

## Minder regels, meer zorg

Oplossingsrichtingen regeldruk apothekhoudenden



## Minder regels, meer zorg

### Oplossingsrichtingen regeldruk apothekhoudenden

#### **Sira Consulting**

Nieuwegein, 23 oktober 2015

#### **Auteurs**

Joey van den Hurk

Peter Bex

Patrick van der Poll

Frans van Eck

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of openbaarmaking in welke vorm ook, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Sira Consulting B.V.. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Knelpunten en oplossingsrichtingen</b>	<b>13</b>
4.1	Inzicht in uitvoeringslasten	13
4.2	Frequentie van veranderingen	15
4.3	Zichtbaarheid	17
4.4	Polisvoorwaarden	18
4.5	Hulpmiddelenbeleid	20
4.6	Geneesmiddelenbeleid (mededingingswet)	22
4.7	Medische noodzaak	24
4.8	Machtigingen	26
4.9	Declaratieverkeer	28
4.10	Materiële controles	30
4.11	Formulieren	32
4.12	Contractonderhandelingen	34
4.13	LSP opt-in regeling	36
4.14	2-factor authenticatie	37
4.15	Aanvullende kwaliteitseisen	38
4.16	Kwaliteitsindicatoren	39
4.17	Opiumwetverplichtingen	41
4.18	Wgbo bewaartermijnen	42
4.19	Arbeidsrecht	43
4.20	Kostenopbouw apothekhoudende huisartsen	44
4.21	Onnodige registratie (receptverwerking)	45
4.22	GDV en GDV-evaluatie	47
4.23	Bereidingen	49
4.24	Melden bijwerkingen	50
4.25	Lijsten thuiszorg	51
<b>5</b>	<b>Vervolgstappen</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage</b>		
I	Lijst met afkortingen en begrippen	566

# 1 Voorwoord

Regeldruk staat, met name in de gezondheidszorg, enorm in de belangstelling. En dat is niet zonder reden. Inmiddels is uit meerdere onderzoeken gebleken dat de regeldruk in de zorg aanmerkelijk hoger is dan in andere sectoren.

Ook voor de farmaceutische zorg geldt dat de regeldruk hoog is. Maar tegelijkertijd ligt er een groot verbeterpotentieel. En daar zetten wij, samen met onze stakeholders, graag de schouders onder. Want ook in de apotheek geldt: elke minuut kan maar één keer worden besteed. En tijd die besteed wordt aan administratie, kan niet besteed worden aan de patiënt en de begeleiding bij het gebruik van geneesmiddelen.

Voor u ligt een rapportage die het verbeterpotentieel voor regeldruk in de farmaceutische zorg in kaart brengt. De komende periode gaan wij met onze stakeholders in gesprek om de onderwerpen die hier aan bod komen te prioriteren. De geprioriteerde onderwerpen zullen wij samen oppakken en nader uitwerken in een concreet actieplan. Uitvoering van dit actieplan moet leiden tot minder administratieve lasten en meer zorg.

De individuele apotheekhoudenden die hebben deelgenomen aan het onderzoek en diverse klankbordgroepen zijn wij enorm dankbaar voor het vrijmaken van hun tijd om waardevolle inbreng te leveren in dit traject. Zonder hen was het niet gelukt om de uitwerking van regelgeving in de praktijk tastbaar te maken.

Ook willen wij van de gelegenheid gebruik maken om Zorgverzekeraars Nederland, Actal, InEen en het ministerie van VWS hartelijk te bedanken voor hun waardevolle bijdragen en medewerking bij de totstandkoming van deze rapportage. Wij zien uit naar voortzetting van de goede samenwerking binnen –en buiten- dit traject.

Met vriendelijke groet,



Gerben Klein Nulent  
Voorzitter KNMP



Bart Tolhuisen  
Voorzitter ASKA



Rob Keijzer  
Vice-voorzitter LHV Apotheekhoudende Afdeling



Kristie Oostrom-Bekkers  
Voorzitter NVPF

## 2 Managementsamenvatting

### **Regeldruk is hoog en verbetering is mogelijk**

De KNMP, ASKA, NVPF en LHV apothekhoudende afdeling hebben de handen ineen geslagen om de regeldruk in de farmacie terug te dringen in het project "Minder regels, meer zorg". Aanleiding hiervoor zijn de signalen die deze organisaties binnenkrijgen over toegenomen administratieve lasten en werkdruk en de ambities van apothekers om meer tijd aan patiëntenzorg te kunnen besteden. Tijd die besteed wordt aan administratieve lasten kan immers niet besteed worden aan patiënten. Sira Consulting is gevraagd om de lastendruk voor apotheken te meten. Hierbij is gebruik gemaakt van de KAR-methodiek, een internationaal erkende methode om regeldruk in kaart te brengen.

In de hieraan voorafgaande rapportage: "Businessanalyse regeldruk apothekhoudenden" zijn de onderzoeksresultaten gepresenteerd. De regeldruk voor de apotheksector als geheel is bijzonder hoog en wordt geraamd op circa 27,7% van de praktijkkosten. Vermindering van regeldruk is wenselijk én blijkt mogelijk. Dit rapport geeft een overzicht van de verbetermogelijkheden die er zijn.

### **Van knelpunten naar oplossingen**

De onderwerpen die in deze rapportage worden besproken zijn geïdentificeerd op basis van de hieraan voorafgaande onderzoeksrapportage: "Businessanalyse regeldruk apothekhoudenden". Hierin zijn prioriteiten gesteld voor de aanpak van feitelijke regeldruk en beleefde lasten. De resultaten uit het voorafgaande onderzoek zijn vertaald naar concrete knelpunten en oplossingsrichtingen. Deze zijn in werksessies met apothekhoudenden getoetst en vervolgens nader uitgewerkt. Geïnterviewde knelpunten worden gekoppeld aan concrete oplossingsrichtingen voor de reductie van de regeldruk voor de sector of subsector.

Voor elk van de knelpunten en bijbehorende oplossingsrichtingen is volgens een vast format een dataset aangelegd. Hierdoor wordt informatie vergelijkbaar, eenduidig en gestructureerd vastgelegd en ontstaat een robuuste basis voor gezamenlijke beslissingen met betrekking tot oplossingsrichtingen. In totaal zijn er voor 25 onderwerpen datasets aangelegd. In tabel 1 is hiervan een overzicht opgenomen.

### **Vervolg**

De regeldruk voor apothekhoudenden kan worden verminderd, terwijl dezelfde beleidsdoelstellingen gerealiseerd kunnen worden. Dit kan door overbodige regels te schrappen, noodzakelijke regels te vereenvoudigen en/of uniformeren zodat deze beter aansluiten bij de praktijk, of door apothekers beter te ondersteunen bij het uitvoeren van hun verplichtingen. Door het aantal (onnodige) administratieve handelingen te verminderen krijgen apothekers meer tijd voor het verlenen van goede zorg aan de patiënt.

Het is niet haalbaar om binnen dit project, alle onderwerpen, die in dit rapport genoemd worden, op te pakken. Partijen gaan met elkaar in overleg over welke onderwerpen worden opgepakt en uitgewerkt in een concreet en gedragen Actieplan. Het Actieplan zal in overleg met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), InEen, het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ACTAL), en andere stakeholders worden opgesteld en uitgevoerd.

**Tabel 1.** Overzicht knelpunten apotheken

Nr.	Onderwerp	Beschrijving	Locatie
1.	Inzicht in uitvoeringslasten	De farmaceutische zorg heeft te maken met verschillende beleidsmakers en zij hebben onvoldoende inzicht in de impact van (nieuwe of gewijzigde) regels op uitvoeringsprocessen in de apotheek.	H4§1
2.	Frequentie van veranderingen	Maatregelen van de overheid of zorgverzekeraars die gevolgen hebben voor de werkprocessen in de apotheek, volgen elkaar in (te) snel tempo op. Dit leidt tot moeizame implementatie van maatregelen en gaat ten koste van innovatie en kwaliteitsverbetering.	H4§2
3.	Zichtbaarheid	Er is te weinig zicht op - en besef van - de situaties waar apothekers in de praktijk mee te maken krijgen als gevolg van (toenemende) regeldruk.	H4§3
4.	Polisvoorwaarden	De polisvoorwaarden zijn onvoldoende overzichtelijk voor patiënten, waardoor zij pas aan de apotheekbalie worden geconfronteerd met de consequenties van deze voorwaarden voor de farmaceutische zorg.	H4§4
5.	Hulpmiddelenbeleid	Aan de aanspraak van patiënten op hulpmiddelen kunnen overheid en zorgverzekeraars voorwaarden stellen. Deze voorwaarden kunnen per polis verschillen. De uitvoering hiervan, zoals het indelen van patiënten in profielen en het opstellen van zorgplannen, kost zorgverleners veel tijd. Bovendien is informatie niet op één plek beschikbaar en aan verandering onderhevig.	H4§5
6.	Geneesmiddelenbeleid (mededingingswet)	Er zijn diverse contractpartijen met elk een individuele invulling van het geneesmiddelenbeleid. Dit leidt tot een niet optimale supply chain, verspilling, milieuschade, klachten van patiënten, imagoschade, en afgenomen werkplezier.	H4§6
7.	Medische noodzaak	Als voorschrijvers het onverantwoord vinden om een patiënt met een preferent geneesmiddel te behandelen, vermelden zij medische noodzaak op het recept. De verschillende interpretaties van dit begrip door zorgverzekeraars leidt tot onduidelijkheden en financiële risico's bij patiënten en apothekers.	H4§7
8.	Machtigingen	Aan de aanspraak van patiënten op zorg kunnen overheid en zorgverzekeraars voorwaarden stellen. Zorgverzekeraars maken gebruik van machtigingen om te toetsen of aan deze voorwaarden voldaan wordt. Het machtigingenbeleid verschilt echter per zorgverzekeraars wat leidt tot extra administratieve lasten. Bovendien is informatie niet op één plek beschikbaar en aan verandering onderhevig.	H4§8
9.	Declaratieverkeer	Declaraties worden veelal elektronisch gegenereerd en verstuurd, maar kleine onvolkomenheden, zoals het ontbreken van (correcte) Algemeen Gegevens Beheer codes (AGB) of waterdichte gegevens over de verzekeringsgerechtigdheid van patiënten,	H4§9



		leiden tot veel afkeuringen, terwijl de oorzaak vaak buiten de apotheek ligt.	
10.	Materiële controles	Zorgverzekeraars voeren materiële controles uit om de doelmatige en rechtmatige besteding van publieke middelen te garanderen. In de apotheek leidt dit tot (excessieve) materiële controles en (soms jaren later) tot substantiële terugvorderingen.	H4§10
11.	Formulieren	Er zijn negen zorgverzekeraars met hun eigen formulieren voor dezelfde onderwerpen (zoals verbandmiddelen). Het gevolg is dat er met te veel formulieren moet worden gewerkt.	H4§11
12.	Contractonderhandelingen	Jaarlijkse onderhandelingen tussen apotheken en zorgverzekeraars vormen een administratieve last. Kansen voor administratieve lastenverlichting in het onderhandelingsproces worden nog onvoldoende benut.	H4§12
13.	LSP opt-in regeling	Wet- en regelgeving m.b.t. privacy leidt ertoe dat apothekers patiënten expliciet om toestemming moeten vragen om inzicht te krijgen in de, voor de goede en veilige zorg noodzakelijke, patiëntgegevens via het LSP.	H4§13
14.	2-factor authenticatie	Door de eisen t.a.v. de privacy van patiëntgegevens en de implementatie daarvan in de vorm van 2-factor authenticatie ontstaan (structureel) hoge lasten voor apotheken.	H4§14
15.	Aanvullende kwaliteitseisen	Er worden aanvullende kwaliteitseisen gesteld die onvoldoende toegevoegde waarde hebben voor het verbeteren van de kwaliteit van de farmaceutische zorg.	H4§15
16.	Kwaliteitsindicatoren	Kwaliteitsindicatoren worden nog niet optimaal gebruikt door patiënten, zorgverzekeraars en apotheekhoudenden, terwijl het veel tijd en energie kost om deze jaarlijks in te vullen.	H4§16
17.	Opiumwetverplichtingen	Opiumwetverplichtingen leiden tot onnodige registraties en verplichtingen.	H4§17
18.	Wgbo bewaartermijnen	Het bewaren van papieren dossiers voor 15 jaar brengt kosten met zich mee en is niet langer van deze tijd.	H4§18
19.	Arbeidsrecht	Het arbeidsrecht veroorzaakt lasten die vooral voor micro bedrijven (zoals apotheekhoudende huisartsen) soms moeilijk te dragen zijn.	H4§19
20.	Kostenopbouw apotheekhoudende huisartsen	De kostenopbouw van apotheekhoudende huisartsen is anders dan die van openbare apothekers. De grondslag van de tarieven is gebaseerd op de kostenopbouw van openbare apothekers. Apotheekhoudende huisartsen vinden dat meer recht gedaan moet worden aan de specifieke kostenopbouw van apotheekhoudende huisartsenpraktijken en er bijbehorende tarieven moeten gelden.	H4§20
21.	Onnodige registratie (receptverwerking)	De (tijdsbesteding aan) registratie van handelingen bij de receptverwerking is hoog	H4§21

		vanwege de vele checks en controles die bij alle recepten uitgevoerd moeten worden.	
22.	GDV en GDV-evaluatie	Het is uitvoeringstechnisch bijna onmogelijk om medicijnrollen te verstrekken conform het geneesmiddelenbeleid. Bovendien vormt de jaarlijkse evaluatie een disproportionele belasting.	H4§22
23.	Bereidingen	Zorgverzekeraars zijn vanuit mededingingstechnische overwegingen gestopt met het collectief beoordelen van de aanspraak van patiënten op apotheekbereidingen, waardoor de aanspraak per zorgverzekeraar verschilt.	H4§23
24.	Melden bijwerkingen	Het melden van bijwerkingen bij het Lareb is omslachtig en de formulieren zijn complex.	H4§24
25.	Lijsten thuiszorg	Bij wijzigingen in medicatie moeten nieuwe medicatie-overzichten en toedienlijsten (of innameschema's) worden verstrekt aan thuiszorgorganisaties. Door aangescherpt toezicht doen thuiszorgorganisaties steeds meer een beroep op apotheken.	H4§25

## 3 Inleiding

### Achtergrond

De KNMP, ASKA, NVPF en LHV apotheekhoudende afdeling hebben de handen ineen geslagen om de regeldruk in de farmacie terug te dringen in het project "Minder regels, meer zorg". Aanleiding hiervoor zijn de signalen die deze organisaties binnenkrijgen over toegenomen administratieve lasten en werkdruk, en de ambities van apothekers om meer tijd aan patiëntenzorg te kunnen besteden. Tijd die besteed wordt aan administratieve lasten kan immers niet besteed worden aan patiënten.

