

Budget Impact Analyse

**Impact en kosten van aanbevelingen van de module
Medicatiebeoordeling in de eerste lijn bij de multidisciplinaire
richtlijn Polyfarmacie bij ouderen**

Namens de werkgroep van de Module Medicatiebeoordeling

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Colofon

CONCEPTRICHTLIJN

© 2020

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

Tel. 088 506 55 00

info@nhg.nl

<https://www.nhg.org/>

Inhoud

Inleiding.....	4
Vraagstelling	4
Methode	5
Omvang populatie polyfarmacie landelijk.....	6
Kosten medicatiebeoordeling.....	7
Landelijke kosten medicatiebeoordeling.....	8
Omvang populatie ouderen met polyfarmacie per huisartsenpraktijk	8
Medicatie-evaluatie bij ouderen met beperkt risico	9
Conclusies	10
Referenties.....	11
Bijlagen.....	12

Inleiding

In richtlijnen worden naast klinische aanbevelingen ook vaak organisatorische aanbevelingen gedaan. De financiële consequenties van deze aanbevelingen kunnen middels een budget impact analyse inzichtelijk gemaakt worden. Het doel van deze analyse is het inschatten van de impact en kosten van enkele aanbevelingen ten aanzien van medicatiebeoordeling in de eerste lijn zoals beschreven in de Module Medicatiebeoordeling van de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.

In de richtlijnmodule staan o.a. de volgende aanbevelingen:

1. Een nadere evaluatie van de medicatie kan gewenst zijn in geval van:

- Verzoek door de patiënt of mantelzorger;
- Signalen van (mogelijke) farmacotherapie gerelateerde problemen vanuit huisarts of apotheker of vanuit derden (zoals ziekenhuis, thuiszorg), zoals een recente val door onbekende oorzaak, cognitieve achteruitgang, verminderde therapietrouw;
- Bij acute of structurele verandering van gezondheidstoestand, zoals bij of na een ziekenhuisopname.

Huisarts en apotheker maken een risico inschatting en bepalen in overleg op welke manier de nadere evaluatie van het medicatiegebruik bij de individuele patiënt moet worden ingevuld.

2. Voor een beperkte groep patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen is het wenselijk dat huisarts en apotheker proactief een medicatiebeoordeling (MBO) uitvoeren. De werkgroep adviseert hierbij primair te kiezen voor kwetsbare patiënten zoals patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen (hyperpolyfarmacie) en/of met vastgestelde kwetsbaarheid.

3. Voer een MBO bij voorkeur uit met een gestructureerde methode zoals de STRIP.

4. Voor patiënten met een beperkt risico op FTP's waarbij naar het oordeel van de huisarts en de apotheker een MBO niet noodzakelijk is maar waarbij de reguliere zorg onvoldoende is ingericht om de problematiek adequaat te analyseren en/of een behandelplan op te stellen verdient het aanbeveling dat huisarts en apotheker andere vormen van medicatie-evaluatie inzetten.

De medicatiebeoordeling (MBO) betreft een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt (of mantelzorg/verzorgenden), arts en apotheker op basis van een gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische- en gebruiksinformatie.

Vraagstelling

- Hoeveel ouderen met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen komen in aanmerking voor een medicatiebeoordeling, landelijk en per huisartsenpraktijk?
- Wat zijn de kosten van medicatiebeoordeling bij deze ouderen met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen in de eerstelijns?

Methode

Bij een Budget impact analyse (BIA) gaat het om het inzichtelijk maken van verwachte verschuivingen in benodigde materiële en personele middelen en/of de financiële consequenties van interventies of beleid (Sullivan et al. 2014). Deze BIA heeft als doel het effect van systematische medicatiebeoordelingen in de eerste lijn op het zorgbudget te bepalen. Het betreft dus geen kosten-effectiviteitsanalyse waarmee op individueel niveau de kosten, besparingen en effecten op lange termijn worden geanalyseerd. Op basis van de resultaten van deze BIA kan geen uitspraak worden gedaan over de doelmatigheid van de medicatiebeoordeling.

Beoogd gebruikers van deze analyse zijn de beroepsverenigingen van betrokken professionals (huisartsen en apothekers) en de zorgverzekeraars. De analyse geeft informatie die gebruikt kan worden om de haalbaarheid van de implementatie van de aanbevelingen in te kunnen schatten.

