

# MEERJARENKADER VOOR DE PATIËNT MET DE OFFICINA-APOTHEKERS

15 maart 2017

**OPHACO**  
OFFICE DES PHARMACIENS COOPÉRATIVES DE BELGIQUE  
VERENIGING DER COÖPERatieve APOTHEKEN VAN BELGIË



**.be**

# INHOUDSTAFEL

1. VOORWOORD .....	3
2. INLEIDING .....	5
3. DOELSTELLING .....	6
4. KWALITEITSVOLLE, TOEGANKELIJKE EN BETAALBARE FARMACEUTISCHE ZORG .....	8
4.1. Spreiding .....	8
4.2. Wachtdienst .....	10
4.3. Magistrale bereidingen .....	11
4.4. Online zorg- en dienstverlening .....	12
5. GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN .....	14
5.1. Huisapotheker .....	14
5.2. Digitale ontwikkelingen .....	15
5.3. Beroep .....	16
5.4. Medicatievoorziening in de woonzorgsector .....	18
6. VALORISEREN VAN DE ZORGVERSTREKKENDE ROL VAN DE OFFICINA-APOTHEKER .....	19
6.1. Principes .....	19
6.2. Vergoedingen die in aanmerking komen voor heroriëntering .....	20
6.3. Zorgtaken die in aanmerking komen voor vergoeding .....	21
6.4. Wijze van vergoeden van nieuwe zorgtaken .....	22
6.5. Budgettair kader .....	23
7. TIMING .....	25
7.1. Regelgevend kader en wetswijzigingen .....	25
7.2. Medicatievoorziening in de woonzorgsector .....	26
7.3. Digitale ontwikkelingen en online dienstverlening .....	26
7.4. Magistrale bereidingen .....	26
7.5. Valoriseren van de zorgverstrekken rol van de officina-apotheker .....	27
8. CONCLUSIE .....	28

# 1. VOORWOORD

In dit meerjarenkader wens ik, in overleg met de nationale beroepsorganisaties, de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België (OPHACO), een aantal beleidslijnen uit te zetten voor de sector van de officina-apotheken om een optimale farmaceutische zorgverlening na te streven, aangepast aan de evoluerende behoeften van de patiënt.

Het is genoegzaam bekend dat welvaartsziekten, een vergrijzende bevolking en een toenemende gepersonaliseerde (farmaceutische) zorg, grote (budgettaire) **uitdagingen** met zich meebrengen. Tegelijk dienen zich interessante **opportunities** aan. Technologische ontwikkelingen met betrekking tot beveiligde elektronische communicatie van medische gegevens maken administratieve vereenvoudiging en een betere samenwerking tussen zorgverleners mogelijk. Daarnaast komen veelbelovende *mHealth* technologieën op de markt die toelaten gezondheidsparameters op afstand te monitoren en de patiënt te assisteren in zijn of haar therapietrouw. Die digitale revolutie heeft ertoe bijgedragen dat patiënten meer en meer de touwtjes zelf in handen kunnen en willen nemen. Patiënten willen zelf beslissen welke apothekers hen zal ondersteunen teneinde hun geneesmiddelengebruik te optimaliseren. Digitale initiatieven kunnen patiënten een actievere rol geven in hun eigen zorgproces en hun zelfredzaamheid bevorderen. Ten slotte zijn er tal van innovaties met betrekking tot de geneesmiddelen zelf. Innovatieve nichegeneesmiddelen en complexe producttypes met nieuwe toedieningsvormen op maat van de patiënt, vereisen een betere kennis zowel van het product als van de patiënt.

Die sterk verander(en)de maatschappelijke en budgettaire realiteit noopt tot **nieuwe sturingsmechanismen** om het aanbod van kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg door officina-apothekers verder te ontwikkelen en te stimuleren, tegen een betaalbare prijs voor de patiënt én de ziekteverzekering. Het is de bedoeling om die sturingsmechanismen in dit meerjarenkader vast te leggen.

Het meerjarenkader past binnen de contouren die zijn uitgezet in het federaal regeerakkoord en aligneert zich op de principes en initiatieven vastgelegd in reeds bestaande plannen en kaderakkoorden die ik heb gelanceerd in deze legislatuur zoals het Actieplan e-Gezondheid, het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie, het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken en de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering.

Dit meerjarenkader bundelt verschillende beleidsinitiatieven en stippelt een **ontwikkelingstraject uit voor zelfstandige en coöperatieve apotheken** met het oog op het bevorderen van de levenskwaliteit van patiënten door effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen. Tegelijk nodig ik de sector uit om verder na te denken en een duurzame en patiëntgerichte visie te ontwikkelen voor de komende jaren.

**Maggie De Block**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

## 2. INLEIDING

De officina-apotheker vormt een belangrijke schakel in ons zorgsysteem. Hij of zij staat in voor de **verantwoorde aflevering van geneesmiddelen** en volgt daarbij de richtlijnen voor goede officinale farmaceutische praktijken. Zoals vermeld in artikel 7 van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG), gecoördineerd op 10 mei 2015, helpt de officina-apotheker de patiënt bij het bereiken van algemene gezondheidsdoelstellingen zoals het voorkomen, het identificeren en het oplossen van problemen verbonden aan het geneesmiddelengebruik. Dergelijke problemen kunnen onder meer betrekking hebben op de effectiviteit van de behandeling, bijwerkingen, interacties, dubbelgebruik, onvoldoende therapietrouw, etc. Naast het verschaffen van farmaceutische zorg kan de officina-apotheker ook een belangrijke maatschappelijke rol vervullen als vertrouwenspersoon voor de patiënt. Hij of zij kan patiënten met gezondheidsproblemen oriënteren en doorverwijzen, meewerken aan de vroegtijdige herkenning van chronische ziekten en tevens een rol spelen bij het aanmoedigen van een gezonde levensstijl, onder meer in het kader van preventie- en gezondheidscampagnes.

De ruimtelijk-economische context waarbinnen de apotheker die taken uitvoert, is de afgelopen jaren gewijzigd. De **vergoedingsmassa** van de apotheker voor wat betreft de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek is onderhevig aan evoluties m.b.t. geneesmiddelenprijzen en -consumptie zoals dalende prijzen van off-patent geneesmiddelen, een verschuiving

naar grotere geneesmiddelenverpakkingen en het doelmatiger en goedkoper voorschrijven door artsen. Die globale vergoedingsmassa van de officina-apotheker bleef de afgelopen jaren, voor wat de terugbetaalde geneesmiddelen betreft, echter min of meer stabiel.

Het aantal apotheken is de afgelopen 15 jaar – zeer langzaam maar gestaag – gedaald als gevolg van sluitingen en fusies. Dat wordt in de hand gewerkt door het moratorium op nieuwe vestigingen dat sinds 1999 van kracht is. Desondanks behoort het **aantal apotheken per inwoner in ons land nog steeds bij de hoogste van Europa**. In het apothekerslandschap zijn naast traditionele stadsapotheken en dorpsapotheken met veelal afgelijnde geografische marktgebieden ook ‘passage-apotheken’ gekomen op strategische knooppunten zoals stations, ziekenhuizen en winkelcentra. Ze hebben een patiënteel dat zowel uit de eigen als uit verderaf gelegen gemeenten afkomstig is en dat vaak voor voorschrijfvrije geneesmiddelen of parafarmacie *en passant* de apotheek bezoekt. Voorschrijfvrije geneesmiddelen en parafarmacie worden ook steeds vaker online gekocht. Onder andere door de opkomst van zogenaamde supermarktapotheken worden officina-apothekers, die zich de afgelopen decennia ook zijn gaan profileren in het segment van de parafarmacie, geconfronteerd met de economische wetmatigheden van de vrijemarktwerking.

Het is in het licht van bovenvermelde evoluties dat de officina-apotheker als **volwaardige zorgpartner** erkend dient te worden **binnen een multidisciplinair zorglandschap**.

# 3. DOELSTELLING

In het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 worden de algemene principes van het gezondheidszorgbeleid uiteengezet:

*“Eén van de centrale doelstellingen van de regering bestaat erin om aan alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen, aangepast aan de evoluerende noden van de patiënt, en met vrijwaring van de principes van vrije keuze van de patiënt en diagnostische en therapeutische vrijheid.*

*De stijgende zorgvraag van chronisch zieken en bejaarde patiënten moet opgevangen worden in adequate structuren, de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking rond en met de patiënt moet bevorderd worden. Het zorgaanbod moet permanent getoetst worden aan wetenschappelijk onderbouwde criteria inzake noodzakelijkheid, doelmatigheid en kosteneffectiviteit. Het zorgproces moet op een moderne, geïnformatiseerde wijze worden gestuurd en gecontroleerd, met meer aandacht voor kwaliteit.”*

Dit meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers heeft de ambitie die doelstelling te realiseren voor de sector van voor het publiek geopende apotheken, die een essentiële rol kunnen spelen in de hervorming van de chronische zorg, de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik en therapietrouw.

Verder geeft het federaal regeerakkoord reeds enkele oriëntaties voor de officina-apothekers:

*“We bevestigen de rol van de officina-apotheker binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De regering zal de rol en de onafhankelijkheid van de apothekers versterken. Overleg tussen arts en apotheker zal eveneens worden aangemoedigd. Het huidige vergoedingssysteem wordt geëvalueerd met het oog op een correcte honorering van de zorgverstrekkende rol van de apotheker. Het pilootproject “medicatieschema” wordt geëvalueerd en – gekoppeld aan de elektronische registratie – indien positief beoordeeld verder geïmplementeerd.”*

In het licht van deze oriëntaties, streeft dit meerjarenkader naar een optimale farmaceutische zorgverlening voor de patiënt. Dat wordt verwezenlijkt aan de hand van **drie hefboomen** voor de beroepsontwikkeling van officina-apothekers:

**1/** De evoluerende rol van de officina-apotheker als verstrekker van farmaceutische zorg, maar ook als laagdrempelige zorgactor in de nabijheid van elke burger, wordt in dit meerjarenkader onderschreven en verder uitgewerkt in functie van **kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare farmaceutische zorg** voor de patiënt. De hervorming van de spreidingsreglementering, het verbeteren van de kwaliteit van magistrale bereidingen en de ondersteuning van de wachtdienst voor apothekers kunnen in die context gezien worden.

Daarnaast zal het reglementair kader m.b.t. online dienstverlening vanuit de officina-apotheek worden uitgebreid om online bestelling en thuislevering van voorschrijfplichtige geneesmiddelen mogelijk te maken mits het garanderen van veiligheid en kwaliteit van farmaceutische zorgverlening.

