



Knelpunten bij extramuralisatie
Verschillen in kwaliteit van farmaceutische zorg bij
ontslag uit ziekenhuis

Bureauonderzoek naar verschillen in kwaliteit van farmaceutische zorg bij de overgang van ziekenhuis naar thuis(zorg)situatie of verpleeghuis

NOVEMBER 2010

DIT ONDERZOEK IS UITGEVOERD DOOR IMS HEALTH IN OPDRACHT VAN PLATFORM PI

AUTEURS

MARTIJN NIEUWHOF, CONSULTANT

JEROEN TER BORG, CONSULTANT

Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING	4
HOOFDSTUK 1: ONDERZOEKSVRAAG	5
1.1 ONDERZOEKSVRAAG PLATFORM PI.....	5
1.2 DEFINITIES.....	5
1.3 OPERATIONALISERING VAN DE ONDERZOEKSVRAAG	5
1.4 METHODOLOGIE	6
HOOFDSTUK 2: WETTELIJK KADER	7
HOOFDSTUK 3: VERSCHILLEN EN KNELPUNTEN IN FARMACEUTISCHE ZORG	8
3.1 VERSCHIL IN HOOFDBEHANDELAAR PATIËNT	8
3.2 VERSCHIL IN AANSPRAKEN EN BEKOSTIGING FARMACEUTISCHE ZORG	8
3.3 VERSCHIL IN AANSPRAKEN EN BEKOSTIGING VERPLEEGKUNDIGE ZORG.....	10
3.4 VERSCHIL IN DESKUNDIGHEID PERSONEEL	11
3.5 VERSCHIL IN GENEESMIDDELVERSTREKKING EN MEDICATIEOVERDRACHT	12
HOOFDSTUK 4: CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	16
4.1 CONCLUSIE.....	16
4.2 AANBEVELINGEN.....	18
APPENDIX 1: LITERATUURLIJST	19
APPENDIX 2: BESCHRIJVING WET- EN REGELGEVING FINANCIERING VAN ZORG.....	20
A. DE ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW).....	20
A.1 Aanspraak op geneesmiddel.....	20
A.2 Aanspraak op verpleegkundige zorg.....	20
A.3 Bekostigingswijze van geneesmiddelen en verpleegkundige zorg.....	20
A.3.1 Beleidsregels dure (CI-1114) en weesgeneesmiddelen (CI-1061).....	20
A.3.2 Beleidsregel verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg (CI-1116/CA-402).....	20
B DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)	21
B.1 Aanspraak op geneesmiddelen.....	21
B.2 Aanspraak op verpleging	21
B.3 Bekostigingswijze van geneesmiddelen en verpleegkundige zorg.....	21
B.3.1 Beleidsregel extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen (CA-386).....	21

Managementsamenvatting

In opdracht van Platform Patiënt-Industrie is onderzocht welke invloed extramuralisering heeft op de kwaliteit van farmaceutische zorg als een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zijn medicatie voortzet buiten het ziekenhuis. Om deze vraag te beantwoorden zijn op vijf kenmerken (hoofdbehandelaar, aanspraak en bekostiging farmaceutische en verpleegkundige zorg, deskundigheid van personeel en geneesmiddelverstreking en medicatieoverdracht) verschillen in farmaceutische zorg tussen het ziekenhuis en de thuis-/verpleeghuissituatie en de daaruit voortvloeiende knelpunten in kaart gebracht.

Op het niveau "*hoofdbehandelaar*" van de patiënt zijn geen substantiële knelpunten geïdentificeerd. Wel is duidelijk dat de overgang van een patiënt naar een andere hoofdbehandelaar noopt tot een goede geneesmiddelverstreking en medicatieoverdracht.

Juist op het gebied van "*geneesmiddelverstreking en medicatieoverdracht*" doen zich veel knelpunten voor. Het gaat dan om fouten bij de medicatieoverdracht, onvoldoende begeleiding bij ontslagmedicatie en een suboptimale afstemming tussen zorgverleners wat leidt tot niet medisch noodzakelijk aanpassingen van de medicatie.

Bij "*bekostiging van farmaceutische zorg*" doen zich een aantal knelpunten voor. Deze knelpunten bestaan uit ontoereikende (aanvullende) bekostiging (zowel voor het ziekenhuis als voor het verpleeghuis) van dure en/of specialistische geneesmiddelen. Daarnaast ontbreekt het in sommige gevallen aan bekostiging van deze middelen (in het ziekenhuis voorgeschreven geneesmiddel niet opgenomen in het GVS (extramuraal)).

Er is een knelpunt met betrekking tot "*aanspraak van farmaceutische zorg*" in de thuissituatie. Dubbele aanspraak leidt er soms toe dat zorgverzekeraar en zorginstelling de keuze voor de uitoefening van een specifieke aanspraak betwisten. De keuze voor een aanspraak bepaalt wie de uitoefening moet bekostigen.

Met betrekking tot "*aanspraak en bekostiging van verpleegkundige zorg*" zijn geen knelpunten naar voren gekomen.

De gevonden knelpunten zijn in 3 categorieën te verdelen: financiële, organisatorische en zorginhoudelijke knelpunten.

Toename van prestatiebekostiging, meer complexe zorgvormen en samenwerkingsverbanden, en toenemende behoefte om kosten te beheersen, kunnen ervoor zorgen dat knelpunten op het gebied van kwaliteit van farmaceutische zorg worden versterkt in het geval dat de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zijn medicatie voortzet buiten het ziekenhuis. Er bestaat in die zin urgentie om te achterhalen in welke mate het zorgveld de gevonden knelpunten als zodanig ervaart en welke mogelijk kunnen worden voorkomen.

Hoofdstuk 1: Onderzoeksvraag

1.1 ONDERZOEKSVRAAG PLATFORM PI

De adviesgroep Extramuralisering van het Platform PI heeft opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar de gevolgen van extramuralisatie op de kwaliteit van farmaceutische zorg. De centrale onderzoeksvraag luidt: in hoeverre heeft extramuralisering invloed op de kwaliteit van farmaceutische zorg in het geval de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zijn medicatie voortzet buiten het ziekenhuis?

De centrale onderzoeksvraag wordt gesplitst in twee deelvragen:

1. Welke verschillen op het gebied van farmaceutische zorg ontstaan er wanneer een (chronische) patiënt, na ontslag uit het ziekenhuis, de medicatie voortzet in een thuis- of verpleeghuissituatie?
2. In hoeverre leiden deze verschillen tot knelpunten op het gebied van kwaliteit van farmaceutische zorg?

1.2 DEFINITIES

In deze paragraaf zullen de gebruikte begrippen worden gedefinieerd en nader toegelicht.

Extramuralisering: in dit onderzoek wordt extramuralisering gedefinieerd als de overgangssituatie die ontstaat bij ontslag uit het ziekenhuis en voortzetting van de farmaceutische behandeling in de thuis-, thuiszorg- of verpleeghuissituatie.

Ziekenhuisverplaatste zorg: ziekenhuisverplaatste zorg wordt gedefinieerd als ziekenhuiszorg die buiten het ziekenhuis in de thuissituatie of verpleeghuissituatie wordt geleverd in het kader van een medisch specialistische behandeling. Ziekenhuisverplaatste zorg staat nog in het begin van zijn ontwikkeling, maar het is een relevante ontwikkeling met betrekking tot de kosten en kwaliteit van zorg.

Dit onderzoek richt zich niet op deze vorm van extramuralisering, maar op de overgang van farmaceutische zorg in het ziekenhuis naar de thuis- of verpleeghuissituatie. Daarom wordt ziekenhuisverplaatste zorg niet betrokken in dit onderzoek.

Kwaliteit van farmaceutische zorg:

- *Farmaceutische zorg:* het geheel van zorgverleningactiviteiten dat de patiënt nodig heeft om op het juiste moment over het juiste geneesmiddel in de juiste toedieningsvorm en dosering te beschikken voorzien van de juiste begeleiding en informatie¹.
- *Kwaliteit:* In dit onderzoek is kwaliteit beperkt tot structuurkenmerken van zorg die betrekking hebben op personele, organisatorische en financiële middelen en processen om goede zorg te verlenen. Kwaliteit kan hier worden gedefinieerd als het aanwezig zijn van adequate personele, organisatorische en financiële middelen en processen om bij de overgang van ziekenhuis naar thuissituatie minimaal een gelijk niveau van farmaceutische zorg te kunnen leveren. De in dit onderzoek gebruikte structuurkenmerken (kenmerken van 'organisatie van zorg' genoemd) worden bij operationalisering van de onderzoeksvraag verder benoemd.

