

Stakeholders: LHV apothekhoudend
Datum: 8 juni 2021
Tijd: 14:00 – 16:00 uur
Locatie: Digitaal (Microsoft Teams)

Pagina
1 van **Fout! Bladwijzer
niet gedefinieerd.**

Aanwezig

C. Kiklas, W. van Steenis, L. Jonkers (allen LHV), R. Schipper, J. Vahl en G. Wevers (allen NZa).

Evaluatie extramurale farmacie algemeen

1. Wat gaat er goed in de sector (top 3)?

- De apothekhoudende huisarts (aha) is de ideale combinatie van huisartsenzorg en farmaceutische zorg. Er is sprake van korte lijnen, een goede setting, zorg dichtbij de patiënt; kortom geïntegreerde en efficiënte zorg.
- Er is altijd overzicht van de actuele medicatie. Aha doet ook de medicatiebeoordeling (MBO). Daarbij is in veel gevallen een onafhankelijke openbaar apotheker of aha betrokken.
- Als team kunnen problemen van de patiënt goed worden aangepakt. Vanwege het kleinschalige karakter heeft men meer kennis van ieder individu in vergelijking met grotere openbaar apotheken.
- De bevoegdheid en het plezier van professionals in het vak.

2. Wat zijn de belangrijkste knelpunten in de sector (top 3)?

- Versnippering van de farmaceutische zorg zoals bijvoorbeeld bij hulpmiddelen. In noodsituaties levert de aha zelf en moet achteraf de financiering rond worden gekregen.
- Ondernijning formularia: verzekeraars sturen patiënten op bepaalde geneesmiddelen die in strijd zijn met landelijke formularia.
- Verschillend beleid zorgverzekeraars (onder andere in het preferentiebeleid) waardoor er extra druk ontstaat. Het invoeren van volgebeleid is hiervoor zeer wenselijk. Het uitgangspunt is dat elke patiënt gelijke zorg krijgt, maar binnen de farmacie zijn er vaak verschillen in de zorg die aan patiënten geleverd mag worden.
- De aha wordt niet beloond voor avondzorg. In die gevallen ziet de verzekeraar de patiënt liever naar de dienstapothek gaan.
- Er is een gebrek aan vertrouwen in de professional. Wat is de rol van de professional? Welke basis wil je borgen? Verzekeraars gaan vaak uit van de 10% die het niet goed doet, terwijl het grootste deel van de professional hele goede zorg levert.

3. Raken deze punten de bekostiging? Waar?

De basisvoorziening zou beter geborgd moeten zijn. Een patiënt heeft recht op een apothekhoudende setting. Je moet de voorziening in stand willen houden. Wat mag dat kosten en hoe borg je dat? Dit komt onvoldoende terug in discussies en de apotheker is nu teveel afhankelijk van handel (bijv. inkoopkortingen). Deze marges waren eerder dekkend, maar vallen heel erg weg.

Het zou goed zijn als op regionaal niveau meer maatwerk mogelijk is in de tarieven. In de ene regio zijn bijvoorbeeld huisvestingskosten veel hoger dan in andere regio's.

Men ziet de ontwikkeling naar landelijke internetapotheken met enige angst tegemoet. Je wilt dat farmaceutische zorg dichtbij de patiënt blijft

bestaan. Versnippering moet je niet willen en zorgt er bovendien voor dat de aha minder heeft om van rond te komen.

Een ander knelpunt is dat politheken bijvoorbeeld vaak medicatie voor 3 maanden meegeven. Zij brengen 1^e uitgiftes in rekening, maar mensen komen uiteindelijk met vragen bij de aha terecht. De uitleg is dan onvoldoende geweest. Vroeger kwamen mensen direct bij de aha langs en niet via een politheek.

Pagina
2 van **Fout! Bladwijzer
niet gedefinieerd.**

Evaluatie huidige bekostiging specifiek

4. Er is een wens voor meer ruimte voor c.q. focus op **de apotheker als zorgverlener.**

- a. **Wat kan bijdragen aan het versterken van die zorgverlenersrol?**
- b. **Kan die zorgverlenersrol worden gestimuleerd in de bekostiging? Zo ja, hoe?**

De vraag is wat het zorgverlenersstuk is van de apotheker. De focus moet blijven op het farmaceutisch zorgverlenerschap. Men krijgt soms het gevoel dat de apotheker een zaken/zorg van de huisarts wil overnemen.

- c. **Hoe ziet u de distributie (van geneesmiddelen) idealiter voor zich? Wat is daar eventueel voor nodig in de bekostiging?**

Momenteel staat er een grote druk op de farmaceutische zorg. De marges op handel lopen terug waarmee de vraag ontstaat wat de farmaceutische zorg zelf waard is en of het gewenst is om de apotheek deels afhankelijk te laten zijn van de handel (marges genees- en geneesmiddelen). Het scheiden/ontkoppelen van de afhankelijkheid met de handel kan een idee zijn, maar kan ook leiden tot versnippering (bijv. recente ontwikkelingen in hulpmiddeleninkoop). Discussies rondom de handel (en marges) gaan bovendien elders spelen, bijvoorbeeld regionaal of landelijk. Het ontkoppelen van de afhankelijkheid met de handel lijkt dan ook geen oplossing. Daarentegen geeft de aha wel aan dat zij momenteel verliest op de inkoop van geneesmiddelen en dit moet compenseren op inkomsten uit terhandstellingen.

