

# Het formularium nieuwe stijl

**Een oud fenomeen in een nieuw jasje. In Groningen (1991) en Nijmegen bestond het formularium al jaren. Door apothekers, huisartsen en medisch specialisten bedacht om de medicatie te standaardiseren. Maar er zijn ook moderne varianten. De Eerstelijns analyseert.**

De eerste golf formularia is opgekomen door initiatieven van zorgaanbieders: apothekers, huisartsen en medisch specialisten. Soms zelfs – toen al – in afstemming met patiëntenorganisaties. De belangrijkste redenen waren kwaliteitsverbetering, therapietrouw en transmurale standaardisatie. Doelmatigheid was een bijkomend voordeel. De formularia richtten zich op veelvoorkomende medicatie. De systematiek is inmiddels doorontwikkeld. In de huidige omschrijving van Nijmegen staat: 'Het formularium geeft farmacotherapeutische adviezen bij veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Daarbij gaat het erom een therapeutische en economisch verantwoorde keuze te maken, die tevens spoort met de ziekenhuisformularia en de regionale voorschrijfgewoonten en aansluit bij de databestanden van openbare apothekers'. De basis zijn de NHG-standaarden. De ervaringen van zorgprofessionals met dit formularium zijn goed en het formularium wordt

breed toegepast en zelfs vaak elders in het land gekopieerd.

## Nieuwe formularia

Er is inmiddels een nieuwe golf van formularia. Hoewel de kwaliteit nog steeds in de doelstellingen staat, is kostenbeheersing vaak het belangrijkste geworden. De medicatie in een formularium wordt niet langer uitgekozen op basis van kwaliteitsvraagstukken, maar op basis van kosten. Daarnaast – en dat is ook een nieuwe benadering – gaat het tegenwoordig niet meer (alleen) om het molecuul, maar ook om het device, zoals bijvoorbeeld een inhalator of insulinepen. En dat roept wel wat vragen en reacties op.

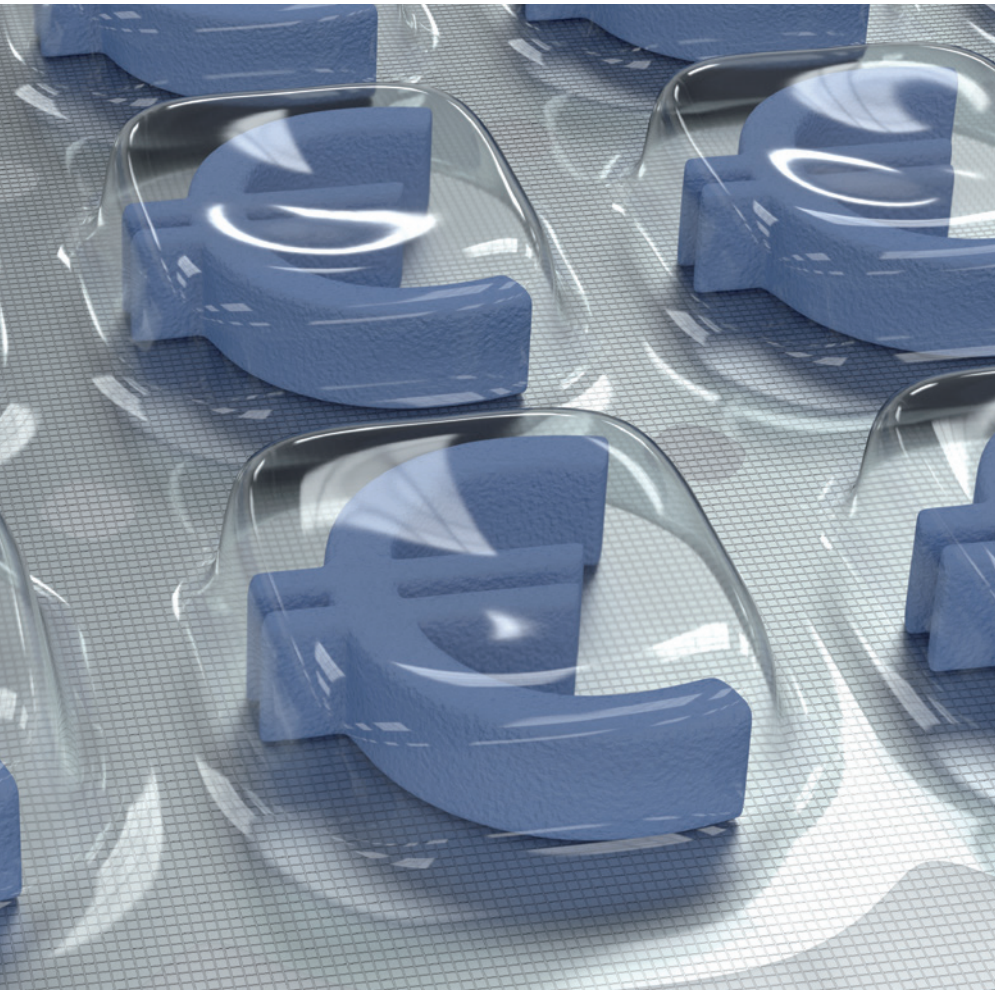
Het Longfonds is geen voorstander van de nieuwe benadering<sup>1</sup>. Zij vindt dat het zou moeten gaan om de optimale match tussen mens, ziekte, medicatie en device. In combinatie met een goede diagnose en regelmatig, een-