Tot slot wordt onderscheid gemaakt in twee situaties na ontslag uit het ziekenhuis:

- *Thuisituatie:* patiënt verblijft thuis of in een verzorgingshuis
- *Verpleeghuissituatie:* patiënt is opgenomen in zorginstelling met AWBZ-indicatie Behandeling.

1.3 OPERATIONALISERING VAN DE ONDERZOEKSVRAAG

De onderzoeksvraag heeft betrekking op twee varianten van extramuralisatie namelijk: **A:** de overgang van ziekenhuis naar thuissituatie en **B:** de overgang van ziekenhuis naar verpleeghuissituatie.

Voor beide overgangssituaties wordt bekeken welke verschillen er op het gebied van farmaceutische zorg optreden en in hoeverre deze verschillen leiden tot knelpunten op het gebied van kwaliteit. De verschillen worden op vijf kenmerken onderzocht.

1. Hoofdbehandelaar patiënt
2. Aanspraak op farmaceutische en verpleegkundige zorg
3. Bekostiging van farmaceutische en verpleegkundig zorg
4. Deskundigheid van personeel
5. Geneesmiddelverstrekking en medicatieoverdracht

De op deze kenmerken gevonden knelpunten worden gecategoriseerd naar knelpunten op financieel, organisatorisch en zorginhoudelijke knelpunten (zie hoofdstuk 4.1 Conclusies).

1.4 METHODOLOGIE

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een bureauonderzoek uitgevoerd. Op basis van recente publicaties wordt een overzicht gegeven van verschillen in farmaceutische zorg bij extramuralisering en de daarbij geïdentificeerde knelpunten voor de kwaliteit van farmaceutische zorg. De bevindingen uit het bureauonderzoek dienen als basis voor aanbevelingen over mogelijke oplossingsrichtingen.

De adviesgroep heeft een aantal documenten aangeleverd bij de start van het onderzoek. Deze gelden als startpunt voor de verdere zoektocht naar literatuur en publicaties.

Selectiecriteria voor de gebruikte literatuur en publicaties zijn dat een artikel of document:

- van toepassing is voor het bepalen van definities en criteria;
- inhoudelijk betrekking heeft op extramuralisering, zoals eerder is gedefinieerd en/of in relatie staat tot (kwaliteit van) farmaceutische zorg.

Hoofdstuk 2: Wettelijk Kader

De wettelijke aanspraken en bekostiging van zorg bepalen voor een belangrijk deel hoe de farmaceutische zorg is georganiseerd. Ze zijn daarmee van invloed op de kwaliteit van de geleverde farmaceutische zorg; vooral wanneer dezelfde zorg bij overgang van intra- naar extramuraal onder een andere wettelijke structuur komt te vallen. Aangezien de wet- en regelgeving complex is, is het wettelijk kader voor de intra- en extramuraal farmaceutische zorg en de daarvoor relevante verpleegkundige zorg hierna globaal weergegeven. Een uitgebreide beschrijving van de verschillende wetten, beleidsregels en bekostigingsmethodieken is terug te vinden in appendix 2.

Overzicht wettelijk kader per behandelingsituatie

dimensie	Ziekenhuis	Thuis situatie (thuis/ verzorgingshuis)		Verpleeghuis (indicatie verblijf + behandeling)	
	Specialist	Huisarts	Specialist	Verpleeghuisarts	Specialist
Hoofdbehandelaar					
Aanspraak op farmaceutische zorg	Zvw, art. 2.4 Bzv	Zvw, art. 2.8 Bzv	Zvw, art. 2.4 Bzv Zvw, art. 2.8 Bzv Zvw, art. 2.11 Bzv	AWBZ, art. 15 Bza	AWBZ, art. 15 Bza
Bekostiging van farmaceutische zorg	DBC + budget regels DIG 80% add-on* Orphan 100% add-on**	Zorgverzekeraar: o.b.v. GVS	Binnen Ziekenhuis: DBC + budget regels DIG 80% add-on* Orphan 100% add-on** Buiten Ziekenhuis: Zorgverzekeraar: o.b.v. GVS	AWBZ instellingsbudget DIG 90% add-on***	AWBZ instellingsbudget DIG 90% add-on***
Aanspraak op verpleegkundige zorg	Zvw, artikel 2.10 Bzv	AWBZ artikel 5Bza	Zvw, art. 2.11 Bzv	AWBZ artikel 15Bza	AWBZ artikel 15Bza
Bekostiging van verpleegkundige zorg	DBC + budget regels	Budget Instelling/ Thuiszorg	Via Zorgverzekeraar: Zvw, CI-1116/CA-402**** Via Zorgkantoor: AWBZ, Langdurige zorg, Volledig Pakket Thuis (CA-374)	Budget instelling Mogelijkheid tot bekostiging via PGB	Budget instelling Mogelijkheid tot bekostiging via PGB

Toelichting:

*DIG staat voor beleidsregel dure intramuraal geneesmiddelen (CI-1114)

**Orphan staat voor de beleidsregel Weesgeneesmiddelen (CI-1061)

***Dure (DIG en wees) geneesmiddelen, waarvoor geldt dat de kosten per maand per patient meer dan 1,200 euro bedragen (2009, beleidsregel CA-71); meer dan 700 euro per 4 weken voor 2010/2011 beleidsregel CA-386), maximaal 90% van werkelijke kosten

****Uitzondering: CI-1116-402: schriftelijke indicatiestelling nodig door medisch specialist of huisarts in overleg met medisch specialist.

Het lijkt het erop dat daarmee ook aanspraak wordt verkregen op geneesmiddelen in het kader van geneeskundige zorg, en daarmee ook op DIG en weesgeneesmiddelen

Zvw, art. 2.4 Bzv budget ziekenhuis, aanspraak op geneesmiddelen in het kader van geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv + toelichting artikel 2.4 Bzv)

Zvw, art. 2.8 Bzv aanspraak farmaceutisch zorg artikel 2.8 van het Bzv

Zvw, artikel 2.10 Bzv aanspraak verpleging die samenhangt met verblijf, de intramuraal verpleging (artikel 2.10 Bzv)

Zvw, artikel 2.11 Bzv aanspraak verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, noodzakelijk ivm medisch specialistische zorg

CI-1114 beleidsregel Dure geneesmiddelen

CI-1061 beleidsregel Weesgeneesmiddelen

CA-71 beleidsregel dure geneesmiddelen in verpleeghuizen

CA-386 beleidsregel extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen

CI-1116/CA-402 beleidsregel Verpleging in de thuisituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg

501-09-2 tariefbeschikking beleidsregel CI-1116/CA-402

CA-374 beleidsregel Volledig pakket thuis ivm langdurige zorg

Hoofdstuk 3: Verschillen en knelpunten in farmaceutische zorg

Dit hoofdstuk beschrijft welke veranderingen in farmaceutische zorg zich voordoen bij overgang van het ziekenhuis naar de thuis- of verpleeghuissituatie.

3.1 VERSCHIL IN HOOFDBEHANDELAAR PATIËNT

In het ziekenhuis is de medisch specialist de hoofdbehandelaar voor de indicatie(s) waarvoor de patiënt is opgenomen. Hij overziet de specialistische behandeling en is verantwoordelijk voor het overleg met de patiënt. Hij schrijft nieuwe medicatie voor, maar is ook verantwoordelijk voor de overige medicatie die de patiënt in het ziekenhuis ontvangt en de onderlinge afstemming hiervan tussen de betrokken zorgverleners.

De huisarts is in het algemeen de hoofdbehandelaar voor generalistische en contextuele (in relatie tot de levenssituatie van de patiënt) medische zorg in de thuissituatie⁴. Hij initieert vooral medicatie voor niet-specialistische problematiek van de patiënt en overziet de complete gezondheidssituatie van de patiënt.

Vanwege de specifieke focus van de specialist overziet hij niet in alle gevallen de breedte aan medicatiegebruik van de patiënt. Dit verschil in focus van de specialist als hoofdbehandelaar ten opzichte van de huisarts als hoofdbehandelaar komt tot uiting in geneesmiddelgerelateerde problemen bij ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. In een onderzoek naar het toepassen van medicatiereconciliatie (het proces van verificatie, verduidelijking, vergelijking en aanpassing bij overdracht van medicatie) - mede gericht op interventies na ontslag uit het ziekenhuis - blijkt dat het bij de meeste interventies gaat om de herstart van medicatie in de thuissituatie, omdat de specialist deze vergeten of er onbekend mee was⁵.

