroegdiagnostiek. Belangrijke oorzaken van hartfalen zijn: hypertensie, zo mogelijk gepaard gaande met hypertrofie van de linker kamer, ritmestoornissen, waaronder boezemfibrilleren, klepaandoeningen en hartinfarcten. Vroegdiagnostiek is goed mogelijk door middel van echografie van het hart. Er is veel voor te zeggen om bij bijvoorbeeld oudere hypertensie-patiënten routinematig een echo-onderzoek te doen. Dit onderzoek wordt nu nog relatief weinig uitgevoerd. Ook zou overwogen kunnen worden om een vorm van bevolkingsonderzoek in te richten voor het opsporen van hartfalen.

Het aantal mensen dat te maken krijgt met hartfalen is in het recente verleden aanzienlijk toegenomen en zal nog verder stijgen. Oorzaak hiervoor is naast demografische ontwikkelingen, de veelal succesvolle interventie bij acute ischemische hartziekte. De sterfte aan myocardinfarcten is de laatste jaren sterk afgenomen. Daarmee is het aantal hartpatiënten in totaliteit fors gestegen. Het aantal ziekenhuisopnamen in verband met ischemische hartziekten is tussen 1972 en 1994 verzesvoudigd. In 1972 had 10% van alle ziekenhuisopnamen een hartziekte als oorzaak, in 1994 was dit percentage gestegen tot 20. De meeste van deze patiënten ontwikkelen op enig moment hartfalen. De prevalentie van hart- en vaatziekten, inclusief hypertensie bedraagt 120 per 100.000 inwoners. Voor een huisartsnormpraktijk komt dit neer op

ongeveer 300 patienten.

Uit de registratie van het RNUH-LEO blijkt de prevalentie van hartfalen in Leiden en omstreken 5 per 1000 te bedragen. Deze prevalentie stijgt per leeftijdsgroep tot 10% bij mensen van 85 jaar en ouder. Paradoxaal genoeg bleken de meeste patienten met hartfalen onder behandeling bij de huisarts (53% tot 63%) en niet, zoals verwacht zou kunnen worden, bij de cardioloog. Dit stelt hoge eisen aan de diagnostische en anticiperende vermogens van de huisarts. Bij de huidige diagnostiek door de huisarts maakt echocardiografie nog slechts in 27% van de gevallen onderdeel van het onderzoek uit. Zoals eerder gezegd, zou dit percentage sterk moeten toenemen.

Een probleem bij decompensatio cordis is het veelvuldig voorkomen van andere chronische ziekten zoals diabetes mellitus en atriumfibrilleren (in ongeveer 20% van de gevallen in de onderzochte huisartsenpraktijken). Dit komt doordat de kans op het krijgen van hartfalen sterk toeneemt met de leeftijd, waarbij de kans op co-morbiditeit eveneens groter wordt. De kans dat meerdere behandelaars hierbij tegelijkertijd medicijnen voorschrijven is derhalve groot. Een goede medicatiebewaking is daarom essentieel. Gebruikmaking door zowel specialist als huisarts van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Samenwerking met de apotheker als farmacotherapeutisch consulent is een voorwaarde om optimaal uitgebalanceerde farmacotherapie te bedrijven met maximale veiligheid voor de patiënt.

Overwogen zou kunnen worden om op HAGRO-niveau gebruik te gaan maken van een specifieke verpleegkundige die pro-actief onderzoek doet bij risicopatiënten in de praktijkpopulatie voor bijvoorbeeld de drie numeriek belangrijke clusters aandoeningen: hartfalen, diabetes en CARA. In de praktijk blijken huisartsen evenwel nog problemen te hebben met een dergelijke aanzienlijke delegatie van taken. Dit is een algemeen verschijnsel. In Amsterdam is sprake van een experiment onder de naam 'triozorg'. Dit betreft zorgactiviteiten door huisarts, apotheker en specifieke verpleegkundige voor de even-genoemde clusters aandoeningen.

