

Betere farmaceutische zorg hoeft niet meer te kosten

Is er betere gezondheidszorg en hogere kwaliteit mogelijk bij gelijkblijvende kosten tot 2020? En zo ja, hoe? Het deze maand verschenen boek *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel* biedt daarvoor bewezen kosteneffectieve *best practices*. Ook voor farmaceutische zorg. Enkele passages uit het hoofdstuk over farmacie.

18

Pharm weekbl 24 oktober 2014, 149-42

Auteurs **Erik Gerritsen**
en **Guus Schrijvers**

De farmaceutische zorg in Nederland heeft op hoofdlijnen de volgende kenmerken:

- Het gebruik van geneesmiddelen is in Nederland relatief laag. Het percentage huisartsenconsulten dat eindigt met een recept is lager dan in andere Europese landen [1].
 - De kosten voor farmaceutische zorg zijn relatief laag. Per inwoner liggen de gemiddelde kosten van geneesmiddelen via apotheekhoudenden onder het West-Europese gemiddelde [2].
- De overheid voert een actief prijsbeleid voor geneesmiddelen via het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en de Wet geneesmiddelenprijzen. Door het preferentiebeleid liggen de prijzen van de generieke geneesmiddelen sinds 2008 op een bijzonder laag niveau [3].

• De kwaliteit van de zorg is op een aantal terreinen relatief goed. De apothekers besteden al lang aandacht aan medicatiebewaking en aan voorlichting aan patiënten. Ook het farmacotherapieoverleg tussen apothekers en huisartsen is wijdverspreid.

Op de genoemde aspecten vertoont de farmaceutische zorg in Nederland een positief beeld. Er zijn echter ook onderdelen die duidelijk beter kunnen, namelijk de medicatieveiligheid en de therapietrouw.

Medicatieveiligheid

Sinds de publicatie van het Amerikaanse rapport *To Err is Human* in 1999 wisten

we dat er op het gebied van de medicatieveiligheid veel te verbeteren viel [4]. Dat gold ook voor Nederland. Uit het bekende HARM-onderzoek bleek dat per jaar in Nederland 16.000 potentieel vermijdbare ziekenhuisopnamen plaatsvonden als gevolg van medicatiefouten [5]. De geschatte kosten hiervan bedroegen ruim € 94 miljoen [6]. Ook in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en bij opname en ontslag uit het ziekenhuis kwamen veel vermijdbare medicatiefouten voor [7-9].

De afgelopen jaren is een flink aantal activiteiten gestart om deze situatie te verbeteren. Dit betrof onder meer de introductie van *closed loop medication* in ziekenhuizen, het uitvoeren van regelmatige medicatiebeoordelingen bij risicopatiënten en het verbeteren van de medicatieoverdracht. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat dit niet alleen gezondheidswinst opleverde, maar ook kostenbesparingen [10, 11].

Therapietrouw

Uit de internationale literatuur bleek dat 30-50% van de voorgeschreven geneesmiddelen niet op de afgesproken wijze werd ingenomen [12-14]. Dit was ook het geval in Nederland. Het zal duidelijk zijn dat dit aanzienlijke negatieve effecten heeft op de therapieresultaten en tevens leidt tot verspilling van financiële middelen. Het verbeteren van de therapietrouw is daarom een van de belangrijkste opgaven in de farmaceutische

**HUIDIGE
HONORERING
GEEFT
AVERECHTSE
PRIKKEL VOOR
OPTIMALE
ZORG**



30-50% VAN DE GENEESMIDDELEN WORDT NIET OP DE AFGESPROKEN WIJZE INGENOMEN. VERBETEREN VAN DE THERAPIETROUW IS DAAROM EEN VAN DE BELANGRIJKSTE OPGAVEN IN DE FARMACEUTISCHE ZORG

zorg. Een WHO-rapport schrijft: “Effectieve bevordering van therapietrouw zal een veel groter effect hebben op de volksgezondheid dan steeds verdergaande verbeteringen van medische behandelingen [15].”

De afgelopen decennia is een groot aantal interventies ontwikkeld om de therapietrouw te verbeteren. Ze hebben wel effect, maar uit onderzoek blijkt dat de therapietrouwpercentages de afgelopen jaren vrijwel niet zijn verbeterd [16, 13]. Het is tijd om deze impasse te doorbreken. Dat kan als zorgverleners meer en op de juiste wijze aandacht aan therapietrouw besteden in de individuele zorgplannen en regelmatige medicatiegesprekken. Ook e-Health en apps bieden hierbij goede ondersteunende mogelijkheden.