Het verschil in focus wordt zelf niet als knelpunt gezien van verschillen in farmaceutische zorg. Deze problematiek is inherent aan het bedoelde onderscheid tussen huisarts en specialist. Doordat bij zorgverleners en patiënt onbekend is wie als hoofdbehandelaar moet worden beschouwd ontstaan er wel knelpunten bij de regievoering van de zorg en de daarmee gerelateerde verantwoordelijkheid voor de behandeling. Teruggevoerd naar farmaceutische zorg betekent dit dat regievoering en coördinatie rondom de overdracht van medicatie een belangrijk aandachtspunt is bij extramuralisatie. Dit wordt in paragraaf 3.5 nader besproken.

De verschillen tussen hoofdbehandelaar in een ziekenhuis (medisch specialist) en die in een verpleeghuis (verpleeghuisarts) zijn vergelijkbaar met de verschillen tussen medisch specialist en huisarts. Het verschil tussen huisarts en verpleeghuisarts is dat laatstgenoemde:

- specifiek kennis en ervaring heeft op het gebied van geriatrische zorg;
- qua financiering van zorg onder de AWBZ valt vanwege de behandelfunctie van het verpleeghuis.

3.2 VERSCHIL IN AANSPRAKEN EN BEKOSTING FARMACEUTISCHE ZORG

Overgang naar thuissituatie

Aanspraak op farmaceutische zorg geleverd in het ziekenhuis en in de thuissituatie valt onder de Zvw. Voor beide geldt een verschillende aanspraakssystematiek en daarmee ook een andere bekostigingssystematiek:

- Aanspraak op geneesmiddelen in het ziekenhuis is gebaseerd op de zorg die artsen bieden en de stand van de wetenschap en praktijk. Bekostiging loopt via het ziekenhuisbudget, waarover het ziekenhuis met de zorgverzekeraar budgetafspraken heeft gemaakt. Op basis van een open aanspraak vallen hier in principe alle geneesmiddelen onder.

De budget- en productieafspraken worden jaarlijks herzien. Voor dure intramurale geneesmiddelen bestaat het voornemen om deze als add-on op te nemen in de DBC-systematiek.

- Voor farmaceutische zorg in de extramurale setting (bijvoorbeeld via de stadsapotheek) heeft de patiënt aanspraak op geneesmiddelen die in het GVS zijn opgenomen. Bekostiging verloopt rechtstreeks via de zorgverzekeraar. Geneesmiddelen die niet (volledig) worden vergoed, moet een patiënt zelf (bij)betalen.

Als de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen vindt er een overgang in de bekostigingssystematiek plaats. Als het geneesmiddel van de patiënt ook in het GVS is opgenomen is er via de Zvw een mogelijkheid tot dubbele aanspraak. Zolang de patiënt één van beide aanspraken kan uitoefenen, is er in principe geen probleem.

Problemen ontstaan wanneer partijen de keuze voor een aanspraak betwisten omdat de keuze bepaalt welke partij moet betalen. Het CVZ constateert⁶ een aantal afbakeningsproblemen rondom de aanspraken en bekostiging van geneesmiddelen, waardoor knelpunten ontstaan.

Knelpunt 1

Partijen betwisten de keuze voor het uitoefenen van de aanspraak naar aanleiding van de voorschrijvende behandelaar en de locatie van aflevering van het geneesmiddel.

Vooraf bij duurdere middelen door de specialist voorgeschreven maar buiten de muren van het ziekenhuis geleverd, ontstaan discussies tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis of het middel rechtstreeks door de verzekeraar (GVS) betaald moet worden of vanuit het ziekenhuisbudget gefinancierd moet worden (medisch specialistische zorg). Over het algemeen gaat het hierbij om geneesmiddelen waarvoor oplossingen zijn ontwikkeld om de behandeling extramuraal te laten plaatsvinden, vaak via directe levering of via geïntegreerde thuiservice geleverd. De voordelen hiervan zijn dat de patiënt in de thuissituatie behandeld kan worden in een vertrouwde omgeving en dat het aantal ligdagen in een ziekenhuis wordt verminderd⁷.

Een voorbeeld van een kortdurende specialistische behandeling buiten het ziekenhuis betreft het geneesmiddel epoetine; voorgeschreven door een specialist om een bloedtransfusie voorafgaand aan een operatie in het ziekenhuis te voorkomen. De aflevering en toediening van het middel op grond van het GVS vindt plaats via een geïntegreerde organisatie voor levering en toediening. Ondanks dat het gebruik van het middel ter voorbereiding van een operatie door een medisch specialist wordt voorgeschreven, wordt dit middel via het GVS vergoed⁶.

Knelpunt 2

Een duur of specialistisch geneesmiddel kan extramuraal worden toegediend, maar wordt alleen bij gebruik in het ziekenhuis vergoed.

Meningsverschillen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over de bekostiging van deze geneesmiddelen in de thuissituatie (antibiotica intraveneus, palliatieve inzet, pijnstillers intraveneus, nabehandeling met specifiek injecteerbare geneesmiddelen na opname in het ziekenhuis), leiden ertoe dat de patiënt noodgedwongen in het ziekenhuis moeten worden opgenomen om deze behandeling te kunnen ontvangen⁷. Hetzelfde knelpunt doet zich voor in relatie tot langdurige AWBZ-zorg thuis (zie paragraaf 3.3).

Dobutamine is hiervan een voorbeeld. Dit middel kan alleen worden toegediend via een infuus, maar wordt extramuraal niet vergoed. Daardoor moeten patiënten met chronisch hartfalen die dit middel gebruiken, langdurig in het ziekenhuis worden opgenomen om deze behandeling te kunnen ondergaan⁸.

Knelpunt 3

Ongewenste situaties in medicijngebruik⁹.

Vanwege de budgetsystematiek in ziekenhuizen zullen ziekenhuizen zo goedkoop mogelijke geneesmiddelen proberen op te nemen in hun assortiment. Bij ziekenhuisopname kan een patiënt daardoor een andere vorm van hetzelfde geneesmiddel krijgen dan hij in de thuissituatie van de

huisarts krijgt. Het risico bestaat dat het verschil in bekostiging ervoor zorgt dat de keuze voor een geneesmiddel is gebaseerd op kosten en niet op de beste behandeloptie.

Overgang naar verpleeghuissituatie

De aanspraak op geneesmiddelen op grond van de AWBZ is gekoppeld aan verblijf in een instelling met behandeling.

De kosten van geneesmiddelen komen ten laste van het instellingsbudget. Dit budget wordt jaarlijks herzien op basis van productieafspraken tussen instelling en zorgverzekeraar. Ook medicatie die is voorgeschreven door een medisch specialist komt ten laste van het instellingsbudget. Een geneesmiddel wordt vergoed als het is voorgeschreven met een medisch doel²⁰.

De keuze voor een specifiek duur geneesmiddel wordt vaak gemaakt in het ziekenhuis. Wanneer de patiënt naar het verpleeghuis overgaat, zullen de kosten voor deze dure geneesmiddelen een groot deel van het instellingsbudget belasten. Om verpleeghuizen daarin tegemoet te komen, is de beleidsregel CA-386 "extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen" in het leven geroepen. Verpleeghuizen kunnen daardoor voor 90% van de kosten aanvullende bekostiging aanvragen bij het zorgkantoor. De kostengrens (werkelijke inkoopkosten²⁴) voor het aanvragen van aanvullende compensatie bedraagt € 700,- per 4 weken per patiënt.

Knelpunt 4

AWBZ-instellingen komen - ondanks 90% aanvullende compensatie - alsnog in budgetproblemen, door de hoge kosten voor geneesmiddelen²⁰.

Of de door CVZ gemelde budgetproblemen komen door de 10% bekostiging uit eigen budget of doordat er meerdere geneesmiddelen de kostengrens van € 700,- niet halen, is vooralsnog onduidelijk.

Knelpunt 5

Verpleeghuisinstellingen kopen farmaceutische zorg zo goedkoop mogelijk in verband met het jaarlijks afgesproken budget.

Dit kan leiden tot verschillen in geneesmiddelinkoop ten opzichte van de in het ziekenhuis ingekochte medicatie. Dit verschil in keuze van medicatie kan medicatieproblemen veroorzaken bij de patiënt. In het ziekenhuis kan het spécialité van een geneesmiddel zijn voorgeschreven op basis van medische noodzaak óf om budgettaire redenen. Wanneer in het verpleeghuis het spécialité wordt vervangen, dan wordt de keuze niet gemaakt op basis van medische noodzaak maar ligt hieraan een financieel knelpunt ten grondslag.