duidige inhalatie-instructie. Een formularium dat de zorgaanbieders dichter bij elkaar brengt en betere afspraken mogelijk maakt over de zorg, medicatie en informatie-uitwisseling, juicht zij toe. Een formularium dus dat gericht is op het verbeteren van de kwaliteit. Het Longfonds constateert echter dat er formularia ontstaan die beïnvloed worden door de zorgverzekeraars op basis van de prijs. Hoe gaat dat in zijn werk? De zorgaanbieders – apotheek, huisartsen en medisch specialisten – ontwikkelen een formularium en op basis daarvan organiseert de zorgverzekeraar een aanbesteding. De farmaceut met de laagste prijs wint en hun middel komt in het

## Longfonds en Long Alliantie Nederland

Het Longfonds en Long Alliantie Nederland (LAN) stellen momenteel samen een landelijk kader op dat zorgverleners handvatten biedt bij het komen tot een regionaal formularium inhalatiemedicatie. Streefdoelen zijn kwaliteitsverbetering, uniformiteit van voorschrijven en voorkomen van het wisselen van medicatie (om niet-medische redenen). Het kader schenkt niet alleen aandacht aan kwaliteitsaspecten, maar biedt ook handvatten voor het omgaan met 'pijnpunten' als substitutie vanwege het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en apothekers, en met de eventuele rol van de zorgverzekeraar bij een formularium. Het kader zal na de zomer in definitieve vorm gepubliceerd worden.



formularium te staan voor een bepaalde periode. Daarna wordt de procedure herhaald en start het gehele proces opnieuw. Hoewel er meestal bepaald is dat bestaande patiënten niet worden overgezet en het formularium alleen van toepassing is op nieuwe patiënten, wordt in de praktijk door zorgverzekeraars ruim de mogelijkheid ingebouwd om ook bestaande patiënten zoveel mogelijk in te passen in het formularium.

#### **Gevolgen voor patiënten**

De individuele patiënt kan worden verleid om op basis van kostenbesparing een andere afweging voor medicijnkeuze te maken. Er zijn voorbeelden waar-

bij het eigen risico wordt kwijtgescholden als de patiënt medicijnen uit het formularium gebruikt. Maar in dezelfde situatie kan de patiënt zelfs tegen hogere kosten aanlopen als hij kiest voor een ander medicijn dan die uit het formularium. Ook al is dit in samenspraak met de voorschrijver en ongeacht of dit is vanwege de benodigde juiste match patiënt-device, uniformiteit van device, gebruiksgemak, vertrouwdeheid of bekendheid met het medicijn en/of het device. Deze kosten komen dan sowieso ten laste van het eigen risico. En uiteindelijk is een kortingsaanbod van de verzekeraar aan de patiënt een sigaar uit eigen doos. Aangezien veel chroni-

sche patiënten, zoals longpatiënten met een inhalator of diabetespatiënten met een glucosemeter en teststrips, toch wel over het eigen risico heen gaan.

Laat een patiënt zich toch beïnvloeden en stapt deze over op het middel uit het formularium, dan neemt daarmee de kans op therapie-ontrouw en praktische problemen met het gebruik toe. Hierdoor kan de controle over de ziekte verminderen, constateert het Longfonds. En het vergroot de kans op longproblemen die elders in de zorgketen tot veel hogere kosten kunnen leiden, zoals een exacerbatie.