**2/** Apothekers bereiden zich ook voor om hun bijdrage te leveren aan **geïntegreerde zorg voor chronisch zieken**. Gegevensdeling via beveiligde diensten voor e-Gezondheid wordt bevorderd voor patiënten die daarvoor hun geïnformeerde toestemming geven en met respect voor hun persoonlijke levenssfeer. De apotheker staat in voor de gestructureerde opvolging en nazicht van de geneesmiddelentherapie van gepolymediceerde patiënten. Hij of zij neemt ook zijn of haar rol op in primaire en secundaire preventie. Specifieke aandacht gaat uit naar het organiseren van medisch-farmaceutisch overleg, rationeel geneesmiddelengebruik en kwalitatieve voorziening van geneesmiddelen in de woonzorgsector. Ten slotte wordt het concept van huisapotheker ingevoerd.

Chronische patiënten kunnen een officina-apotheker naar keuze aanduiden als hun huisapotheker voor de opvolging van hun medicamenteuze therapie. De huisapotheker bevindt zich in de nabijheid en heeft een vertrouwensrelatie met zijn of haar patiënt. Die huisapotheker staat onder meer in voor het bijhouden van een medicatieschema en vormt samen met de huisarts en eventueel andere zorgverstrekkers een zorgteam rond de chronische patiënt.

**3/** De vergoeding voor farmaceutische zorg wordt grondig en progressief hervormd om de **zorgverstrekkende rol van de officina-apotheker te valoriseren**. De basisvergoeding in de vorm van een afleveringshonorarium, die, voor wat betreft de terugbetaalde farmaceutische specialiteiten, ongeveer drie kwart van de vergoedingsmassa van de officina-apotheker vormt, wordt behouden om de nodige stabiliteit te waarborgen. Het honorarium voor het afleveren van geneesmiddelen op basis van een voorschrift op stofnaam wordt afgebouwd teneinde de vergoeding tijdens de wachtdienst te versterken en de zorgverstrekkende rol als huisapotheker te honoreren via een capitatievergoeding voor de patiënten waarmee een langdurige voortgezette farmaceutische relatie wordt aangegaan.

# 4. KWALITEITSVOLLE, TOEGANKELIJKE EN BETAALBARE FARMACEUTISCHE ZORG

## 4.1. SPREIDING

De **spreidingsreglementering** voor apotheken beoogt een behoorlijke spreiding van de voor het publiek opengestelde apotheken te organiseren door het beperken van het aantal apotheken tot een maximum per gemeente, met een optimale demografische en geografische invloedssfeer per apotheek. De juridische basis zit vevat in hoofdstuk 2 van de WUG. De uitvoering ervan bevindt zich in het KB van 25 september 1974 betreffende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken.

Sinds 8 december 1999 en tot 8 december 2019 geldt een moratorium op de opening van een apotheek. **Overbrenging** naar een andere locatie is onder bepaalde voorwaarden wel nog mogelijk. Er zijn drie mogelijkheden om een apotheek over te brengen:

**1/** overbrenging binnen de onmiddellijke nabijheid;

**2/** overbrenging binnen dezelfde of de naburige gemeente als een verbetering van de demografische of geografische spreiding kan worden aangetoond;

**3/** overbrenging naar een locatie waar welbepaalde demografische en geografische criteria nog niet werden bereikt.

Het KB van 25 september 1974 betreffende de opening, de overbrenging en de fusie van voor het publiek opengestelde apotheken zal herzien worden.

Schaalvergroting en een afname van het aantal apotheken worden daarbij beoogd door het aanmoedigen van fusies, een beperking van de tijdelijke sluiting en het behoud van het moratorium. De spreidingsreglementering wordt op volgende punten aangepast:

- De overbrenging van een bestaande apotheek binnen een straal van 250 meter wordt altijd beschouwd als een overbrenging in de **onmiddellijke nabijheid** en wordt steeds toegestaan zonder beschermingsperimeter.
- De mogelijkheid om een apotheek over te brengen op basis van een **verbeterde geografische of demografische spreiding** wordt geschrapt. Het concept van de verbeterde geografische of demografische spreiding blijkt in de praktijk immers moeilijk objectiveerbaar.
- Er wordt een nieuwe mogelijkheid gecreëerd om een apotheek over te brengen. Deze mogelijkheid bestaat erin een apotheek te **verplaatsen indien tegelijk een fusie wordt gerealiseerd**. De volgende voorwaarden moeten daarbij worden gerespecteerd:
  - ▶ De plaats van de nieuwe overgebrachte fusie-apotheek moet gelegen zijn binnen een straal van 3 km van de locatie van één van de fusionerende apotheken.
  - ▶ Om te vermijden dat apotheken zouden verdwijnen op plaatsen waar er een echte zorgnood is, mag na fusie, het aantal apotheken in elk van de gemeenten waarin de oorspronkelijke apotheken lagen:



- i. niet lager liggen dan het aantal apotheken dat met toepassing van artikel 1, § 2, vergund kan worden,
  - ii. en op voorwaarde dat de oorspronkelijke locatie van één van de fusionerende apotheken zich niet bevindt op een afstand als bedoeld in artikel 1, § 3bis, a, b of c, van de dichtstbij gelegen apotheek, en de behoeften dekt van het met die afstand (vermeld in artikel 1, §3bis, a, b of c) overeenstemmend minimumaantal inwoners.
- ▶ Om anderzijds overconcentratie te vermijden, daar waar de fusie-apotheek wordt overgeplaatst, moet de overgebrachte fusie-apotheek een afstand van 100 m, 500 m of 1000 m respecteren tot de dichtstbijzijnde apotheek, naargelang het bevolkingscijfer van de gemeente waarin de overgebrachte fusie-apotheek zich bevindt.
  - ▶ Er wordt geen beschermingsperimeter toegekend aan de overgebrachte fusie-apotheek. De fusie wordt immers reeds beloofd door het verplaatsingsvoordeel. De nieuwe overbrengingsmogelijkheid draagt bij tot een reductie van het aantal apotheken en laat toch een zekere bewegingsvrijheid toe.
- Aan de demografische criteria bepaald in artikel 1, §2 wordt toegevoegd dat **in elke gemeente minstens één voor het publiek opengestelde apotheek** kan toegelaten worden. De huidige regelgeving belet immers dat in gemeenten met minder dan 2000 inwoners een voor het publiek opengestelde apotheek komt, tenzij deze overgebracht wordt vanuit de randgemeente op basis van bewijs van verbeterde geografische of demografische spreiding.
  - **Fusies** die niet gekoppeld zijn aan een overbrenging zullen blijvend worden aangemoedigd om het aantal apotheken verder te reduceren en schaalvergroting te stimuleren. De huidige regelgeving bepaalt reeds dat bij fusie van apotheken gedurende een periode van 10 jaar in een straal van 1,5 km, elke overbrenging (uitgezonderd die in de onmiddellijke nabijheid) onmogelijk wordt. Die maatregel wordt behouden, maar de beschermingsperimeter wordt aangepast in functie van het bevolkingscijfer van de gemeente. Een paar fusies zijn immers soms voldoende om een middelgrote stad volledig te blokkeren voor overbrengingen die wel nuttig kunnen zijn. De beschermingsperimeter zal in de toekomst 500 m, 1 km of 1,5 km bedragen al naargelang het bevolkingscijfer van de gemeente waarin de fusie-apotheek zich bevindt.
  - Het **moratorium** op openingen wordt met 5 jaar verlengd.
  - **Tijdelijke sluitingen** worden beperkt tot 1 jaar. Tijdelijke sluitingen laten toe een apotheek voor een beperkte tijd te sluiten en daarna te heropenen zonder dat de vergunning vervalt. De totale duur van de tijdelijke sluiting bedraagt nu 10 jaar. Die lange periode werkt speculatie en 'slapende' apotheken in de hand. Daarom zullen tijdelijke sluitingen voortaan een nauwkeurigere opvolging krijgen en automatisch worden doorgevoerd, waarbij rekening gehouden wordt met de werkelijke eerste dag van de sluiting. De duur van 1 jaar kan uitzonderlijk verlengd worden bij gefundeerde en gedocumenteerde gevallen van overmacht (bijv. wegenwerken, langdurige ziekte, procedure met bouwvergunningen, archeologisch onderzoek, bodemverontreiniging etc.). Er komt een overgangsregeling voor de bestaande tijdelijk gesloten apotheken.
  - Het **verplicht inwinnen van het advies** van de provinciegouverneur, de provinciale geneeskundige commissie, de meest representatieve farmaceutische beroepsorganisaties en de ambtenaar, bedoeld in het Koninklijk Besluit van 17 december 2008 betreffende het toezicht uit te oefenen door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (fagg), wordt afgeschaft.
  - Er wordt onderzocht of de **taak van de vestigingscommissie** kan worden ingeperkt en/of overgenomen door het fagg.
  - In het kader van **transparantie** van besluitvorming zullen zowel aanvragen als beslissingen i.v.m. overbrengingen online gepubliceerd worden, vermits ze uitsluitingszones kunnen genereren voor toekomstige transfers. Dat kan vermijden dat zinloze aanvragen ingediend worden.
  - De nieuwe regelgeving wordt na **1 jaar geëvalueerd** en zo nodig bijgesteld.

## 4.2. WACHTDIENST

De wachtdienst garandeert de continuïteit van farmaceutische zorgverlening buiten de 'normale' openingsuren; hetzij tussen 19u en 8u, hetzij op een zondag of een wettelijke feestdag. Het is een belangrijke dienstverlening voor patiënten in noodgevallen die wordt georganiseerd door de lokale wachtkringen van apothekers. Tijdens de dag (van 8u tot 22u) kan de patiënt nagaan wie de **dichtstbijzijnde apotheker van wacht** is via de website [www.apotheek.be/](http://www.apotheek.be/) [www.pharmacie.be](http://www.pharmacie.be), aan de deur bij de apotheek zelf of door een betaalnummer te bellen. Na 22u (tot 8u de volgende dag) kan de patiënt in sommige delen van het land enkel terecht bij een betaalnummer om te achterhalen wie de apotheker van wacht is. Een callcenter is daarvoor 24/7 bereikbaar. Voor het callcenter werken de apothekers met een extern bedrijf dat instaat voor het beantwoorden van de oproepen in verschillende talen. Naast de kost voor patiënten (1,5 euro/minuut en max. 3 euro/oproep), vormt *call barring* waarbij betaalnummers op vraag van de consument door de telecomoperator worden geblokkeerd, een drempel om de apotheek van wacht te kennen.

In het belang van toegankelijke, transparante informatie voor patiënten, zal de informatie over de bereikbaarheid van de wachtdiensten worden geïntegreerd in de gratis dienstverlening van het **systeem 1733**. Dat systeem zal ten vroegste begin 2018 worden uitgerold. In afwachting van de integratie binnen 1733 wordt de apotheek van wacht ook na 22u bekendgemaakt op de website [www.apotheek.be/](http://www.apotheek.be/) [www.pharmacie.be](http://www.pharmacie.be). De apothekers engageren zich er ook toe steeds het adres van de dichtstbijzijnde apotheek van wacht te afficheren in de officina-apotheek. Op die manier heeft de patiënt op elk ogenblik kosteloos toegang tot actuele informatie m.b.t. de wachtregeling.