3.3 VERSCHIL IN AANSPRAKEN EN BEKOSTIGING VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Verpleegkundige zorg in het ziekenhuis vindt altijd plaats in het kader van medisch-specialistische zorg. Aanspraak op vergoeding verloopt zodoende via de Zvw (artikel 2.10).

Overgang naar thuissituatie

Voor de bekostiging van verpleegkundige zorg is het bij extramuralisering belangrijk dat duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is om te achterhalen of de bekostiging via de Zvw of de AWBZ verloopt. Initieert de huisarts de verpleegkundige zorg, dan valt deze onder de Zvw. Wanneer een verpleeghuisarts de verpleegkundige zorg initieert dan vindt de aanspraak en bekostiging plaats via de AWBZ³.

Het kan zijn dat een patiënt met de AWBZ-indicatie Verpleging ervoor kiest deze zorg thuis te ontvangen, maar deze zorg voor een langere termijn (meer dan een jaar) nodig heeft. De beleidsregel Volledig Pakket Thuis in verband met langdurige zorg thuis (CA-374) is speciaal in het leven geroepen om bekostiging van dergelijke zorg mogelijk te maken.

Aanspraak op geneesmiddelen valt echter niet onder deze beleidsregel. Bekostiging valt onder de Zvw via het GVS (extramuraal farmaceutische zorg). Gebruik van specialistische geneesmiddelen

kan tot problemen leiden als deze middelen niet zijn opgenomen in het GVS. Deze situatie staat beschreven in knelpunt 2.

Overgang naar verpleeghuissituatie

Aanspraak op verpleegkundige zorg op grond van de AWBZ is ook gekoppeld aan verblijf in een instelling met behandeling. Bekostiging van deze zorg is daarmee geregeld via het zorgkantoor of via het PGB, die wordt gefinancierd vanuit het zorgkantoor. Knelpunten in kwaliteit van farmaceutische zorg door verschil in bekostiging van verpleegkundige en ziekenhuiszorg zijn niet gesignaleerd.

3.4 VERSCHIL IN DESKUNDIGHEID PERSONEEL

Het opleidingsniveau en de deskundigheid van het personeel van het ziekenhuis valt onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en daarmee onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Door de concentratie van meerdere specialismen zijn ook verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen in het ziekenhuis aanwezig. Voor de meeste typen farmaceutische zorg is de deskundigheid vaak in huis. Als de behandeling van een patiënt vanwege gebrek aan deskundigheid of capaciteit niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd, wordt de patiënt doorverwezen naar een ziekenhuis waar desbetreffende specialistische zorg wel aanwezig is.

Overgang naar thuissituatie

Er zijn signalen dat in de thuiszorg de deskundigheid op het gebied van farmaceutische zorg niet altijd voldoende is. De IGZ stelt dat vooral in de thuiszorg (niet de geïntegreerde thuiszorg) de zorg niet altijd goed is georganiseerd. Voor medicatieveiligheid wordt aangegeven dat dit een hoog risico vormt, omdat er weinig is geregeld om te zorgen voor een veilig medicatiebeleid¹⁰. Voor de farmaceutische zorg bij extramuralisering kan verondersteld worden dat deze daarmee ook niet optimaal is.

Medicatie uitzetten bij de patiënten thuis valt sinds 1 september 2008 niet meer onder de AWBZ maar onder de Zvw. Het is daarmee de taak en verantwoordelijkheid van de apotheker om medicijnen op een voor de patiënt passende wijze aan te leveren.¹¹ Bij ontslag uit het ziekenhuis zal - in het geval van thuiszorgondersteuning - de juiste deskundigheid aanwezig zijn in de apotheek om het medicatiedossier te beoordelen. Het geneesmiddel toedienen, zal echter nog steeds door een thuiszorgverpleegkundige of de patiënt zelf moeten gebeuren en kan dan alsnog een probleem zijn. Thuiszorgorganisatie huren bij gebrek aan deskundigheid over het algemeen gespecialiseerde verpleegkundigen in voor de toediening van specialistische medicatie.

Knelpunt 6

Gebrek aan aanwezige deskundigheid vormt een risico voor medicatieveiligheid.

In welke mate dit een specifiek knelpunt is voor de kwaliteit van farmaceutische zorg bij extramuralisering is op dit moment niet aan te geven.

Overgang naar verpleeghuissituatie

Net als in het ziekenhuis valt het opleidingsniveau en de deskundigheid van het personeel van een verpleeghuis onder de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis en daarmee onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Aangezien verpleegkundige zorg intern is georganiseerd, lijkt er in vergelijking met de thuiszorg betere grip te zijn op het deskundigheidsniveau van het personeel. Aanwezige deskundigheid - specifiek voor farmaceutische zorg - is mede afhankelijk van de grootte van de organisatie. Wanneer deskundigheid door schaalgrootte ontbreekt, kan de extramurale apotheek (of een andere zorgaanbieder (ziekenhuis)) de specialistische deskundigheid voor toediening mogelijk leveren. Dit kan wel een extra aanslag op het instellingsbudget betekenen. Ook voor het verpleeghuis geldt dat specifieke geneesmiddelen door geïntegreerde thuiszorg geleverd en toegediend kunnen worden. Dit lost het probleem van al dan niet aanwezige deskundigheid voor deze specifieke situatie op.

3.5 VERSCHIL IN GENEESMIDDELVERSTREKKING EN MEDICATIEOVERDRACHT

Geneesmiddelverstrekking in de intramurale setting

De verstrekking van geneesmiddelen in de intramurale setting verloopt altijd via de ziekenhuisapothek. Er moet altijd een verantwoordelijk ziekenhuisapotheker in het ziekenhuis aanwezig zijn.

Op basis van het voorschrift van de specialist wordt de medicatie klaargemaakt en klaargezet voor de verpleging, inclusief aanwijzingen voor toediening en gebruik. De verpleegkundige (of de arts) geeft de patiënt toelichting op het geneesmiddel en dient de medicatie toe.

De medisch specialist kiest het geneesmiddel. Hij heeft daarbij grote handelingsvrijheid. Deze vrijheid wordt soms beperkt doordat het geneesmiddelenbudget onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis valt (niet van de medisch specialist). Hierdoor wordt steeds vaker in de formularia van het ziekenhuis vastgelegd welke specifieke (merk)geneesmiddelen bij een bepaalde indicatie moeten worden voorgeschreven. Bij de inkoop van geneesmiddelen wordt hierop steeds meer de aandacht gevestigd.

Overgang naar thuissituatie

Geneesmiddelverstrekking in de extramurale setting

Belangrijk voor de kwaliteit van farmaceutische zorg als de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen, is dat de juiste medicatie wordt verstrekt en op een goede manier wordt toegepast. Bovendien mag de medicatie niet conflicteren met de medicatie die de patiënt al gebruikt. Dit houdt in dat ondanks ziekenhuisopname en ontslag de bestaande medicatie op goede wijze moet worden voortgezet (of aangepast). Regie en coördinatie over de afstemming van de verschillende geneesmiddelen moeten hiervoor goed zijn geregeld.

Bij ontslag uit het ziekenhuis kan de verstrekking, afhankelijk van de complexiteit van toediening van het geneesmiddel, op verschillende wijzen verlopen:

1. Het door de specialist voorgeschreven recept wordt meegegeven aan de patiënt die het zelf afhaalt/laat afhalen bij de extramurale of poliklinische apotheek.
2. Een paar specifieke geneesmiddelen worden via een specialistische apotheek aangeleverd, waarna de patiënt, of de thuiszorg, het geneesmiddel toedient.
3. Voor specialistische geneesmiddelen kan de patiënt, in overleg met de arts, tot geïntegreerde thuiszorg besluiten (indien voor dat middel aanwezig). De arts neemt vervolgens contact op met de patiënt, de verpleegkundige en eventueel de zorgverzekeraar. Het recept gaat naar de openbare apotheek, waar het wordt klaargemaakt. Afhankelijk van de keuze wordt het middel bij de patiënt thuis geleverd of bij de plaatselijke apotheek afgehaald. De door de thuiszorg geregelde verpleegkundige zorgt voor toediening bij de patiënt en/of leert de patiënt het middel zelf toe te dienen¹².