Verbetervoorstellen

Er zijn mogelijkheden om de farmaceutische zorg verder te verbeteren en de kosten te verlagen. Naar onze opvatting zijn daarvoor de volgende systeeminnovaties noodzakelijk:

- **Zorgverlening:** om de gewenste verbetering van de medicatieveiligheid en therapietrouw te realiseren is het noodzakelijk dat één apotheker de betreffende zorgtaken uitvoert en dat hij daarvoor beschikt over alle geneesmiddelengegevens en overige relevante gegevens van de patiënt. Dat is alleen

mogelijk als we kiezen voor een vaste apotheker als dossierhouder. Wij stellen voor dit te realiseren door een inschrijving op naam. Dit zal naar verwachting weinig problemen opleveren, omdat de geneesmiddelengebruikers bijzonder apotheektrouw zijn [17]. Wij wijzen erop dat voor ziekenfondspatiënten tot 1 januari 1988 een inschrijving op naam inclusief een abonnementssysteem bestond. Het is tevens noodzakelijk dat alle relevante medische gegevens voor de apotheker online beschikbaar zijn. Patiënten wordt individueel gevraagd hiervoor toestemming te verlenen. Hiervoor is nodig dat de automatiseringssystemen van huisartsen en apothekers dit soort gegevens kunnen uitwisselen. Dit is in apotheken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden al vaak het geval, maar in de meeste andere apotheken nog niet. De vooruitgang op dit gebied was de afgelopen jaren bijzonder traag.

- **Honorering:** de huidige honorering bestaat vrijwel volledig uit een vergoeding voor het ter hand stellen van geneesmiddelen. Dit geeft een averechtse prikkel voor optimale zorg, omdat een apotheker regelmatig moet adviseren over het al dan niet voortzetten van het gebruik van een geneesmiddel. Ook de financiering van innovatieve activiteiten leverde de afgelopen jaren aanzienlijke problemen op.

HONORERING VOLGENS HET CAPPUCCINO-MODEL GAAT UIT VAN EEN ABONNEMENTS-SYSTEEM

OOK IS EEN AANVULLEND PRIJSBELEID VOOR DURE GENEES- MIDDELEN NOODZAKELIJK

NMS: betere therapietrouw, lagere kosten

In Engeland is in oktober 2011 de New Medicine Service (NMS) door openbare apothekers gestart. Hierbij voert de apotheker twee gesprekken met nieuwe gebruikers van geneesmiddelen voor astma, COPD, diabetes type 2, antistolling of hoge bloeddruk, kort na de start van het gebruik. In het algemeen verwijst de arts de patiënt door voor deelname aan NMS. Het zijn gestructureerde gesprekken over het gebruik van de betreffende geneesmiddelen. Inmiddels heeft meer dan 90% van de Engelse apotheken NMS uitgevoerd. Recent verscheen een uitgebreid evaluatierapport over NMS [21]. De resultaten van het onderzoek waren bijzonder positief. NMS verhoogde de gemiddelde therapietrouw na tien weken van 60,5 % naar 70,7 %. Daarnaast verlaagde NMS de gemiddelde kosten per patiënt gedurende tien weken met € 45,71. Inclusief de kosten van NMS bedroeg deze daling € 21,11.

De onderzoekers adviseerden NMS voort te zetten en gaven een aantal verbeter suggesties. Er is voorlopig besloten NMS in 2014 en 2015 te continueren, maar de verwachting is dat NMS een blijvende service zal worden.

Met de brede implementatie van dit programma loopt Engeland internationaal voorop. Gezien de positieve resultaten is uitvoering van een dergelijk programma ook aan te bevelen in Nederland. Het contracteren ervan is nu al mogelijk als facultatieve prestatie.

Wij bepleiten een honorering volgens het cappuccinomodel. Dit model kent een honorering in drie segmenten en is gebaseerd op een abonnementssysteem.

Het eerste segment regelt de vergoeding van de zorgprestaties rondom de behandeling. De vergoeding hiervoor bestaat grotendeels uit een abonnementshonorarium aangevuld met een kleine vergoeding per voorschrift. Segment 2 regelt de vergoeding van de niet-verstrekkinggerichte zorgprestaties en segment 3 van de innovatieve activiteiten. Het voorstel sluit goed aan bij de nieuwe honorering van huisartsen en wijkverpleging [18, 19].

• **Prijsbeleid geneesmiddelen:** er is een constante toestroom van nieuwe, dure geneesmiddelen. De jaarlijkse kostenstijging van deze geneesmiddelen is veel groter dan van de gezondheidszorg als geheel. Dit vormt een reëel risico voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van deze geneesmiddelen [20].

