

Memo

Van KNMP (Aad Noordermeer)

Aan Zorginstituut Nederland (Ilse Verkaik, Tjitske Vreugdenhil, Martine Oonk en Lianne Dennesen) c.c. Nederlandse Zorgautoriteit (Annekatrien Huisman)

Datum 10 mei 2025

Betreft concept adviesrapport *Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz opnieuw ontleed*

De KNMP maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het concept-adviesrapport "Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz opnieuw ontleed". Immers, de aanspraken kortdurende herstelgerichte zorg betreffen ook de aanspraak farmaceutische zorg. En vanuit de visie op de eerstelijnszorg 2030 vinden ook wij een goed toegerust tijdelijk verblijf belangrijk.

We reageren eerst meer in algemene zin, daarna op specifieke punten uit het concept-adviesrapport. We vragen daarbij ook aandacht voor de doorwerking van het advies c.q. de duiding van de aanspraak naar de bekostiging, al begrijpen we dat dit primair de verantwoordelijkheid van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en niet van het Zorginstituut betreft.

Algemeen

We zien meer algemeen in de adviesaanvraag van het ministerie van VWS d.d. 26 januari 2024 en in het eerdere advies van de NZa dat niet wordt gesproken van aanspraak op farmaceutische zorg, maar van aanspraak op geneesmiddelen. Dit komt ook terug in uw concept-advies dat u in consultatie heeft gegeven.

Naar aanleiding van het NZa-advies hebben wij er in het technisch overleg kortdurende zorg met NZa en Zorginstituut al op gewezen dat dit ons inziens onjuist is en dat het risicovol is om in de analyse alleen te kijken naar (de declaratieroute voor) de geneesmiddelen. Juist voor goed geneesmiddelgebruik (inclusief medicatiebewaking en medicatiebeoordelingsoverleggen (MBO, MDO)) is het besef van belang dat een wijziging in (de duiding van) de aanspraak ook gevolgen heeft voor de farmaceutische zorg, de verantwoordelijk apotheker en de mate waarin sprake is van systeem-overgangen (die o.a. risico's geven voor de continuïteit van de farmaceutische zorg).

Voor uw adviesrapport zou wat ons betreft een belangrijk uitgangspunt moeten zijn dat (vanuit het belang van passende farmaceutische zorg c.q. het belang van de patiënt) systeemovergangen zoveel mogelijk worden vermeden. Dit is ook van belang omdat systeemovergangen extra arbeidsinzet vragen om problemen als gevolg hiervan te voorkomen.

Overigens is er bij de huidige declaratieroute voor geneesmiddelen wel een systeemprobleem voor openbaar apothekers bij kortdurende zorg dat in het concept-adviesrapport niet als zodanig wordt benoemd. Namelijk het feit dat het mogelijk is om een Wlz-verblijfsindicatie af te geven met terugwerkende kracht. Dit leidt in voorkomende gevallen tot afkeuring van declaraties van openbaar apothekers die bij hun declaratie volledig terecht uit zijn gegaan van de verzekerden-status op het moment van terhandstellen. In tegenstelling tot wat in het concept-advies wordt gesuggereerd ("Zorgaanbieders, zorgverleners, zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen afspraken maken.....Wlz."), is dit een systeemprobleem dat niet door 'het veld' kan worden opgelost, maar dat vraagt om een oplossing door de systeempartijen. Wij hebben dit ook bij het ministerie van VWS meermalen onder de aandacht gebracht. Het is echter nog steeds niet opgelost.

Tegen deze achtergrond is de inzet van de KNMP erop gericht om bij de kortdurende zorg voor patiënten het aantal systeemovergangen te beperken en de continuïteit van de farmaceutische zorg optimaal te borgen. In het verlengde daarvan is voor de openbare farmacie ook declaratie-zekerheid en het voorkomen van spillage een belangrijk aandachtspunt.

Specifiek: het concept-adviesrapport

Dan uw concrete concept-adviesrapport.

Op basis van uw advies dient in praktische zin de geriatrie revalidatiezorg (GRZ)¹ wat betreft de farmaceutische zorg op dezelfde basis georganiseerd te gaan worden als nu bij het Eerstelijns-verblijf (ELV)² het geval is.

Dat heeft voordelen voor de continuïteit van de farmaceutische zorg.

Het heeft ook nadelen voor de betrokken voorschrijvers, omdat bij de farmaceutische zorg de professionele vrijheid begrensd wordt door het preferentiebeleid en de afspraken over verantwoord wisselen. En omdat in voorkomende gevallen de problematiek rond overgehevelde geneesmiddelen kan opspelen (denk bijv. aan inzet van epoëtines). Ook kan het voor patiënten een financieel nadeel betekenen omdat middelen die niet in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS) zijn opgenomen voor eigen rekening komen (waar dat nu voor rekening van de instelling komt).

Tegelijkertijd zal de overgang terug naar thuis wat betreft de continuïteit van de farmaceutische zorg gemakkelijker en minder foutgevoelig zijn.