Juist geneesmiddel via extramurale apotheek

Verstrekking van het juiste middel levert initieel geen problemen op aangezien het geneesmiddel dat de specialist voorschrijft gewoon wordt afgeleverd. Verschillen kunnen ontstaan als de huisarts de medicatie gaat herhalen. De huisarts schrijft veelal voor op stofnaam en is blootgesteld aan maatregelen die beogen doelmatig voorschrijven te bevorderen. Zorgverzekeraars stimuleren het generiek voorschrijven, vormgegeven in contracten met huisartsen. Het preferentiebeleid, gericht op de afgeleverde verpakkingen, bepaalt vervolgens dat uitsluitend door de zorgverzekeraar aangewezen labels worden vergoed.

Knelpunt 7

Substitutie van een geneesmiddel kan in strijd zijn met de visie van de medisch specialist, die vanuit medische noodzaak het spécialité heeft gekozen voor de behandeling van de patiënt die vervolgens bij zijn herhaalmedicatie - uit

kostenoverweging - een generiek ontvangt. Ook kan het in de toekomst voorkomen dat, door de preferent verklaring van een aantal biosimilars voor nieuwe patiënten, de patiënt direct een ander geneesmiddel krijgt aangeleverd dan voorgeschreven.

De patiënt ontvangt niet meer de behandeling zoals de specialist die bedoeld heeft. In hoeverre dit echt als knelpunt zal worden ervaren, moet in de praktijk worden achterhaald. Het kan zijn dat de specialist het merkgeneesmiddel heeft voorgeschreven, omdat het ziekenhuis deze om budgetredenen heeft opgenomen in het assortiment. In dat geval is het geen knelpunt dat extramuraal bij herhaalmedicatie het goedkopere alternatief (generiek) wordt afgeleverd.

Juist geneesmiddel via geïntegreerde thuishservice

Aflevering en toediening van specialistische geneesmiddelen (zoals TNF-alfaremmers Enbrel en Humira) wordt met geïntegreerde thuishservice voor de patiënt gemakkelijker gemaakt. De leverancier van het geneesmiddel zorgt ervoor dat het juiste geneesmiddel wordt aangeleverd in de eigen omgeving en dat een hiervoor speciaal opgeleid persoon het middel toedient.

In het geval van verstrekking en toediening via de geïntegreerde thuishservice gaat het om specialistische geneesmiddelen waarvoor (vooralsnog) niet eenvoudig een alternatief gekozen zal worden zonder overleg met de specialist. Bij de keuze van een ander middel zullen ook de organisatie van en de kosten voor de specialistische toediening moeten worden geregeld.

Afstemming nieuwe medicatie met bestaande medicatie patiënt

Bij de overgang van ziekenhuis naar thuissituatie moet de aflevering en toediening van de in het ziekenhuis nieuw voorgeschreven of gewijzigde medicatie worden afgestemd op de medicatie die de patiënt al ontvangt en toegediend krijgt.

Stuffken et al.¹³ constateert dat 63.1% van de patiënten na verblijf in het ziekenhuis een discontinuïteit in medicatiegebruik vertonen in vergelijking met 33.5% van patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen. Het gaat hier zowel om bedoelde (in verband met de therapie) als onbedoelde wijzigingen (wijzigingen waarvan de specialist niet in de gaten heeft dat deze plaatsvinden). De laatste zijn vaak de oorzaak van suboptimale communicatie of informatie over het voorgeschreven geneesmiddel en verschillen in locale formularia. De meeste voorkomende veranderingen zijn toevoegen, switchen of stoppen van medicatie, of aanpassen van de dosering.

Karapinar-Carkit et al. geeft aan dat met en zonder patiëntcounseling bij ziekenhuisontslag bij respectievelijk 97% en 87% van de patiënten op zijn minst 1 (medicatie) interventie is uitgevoerd met een gemiddelde van respectievelijk 5,3 en 2,7 interventies per patiënt. Zonder medicatiereconciliatie zouden deze fouten überhaupt niet zijn geconstateerd. De meeste interventies betreffen de (her)start van medicatie, omdat die medicatie vergeten of onbekend was⁵.

In een recente studie naar verschillen in ontslagbrieven en ontslagmedicatie is gevonden dat voor ongeveer 72,5% van de ontslagrecepten aanpassing van de medicatie nodig is naar aanleiding van vergelijking met de ontslagbrief¹⁴.

Helfrich en Sonnen signaleren dat zich bij ontslag uit het ziekenhuis een groot aantal zogenoemde medicatiediscrepanties voordoen. De meest voorkomende zijn onvolledige, inaccurate of onleesbare instructies voor de te gebruiken medicatie na ontslag, en omissies in de medicatie. De kans dat de discrepantie na ontslag niet opgemerkt wordt, is groter en daarmee dus ook de kans op eventuele schade bij de patiënt¹⁵.

Ook de IGZ meldt dat er "in de praktijk teveel fouten (bij medicatieoverdracht) plaatsvinden". De conceptrichtlijnoverdracht van medicatiegegevens is opgesteld door meerdere veldpartijen met als doel: fouten bij overdracht van medicatiegegevens voorkomen en de patiëntveiligheid vergroten, doordat zorgprofessionals in de samenwerkende keten altijd over een actueel medicatieoverzicht beschikken.¹⁶

*Knelpunt 8***De conceptrichtlijn van de IGZ wordt op 1 januari 2011 definitief. Daarna toetst de inspectie op naleving van de richtlijn en zal zij handhaven bij risicovolle situaties.**

De richtlijn voor medicatieoverdracht is een richtlijn tussen verschillende disciplines waaraan in de praktijk nader invulling moet worden gegeven. In de richtlijn wordt niet beschreven wie de regie voert over de medicatieoverdracht en er staat ook niets in over farmaceutische zorg in de zorgketen. De apotheek wordt als eerst verantwoordelijke gezien voor het verstrekken van een actueel medicatieoverzicht. Bij ontslag uit een instelling is de voorschrijver verantwoordelijk voor het bijwerken van het medicatieoverzicht. De patiënt moet bij ontslag uit een instelling dringend worden geadviseerd het overzicht te bespreken met de volgende voorschrijver en de huisarts. Meerdere partijen zijn zodoende betrokken bij de afstemming en overdracht van de medicatie zonder dat de regie hiervoor direct is toegewezen aan één partij. De vraag is dan ook of de overdrachtproblemen met de invoering van de richtlijn daadwerkelijk worden opgelost.

Juist bij de overdracht van een patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis vormt medicatieoverdracht een probleem in verband met het verschil in focus van de hoofdbehandelaar (paragraaf 3.1). Medicatieverificatie (medication reconciliation) in de vorm van een farmaceutisch opname- en ontslaggesprek met de patiënt (of zijn verzorger) wordt als een goed middel gezien om discrepanties te voorkomen. Het meest doelmatig is om deze gestandaardiseerde farmaceutische gesprekken te laten voeren door een hiervoor gekwalificeerde apotheker¹⁵.

Brink-Van der Wal et al. impliceert dat de extramurale apotheek goed is gefaciliteerd om de overdracht en afstemming van het medicatieoverzicht op zich te nemen. Ook bij medicatielevering door de geïntegreerde thuiservice zal de extramurale apotheek een goede partij zijn. Informatie-uitwisseling vindt bovendien plaats tussen de extramurale apotheek en de geïntegreerde thuiservice waardoor medicatiebewaking is geborgd¹².

*Knelpunt 9***Apotheken zijn de afgelopen jaren gekort op hun inkomsten.**

Uit deze inkomsten werd tot nog toe ook de farmaceutische zorgverlening (waaronder het voeren van medicatiegesprekken) in de apotheek gefinancierd. De NZa is voornemens per 1 januari 2011 prestatiebekostiging voor farmaceutische zorg in te voeren, waaronder begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis¹⁷. Totdat deze prestatiebekostiging is ingevoerd staat dit type zorg onder druk.

*Knelpunt 10***Er komen steeds meer aan het ziekenhuis gerelateerde poliklinische apotheken, gevestigd in of naast het ziekenhuis en de extramurale apotheek ervaart de poliklinische apotheek - vaak intern gesteund door het ziekenhuis - als concurrent.**

Polikliniekapotheken bedienen de patiënt bij ontslag uit het ziekenhuis met ontslagmedicatie die extramuraal wordt afgeleverd. Vergoeding van de door de poliklinische apotheek afgeleverde geneesmiddelen vindt plaats op basis van het GVS.