Casus V: Aids

Momenteel zijn er ongeveer 12.000 hiv-geïnfecteerden in Nederland, waarvan slechts een klein deel op de hoogte is van de besmetting. Het grootste deel van de geïnfecteerden (ongeveer 70%) woont in Amsterdam en directe omgeving. Met deze ongelijke verdeling over het land is bij de middelentoedeling voor

de aidsbestrijding onvoldoende rekening gehouden. De groep biedt een polymorf beeld en loopt uiteen van gezonde, niet onder behandeling zijnde hiv-positieven, over, in verschillende stadia van behandeling zijnde, patiënten tot uitbehandelden. Een bijzonder probleem bij de behandeling is het optreden van resistentie tegen de gebruikte medicijnen.

De zorgverlening aan hiv-positieven en aidspatiënten kent een aantal specifieke actoren naast reguliere voorzieningen. Specifiek zijn onder meer de 12 aids centra en 3 satelietziekenhuizen, de aidsinternist en de aidsverpleegkundige consulent. Deze laatste wordt gezien als de centrale raadgever voor de aidspatiënt en ook als regisseur in het zorgproces. De psychosociale zorg, die verleend wordt door onder meer de huisarts, de riagg, de categoriale poliklinieken, uitgaande van de Schorerstichting en het algemeen maatschappelijk werk, wordt vooral kwantitatief als onvoldoende bestempeld. De communicatie met hiv-positieven is vaak moeilijk en stelt bijzondere eisen. Vanuit patiëntenperspectief bestaat er een grote behoefte aan actuele informatie en voorts aan ondersteuning bij het maken van keuzen en bij de verwerking van de consequenties van aids. Verder is er behoefte aan juridische en praktische hulp en aan de mogelijkheid om anoniem een hiv-test te kunnen laten uitvoeren. Een centraal loket voor het regelen van alle elementen van zorg zou voorts het zoekproces voor hiv-positieven en aidspatiënten kunnen vereenvoudigen.

In algemene zin is er een afname te constateren in de maatschappelijke belangstelling voor hiv/aids. Daardoor kan de financiering van onderzoek en behandeling meer onder druk komen. Hier staat tegenover dat de met name wetenschappelijke informatiestroom voor hulpverleners nauwelijks is bij te houden. Verder is er weinig belangstelling binnen de afdelingen psychiatrie van ziekenhuizen, alsook bij Riaggs voor hiv-hulpverlening en vindt in ziekenhuizen een afbouw plaats van de verpleegkundige aidsconsulentfunctie. Problematisch is voorts de financiering vanuit het ziekenhuisbudget van hiv-gerelateerde laboratoriumbepalingen. Het aandeel allochtonen in de doelgroep neemt toe. Dit heeft consequenties voor de bereikbaarheid van deze groep. Aids is hier duidelijke een groot taboe. Allochtone aidspatiënten zijn moeilijker te bewegen tot het zoeken van hulp.

Casus VI: Depressie

Depressie is een veel voorkomend probleem. In Nederland lijden naar schatting ongeveer 1 miljoen mensen in meerdere of mindere mate aan een vorm van depressie. De prevalentie bedraagt 6-7%.

Ongeveer 16% van de huisartscontacten heeft betrekking op depressies. In termen van directe kosten was in 1994 f 955 miljoen met depressies gemoeid, de indirecte kosten, onder meer in verband met ziekteverzuim, beliepen tussen de f 2,2 en 16 miljard. Depressie gaat veelal gepaard met comorbiditeit. Er is relatief veel zorggebruik, waarbij farmacotherapie een belangrijke plaats inneemt. De effecten hiervan zijn bewezen. Dit geldt in mindere mate voor andere behandelingswijzen, zoals psychotherapie. Patiënten met depressie behoren gewoonlijk tot de 'dure' zorggebruikers. De mate van doeltreffendheid van de zorgverlening aan depressieve patiënten is niet altijd duidelijk.