Art. 6 §2 van de nationale conventie tussen apothekers en verzekeringsinstellingen bepaalt dat een bijkomend forfaitair **wachthonorarium** dat vandaag 5,16 euro bedraagt (P = 2,8), mag worden aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en dat voor geneesmiddelen op voorschrift met vergoedbare recepten, die

dringend worden afgeleverd. Het dringende karakter van de aflevering wordt vermeld door de arts op het geneesmiddelenvoorschrift of, bij ontstentenis daarvan, vastgesteld en vermeld op het voorschrift door de apotheker die op het ogenblik van aflevering van het voorschrift ingeschreven staat op een wachtrol. Het wachthonorarium mag slechts éénmaal worden aangerekend per voorschrift of groep van gelijktijdig afgeleverde voorschriften ongeacht het aantal vergoedbare specialiteiten op het voorschrift of de groep van voorschriften. Bij geneesmiddelen zonder dringend voorschrift en bij parafarmaceutische producten geldt het principe van vrijemarktwerking en rekent de apotheker van wacht aan de patiënt een vrij te bepalen wachthonorarium aan.

Een adequate permanentievergoeding zal worden ingevoerd voor wachtbeurten tijdens de nacht (na 22 uur en tot 8u) (cf. infra). Tijdens die wachtbeurten met **permanentievergoeding** kunnen geen wachthonoraria worden aangerekend aan het Riziv. Voor wachtbeurten overdag en 's avonds tot 22u wordt bij aflevering van vergoedbare geneesmiddelen op basis van een dringend voorschrift wel nog in het wachthonorarium voorzien door het Riziv. Aan de patiënt zal op die momenten echter geen wachthonorarium meer worden aangerekend wanneer hij of zij over een voorschrift voor niet-vergoedbare geneesmiddelen beschikt, behalve wanneer het manifest om een niet-dringend geval gaat (bijv. een voorschrift van meer dan een maand oud). Dat betekent dat een patiënt 's avonds en overdag alle voorgeschreven geneesmiddelen – zowel vergoedbare als niet-vergoedbare – zonder meerkost kan verkrijgen bij de apotheek van wacht. Er is dus geen financiële drempel meer voor patiënten om een voorgeschreven geneesmiddelentherapie meteen op te starten na een avondconsultatie bij de huisarts of een andere zorgverstrekker.

Het nieuw vergoedingssysteem vergt een herziening van de bepalingen van artikel 6 §2 van de **overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen**. Het niet meer aanrekenen van een wachthonorarium voor voorgeschreven geneesmiddelen aan de patiënt overdag en 's avonds veronderstelt een engagement van de apotheker naar de patiënt toe.

De sector staat in voor het opstellen van een correcte wachtdienstregeling en stelt een **databank** van de wachtdienstregeling ter beschikking van het Riziv.

### 4.3. MAGISTRALE BEREIDINGEN

Een magistrale bereiding is een geneesmiddel dat in de apotheek volgens een voorschrift voor een bepaalde patiënt (of een bepaald dier) wordt **bereid en afgeleverd**. Het kan gaan om een formule die zeer specifiek is, een formule bereid volgens aanwijzingen in een officieel naslagwerk (bijv. de Belgische of Europese Farmacopee of het Therapeutisch Magistraal Formularium, maar ook buitenlandse formularia) of een formule waarin een farmaceutische specialiteit verwerkt is. De bereiding kan terugbetaald worden door de ziekteverzekering op voorwaarde dat ze is samengesteld uit producten die op de lijst van vergoedbare grondstoffen zijn opgenomen. Magistrale bereidingen laten toe de dosering en/of galenische vorm van een geneesmiddel af te stemmen op de toestand van de patiënt en kunnen een alternatief bieden voor geneesmiddelen waarvoor een vereiste dosering of vorm niet beschikbaar is als farmaceutische specialiteit of wanneer de patiënt allergisch is aan bepaalde bestanddelen. Bovendien kunnen verschillende geneesmiddelen worden gecombineerd in één enkele bereiding, hetgeen in bepaalde gevallen de therapietrouw bij gepolymediceerde patiënten kan bevorderen. Ten slotte zijn een aantal actieve bestanddelen die essentieel zijn bij bepaalde therapieën gewoonweg niet beschikbaar als farmaceutische specialiteit.

De **juridische basis** voor magistrale bereidingen is verspreid over verschillende regelgevingen: de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers, het KB van 17 juli 2014 tot wijziging van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers, wat betreft het uitbesteden van verrichtingen door personen gemachtigd geneesmiddelen af te leveren aan het publiek en de bereidingsvergunning, het KB van 19 december 1997 (en zijn latere wijzigingen) betreffende de controle en de analyse van de grondstoffen die door de officina-apothekers gebruikt worden en het KB van 12 oktober 2004 (en zijn latere wijzigingen)

tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten. Verder zijn ook de Europese resolutie CM/ResAP(2011)1 en de Gids voor de Goede Officinale Farmaceutische Praktijken (GGOFP), gevoegd bij het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichting voor de apothekers, van belang.

De patiënt heeft recht op magistrale bereidingen van hoogwaardige kwaliteit. De ziekteverzekering vergoedt de grondstoffen en honoraria voor magistrale bereidingen in de veronderstelling dat deze kwaliteitsvol zijn. De sector neemt zelf de verantwoordelijkheid om de kwaliteit van magistrale en officinale bereidingen te garanderen. De apothekersverenigingen engageren zich om een **autocontroleprogramma** voor deze magistrale en officinale bereidingen uit te werken en te implementeren. Dit autocontroleprogramma zal ter evaluatie aan het fagg worden voorgelegd. De algemene bevindingen van de controles uitgevoerd door de sector zelf zullen duidelijk gecommuniceerd worden aan het fagg, het Riziv en de officina-apothekers op het terrein met het oog op sensibilisering en responsabilisering (*benchmarking*).

Naast autocontrole moeten **permanente vorming en medisch-farmaceutisch overleg (MFO)** bijdragen aan een hogere kwaliteit van magistrale bereidingen. Ook voorschrijvers moeten immers hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen en ze dienen gesensibiliseerd te worden tot het rationeel en kwalitatief voorschrijven van magistrale bereidingen. Dat kan op basis van het KB van 8 juli 2014 over permanente vorming van apothekers en de erkenning van een kwaliteitsbevorderend programma in het kader van het budget dat het Riziv vrijmaakt voor MFO.

Artikel 33 van het KB van 21 januari 2009 laat toe dat officina-apothekers zes klassen van magistralen uitbesteden (o.a. steriele bereidingen) aan een bereidingsvergunninghouder. Die beperking wordt voorlopig behouden. De mogelijkheid van uitbesteding onder officina-apothekers wordt in de praktijk nauwelijks toegepast. Uitbesteding en specialisatie onder officina-apothekers kunnen nochtans de kwaliteit van de magistrale bereiding verbeteren.

Er wordt daarom gewerkt aan een **juridisch kader** voor uitbesteding van magistrale bereidingen om dergelijke vorm van specialisatie en samenwerking te faciliteren. Dit kader kan betrekking hebben op afspraken inzake verantwoordelijkheid, kwaliteitseisen, leveringstermijnen etc. Er zal worden opgevolgd of de officina-apothekers van die specialisatiemogelijkheid gebruikmaken en of de kwaliteit van magistrale bereidingen significant verbetert. Later kan dan geëvalueerd worden of een uitbreiding van de mogelijkheden tot uitbesteding wenselijk is, en zo ja, hoe dit het best gebeurt.

Specifieke aandacht moet ook gaan naar het concept van “**weesmagistrale bereiding**”. De onbeschikbaarheid van geneesmiddelen voor weesziekten is een gekend probleem. Weesmagistralen kunnen bovendien een goedkoop alternatief bieden voor drug rediscovery en/of dure medicijnen. Een monografie voor de nodige grondstoffen moet echter beschikbaar zijn opdat ze zouden kunnen verwerkt worden tot bereidingen. Het herziene, nog te publiceren KB van 19 december 1997 betreffende de controle en analyse van de grondstoffen die door de officina-apotheker gebruikt worden, schrijft voor dat die monografieën door de Belgische Farmacopeecommissie opgesteld worden. Dit KB zal geamendeerd worden zodat naast ziekenhuisapotheken ook apotheken open voor het publiek de erkende weesgrondstoffen mogen gebruiken en weesmagistralen kunnen realiseren. Daarnaast moeten er voor elke weesmagistrale bereiding een gevalideerde formulering en monografie ter beschikking gesteld worden, eveneens door de Belgische Farmacopeecommissie, voor publicatie in het TMF. Ook de reglementering van het Riziv moet aangepast worden om terugbetaling van weesmagistralen mogelijk te maken. Een aanpassing van het KB van 12 oktober 2004 is hier aan de orde en wordt onderzocht in de schoot van de Technisch Farmaceutische Raad (TFR) van het Riziv.

Het **Therapeutisch Magistraal Formularium (TMF)** is sinds 24 mei 2016 ook online beschikbaar. Een flexibel en toegankelijk aanbod van gevalideerde formules en bereidingsprotocollen moet langs die weg vlot uitgebreid kunnen worden op basis van de criteria die door het fagg zijn vastgelegd (bijv. erkennen van de formules uit gevalideerde buitenlandse formularia).

Er wordt ten slotte voorzien in de aanpassing van de **vergoedingsbasis van grondstoffen** aan de reële marktprijzen door de Technisch Farmaceutische Raad en de Overeenkomstencommissie Apothekers-Verzekeringsinstellingen (OCA). Tevens wordt een zeker budget gereserveerd voor nieuwe magistrale initiatieven en/of de terugbetaling van weesmagistralen in de nabije toekomst.

#### 4.4. ONLINE ZORG- EN DIENSTVERLENING

België heeft een strikte regelgeving m.b.t. **verkoop van voorschriftvrije geneesmiddelen en medische hulpmiddelen via het internet**. De wettelijke basis is te vinden in artikel 3 §4 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen. De verkoop via een online apotheek is in ons land beperkt tot geneesmiddelen die niet aan een voorschrift onderworpen zijn en medische hulpmiddelen bedoeld in bijlage XIII, punten 1.1 tot en met 1.5 en 1.7 van het KB van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen en komt toe aan vergunninghouders van voor het publiek opengestelde officina's. De online apotheek wordt beschouwd als een virtueel verlengstuk van de fysieke officina. Het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers legt in het belang van de veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de patiënt strikte cumulatieve voorwaarden op aan de online verkoop van geneesmiddelen.