In het geval van de toetreden van bijv. Amazon moet er een systeem blijven bestaan met korte lijnen en zorg dichtbij de patiënt.

5. Er is sprake van onvoldoende **multidisciplinaire (regionale) samenwerking.**
- a. **Welke redenen zijn hiervoor aan te dragen?**
 - b. **Wat kan bijdragen aan het versterken multidisciplinaire (regionale) samenwerking?**
 - c. **Moet/kan bekostiging daar verder aan bijdragen? Hoe?**

De aha ervaart juist een goede multidisciplinaire samenwerking. De aha spreekt dagelijks met bijvoorbeeld specialisten in de tweede lijn en met de thuiszorg. Ook neemt zij deel aan FTO's in de regio. Ervaringen met multidisciplinaire samenwerking zijn bij de aha dan ook het tegenovergestelde dan die van de openbaar apotheker.

Soms wel strubbelingen in de samenwerking, bijvoorbeeld door corona; minder ruimte voor doorverwijzen van patiënten. Of medisch specialisten die soms andere middelen voorschrijven dan je zou willen. In dat geval is het lastig een patiënt te overtuigen juist een ander middel te gebruiken. De samenwerking met de wijkzorg is op n=1 niveau vaak prima, maar je hebt hier ook te maken grote(re) wijkverplegingsorganisaties waarmee de samenwerking soms stroever verloopt.

6. Over het algemeen ervaren partijen in de bekostiging voldoende **ruimte voor innoveren en experimenteren**, maar zou dit onvoldoende worden benut.
- a. **Welke redenen zijn hiervoor aan te dragen?**
 - b. **Wat is er nodig om in de praktijk (meer) te innoveren en experimenteren?**
 - c. **Moet/kan bekostiging daar verder aan bijdragen? Hoe?**

Pagina
3 van **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Het is voor de aha lastig in te schatten wat de mogelijkheden zijn voor innoveren/experimenteren in de farmaceutische zorg, vanwege de verschillende geldstromen (enerzijds huisartsenzorg, anderzijds farmaceutische zorg). Veel activiteiten die de aha uitvoert, worden door openbaar apothekers als innovatief ervaren, terwijl dit voor de aha business as usual is.

Concrete afspraken over experimenten/innovaties zijn vaak lastig erdoor te krijgen bij verzekeraars. Er is vaak een grote mate van onzekerheid en als verzekeraars bereid zijn afspraken te maken, dan moet het initiatief minimaal betrekking hebben op +/- 100.000 inwoners.

7. Sinds 2012 gelden er **vrije tarieven** in de extramurale farmacie.
- a. **Wat zijn de positieve ontwikkelingen als gevolg van de vrije tarieven?**
 - b. **Wat zijn eventuele nadelen van de vrije tarieven?**
 - De vrije tarieven hebben veel variatie en onvoorspelbaarheid gebracht. De aha hebben de verantwoordelijkheid over ervaren personeel in vaste loondienst. Die loonkosten lopen door, maar tarieven stijgen niet. Om kosten zo laag mogelijk te houden, innoveert de aha. Gevolg daarvan is dat tarieven verder gekort worden. Kortom: hoe beter je het doet, hoe minder inkomsten. Dat knelt voor relatief kleine bedrijven zoals die van de aha. De grootte van een aha-praktijk varieert. Sommige praktijken zitten onder het norm aantal ingeschrevenen en hebben het apotheekgedeelte dus nodig om te kunnen functioneren.
 - De verwachte ruimte om op regionaal/individueel niveau afspraken te kunnen maken is niet aanwezig, omdat afspraken vaak moeten gaan over minimaal 100.000 inwoners.
 - De realiteit is dat er geen onderhandelingen kunnen worden gevoerd maar dat je moet tekenen bij het kruisje. Er zijn dus eigenlijk geen vrije tarieven. De verhoudingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders kloppen niet. Inkoopcollectieven hebben een iets grotere onderhandelingspositie, maar aan afspraken worden altijd voorwaarden gesteld.

Passende zorg

8. Sluit de bekostiging van farmaceutische zorg voldoende aan op de **principes van passende zorg**¹?
- a. **Waarom wel/niet?**
 - b. **Zo niet, wat is ervoor nodig om de bekostiging van farmaceutische zorg beter aan te laten sluiten op de principes van passende zorg?**

De zorg die de aha levert is waardegedreven, juist door de integratie van huisartsenzorg en farmaceutische zorg. Er zijn korte lijnen en de zorg staat dichtbij de patiënt. Zo staat geld niet op de voorgrond, maar juist het welzijn van de patiënt. Idealiter zou er meer samenwerking met de apothekers zijn om hierin een extra stap te kunnen nemen. Daarnaast

¹ i) zorg is waardegedreven; ii) komt samen met de patiënt tot stand; iii) betekent JZOJP; en iv) gaat niet over ziekte, maar over gezondheid.

zou er een stimulans moeten zijn zodat men gaat nadenken hoe de zorg nog beter georganiseerd kan worden (bijv. via de O&I gelden).