Knelpunten in de zorg zijn onder meer een slechte bereikbaarheid van depressieve patiënten. Een derde tot de helft van hen is niet onder behandeling. Verder spelen onjuiste diagnostiek en problemen met indicatiestelling en therapietrouw een rol. Oplossingsrichtingen zijn derhalve het verbeteren van de awareness voor depressies, in de zin van onder meer destigmatisering van depressie als ziektebeeld, verbetering van opsporing en diagnostiek, bevordering van gepast voorschrijven, dat wil zeggen een adequate dosering voor een adequate duur, en bevordering van doelmatig behandelen. Om deze oplossingsrichtingen te onderzoeken is door ZAO-Lilly in Amsterdam een depressieproject uitgevoerd. Het betrof een longitudinale, retrospectieve studie aan de hand van het farmaceutisch declaratiebestand over de periode januari 1994 tot juni 1996. In het bijzonder werd gekeken naar gebruikspatronen van antidepressiva en naar co-medicatie. In genoemde periode waren er 17.229 patiënten met ten minste één recept voor een antidepressivum. Er waren 2.554 patiënten met een nieuwe episode: deze vormden de studiepopulatie. Circa 75% van deze patiënten wordt niet optimaal behandeld, vaak is de dosering niet adequaat. Slechts eénderde van de patiënten krijgt een herhalingsrecept. Een van de belangrijkste gesignaleerde verbeterpunten betreft de organisatie van de behandeling. Hiervoor zou door de doktersassistente een consultsystematiek kunnen worden gehanteerd en bewaakt: bijvoorbeeld 8 vooraf geplande consulten, waarbij ondersteunend materiaal wordt ingezet. In dit kader zou voor huisarts en assistente een gerichte training dienen plaats te vinden op bevordering van therapietrouw in de praktijk. De arts zou specifiek getraind kunnen worden op het geven van kortdurende steungevende therapie. Bevordering van patiënten-educatie is verder een belangrijk aspect. De regie voor de zorgverlening zou kunnen berusten bij de huisarts, bij diens assistente of, in FTO-verband, bij de apotheker.

Van belang is dat gestreefd wordt naar het bereiken van win-win-

relaties. Voor de patiënt zou dit kunnen betekenen een eerder herstel en terugkeer naar een normaal functioneren. De huisarts zou betere resultaten kunnen bereiken bij een gerichte inspanning, terwijl minder verwijzingen naar de specialist noodzakelijk zouden kunnen zijn. Voor instellingen zou gestreefd moeten worden naar het verminderen van het aantal opnames in verband met depressie, voor verzekeraars naar betere zorg en kostenverschuiving. Werkgevers zouden zich geconfronteerd kunnen zien met minder langdurige werkkuitval en daarmee met besparingen.

Als algemene aanbevelingen worden genoemd: het baseren van overheidsbeleid op gezondheidsrisicomanagement; het verwijderen van financieringsschotten; het verbeteren van de informatie- en communicatie-infrastructuur; het gebruikmaken van het overeenkomstenstelsel voor sturing van afspraken; het creëren van stimuli voor de ontwikkeling van diseasemanagement; de integratie van zorgprocessen tot een logische keten.

Samenvatting per thema

Eerste thema: Betrokken zorgverleners

Zoals te verwachten is, zijn bij diseasemanagement een breed scala aan instellingen en beroepsgroepen betrokken. In de cases komt een grote variëteit aan instellingen en beroepsgroepen voor. Bij instellingen voor gezondheidszorg gaat het om: ziekenhuizen, poliklinieken, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, en de aldaar werkzame beroepsgroepen respectievelijk: medisch specialisten, verpleeghuisartsen, gespecialiseerde verpleegkundigen en (overige) thuiszorgmedewerkers. Verder worden genoemd: huisartsen, apothekers, paramedici en maatschappelijk werkers. Voorts worden in een aantal cases de farmaceutische industrie en zorgverzekeraars genoemd als voorzieningen die een belangrijke rol kunnen spelen in het bevorderen van samenwerking. Zij leveren dan voornamelijk een bijdrage in het organiseren van de benodigde kennis en in trainingen voor samenwerking. Verder kunnen zij een niet onbelangrijke bijdrage leveren in de financiering van de zorgverlening. Ook onderzoekers worden in enkele cases genoemd, maar die kunnen uiteraard slechts een rol spelen in het kader van een onderzoekssituatie. Tot slot worden ook patiëntenverenigingen genoemd als actoren in het proces van bevordering van continue integrale zorg.