Tabel 1. Variabelen en bronnen

Variabele	Waarde	Range	Bron
Kosten per uur huisarts	€80		Inschatting werkgroep
Kosten per uur apotheker	€80		Inschatting werkgroep
Kosten per uur POH of farmaceutisch consulent	€47		Berekeningen BIA bij richtlijn polyfarmacie uit 2012, aangepast naar prijspeil 2018
Omrekenfactor prijspeil	-		CBS, prijsindexcijfers
Benodigde tijdsbesteding professionals	-		BIA bij richtlijn polyfarmacie 2012, zie bijlagen
Het aantal medicatie gebruikers per aantal geneesmiddelen, per leeftijdsklasse en geslacht in 2018	-		GIP databank (data 2018)
% patiënten met polyfarmacie in HA praktijk en variatie	20%	12-30%	J. Sinnige 2017 (proefschrift; Hoofdstuk 4) Onderzochte populatie: leeftijd >55 jaar; polyfarmacie gedefinieerd als >5 middelen
Omvang normpraktijk huisarts	2095		NZA
Omvang gemiddelde praktijk huisarts	3317		NZA Praktijkkostenonderzoek huisartsen 2015
Omvang populatie NL 2018			CBS, statline
% patiënten dat kwetsbaar is	34.6%		RIVM 2015 Populatie bestond uit mensen van 71-80 jaar. Kwetsbaar op tenminste 1 van de 4 domeinen van kwetsbaarheid: fysieke, cognitieve en sociale kwetsbaarheid; gebaseerd op conceptuele model zoals beschreven door Gobbens (2010)
% patiënten dat kwetsbaar is	40-46%		SCP 2011/Metzelthin 2010 Populatie bestond uit huisartspatiënten van 70 jaar en ouder in Limburg en Utrecht; gemeten met Groningen Frailty Indicator (GFI), the Tilburg Frailty Indicator (TFI) -47% onder zelfstandig wonende 75-plussers -24% van de zelfstandig wonende 65-plussers

Bij de analyse zijn scenarioanalyses uitgevoerd, waarin gegevens over verwachte kosten van medicatiebeoordeling en het aantal verwachte patiënten zijn gecombineerd. Het betreft drie scenario's voor de uitvoering van de medicatiebeoordeling, elk met 2-3 varianten in benodigde tijdsbesteding professionals (minimum en maximum schattingen). Eventuele besparingen in kosten van medicatie of andere zorgkosten, bijvoorbeeld doordat minder ziekenhuisopnames nodig zijn door bijwerkingen ('adverse drug events') zijn in deze schattingen niet meegenomen.

Allereerst is een schatting gemaakt van de omvang van de populatie van ouderen met polyfarmacie in Nederland. Hierbij gaat het om ouderen van 75 jaar en ouder die ≥ 10 geneesmiddelen gebruiken en kwetsbaar zijn. Ten tweede is met behulp van landelijke cijfers een schatting gemaakt van het verwachte aantal ouderen met polyfarmacie in een huisartsenpraktijk van gemiddelde omvang en in een normpraktijk.

Waar mogelijk is gebruik gemaakt van de BIA die is uitgevoerd bij de vorige versie van de richtlijn (mei 2012). Dit betreft onder andere de kosten van de medicatiebeoordeling. De gehanteerde waarden voor de verschillende variabelen zijn samengevat in tabel 1.

Omvang populatie polyfarmacie landelijk

De exacte omvang van de populatie patiënten met polyfarmacie varieert afhankelijk van de definitie van polyfarmacie. Het jaar 2018 is gebruikt als basisjaar, omdat dit het meest recente jaar was waarover gegevens beschikbaar waren. Het aantal patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen, gedefinieerd als patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen en/of met vastgestelde kwetsbaarheid is naar schatting ongeveer 500.000 in Nederland. Het gaat hierbij om de som van het aantal personen ≥ 75 jaar dat >10 middelen gebruikt en het aantal personen ≥ 75 jaar dat 5-9 middelen gebruikt en kwetsbaar is.

De aanbevelingen in de richtlijn gaan over de populatie van mensen die 10 of meer geneesmiddelen gebruiken. De GIP-databank hanteert andere afkapwaarden en rapporteert onder andere het aantal mensen dat 5-9 geneesmiddelen gebruikt en het aantal mensen dat meer dan 10 geneesmiddelen gebruikt. Er zijn via de GIP-databank geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen van ≥ 75 jaar dat 2-4 middelen gebruikt. Het aantal van 500.000 geeft dus mogelijk een onderschatting van de omvang van de populatie die volgens de aanbevelingen in aanmerking komt voor MBO.