De aha werkt dagelijks aan passende zorg voor het individu, maar het knelt omdat de verzekeraars meer op macroniveau en naar de hele populatie kijkt. Als je meer wilt sturen op passende zorg, dan is een inschrijftarief nodig; een vast bedrag per patiënt voor de apotheek.

Pagina
4 van **Fout! Bladwijzer
niet gedefinieerd.**

9. Passende zorg speelt geen c.q. een zeer geringe rol in de **contractering** van farmaceutische zorg.
 - a. **Welke redenen zijn hiervoor aan te dragen?**
 - b. **Wat is er nodig om in de contractering meer te sturen op passende zorg?**

Passende zorg is moeilijk aan te sluiten op de contractering, zorgverzekeraars zijn vooral bezig met de kosten in plaats van de kwaliteit. De aha heeft twee inkomstenbronnen (de huisartsenzorg en de farmaceutische zorg). Het ene kan het andere compenseren, maar aha zijn is in principe niet rendabel. Het inkomen van een 'gewone' huisarts is hoger dan die van een aha.

Persoonsgerichte zorg is van belang. De aha ziet risico's als bedrijven als Amazon zich bezig gaan houden met het leveren van geneesmiddelen. Er is farmaceutische vakkennis nodig. In het verleden hebben huisartsen vaker aangegeven dat het misschien wenselijk zou zijn om de "hardlopers" te verstrekken via hun praktijk. Dit zal waarschijnlijk wettelijk niet haalbaar zijn en heeft niets met de bekostiging van de apotheekhoudende huisarts te maken.

10. Is er in de bekostiging een **differentiatie** denkbaar naar patiëntgroepen, bijvoorbeeld acuut, electief/incidenteel en chronisch?
 - a. **Waarom wel/niet?**
 - b. **Zo ja, welke differentiatie?**
 - c. **Wat is ervoor nodig om deze differentiatie te laten landen in de bekostiging?**

Alle zorg moet door de aha geleverd kunnen blijven worden. De manier waarop het gefinancierd wordt is aanpasbaar, zolang de levering gewaarborgd is en er niet versnipperd wordt. De aha voelt niet veel voor abonnementen voor bijvoorbeeld chronische of zorg-intensieve patiënten. Er is momenteel discussie om medicatie over te hevelen naar ketenzorg (bijv. geneesmiddelen moeten onderdeel uitmaken van CVRM/DMII-keten). Dat is een lastig vraagstuk. Je krijgt dan te maken met gemiddelde tarieven die niet aansluiten bij de individuele zorgvraag. Daarnaast is afbakening van patiëntgroepen lastig; waar trek je de grens? Je hebt groepen waar dit relatief makkelijk kan (bijv. gebruikers van de anticonceptiepil of anti-allergica), maar ook groepen waar dit vrijwel niet mogelijk is (bijv. palliatieve patiënten, patiënten met complexe zorgvraag). Er is vaak sprake van multimorbiditeit en dat maakt afbakening lastig. Wat doe je met patiënten die niet in een hokje of in meerdere hokjes passen? En hoe borg je dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben?

Speerpunten en verwachtingen

- 11. Wat zijn voor u de speerpunten in de doorontwikkeling van de bekostiging (top 3)? Waarom?**

Maatwerk, zorg dichtbij de patiënt en geïntegreerde farmaceutische zorg zonder versnippering. Daarnaast zou het huidige beleid aangepast kunnen worden zodat er langere termijncontracten worden gerealiseerd. De NZa geeft aan dat de regelgeving de ruimte biedt om meerjarige

contracten af te sluiten en dat er steeds meer meerjarencontracten afgesloten worden.

De LHV AHA komt nog terug op de vraag of (en eventueel welke) concrete aanpassingen er in de huidige bekostiging van farmaceutische zorg (dus: de NZa-prestaties voor farmaceutische zorg) noodzakelijk zijn (**actie LHV AHA**). Op grond van dit interview en eerdere schriftelijke inbreng geeft de LHV AHA vooralsnog aan geen ingrijpende wijzigingen in de bekostiging voor ogen te hebben. De apotheekhoudende huisartsen hebben echter geen bezwaar tegen een toekomstige bekostiging middels een deel abonnementstarief en een deel receptregelvergoeding en prestatiebekostiging. Een "gezonde mix" die aan de ene kant zekerheid voor de geneesmiddelverstrekking en farmaceutische zorg als basisvoorziening biedt en aan de andere kant een vergoeding die afhankelijk is van de inspanningen die men verricht, kan men zich goed voorstellen.

Pagina
5 van **Fout! Bladwijzer**
niet gedefinieerd.