Een dergelijke veelheid aan mogelijk betrokkenen bij samenwerkingsprocessen en het bevorderen van integrale zorg maakt het

uiteraard noodzakelijk dat een goede afbakening van taken en bevoegdheden plaatsvindt, zo mogelijk aan de hand van door alle betrokkenen geaccordeerde protocollen. Eveneens op geleide van consensus zullen afspraken moeten worden gemaakt over de regiefunctie in het zorgproces, welke functie niet op alle momenten door één en dezelfde functionaris hoeft te worden vervuld.

Tweede thema: Regie

In het kader van diseasemanagement vormt de regiefunctie een cruciaal element. In alle besproken projecten zijn hierover opmerkingen gemaakt. Daarbij valt op dat in de meeste gevallen veel wordt verwacht van de huisarts, een verwachting waaraan vooralsnog in de praktijk veelal niet optimaal wordt voldaan. Redenen hiervoor kunnen zijn: tijdgebrek bij de huisarts en onvoldoende kennis en ervaring. Afhankelijk van de problematiek en de lokale situatie kunnen er ook andere beroepsbeoefenaren bij voorkeur in aanmerking komen voor de regiefunctie. Bij patiënten met diabetes mellitus kan gedacht worden aan de diabetesverpleegkundige, voor zover deze functionaris beschikbaar is. Voor de aids-patiënt kan in deze zin de specifieke aidsverpleegkundige als meest aangewezen functionaris beschouwd worden. In alle gevallen geldt echter dat tussen alle betrokkenen duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over de regiefunctie. Het is daarbij in chronische gevallen niet uitgesloten dat in de loop van de tijd veranderingen in de uitvoering van de regiefunctie gewenst of noodzakelijk kunnen zijn.

Bij de regiefunctie als zodanig gaat het om het optimaliseren van het zorgproces en het bewaken van de continuïteit ervan. Daartoe dienen voorwaarden in de sfeer van communicatie en coördinatie te worden gecreëerd. Zo dient beschikt te kunnen worden over alle noodzakelijke informatie. Een protocol kan een belangrijk hulpmiddel zijn bij het optimaliseren van het zorgproces en bij het realiseren van de regiefunctie.

Derde thema: Positie van de patiënt

Diseasemanagement en managed care zijn hulpmiddelen om de zorgverlening aan patiënten te verbeteren. Alle inspanningen zijn er uiteindelijk op gericht om voor de patiënt zo goed mogelijke zorg te realiseren, tegen aanvaardbare kosten. De patiënt als lijdend voorwerp neemt in deze processen derhalve een centrale plaats in. Dit blijkt ook uit de gepresenteerde cases. De patiënt zou echter ook een andere, minder lijdzame, rol kunnen vervullen. Vanuit de visie van de patiënt als rechtstreeks belanghebbende,

zou deze idealiter een actieve inbreng kunnen hebben in zijn eigen zorgproces. Hij zou in die zin bijvoorbeeld een coördinerende en bewakende functie kunnen vervullen. Hiervan is in de gepresenteerde cases nog niet of nauwelijks sprake. Voorwaarde is dat de patiënten gestimuleerd worden tot mondig gedrag en dat hen meer de gelegenheid geboden wordt om zelf invloed uit te oefenen op het zorgproces. Van belang is verder dat patiëntenverenigingen meer dan nu betrokken worden bij het opstellen van richtlijnen voor behandeling. Opgestelde richtlijnen/protocollen zouden in begrijpelijke taal onder de aandacht van de patiënt gebracht kunnen worden. Deze kan dan nagaan of onderzoek wordt uitgevoerd en zorg wordt verleend volgens door algemeen geaccepteerde richtlijnen.

Vierde thema: Financiering

Over de financiering van diseasemanagement en managed care is in een aantal cases iets gezegd. Soms hield dit verband met de specifieke case, zoals bijvoorbeeld bij diabetes mellitus.

Als oplossing wordt in een aantal gevallen genoemd het opheffen van schotten in de financiering van zorgprocessen. Overigens zou dit niet integraal hoeven te geschieden, maar kunnen gelden voor nader te benoemen patiëntencategorieën.