Tabel 2. Aantal ouderen met polyfarmacie (landelijke cijfers)

Populatie	Aantal personen
Aantal personen ≥ 75 jaar met > 5 middelen	833.700
Aantal personen ≥ 75 jaar met >10 middelen	319.814
Aantal personen ≥ 75 jaar met 5-9 middelen en kwetsbaar (35%)	179.860
Aantal mensen dat in aanmerking komt voor MBO	499.674

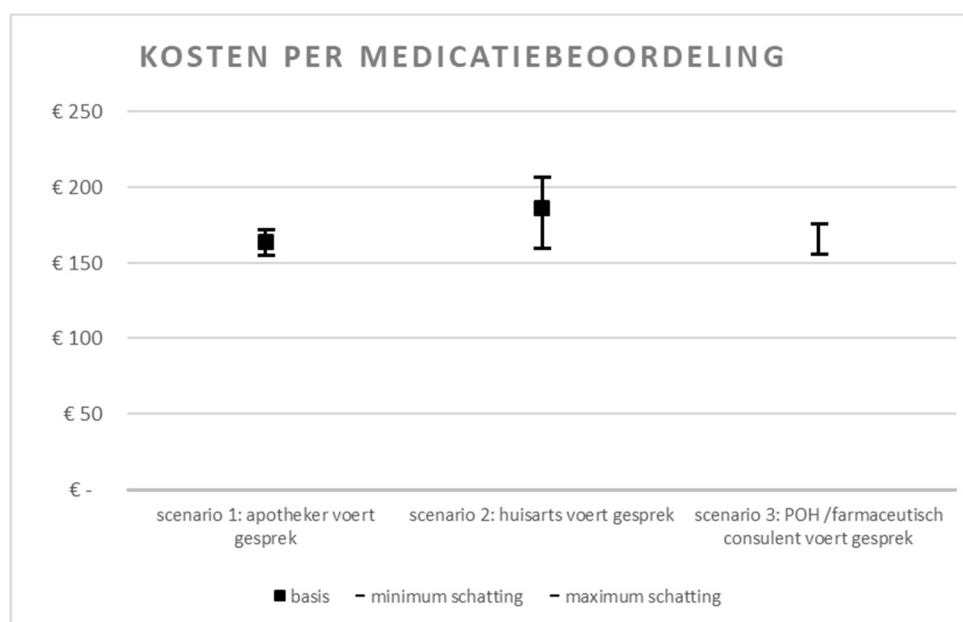
Kosten medicatiebeoordeling

Voor het bepalen van de kosten van een medicatiebeoordeling zijn de gegevens van de BIA uit 2012 gebruikt en omgerekend naar het prijspeil van 2018 met behulp van Consumentenprijzen (CPI) van het CBS. De kosten zijn bepaald door schattingen van tijdsbestedingen van diverse betrokken zorgprofessionals te combineren met kostprijzen per uur. Deze zijn bepaald volgens de handleiding kosten-onderzoek van het CVZ (Hakkaart-van Roijen 2011).

Voor de tijdsbesteding voor MBO, waarbij het gesprek met de patiënt door een huisarts of door een farmaceutisch consultant en/of praktijkondersteuner (POH) wordt gevoerd, is uitgegaan van dezelfde scenario's als in de BIA uit 2012. Hierin waren drie scenario's opgesteld voor de organisatie van een medicatiebeoordeling. In het eerste scenario voert de betrokken apotheker de meeste taken en processen uit. In het tweede scenario voert de huisarts het gesprek met de patiënt. In het derde scenario is een farmaceutisch consultant en/of praktijkondersteuner (POH) betrokken die taken van de apotheker respectievelijk huisarts overneemt. Voor elk van de scenario's is een schatting gemaakt van de benodigde tijd. In deze BIA is voor de tijdsbesteding voor MBO waarbij het gesprek door een apotheker wordt gevoerd, uitgegaan van de gegevens uit het proefschrift van Sanne Verdoorn (2019). Hierin zijn metingen verricht van de benodigde tijd bij 294 patiënten bij wie een MBO is uitgevoerd.

Voor ieder scenario is de medicatiebeoordeling opgedeeld in een zestal processen: voorbereiding, patiëntgesprek, farmacotherapeutische analyse, bespreking met de huisarts, bespreking met de patiënt en administratie. Voor scenario's 1 en 2 is vervolgens een basisschatting, een minimum, en een maximum schatting van de tijdsbestedingen opgesteld en voor scenario 3 een minimum en maximum schatting (zie de tabellen in de bijlage). De huisarts heeft al een behandelrelatie met de patiënt opgebouwd. Daarom wordt ervan uitgegaan dat de huisarts minder tijd kwijt is met het patiëntgesprek dan de andere zorgverleners.