Volgens het visiedocument van de NVZA kan de poliklinische apotheek de functie van transmurale apotheek vervullen; een apotheek die continuïteit van zorg biedt bij overdracht van de behandeling, medicatiebeleid afstemt en gegevensuitwisseling in de eerste- en tweedelijnszorg verzorgt¹⁸.

De extramurale apotheek kan de poliklinische apotheek als concurrentie ervaren. Hierdoor komen aansluitingen op netwerken moeizaam tot stand en is informatie-uitwisseling niet optimaal geregeld. Daardoor kunnen misverstanden ontstaan over de actualiteit en juistheid van medicatie. De extramurale apotheek wordt geconfronteerd met patiënten die medicatieproblemen hebben door een recept afkomstig van een poliklinische apotheek. De extramurale apotheek investeert vervolgens tijd om het medicatieoverzicht voor de patiënt te verduidelijken¹⁹.

De poliklinische apotheek kan op het moment van afleveren ook niet bij de actuele medicatie van de patiënt, waardoor deze apotheek de ervaring met specialistische medicatie en de korte lijnen met specialisten onvoldoende kan benutten bij medicatieoverdracht. Omdat een netwerk met voldoende toegang tot de actuele medicatie ontbreekt, vormt zich voor beide partijen een knelpunt.

Overgang naar verpleeghuissituatie

De verstrekking van geneesmiddelen van een verpleeginstelling met een AWBZ-functie Behandeling, kan op verschillende manieren plaatsvinden:

- een nabijgelegen ziekenhuis is verantwoordelijk voor de aanlevering van de medicatie;
- een openbare apotheek is verantwoordelijk voor de aanlevering van de medicatie;
- het verpleeghuis beheert een eigen apotheek voor aanlevering van medicatie;
- de apotheek van een ander verpleeghuis is verantwoordelijk voor aanlevering van medicatie.

Aangezien aanspraak op farmaceutische zorg in een AWBZ-instelling niet wordt uitgeoefend via de Zvw geldt hier geen door zorgverzekeraars opgelegd preferentiebeleid. De instelling is wel zelf verantwoordelijk voor het budget en zal zo goedkoop mogelijk willen inkopen. Prijsafspraken over de kosten van geneesmiddelen worden over het algemeen gemaakt op basis van een inkoopsprijs plus een opslag.

Knelpunt 11

Binnen het verpleeghuis zijn verschillende personen op verscheidene niveaus verantwoordelijk voor de keuze van geneesmiddelen en de bekostigingssystematiek.

In een verpleeghuis liggen beide verantwoordelijkheden vaak niet bij één persoon. De verpleeghuisarts is verantwoordelijk voor de voorgeschreven geneesmiddelen. Echter, hij is vaak minder goed op de hoogte van actuele ontwikkelingen op het gebied van beleidsregels en bekostiging van farmaceutische zorg. De manager Behandelingen is de eerste persoon die wel inzicht heeft in het geneesmiddelenbudget en de bijborende bekostigingssystematiek²¹. Het gebrek aan kennis van de verantwoordelijk arts op het gebied van beleidsregels en bekostiging van farmaceutische zorg kan leiden tot geneesmiddeluitgaven die niet binnen het budget van de instelling passen.

Daarnaast worden arts en manager bijgestaan door de (ziekenhuis)apotheker. Laatstgenoemde wordt ingehuurd om de medicatie te verzorgen en te adviseren over geneesmiddelgebruik. Goede afstemming tussen deze partijen is essentieel om tot een goed en verantwoord geneesmiddelgebruik in een verpleeghuis te komen.

Hoofdstuk 4: Conclusie en aanbevelingen

4.1 CONCLUSIE

Extramuralisering heeft invloed op de kwaliteit van farmaceutische zorg in het geval dat de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zijn medicatie voortzet buiten het ziekenhuis. Dit leidt tot een aantal knelpunten die in drie categorieën te verdelen zijn: financiële, organisatorische en zorginhoudelijke knelpunten.

- Financiële knelpunten hebben vooral betrekking op de verschillen in (wettelijke) aanspraak en vergoedingstructuur (beleidsregels). Deze zorgen ervoor dat dure of specialistische geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden toegepast, bij extramurale toediening niet of gedeeltelijk worden vergoed. Dit leidt of tot budgetproblemen bij verpleeginstellingen of tot het ongewild beperken van de aanspraak voor de patiënt.
- Organisatorische knelpunten hebben betrekking op (gebrek aan) afstemming tussen zorgverleners in de verschillende disciplines over het geneesmiddelgebruik van de patiënt, en onduidelijkheid over het nemen van de regie over het geheel aan farmaceutische zorg voor een patiënt. Hierdoor ontstaan risico's op fouten bij toepassing, gebruik of combinatie van medicatie met gezondheidsbedreigende situaties tot gevolg.
- Zorginhoudelijke knelpunten betreffen het gebrek aan juiste farmaceutische kennis en ervaring bij het toepassen van (de juiste) medicatie, vooral waar het de meer specialistische geneesmiddelen betreft. Ook hier leiden deze knelpunten tot risico's fouten bij toepassing, gebruik of combinatie van medicatie met directe gezondheidsbedreigende situaties tot gevolg.

In navolgend schema zijn de gevonden knelpunten ondergebracht in deze drie categorieën.

Knelpuntenoverzicht bij overgang naar extramurale behandelsituatie bij ontslag uit ziekenhuis

Categorie	Onderwerp	Knelpunt	Knelpunt nr.
Financieel	Aanspraak/bekostiging intramurale en extramurale Zvw financiering	Aanspraak duurdere geneesmiddelen ook opgenomen in het GVS, door specialist voorgeschreven, maar buiten de muren van het ziekenhuis wordt toegediend	1
	Aanspraak/bekostiging intramurale en extramurale Zvw financiering	Vergoeding specialistische geneesmiddelen NIET opgenomen in het GVS, voorgeschreven door specialist maar in thuissituatie toegediend	2
	Aanspraak/bekostiging intramurale en extramurale Zvw financiering	Medicatieverandering door verschil in bekostiging (open (GVS) versus gesloten (inkoopbeleid ziekenhuis) budget	3
	Aanspraak/bekostiging intramurale Zvw en extramurale AWBZ financiering	Vergoeding duurdere middelen via AWBZ of instellingsbudget, 90% additionele bekostiging is niet voldoende, overige 10% drukt zwaar op het budget	4
	Aanspraak/bekostiging intramurale Zvw en extramurale AWBZ financiering	Vergoeding duurdere middelen via AWBZ of instellingsbudget, de 700,- euro per 4 weken drempel is te hoog. Welke kosten vallen hieronder?	4
	Aanspraak/bekostiging intramurale Zvw en extramurale AWBZ financiering	Medicatieverandering door verschil in inkoopbeleid verpleeghuis (AWBZ) versus inkoopbeleid ziekenhuis budget (ZVW)	5
Organisatorisch	Geneesmiddelverstrekking en medicatieoverdracht intra-/extramuraal	Verskil in medicatie voorschrijven door verschil in focus specialist en huisarts. Hierdoor verschil in medicatieoverzicht bij overgang naar 2e lijn.	7
	Geneesmiddelverstrekking en medicatieoverdracht intra-/extramuraal	Omzetting van bedoeld spécialité 1e lijn naar generiek bij herhaling in 2e lijn	7
	Geneesmiddelverstrekking en medicatieoverdracht intra-/extramuraal	Wie heeft/neemt regie in afstemming medicatie overdracht van 1e naar 2e lijn? (wie is hiervoor het beste toegerust?)	8
	Geneesmiddelverstrekking en medicatieoverdracht intra-/extramuraal	Gebrekkige communicatie tussen poliklinische apotheek en extramurale apotheek door niet aansluitende netwerken, waardoor gebrek aan actuele medicatie informatie	10
	Medicatieoverdracht intra-/extramuraal	Staat vergoeding medicatie-review en beperkt netwerk tussen zorgverleners goede medicatieoverdracht in de weg?	9
	Kennis en deskundigheid (financiering) farmaceutische zorg	Onvoldoende AWBZ en beleidsregel kennis bij voorschrijver en complexe afstemming tussen verpleeghuisarts, management en apotheker	11
Zorg inhoudelijk	Kennis en deskundigheid farmaceutische zorg	Complexiteit multimorbiditeit en afstemming medicatie bij overgang naar 2e lijn	8
	Kennis en deskundigheid farmaceutische zorg	Kennis en ervaring verpleegkundig personeel aanwezig bij specialistische medicatie?	6

4.2 AANBEVELINGEN

De verwachting is dat extramuralisering van zorg in de nabije toekomst toeneemt. Een aantal verschillende trends liggen hieraan ten grondslag:

- *Toename van prestatiebekostiging*
De bekostiging van ziekenhuiszorg is in transitie en zal in de toekomst via prestatiebekostiging worden gefinancierd. Dit betekent dat ziekenhuizen er een groter belang bij krijgen om patiënten doelmatig te behandelen. Dit kan ertoe leiden dat ziekenhuizen patiënten sneller ontslaan. Om dat mogelijk te maken zijn transmurale zorgconcepten noodzakelijk zodat de patiënt sneller en beter in de thuissituatie kan herstellen. Nieuwe vormen van thuiszorg kunnen dit versnellen. De in dit onderzoek geconstateerde knelpunten vormen hiervoor een belemmering.
- *Meer complexe zorgvormen en samenwerkingsverbanden*
De zorgmarkt is sterk in verandering. Enerzijds komen er steeds meer complexere zorgvormen beschikbaar, anderzijds wordt de zorg steeds meer in ketens georganiseerd om de behandeling voor de patiënt te optimaliseren. Deze ketens bestaan uit zowel eerste- als tweedelijns zorgaanbieders. Gevolg kan zijn dat patiënten vaker worden geconfronteerd met overgangen tussen eerste- en tweedelijns en zorgverleners meer met elkaar en met de patiënt moeten communiceren.
- *Toenemende behoefte om kosten te beheersen*
Door dubbele vergrijzing neemt de zorgbehoefte alleen maar toe. Bovendien zal dubbele vergrijzing leiden tot een tekort aan verzorgend personeel als de zorg niet op een andere manier wordt georganiseerd. Tevens zorgt de huidige financieel-economische situatie voor een toenemende noodzaak om de zorgkosten nog meer te beheersen. Een beheersbare kostenontwikkeling van zorg is dan ook een belangrijk uitgangspunt voor de komende jaren. Er komt al met al meer nadruk te liggen op kosteneffectiviteit van behandelingen en geneesmiddelen. Zorgpartijen zullen efficiënter moeten werken om deze ontwikkelingen het hoofd te kunnen bieden. Daarnaast kan beperking van middelen eerder leiden tot rantsoenering of verleggen van zorgkosten naar andere partijen; uit kosten oogpunt en niet gedacht vanuit het belang van de patiënt.

De geconstateerde trends zorgen ervoor dat de knelpunten op het gebied van kwaliteit van farmaceutische zorg worden versterkt in het geval dat de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis zijn medicatie voortzet buiten het ziekenhuis. Er bestaat in die zin urgentie om te achterhalen in welke mate het zorgveld de knelpunten als zodanig ervaart en welke zij mogelijk kunnen voorkomen.

Bij vervolgonderzoek luidt het advies dit te richten op de actoren die betrokken zijn bij:

- A. De medicatieoverdracht en begeleiding van ontslagmedicatie;
 - a. Wie is/wordt eindverantwoordelijk voor de regie en coördinatie van de medicatieoverdracht?
 - b. Hoe is/wordt de vergoeding hiervoor geregeld?
- B. Specialistische medicatie in de thuissituatie;
 - a. Wie moet uiteindelijk de kosten vergoeden van middelen die de specialist voorschrijft, maar buiten het ziekenhuis (door extramuralisering) worden afgeleverd en gebruikt?
 - b. Welke knelpunten doen zich voor op het vlak van deskundigheid van toediening van specialistische medicatie thuis?
- C. Keuze en bekostiging van farmaceutische zorg in verpleeghuizen;
 - a. Waardoor worden de budgetproblemen voor kosten van medicatie specifiek bepaald?
 - b. Op welke wijze worden keuzes voor inkoop van geneesmiddelen gemaakt?
- D. Geschillen onder welke aanspraak een verstrekking valt;
 - a. In hoeverre is en blijft de dubbele aanspraak een fundamenteel probleem?
 - b. Gaat ziekenhuisverplaatste zorg hiervoor mogelijk een oplossing bieden?
 - c. Moet de scheiding tussen intra- en extramurale aanspraak en bekostiging van farmaceutische zorg komen te vervallen?

Appendix 1: Literatuurlijst

- 1 Nederlandse Zorgautoriteit. (2009). *Definitiedocument prestaties en activiteiten farmaceutische zorg.*
- 2 College voor Zorgverzekeringen. (2008). *Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg, Bijlage 3.*
- 3 College voor Zorgverzekeringen. (2009). *Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ.*
- 4 Nederlands Huisartsen Genootschap. (2004). *Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening: Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.*
- 5 Karapinar-Carkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Smit HJ, Egberts ACG, van den Bemt PMLA. (2009). *Effect of medication reconciliation with and without patient counseling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. Ann Pharmacother; 43:1001-10.*
- 6 College voor Zorgverzekeringen. (2008). *Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg.*
- 7 College voor Zorgverzekeringen. (2008). *Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg, Bijlage 9.*
- 8 De Telegraaf. (29 december 2009). *Regels staan behandeling in de weg.*
- 9 Platform PI. (2009). *Eindrapportage van de adviesgroep farmaceutische zorg, invloed van partijen op aanspraak op geneesmiddelen.*
- 10 Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2009). *Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt.*
- 11 Landelijke Huisartsen Vereniging. (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis, Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn.*
- 12 Nefarma. (2009). *Visiedocument Geïntegreerde Thuiservice.* Ontleend van <http://www.nefarma.nl>
- 13 Stuffken, R, Heerdink ER, Koning, de FHP, Souverein, PC, Egberts, ACG. (2008 july/august volume 42 933-939). *Association between hospitalization and discontinuity of medication therapy used in community setting in the Netherlands, The annals of pharmacotherapy.*
- 14 Brink-Van der Wal, De Gier & De Vries-Bots. (2010). *80% medicatie ontslagbrieven ziekenhuis klopt niet.* Pharmaceutische Weekblad, nr. 10, pg 6-7.
- 15 Helfrich, E. Sonn, M. (2009). *Overdracht van medicatiegegevens.*
- 16 Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2008). *Concept richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens'.*
- 17 Nederlandse Zorgautoriteit. (2009). *Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg.* 22 december 2009
- 18 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers. (2005). *Visiedocument.*
- 19 Woudstra, N. (2009). *Gekoppelde computersystemen apotheek 't Hooge Zand en huisartsen leiden tot minder medicatiefouten.* Ontleend aan www.medicatieoverdracht.nl.
- 20 College voor Zorgverzekeringen. (2008). *Uitvoeringstoets afbakening intra- en extramurale farmaceutische zorg, Bijlage 10, Ad 2 Dure geneesmiddelen in AWBZ instelling*
- 21 Pronk, MH. (2009). *Geneesmiddelen in verpleeghuizen, presentatie voor Wyeth Pharmaceuticals*

Appendix 2: Beschrijving wet- en regelgeving financiering van zorg

A. DE ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

In deze wet zijn de aanspraken omschreven waar een verzekerde recht op heeft op basis van het Basispakket Zorgverzekeringen.

A.1 Aanspraak op geneesmiddel

Aanspraak op een geneesmiddel is binnen de Zvw mogelijk op basis van twee prestaties:

- Farmaceutische zorg (artikel 2.8 Bzv) regelt de aanspraak op en de verstrekking van het specifieke geneesmiddel op basis van het GVS evenals zorg die ermee gepaard gaat. Opname van een geneesmiddel in het GVS vindt plaats door een besluit van de minister van VWS die zich daarvoor laat adviseren door het CVZ. De prestatie farmaceutische zorg kent hiermee een gesloten aanspraak (op basis van een lijst van voor vergoeding goedgekeurde geneesmiddelen).
- Geneeskundige zorg (artikel 2.4 Bzv) regelt de aanspraken op farmaceutische zorg in het kader van een medisch specialistische behandeling. De aanspraak is gebaseerd op de zorg die artsen bieden en op de stand van wetenschap en de praktijk. Deze prestatie kent hiermee een systeem van open aanspraak en wordt dus niet beperkt door een lijst van voor vergoeding geïnccludeerde middelen.