Bijlage 7

Door de overheid (voor)genomen maatregelen ter beheersing van de kosten van extramurale farmaceutische hulp in de periode 1982-1997

Sinds 1982 zijn de volgende maatregelen genomen om de kosten van de extramurale farmaceutische hulp in Nederland te beheersen:

Prijzenbeschikking registergeneesmiddelen (PRG)

Periode: juni 1982

Aard maatregel: prijs

Inhoud: groothandelsprijs in land van herkomst geldt als uitgangspunt voor de prijs van het geneesmiddel in Nederland.

Effect: het Europese Hof van Justitie oordeelde dat deze prijzenbeschikking met het EU-recht in strijd was.

Negatieve lijsten

Periode: 1 oktober 1982 - heden

Aard maatregel: volume

Inhoud: beperking van de aanspraak door op een aantal lijsten de namen van geneesmiddelen te vermelden die niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Het betreft de meeste zelfmedicatiemiddelen en per 1 juli 1993 homeopatische middelen.

Medicijnenknaak

Periode: 1 februari 1983 - 1 januari 1990

Aard maatregel: volume

Inhoud: ziekenfondspatiënten moeten per recept f 2,50 betalen met een maximum van f 125,- per jaar.

Effect: het aantal recepten daalde, maar de voorgeschreven hoeveelheden per recept namen toe.

Ijkprijsvergoedingensysteem

Periode: 1987

Aard maatregel: prijs

Inhoud: uniforme vergoeding aan de verzekerde voor geneesmiddelen, die farmaceutisch identiek zijn of therapeutisch equivalent worden geacht. Indien de prijs bij aflevering aan de consument hoger is dan de ijkprijs, moet de consument het prijsverschil aan de apotheekhoudende bijbetalen.

Effect: systeem is niet uitgevoerd; het veld ontwikkelde het Omni Partijen Akkoord als alternatief.

Herziening tariefstructuur apothekhoudenden

Periode: 1 januari 1988 - heden

Aard maatregel: prijs

Inhoud: de werkelijke inkoopprijs dient de basis te zijn voor de kostendeclaratie door de apothekhoudende bij het ziekenfonds.

Invoering van een vaste vergoeding per voorschrift en van een stimulansregeling voor de aflevering van goedkopere geneesmiddelen.

Effect: apothekhoudenden mogen bonussen en kortingen gedeeltelijk - voor maximaal 4% - behouden.

Prescriptieregeling

Periode: 1 september 1988 - heden

Aard maatregel: volume

Inhoud: beperking van de aanspraak van de verzekerde: aanvankelijk beperking van de voorgeschreven hoeveelheid op één recept tot een maximum van 90 dagen voor chronische patiënten en 30 dagen voor niet-chronische patiënten; dit laatste is per 1 maart 1991 verder beperkt tot 15 dagen.

Omni Partijen Akkoord (OPA)

Periode: 1 april 1989 - 1 april 1990

Aard maatregel: prijs

Inhoud: vrijwillige verlaging van de inkooprijzen van merkgeneesmiddelen met gemiddeld 6% en met 1% op de groothandelsmarge met gelijktijdige verlaging van de stimulansregeling (aflevering van generieke middelen in plaats van merkgeneesmiddelen); een akkoord tussen farmaceutische industrie, groothandel, verzekeraars, apothekers en artsen als reactie op het voornemen van de overheid om een ijkprijsvergoedingensysteem in te voeren.

Effect: door interpretatieverschillen, waardoor de financiële problematiek niet opgelost zou worden, besloot de overheid structurele maatregelen te treffen (in de vorm van het GVS en de TWPG).

Meerjarenafpraak farmaceutische hulp (MAF)

Periode: 1991 - heden

Aard maatregel: prijs

Inhoud: nieuwe afspraken tussen apothekhoudenden, artsen en verzekeraars over bonussen en kortingen in vervolg op de herziening van de tariefstructuur van apothekhoudenden; vanwege handelsvoordelen wordt f 0,49 per voorschrift in mindering gebracht op het tarief, gebaseerd op het gemiddelde voordeel voor een apothekhoudende.

Effect: de door apothekhoudenden ontvangen bonussen en kortingen mogen apothekhoudenden volledig behouden. In de praktijk zijn de in de KNMP-taxe opgenomen bedragen niet de werkelijke inkooprijzen.