Naast een scherpe indicatiestelling voor de toepassing van deze dure geneesmiddelen zijn nieuwe instrumenten nodig om de prijzen ervan te kunnen reguleren. Een aantal landen heeft oplossingen daarvoor ontwikkeld, bijvoorbeeld Noorwegen en Nieuw-Zeeland die de geneesmiddelen centraal inkopen. Een andere mogelijkheid is het hanteren van een maximaal te ver-

goeden bedrag per gewonnen levensjaar, zoals Engeland doet.

Conclusies

Uit ons onderzoek blijkt dat op verschillende terreinen van de farmaceutische zorg nog een flinke gezondheidswinst en kostenbesparingen zijn te realiseren. Voorwaarden hiervoor zijn de invoering van het dossierhouderschap en de beschikbaarheid van de relevante medische gegevens. Daarnaast is honorering volgens het cappuccinomodel een belangrijke voorwaarde. Het is op deze wijze mogelijk een betere gezondheid en hogere kwaliteit van farmaceutische zorg te realiseren bij gelijkblijvende kosten. Voor dit laatste is tevens aanvullend prijsbeleid voor de dure geneesmiddelen noodzakelijk. ■

Erik Gerritsen is adviseur farmaciebeleid en apotheker. Guus Schrijvers is emeritus hoogleraar public health en gezondheidseconoom. Zij schreven samen het hoofdstuk over farmaceutische zorg in het boek van Guus Schrijvers *Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel. Voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg* (ISBN 9789072219923). Correspondentie: Erik Gerritsen (info@gerritsenfarmaciebeleid.nl).

Belangenverstrengeling en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Zie voor de literatuurreferenties: pw.nl.

Literatuur

1. Data en feiten 2013, het jaar 2012 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen; 2013.
2. Data en feiten 2014, het jaar 2013 in cijfers. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen; 2014.
3. GIPeilingen 2012. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2013.
4. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: The National Academy Press; 2000.
5. van den Bemt PMLA, Leendertse AJ, Egberts ACG. Het HARM-onderzoek: een observationeel multicenteronderzoek naar geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames. *Bijblijven*. 2007;23(8):47-56.
6. Leendertse AJ, van den Bemt PMLA, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts ACG, Postma MJ. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): Cost analysis of the HARM study. *Value Health*. 2011;14:34-40.
7. Beex-Oosterhuis MM, de Vogel EM, van der Sijs H, Dieleman HG, van den Bemt PMLA. Detection and correct handling of prescribing errors in Dutch hospital pharmacies using test patients. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:1188-202.
8. Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2010.
9. Karapinar-Çarkit F, Borgsteede SD, Zoer J, Smit HJ, Egberts ACG, van den Bemt PMLA. Effect of medication reconciliation with and without patient counselling on the number of pharmaceutical interventions among patients discharged from the hospital. *Ann Pharmacother*. 2009;43:1001-10.
10. Franklin BD, O'Grady K, Donyai P, Jacklin A, Barber N. The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system errors and staff time: a before-and-after study. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:279-84.
11. Kempen TGH, van de Steeg-van Gompel CHPA, Hoogland P, Liu Y, Bouvy ML. Large scale implementation of clinical medication reviews in Dutch community pharmacies: drug-related problems and interventions. *Int J Clin Pharm*. 2014;36:630-5.
12. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. London: NCCSDO; 2005.
13. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD000011.
14. Ryan R, Santesso N, Hill S, Lowe D, Kaufman C, Grimshaw J. Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicines use: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;(5):CD007768.
15. Sabaté E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
16. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. 2007;7:55.
17. Richter J, van Starckenburg L, Lukaart J, Teichert M. Zijn indicatoren berekend met aflevergegevens per apotheek valide om apothekers te vergelijken wat betreft hun prestaties bij het bevorderen van therapietrouw? *PW Wetenschappelijk Platform*. 2013;7:a1315.
18. Minister van VWS. Brief aan Tweede Kamer over voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, 19 mei 2014. Kamerstuk 33578 nr. 6.
19. Minister van VWS. Brief aan Tweede Kamer over bekostiging wijkverpleging, 19 mei 2014. Kamerstuk 30597 nr. 440.
20. Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen. Nu en in de toekomst. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding; 2014.
21. Elliott RA, Boyd MJ, Waring J, Barber N, Mehta R, Chuter A, et al. Understanding and appraising the New Medicines Service in the NHS in England. A randomised controlled trial and economic evaluation with qualitative appraisal comparing the effectiveness and cost effectiveness of the New Medicines Service in community pharmacies in England. Nottingham: The School of Pharmacy University of Nottingham; 2014.