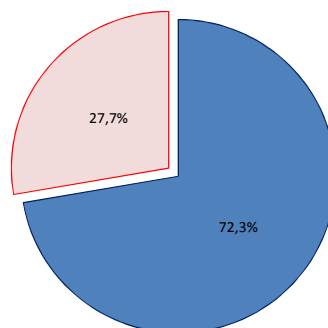
### Businessanalyse

Sira Consulting is gevraagd om de lastendruk voor apotheken te meten. Hierbij is gebruik gemaakt van de KAR-methodiek, een internationaal erkende methode. Onderdeel van de methodiek is het uitvoeren van een businessanalyse. Hiermee wordt aan de hand van de financiële administratie van voorbeeldapotheken een inventarisatie gemaakt van de kosten van verplichtingen in wet- en regelgeving. De businessanalyse is uitgevoerd bij illustratieve openbare apotheken, ketenapotheken, poliklinische apotheken en apotheekhoudende huisartsen. De gegevens zijn bedrijfsgevoelig en daarom geanonimiseerd. De businessanalyse is tijdens werksessies met apothekers en apotheekhoudenden getoetst op herkenbaarheid voor de praktijk.

### Gemeten regeldruk

In onderstaande figuur zijn de resultaten opgenomen van de gemeten regeldruk (als % van de praktijkkosten) per apotheeksector. De regeldruk voor de apotheeksector als geheel wordt geraamd op circa 27,7% van de praktijkkosten (het betreft een gewogen gemiddelde van de verschillende deelsectoren).

**Regeldruk apotheken**  
Regeldruk circa 27,7%  
Overige praktijkkosten circa 72,3%



### **Regeldruk in farmacie is hoog**

De regeldruk in de apotheeksector is hoog. Dit geldt voor alle deelsectoren. Verschillen die tussen deelsectoren bestaan, ontstaan voornamelijk als gevolg van de omvang van de praktijk. In andere sectoren, waar geen sprake is van een relatie tussen een zorgverlener, een patiënt en een zorgverzekeraar, valt de regeldruk veel lager uit (circa 10% tot 20% lager). Voor een deel zijn regels in de sector nodig om te komen tot goede en veilige zorg. Deze regels behoren tot het vakgebied van de apotheek. Maar voor een belangrijk deel wordt de regeldruk ook veroorzaakt door (onnodige) verplichtingen in wet- en regelgeving en door uitvoeringseisen, die slecht aansluiten bij de dagelijkse praktijk.

### **Vermindering van regeldruk is wenselijk én blijkt mogelijk**

Door verplichtingen beter te laten aansluiten bij de praktijk van de apotheek, of door apothekers beter te ondersteunen bij het uitvoeren van hun verplichtingen, kunnen dezelfde beleidsdoelstellingen gerealiseerd worden, terwijl de regeldruk voor apotheken wordt verminderd. Door het aantal (onnodige) administratieve handelingen te verminderen krijgen apothekers meer tijd voor het verlenen van goede zorg aan de patiënt. Verplichtingen die niet afgeschaft kunnen worden, moeten zoveel mogelijk vereenvoudigd, gestandaardiseerd, geuniformeerd en geautomatiseerd worden. Uitgangspunt hierbij is dat regels de zorg aan de patient ten goede moeten komen en niet leiden tot onnodige administratieve lasten. Het is daarom belangrijk dat afspraken duidelijk worden vastgelegd en dat de naleving gebaseerd is op wederzijds vertrouwen.

### **Fundamenten voor het Actieplan**

Dit rapport geeft een overzicht van de verbetermogelijkheden die er zijn. Geïnterviewde knelpunten worden gekoppeld aan concrete oplossingsrichtingen voor de reductie van de regeldruk voor de sector of subsector. De conclusies en suggesties in dit rapport vormen de basis om de regeldrukaanpak verder vorm te geven. Het is niet haalbaar, om binnen dit project, alle onderwerpen op te pakken. Partijen gaan met elkaar in overleg over welke onderwerpen worden opgepakt en uitgewerkt in een concreet en gedragen Actieplan. Het Actieplan zal in overleg met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), InEen, het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ACTAL), en andere stakeholders worden opgesteld en uitgevoerd.

### **Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk worden de onderwerpen nader uitgewerkt en worden per onderwerp - volgens een vast format - datasets aangelegd met (contouren van) oplossingsrichtingen die leiden tot een reductie van de regeldruk voor de sector als geheel en/of per subsector. In elke dataset is een beschrijving opgenomen van het te behandelen **knelpunt**, achtergrondinformatie over de **context**, een (kwantitatieve of kwalitatieve) raming van de **impact**, de contouren van mogelijke **oplossingsrichtingen**, een (kwantitatieve of kwalitatieve) raming van het **effect** van oplossingsrichtingen, een overzicht van **stakeholders** (in alfabetische volgorde) en een inschatting van de **termijn** waarbinnen oplossingen gerealiseerd kunnen worden.

In Hoofdstuk 5 wordt kort gesproken over de vervolgstappen en een inschatting gedaan van de realisatietermijn waarbinnen de oplossingsrichtingen beleidsmatig en uitvoeringstechnisch zijn te implementeren. Tenslotte is in de bijlage een lijst met gebruikte afkortingen en begrippen opgenomen (Bijlage I).

## 4 Knelpunten en oplossingsrichtingen

### 4.1 Inzicht in uitvoeringslasten

Dataset – Inzicht in uitvoeringslasten		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>De farmaceutische zorg heeft te maken met verschillende beleidsmakers en zij hebben onvoldoende inzicht in de impact van (nieuwe of gewijzigde) regels op uitvoeringsprocessen in de apotheek.</i></p> <p>Apothekers hebben te maken met diverse beleidsmakers die elk hun eigen regels opstellen. Niet alle beleidsmakers hebben inzicht in de impact van (nieuwe of gewijzigde) regels op uitvoeringsprocessen in de farmaceutische zorg.</p> <p>Er wordt <i>onvoldoende</i> rekening gehouden met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de (negatieve) consequenties in het contact met de patiënt;</li> <li>▪ uitvoeringsprocessen in de apotheek;</li> <li>▪ de verhouding tussen de eigen regels en die van andere beleidsmakers;</li> <li>▪ de proportionaliteit van de regels;</li> <li>▪ structurele en incidentele uitvoeringslasten die gepaard gaan met de regels;</li> <li>▪ uitvoeringsondersteuning en het beantwoorden van vragen t.a.v. het correct uitvoeren van de regels.</li> </ul> <p>Het gebrek aan inzicht hieraan resulteert in een stapeling van regels die niet (tijdig) uitvoerbaar zijn in apotheken.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>In de kamerbrief (628938-122911-MC ) over vermindering van regeldruk in de zorg geeft de minister van VWS aan dat de regeldruk in de zorg hoog is en dat regeldrukreductie speerpunt van beleid is. Nieuwe wetsvoorstellen worden daarom voorzien van een berekening van de regeldrukeffecten, die is gebaseerd op het rijksbreed gehanteerde Standaardkostenmodel (SKM).</p> <p>Volgens de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap (artikel 2.2.1) dient de zorgverzekeraar een bijdrage te leveren aan de beheersing van de kosten van de zorg door een doelmatig gebruik van gezondheidszorg te bevorderen.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>Overbodige regelgeving; Gebrek aan uniformiteit leidt tot verschillende uitvoeringsvarianten; Disproportionele uitvoeringslasten; Hoge beleefde lasten; Gebrek aan uitvoeringsondersteuning; Te weinig afstemming; Te gehaaste implementatie.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga in gesprek met stakeholders over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Beleidsmakers stellen vooraf een <b>impact analyse</b> op van de uitwerking van nieuwe regels (of voorgenomen wijzigingen van bestaande regels) op de uitvoeringsprocessen in de farmaceutische zorg, en zij <b>evalueren</b> bestaande regels. De impact van regels wordt met behulp van het Standaardkostenmodel (SKM) gekwantificeerd. Daarbij wordt ook rekening gehouden met de verhouding tussen de eigen regels en die van andere beleidsmakers. De impact analyse beantwoordt de vragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Nuloptie: is nieuwe regelgeving het beste instrument?</i></li> <li>- <i>Is de regeldruk proportioneel t.o.v. het beleidsdoel?</i></li> <li>- <i>Zijn minder belastende alternatieven beschikbaar?</i></li> <li>- <i>Zijn maatregelen genomen m.b.t. dienstverlening?</i></li> </ul> </li> <li>b) Beleidsmakers en zorgverzekeraars werken toe naar meer <b>uniformiteit</b> in de eisen.</li> <li>c) Zorgverzekeraars organiseren een vast aanspreekpunt voor apothekhoudenden d.m.v. <b>accountmanagement</b>.</li> <li>d) Beleidsmakers voeren structureel <b>brancheoverleg</b> met KNMP, ASKA, NVPF en LHV apothekhoudende afdeling.</li> </ol>

		e) Apotheken verwachten dat erkenning de beleving van regeldruk vermindert. Partijen gaan met elkaar in gesprek over de mogelijkheid om een (deel)prestatie administratieve lasten in het leven te roepen voor terhandstellingen die aanzienlijke administratieve lasten met zich meebrengen.
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	Voor alle oplossingsrichtingen geldt: minder beleefde lasten. Daarnaast is het effect per oplossingsrichting: <b>Ad a)</b> "Betere regelgeving"; proportionele uitvoeringslasten. <b>Ad b)</b> Geharmoniseerde uitvoeringsvarianten. <b>Ad c)</b> Voldoende uitvoeringsondersteuning. <b>Ad d)</b> Voldoende afstemming. <b>Ad e)</b> Vermindering van de beleefde lasten. Dit vraagt om een structurele investering van beleidsmakers (met name oplossingsrichting a) en c). Oplossingsrichting d) verlangt bovendien een structurele tijdsinvestering van de brancheorganisaties.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.2 Frequentie van veranderingen

Dataset – Frequentie van veranderingen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Maatregelen van de overheid of zorgverzekeraars die gevolgen hebben voor de werkprocessen in de apotheek, volgen elkaar in (te) snel tempo op. Dit leidt tot moeizame implementatie van maatregelen en gaat ten koste van innovatie en kwaliteitsverbetering.</i></p> <p>Het ontbreekt aan een beleid voor vaste verandermomenten, dat zich richt op de inwerkingtreding van voorstellen voor wet- en regelgeving en de voorbereidingstijd die nodig is voor een effectieve uitvoering van deze voorstellen. Het komt (te) vaak voor dat nieuwe regelingen per direct (of zelfs met terugwerkende kracht) inwerking treden. Dit leidt tot een onvoorspelbare omgeving voor apotheekhoudenden en te weinig tijd om het apotheekteam adequaat voor te bereiden op de nieuwe situatie.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Het werken met vaste verandermomenten sluit aan bij het Kabinetsstandpunt<sup>1</sup>. Er worden door de overheid vier uitzonderingsgronden gehanteerd om af te wijken van de vaste data of de minimale invoeringstermijn. Dit zijn 1) hoge of buitensporige private of publieke kosten van vertraging of vervroeging, 2) spoed- of noodregelgeving, 3) reparatieregelgeving, of 4) Europese of internationale regelgeving. Als er geen sprake is van een uitzonderingssituatie gelden er binnen de overheid vaste verandermomenten en minimale invoeringstermijnen.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt bestaat er vooral uit dat de randvoorwaarden die nodig zijn om wijzigingen door te voeren en te implementeren in de praktijk vooraf niet in kaart zijn gebracht, waardoor de implementatie moeizaam verloopt. De (ICT-)capaciteit die nodig is voor de implementatie van wijzigingen kan niet worden gebruikt voor innovatie en kwaliteitsverbetering.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Ga in gesprek over het vooraf in kaart brengen van de <b>randvoorwaarden</b> die nodig zijn om bepaalde maatregelen te implementeren en maak vervolgens afspraken hoe een soepele implementatie kan worden geborgd. Bijvoorbeeld door middel van (budget-)impact analyses en praktijktoetsen.</p> <p>b) Apotheekhoudenden hebben behoefte aan vaste inwerkingtredingdata (bijvoorbeeld 1 januari en 1 juli<sup>2</sup>) en een minimale invoeringstermijn van drie maanden tussen publicatie en inwerkingtreding van de regeling. De introductie van vaste verandermomenten (<b>vaste inwerkingtredingsdata</b>) en het tijdig aankondigen van wijzigingen (<b>minimale invoeringstermijn</b> van twee maanden) zorgt voor stabiliteit, rust en bundeling van mutaties. Hierdoor komt meer (ICT-) capaciteit beschikbaar voor innovatie en kwaliteitsverbetering.<sup>3</sup></p>
5.	<b>Stakeholders</b>	<p>ASKA, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.</p>
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Het effect van beide oplossingsrichtingen bestaat uit een meer stabiele, rustige (voorspelbare) omgeving voor apotheken en patiënten en het vrijkomen van capaciteit voor innovatie en kwaliteitsverbetering. Voor oplossingsrichting a) is een</p>

<sup>1</sup> [Kabinetsstandpunt Vaste Verandermomenten \(VVM\)](#)

<sup>2</sup> Het kan ook zijn dat in overleg wordt besloten om de data voor de wijziging juist niet samen te laten vallen met het begin van het jaar of in de zomervakantie: bijvoorbeeld 1 maart en 1 oktober.

<sup>3</sup> Indien partijen besluiten om een gezamenlijke methode voor een impactanalyse te ontwikkelen dan moet de tijdigheid van implementatie hierin worden meegenomen.

		investering nodig om de analyses uit te (laten) voeren. Voor oplossingsrichting b) is geen investering nodig.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017



## 4.3 Zichtbaarheid

Dataset – Zichtbaarheid		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Er is te weinig zicht op - en besef van - de situaties waar apothekers in de praktijk mee te maken krijgen als gevolg van (toenemende) regeldruk.</i></p> <p>Veel van de (onvoorziene) consequenties van beleid, waar patiënten en apothekers in de dagelijkse praktijk mee worden geconfronteerd, blijven buiten het zichtveld van de beleidsmakers. Hierdoor is de omvang van de problematiek waar men in de praktijk mee te maken heeft onvoldoende zichtbaar.</p> <p>Dit leidt tot onbegrip wanneer apothekers (of hun brancheorganisaties) deze kwesties willen agenderen bij beleidsmakers. Het is voor beleidsmakers niet altijd duidelijk of er sprake is van een incident of een structureel knelpunt.</p> <p>Door kennis en ervaringen van apothekers (en hun patiënten) uit de praktijk beter te benutten, kunnen knelpunten die zich in de praktijk voordoen sneller worden aangepakt.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	Er zijn geen wettelijke belemmeringen om kennis te verzamelen of te delen.
3.	<b>Impact</b> (raming)	Beleidsmakers hebben momenteel geen of beperkt zicht op de onvoorziene en/of ongewenste effecten van beleidskeuzes op de dagelijkse praktijk en regeldruk in de apotheek.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>a) De KNMP als overkoepelende bracheorganisatie gaat kennis verzamelen over de consequenties van beleid via een <a href="#">kennisforum</a>. Het doel is om onvoorziene effecten van beleid (swijzigingen) snel te kunnen inventariseren en hierop actie te kunnen ondernemen. Apotheekhoudenden kunnen via dit forum ook ervaringen, praktische tips en best practices uitwisselen.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling en NVPF.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Aan de hand van anekdotes uit de dagelijkse praktijk van apotheekhoudenden worden de (onvoorziene) consequenties van beleid en regeldruk zichtbaar gemaakt, waardoor ongewenste effecten van beleid snel aangepakt kunnen worden.</p> <p>Om dit te realiseren is een initiële investering nodig van de KNMP voor het inrichten van een kennisforum.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.4 Polisvoorwaarden

Dataset – Polisvoorwaarden		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>De polisvoorwaarden zijn onvoldoende overzichtelijk voor patiënten, waardoor zij pas aan de apotheekbalie worden geconfronteerd met de consequenties van deze voorwaarden voor de farmaceutische zorg.</i></p> <p>Belangrijke voorwaarden voor farmaceutische zorg zijn opgenomen in polisvoorwaarden. De praktijk leert echter dat patiënten / verzekerden onvoldoende in staat zijn om de gevolgen hiervan te overzien of hier geen aandacht voor hebben bij hun poliskeuze. De communicatie van zorgverzekeraars is niet altijd duidelijk genoeg.</p> <p>De apotheker is als laagdrempelige zorgverlener het eerste aanspreekpunt voor patiënten t.a.v. de farmaceutische zorg. Vaak komen zij met hun vragen of klachten (bijvoorbeeld over de prestatie 1<sup>e</sup> uitgifte, preferente geneesmiddelen, budgetpolisen en herhaalrecepten, etc.) naar de apotheek. Deze worden zo onterecht verantwoordelijk voor het uitleggen van het beleid van zorg-verzekeraars aan verzekerden. Te meer indien er onvoldoende tijd is tussen communicatie en uitvoering van wijzigingen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Zorgverzekeraars hebben in de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap vastgelegd hoe zij vanuit hun positie en taak hun maatschappelijke rol willen invullen. Eén van de onderwerpen die hierin aan de orde komt zijn gedragsregels om de relatie tussen zorgverzekeraars en verzekerden te optimaliseren. Zo geldt bijvoorbeeld op het gebied van communicatie en informatievoorziening:</p> <p><i>“De zorgverzekeraar maakt informatie over de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten op zodanige wijze openbaar, dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Informatie is doeltreffend, juist, volledig en inzichtelijk. Elementen die de individuele verzekerde aangaan worden op een transparante en toegankelijke wijze gecommuniceerd”</i> (artikel 2.1.1.2 Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap).</p> <p>De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de verplichtingen van apotheken ten aanzien van informatievoorziening over tarieven, prestaties en geleverde zorg vastgelegd in diverse documenten. De KNMP en NZa hebben gezamenlijk een transparantiefolder opgesteld die de bepalingen uit deze verschillende documenten in één document samenvat.<sup>4</sup></p> <p>Uit het onderzoek 'Ervaringen met het Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel' van SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy onder apothekersassistenten volgt dat de werkbeleving van assistenten en de relatie met de patiënt enorm zijn verslechterd.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>Patiënten worden aan de apotheekbalie geconfronteerd met de consequenties van de polisvoorwaarden. Apothekers kunnen deze informatie niet of slechts gedeeltelijk beantwoorden.</p> <p>De impact wordt in alle apotheken gevoeld in de vorm van een toename van agressie aan de balie en het aantal klachten, veel tijd kwijt zijn aan het beantwoorden van vragen, afgenomen werkplezier door contact met boze verzekerden die (onterecht) de apotheek confronteren met beleid van zorgverzekeraars.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga het gesprek aan met stakeholders over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Zorgverzekeraars en brancheorganisaties in de farmaceutische zorg verbeteren de <b>samenwerking</b> op het gebied van <b>informatievoorziening</b> aan verzekerden over farmaceutische zorg. Het is een complex systeem en begrijpelijke informatievoorziening vraagt om een</p>

<sup>4</sup> Zie [KNMP/NZa folder Transparantie- en informatie-eisen](#).

		<p>gezamenlijke, gecoördineerde aanpak en meer uniformiteit in de communicatie naar verzekerden/patiënten. Echter, het al dan niet vergoeden van geleverde zorg is een zaak tussen zorgverzekeraar en patient.</p> <p>b) Zorgverzekeraars en brancheorganisaties in de farmaceutische zorg spannen zich in om het systeem <b>minder complex</b> te maken.</p> <p>c) Zorgverzekeraars en brancheorganisaties spannen zich in om (delen van de) farmaceutische zorg <b>buiten het wettelijk eigen risico</b> van de verzekerde te houden (i.e. begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel of medicatiebeoordeling).</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV, NVPF, NZa, Patiëntenfederatie NPCF, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	Het effect van de oplossingsrichtingen wordt in alle apotheken gevoeld in de vorm van minder agressie aan de balie, een afname van het aantal klachten, minder tijd kwijt zijn aan het beantwoorden van vragen, en toegenomen werkplezier door contact met tevreden patiënten.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.5 Hulpmiddelenbeleid

Dataset – Hulpmiddelenbeleid		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Aan de aanspraak van patiënten op hulpmiddelen kunnen overheid en zorgverzekeraars voorwaarden stellen. Deze voorwaarden kunnen per polis verschillen. De uitvoering hiervan, zoals het indelen van patiënten in profielen en het opstellen van zorgplannen, kost zorgverleners veel tijd. Bovendien is informatie niet op één plek beschikbaar en aan verandering onderhevig.</i></p> <p>Patiënten hebben op basis van hun polisvoorwaarden recht op medische hulpmiddelen. Voor hulpmiddelen kunnen patiënten terecht bij door de verzekeraar gecontracteerde leveranciers. In de huidige situatie is het voor patiënt niet duidelijk op welke zorg hij/zij op basis van de polisvoorwaarden recht heeft. Dit zorgt voor irritatie bij zowel de apotheek als bij de patiënt (omdat deze de hulpmiddelen niet meer langs de vertrouwde weg krijgt).</p> <p>De apotheek is verantwoordelijk voor de administratieve handelingen rond hulpmiddelen, zoals zorgplannen en indeling in patiëntenprofielen. Samenhang tussen hulpmiddelen en geneesmiddelen (van dezelfde levering) komt regelmatig voor. Het leveren van het geneesmiddel zonder het hulpmiddel is dan geen optie. Indien hulpmiddelen niet door apotheken geleverd worden dan gaat een belangrijk aspect van de zorgverlening verloren: het contact met kwetsbare doelgroepen zoals alleenstaande ouderen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Medische hulpmiddelen zijn instrumenten, toestellen, apparaten en software die voor medische doeleinden worden gebruikt. In het Besluit en de Regeling zorgverzekering is uiteen gezet wat wordt verstaan onder hulpmiddelenzorg en welke hulpmiddelen er zijn (artikel 2.9 resp. 2.6).</p> <p>Voor het afleveren van hulpmiddelen is geen vergunning vereist. Alle medische hulpmiddelen die voldoen aan het Besluit medische hulpmiddelen (met uitzondering van op maat gemaakte medische hulpmiddelen) mogen op de markt gebracht worden.</p> <p>Anders dan bij geneesmiddelen kent ons land geen systeem dat de kwaliteit van medische hulpmiddelen borgt.</p> <p>Anders dan bij recept geneesmiddelen is er geen receptregelvergoeding.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt wordt geschat op circa 50 uur per jaar per apotheek voor de apotheekassistenten.</p> <p>Patiënten ervaren onduidelijkheid over de zorg waar hij op grond van hun polisvoorwaarden recht op hebben.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga het gesprek aan met stakeholders over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Zorgverzekeraars <b>harmoniseren</b> de wijze waarop zij invulling geven aan het hulpmiddelenbeleid. Dat betekent helderheid voor patiënten via uniforme procedures en (zoveel mogelijk) eenduidige contracteringseisen. Een eenmalig recept is voldoende om tot aflevering over te gaan zodat overige formulieren en herhaalrecepten kunnen vervallen.</li> <li>Zorgverzekeraars werken samen aan het <b>centraliseren</b> van de informatievoorziening over het hulpmiddelenbeleid van alle zorgverzekeraars op één plek. Tevens worden eenduidige en voor alle zorgverzekeraars gelijke formulieren geïmplementeerd.</li> <li>Zorgverzekeraars zijn bereid om tijdens het <b>contracteren</b> rekening te houden met de cruciale rol die apotheken spelen in de zorgverlening aan kwetsbare ouderen.</li> <li>Patiënten en zorgverleners moeten kunnen vertrouwen op de kwaliteit van medische hulpmiddelen die worden toegelaten in de Nederlandse gezondheidszorg. Een beter</li> </ol>

		<p>systeem van <a href="#">marktoelating</a> bij medische hulpmiddelen, leidt tot meer betrouwbare producten en minder administratieve lasten.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	<p>ACM, ASKA, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.</p>
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Het effect van de oplossingsrichtingen wordt geraamd op:</p> <p><b>Ad a)</b> Circa 37,5 uur per jaar voor assistenten (-75%).</p> <p><b>Ad b)</b> Circa 25 uur per jaar voor assistenten (-50%).</p> <p><b>Ad c)</b> Kwetsbare zijn groepen beter beschermd.</p> <p><b>Ad d)</b> Patiënten zijn beter beschermd. Circa 12,5 uur per jaar voor assistenten (-25%).</p> <p>Voor met name oplossingsrichting a en b is een initiële investering (in tijd en geld) van zorgverzekeraars nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	<p>Inschatting: 2016-2017</p>

## 4.6 Geneesmiddelenbeleid (mededingingswet)

Dataset – Geneesmiddelenbeleid (mededingingswet)		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Er zijn diverse contractpartijen met elk een individuele invulling van het geneesmiddelenbeleid. Dit leidt tot een niet optimale supply chain, verspilling, milieuschade, klachten van patiënten, imagoschade, en afgenomen werkplezier.</i></p> <p>Met name de vier grote zorgverzekeraars voeren een uitgebreid geneesmiddelenbeleid dat ingrijpende - positieve en negatieve - gevolgen heeft voor de zorg. Een voordeel van het huidige individuele geneesmiddelenbeleid is de gerealiseerde kostenbesparing op de farmaceutische zorg. Het ministerie van VWS raamt dat de kosten als gevolg hiervan met €400 tot €900 miljoen euro zijn gedaald.</p> <p>De uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars, groothandels, apotheken, voorschrijvers en patiënten zijn hierin echter niet meegenomen. De administratieve en logistieke werkzaamheden in de apotheek zijn toegenomen als gevolg van het individuele geneesmiddelenbeleid.</p> <p>Concreet gaat het hierbij om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Onduidelijkheid en verwarring bij patiënten aan de balie over de beperking van de aanspraak;</li> <li>▪ Verminderde therapietrouw van patiënten;</li> <li>▪ Toename van agressie aan de balie;</li> <li>▪ Toenemende wachttijden als gevolg van uitleg aan de balie;</li> <li>▪ Het op voorraad houden van alle aangewezen geneesmiddelen;</li> <li>▪ Wisselingen van aangewezen middelen waardoor ook geneesmiddelen worden weggegooid (verwijderingsbijdrage, milieuschade).</li> </ul>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Zorgverzekeraars mogen aanwijzen welke geneesmiddelen uit het GVS zij vergoeden. Per werkzame stof of combinatie van werkzame stoffen moet de zorgverzekeraar minimaal één geneesmiddel aanwijzen. Dit is geregeld in onder meer artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering:</p> <p><i>"De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is."</i></p> <p>Uit jurisprudentie (onder meer LJN: BD2019, Voorzieningenrechter Rechtbank Breda, 188618 KG ZA 08-228) blijkt dat alleen <i>individueel</i> geneesmiddelenbeleid is toegestaan en <i>gezamenlijk</i> geneesmiddelenbeleid niet:</p> <p><i>"Gelet op hetgeen het hof heeft overwogen is het volgens het Transitieakkoord niet toegestaan dat zorgverzekeraars gezamenlijk aanvullend geneesmiddelenbeleid voeren."</i></p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt wordt geraamd op 250 uur per jaar per apotheek en circa € 5.500 extra jaarlijkse kosten i.v.m. voorraadbeheer. Niet te kwantificeren maar wel belangrijk zijn verder milieuschade, imagoschade en verminderd werkplezier.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders het gesprek aan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Brancheorganisaties ontwikkelen <b>verbeteringen</b> voor het geneesmiddelenbeleid, waarmee dezelfde beleidsdoelstellingen worden gerealiseerd tegen lagere lasten voor apotheken, en dat kan rekenen op voldoende draagvlak in de Tweede en Eerste Kamer, het ministerie van VWS, en de zorgverzekeraars. Stakeholders committeren zich aan een <b>dialoog</b> over dit alternatief.</li> <li>b) Zorgverzekeraars nemen <b>adequate</b> en <b>tijdige</b> maatregelen indien een aangewezen geneesmiddel niet beschikbaar is.</li> </ol>

5.	<b>Stakeholders</b>	ACM, ASKA, KNMP, LHV, NVPF, NZa, Patiëntenfederatie NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Voor beide oplossingsrichtingen geldt: beter milieu, beter imago voor de farmaceutische zorg en toename van het werkplezier.</p> <p>Daarnaast wordt het effect per oplossingsrichting geraamd op:</p> <p><b>Ad a)</b> Circa 125 uur per jaar voor assistenten en € 2.750 voor voorraadbeheer (circa -50%).</p> <p><b>Ad b)</b> Circa 62,5 uur per jaar voor assistenten en € 1.375 voor voorraadbeheer (circa -25%).</p> <p>Oplossingsrichtingen a, en c vragen vooral om een investering (in tijd) van zorgverzekeraars. Oplossingsrichting b vraagt voorsnog vooral van de brancheorganisaties een tijdsinvestering.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2018 en verder

## 4.7 Medische noodzaak

Dataset – Medische noodzaak		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Als voorschrijvers het onverantwoord vinden om een patiënt met een aangewezen geneesmiddel te behandelen, vermelden zij medische noodzaak op het recept. De verschillende interpretaties van dit begrip door zorgverzekeraars leidt tot onduidelijkheden en financiële risico's bij patiënten en apothekers.</i></p> <p>Van voorschrijvers wordt verwacht dat zij op stofnaam voorschrijven. Van apothekers wordt verwacht dat ze het aangewezen geneesmiddel ter hand stellen aan patiënten. Slechts in uitzonderingssituaties mag hiervan worden afgeweken. Er moet dan een medische noodzaak (MN) worden aangetoond.</p> <p>Bij MN gaat het altijd om een van de volgende twee situaties:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Een patiënt is overgevoelig voor een hulpstof, die niet in het merkmiddel zit maar wel in het preferente middel.</li> <li>2. Een hulpstof veroorzaakt een wat snellere of juist tragere opname van het geneesmiddel in het lichaam. In bepaalde gevallen kan dit bij patiënten een probleem opleveren.</li> </ol> <p>De interpretatie van het begrip MN verschilt per zorgverzekeraar. Dit leidt tot onduidelijkheid bij de patiënten, voorschrijvers en apothekers. Zo stellen sommige zorgverzekeraars dat het aangewezen middel eerst door de patiënt geprobeerd moet worden, voordat een alternatief wordt vergoed. Andere zorgverzekeraars erkennen dat bij de start van de therapie al bekend kan zijn dat er sprake is van MN. De aanduiding MN op het recept biedt in de praktijk niet voldoende zekerheid op volledige vergoeding van de zorg aan de patiënt of apotheek. Indien de medische noodzaak niet wordt erkend door de zorgverzekeraar, wordt deze niet vergoed.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Zorgverzekeraars mogen aanwijzen welke geneesmiddelen uit het GVS zij vergoeden. Per werkzame stof of combinatie van werkzame stoffen moet de zorgverzekeraar minimaal één geneesmiddel aanwijzen. Dit is geregeld in onder meer artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering:</p> <p><i>"De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is."</i></p> <p>Het begrip Medische Noodzaak kent zijn oorsprong in artikel 2.8 lid 4 van het Besluit zorgverzekeringen:</p> <p><i>"Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is."</i></p> <p>In de beantwoording van Kamervragen bevestigde de minister onlangs dat het vermelden van MN op het recept voldoende moet zijn om de medische noodzaak aan te tonen (Kamerbrief 10 juli 2015, kenmerk 778045-137678-GMT).</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>Verontruste patiënten die niet weten waar zij aan toe zijn. Het is in de praktijk namelijk vrijwel onmogelijk om de patiënt buiten deze onzekerheid te houden.</p> <p>De significante toename van de afhandelingstijd is direct gekoppeld aan negatieve sentimenten van de patiënt, voorschrijver en/of apotheker. Dit komt o.a. voort uit de extra administratieve handelingen voor voorschrijvers en apothekers.</p> <p>Ten slotte dragen apotheken financiële risico's wanneer op grond van medische noodzaak een alternatief geneesmiddel ter hand wordt gesteld.</p>



4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Eenduidige interpretatie en toepassing van het begrip medische noodzaak. 'MN' op het recept is afdoende zodat overige formulieren kunnen vervallen.</li> <li>b) Indien MN op het recept voldoende is voor de aanspraak van de patiënt op een alternatief, geldt dit ook voor de vergoeding aan de apotheek.</li> <li>c) De patiënt zelf laten betalen en laten declareren bij de zorgverzekeraar.</li> </ul>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Voor alle oplossingsrichtingen geldt: minder financiële risico's en beleefde lasten, en patiënten weten waar zij aan toe zijn.</p> <p>Voor deze oplossingen zijn geen investeringen nodig. Wel vraagt oplossing c om een cultuuromslag bij patiënten en aanpassing in de polisvoorwaarden.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 4.8 Machtigingen

Dataset – Machtigingen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Aan de aanspraak van patiënten op zorg kunnen overheid en zorgverzekeraars voorwaarden stellen. Zorgverzekeraars maken gebruik van machtigingen om te toetsen of aan deze voorwaarden voldaan wordt. Het machtigingenbeleid verschilt echter per zorgverzekeraars wat leidt tot extra administratieve lasten. Bovendien is informatie niet op één plek beschikbaar en aan verandering onderhevig.</i></p> <p>Patiënten hebben op basis van hun polisvoorwaarden recht op zorg. De overheid heeft voor een aantal productcategorieën nadere voorwaarden gesteld om voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze voorwaarden zijn voor alle zorgverzekeraars en patiënten gelijk. Zorgverzekeraars bepalen zelf hoe zij toetsen of aan deze voorwaarden is voldaan. Het machtigingenbeleid veroorzaakt daardoor hoge lasten omdat het om een groot aantal zorgverzekeraars gaat die elk eigen eisen stellen (ook ten aanzien van indieningsvereisten).</p> <p>Het is voor apothekers moeilijk om vooraf duidelijkheid te krijgen van zorgverzekeraars over of een genees- of hulpmiddel wel of niet vergoed wordt. Informatie wordt gefragmenteerd aangeboden en is, ook gedurende het jaar, aan verandering onderhevig. Dit leidt tot onzekerheid over de vergoeding bij patiënten, voorschrijvers en apothekers. Patiënten krijgen regelmatig informatie die strijdig is met de informatie die apotheken krijgen van zorgverzekeraars.</p> <p>Ten slotte worden lasten veroorzaakt door het aan andere apotheken doorfaxen van reeds eerder afgegeven machtigingen indien de patiënt ervoor kiest om niet steeds bij dezelfde apotheek de geneesmiddelen op te halen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Bij bepaalde geneesmiddelen stelt het ministerie van VWS nadere voorwaarden aan de vergoeding. Om te toetsen of aan deze voorwaarden is voldaan, kunnen zorgverzekeraars bepalen dat de arts een artsenverklaring bij het recept moet voegen, indien hij een van die middelen voorschrijft. De verzekeraar bepaalt door wie deze artsenverklaring wordt beoordeeld; hij kan dit zelf doen of het aan de apotheek overlaten. Dit wordt het machtigingenbeleid genoemd.</p> <p>Op grond van artikel 38 Zvw moeten zorgverzekeraars elk jaar (een uitvoeringsverslag en een bijbehorend rapport van feitelijke bevindingen bij de NZa indienen. In het informatiemodel dat de NZa hiervoor heeft opgesteld staat:</p> <p><i>"De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en voor welke specifieke behandelingen aanbieders met het oog op gepast gebruik machtigingen aan moeten (gaan) vragen."</i></p> <p>De geneesmiddelen waaraan nadere voorwaarden zijn gesteld staan vermeld op bijlage 2 van Regeling zorgverzekering Zvw.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt wordt geschat op circa 50 uur per jaar voor de apothekersassistenten.
4.	<b>Oplappingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga het gesprek aan met stakeholders over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De overheid gaat over tot <b>afschaffing</b> van de nadere voorwaarden voor de betreffende productcategorieën. Een eenmalig recept is voldoende om tot terhandstelling over te gaan zodat overige formulieren en herhaalrecepten (voor materialen bij chronische behandeling) kunnen vervallen.</li> <li>Zorgverzekeraars <b>harmoniseren</b> de wijze waarop zij invulling geven aan het machtigingenbeleid. Dat betekent uniforme procedures en (toetsings-/indienings)vereisten.</li> <li>Zorgverzekeraars werken samen aan het <b>centraliseren</b> van de informatievoorziening over het machtigingenbeleid van alle zorgverzekeraars op één plek.</li> </ol>

		d) Zorgverzekeraars committeren zich aan een <b>vast verandermoment</b> , zodat veranderingen tijdig bekend zijn en tussentijdse aanpassingen beperkt blijven.
5.	<b>Stakeholders</b>	ACM, ASKA, KNMP, LHV, NVPF, NZa, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	Het effect van de oplossingsrichtingen wordt geraamd op: <b>Ad a)</b> Circa 50 uur per jaar voor assistenten (-100%). <b>Ad b)</b> Circa 37,5 uur per jaar voor assistenten (-75%). <b>Ad c)</b> Circa 25 uur per jaar voor assistenten (-50%). <b>Ad d)</b> Circa 25 uur per jaar voor assistenten (-50%). Voor b, c en d is een investering van zorgverzekeraars nodig.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 4.9 Declaratieverkeer

Dataset – Declaratieverkeer		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Declaraties worden veelal elektronisch gegenereerd en verstuurd, maar kleine onvolkomenheden, zoals het ontbreken van (correcte) Algemeen Gegevens Beheer codes (AGB) of waterdichte gegevens over de verzekeringsgerechtigheid van patiënten, leiden tot veel afkeuringen, terwijl de oorzaak vaak buiten de apotheek ligt.</i></p> <p>Algemeen Gegevens Beheer (AGB) zorgt voor een unieke identificatie van zorgverleners, praktijken en instellingen door middel van een unieke AGB-code. De AGB-bestanden zijn onmisbaar in de bedrijfsprocessen van elke zorgverlener.</p> <p>De apotheker dient de code van de voorschrijver en van de instelling waar de specialist werkt te vermelden. Soms wordt het specialisme van de voorschrijver vastgelegd. Voorschrijvers dienen voor de declaratie benodigde voorschrijver gegevens op het recept te vermelden. Voorschrijver gegevens ontbreken echter regelmatig zolang een elektronisch voorschrijfproces dit niet afdwingt.</p> <p>Bij onvolledige gegevens moeten apothekers de ontbrekende gegevens achterhalen ten behoeve van de declaratie. Zorgverzekeraars onderschrijven dat dit in redelijke verhouding tot administratieve lasten moet staan. Apothekers gebruiken hiervoor de door Vektis uitgeleverde actuele AGB-bestanden in het AIS of de AGB-webzoeker.</p> <p>Er kan ook onduidelijkheid bestaan over wanneer een instellingscode of een individuele code nodig is of waar en hoe AGB-codes zijn op te zoeken.</p> <p>Ten slotte kan ook verzekeringsgerechtigdheid een afkeuringsreden zijn. Voorafgaand aan declaratie bij de zorgverzekeraar voert de apotheker een zogenaamde <i>Controle op Verzekeringsrecht (COV)</i> uit. Hieruit volgt of de patiënt recht heeft op zorg via de betreffende zorgverzekeraar. Zelfs als er volgens de regels een check is gedaan bij Vecozo (met positief resultaat) komt het voor dat de declaratie achteraf alsnog wordt afgekeurd. Bijvoorbeeld omdat de patiënt is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar of als gevolg van een betalingsachterstand is uitgeschreven door een zorgverzekeraar.</p> <p>Bij apotheken leidt dit tot veel afkeuringen van declaraties. Het herstellen en opnieuw indienen van afgekeurde declaraties is niet altijd mogelijk, kost tijd en het financiële risico ligt bij apothekers.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Om zorg te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar wordt een elektronisch declaratiebericht naar de verzekeraar verstuurd voorzien van een AGB-code. Om het declaratieproces op een uniforme en snelle wijze te laten verlopen zijn er landelijke afspraken gemaakt tussen vertegenwoordigers van zorgverleners en verzekeraars waar een declaratie aan moet voldoen. Deze afspraken zijn vastgelegd in de Externe Integratie standaard (EI). Eén van de afspraken is dat bij declaratie een AGB-code van de declarerende zorgpartij verplicht is. Zorgverzekeraars hanteren protocollen met regels voor het indienen van declaraties:</p> <p><i>"Een declaratie dient voorzien te zijn van de AGB-code van de voorschrijver. Declaraties die foute of niet ingevulde AGB-codes bevatten zullen worden afgekeurd."</i></p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De herstelwerkzaamheden i.v.m. afgekeurde declaraties, incidenten en patiëntgebonden zaken worden geraamd op circa 100 uur per jaar voor apothekersassistenten</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders het gesprek aan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Ga in overleg met Vektis en ZN na of het systeem van AGB codes is te <b>optimaliseren</b>. Veel afkeuringen zijn het resultaat van het niet goed functioneren van het systeem</p>

		<p>met AGB codes. Mogelijk is een technische oplossing voor handen.</p> <p>b) Ga in overleg met zorgverzekeraars na of het mogelijk is om afkeuringen <b>sneller</b> te communiceren. Dit kan door procesoptimalisatie en versterking van interne communicatie tussen afdelingen.</p> <p>c) Ga in overleg met zorgverzekeraars over de status van een <b>positieve COV</b>.</p> <p>d) Ga in overleg met <b>voorschrijvers</b> en Vektis over het compleet en correct aanleveren van AGB codes in het systeem.</p> <p>e) Communiceer verbeteringen en concrete, eenduidige afspraken aan alle betrokkenen in de zorg. Zodat er meer duidelijkheid ontstaat over wat er nodig is om er op te kunnen <b>vertrouwen</b> dat gedeclareerde zorg ook vergoed wordt.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, FMS, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, LHV, NVPF, Vektis, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Voor alle oplossingsrichtingen geldt: minder beleefde lasten en financiële risico's voor apotheken.</p> <p>Daarnaast wordt het effect per oplossingsrichting geraamd op:</p> <p>Ad a) Circa 50 uur per jaar voor assistenten (-50%).</p> <p>Ad b) Beperking financieel risico farmaceutische zorgverleners.</p> <p>Ad c) -</p> <p>Ad d) Circa 50 uur per jaar voor assistenten (-50%).</p> <p>Ad e) Meer helderheid, vertrouwen en rust.</p> <p>Voor met name oplossingsrichting a en b is een initiële investering (in tijd en geld) van Vektis en ZN resp. zorgverzekeraars nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.10 Materiële controles

Dataset – Materiële controles		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p>Zorgverzekeraars voeren materiële controles uit om de doelmatige en rechtmatige besteding van publieke middelen te garanderen. In de apotheek leidt dit tot (excessieve) materiële controles en (soms jaren later) tot substantiële terugvorderingen.</p> <p>Zorgverzekeraars moeten materiële controles uitvoeren om de rechtmatigheid van een in rekening gebrachte prestatie na te gaan. Bij een materiële controle gaat de zorgverzekeraar na of de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd (rechtmatigheid) en of die geleverde prestatie aangewezen was gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (doelmatigheid).</p> <p>Apotheekhoudenden kunnen tot vijf jaar nadat de zorg is geleverd nog geconfronteerd kunnen worden met substantiële terugvorderingen. Er is vrijwel nooit sprake van fraude/opzet. Verreweg de meeste terugvorderingen komen voort uit interpretatieverschillen van contractuele voorwaarden of andere regelgeving, en onduidelijke communicatie over (nieuwe) werkwijzen.</p> <p>Materiële controles worden door apothekers ervaren als een motie van wantrouwen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Van zorgverzekeraars wordt op basis van verschillende de bepalingen in de Zvw, de AWBZ en de Wmg en daarmee samenhangende regelgeving verwacht dat zij controle uitoefenen op de gedeclareerde zorg zoals geleverd door de zorgverlener.</p> <p>De wettelijke termijn waarbinnen zorgverzekeraars declaraties kunnen terugvorderen bedraagt vijf jaar. De algemene verjaringstermijn voor rechtsvorderingen is geregeld in artikel 3:307 BW (titel 11, rechtsvorderingen). Lid 1 van dit artikel luidt:</p> <p><i>"Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst (...) verjaart door verloop van vijf jaren (...)."</i></p> <p>Deze bepaling is niet dwingendrechtelijk van aard, zodat de zorgverlener en verzekeraar in theorie in een overeenkomst een andere verjaringstermijn overeen kunnen komen.</p> <p>In het ZN protocol materiële controle staat hoe zorgverzekeraars hier uitvoering aan geven.</p> <p>In het NZa-rapport "Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013" uit februari 2015 concludeert de NZa dat over de farmaciegegevens van 2013 het volgende:</p> <p><i>"Het totaal van de onzekerheden bij alle zorgverzekeraars bedraagt (...) 0,29% van het totaal van de opgaven. Er zijn geen noemenswaardige onjuistheden geconstateerd. (...) Het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden blijft binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie ad 3%."</i></p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact is ongelijk verdeeld. Het verschil tussen een lichte materiële controle en een totaalcontrole is groot. Materiële controles beslaan vaak een lange periode waardoor het bedrag dat wordt teruggevorderd kan oplopen tot tienduizenden euro's. Bij een terugvordering is de zorg doorgaans wel geleverd, maar blijkt deze uiteindelijk niet declarabel. De apotheek mag de kosten echter niet meer verhalen op de patiënt.</p> <p>Het ingaan van een nieuwe maatregel voor of op de dag van het communiceren ervan is niet werkbaar in de praktijk en leidt per definitie tot afkeuringen achteraf.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Vraag aan de stakeholders om het gesprek aan te gaan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Materiële controles worden <b>achteraf</b> uitgevoerd om na te gaan of zorg rechtmatig en doelmatig is en of er sprake kan zijn van fraude. Fraude moet te allen tijde worden</p>

		<p>aangepakt. Echter, indien er sprake is van interpretatieverschillen, worden deze –zoveel mogelijk- <b>vooraf</b> geïdentificeerd en voorkomen. Materiële controle is géén instrument om verschillen van interpretatie, veroorzaakt door voorafgaande onduidelijke communicatie, achteraf te herstellen. Zorgverzekeraars maken tijdig duidelijk wat onder verzekerde zorg valt. Elke apotheker krijgt een realistische termijn waarop hij zijn personeel kan inlichten over een nieuwe werkwijze.</p> <p>b) Zorgverzekeraars verbeteren de wijze waarop zij materiële controles uitvoeren, bijvoorbeeld door de <b>termijn</b> waarbinnen de controle plaats vindt zo kort mogelijk te houden (bij voorkeur binnen één jaar).</p> <p>c) Zorgverzekeraars en apothekers introduceren een <b>gezamenlijk certificaat</b> "Goed declareren". Apotheken die over een bepaalde periode "goed" gedeclareerd hebben ontvangen dit certificaat en worden uitgesloten van materiële controles (tenzij er sprake is van fraude).</p> <p>d) ZN opent een dialoog om na te gaan of er -binnen de ruimte die de Wmg biedt- mogelijkheden zijn om in het <b>protocol materiële controle</b> aanpassingen te doen die de lasten verminderen.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV apotheehoudende afdeling, NVPF, NZa, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Ad a) Apotheekhoudenden worden alleen geconfronteerd met (substantiële) terugvorderingen indien er daadwerkelijk sprake is van fraude.</p> <p>Ad b) Minder beleefde lasten en financiële risico's bij apotheken.</p> <p>Ad c) Minder administratieve en beleefde lasten.</p> <p>Ad d) Minder administratieve en beleefde lasten.</p> <p>Voor alle oplossingsrichtingen is een initiële investering van zorgverzekeraars nodig, omdat zij aanpassingen moeten maken in de uitvoeringsprocessen.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 4.11 Formulieren

Dataset – Formulieren		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Er zijn negen zorgverzekeraars met hun eigen formulieren voor dezelfde onderwerpen (zoals verbandmiddelen). Het gevolg is dat er met te veel formulieren moet worden gewerkt.</i></p> <p>Zorgverzekeraars gebruiken formulieren om zorgverleners te laten vastleggen dat bepaalde handelingen zijn verricht. Apotheekhoudenden moeten formulieren verzamelen voor o.a. medicijnrollen, GDV-evaluaties, voor correcties van ontvangen formulieren (het formulier moet terug naar de arts indien een vinkje ontbreekt), voor machtigingen (met het eigen logo van de zorgverzekeraars), voor het melden van bijwerkingen, etc. Ook een artsenverklaring en/of machtiging voor geneesmiddelen die in Nederland niet beschikbaar zijn en om die reden uit het buitenland geïmporteerd moeten worden, veroorzaken regedruk in de apotheek.</p> <p>Het gevolg is dat de apotheker dagelijks te maken krijgt met een enorme hoeveelheid formulieren. Deze stapeling van administratieve rompslomp komt de kwaliteit van zorg niet ten goede, is onwenselijk en werkt contraproductief.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>De oorzaken van het knelpunt zijn te vinden in verschillende verplichtingen in wetten en regels zoals de mededingingswet, de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering, en de Wmg. Deze wetten geven echter voldoende mogelijkheden om te komen tot een lastenarme implementatie en uitvoering van verplichtingen.</p> <p>De wet legt geen beperkingen op om te komen tot een meer rationele invulling en naleving van verplichtingen.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De grote hoeveelheid formulieren veroorzaken hoge beleefde lasten in de apotheek. Het werkplezier neemt daardoor af en dit kan bijvoorbeeld leiden tot een hoog percentage ziekteverzuim.</p> <p>Bovendien vinden artsen het vervelend om door apothekers te worden lastig gevallen met de vraag of zij formulieren willen invullen (of corrigeren).</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders het gesprek aan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Een <b>eenmalig</b> recept is voldoende om tot terhandstelling over te gaan zodat overige formulieren en herhaalrecepten kunnen vervallen.</li> <li>Partijen gaan met elkaar in gesprek en gaan na welke formulieren écht nodig zijn, en <b>ontwikkelen alternatieven</b> voor de rest (of schaffen ze af).</li> <li>Ga na of met <b>minder verantwoordingseisen</b> dezelfde beleidsdoelstellingen gerealiseerd kunnen worden, en zo ja ontwikkel dan kortere, eenvoudigere formulieren.</li> <li>Ontwikkel <b>standaardformulieren</b> die door alle negen zorgverzekeraars geaccepteerd worden en centraal aangeboden kunnen worden. En die bij voorkeur ook elektronisch kunnen worden verstuurd door voorschrijver, apotheker en zorgverzekeraar.</li> <li>Ontwikkel een gezamenlijke noodprocedure die in werking treedt indien een geneesmiddel niet in Nederland beschikbaar is (en wel in omliggende landen), waarbij de regedruk voor apotheken wordt vermindert.</li> </ol>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, IGZ, KNMP, Lareb, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Voor alle oplossingsrichtingen geldt: minder beleefde lasten, bijvoorbeeld omdat apothekers artsen niet voortdurend hoeven na te lopen met de vraag of zij reeds ingevulde formulieren willen corrigeren. Daarnaast is het effect per oplossingsrichting:</p> <p><b>Ad a)</b> Minder papieren rompslomp.</p> <p><b>Ad b)</b> Minder formulieren en betere alternatieven.</p>



		<p>Ad c) Eenvoudigere, kortere formulieren.</p> <p>Ad d) Eenduidige, uniforme formulieren.</p> <p>Ad e) Een duidelijke, transparante en sectorbrede procedure zorgt voor minder feitelijke en beleefde lasten.</p> <p>Om formulieren te vereenvoudigen of te uniformeren is wel een initiële investering nodig van zorgverzekeraars.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 4.12 Contractonderhandelingen

Dataset – Contractonderhandelingen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Jaarlijkse onderhandelingen tussen apotheken en zorgverzekeraars vormen een administratieve last. Kansen voor administratieve lastenverlichting in het onderhandelingsproces worden nog onvoldoende benut.</i></p> <p>Jaarlijks onderhandelen zorgverzekeraars en apotheken over de farmaceutische zorg. Onderhandelen - of je in onderhandelingen laten vertegenwoordigen - kost tijd, geld en energie en brengt daarnaast ook onzekerheid en onrust met zich mee. Een optie om dit te verminderen is door <i>meerjarencontracten</i> af te sluiten.</p> <p>Apotheekhoudenden geven aan dat aandacht voor administratieve lasten in contracten nog beperkt is. De potentie om regeldruk te verminderen via het contracteerproces kan nog beter worden benut. In dit kader moet de aandacht in het bijzonder uitgaan naar de verhoogde regeldruk die voortkomt uit (afwijkende) additionele afspraken die additioneel beloofd worden. Deze verplichtingen worden immers door zorgverzekeraars en zorgverleners zelf opgesteld, waardoor het aanpassen relatief eenvoudig kan zijn.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>De NZa stelt sinds januari 2012 geen tarieven meer vast voor farmaceutische zorg. Apothekers en zorgverzekeraars maken met elkaar afspraken over de prijs van een geneesmiddel, de zorgverlening en de prijs van andere farmaceutische zorg.</p> <p>In het document "Visie op Kwaliteit" van Zorgverzekeraars Nederland benadrukken zorgverzekeraars samen te werken met elkaar en op het gebied van kwaliteit en dat zij de basiskwaliteit van zorg die door beroepsgroepen wordt vastgesteld eenduidig hanteren.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	Onderhandelingen kosten tijd, geld en energie, maar de mogelijkheden voor administratieve lastenverlichting en de kansen voor innovatie en kwaliteitsverbetering worden onvoldoende benut.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Zorgverzekeraars en apotheken gaan in overleg over verbeterde <a href="#">Good Contracting Practices</a> om het contracteerproces meer voorspelbaar en soepel te laten verlopen.</li> <li>b) Zorgverzekeraars en apotheken gaan in overleg over het <a href="#">vereenvoudigen</a> van contractuele afspraken om het contracteerproces te versoepelen.</li> <li>c) Zorgverzekeraars en apotheken schenken in het contracteerproces meer aandacht aan mogelijkheden om de administratieve lasten te verlichten.</li> <li>d) Gezamenlijk wordt een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om <i>meerjarencontracten</i> af te sluiten. Apotheekhoudenden verwachten dat dit bijdraagt aan minder administratieve lasten en meer wederzijds vertrouwen en rust in de sector.</li> <li>e) Zorgverzekeraars kiezen net als bij andere eerstelijns zorgverleners voor een <a href="#">volgbeleid</a>. Zodat voor alle patiënten van een apotheker dezelfde afspraken gelden en dat deze op dezelfde manier benaderd en behandeld worden. Dit sluit ook aan bij de beroepsethiek. Hierdoor zal de zorginfrastructuur ook optimaal benut kunnen worden.</li> </ul>
5.	<b>Stakeholders</b>	Contracteerpartijen.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Een meer voorspelbare omgeving leidt tot lagere beleefde regeldruk en minder onrust.</p> <p><b>Ad b)</b> Vereenvoudigde, eenduidige afspraken maken het onderhandelen efficiënter en de gemaakte afspraken effectiever te implementeren.</p> <p><b>Ad c)</b> Door administratieve lasten tot aandachtspunt in contracten te maken, worden meer kansen gecreëerd</p>

		<p>voor administratieve lastenverlichting, waardoor meer ruimte voor zorg en innovatie ontstaat.</p> <p>Ad d) Meer zekerheid en rust in de apotheksector en versterking van het wederzijds vertrouwen.</p> <p>Ad e) Meer eenduidige afspraken betekent een efficiëntieslag in de praktijk.</p> <p>Voor deze oplossingsrichting is geen investering nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 4.13 LSP opt-in regeling

Dataset – LSP opt-in regeling (receptverwerking)		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Wet- en regelgeving m.b.t. privacy leidt ertoe dat apothekers patiënten expliciet om toestemming moeten vragen om inzicht te krijgen in de, voor de goede en veilige zorg noodzakelijke, patiëntgegevens via het LSP.</i></p> <p>Het Landelijk Schakelpunt (LSP) zorgt voor snelle en betrouwbare elektronische uitwisseling van medische gegevens. Om de privacy van patiëntgegevens te waarborgen heeft het LSP een opt-in regeling. De patiënt geeft daarmee nadrukkelijk toestemming om medische gegevens te delen via het LSP.</p> <p>Poliklinische apotheken in het bijzonder worden geconfronteerd met het feit dat, naast het eenmalig vragen van opt-in toestemming, er ook opt-in toestemming beschikbaar moet zijn bij de eigen apotheek. Immers, als de patiënt bij de eigen apotheek geen toestemming heeft gegeven (of als de toestemming niet is verwerkt), dan kan de poliklinische apotheek de medicatiegegevens niet elektronisch opvragen en in het dossier zetten. In dat geval moet men de eigen apotheek bellen om te vragen om het overzicht door te faxen. Deze gegevens moeten handmatig in het dossier van de patiënt verwerkt worden. Dat is een zeer tijdrovende actie. Het kan zijn dat de patiënt een papieren overzicht bij zich heeft. Ook in dat geval moeten deze gegevens handmatig verwerkt worden. Tenslotte is er tijd nodig om elke patiënt uit te leggen waarom het nuttig is om aan de (poliklinische) apotheek opt-in te geven.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	Het LSP biedt de mogelijkheid om via een beveiligd netwerk medische gegevens elektronisch uit te wisselen met andere zorgverleners. De Wbp en de Wgbo stellen grenzen aan het beschikbaar stellen en raadplegen van medische gegevens. Het CBP heeft aangegeven dat medische gegevens van patiënten alleen beschikbaar mogen worden gesteld voor raadpleging door andere zorgverleners na 'uitdrukkelijke toestemming' van de patiënt.
3.	<b>Impact</b> (raming)	Het knelpunt veroorzaakt <i>tijdelijk</i> hoge lasten (in sommige poliklinische apotheken stijgt de regeldruk door de LSP opt-in regeling van circa 25% naar circa 37%). Het effect van de opt-in regeling zal in de loop van de tijd verminderen.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Verken samen met VZVZ en CBP de mogelijkheden rondom <a href="#">gecombineerde toestemming</a>. Eventuele belemmerende regels worden weggenomen, zodat aanvragen gecombineerde toestemming (i.e. poliklinische apotheken, huisartsen en zelfstandige apotheken samen) regionaal verspreid kunnen worden met als doel om het opt-in % in alle regio's zo snel mogelijk omhoog te krijgen. De tijdelijke lasten tijdens de overgangsfase blijven daardoor beperkt en van korte duur.</p> <p>b) Heroverweeg nut en noodzaak van <a href="#">regionale schotten</a>. Het effect van de regionale indeling van het LSP is dat ook bij opt-in toestemming er geen info beschikbaar is buiten de regio.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, CBP, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, LHV, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF en VZVZ.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> De oplossingsrichting draagt er toe bij dat de tijdelijke lasten laag en de overgangperiode kort blijft.</p> <p><b>Ad b)</b> De oplossingsrichting draagt er toe bij dat de lasten die worden veroorzaakt door regionale schotten verdwijnen.</p> <p>Dit vraagt een investering (met name in tijd) van verschillende zorgverleners (poliklinische apotheken, huisartsen en zelfstandige apotheken samen).</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.14 2-factor authenticatie

Dataset – 2-factor authenticatie (receptverwerking)		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Door de eisen t.a.v. de privacy van patiëntgegevens en de implementatie daarvan in de vorm van 2-factor authenticatie ontstaan (structureel) hoge lasten voor apotheken.</i></p> <p>Een zorgverlener die via het LSP patiëntgegevens wil inzien of uitwisselen, moet zich identificeren. Dit kan met een UZI-pas. UZI staat voor Unieke Zorgverlener Identificatie register. Aan de hand van de informatie op de UZI-pas worden via het LSP alleen gegevens verstrekt aan zorgverleners die bevoegd zijn om gegevens in te zien.</p> <p>Het LSP legt vast welke zorgverleners gegevens hebben aangemeld en welke zorgverleners gegevens hebben opgevraagd. Dit heet logging. Logging heeft als doel te kunnen bepalen of de inzage gerechtvaardigd is. De patiënt kan inzage krijgen in de logging. Ter bescherming van persoonsgegevens moeten apotheken voor inzage in het LSP dan ook een code invoeren.</p> <p>Overigens is 2-factor authenticatie (zoals de UZI-pas met een code) nodig bij alle zorgorganisaties die met patiëntgegevens werken (en is 2-factor authenticatie ook nodig voor het AIS).</p> <p>De kern van het probleem bestaat eruit dat apotheken per jaar te maken krijgen met ruim 100.000 receptregels. Het invoeren van een code voor elke receptregel leidt tot hoge lasten, simpelweg omdat het volume zo groot is.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Zorginstellingen in Nederland moeten aan de IGZ kunnen aantonen dat zij beschikken over de juiste informatiebeveiliging. IGZ zal bij het toetsen van zorginstellingen op informatiebeveiliging de NEN 7510 als leidraad nemen. De norm NEN 7510 is toegesneden op informatiebeveiliging binnen de gezondheidszorg. Hieronder wordt verstaan het waarborgen van de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van alle informatie ten behoeve van verantwoorde zorg voor patiënten. De NEN 7510 stelt de volgende eis:</p> <p><i>"Informatiesystemen, die patiëntgegevens verwerken, behoren authenticatie toe te passen op basis van ten minste twee afzonderlijke kenmerken."</i> (NEN 7510, p. 98).</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt 2-factor authenticatie (bestaande uit een UZI-pas en een code) betekent <i>per receptregel</i> een extra tijdsbesteding van ongeveer 10 seconden.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>a) Ontwikkel <b>praktische alternatieven</b><sup>5</sup> voor 2-factor authenticatie, zoals een technische oplossing bijvoorbeeld in de vorm van een vingerscan. Hieraan zijn wel initiële kosten verbonden, die – indien dit onderwerp prioriteit geniet - nog nader uitgezocht moeten worden.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, CBP, KNMP, LHV, NVPF, ontwikkelaars van apothekerinformatiesystemen, Patiëntenfederatie NPCF en VZVZ.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Beperk de extra tijdsbesteding die nodig is voor 2-factor authenticatie per receptregel (naar schatting van 10 naar 5 seconden).</p> <p>Om deze besparing te realiseren is wel een initiële investering nodig voor het doorvoeren van technische oplossingen.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

<sup>5</sup> Het inrichten van een individueel werkstation met een eigen computer voor iedere apothekassistent is een voorbeeld van een alternatief dat weinig praktisch is (vanwege de hoge kosten, eventueel ruimtegebrek in de apotheek, en de klantvriendelijkheid van de ontvangsthal).

## 4.15 Aanvullende kwaliteitseisen

Dataset – Aanvullende kwaliteitseisen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Er worden aanvullende kwaliteitseisen gesteld die onvoldoende toegevoegde waarde hebben voor het verbeteren van de kwaliteit van de farmaceutische zorg.</i></p> <p>Kwaliteitscertificering moet toegevoegde waarde hebben voor de apotheek. Dat betekent in de eerste plaats dat kwaliteitseisen moeten bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.</p> <p>Apotheekhoudenden zijn van mening dat er <i>aanvullende</i> kwaliteitseisen bestaan die niet aan dit criterium voldoen. Het verhogen van de frequentie van klanttevredenheidonderzoek (KTO) van één keer per drie jaar (HKZ norm) naar één keer per jaar (aanvullende eis van sommige zorgverzekeraars) leidt niet tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Integendeel, patiënten dreigen onderzoeksmoe te worden, waardoor het voor apotheken ook steeds tijdrovender wordt om het benodigd aantal patiënten te bevragen. De huidige vragenlijst is bedoeld om de tevredenheid van de patiënt over de apotheek te meten, maar gaat in de praktijk ook over de tevredenheid van de patiënt over maatregelen van zorgverzekeraars. Hierdoor schiet de vragenlijst zijn doel voorbij. Een ander voorbeeld is het organiseren van patiënten-informatieavonden. Dit is geen HKZ norm maar een aanvullende eis van een zorgverzekeraar. Apothekers geven aan dat deze bijeenkomsten - ondanks alle communicatie inspanningen en advertenties - door (te) weinig patiënten bezocht worden.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	Vanuit verschillende bronnen worden er kwaliteitseisen opgelegd aan apotheken. Zo verplicht de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) zorgverleners om hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en voortdurend te verbeteren. Daarnaast stellen zorgverzekeraars een kwaliteitscertificaat vaak als voorwaarde voor het aangaan van contracten met zorgverleners. Een kwaliteitscertificaat is drie jaar geldig. Ieder jaar wordt er een audit uitgevoerd om te controleren of de apotheek zich nog steeds aan de geldende normen en richtlijnen houdt. Onderdeel van de certificering is dat regelmatig een klanttevredenheidsonderzoek wordt uitgevoerd.
3.	<b>Impact</b> (raming)	Het knelpunt heeft vooral een negatieve impact op de beleefde lasten (apothekhoudenden trekken het nut en de noodzaak van bepaalde eisen in twijfel) en de onderzoeksbereidheid van patiënten. Bovendien zijn de kosten van KTO van circa €1.500 per jaar significant.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>a) Het uitgangspunt moet zijn dat kwaliteitcertificeringseisen <b>toegevoegde waarde</b> hebben. Ga na of dit voor alle (aanvullende) kwaliteitseisen geldt. Partijen gaan met elkaar in gesprek over het stellen van aanvullende kwaliteitseisen, zoals de frequentie en vraagstelling van KTO en patiënteninformatieavonden.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, certificeringsinstanties (HKZ, ISO), KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> De oplossingsrichting heeft een positief effect op de beleefde lasten en de onderzoeksbereidheid van patiënten. Bovendien zal een apotheek de kosten voor KTO (circa €1.500) slechts één keer per drie jaar maken.</p> <p>Voor deze oplossingsrichting is geen investering nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.16 Kwaliteitsindicatoren

Dataset – Kwaliteitsindicatoren		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Kwaliteitsindicatoren worden nog niet optimaal gebruikt door patiënten, zorgverzekeraars en apothekhoudenden, terwijl het veel tijd en energie kost om deze jaarlijks in te vullen.</i></p> <p>Onder andere via kwaliteitsindicatoren werken zorgverleners aan het transparant maken van de kwaliteit van de zorg. Zorgverzekeraars gebruiken deze indicatoren bij de zorginkoop. Zij maken hierbij eigen afwegingen over welke indicatoren zij gebruiken en het gewicht dat zij daar aan hangen. Dit kan er toe leiden dat een apotheek bij zorgverzekeraar A in een andere (kwaliteits)categorie valt dan bij zorgverzekeraar B. De resultaten van met name uitkomst-indicatoren kunnen verschillend geïnterpreteerd worden. Er is niet vastgelegd wat een "goede" score is. Om kwaliteitsindicatoren voor patiënten toegankelijk te maken is op <a href="http://www.apotheek.nl">www.apotheek.nl</a> patiëntvriendelijke informatie per apotheek beschikbaar. In de praktijk gebruiken patiënten deze kwaliteitsinformatie echter (nog) onvoldoende bij hun keuze. Apothekhoudenden ervaren het invullen van de circa 60 kwaliteitsindicatoren als een zware administratieve last.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>De overheid verlangt van zorgverleners dat zij de kwaliteit van zorg door kwaliteitssystemen systematisch bewaken, beheersen en verbeteren. Door wetgeving beoogt de overheid een kader te bieden dat zorgverleners motiveert zelf invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid (het principe van zelfregulering door de sector). Zorgverleners moeten wettelijk:</p> <p>a) Verantwoorde zorg leveren. Daaronder wordt verstaan zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.</p> <p>b) Zorg zo organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Zij moeten de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, beheersen en verbeteren, oftewel kwaliteitssystemen inrichten.</p> <p>c) Verantwoording afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid en over de kwaliteit van de geleverde zorg.</p> <p>De uitvraag van de kwaliteitsindicatoren gebeurt sinds 2012 via de Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF). De kwaliteits-indicatoren zijn opgenomen in het document 'Kwaliteitsindicatoren Farmacie'. De kwaliteitsindicatoren worden publiek gemaakt door het Kwaliteitsinstituut (ZIN). Zorgverzekeraars kunnen deze gebruiken bij zorginkoop. In het ZN-document "Visie op Kwaliteit" benadrukken zorgverzekeraars samen te werken met elkaar op het gebied van kwaliteit en dat zij de basiskwaliteit van zorg die door beroepsgroepen wordt vastgesteld eenduidig hanteren.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	Het gebruik van kwaliteitsindicatoren door patiënten, zorgverzekeraars en apothekhoudenden is niet optimaal. Apothekhoudenden zijn veel tijd kwijt met het invullen van alle indicatoren.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders het gesprek aan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstel):</p> <p>a) Breng indicatoren die voorzien zijn van <b>contextuele informatie en/of leeswijzers</b> beter onder de aandacht van patiënten, zodat er meer gebruik wordt gemaakt van beschikbare kwaliteitsinformatie.</p> <p>b) De beroepsorganisaties stellen <b>normen</b> vast die aangeven wanneer een score "goed" is (normeren).</p> <p>c) Verminderen van het <b>aantal</b> kwaliteitsindicatoren.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	Consumentenbond, IGZ, KNMP, ZIN, LHV Apotheekhoudende afdeling, NVPF, NVZA, NPCF, VWS, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Kwaliteitsindicatoren worden beter benut door patiënten.</p> <p><b>Ad b)</b> Uitkomsten van indicatoren worden eenduidig toegepast.</p>

		Ad c) Vermindering van administratieve en beleefde lasten. Voor a) en b) zijn inspanningen van de beroepsorganisaties nodig.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017



## 4.17 Opiumwetverplichtingen

Dataset – Opiumwetverplichtingen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Opiumwetverplichtingen leiden tot onnodige registraties en verplichtingen.</i></p> <p>Alle recepten voor opiumwetmiddelen moeten apart bewaard worden; fysiek en op volgorde (achtereenvolgens op naam arts, naam geneesmiddel en datum).</p> <p>Deze registratie is in 1976 geïntroduceerd maar lijkt niet langer nodig. Het reguliere apotheekinformatiesysteem is inmiddels robuust genoeg dat het kan voldoen aan deze eisen.</p> <p>Daarnaast zijn apothekers verplicht de recepten waarop geneesmiddelen direct aan de voorschrijver zelf zijn afgeleverd eens per kwartaal op te sturen naar de IGZ.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>De Opiumwet verbiedt o.a. het aanwezig hebben, het voorschrijven, bereiden en verstrekken van de middelen die staan vermeld op lijst I en II van de Opiumwet. Het voorschrijven, verstrekken en aanwezig hebben van bepaalde Opiumwetmiddelen voor medische en wetenschappelijke doeleinden is onder in de Opiumwet omschreven voorwaarden toegestaan. Aan recepten voor geneesmiddelen die onder de Opiumwet vallen, worden aanvullende eisen gesteld.</p> <p>De voorschrijver moet het recept met onuitwisbare inkt schrijven, de hoeveelheden voluit schrijven (artikel 3 Opiumwetbesluit) en het recept ondertekenen met een handtekening in plaats van een paraaf (artikel 6 Opiumwetbesluit).</p> <p>Een elektronisch recept voor "gewone" geneesmiddelen wordt toegestaan, maar voor opiaten blijft het tonen van een papieren recept voorlopig verplicht. De apotheker voert een administratie over de ontvangst, de herkomst, de bestemming, de aflevering, de toediening, het verlies en de vernietiging, alsmede be- of verwerking van opiumwetmiddelen (artikel 7 Opiumwet).</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt is ongeveer vier uur per maand extra tijdsbesteding voor apotheekassistenten.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Vraag aan de stakeholders om het gesprek aan te gaan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>a) Evalueer de verschillende opiumwetverplichtingen voor apotheken en ga na of <b>het apart bewaren en de aanvullende administratie</b> nog altijd nodig is of dat registratie met het apotheek informatie systeem ook voldoende waarborgen (kan) bieden. Betrek bij deze evaluatie ook andere medische en wetenschappelijke sectoren die te maken hebben met (onnodige) opiumwetverplichtingen.</p> <p>b) Evalueer of de verplichting om eens per kwartaal de recepten waarop geneesmiddelen direct aan de voorschrijver zelf zijn afgeleverd nog van <b>toegevoegde waarde is en/of beter kan aansluiten bij de praktijk</b>.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, IGZ, KNMP, LHV, NVPF, V&J, en VWS.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Het effect van de oplossingsrichting is dat de voor het naleven van opiumwetverplichtingen benodigde tijdsbesteding afneemt (bij maximale reductie met ongeveer vier uur per maand).</p> <p><b>Ad b)</b> Vermindering van administratieve en beleefde lasten.</p> <p>De investering die nodig is voor deze oplossingsrichting is afhankelijk van de eventuele extra eisen die gesteld worden aan het apotheekinformatiesysteem.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2018 en verder

## 4.18 Wgbo bewaartermijnen

Dataset – Wgbo bewaartermijnen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p>Het bewaren van papieren dossiers voor 15 jaar brengt kosten met zich mee en is niet langer van deze tijd.</p> <p>Apotheekhoudenden hebben nog omvangrijke, oude, papieren dossiers waarvoor zij (doorgaans) hoge opslagkosten betalen.</p> <p>Het ministerie van VWS is voornemens om de bewaartermijnen in de Wgbo te verlengen van 15 naar 30 jaar. Dit betekent dat deze "erfenis" nog zwaarder op apothekhoudenden zal drukken.</p> <p>Apotheekhoudenden weten niet goed waar zij aan toe zijn, wat precies de eisen zijn die de wet stelt aan (digitale of papieren) opslag en wat zij met oude dozen vol recepten aan moeten.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>De huidige regels van de Wgbo verplichten een hulpverlener het cliëntendossier (inclusief de daarin opgenomen stukken) gedurende 15 jaar te bewaren. De Wgbo stelt geen eisen over de manier waarop een dossier moet worden ingericht of vorm worden gegeven. De mogelijkheid bestaat daarom om een elektronisch patiëntendossier op te stellen of een bestaand papierendossier te digitaliseren. Bij het digitaliseren van een dossier hoeft de originele, papieren versie niet bewaard te worden. Wel moet bij het digitaliseren van dossiers geen twijfel veroorzaakt worden over de authenticiteit van de gescande documenten. Daarnaast moeten patiënten de gedigitaliseerde gegevens kunnen inzien, aangezien het recht op inzage in het medische dossier ook geldt voor digitale dossiers.</p> <p><i>"Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, ..., gedurende vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit."</i> (artikel 7:454 lid 3 BW)</p> <p>De Regeling Geneesmiddelenwet en de Opiumwet stellen eisen aan de bewaartermijn van <i>recepten</i>, die geldt voor zowel papieren als elektronische recepten. Beide wetten sluiten voor het bewaren van recepten aan bij de termijn die de Wgbo stelt voor medische dossiers: 15 jaar. Een scan van het recept voldoet, mits goed leesbaar en inclusief alle informatie die op het recept is aangebracht of daaraan is gehecht.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt bestaat uit circa €400 per maand voor apothekhoudenden die papieren dossiers extern opslaan.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met de stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>a) Brancheorganisaties <b>communiceren</b> eenduidig aan hun leden wat de mogelijkheden zijn rondom papieren én digitale opslag, en ontwikkelen een <b>actieplan</b> om oude archieven binnen enkele jaren volledig te <b>digitaliseren</b>.</p> <p>b) Brancheorganisaties, VWS en IGZ gaan in gesprek over een noodzaak van het bewaren van recepten en verkennen gezamenlijk de <b>mogelijkheden</b> voor vereenvoudigde, actuele en meer op de praktijk toegesneden eisen.</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, IGZ, KNMP, LHV apothekhoudende afdeling, NVPF, en VWS.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Het effect van de oplossingsrichting bestaat uit een besparing van circa €400 per maand voor apotheken die papieren dossiers extern opslaan.</p> <p><b>Ad b)</b> Vermindering van administratieve en beleefde lasten.</p> <p>Om deze besparing te realiseren is wel een initiële investering nodig voor het digitaliseren van alle oude papieren dossiers. De lasten hiervan moeten nader onderzocht worden, zodat een rationele kosten-baten afweging gemaakt kan worden.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.19 Arbeidsrecht

Dataset – Arbeidsrecht		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Het arbeidsrecht veroorzaakt lasten die vooral voor micro bedrijven (zoals apotheehoudende huisartsen) soms moeilijk te dragen zijn.</i></p> <p>Arbeidsrechtverplichtingen wegen extra zwaar op micro bedrijven zoals apotheehoudende huisartsen. Als een medewerker langdurig ziek wordt in een organisatie met twintig personen dan stelt dit de organisatie voor een uitdaging. Indien deze medewerker langdurig ziek wordt in een organisatie met drie personen dan is dit nog veel ingrijpender.</p> <p>Om deze risico's af te dekken moet de apotheker diverse administratieve maatregelen treffen zoals het afsluiten van verzekeringen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	De verplichtingen op het gebied van arbeidsrecht zijn vastgelegd in verschillende wetten en besluiten, zoals het Ontslagbesluit (artikel 5:2), het Burgerlijk Wetboek (artikel 7:685), de Wet Arbeid en zorg (artikel 3:1 en 3.11), de Wet Inkomen naar arbeidsvermogen (artikel 25 lid 1), de Ziektewet (artikel 38a), de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar, en diverse andere.
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt is sterk afhankelijk van de specifieke situatie in een micro bedrijf (de aan- of afwezigheid van en het aantal langdurig zieken, de aan- of afwezigheid van geëscaleerde arbeidsconflicten, etc.).
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) De regeldruk op het gebied van arbeidsrecht wordt teruggedrongen wanneer het <b>onverkorte karakter</b> van het arbeidsrecht wordt losgelaten. Hierbij zijn (een deel van) de regels alleen nog van toepassing in organisaties met meer dan tien medewerkers of een jaarmzet van meer dan 2 miljoen euro, of in arbeidsverhoudingen met personeel dat meer dan 24 uur per week werkt. Omdat binnen de apotheehoudende huisartsen sector het aantal werkzame parttimers groot is, wordt relatief veel winst geboekt wanneer (een deel van) de wet alleen betrekking heeft op personeel dat het grootste deel van de werkbare week werkt. Dit geeft micro bedrijven meer <b>flexibiliteit</b> en bewegingsruimte om in te spelen op veranderende omstandigheden.</p> <p>b) Om de impact voor kleine bedrijven te beperken, bieden brancheorganisaties <b>ondersteuningsmogelijkheden</b> aan. Bijvoorbeeld in de vorm van cursussen, helpdesks en "brancheverzekeringen".</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	KNMP, LHV, MKB-Nederland, Nederlandse vakbonden, en SZW.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Het effect van de oplossingsrichting is sector-overstijgend en kan ook alleen in de context van een overkoepeld nationaal debat worden gerealiseerd.</p> <p><b>Ad b)</b> Regeldruk wordt beperkt dankzij ondersteuning.</p> <p>Om oplossingsrichting a) te realiseren is geen investering nodig. Om oplossingsrichting b) te realiseren is inspanning van brancheorganisaties nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2018 en verder

## 4.20 Kostenopbouw apotheekhoudende huisartsen

Dataset – Kostenopbouw apotheekhoudende huisartsen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<i>De kostenopbouw van apotheekhoudende huisartsen is anders dan die van openbare apothekers. De grondslag van de tarieven is gebaseerd op de kostenopbouw van openbare apothekers. Apotheekhoudende huisartsen vinden dat meer recht gedaan moet worden aan de specifieke kostenopbouw van apotheekhoudende huisartsenpraktijken en er bijbehorende tarieven moeten gelden.</i>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	Dit signaal - dat duidelijk en eensgezind door apotheekhoudende huisartsen is afgegeven - draagt echter verder dan administratieve lasten en regeldruk, want het heeft te maken met het stelsel van prestatiebekostiging en vrije prijzen in de apotheeksector.
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt, naast directe financiële consequenties (vanwege een niet passend tarief), zijn beleefde lasten ("een gevoel van onrechtvaardigheid").
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	Vraag aan de stakeholders om het gesprek aan te gaan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel): a) Aangezien dit knelpunt buiten de scope van administratieve lasten en regeldruk valt, wordt het meegenomen in het <b>kostenonderzoek</b> voor apotheekhoudende huisartsen dat de LHV in 2015/2016 wil laten uitvoeren. Op basis van de onderzoeksresultaten gaat de LHV in overleg met stakeholders als NZa en zorgverzekeraars.
5.	<b>Stakeholders</b>	LHV apotheekhoudende afdeling, en de NZa en zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<b>Ad a)</b> Het kostenonderzoek voor apotheekhoudende huisartsen dat de LHV wil laten uitvoeren zal de basis vormen voor een inhoudelijke discussie over de tarieven en prestaties van apotheekhoudende huisartsen.  Voor deze oplossingsrichting is geen investering nodig.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.21 Onnodige registratie (receptverwerking)

Dataset – Onnodige registratie (receptverwerking)		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>De (tijdsbesteding aan) registratie van handelingen bij de receptverwerking is hoog vanwege de vele checks en controles die bij alle recepten uitgevoerd moeten worden.</i></p> <p>Het proces van voorschrijven tot en met het gebruik van een geneesmiddel door een patiënt en/of het stoppen van de behandeling brengt de nodige risico's met zich mee. Medicatiebewaking is het proces dat zich richt op het voorkomen van schade en/of ongemak bij geneesmiddelgebruik en is één van de hoofdprocessen van de apotheek.</p> <p>Het apotheekinformatiesysteem (AIS) is hierbij een belangrijk hulpmiddel door signalen te genereren. Tijdens de receptverwerking is het niet mogelijk om onderdelen uit te schakelen zoals mogelijke interacties (d.w.z. veranderingen in de effecten van een geneesmiddel door gelijktijdige inname van een ander geneesmiddel).</p> <p>Bij iedere terhandstelling vindt medicatiebewaking plaats, zodat eventuele wijzigingen in het geneesmiddelgebruik of andere omstandigheden van de patiënt worden meegenomen. Maar hierdoor zijn de apothekersassistent en apotheker per patiënt wel extra tijd kwijt om alle verplichte stappen te doorlopen. Terwijl bij ongewijzigde omstandigheden wellicht niet altijd alle onderdelen noodzakelijk zijn bij herhaalrecepten.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>In de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) en het Besluit uitoefening artseneidkundst (BUA) worden de verantwoordelijkheden genoemd met betrekking tot de farmaceutische beroepsuitoefening.</p> <p>Op grond van de Wet op de Beroepen In de Gezondheidszorg (Wet BIG) dient de beroepsbeoefenaar zijn beroepsbeoefening zodanig te organiseren dat dit redelijkerwijs leidt of moet leiden tot verantwoorde zorg, hetgeen mede omvat het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg.</p> <p>De Wmg verplicht zorgverleners (en ook zorgverzekeraars) op grond van artikel 36 een administratie te voeren en moeten persoonsgegevens worden gecontroleerd en geregistreerd (artikel 5 Wbsn-z).</p> <p>In de Nederlandse Apotheek Norm (NAN) staat bovendien wat apothekers zelf verstaan onder verantwoorde farmaceutische zorg in de openbare apotheek. Ook hierin zijn regels voor de registratie van gegevens opgenomen. Zo geldt:</p> <p><i>"Bij constatering of vermoedens van vermijdbare risico's in de voorgeschreven medicatie, zorgt de apotheek voor een passende oplossing, zodat de patiënt de juiste geneesmiddelen ontvangt voor een veilige en doeltreffende behandeling. De apotheek legt de afhandeling van constatering of vermoedens van vermijdbare risico's vast"</i> (artikel 2.2.2 NAN).</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt is aanzienlijk want receptverwerking door apotheekassistenten is een van de belangrijkste activiteiten (het gaat om circa 180 miljoen verstrekkingen per jaar) in de apotheek (en kost apotheekassistenten circa 7 minuten per recept). Dit wordt echter door apothekers in de praktijk niet als last ervaren, maar voornamelijk als beroepseigen beschouwd.</p> <p>Door de vele signalen die het AIS genereert, kan het fenomeen "alert fatigue" optreden.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders het gesprek aan over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <p>a) Onderzoek of de <i>registratie</i> van handelingen bij receptverwerking (zoals interacties bij herhaalrecepten) <i>vereenvoudigd</i> en <i>gerationaliseerd</i> kan worden. Veiligheid en kwaliteit van zorg staat voorop, maar indien het mogelijk is om registratie eisen te vereenvoudigen (en het aantal verplicht te doorlopen stappen te rationaliseren) dan verlicht dit de werkdruk in de apotheek aanzienlijk waardoor meer tijd beschikbaar is voor de patiënt.</p>

		b) Doorontwikkeling van medisch-farmaceutische beslisregels (MFB's) om de kwaliteit van <a href="#">medicatiebewakingssignalen</a> te verbeteren.
5.	<b>Stakeholders</b>	IGZ, KNMP, Softwareleveranciers, en Z-Index.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Ad a) Het effect van de oplossingsrichting is waarschijnlijk een kleine reductie van de tijd die nodig is voor receptverwerking (mogelijk slechts enkele seconden), maar omdat het om zoveel verstrekkingen gaat (circa 180 miljoen per jaar) is elke tijdwinst, hoe klein ook, onmiddellijk significant.</p> <p>Ad b) Het verantwoord verbeteren van medicatiebewakingssignalen vermindert de feitelijke lastendruk. Dit vraagt een investering van apotheken en softwareleveranciers.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.22 GDV en GDV-evaluatie

Dataset – GDV en GDV-evaluatie		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Het is uitvoeringstechnisch bijna onmogelijk om medicijnrollen te verstrekken conform het geneesmiddelenbeleid. Bovendien vormt de jaarlijkse evaluatie een disproportionele belasting.</i></p> <p>Patiënten met orderingsproblemen krijgen geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen (GDV, zoals medicijnrollen) ter hand gesteld. Medicijnrollen worden echter machinaal gevuld. In plaats van machinaal zouden medicijnrollen handmatig gevuld moeten worden om te voldoen aan alle eisen. Sommige (<i>maar niet alle</i>) zorgverzekeraars hebben om die reden geneesmiddelen die in GDV ter hand gesteld worden uitgesloten van dit geneesmiddelenbeleid.</p> <p>In de richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten in een thuissituatie en patiënten in een zorginstelling. Bij patiënten in de thuissituatie geldt dat jaarlijks een evaluatie moet plaatsvinden van het gebruik en de noodzakelijkheid van de medicijnrollen. Het betreft hier patiënten die in staat zijn tot zelfmanagement en dus geen professioneel verzorgende hebben. Deze evaluatie wordt vastgelegd in het patiëntendossier. De patiënten die op GDV zijn ingesteld zijn kwetsbaar en komen meestal niet van hun orderingsproblemen af. Apotheken ervaren de jaarlijkse evaluaties bij chronische patiënten als onnodige last omdat zelden blijkt dat een medicijnrol niet langer noodzakelijk is. Daarnaast wordt het onderscheid dat in de richtlijn wordt gemaakt tussen patiënten niet altijd gemaakt in de contractuele bepalingen van zorgverzekeraars.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Zorgverzekeraars mogen aanwijzen welke geneesmiddelen uit het GVS zij vergoeden. Per werkzame stof of combinatie van werkzame stoffen moet de zorgverzekeraar minimaal één preferent geneesmiddel aanwijzen. Dit is geregeld in artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering:</p> <p><i>"De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is."</i></p> <p>De verplichting om medicijnrollen jaarlijks te evalueren, is opgenomen in de KNMP-richtlijn 'Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm':</p> <p><i>"De apotheker evalueert het gebruik van de GDV met de patiënt minimaal eenmaal per jaar en bij problemen."</i> (artikel 2.3.3)</p> <p>Deze aanbeveling heeft betrekking op patiënten die in staat zijn tot zelfmanagement (dus zonder professioneel verzorgende).</p> <p>In de vigerende NZa-beleidsregel prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg wordt ook naar deze richtlijn verwezen.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt is enerzijds financiële consequenties voor verzekerden. De niet-preferente geneesmiddelen worden niet vergoed. Anderzijds ervaren apotheken hoge beleefde lasten als gevolg van de jaarlijkse evaluaties en het verwerken klachten over medicijnrollen die niet langer worden vergoed.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Er zijn reeds zorgverzekeraars die <b>uitzonderingen</b> maken voor medicijnrollen in het geneesmiddelenbeleid (best practice). Ga met zorgverzekeraars in gesprek die dit nog niet doen om te komen tot een uitvoerbare werkwijze.</li> <li>Stel de jaarlijkse evaluatie van noodzaak van medicijnrollen alleen nog verplicht voor de <b>ambulante</b> patiënten (wonend in thuissituatie) waarvan het ziektebeeld kan <i>veranderen</i>. Voor patiënten in een zorginstelling kunnen afspraken over de evaluatie worden gemaakt en vastgelegd.</li> </ol>
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, LHV, NVPF, VWS, ZN, en Zorgverzekeraars.

6.	<b>Effect</b> (raming)	Voor beide oplossingsrichtingen geldt: minder beleefde lasten, zowel voor apotheken, fabrikanten als verzekeren. <b>Ad a)</b> Lastendaling voor apotheken. <b>Ad b)</b> Lastendaling voor apotheken door doelgroep reductie. Om deze besparing te realiseren is geen investering nodig.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016



## 4.23 Bereidingen

Dataset – Bereidingen		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Zorgverzekeraars zijn vanuit mededingingstechnische overwegingen gestopt met het collectief beoordelen van de aanspraak van patiënten op apotheekbereidingen, waardoor de aanspraak per zorgverzekeraar verschilt.</i></p> <p>Er is grote onrust onder patiënten ontstaan doordat zorgverzekeraars plotseling de vergoeding van ruim honderd verschillende apotheekbereidingen stop hebben gezet. In reactie op de onrust en op Kamervragen is besloten verzekeraars om tot 1 juni een deel van de vergoedingen tijdelijk te hervatten en in overleg te gaan met zorgverleners en patiëntenorganisaties. In aansluiting op dit overleg hebben de meeste zorgverzekeraars besloten het gros van deze op maat bereide geneesmiddelen per 1 juni alleen nog op machtiging te vergoeden. De voorwaarden waarop de patiënt de machtiging krijgt zijn niet altijd helder. Als de patiënt niet de vereiste machtiging heeft, moet hij het middel zelf betalen in de apotheek.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Het ministerie van VWS bepaalt de samenstelling van het basispakket. Het Zorginstituut geeft hierover advies aan de minister. Het is primair aan zorgverzekeraars om te beoordelen of bepaalde zorg voldoet aan de criteria van het basispakket. De politiek bepaalt de criteria voor het basispakket. Een belangrijke vraag in dat kader is of de zorg voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Indien verzekeraars hier vragen over hebben kunnen zij zich wenden tot Zorginstituut Nederland, dat risicogericht bepaalt over welke zorgvormen het een 'duiding' (richtinggevende uitspraak over de inhoud van het basispakket) uitbrengt. Uitgangspunt van de Zvw is dat de inhoud en omvang van het basispakket voor iedere verzekerde gelijk is. Om die reden beoordeelden de zorgverzekeraars tot eind vorig jaar veelal gezamenlijk welke zorginterventies tot het verzekerde pakket van de Zvw behoren. Vanwege mogelijke risico's op het gebied van de mededinging zijn zorgverzekeraars daarmee gestopt.</p> <p>De minister van VWS is van mening dat het collectief beoordelen of bereidingen tot het basispakket behoren niet op mededingings-technische problemen stuit (Kamerbrief 29 juni 2015, kenmerk 785894-138373-GMT).</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact is onzekerheid bij patiënten en apotheken over de vergoedingsstatus van bereidingen en extra administratieve handelingen (machtigingen) voor apothekers en voorschrijvers bij apotheekbereidingen.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichting (voorstel):</p> <p>Onder regie van het Zorginstituut gaan VWS, zorgverzekeraars, voorschrijvers en apothekers in gesprek over een <b>eenduidige aanspraak</b> voor patiënten</p>
5.	<b>Stakeholders</b>	ACM, ASKA, KNMP, LHV apotheekhoudende afdeling, NVPF, voorschrijvers, VWS, ZIN, ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p>Dit proces is in 2015 reeds opgestart. In 2016 is duidelijk of het knelpunt is opgelost.</p> <p>Voor deze oplossingsrichting is geen investering nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.24 Melden bijwerkingen

Dataset – Bijwerkingen melden		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<i>Het melden van bijwerkingen bij het Lareb is omslachtig en de formulieren zijn complex.</i> Apotheekhoudenden geven aan dat het melden van bijwerkingen bij het Lareb (te) omslachtig en complex is. Dat is jammer, want het Lareb geniet een uitstekende reputatie.
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	Apotheken zijn op grond van de Geneesmiddelenwet verplicht om ernstige bijwerkingen van geneesmiddelen te melden bij het Bijwerkingencentrum Lareb: <i>“Beroepsbeoefenaren melden onmiddellijk elke vermoedelijke ernstige bijwerking aan een orgaan van beroepsbeoefenaren en patiëntenorganisaties...”</i> (artikel 78 lid 3 Geneesmiddelenwet). Ook kunnen patiënten zelf bijwerkingen melden bij het Lareb. De website van Lareb is hier ook al op ingericht.
3.	<b>Impact</b> (raming)	De impact van het knelpunt is een tijdsbesteding van circa 4 tot 8 uur per jaar voor de apotheker.
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):  a) In overleg met het Lareb kan de toegankelijkheid worden verbeterd. Bijvoorbeeld door het <b>moderniseren van het meldingsformulier</b> door het korter en eenvoudiger te maken, door gebruik te maken van (gedeeltelijke) voorinvulling, door het “smart” maken van het formulier, en/of door het toepassen van bewezen ontwerpprincipes. b) Bijwerkingen zo veel mogelijk <b>laten melden door de patiënt</b> . Deze is vaak het beste op de hoogte van diens eigen klachten en daardoor goed in staat de melding zelf in te voeren. Het is hierbij niet mogelijk voor patiënten om duidelijk te maken dat zij op advies van de apotheker de melding doen.
5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, KNMP, Lareb, LHV, NVPF en Patiëntenfederatie NPCF.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<b>Ad a)</b> Het effect is een afname van de benodigde tijdsbesteding voor het melden van bijwerkingen met naar schatting 50% (circa 2 tot 4 uur per jaar). <b>Ad b)</b> Het effect is een afname van de benodigde tijdsbesteding voor het melden van bijwerkingen met naar schatting 75% (circa 3 tot 6 uur per jaar). Om deze besparing te realiseren is wel een initiële investering nodig voor het moderniseren van het meldingsformulier.
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016

## 4.25 Lijsten thuiszorg

Dataset – Lijsten thuiszorg		
1.	<b>Knelpunt</b> (probleemstelling)	<p><i>Bij wijzigingen in medicatie moeten nieuwe medicatie-overzichten en toedienlijsten (of innameschema's) worden verstrekt aan thuiszorgorganisaties. Daarnaast is het toezicht aangescherpt. Hierdoor doen thuiszorgorganisaties steeds meer een beroep op apotheken. De druk op apotheken neemt hierdoor toe.</i></p> <p>Het medicatieoverzicht is de registratie per patiënt van alle geneesmiddelen en relevante gegevens over het gebruik daarvan in een periode van ten minste drie maanden. Bij iedere wijziging die wordt aangebracht in de geneesmiddelen, dient dit kenbaar te worden gemaakt aan de apotheek en wordt om een nieuw medicatieoverzicht verzocht. Wijzigingen in de omstandigheden van de patiënt en het geneesmiddelenbeleid van de zorgverzekeraar leiden er toe dat regelmatig nieuwe medicatieoverzichten door apotheken verstrekt moeten worden. Het aanpassen van de medicatieoverzichten kost relatief veel tijd terwijl apotheken hiervoor onvoldoende worden gecompenseerd. Een deel van de overlast wordt veroorzaakt door de eis van IGZ dat er nooit een handgeschreven wijziging mag staan op een toedieningslijst. Daardoor is het noodzakelijk om bij elke wijziging een nieuwe lijst te printen en aan te leveren. Voorts heeft de IGZ haar toezicht op thuiszorgorganisaties rond medicatiegebruik verscherpt. Hierdoor doen thuiszorgorganisaties een groter beroep op diensten van apotheken die niet onder hun verantwoordelijkheid vallen. De kosten voor het aanpassen van medicatieoverzichten worden echter niet of onvoldoende gedekt door de tariefvergoedingen die apotheken ontvangen.</p>
2.	<b>Context</b> (achtergrond)	<p>Voor een optimale behandeling moet een zorgverlener weten welke medicatie de patiënt gebruikt (heeft). Dit is vastgelegd in de 'Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten'. Om aan de richtlijn te kunnen voldoen hebben partijen in het voorjaar van 2014 in een bestuurlijk overleg besloten tot een herijking van de vigerende richtlijn. De verwachting is dat de herziene versie in het voorjaar van 2016 beschikbaar zijn. In het document "Veilige principes in de medicatieketen" zijn voor alle betrokken zorgverleners in de medicatieketen zijn de taken en verantwoordelijkheden opgesteld. Met als doel om d.m.v. goede afstemming tussen alle betrokkenen belangrijk een veilig medicatieproces te waarborgen. De bekostiging zou de zorg hierin moeten volgen. Apotheken en thuiszorgorganisaties maken afspraken over GDV-zorg. Door aangescherpt toezicht op thuiszorgorganisaties vragen zij steeds meer van apothekers. Ook zaken die buiten de verplichte activiteiten van de apotheek vallen. Apothekers slagen er vaak niet in om (via onderlinge dienstverlening) de kosten voor deze extra activiteiten te dekken.</p> <p>Alleen voor de patiënt met GDV die kan rekenen op ondersteuning van een professioneel verzorgende heeft de richtlijn GDV een aanbeveling om een toedienlijst te geven.</p>
3.	<b>Impact</b> (raming)	<p>De impact van het knelpunt is dat apothekers veel tijd kwijt zijn aan het opstellen en verstrekken van medicatie-overzichten en toedienlijsten.</p> <p>Wat het in de beleving een zware last maakt is dat apothekers niet gecompenseerd worden voor de tijd die het kost om de medicatieoverzichten aan te passen.</p>
4.	<b>Oplossingsrichting</b> (contouren)	<p>Ga met stakeholders in gesprek over dit knelpunt en verken in goed overleg het draagvlak voor (en de haalbaarheid van) de volgende oplossingsrichtingen (voorstellen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ga in overleg met IGZ na of een op een <b>gestructureerde manier geautoriseerde</b> wijziging dezelfde kwaliteitsgaranties kan bieden zonder overbodige administratieve lasten.</li> <li>Zorgverleners en zorgverzekeraars, betrokken bij het ter hand stellen van medicatie in de thuiszorg, verkennen in hoeverre de inhoudelijke afspraken tussen zorgverleners hun weerslag vinden in de huidige bekostingssystematiek en stellen verbeteringen voor om te komen tot een bekostiging die de zorg <b>volgt</b>.</li> </ol>

5.	<b>Stakeholders</b>	ASKA, contracteerpartijen (bij a), IGZ, KNMP, LHV, NVPF, Patiëntenfederatie NPCF, Platform Medicatieveiligheid (waar ook thuiszorgorganisaties, Actiz NVZA, KNMP, Verenso, NHG en andere belanghebbenden in zijn vertegenwoordigd), ZN en Zorgverzekeraars.
6.	<b>Effect</b> (raming)	<p><b>Ad a)</b> Het knelpunt kost de apotheker aanzienlijk minder tijd.</p> <p><b>Ad b)</b> Lagere beleefde reëldruk door erkenning van de inspanningen van apothekers.</p> <p>Om deze besparing te realiseren is geen investering nodig.</p>
7.	<b>Realisatietermijn</b>	Inschatting: 2016-2017

## 5 Vervolgstappen

In de onderstaande tabel is per knelpunt een inschatting gemaakt binnen welke termijn de verschillende knelpunten zijn op te lossen door de geïdentificeerde oplossingsrichtingen beleidsmatig en uitvoeringstechnisch verder uit te werken. Zo is samenwerking en coördinatie op het gebied van communicatie snel te realiseren, terwijl voor het wijzigingen van een wet lange procedures gevolgd moeten worden.

**Tabel 2.** Vervolgstappen

Nr.	Onderwerpen	Realisatietermijn (inschatting)
1.	Inzicht in uitvoeringslasten	2016
2.	Frequentie van veranderingen	2016-2017
3.	Zichtbaarheid	2016
4.	Polisvoorwaarden	2016
5.	Hulpmiddelenbeleid	2016-2017
6.	Geneesmiddelenbeleid (mededingingswet)	2018 en verder
7.	Medische noodzaak	2016-2017
8.	Machtigingen	2016-2017
9.	Declaratieverkeer	2016
10.	Materiële controles	2016-2017
11.	Formulieren	2016-2017
12.	Contractonderhandelingen	2016-2017
13.	LSP opt-in regeling	2016
14.	2-factor authenticatie	2016-2017
15.	Aanvullende kwaliteitseisen	2016
16.	Kwaliteitsindicatoren	2016-2017
17.	Opiumwetverplichtingen	2018 en verder
18.	Wgbo bewaartermijnen	2016
19.	Arbeidsrecht	2018 en verder
20.	Kostenonderzoek apotheekhoudende huisartsen	2016
21.	Onnodige registratie (receptverwerking)	2016
22.	GDV en GDV-evaluatie	2016
23.	Bereidingen	2016
24.	Melden bijwerkingen	2016
25.	Lijsten thuiszorg	2016-2017

### **Fundamenten voor het Actieplan**

In dit rapport is een overzicht gegeven van de verbetermogelijkheden die er zijn om de regeldruk in de apotheeksector aan te pakken. De geïnventariseerde knelpunten zijn gekoppeld aan concrete oplossingsrichtingen voor de reductie van regeldruk voor de apotheeksector als geheel of voor een subsector. De conclusies en suggesties in dit rapport vormen de basis om de regeldrukaanpak verder vorm te geven. Het is niet haalbaar om, binnen dit project, alle onderwerpen op te pakken. Partijen gaan met elkaar in overleg over welke onderwerpen worden opgepakt en uitgewerkt in een concreet en gedragen Actieplan. Het Actieplan zal in overleg met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), InEen, het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ACTAL), en andere stakeholders worden opgesteld en uitgevoerd.

## Bijlage:

Minder regels, meer zorg

I Lijst met afkortingen en begrippen

56

# I Lijst met afkortingen en begrippen

Afkorting of begrip	Toelichting
ACM	De Autoriteit Consument en Markt.
Actal	Het Adviescollege toetsing regeldruk.
AGB	Het Algemeen Gegevens Beheer is een uniek identificerende registratie van zorgverlenergegevens ter ondersteuning van de verschillende processen in de zorg, waaronder het elektronische declaratie- en communicatieverkeer tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.
ASKA	De Associatie van Ketenapotheken.
CBP	Het College bescherming persoonsgegevens.
EI-standaard	Externe-integratiestandaarden (EI) voor elektronische gegevensuitwisseling.
GVD	Een medicijnrol is een rol met zakjes met voor ieder inname-moment van de dag één zakje met daarop de naam van de geneesmiddel(en), een omschrijving, persoonsgegevens, en datum en innametijdstip vermeld.
GVS	Zorgverzekeraars vergoeden in principe alleen geneesmiddelen die zijn geregistreerd in het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS).
InEen	De brancheorganisatie voor de georganiseerde eerstelijnszorg.
KNMP	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie is de beroeps- en brancheorganisatie voor apothekers.
Lareb	Deze stichting verzorgt de landelijke registratie en evaluatie van bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen.
LHV	De Landelijke Huisartsen Vereniging.
LSP	Het Landelijk Schakelpunt (LSP) zorgt voor snelle en betrouwbare elektronische uitwisseling van medische gegevens.
NAN	De Nederlandse Apotheek Norm (NAN) staat voor wat apothekers verstaan onder verantwoorde farmaceutische zorg in de openbare apotheek.
NEN	Norm voor Informatiebeveiliging voor de zorgsector in Nederland. De norm is gebaseerd op de Code voor Informatiebeveiliging.
NvPF	De Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie.
NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit.
UZI-pas	De UZI-pas bevat de elektronische identiteit van de pashouder en de relatie van de pashouder met het UZI-register.
UZI-register	Het Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register) is de organisatie die de unieke identificatie van zorgverleners en indicatieorganen in het elektronisch verkeer mogelijk maakt.
Vektis	Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars.
ZIN	Zorginstituut Nederland is de rechtsopvolger van het College voor zorgverzekeringen en de Ziekenfondsraad.
ZN	De branchevereniging voor zorgverzekeraars in Nederland.