Tijdelijke Wet Prijzen Geneesmiddelen (TWPG)

Periode: 20 februari 1991 - 1 januari 1993

Aard maatregel: prijs

Inhoud: mogelijkheid voor de ministers van EZ en WVC om de prijzen van geneesmiddelen te bevriezen bij onredelijke prijsverhogingen.

Effect: wet is feitelijk niet toegepast.

Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS)

Periode: 1 juli 1991 - heden

Aard maatregel: prijs

Inhoud: de vergoeding van geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn, is gebonden aan een limiet; als de prijs hoger is dan de limiet moet de verzekerde het verschil bijbetalen.

Effect: prijsdalingen van geneesmiddelen die boven de limiet geprijsd waren; prijsverhogingen voor geneesmiddelen die laaggeprijsd waren; nieuwe (vervangbare) middelen worden op of onder de prijs van de vergoedingslimiet geprijsd.

Het GVS heeft onvoldoende invloed op de belangrijkste oorzaken van de kostenstijging: de hoge prijzen van nieuwe, niet-vervangbare geneesmiddelen en de ongewenste therapeutische substitutie.

Korte termijn IWG-maatregelen

Periode: 1 januari 1996 - heden

Aard maatregel: structuur

Inhoud: maatregelen naar aanleiding van het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie om de toetreding van nieuwe distributeurs tot de markt en de concurrentie na die toetreding te bevorderen, onder meer door:

- het wegnemen van de defacto verplichting tot magistrale bereiding in iedere apotheek;
- het aanpassen van de wettelijke eisen aan inventaris en inrichting van de apotheek;
- het wegnemen van voorschriften met betrekking tot openingstijden van de apotheek;
- het wegnemen van het verbod op prijsaanduiding voor geneesmiddelen door drogisten;
- het opheffen van de categorie U.A. (uitsluitend apotheek) geneesmiddelen;
- het generiek verbod op individuele prijsbinding (per 1 juni

- 1996);
- het bevorderen van substitutie via voorschrijven op stofnaam.

Opschoning verzekerde geneesmiddelenpakket

Periode: 1 april 1996 - heden

Aard maatregel: volume

Inhoud: uitsluiting van geneesmiddelen die niet tot essentiële zorg gerekend worden uit het verzekerde pakket.

Effect: besparing van ca. 40 miljoen op jaarbasis.

Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP)

Periode: 1 juni 1996 - heden

Aard maatregel: prijs

Inhoud: de WGP geeft de minister van VWS de bevoegdheid om de prijzen van geneesmiddelen aan een maximum te binden. Deze maximumprijs is het gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië.

Effect: besparing van ca. 550 miljoen gulden op jaarbasis als gevolg van prijsdalingen van ca. 15% van specialité's; sterke afname van parallel geïmporteerde geneesmiddelen.

Lange termijn IWG-maatregelen

Periode: 1998 (?)

Aard maatregel: structuur

Inhoud: het opheffen van het verbod voor de extramurale apotheker om in loondienst te zijn bij een niet-apotheker en het opheffen van het verbod voor verzekeraars op het hebben van eigen zorginstellingen.

Bijlage 8

Gehanteerde afkortingen

ARBO	Arbeidsomstandigheden
BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
EMA	European Medicines Evaluation Agency
FTO	Farmaco Therapie Overleg
GVS	Geneesmiddelen Vergoeding Systeem
HIS	Huisarts Informatie Systeem
IWG	Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelen-distributie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
otc	over the counter
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
UR	Uitsluitend op recept (verkrijgbare geneesmiddelen)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WINAp	Wetenschappelijk Instituut van de Nederlandse Apothekers
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening

Bijlage 9

Geraadpleegde literatuur

Aa, K. van der. Huisarts is de centrale figuur in medicatiebewaking patiënt. *De Huisarts*, 1997, nr. 6, p. 7-9.

Besluit van 22 april 1996 tot wijziging van het besluit van 11 december 1991, houdende onverbindverklaring van bepalingen in mededingingsregelingen inzake individuele prijsbinding met betrekking tot bepaalde goederen (geneesmiddelen). *Staatsblad*, 1996, nr. 247.