Het is daarbij goed dat de NZa in het plan van aanpak heeft aangegeven "Evaluatie experiment revalidatie- en herstellzorg 2026-2030" 'ook aandacht te hebben voor genees- en hulpmiddelen, nu de aanspraak gelijk getrokken wordt omdat dat ook voor een verschil kan zorgen in ervaren lasten.'

¹ <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-05/Infographic%20GRZ%20-%20mei%202024.pdf>

² <https://www.actiz.nl/sites/default/files/2024-05/Infographic%20ELV%20-%20mei%202024.pdf>

Bij laag-complexe medisch-specialistische zorg met verblijf buiten het ziekenhuis blijft – net als bij een reguliere ziekenhuisopname – sprake van een systeemovergang (wat betreft de farmaceutische zorg). Dit vergt bij een overgang terug naar thuis voldoende aandacht voor heropname in de eerstelijns. We werken op dit punt samen met de NVZA aan een handreiking Farmaceutische zorg bij ontslag uit het ziekenhuis, die momenteel ter consultatie voorligt bij de LHV.

Wij waarderen verder dat u op pagina 32 van het concept adviesrapport onderkent dat de prestatie farmaceutische zorg meer omvat dan de aanspraak op geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen. De verwijzing naar de wijziging van het Besluit zorgverzekering uit 2010 vinden wij echter minder logisch dan een verwijzing naar de duidingen van wat onder farmaceutische zorg wordt verstaan zoals die door het Zorginstituut zelf eerder zijn gedaan³. ‘Advies en begeleiding door apothekers ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik ervan’ vinden wij in dit verband een wat vreemde beschrijving.

Wat we missen in uw advies is (een deel van) het derde punt uit de adviesaanvraag van het ministerie van VWS d.d. 26 januari 2024. Als bij GRZ voortaan de farmaceutische zorg onder de aanspraak farmaceutische zorg valt, zal dit ook in de financiële kaders moeten worden verwerkt. Wij hebben dit punt ook bij de NZa en het ministerie van VWS onder de aandacht gebracht. De bekostiging zal bovendien niet meer via een contract met de instelling lopen, maar via de tussen apotheken en verzekeraars gemaakte contractafspraken. Dit vraagt om een passende overheveling van budget, waar verzekeraars ook rekening mee kunnen houden bij de contractering. Daarbij is het ook goed om het effect van de overheveling te monitoren (op een niet administratief belastende wijze).

Daarnaast missen we in het advies een passage over wat dit rapport (op korte termijn) betekent voor de farmaceutische zorg bij de GRZ die niet via het experiment gaat lopen. Is uw concept-advies tevens een duiding van GRZ op het punt van farmaceutische zorg die betekent dat op korte termijn de bekostiging van de farmaceutische zorg bij GRZ via de aanspraak farmaceutische zorg moet gaan verlopen? En zo ja, is er dan sprake van een redelijke termijn waarop dat gerealiseerd moet zijn?

Ten slotte betekent ons inziens uw advies dat de NZa samen met de betrokken partijen ook een aantal praktische aspecten nader zal moeten bezien. Wij denken in elk geval aan de volgende punten:

- Sluit de prestatiestructuur van de openbare farmacie voldoende aan bij de praktijk van de geriatrie revalidatiezorg (denk aan de prestatie terhandstelling met begeleidingsgesprek) of is hiervoor aanpassing of aanvulling gewenst?

³<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2010/05/31/prestatiebeschrijvingen-farmaceutische-zorg-duiding-in-het-kader-van-de-zorgverzekering>

- Wat betekent het feit dat 'geneesmiddelen onder de aanspraak farmaceutische zorg vallen' voor het beheer en de bekostiging van de werkvoorraad geneesmiddelen⁴?
- Zijn de systemen voor het declaratieverkeer voldoende gereed om de declaraties in het kader van het experiment te faciliteren en/of zijn er vanuit de invalshoek van het declaratieverkeer nog extra 'instructies/tips' nodig voor de betrokken VVT-organisaties en apotheken⁵?
- Zijn er aanpassingen nodig aan de elektronische voorschrijfsystemen zoals die gehanteerd worden in VVT-instellingen? Dit is een belangrijk punt, want daar in WLZ-instellingen wordt gewerkt met de intramurale versie van elektronische voorschrijfsystemen, waaruit wordt voorgeschreven door de specialist ouderengeneeskunde. Aanpassingen door de apotheek wegens tekort of preferentiebeleid van een verzekeraar, gaan niet per definitie automatisch door naar het EVS. Dit is overigens een punt dat op dit moment ook bij eerstelijnsverblijf opgelost moet worden.

Wij hopen met deze reactie een bijdrage te leveren aan het uiteindelijke advies en een vervolgtraject dat bijdraagt aan een goed toegerust tijdelijk verblijf dat bijdraagt aan de versterking van de eerstelijnszorg.

⁴ <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2011/01/01/handreiking-werkvoorraad-geneesmiddelen>

⁵ De KNMP heeft deze vraag recent voorgelegd aan het Operationeel Overleg Declaratieverkeer Farmacie (OODF), waarvan het secretariaat door ZN en KNMP wordt gevoerd.