A.2 Aanspraak op verpleegkundige zorg

De aanspraak op verpleegkundige zorg is in de zorgverzekeringswet geregeld in:

- artikel 2.4 Bzv wordt verpleegkundige zorg impliciet vermeld als onderdeel van (intramurale) geneeskundige zorg;
- artikel 2.10 Bzv en artikel 2.11 Bzv vermelden verpleegkundige zorg expliciet. Daarbij richt artikel 2.10 zich op de verpleging die samenhangt met verblijf in het ziekenhuis (intramurale verpleging). Artikel 2.11 Bzv richt zich vooral op verpleging zonder verblijf in het ziekenhuis (extramurale verpleging), die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

A.3 Bekostigingswijze van geneesmiddelen en verpleegkundige zorg

Bekostiging van zorg waarop aanspraak wordt gemaakt via de Zvw, verloopt via de zorgverzekeraar. Voor ziekenhuiszorg geldt dat de zorgverzekeraar met het ziekenhuis productieafspraken maakt. Daaronder vallen alle kosten voor geneesmiddelen en verpleegkundige zorg. Deze afspraken worden jaarlijks herzien. Voor bekostiging van zorg - die vanuit de aanspraken niet vanzelfsprekend of ontoereikend zijn - zijn aanvullende beleidsregels geformuleerd door de NZa. De in dit kader meest relevante beleidsregels worden hierna nader beschreven.

A.3.1 Beleidsregels dure (CI-1114) en weesgeneesmiddelen (CI-1061)

Voor zogenoemde dure en weesgeneesmiddelen toegediend in ziekenhuizen geldt dat ze gewoon onder de aanspraak vallen via de Zvw. De kosten komen ten laste van het ziekenhuisbudget. De hoge kosten van deze dure en weesgeneesmiddelen (vaak oncologische middelen) vormen echter een grote belasting voor het ziekenhuisbudget. Daardoor bestaat het risico dat patiënten niet de optimale zorg ontvangen die ze nodig hebben en waar ze recht op hebben. Ook bestaat het risico dat ziekenhuizen patiënten doorverwijzen naar andere ziekenhuizen om hoge kosten te vermijden. Om dergelijke situaties te voorkomen zijn twee additionele beleidsregels in het leven geroepen die de bekostiging van deze middelen nader regelen: de beleidsregel dure geneesmiddelen (CI-1114) en beleidsregel weesgeneesmiddelen in academische ziekenhuizen (CI-1061). Voor geneesmiddelen die vallen onder deze beleidsregels vindt respectievelijk 80% en 100% additionele bekostiging plaats door de zorgverzekeraar. Bij verstrekking van dure geneesmiddelen wordt het ziekenhuisbudget dus nog voor 20% belast.

A.3.2 Beleidsregel verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg (CI-1116/CA-402)

De overheid wil graag dat patiënten zo snel mogelijk uit het (relatief dure) ziekenhuis naar de thuissituatie worden geplaatst. Dat is goedkoper en in veel gevallen ook beter voor het herstel van de patiënt. Desondanks dient de patiënt in sommige gevallen nog wel medisch specialistische zorg te ontvangen, zogeheten ziekenhuisverplaatste zorg. Omdat de aanspraak voor verpleging in de thuissituatie is geregeld via artikel 2.11 Bzv, maar de bekostiging nog niet, is deze beleidsregel in het leven geroepen. De NZa heeft een (maximum)tarief vastgesteld voor het leveren van deze prestatie.

De bekostiging van onder andere geneesmiddelen valt niet onder deze beleidsregel. Daardoor bestaat er onduidelijkheid over de bekostiging van geneesmiddelen die de specialist voorschrijft in het kader van medisch specialistische zorg, maar die in de thuis- of verpleeghuissituatie worden toegediend. Vallen ze onder de extramurale farmaceutische zorg of intramurale geneeskundige zorg? Hoe zit het met geneesmiddelen die geen GVS-vergoeding hebben, maar in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg wel in de thuissituatie kunnen worden toegediend? In een brief van de NFU stelt de federatie richting zorgverzekeraars dat de kosten voor de in de brief genoemde genees- (en hulp-)middelen niet zijn opgenomen in het Functiegerichte Budget of in de DBC-prijzen. Daarmee wordt verwijzing naar dubbelfinanciering uit het GVS van geneesmiddelen - gebruikt in de thuissituatie in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg - als onterecht beschouwd. De NFU dringt aan op een oplossing voor dit probleem, omdat deze situatie ertoe leidt dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis moeten verblijven.

B DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN (AWBZ)

B.1 Aanspraak op geneesmiddelen

Aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen via de AWBZ is in eerste instantie afhankelijk van het verblijf in een instelling met de AWBZ-functie Behandeling. Voor patiënten, die opgenomen zijn in een instelling met indicatie Verblijf Plus Behandeling (verpleeghuis) valt de farmaceutische zorg volgens artikel 15 Bza onder de AWBZ.

Wanneer een patiënt alleen de indicatie voor verzorging (niet verpleegkundige zorg) en/of verblijf (verzorgingshuis) heeft gekregen, dan valt de aanspraak op verpleegkundige zorg geïnitieerd door de huisarts, en de aanspraak op geneesmiddelen binnen de Zvw (zie paragraaf B.3). Wanneer een patiënt de indicatie voor verblijf en behandeling heeft gekregen, dan valt de aanspraak op verpleegkundige zorg binnen de AWBZ.

B.2 Aanspraak op verpleging

Aanspraak op verpleging is geregeld in artikel 5 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)³. Het gaat dan om verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap die is gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap. Deze zorg moet worden verleend door een AWBZ-instelling. Dit kan zowel een thuiszorgorganisatie, een verpleeghuis met enkel AWBZ-functie Verblijf of een verpleeghuis met zowel AWBZ-functie Verblijf als Behandeling zijn.

Naast de functie Verpleging kent de AWBZ ook de functie Persoonlijke Verzorging die raakvlakken heeft met de term Verpleging. Aangezien het in dit onderzoek gaat om de aanspraak op vergoeding van geneesmiddelen als onderdeel van geneeskundige zorg in het kader van een medisch specialistische behandeling en de functie persoonlijke verzorging hierbij niet relevant is, is deze in dit rapport niet nader toegelicht.

B.3 Bekostigingswijze van geneesmiddelen en verpleegkundige zorg

Bekostiging van geleverde zorg waarop aanspraak wordt gemaakt via de AWBZ vindt plaats via het instellingsbudget van de instelling die onder de AWBZ valt. Het instellingsbudget is gebaseerd op productieafspraken die jaarlijks worden afgesproken tussen de instelling en het zorgkantoor.

B.3.1 Beleidsregel extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen (CA-386)

Voor verpleeghuizen met een (AWBZ-)instellingsbudget geldt dat alle farmaceutische zorg wordt bekostigd uit het instellingsbudget. Ook in die situatie komt het voor dat patiënten dure genees- en hulpmiddelen gebruiken die enorm drukken op het instellingsbudget. Voor de bekostiging van deze middelen is de beleidsregel extreme zorggebonden materiaalkosten en geneesmiddelen in verpleeghuizen (CA-386) in het leven geroepen. Wanneer de farmaceutische kosten voor een patiënt voor het gebruik van dure medicatie boven de € 700,- per 4 weken uitkomen, dan kan de AWBZ-instelling deze kosten voor 90% aanvullend declareren bij het zorgkantoor.

Over Platform PI

Platform PI (Patiënt-Industrie) is een ontmoetingsplaats voor leden van patiëntenorganisaties en medewerkers van farmaceutische bedrijven. Het Platform stelt knelpunten in het medicijngebruik aan de orde en draagt daarvoor oplossingen aan. De (chronische) patiënt staat daarbij voorop. Het uitgangspunt is dat de patiënt een positie heeft, die gelijkwaardig is als het gaat om de verkrijgbaarheid, de keuze en het gebruik van geneesmiddelen.

Het platform fungeert als samenwerkingsverband tussen patiëntenorganisaties en innovatieve geneesmiddelenfabrikanten. De interne adviesgroep Extramuralisering van het Platform PI brengt advies uit over de kwaliteit van farmaceutische zorg als gevolg van medisch specialistische zorg. Daarbij ligt de nadruk op de verschillen in kwaliteit die ontstaan na ontslag uit het ziekenhuis en voortzetting van medicatie in de thuissituatie en in AWBZ-instellingen.

Over IMS Health

IMS is wereldwijd marktleider op het gebied van market intelligence binnen de farmaceutische industrie en de gezondheidszorg. Werkzaam in meer dan 100 landen met meer dan 50 jaar aan ervaring in de industrie, biedt IMS leading-edge producten en diensten die volledig geïntegreerd zijn in de dagelijkse werkzaamheden. Een greep uit het aanbod: product en portfolio management; innovaties voor commercial effectiveness; consulting en services oplossingen die wereldwijd de productiviteit en kwaliteit binnen de gezondheidszorg verbeteren.