Bos, A.M. en Setzpfand, R.H. *Voorstudie onderzoek farmaceutische groothandel in de extramurale markt*. De Meern: Retail Wholesale Group, 1994.

Commissie Farmakolom. *Advies Een recept voor een werkzame geneesmiddelenmarkt*. 's-Gravenhage: Commissie Farmakolom, 1996.

Congres van de International Pharmaceutical Federation (FIP 1997). *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 45, p. 1706-1754.

Council of Europe. *The role and training of community pharmacists*. Strasbourg: Council of Europe Press, 1993.

Dam, J.G. van. Taxol, U-bochten en gesloten systemen. *Medisch Contact*, 1997, nr. 37, p. 1135-1137.

Delnoij, D.M.J. *Budgettering van huisartsen voor kosten van geneesmiddelen*. Utrecht: NIVEL, 1996.

Desselle S., Schwartz, A. & M. en Rappaport, H. The identification of pharmaceutical care practice standards in the community pharmacy setting. *Journal of Pharmaceutical Care*, 1997, 1, article 3 (<http://198.79.220.3/pharmacy/jpc/jp10103.html>)

Dijkers, F.W. Herhaald voorschrijven in de huisartsenpraktijk. *Geneesmiddelenbulletin*, 1997, nr. 6, p. 65-70.

Farmacie in Nederland. *Pharmaceutisch Weekblad*, Thema-uitgave, 1996.

Gezamenlijke notitie over transmurale farmacie afgerond. Hoofdbestuur KNMP en Bestuur NVZA. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 29, p. 977-979.

Gier, J.J. de. 'Pharmaceutical care' staat of valt met goede richtlijnen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 45, p. 1727-1728.

Gier, J.J. de. Samenwerken: iedereen kan het. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 45, p. 1747-1749.

Groene Land Verzekeringen. *Van HIS naar HOS*. Zwolle: Groene Land Verzekeringen, 1997.

Haaijer-Ruskamp, F.M. Op het snijvlak van wetenschap en klinische realiteit. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, nr. 11, p. 315-321.

Hemert, T.J.E. van en Rozema, S. Dossier Geneesmiddelen. *Zorgverzekeraars Magazine*. 1996, nr. 7, p. 16-23.

Herrings, R.M.C. Medicatiebewaking gebaat bij samenwerking. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 30, p. 1030-1033.

Inspectie voor de Gezondheidszorg/Staatsinspectie op de Volksgezondheid. *Staat van de gezondheidszorg, een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid*. Rijswijk: VWS, 1997.

Instituut voor Medische Statistiek. *Farmaceutische almanak Nederland 1996*. 's-Gravenhage: IMS, 1997.

Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie. *Rapport geneesmiddelendistributie*. Rijswijk: VWS, 1994.

Kleijn, E. van der en Baselier, P. Protocolair voorschrijven verbetert kwaliteit zorgproces. *Pharmaceutisch weekblad*, 1997, nr. 27, p. 910-912.

Kocken, G. en Etienne, R. Huisartsen en apothekers zijn tevreden over FTO. *De Huisarts in Nederland*, 1998, nr. 1, p. 11-14.

KPMG Management Consulting. *Brancherapport Farmacie 1997*. Utrecht: KPMG, 1997.

KPMG Management Consulting. *Effectiviteit van het GVS*. Rotterdam: KPMG, 1995.

Lisman, J. Geneesmiddelen en Europa, enkele ontwikkelingen in de Europese Unie in 1997. *Medisch Contact*, 1997, nr. 1, p.

23-24.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de IWG-aanbevelingen d.d. 27 juni 1996*. Rijswijk: VWS, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het kabinetsstandpunt initiatiefvoorstel tot wijziging van artikel 13 van de WOG d.d. 8 december 1997*. Rijswijk: VWS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Jaaroverzicht Zorg 1997*. Rijswijk: VWS, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Jaaroverzicht Zorg 1998*. Rijswijk: VWS, 1997.

Moss, F. Het Besluit UR-geneesmiddelen is niet meer. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 45, p. 1700-1701.