Voor bepaalde patiëntengroepen, zoals minder mobiele patiënten, chronische patiënten met een vast medicatieschema of patiënten met een drukke job, kan de internetapotheek een interessante aanvulling bieden op de fysieke officina's. De maatschappelijke behoefte aan thuislevering van geneesmiddelen wordt steeds belangrijker in het licht van het stijgend aantal oudere patiënten met chronische medicatie dat in de toekomst zelfstandig thuis zal wonen en daar zorg en begeleiding zal krijgen. Digitale authenticatie door lezing van de elektronische identiteitskaart en het elektronisch voorschrift (Recip-e) maken een uitbreiding van de online aankoop en thuislevering naar voorschriftplichtige geneesmiddelen technisch mogelijk.

De officina-apotheek zal mee evolueren met de **maatschappelijke verwachtingen op techno-economisch vlak**. Het aanbieden van dergelijke diensten moet echter ontwikkeld worden vanuit de noodzakelijke omkadering van farmaceutische zorgverlening en met dezelfde garanties op het gebied van authenticatie, deontologie, veiligheid, systematische opvolging en kwalitatieve farmaceutische zorg als degene die van toepassing zijn in de officina-apotheek, zodat gezondheidsproblemen, inbreuken op de privacy en het verdelen van vervalste geneesmiddelen te allen tijde uitgesloten zijn.

De richtlijnen voor aflevering van geneesmiddelen en farmaceutische zorg uit de **Gids voor de Goede Officinale Farmaceutische Praktijken (GGOFP)** zijn dan ook onverminderd van toepassing, te weten:

- 1/** Onthaal en administratieve controle
- 2/** Validatie van de vraag
- 3/** Verstrekking van informatie en advies
- 4/** Registratie in het farmaceutisch dossier
- 5/** Medicatiebegeleiding

Op basis van een bestaande **therapeutische relatie** en als de afleverende apotheker wanneer nodig contact kan opnemen met de patiënt (bijv. om de vraag te valideren voor aflevering) moet online dienstverlening mogelijk zijn voor patiënten die dat wensen, thuislevering van geneesmiddelen en terugbetaalbare producten inbegrepen. De beleidscel zal, in overleg met de apothekersverenigingen en de betrokken overheden (o.a. het fagg), juridische initiatieven opstarten om de voorwaarden voor het vaststellen van een therapeutische relatie en voor de beschikbaarheid en verantwoorde thuislevering van alle geneesmiddelen en terugbetaalbare producten via internet mogelijk te maken. De ontwikkeling daarvan zal stroken met de geest van dit meerjarencader betreffende de verhoging van de kwaliteit van de zorg.

Ten slotte zal worden onderzocht of het stockeren van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen mits in acht nemen van de vigerende kwaliteitsnormen “**extra muros**” kan gebeuren in een daartoe geschikt lokaal gekoppeld aan een vergunde voor het publiek opengestelde officina-apotheek, en wat de noodzakelijke voorwaarden zijn (bijv. max. één lokaal, onder verantwoordelijkheid van de titularis-apotheker, permanente aanwezigheid van een apotheker, notificatie bij en inspectie door het fagg).

# 5. GEÏNTEGREERDE ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN

## 5.1. HUISAPOTHEKER

Voor patiënten met een chronische aandoening is het essentieel dat hun gezondheid proactief opgevolgd wordt. Ad hoc ingrijpen bij klachten of incidenten volstaat niet. Daarvoor moeten zij een beroep kunnen doen op zorgverstrekkers die hen kennen en met wie ze een duurzame therapeutische relatie kunnen opbouwen. Dat creëert ook de noodzaak voor die zorgverstrekkers om met elkaar te overleggen, samen te werken aan coherente gezondheidsdoelstellingen en relevante gegevens te delen. De rol van de huisarts daarin wordt erkend en gehonoreerd via het globaal medisch dossier. Ook de apotheker heeft hier zijn plaats en moet naar analogie met de huisarts erkenning krijgen als huisapotheker die op zijn of haar beurt het farmaceutisch dossier van de patiënt bijhoudt en er eveneens voor gehonoreerd wordt. De huisapotheker kan een meerwaarde betekenen door in te staan voor proactieve farmaceutische zorg, oriëntatie, preventie en interdisciplinaire samenwerking met het zorgteam van zijn of haar chronische patiënten. Het concept van huisapotheker is enkel bedoeld voor **ambulante patiënten** aangezien patiënten in zorginstellingen een ander zorgmodel genieten.

De huisapotheker is de officina-apotheker die chronische patiënten kiezen voor de begeleiding bij en de opvolging van hun geneesmiddelengebruik. De patiënt kan vrij een huisapotheker kiezen en kan ook steeds van huisapotheker veranderen; verder kan hij of zij zijn of haar geneesmiddelen betrekken in verschillende apotheken

indien gewenst. De huisapotheker werkt mee aan het uitvoeren van het zorgplan dat een arts, in samenspraak met de patiënt en de betrokken zorgverstrekkers, opstelt. De huisapotheker engageert zich tegenover de patiënt en diens zorgteam om **de therapeutische intentie van de arts te realiseren** wat betreft de medicamenteuze therapie in de ambulante zorg. Hij of zij zorgt er ook voor dat patiënten en hun zorgteam kunnen beschikken over de relevante informatie met betrekking tot de actieve medicatie in de vorm van een overzichtelijk, volledig en geactualiseerd medicatieschema en dat collega-apothekers toegang kunnen hebben tot de historiek van de afgeleverde geneesmiddelen via het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (GFD), zoals het beschreven staat in actiepunt 3 van het Actieplan e-Gezondheid. Uiteraard kan die gegevensdeling alleen met de geïnformeerde toestemming van de patiënt en langs de meest beveiligde kanalen gebeuren.

De toegevoegde waarde als huisapotheker voor chronische patiënten bestaat in de geïndividualiseerde begeleiding van die patiënten en in het (pro)actief analyseren en ter beschikking stellen van een **geactualiseerd medicatieschema** aan de patiënten en het zorgteam waarmee ze een therapeutische relatie hebben. De huisapotheker kan bovendien een medicatienazicht realiseren en de patiënt hulpmiddelen aanreiken om de therapietrouw te verbeteren. De huisapotheker kan naargelang het geval een begeleidingsgesprek voorstellen voor het correct gebruik van medicatie, ter bevordering van de therapietrouw of betreffende een specifieke pathologie. Eind 2018 zal de apotheker daarbij technologisch ondersteund worden dankzij het VIDIS-project (cf. infra).

Het medicatieschema zal dan gestructureerd en interdisciplinair opgesteld worden. Het valideren van posologieën en het registreren van de aanvullende informatie over het correct gebruik van de geneesmiddelen (bijv. op welk tijdstip, instructies specifiek voor een bepaalde galenische vorm, etc.) zal nog steeds tot de opdracht van de apotheker behoren.

## 5.2. DIGITALE ONTWIKKELINGEN

De verdere ontwikkeling van het gestructureerd lokaal farmaceutisch dossier in de software die de officina-apotheker ter beschikking heeft, is een belangrijke voorwaarde voor de geïndividualiseerde farmaceutische opvolging van patiënten met chronische aandoeningen en/of bijzondere pathologieën, iatrogene risico's of onvoldoende therapietrouw. Digitale ontwikkelingen moeten de dialoog en samenwerking tussen zorgverleners bevorderen en toelaten de administratie voor de apotheker en de patiënt te reduceren zodat de focus nog meer kan komen te liggen op farmaceutische zorgverlening. De belangrijkste stappen in dat verband worden uiteengezet in het **Actieplan e-Gezondheid** dat uitgerold wordt. Dat plan bestaat uit 20 concrete actiepunten die onderverdeeld zijn in afzonderlijke doelstellingen met een specifieke timing. Verschillende actiepunten zijn relevant voor de officina-apotheker.

### VIDIS

Deze legislatuur zal het Virtual Integrated Drug Information System (VIDIS) worden opgezet. VIDIS is een elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten van de medicamenteuze behandeling van een patiënt. Het vormt een tool ter ondersteuning van MFO op niveau van de patiënt. De tool combineert volgende functies:

- **End-to-end uitwisseling** en exploitatie van gegevens/informatie i.v.m. de medicamenteuze behandeling van een patiënt.
- Ondersteuning van de workflows van alle actoren binnen hun specifieke bevoegdheden en van de **human-to-human** (H2H) multidisciplinaire samenwerking rond de patiënt.

- Virtuele integratie van de bestaande systemen (op basis van een **system-to-system** (S2S) interoperabiliteit) waarbij ontbrekende schakels maximaal ingevuld worden door verder te bouwen op de bestaande systemen en waar nodig door nog te ontwikkelen systemen.

Het VIDIS-project zal gefaseerd worden uitgerold. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De specifieke **objectieven** zijn:

- 1/** Geïntegreerd communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten van de medicamenteuze behandeling van een patiënt.
- 2/** Gegevens- en informatiedeling
  - tussen de ambulante zorgactoren;
  - tussen de ambulante sector en het ziekenhuismilieu;
  - met en door de patiënt en zijn of haar entourage.
- 3/** Eén gedeeld patiënt georiënteerd medicatieschema
  - in real time bijgewerkt;
  - raadpleegbaar en bruikbaar door alle betrokken actoren;
  - helpt de patiënt bij het correct innemen van geneesmiddelen.

De sector van de apothekers en de bevoegde overheden engageren zich tot het realiseren van het project VIDIS in het kader van het Actieplan e-Gezondheid.

### MOBILE HEALTH

Naast de tools die de apotheker zelf ter beschikking heeft zullen steeds meer mobiele gezondheidstoepassingen die het **zelfmanagement** van de (chronisch zieke) patiënt maximaal ondersteunen, ingang vinden in de eerste lijn. Voor wat betreft farmaceutische zorgverlening gaat de aandacht onder andere uit naar wat patiënten zelf kunnen doen als het gaat om de verbetering van therapietrouw (bijv. apps met motiverende boodschappen en meldingen van innamemomenten op basis van een gevalideerd medicatieschema).

Ook voor patiënten die een therapie ondergaan met veel **zelfcontroles** (bijv. diabetespatiënten) kunnen mobiele toepassingen zoals toestellen voor telemonitoring van gezondheidsparameters bijdragen tot een efficiëntere behandeling. Als laagdrempelig aanspreekpunt binnen de eerste lijn bevindt de apotheker zich in een bevoorrechte positie om de patiënt daarbij zo goed mogelijk te begeleiden.