Er bestaat ook nog een solidariteitsvraag. De individuele patiënt kan via het eigen risico een kostenvoordeel krijgen. Dat wordt 1:1 vertaald naar die patiënt, maar profiteren andere verzekerden daar ook van? Solidariteit is een belangrijk kenmerk van ons verzekeringsstelsel. Nu gaat het om eigen risico, maar het lijkt verstandig om beïnvloeding van zorg door geld in bredere zin te bezien. Voor patiënten, zorgaanbieders en leveranciers. Voor patiënten is deze vorm van een formularium in feite een ver doorgevoerde vorm van preferentiebeleid – zonder dat het formeel preferentiebeleid is. De zorgverzekeraar hoeft daarom zijn verzekerden niet te informeren en patiënten kunnen hierdoor geen goed geïnformeerde keuze maken voor een bepaalde zorgverzekering. Daarbij schort het regelmatig aan objectieve begrijpelijke informatie door het callcenter of op de website van de zorgverzekeraar.

### Autonomie bij voorschrijven

Huisartsen zijn over het algemeen niet blij met een formularium dat de autonomie van het voorschrijven beperkt. Toch kan in zijn algemeenheid worden gesteld dat hoe breder het formularium en de mogelijkheid om af te wijken is, hoe hoger het 'juiste' gebruik is. Maar ook het tegenovergestelde gebeurt: hoe smaller en dwingender het formularium, des te lager is de toepassing. Ook ten aanzien over de juistheid en tijdigheid van sturingsinformatie bestaat discussie, omdat er over het algemeen geen Trusted Third Party wordt gebruikt en de informatie van zorgverzekeraar, apotheek en huisarts niet hetzelfde is. Ook benchmarks met andere regio's zijn aanleiding

voor vragen en discussies. Want wat is de best practice? Wordt daarbij alleen gekeken naar de laagste kosten of is ook het behaalde resultaat van belang. Bijvoorbeeld het effect op kwaliteit van leven of – in geval van diabetes – op het LDL. En als er een bonus van toepassing is op een formularium en een malus op verminderde uitkomstindicatoren, wat is dan het effect? Als de huisarts extra tijd aan de patiënt moet besteden om wijzigingen in medicatie veroorzaakt door een ingesteld formularium te bespreken, wordt dat dan meegenomen in de business case? En wat te denken van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of slechte beheersing van de Nederlandse taal?

Toch is ook hier nuancering op zijn plaats. Er is immers een grote praktijkvariatie in voorgeschreven geneesmiddelen die vaak niet te verklaren is door de populatie. Voorzichtigheid is daarbij wel geboden, want het gaat per huisartsenpraktijk vaak om kleine aantallen. Een formularium kan ervoor zorgen dat in een regio het voorschrijf- en behandelgedrag wordt gestandaardiseerd, waardoor medisch specialisten, huisartsen, gespecialiseerd verpleegkundigen en apothekers beter met elkaar samenwerken. Waar het gaat om de inzet van zorgverzekeraars en apothekers wordt de terugkoppeling informatie over afgeleverd medicijn van apotheker naar huisarts beter, juist en tijdiger. Wat rest is de werkdruk die het veranderen van de medicatie als gevolg van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en apothekers voor huisartsen met zich meebrengt. Zeker bij complexe patiënten wordt daarom de discussie vermeden en de escape 'medische noodzaak' gehanteerd.

### Conclusie

Formularia kunnen bijdragen aan beter op elkaar afgestemde zorg aan patiëntengroepen in een bepaalde regio. Oriëntatie op kwaliteit lijkt voor een breed gedragen toepassing van formularia de beste benadering. Kostenbesparing kan een resultante zijn van uniforme toepassing van het formularium. Essentieel hierbij is dat zorgverleners aan het roer staan. <<

Tekst:

Xana van Jaarsveld, Longfonds

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: Thinkstock



Wanneer een patiënt om financiële redenen overstapt op het middel uit het formularium, neemt de kans op therapie-ontrouw toe.

1 Hendrien Witte en Xana van Jaarsveld Pharmaceutisch weekblad maart 2017

2 Jany Rademakers NIVEL 2016 gezondheidsvaardigheden