Moss, F. Intramuraal mag extramuraal, wijziging artikel 13 Wet op de geneesmiddelenvoorziening. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, nr. 42, p. 1599-1602.

Muijrsers, P.E.M. en Groenewegen, R.L. De apotheker als collega, ontwikkelingen in de openbare farmacie. *Medisch Contact*, 1997, nr. 45, p. 1412-1414.

Nederlands Huisartsen Genootschap. *Transmurale afspraken, beleidsnota over de samenwerking met wetenschappelijke verenigingen van specialisten rond NHG-standaarden*. Utrecht: NHG, 1996.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis Apothekers. *Beleidsplan ziekenhuis farmacie 1996-2000, externe versie*. 's-Gravenhage: NVZA, 1996.

NYFER, Forum for Economic Research. *Geneesmiddelen: handel of zorg?*. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1997.

Projectgroep Mededinging Gezondheidszorg. *Mededinging in de gezondheidszorg*. Rijswijk: VWS, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Informatietechnologie in*

de zorg. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument*. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Registratiekamer. *Medicatiebewaking door centrale patiëntenregistratie*. Den Haag: Registratiekamer, 1997.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 - De som der delen*. Amsterdam: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Snier, H., Spigt, T. en Meulen, R. van der. *Innovaties in zorg verzekerd?* Rotterdam: Wetenschappelijk Instituut voor Zorgadvies, 1997.

Soest, M.M. van en Steenbeek, A. *De introductie van en het omgaan met dure geneesmiddelen in de Nederlandse ziekenhuizen*. Alkmaar: Farmaceutisch Samenwerkingsverband Holland-Noord, 1997.

Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. *Beleids- en activiteitenplan 1998*. Utrecht: Stichting DGV, 1997.

Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. *Jaarverslag 1996*. Utrecht: Stichting DGV, 1997.

Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. *Landelijke inventarisatie farmacotherapie-overleg 1996*. Utrecht: Stichting DGV, 1997.

Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. *Ontwikkelings- en implementatieprogramma voor transmurale afstemming farmacotherapie*. Utrecht: Stichting DGV, 1997.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. *Data en feiten 1997, kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp*. 's-Gravenhage: SFK, 1997.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Verslag van een algemeen overleg over de brief van 10 april 1997 inzake onderzoek naar de bonussen en kortingen bij apothekers na inwerkingtreding van de Wet geneesmiddelenprijzen*. 's-Gravenhage: SDU, vergaderjaar 1996-1997, 25 000 XVI, nr. 83.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Voorstel van wet van het lid Oudkerk houdende wijziging van artikel 13 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening*. 's-Gravenhage: SDU, vergaderjaar 1996-1997, 25408, nr. 1-5.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over de budgettering van huisartsen voor de kosten van geneesmiddelen d.d. 31 oktober 1997*. 's-Gravenhage: SDU, vergaderjaar 1997-1998, 25 604 nr. 7.

Vos, C.M. de. De plaats van een apotheker. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, nr. 46, p. 1165-1168.

Vries, C.S. en De Jong-Van den Berg, L.T.W. *Farmacotherapie overleg in de praktijk*. Groningen: Groningen Institute for Drug Studies, 1997.

Wieringa, N.F., De Jong-Van den Berg en L.T.W., Haaijer-Ruskamp, F.M. *Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening*. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Wolf, P. de, Spigt, M.H. en Overgaag, A.A.T. *De apothekersassistenten in model*. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, Faculteit Bedrijfskunde, 1997.

World Health Organisation. *The role and function of the community and hospital pharmacist in the health care systems of Europe*. Groningen: Styx Publications, 1989.

Ziekenfondsraad. *Advies kostenbeheersing farmaceutische hulp*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994.

Ziekenfondsraad. *Farmacotherapeutisch Kompas 1997*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997.

Ziekenfondsraad. *Rapport geneesmiddelenverstrekking in ziekenhuizen*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996.

Ziekenfondsraad. *Rapport opname nieuwe geneesmiddelen in het pakket*. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997.

Bijlage 10

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,--.

1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

1996

96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/05	Met zorg wonen deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00

97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00

Januari 1998

97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00

Maart 1998

97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-028-2

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 97/14*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg