

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1463

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat de medicijncheck in slechts 10% van de gevallen plaats heeft* (ingezonden 14 februari 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 maart 2014).

Vraag 1 en 2

Wat is uw reactie op het bericht dat de medicijncheck in slechts 10% van de gevallen plaats heeft? Is dit bericht waar? Zo neen, wat is dan het werkelijke percentage? Wat vindt u daarvan?¹

Erkent u nog steeds het nut van een periodieke uitgebreide beoordeling van de medicatie bij oudere patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken? Denkt u nog steeds dat dit gezondheidswinst en besparing van zorgkosten oplevert? Hoe oordeelt u in dit licht over het gegeven dat de medicijncheck mogelijk slechts in 10% van de gevallen plaats heeft?²

Antwoord 1 en 2

Ik neem aan dat u met de term «medicatiecheck» de periodieke medicatiebeoordeling aanduidt waarbij zowel de apotheker, als de huisarts als de patiënt zelf een rol heeft en die is gebaseerd op de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Apothekers zijn zonder meer gehouden bij elke aflevering van geneesmiddelen medicatiebewaking toe te passen, doseringscontrole uit te voeren en te controleren op eventuele contra-indicaties. De periodieke medicatiebeoordeling is een periodieke integrale beoordeling van alle voorgeschreven en gebruikte medicatie.

Ik heb zelf geen onderzoek laten uitvoeren naar de mate waarin periodieke medicatiebeoordeling wordt gecontracteerd of uitgevoerd. Ik heb begrepen dat de Unie KBO haar jaarlijkse enquête onder haar leden heeft uitgevoerd op dit terrein, op basis waarvan dit percentage wordt aangegeven.

Ik ben ervan overtuigd dat de uitvoering van een periodieke medicatiebeoordeling zoals bedoeld in deze richtlijn, de medicatieveiligheid en daarmee de gezondheid van een patiënt kan verbeteren en mogelijk ook zorgkosten bespaart. Ook de partijen in het Bestuurlijk Overleg Farmacie onderkennen dit. Daarom is de standaardisering van de medicatiebeoordeling opgenomen

¹ Max Meldpunt, donderdag 13 februari 2014

² Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1101

in de kwaliteitsagenda van het Bestuurlijk Overleg Farmacie en wordt gekeken naar een meer verfijnde uitwerking van de richtlijn om (hoog)risico-patiënten te selecteren. Daarnaast heeft overleg plaatsgevonden met de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) over een betere implementatie van de richtlijn. Volledige naleving van de richtlijn betekent echter dat 1,2 miljoen medicatiebeoordelingen per jaar zouden moeten worden uitgevoerd. Daarvoor ontbreekt op dit moment de capaciteit. Ook zullen veel apothekers houdenden zich de specifieke kennis voor het uitvoeren van periodieke medicatiebeoordelingen nog eigen moeten maken. Daarom zal er sprake zijn van een ingroeimodel. In het overleg met de IGZ hebben partijen verder aangegeven dat de periodieke medicatiebeoordeling per 1 januari 2015 op een juiste wijze gecontracteerd kan zijn bij apothekers en huisartsen. De IGZ zal in ieder geval vanaf 1 januari 2015 het toezicht verscherpen. Dit ontslaat partijen er echter niet van ook in 2014 al meer conform deze richtlijn te handelen.

Vraag 3

Wat zegt het u dat het genoemde percentage van 10% zelfs lager is dan de cijfers die Unie KBO januari 2013 presenteerde? Mag daaruit worden opgemaakt dat de medicijncheck op dit moment minder vaak plaats heeft ten opzichte van een jaar geleden?³

Antwoord 3

Op basis van de mij bekende feiten kan ik deze conclusie bevestigen noch ontkennen.

Vraag 3 en 4

Mag de conclusie worden getrokken dat de implementatie van de richtlijn, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de beroepsvereniging van klinische geriaters (NVKG), nog steeds niet is voltooid?

Hoe kan het dat u op 28 januari 2013 stelde dat de implementatie van de richtlijn in volle gang is, terwijl nu blijkt dat de medicijncheck op dit moment mogelijk in slechts 10% van de gevallen plaats heeft? Is er de afgelopen periode voldoende gedaan om de richtlijn in praktijk te brengen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3 en 4

Het concreet implementeren van richtlijnen blijkt in de praktijk vaak weerbarstig te zijn. Dit geldt eens te meer waar sprake is van verschillende ketenpartners bij de uitvoering van de beschreven zorg. De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen is daar bij uitstek een voorbeeld van. Bij de opstelling van deze richtlijn waren niet alleen het NHG, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de NVKG betrokken maar ook een groot aantal brancheorganisaties, zoals de brancheorganisatie van apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden en een groot aantal wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten (o.a. cardiologen, internisten en longartsen). Het enthousiasme en draagvlak voor de richtlijn bij haar totstandkoming eind 2012 was groot, één van de voorwaarden om tot succesvolle implementatie te komen. Medio 2013 heeft de IGZ de meest betrokken eerstelijns partijen bijeengebracht om een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen waarmee concrete stappen ter bevordering van de implementatie van deze richtlijn in de dagelijkse praktijk (met name het onderdeel periodieke medicatiebeoordeling) zouden worden gezet. Hierover zullen concrete en pragmatische afspraken worden gemaakt. Zie verder het antwoord op de vragen 1 en 2.

Vraag 5

Wat zijn de laatste gevalideerde onderzoeksgegevens met betrekking tot geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames die vermijdbaar zijn?⁴

³ Tros Radar, medicijncheck, 7 januari 2013, <http://www.trosradar.nl/uitzending/laatste-uitzending/aflevering/07-01-2013/medicijnencheck?p=1>

⁴ <http://www.pw.nl/nieuws/nieuwsberichten/2013/onderzoek-minder-ziekenhuisopnames-dan-in-harm-studie>

Antwoord 5

Ik heb de Tweede Kamer in februari 2013 het rapport «Acute ziekenhuisopnamen die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen», aangeboden (Kamerstukken II, 2012–2013, 29 477, nr. 226). Dit onderzoek is uitgevoerd door het Erasmus MC, de Radboud Universiteit en het Pharmo Instituut in opdracht van het Ministerie van VWS. De uitkomst van dit rapport was dat sprake was van een lichte daling van geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.

Vraag 6 en 7

Bent u nog steeds van mening dat zorgverzekeraars bij de contractering van farmaceutische zorg nadrukkelijk moeten inzetten op de periodieke beoordeling van geneesmiddelengebruik? Is dat, gezien het gegeven dat de medicijncheck in mogelijk slechts 10% van de gevallen plaats heeft, volgens u het geval? Bent u van mening dat zorgverzekeraars hier steken laten vallen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Deelt u de conclusie dat het schijnbaar onvoldoende is dat erin is voorzien dat zorgverzekeraars met huisartsen en apothekers afspraken kunnen maken over de medicijncheck? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6 en 7

Ik ben van mening dat zorgverzekeraars aan hun zorgplicht moeten voldoen en voldoende verantwoorde zorg voor hun verzekerden moeten contracteren. Conform de geldende richtlijnen dienen voldoende periodieke medicatiebeoordelingen door zorgverzekeraars bij huisartsen en apotheekhoudenden gecontracteerd te worden. Zoals in het antwoord op de vragen 1 en 2 is opgenomen, hebben partijen in het Bestuurlijk Overleg Farmacie aangegeven dat de periodieke medicatiebeoordeling per 1 januari 2015 gecontracteerd kan zijn bij huisartsen en apothekers. In dat antwoord is ook aangegeven welke praktische omstandigheden een rol spelen en dat er gekeken wordt naar een meer verfijnde uitwerking van de richtlijn om (hoog)risicopatiënten te kunnen selecteren.

Vraag 8

Deelt u de mening dat, aangezien het in de basisverzekering zit, er een resultaatsverplichting moet komen voor zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat huisartsen en apothekers de medicijncheck in 100% van de gevallen uitvoeren; bijvoorbeeld in 2015? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wanneer kan een dergelijk voorstel worden verwacht?

Antwoord 8

Welke patiënten in aanmerking komen voor een periodieke medicatiebeoordeling is als zodanig helder geformuleerd in de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Het is dan aan zorgverzekeraars om deze prestatie in te kopen en hier verdere concrete afspraken over te maken met huisartsen en apotheekhoudenden. Maar zoals in het antwoord op de vragen 1 en 2 aangegeven, is volledige nakoming van de richtlijn op dit moment niet mogelijk en wordt gekeken naar een meer verfijnde wijze van selecteren van (hoog)risicopatiënten.

Vraag 9

Wat zijn de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om de medicijncheck uit te zonderen van het eigen risico? Bent u bereid, conform de suggestie van de verkenner van de extramurale farmacie, de medicijncheck uit te zonderen van het eigen risico? Zo nee, waarom niet?⁶

Antwoord 9

Er zijn op dit moment al zorgverzekeraars die het eigen risico niet belasten met de uitgaven van een periodieke medicatiebeoordeling. Het staat zorgverzekeraars vrij het eigen risico wel of niet te belasten hiermee.

⁶ <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/05/29/kamerbrief-over-standpunt-bevindingen-verkenner-extramurale-farmacie-en-marktscan-farmacie-2012-van-de-nza.html>

Daarnaast geldt dat het merendeel van de patiënten die in aanmerking komen voor een periodieke medicatiebeoordeling behoort tot de groep verzekerden die hun eigen risico ook zonder de uitgaven voor de medicatiecheck «volmaken». Hierdoor zal het uitzonderen van het eigen risico voor hen geen effect sorteren. Vooralsnog is het niet mijn intentie om de periodieke medicatiebeoordeling generiek uit te zonderen van het eigen risico

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Wolbert en Kuzu (beiden PvdA), ingezonden 14 februari 2014 (vraagnummer 2014Z02842)