De officina-apotheek is een geschikte plek om **gevalideerde en beveiligde toepassingen** aan te bieden aan potentiële gebruikers op het gebied van medicatie, gezonde levensstijl en monitoring van gezondheidsparameters, zonder echter als exclusief verkoopkanaal te fungeren. Indien terugbetaling gerealiseerd wordt voor de aflevering van “mobile health”-toepassingen (cf. actiepunt 19 van het Actieplan e-Gezondheid) kan het kanaal van de apotheek dienen om de eventuele toepassing van de derde betaler aan te bieden aan de gebruikers.

### 5.3. BEROEP

De ontwikkeling van het beroep apotheker speelt zich af in een context van een veranderend zorgsysteem, dat meer efficiëntie, verantwoordelijkheid en samenwerking tussen de verschillende zorgactoren vergt in een geïntegreerd model. Farmaceutische zorg is een wettelijke opdracht van de officina-apotheker. Dat zal worden bekrachtigd bij de hervorming van de WUG. **Voortgezette farmaceutische zorg** zal verder worden uitgebouwd (cf. infra).

Naast zijn of haar zuivere zorgtaak staat de officina-apotheker ook in voor de **beschikbaarheid van kwaliteitsvolle, veilige en betrouwbare geneesmiddelen en gezondheidsproducten**, de toepassing van de vigerende reglementering en farmacovigilantie. De bestaande authenticatie van geneesmiddelen, de nakende toepassing van de *Falsified Medicines Directive* (FMD) en de reglementering die wordt voorzien voor medische hulpmiddelen met de *Unique Device Identification* (UDI) zijn daar voorbeelden van.

De nabijheid van de apotheek en de vertrouwensrelatie met de huisapotheker worden vandaag onderbenut in het

kader van **preventie en oriëntatie** van patiënten. Primaire preventie en promotie van een gezonde levensstijl zullen formeel worden erkend als taken die de officina-apotheker kan uitoefenen. Secundaire preventie, met name het voorkomen van ongewenste effecten van geneesmiddelen, zal worden bekrachtigd als taak van de officina-apotheker. Het competentieprofiel van de officina-apotheker en de WUG worden in die zin aangepast. De apotheker heeft de taak patiënten te motiveren en te ondersteunen om zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid op te nemen. Zo bevordert de officina-apotheker rookstop, een gezond voedingspatroon, lichaamsbeweging, zonnebescherming, etc. Advies vragen aan een apotheker kan op elk moment en zonder afspraak, wat de apotheker tot één van de meest laagdrempelige zorgverleners maakt. Door zijn of haar laagdrempeligheid kan de officina-apotheker risicopatiënten opsporen, begeleiden en doorverwijzen. Dat kan bijvoorbeeld door actief deel te nemen aan publieke gezondheidscampagnes (bijv. rond valpreventie, vroegtijdige detectie van diabetes, kankerscreening), maar ook door gerichte screening op basis van het farmaceutisch dossier (bijv. griepvaccinatie bij specifieke doelgroepen). Hij of zij kan patiënten ook advies geven over te nemen maatregelen om de verspreiding van ziekten tegen te gaan (bijv. bij soa's, griep of luizeninfestaties).

Ook wat betreft **vroegtijdige herkenning van chronische pathologieën** kan de (huis)apotheker een belangrijke rol spelen d.m.v. verschillende initiatieven zoals het doorverwijzen van patiënten met klachten die niet met voorschrijfvrije geneesmiddelen behandeld kunnen worden of bij alarmsignalen voor een ernstige onderliggende pathologie. Vroegtijdige herkenning van chronische ziekten bij mensen die geen of onregelmatig beroep doen op medische zorg is in het belang van de volksgezondheid én het budget van de ziekteverzekering. Zijn of haar nabijheid, frequente contacten en opleidingsniveau vormen daarvoor een opportuniteit.

De apotheker kan gebruik maken van **digitale hulpmiddelen** om zijn patiënten te helpen bij het goed gebruik van hun geneesmiddelen, bij therapietrouwproblemen (bijv. met motivationele gesprekstechnieken), bij problemen met overconsumptie van psychotrope geneesmiddelen, etc.



De apotheker waakt er in dat kader over om in geval van VOS-voorschrift zoveel mogelijk hetzelfde (generisch) geneesmiddel af te leveren en aldus problemen van dubbelmedicatie te vermijden.

Er zijn verschillende types van apothekers:

- De industrie-apotheker is een titel die niet officieel erkend is. Het Koninklijk Besluit van 14 december 2006 (art. 84 en volgende) vermeldt enkel de “gekwalificeerde persoon” (QP = qualified person).
- De titel ziekenhuisapotheker is beschermd door het Ministerieel Besluit van 11 juni 2003.
- De titel klinisch bioloog is beschermd door het diploma (Ministerieel Besluit van 3 september 1984).
- De beroepstitel officina-apotheker is vandaag niet wettelijk erkend.

Gezien de huidige ontwikkeling van het beroep en de herziening van het competentieprofiel van de officina-apotheker is het essentieel die **beroepstitel** officieel te erkennen. Dat laat apothekers toe competenties te verwerven met betrekking tot de beroepsuitoefening. Formele vereisten voor het behalen van de beroepstitel dienen gedefinieerd te worden. Deze vereisten kunnen zijn: het beschikken over het diploma van apotheker en deelnemen aan de verplichte navorming zoals beschreven in het KB van 8 juli 2014. Die modaliteiten voor het bekomen van de erkenning van de beroepstitel zullen besproken worden in het federaal adviesorgaan voor apothekers (cf. hieronder).

Voor de ondersteuning van de ontwikkeling van het beroep wordt, naar analogie met de andere zorgberoepen, een **federaal adviesorgaan voor apothekers** binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid opgericht. Dergelijk orgaan kan samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de faculteiten voor farmaceutische wetenschappen van de universiteiten van België en de representatieve beroepsverenigingen van apothekers. Het adviesorgaan zal worden geïntegreerd in de geglobaliseerde adviesstructuur die voorzien is in de hervorming van de WUG en waarbij de Raad voor Gezondheidszorgberoepen een coördinerende rol zal krijgen.

Het federaal adviesorgaan kan **advies** geven over o.a.:

- de ontwikkeling van het apothekersberoep en concepten van farmaceutische zorg;
- de taken en verantwoordelijkheden van de apothekers en de voorwaarden voor de verwerving van de verschillende beroepstitels;
- de competentieprofielen van de verschillende specialismen van het apothekersberoep;
- de erkenning en audit van stagediensten en stagemeesters.

De rol en de onafhankelijkheid van de officina-apotheker moeten worden gegarandeerd en versterkt zoals bepaald in het regeerakkoord. De bijlage (GGOFP) van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers zal in die zin worden aangepast.

In het KB van 8 juli 2014 betreffende de **permanente vorming** van de apothekers van voor het publiek opengestelde officina's staat niets over de rol van de universiteiten. Met name voor de erkenning van georganiseerde vormingsactiviteiten is het belangrijk om de betrokkenheid van de universiteiten te realiseren.

Daarnaast zal worden onderzocht of de opleidingsvoorwaarden beschreven in het KB van 5 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van **farmaceutisch-technisch assistent (FTA)** en rekening houdende met de lijst van handelingen waarmee die laatste door een apotheker kan worden belast, adequaat zijn en desgevallend moeten worden aangepast. Een advies daarover zal worden gevraagd aan de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen. De taakomschrijving van de FTA omvat uitvoerend werk onder toezicht van een apotheker op het gebied van logistiek en administratie in de apotheek, het uitvoeren van magistrale en officinale bereidingen en het afleveren van geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Het is de opdracht van de FTA om de apotheker te ondersteunen in de dagelijkse praktijkvoering zodat die zich kan toeleggen op de farmaceutische zorg.

De opleiding van de FTA is variabel: VDAB-attest farmaceutisch-technisch assistent, bachelor in de biomedische laboratoriumtechnologie of diploma TSO 3de graad farmaceutisch-technisch assistent. Dat maakt het moeilijk een eenduidig competentieprofiel op te stellen. De uitoefening van voortgezette farmaceutische zorg overstijgt de competentie van de FTA. Het is de verantwoordelijkheid van de titularis, de kwaliteitscoördinator van de apotheek en de toezichthoudende apotheker om de beperkingen in de taken van hun assistent(en) te bewaken.

In het kader van autocontrole door het fagg zal een evaluatie van de distributiekanaalen van medische hulpmiddelen worden voorbereid teneinde het **toezicht op medische hulpmiddelen** efficiënter te maken. Op basis van de cartografie van actoren en de types van medische hulpmiddelen zal die evaluatie worden gerealiseerd samen met alle betrokken actoren (fabrikanten, verdelers, groothandelaars, apothekers, ziekenhuizen, zorgverstrekkers). APB en Ophaco zullen eveneens deelnemen aan die evaluatie.

Ten slotte bevestigt dit meerjarenkader voor deze legislatuur het behoud in ons land van het exclusief kanaal van de publieke officina voor de aflevering van **voorschriftvrije geneesmiddelen**. De Belgische patiënt beschikt immers over een zeer performant en toegankelijk apothekersnetwerk. Bovendien is het in het belang van de gezondheid van een patiënt dat hij of zij wordt begeleid door een geneesmiddelenexpert, de officina-apotheker, bij de keuze van een zelfzorggeneesmiddel en desgevallend kan worden doorverwezen. De apotheker verzorgt tevens het nodige advies over correct gebruik en bijwerkingen van de geneesmiddelen.

#### 5.4. MEDICATIEVOORZIENING IN DE WOONZORGSECTOR

Sinds 1 april 2015 is de apotheker verplicht om sommige geneesmiddelen die in openbare apotheken afgeleverd worden, per eenheid (bijv. per tablet) aan te

rekenen aan de patiënt en de ziekteverzekering. Dat kadert in een besparingsmaatregel die een beheersing beoogt van het volume aan geneesmiddelen dat gefactureerd wordt aan de ziekteverzekering. De tarifiering per eenheid is verplicht voor vergoedbare farmaceutische specialiteiten met een “oraal-vaste” toedieningsvorm (bijv. tablet, capsule) afgeleverd in openbare apotheken aan **bewoners van een rustoord voor bejaarden (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT)**. Om de software- en organisatieproblemen op te vangen werd een progressieve implementatie van de verplichte tarifiering per eenheid aanvaard tot eind augustus 2015. Er zal een grondige **evaluatie** worden gemaakt van deze maatregel in het begin van 2017. Het weekhonorarium kan in functie van de resultaten worden bijgesteld.

In de loop van 2017 worden de conclusies van de **Come-On** studie verwacht betreffende medicatiemanagement, het gebruik van een formularium en medisch-farmaceutisch overleg (MFO) in woonzorgcentra. Na afloop van dit experiment zal het Verzekeringscomité of een door hem aangestelde werkgroep een globale evaluatie van het experiment maken en voorstellen formuleren van aanbevelingen aan de minister met betrekking tot het medisch-farmaceutisch zorgbeleid in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen.

Het voorbereiden van medicatie bestemd voor een individuele patiënt voor een bepaald inname-moment, kortweg individuele medicatievoorbereiding (IMV), kan thans slechts geschieden in een lokaal op de plaats van een voor het publiek geopende apotheek. Er wordt nagegaan onder welke voorwaarden **IMV-activiteiten ook “extra muros”** kunnen worden uitgevoerd in een daartoe geschikt lokaal gekoppeld aan een vergunde voor het publiek opengestelde officina-apotheek. Dat laat toe dat ook officina-apotheken die slechts over een beperkte ruimte beschikken op het adres van de vergunning initiatief kunnen nemen om op een kwalitatieve manier, geautomatiseerde IMV toe te passen. De beleidscel zal in overleg met de apothekersverenigingen en het fagg het juridisch kader voor deze “extra muros”-activiteit vastleggen.

# 6. VALORISEREN VAN DE ZORGVERSTREKENDE ROL VAN DE OFFICINA-APOTHEKER

## 6.1. PRINCIPES

Het vergoedingssysteem van de apotheker voor terugbetaalbare medicatie evolueerde in 2010 van 'marge' naar hoofdzakelijk 'honorarium'. Daardoor werd de vergoeding deels losgekoppeld van de prijs van het product. Een verdere aanpassing dringt zich op, zodat de vergoeding nog meer gericht wordt op het aanmoedigen van farmaceutische zorg met het oog op optimale gezondheidsproductie voor de patiënt. Dat zal een ingrijpende **hervorming** vragen, die in stappen en fasen zal worden geprogrammeerd en uitgevoerd, in overleg met de betrokken partijen en gespreid over een aantal jaar. De hierna beschreven maatregelen vormen de aanzet en de inhoud van de hervorming gedurende de eerstvolgende jaren; nadien zullen nog verdere stappen nodig zijn.

Voor het versterken en vernieuwen van de rol van de apotheker, inzonderheid de huisapotheker, zijn volgende aandachtspunten de leidraad:

- een geleidelijke verschuiving van vergoeding per aflevering van een product naar het **vergoeden van (farmaceutische) zorg voor de patiënt**, waarbij het optimaliseren van het gebruik van medicatie met het oog op het verbeteren van de levenskwaliteit – volgens de behoeften van de patiënt – centraal staat;
- de functie van **huisapotheker** die de farmaceutische zorg voor de chronische patiënt beheert, concreet gestalte geven, in samenwerking met de GMD-houdende huisarts;

- een geleidelijke en gedeeltelijke verschuiving naar een **capitatievergoeding** voor de huisapotheker voor bepaalde patiënten;
- de overheid en de beroepsorganisaties plannen samen welke nieuwe vergoedingen worden ingevoerd, zodat per jaar het beschikbare **budget** optimaal benut wordt en het noodzakelijke verandermanagement stapsgewijs in de praktijk haalbaar wordt.

De hervorming moet de apothekers ondersteunen om hun bijdrage te leveren aan **geïntegreerde zorg voor chronisch zieken**. Dat is immers één van de belangrijke strategische doelstellingen tijdens deze legislatuur op het vlak van gezondheidszorg. Algemeen wordt de nadruk gelegd op de optimalisatie van het geneesmiddelengebruik en het verbeteren van de therapietrouw. Naast een waardevollere inhoud en doelstellingen voor de taak van de apotheker zal een valoriserend vergoedingssysteem de belangrijkste motor zijn achter de noodzakelijke veranderingen die de officina-apotheker de volgende jaren zal doorlopen.

Voor wat betreft het begrip "farmaceutische zorg" wordt vastgehouden aan de definitie zoals afgekondigd in de GGOF, punt 7 van de bijlage van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers. Farmaceutische zorg stelt de patiënt centraal, is resultaatgericht (en dus meetbaar) en wordt georganiseerd in overleg met andere zorgverstrekkers.

De patiënt moet een actieve rol krijgen in de keuze van de farmaceutische zorg die hem of haar wordt aangeboden en moet zekerheid hebben dat zijn of haar privacy te allen tijde gerespecteerd wordt. Vele chronische patiënten zijn in staat om voor zichzelf te zorgen en zelf hun zorg te beheren. Dat betekent eerst en vooral dat zij zelf de nodige afspraken kunnen maken en dat ze het advies en de aanbevelingen van hun zorgverleners kunnen begrijpen en opvolgen.

Het **basishonorarium** blijft behouden en omvat de vergoeding van de basis farmaceutische zorg zoals beschreven in punt 7.1 van de hierboven vermelde GGOFP voor de goede officinale farmaceutische praktijken.

De nieuwe vergoedingen die in aanmerking komen voor de versterking van de rol van apothekers in de farmaceutische zorg met het oog op de optimale gezondheidsproductie van de patiënt kaderen in de eerste plaats in de bevordering van **geïntegreerde zorg voor chronische patiënten**.

De **voortgezette farmaceutische zorg** (punt 7.2 van de voormelde GGOFP) is een concept dat in de eerste plaats patiëntgericht is. Het bestaat uit een geïndividualiseerde opvolging van de farmaceutische behandeling van de patiënt na een akkoord tussen patiënt, apotheker en zo nodig de arts. Voor alle vergoedingen in het kader van de voortgezette farmaceutische zorg is transparantie naar de patiënt toe noodzakelijk. De patiënt moet weten welke vergoeding de apotheker krijgt en waarvoor die dient. Het betalingsbewijs van de patiënt zal in die zin worden aangepast, in overeenstemming met de wet op de transparantie.

Aangezien multidisciplinaire geïntegreerde zorg voor chronische patiënten samenwerking tussen zorgverstrekkers centraal stelt, dient **geïndividualiseerde opvolging** van patiënten waarvoor specifieke honoraria voor chronische zorg worden voorzien, altijd te worden meegedeeld aan de behandelende arts.

Voortgezette farmaceutische zorg is volgens de reglementering in de eerste plaats bedoeld voor bepaalde patiënten met een bijzondere pathologie of fysiologische toestand, iatrogene risico's of slechte therapietrouw.

De **doelgroep** waarvoor deze voortgezette farmaceutische zorg een meerwaarde heeft, is in de eerste plaats de doelgroep van de chronische patiënten.

## 6.2. VERGOEDINGEN DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR HERORIËTERING

Door een begrotingswijziging in 2017 en bij de opmaak van de begrotingen 2018 en 2019 kunnen middelen worden vrijgemaakt binnen het eigen budget voor de valorisatie en ontwikkeling van (voortgezette) farmaceutische zorg. De verdeling van de deelbudgetten wordt in functie van de realisaties op het terrein vastgelegd op het niveau van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen (OCA). Volgende honoraria komen in de eerste plaats in aanmerking:

- **Honorarium begeleidingsgesprek nieuwe medicatie (BNM) (2,5 mio euro incl. btw)**

Het budget waarin is voorzien voor de BNM astma wordt vandaag slechts gedeeltelijk (0,6 mio euro) ingezet. Het resterende budget is beschikbaar voor de uitbreiding en hervorming van de BNM astma naar de "begeleidingsgesprekken voor goed gebruik van geneesmiddelen astma": uitbreiding naar chronische patiënten met astma of chronische obstructieve longziekte (COPD).

- **Wachthonoraria (4,9 mio euro)**

De huidige vergoedingsmassa van wachthonoraria kunnen vrijgemaakt worden om samen met een budgetreallocatie van een deel van de VOS-honoraria, een nieuw vergoedingssysteem voor de wacht bestaande uit een combinatie van permanentie- en wachtvergoedingen te ontwikkelen (cf. supra).

- **Honorarium voorschrift op stofnaam (VOS) (12,4 mio euro incl. btw)**

De apotheker ontvangt een honorarium voor het afleveren van een geneesmiddel dat is opgenomen in het referentierugbetalingssysteem en dat werd voorgeschreven op stofnaam (VOS). Dat honorarium zal worden vrijgemaakt voor taken van voortgezette farmaceutische zorg.

#### • Honoraria in de sector van ROB en RVT

In de sector van ROB en RVT werden in 2015 het basishonorarium, de honoraria hoofdstuk IV en het VOS-honorarium reeds omgezet in een weekhonorarium per patiënt (18,6 mio euro incl. btw). Het honorarium bij voorschrift op stofnaam voor de niet-vaste orale vormen ( $\pm$  132.000 euro) kan ingezet worden voor de financiering van nieuwe initiatieven zoals het up-to-date houden van medicatieschema's, het toepassen van IMV en het opnemen van bijkomende farmaceutische zorgtaken conform de aanbevelingen van de Come-On studie.

### 6.3. ZORGTAKEN DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR VERGOEDING

Volgende zorgtaken komen in aanmerking voor budgetreallocatie:

#### • Huisapotheker

Vandaag genieten officina-apothekers een afleveringshonorarium voor de vergoeding van basisfarmaceutische zorg. Om diensten voor voortgezette farmaceutische zorg te ontwikkelen en zo het gebruik van geneesmiddelen medisch te optimaliseren, is het nodig dat de noodzakelijke voorwaarden om dat te kunnen doen, gerealiseerd worden. De huisapotheker kan daarvoor instaan. De opdracht die de huisapotheker op zich neemt (cf. supra) is geen eenmalige interventie. Het is een langdurig engagement dat voortdurende aandacht en inspanning vergt. Het is dan ook logisch dat de huisapotheker voor deze taken gehonoreerd wordt via een capitatievergoeding voor de patiënten waarmee een langdurige voortgezette farmaceutische relatie wordt aangegaan.

#### • Gesprekken voor goed geneesmiddelengebruik (GGG)

De huidige begeleidingsgesprekken bij de opstart van nieuwe medicatie bij astma worden voortgezet en uitgebreid:

- ▶ naar andere situaties en pathologieën waarvoor evidentie is (**GGG pathologie**). Dat begeleidingsgesprek richt zich tot patiënten die lijden aan een chronische aandoening en heeft tot doel om *health literacy en empowerment* bij de patiënt te verbeteren: een betere kennis van de

ziekte, het belang van de behandeling, hoe reageren bij ongewenste effecten, kennis van de alarmsignalen, etc;

- ▶ naar chronisch geneesmiddelengebruik wanneer de aandoening niet onder controle is, bijvoorbeeld door verkeerd gebruik of gebrek aan therapietrouw (**GGG therapietrouw**). Dat onderhoud wordt voorgesteld aan een chronische patiënt waarvan de therapietrouw suboptimaal is. Het bestaat erin om met de patiënt de ervaren problemen op dit vlak te overlopen en om oplossingen voor te stellen tot verbetering van de therapietrouw. Daarnaast wordt er ook herinnerd aan het belang van de behandeling en de medische opvolging;
- ▶ bij polymedicatie wanneer een patiënt vijf of meer geneesmiddelen langdurig gebruikt teneinde het medicatieschema in overleg met de patiënt en de voorschrijver te optimaliseren en consolideren (**GGG polymedicatie**).

Een begeleidingsgesprek gebeurt op voorstel van een (huis)arts, patiënt of apotheker (bij voorkeur de huisapotheker), op voorwaarde dat de patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven. De apotheker die een begeleidingsgesprek uitvoert, licht de behandelende arts daar steeds over in. Voor elk type GGG worden een aangepaste inhoud en haalbare **kritieke prestatie-indicatoren** (KPI) vastgelegd die in de loop van één of meer gesprekken worden doorlopen. De inhoud en KPI worden gevalideerd door de OCA op basis van een wetenschappelijke onderbouw, evidentie, resultaatgerichtheid en kwaliteit van het GGG.

#### • Individuele medicatievoorbereiding of andere hulpmiddelen van therapietrouwondersteuning

Individuele medicatievoorbereiding (IMV), zoals beschreven in het KB ter zake van december 2012, bestaat uit de verdeling van eenheden per inname-moment op basis van een gevalideerd toedieningsschema. In overeenstemming met de aanbevelingen van de GGOF kan de voortgezette farmaceutische zorg worden aangevuld met IMV evenals met andere innovatieve vormen van therapietrouwondersteuning. Dat kan manueel gebeuren of geautomatiseerd,

in eigen beheer door de (huis)apotheker of uitbesteed aan een gespecialiseerde collega. Op voorschrift van de arts komen patiënten met beperkte zelfredzaamheid in aanmerking voor terugbetaling van die dienst.

De kosteneffectiviteit van (de verschillende onderdelen) van IMV en andere innovatieve vormen van therapietrouwondersteuning zal worden onderzocht en toegepast in pilootprojecten voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Die therapietrouw hulpmiddelen dienen uitsluitend op vraag en op maat van de patiënt te gebeuren.

Teneinde een correcte en kwalitatieve dienstverlening van iedere zorgtaak (huisapotheker, GGG, IMV) te garanderen voor iedere patiënt, dienen garanties van kwaliteit en realistische en haalbare dienstverlening afgesproken te worden in de vorm van KPI, monitoring, benchmarking, effectieve controles, etc.

#### 6.4. WIJZE VAN VERGOEDEN VAN NIEUWE ZORGTAKEN

Met het oog op een homogeen beleid inzake patiënten met het statuut van chronische zieken zal, naar analogie met de vergoeding voor de huisarts die het globaal medisch dossier beheert voor chronische patiënten, de huisapotheker een capitatievergoeding krijgen. Concreet gaat het over patiënten in de **leeftijdscategorie van 45 jaar tot en met 74 jaar die het statuut van chronisch zieke genieten en een GMD hebben bij een huisarts**. Deze maatregel begunstigt de ontwikkeling van het GMD en het GFD, in eerste instantie bij de patiënten die er het meest behoefte aan hebben en waar de samenwerking en communicatie tussen zorgverstrekkers in het kader van de geïntegreerde zorg belangrijk is. Het statuut “chronisch zieke” en het hebben van een GMD zal in 2017 door de verzekeringsinstellingen aan de apothekers digitaal worden gecommuniceerd via MyCareNet.

Ook de patiënten met diabetes type 2 die gekanteld zijn in een **voortraject diabeteszorg** en waaraan de apotheker educatie inzake therapietrouw geeft, komen in aanmerking

voor de keuze van een huisapotheker. De apotheker zal derhalve ook voor deze patiënten een capitatievergoeding kunnen krijgen. Deze uitbreiding van de doelgroep kadert in de ondersteuning van multidisciplinaire initiatieven in de eerste lijn.

Bij de artsen werd ervan uitgegaan dat 365.440 patiënten in aanmerking komen. Aan de huisapothekers wordt 30 euro **capitatievergoeding** per jaar gegeven voor dezelfde groep van patiënten. De totale budgettaire weerslag kan aldus geraamd worden op een maximum van 11 mio euro. De capitatievergoeding wordt niet automatisch geïndexeerd. De apothekers zijn voor het bekomen van de capitatievergoeding afhankelijk van de evolutie van het aantal GMD's voor chronisch zieken. Ook de afgebakende leeftijdscategorie 45-74 jaar is beperkend.

Om die redenen kan er ook een capitatievergoeding worden toegekend indien de huisapotheker, bij **akkoord tussen patiënt, apotheker en arts**, voortgezette farmaceutische zorg aan een patiënt aanbiedt. Voortgezette farmaceutische zorg veronderstelt een goede samenwerking tussen arts en apotheker.

Er zijn derhalve **drie doelgroepen** van patiënten die kunnen kiezen voor een huisapotheker:

- patiënten met het statuut “chronisch zieke”, met een GMD in de leeftijdscategorie 45-74 jaar;
- patiënten in een voortraject diabeteszorg aan wie educatie inzake therapietrouw wordt aangeboden;
- patiënten aan wie voortgezette farmaceutische zorg wordt aangeboden.

De GGG's (pathologie, polymedicatie en therapietrouw) worden **per prestatie** vergoed. De vergoeding is a posteriori, na verificatie van de EBM-voorwaarden, het respecteren van de KPI die bij de aanvang met een wetenschappelijk onderbouwde methode worden uitgewerkt, etc. De OCA bepaalt de tarieven van de GGG's in samenspraak met de beleidscel. De nieuwe GGG's en de budgettaire impact worden één jaar na invoering jaarlijks geëvalueerd en indien nodig bijgesteld (in min of plus).

## 6.5. BUDGETTAIR KADER

De honorariummassa van de apothekers blijft budgettair opgenomen in het partiële begrotingsobjectief van de farmaceutische verstrekkingen. Vanaf het begrotingsjaar 2017 zal op basis van de technische ramingen met als bron de farmanetgegevens een bedrag 'honorariummassa specialiteiten van de open officina's' bepaald worden waarop de bepalingen van art. 18 GvU-wet van toepassing zullen zijn. De wet zal in die zin worden aangepast. Dit bedrag zal ter informatie worden toegevoegd aan rubriek 3 van de begrotingsnota die wordt voorgelegd aan het Verzekeringscomité (VC) en de Algemene Raad (AR).

De honorariummassa zal jaarlijks worden geraamd bij de technische ramingen in september op basis van de gegevens uit farmanet. Conform de overige sectoren binnen de gezondheidszorg wordt het budget aldus jaarlijks vastgesteld door de **Algemene Raad op de derde maandag van oktober** bij de opmaak van de initiële begroting van het daaropvolgende jaar. Conform de andere sectoren gebeurt dit op basis van de recentste technische ramingen en rekening houdend met genomen maatregelen. Indien de Algemene Raad niet tot een akkoord komt, komt die bevoegdheid toe aan de minister na overleg in de ministerraad.

Bij **overschrijding van de honorariummassa** wordt analoog gehandeld als in de andere sectoren op basis van artikelen 18 en 40 van de GvU-wet. De automatische retributie die tot nog toe in voege was, zal worden afgeschaft. De wetgeving zal in die zin worden aangepast.

Het veranderingstraject bij de apothekers zal de nodige tijd vragen en dient daarom progressief te gebeuren. Het volledige wettelijke en reglementaire kader dient tijdens deze legislatuur uitgevoerd te worden teneinde het meerjarenkader duurzaam te verankeren. Gezien de progressieve wijziging die de sector zal doormaken, zal de heroriëntering over verschillende jaren gespreid worden en in sommige jaren kunnen leiden tot een onderbenutting van de geheroriënteerde massa. Net zoals in de andere sectoren is er geen trekkingsrecht op deze onderbenutte massa. Evenals in alle andere sectoren wordt het herbestemde budget voor maximaal 2 jaar gegarandeerd.

De te oriënteren massa en de bestemming ervan worden vastgelegd door de Algemene Raad bij de opmaak van de initiële begroting. In de goedgekeurde begroting zal gespecificeerd worden wat het bedrag is van de totale honorariummassa, alsook het bedrag van de herschikking en van de bestemming ten voordele van de honoraria voor zorgtaken. Gedurende het budgettaire jaar zullen **herbestemmingen** van budget kunnen gebeuren d.m.v. een begrotingswijziging voor zover die zich inschrijven in het in dit document opgenomen kader en ze budgetneutraal zijn. Net zoals in alle andere gezondheidszorgsectoren wordt hierbij geen trekkingsrecht toegestaan.

Omwille van de nieuwe zorgtaken voor de chronisch zieken zal in 2017 gestart worden met de uitrol van de huisapotheker voor chronisch zieken. Het benodigde budget voor de **capitatievergoeding** van de huisapotheker wordt vrijgemaakt binnen het VOS-honorarium van de apothekers door de aanpassing van de sleutelletterwaarde. Daarnaast wordt 2 miljoen euro op jaarbasis vrijgemaakt uit het budget voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

De **wachtdienst** van de apothekers zal in 2018 hervormd worden. De financiële vergoeding voor de wachtdoende apotheker wordt versterkt. Hiervoor kan budget worden vrijgemaakt door een aanpassing van de sleutelletterwaarde van het VOS-honorarium.

Op deze wijze zal de **sleutelletterwaarde van het VOS-honorarium** tot 0 herleid worden vanaf het in voege treden van beide maatregelen.

In 2018 en 2019 kunnen de **GGG's uitgebreid** worden en kan een vergoeding voor innovatieve vormen van therapietrouwondersteuning (bijv. IMV) worden toegekend. Het budget hiervoor moet binnen de eigen middelen worden vrijgemaakt.

Het vrijmaken van budgetten en de implementatie van nieuwe zorgprojecten zullen stapsgewijs gebeuren en op voorstel van de OCA die voor elk project de inhoud en een realistisch budgettair tijdspad uittekent. Dit wordt verankerd in een wijzigingsclausule van de nationale overeenkomst apothekers-verzekeringsinstellingen. Deze wijzigingsclausule wordt ter goedkeuring voorgelegd

aan de Commissie voor Begrotingscontrole (CBC), het VC en de AR. De herschikking van de honoraria zal deze legislatuur starten en kan na deze legislatuur voortgezet worden. Een deel van de vergoedingen die in aanmerking komen voor heroriëntering (cf. 7.2) kan dus ook na deze legislatuur worden geheroriënteerd.

In ieder geval wordt tijdens deze legislatuur uitgegaan van de volgende **budgettaire meerjarenraming** voor de globale honorariummassa:

- 2017: 564,1 mio euro;
- 2018: 572,7 mio euro;
- 2019: 580,5 mio euro.

Bij het bepalen van deze meerjarenplanning werd uitgegaan van volgende veronderstellingen:

- geen verdere daling van het aantal verpakkingen in 2018 en 2019;
- jaarlijkse indexering van de honoraria met 2%: meeruitgave van ongeveer 10 mio euro per jaar;

- verdere daling van de economische marge met 1,8 mio per jaar (1,8 mio euro is ook het verschil tussen herraming 2016 en raming 2017).

Indien uit technische ramingen of realisaties blijkt dat de hierboven opgenomen grensbedragen in het desbetreffende jaar overschreden zijn, zal aan de OCA gevraagd worden om een compenserende structurele besparingsmaatregel ter hoogte van de vastgestelde overschrijding uit te werken die betrekking heeft op de globale honorariummassa. In afwachting van de uitwerking en inwerkingtreding van de compenserende maatregel zal de OCA een door de apothekers gekozen honorarium tijdelijk verlagen teneinde dezelfde budgettaire opbrengst te genereren als de compenserende besparingsmaatregel.

Wanneer in het kader van het begrotingsbeleid van de regering, zij niet bij machte zou zijn dit budgettaire kader te respecteren, kunnen bijkomende inspanningen worden gevraagd, ook wanneer daardoor het risico bestaat dat de doelstellingen van dit meerjarenkader in het gedrang komen.



# 7. TIMING

In de tabel hieronder wordt een indicatieve jaarplanning opgesteld van de verschillende initiatieven die in dit meerjarencader worden besproken.

## 7.1. REGELGEVEND KADER EN WETSWIJZIGINGEN

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"><li>• Herziening spreidingsreglementering.</li><li>• Bekendmaking van de apotheek van wacht na 22u.</li><li>• Herziening KB permanente vorming.</li><li>• Het elektronisch voorschrift is een geldig document voor aflevering en terugbetaling en "primeert".</li><li>• Regelgeving rechtsgeldigheid van het papieren "bewijs van elektronisch voorschrift" voor aflevering en terugbetaling bij overmacht.</li><li>• Herijking van grondstoffenprijzen.</li><li>• Ontwikkelen van juridisch kader voor uitbesteding van magistralen.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oprichting Nationale Adviesraad voor Apothekers.</li><li>• Overleg opleidingsvoorwaarden technisch-farmaceutisch assistenten.</li><li>• Herzien omschrijving beroep van officina-apotheker in de WUG (KB nr. 78).</li><li>• Invoeren beroepstitel officina-apotheker.</li><li>• IMV-activiteiten "extra muros" toelaten.</li><li>• Conventie aanpassen m.b.t. wachthonoraria.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verlenging van het moratorium.</li><li>• Grondstoffen voor weesmagistrale bereidingen erkend en terugbetaalbaar voor de officina-apotheker.</li></ul>

## 7.2. MEDICATIEVOORZIENING IN DE WOONZORGSECTOR

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluatie TpE en herraaming TpE- weekhonorarium.</li> <li>• Analyse resultaten Come-On studie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetneutrale herschikking mogelijk voor de financiering van nieuwe zorgtaken op basis van Come-On studie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetneutrale herschikking mogelijk voor de financiering van nieuwe zorgtaken op basis van Come-On studie.</li> </ul>

## 7.3. DIGITALE ONTWIKKELINGEN EN ONLINE DIENSTVERLENING

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archief voor elektronische voorschriften.</li> <li>• Het elektronisch voorschrift primeert boven het "bewijs van elektronisch voorschrift" op papier vanaf 1/1/2017.</li> <li>• Alle officina-apothekers kunnen medicatieschema's delen op een beveiligd digitaal platform.</li> <li>• Onderzoek naar terugbetaling "mobile health"-toepassingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Paperless</i> voorschrijven, afleveren en tarifieren van geneesmiddelen.</li> <li>• Het medicatieschema vervangt het bewijs van het elektronisch voorschrift.</li> <li>• Regelgeving online dienstverlening van voorschriftplichtige geneesmiddelen.</li> <li>• Regelgeving mobile health.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIDIS wordt uitgerold.</li> </ul>

## 7.4. MAGISTRALE BEREIDINGEN

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrole met sensibilisering en responsabilisering van de apothekers en financiering ervan via een gedeelte van de middelen uit "rekeningnr. 1".</li> <li>• Permanente vorming en MFO over magistrale bereidingen.</li> <li>• Ontwikkelen van juridisch kader voor uitbesteding van magistralen.</li> </ul>		

## 7.5. VALORISEREN VAN DE ZORGVERSTREKKENDE ROL VAN DE OFFICINA-APOTHEKER

2017	2018	2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitatievergoeding voor de huisapotheker voor chronische patiënten.</li> <li>• De sleutelletterwaarde voor VOS honoraria wordt aangepast.</li> <li>• Uitbreiding van GGG Astma naar chronische patiënten (gebruikmakende van de daarvoor voorziene vergoedingsmassa “BNM”).</li> <li>• Een lijst wordt opgesteld van indicatoren die de randvoorwaarden beschrijven om de nieuwe diensten optimaal te kunnen realiseren en die in aanmerking komen voor incentives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een permanentievergoeding voor de nachtwacht (22u-8u) wordt ingevoerd. Het huidig honorarium voor dringende aflevering wordt behouden na een kleine hervorming (8u-22u). Dat “gemengd systeem” wordt gefinancierd uit de huidige vergoedingsmassa voor wachthonoraria en een gedeelte van de VOS honoraria.</li> <li>• De sleutelletterwaarde voor VOS honoraria wordt aangepast.</li> <li>• Voor dringende aflevering van voorgeschreven geneesmiddelen, al dan niet vergoedbaar, wordt tijdens de wachtdienst geen honorarium meer aangerekend door de apotheker aan patiënten.</li> <li>• De kosteneffectiviteit van innovatieve vormen van therapietrouwondersteuning wordt onderzocht en toegepast in pilootprojecten voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.</li> <li>• Eigen middelen kunnen worden vrijgemaakt voor de uitbreiding van de GGG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen middelen kunnen worden vrijgemaakt voor de uitbreiding van de GGG en nieuwe vormen van therapietrouwondersteuning.</li> </ul>

# 8. CONCLUSIE

Dit meerjarenkader zet een aantal belangrijke stappen richting kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare farmaceutische zorg, versterkt en vernieuwt de rol van officina-apothekers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en streeft naar een verdere digitalisering van de processen van farmaceutische zorgverlening. Het biedt **nieuwe perspectieven voor zowel de patiënt als de apotheker.**

**Patiënten** hebben recht op kwalitatieve geneesmiddelen en optimale ondersteuning door hun (huis)apotheker, en dat binnen de context van groeiende zorgnoden en de druk op het gezondheidszorgbudget. Dankzij dit meerjarenkader krijgen patiënten toegang tot nieuwe diensten zoals een proactieve opvolging van hun medicatie door hun huisapotheker. Dat moet bijdragen tot meer geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, betere resultaten van hun geneesmiddelengebruik en vooral een verbetering van hun gezondheid en levenskwaliteit. Door de hervorming van de spreidingswet, de bekendmaking van de wachtdienst na 22u op de websites [www.apotheek.be/](http://www.apotheek.be/) [www.pharmacie.be](http://www.pharmacie.be) en de uitbreiding van de online dienstverlening vanuit het bestaande netwerk van officina-apotheken, komen er meer mogelijkheden en betere garanties voor de toegang tot geneesmiddelen en farmaceutische zorg in ieders nabijheid. En dat zonder bijkomende kosten voor de patiënt, integendeel: wachthonoraria voor dringende voorgeschreven geneesmiddelen vallen weg, ook als ze niet terugbetaald worden door de ziekteverzekering, terwijl online toegang tot voorschriftplichtige geneesmiddelen mogelijk wordt met dezelfde omkadering qua zorg en veiligheid als in de fysieke apotheek. Digitale ontwikkelingen, e-Gezondheid

en mobile health maken het bovendien mogelijk voor patiënten om in *real time* toegang te krijgen tot hun volledige, correcte en actuele medicatieschema en tot innovatieve vormen van therapietrouwondersteuning.

De **officina-apotheker** krijgt de kans om zich te (her)profilen en verder te ontplooien in de eerste lijn. De intellectuele prestaties van de officina-apotheker als de expert van het geneesmiddel en begeleider in geneesmiddelengebruik in een multidisciplinair zorgkader worden daartoe gevaloriseerd via een hervorming van de honoraria. De functie van huisapotheker wordt voor het eerst onderschreven en uitgebouwd. Er komt erkenning van de beroepstitel officina-apotheker. Preventie en promotie van gezonde levensstijl worden formeel erkend als een taak van de officina-apotheker. Naar analogie met andere zorgberoepen wordt een nationaal adviesorgaan voor apothekers opgericht. De apotheker wordt een evenwaardige speler in het zorgproces van de individuele patiënt. De spreidingsregels voor officina-apotheken worden aangepast in functie van de toegankelijkheid tot geneesmiddelen en farmaceutische zorg en moeten een oplossing bieden voor de verzuchtingen op het terrein. Er wordt ook ruimte gecreëerd voor schaalvergroting, diversificatie en efficiëntiewinsten die de kwaliteit van farmaceutische zorg ten goede komen en de distributie van geneesmiddelen faciliteren. Er kan specialisatie optreden op het vlak van magistrale bereidingen, die voorbehouden blijven aan officina-apothekers. Logistieke handelingen zoals herverpakken en de opslag van geneesmiddelen kunnen met de nodige voorzorgsmaatregelen op

gebied van kwaliteit ook “extra muros” georganiseerd worden wat opnieuw een efficiëntievergroting toelaat. Administratieve vereenvoudiging door digitalisering en automatisatie laat toe dat officina-apothekers zich nog meer kunnen toelagen op hun zorgtaken.

En de **overheid**? Die ziet de huisapotheker een actieve rol opnemen in de hervorming naar geïntegreerde chronische zorg voor een betere gezondheid, opent perspectieven voor een kosteneffectiever gebruik van geneesmiddelen en zet concrete stappen naar duurzame oplossingen voor kwalitatieve en toegankelijke

farmaceutische zorg. Dit meerjarenkader is coherent met de lopende hervormingen, zoals de herziening van de wet op de uitoefening van gezondheidsberoepen, vroeger bekend als “het KB nr. 78”, en de andere raamakkoorden, zoals het toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie, het pact medische hulpmiddelen en het pact met de verzekeringsinstellingen. Zo wordt stap voor stap het gezondheidsbeleid zoals beschreven in het federaal regeerakkoord gerealiseerd, nu ook in de sector van de officina-apotheken. Met steeds hetzelfde doel: betere zorg en meer gezondheid voor de patiënt met een budget onder controle.

### **Maggie De Block**

Minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid

### **Marcel Hermans**

Voorzitter, OPHACO

### **Lieven Zwaenepoel**

Voorzitter, APB

Copyright:

Verantwoordelijke uitgever: Maggie De Block

Foto's: Thierry Strickaert (front) & Rudi Van Beek (back)