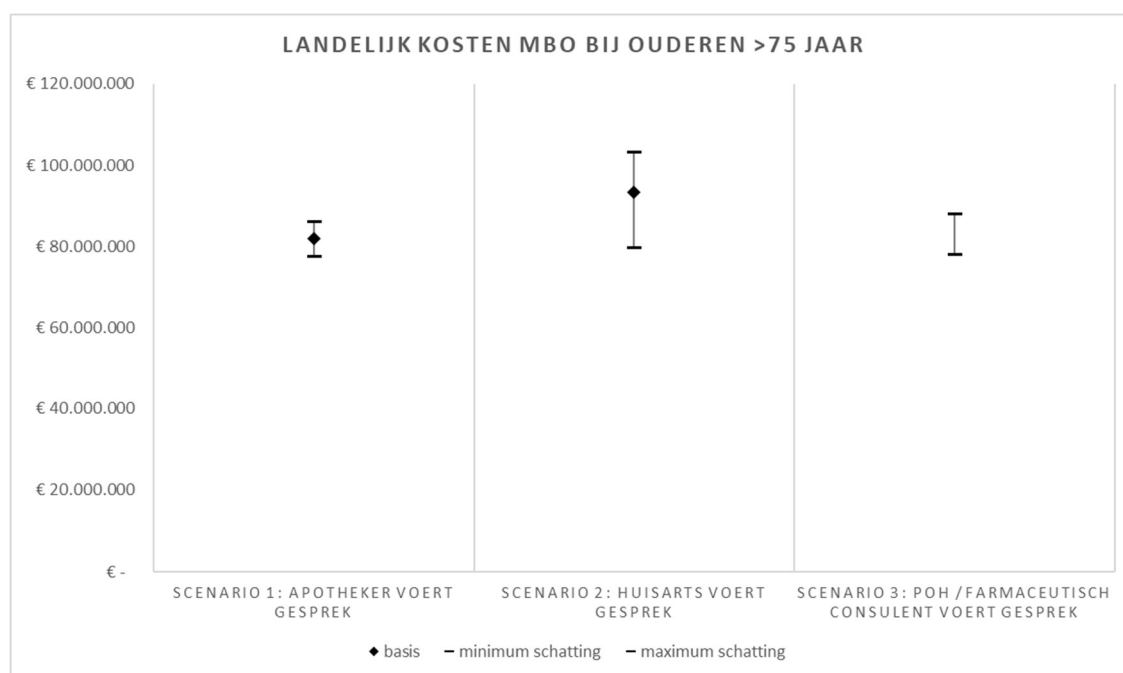
Voor het berekenen van de kosten van de medicatiebeoordeling zijn de schattingen van tijdsbestedingen vermenigvuldigd met de kosten per hulpverlener per uur. De resultaten van de kosten per medicatiebeoordeling zijn weergegeven in figuur 1. De berekeningen van de kosten per MBO gebaseerd op metingen (scenario 1) zijn nauwkeuriger dan de berekeningen gebaseerd op schattingen (scenario 2 en 3).



Figuur 1: gemiddelde kosten per medicatiebeoordeling, per scenario

Landelijke kosten medicatiebeoordeling

Wanneer de kosten per MBO worden vermenigvuldigd met schattingen van het aantal ouderen levert dat een schatting van de landelijke kosten van MBO bij ouderen van 75 jaar en ouder met een met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen (Figuur 2). De kosten voor MBO waarbij het gesprek met de patiënt door een huisarts wordt uitgevoerd, bij ouderen met een met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen liggen waarschijnlijk ergens tussen de €80.000.000 en €100.000.000. Als bij de MBO het gesprek met de patiënt door een apotheker wordt gedaan, liggen de kosten waarschijnlijk ergens tussen de €70.000.000 en €86.000.000. Zoals hierboven aangegeven zijn de geschatte kosten gebaseerd op metingen van tijdsbesteding (scenario 1) nauwkeuriger dan de berekeningen gebaseerd op schattingen van tijdsbesteding (scenario 2 en 3).



Figuur 2 Landelijke kosten van MBO bij ouderen van 75 jaar en ouder die > 10 geneesmiddelen gebruiken of ouderen van 75 jaar en ouder die 5-9 geneesmiddelen gebruiken en kwetsbaar zijn.

Omvang populatie ouderen met polyfarmacie per huisartsenpraktijk

Voor het maken van een schatting van het aantal ouderen met polyfarmacie in een huisartsenpraktijk, is gebruik gemaakt van de vastgestelde omvang van een normpraktijk door de NZA, het percentage van de Nederlandse populatie in de leeftijd 75 jaar en ouder (8%) uit CBS-gegevens en de landelijke cijfers over polyfarmacie in de GIP-databank. In een normpraktijk zijn naar schatting gemiddeld 168 mensen met een leeftijd van 75 jaar en ouder. Op basis van landelijke cijfers van de GIP-databank gebruikt naar schatting 24% van deze ouderen >10 middelen. Het aantal patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie, gedefinieerd als patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen en/of met vastgestelde kwetsbaarheid is naar schatting ongeveer 62 in een normpraktijk en 97 in een huisartspraktijk van een gemiddelde omvang.

Dit kan uiteraard variëren tussen praktijken, afhankelijk van de samenstelling van de populatie. De werkgroep schat in dat de berekende aantallen vrij hoog zijn en dat de variatie tussen de huisartspraktijken met een factor 2-3 kan verschillen. Voor de minimumschattingen zijn alle aantallen per groep gedeeld door 3.

Het aantal patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen, gedefinieerd als patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen en/of met vastgestelde kwetsbaarheid, in een normpraktijk ligt naar schatting tussen de 20 en 61. Het aantal patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen in een praktijk van gemiddelde omvang ligt naar schatting tussen de 33 en 97.

Tabel 3. Schatting aantal ouderen met polyfarmacie per huisartsenpraktijk op basis van landelijke prevalenties

	Normpraktijk (n=2095)		Praktijk gemiddelde omvang (n=3300)	
	Schatting laag	Schatting hoog	Schatting laag	Schatting hoog
Aantal patiënten ≥ 75 jaar, >5 middelen	34	102	54	161
Aantal patiënten ≥ 75 jaar, >10 middelen	13	39	21	62
Aantal patiënten ≥ 75 jaar, 5-9 middelen en kwetsbaar (35%)	7	22	12	35

Medicatie-evaluatie bij ouderen met beperkt risico

Naast deze patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen voor wie een MBO wordt aanbevolen, bestaat er een groep ouderen met een beperkt risico. Deze ouderen vallen niet onder de definitie “sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen” vallen (leeftijd >75 jaar, gebruik van >10 middelen en kwetsbaar), maar wel binnen de richtlijn (>65 jaar en >5 middelen). Volgens de aanbevelingen is het wenselijk als huisarts en apotheker bij deze patiënten andere vormen van medicatie-evaluatie, zoals bijvoorbeeld gerichte farmacotherapeutische analyse en gericht medicatieconsult inzetten.

Landelijk zijn er naar schatting 833.700 mensen van 75 jaar of ouder die meer dan 5 geneesmiddelen gebruiken. Ongeveer 500.000 ouderen (60%) daarvan hebben een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen: patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen en/of met vastgestelde kwetsbaarheid. De resterende 333.700 ouderen hebben een beperkt risico op farmacotherapie gerelateerde problemen. In een huisartsenpraktijk (normpraktijk - 2095 patiënten) is het aantal patiënten van 75 jaar en ouder dat >5 middelen gebruikt naar schatting tussen de 34 en 102 (Tabel 3). Het aantal patiënten met een matig verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen ligt waarschijnlijk tussen 14 en 41.

Conclusies

Het aantal ouderen met een risico op farmacotherapie gerelateerde problemen is hoog. Landelijk zijn er naar schatting 833.700 mensen van 75 jaar of ouder die meer dan 5 geneesmiddelen gebruiken. Ongeveer 500.000 mensen hebben een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen: patiënten van 75 jaar en ouder met chronisch gebruik van ≥ 10 geneesmiddelen én patiënten van 75 jaar en ouder en chronisch gebruik van 1-9 geneesmiddelen met vastgestelde kwetsbaarheden.

Het aantal patiënten met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie is naar schatting ongeveer tussen de 33 en 97 in een huisartsenpraktijk van gemiddelde omvang. Dit zal variëren tussen praktijken, afhankelijk van de samenstelling van de populatie. Gezien de omvang van deze populaties, zal naar verwachting een deel van de ouderen met een beperkt verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen in een jaar beoordeeld kunnen worden. Stel dat een huisarts gelegenheid heeft om 1 MBO per 2 weken uit te voeren, dan is ongeveer 1,5 tot 4 jaar nodig om bij al deze patiënten ten minste eenmaal het medicatiegebruik te beoordelen. Bij praktijken met veel kwetsbare ouderen zal de invoering van MBO wat langer duren dan bij praktijken met minder ouderen.

Als bij alle ouderen met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen jaarlijks een medicatiebeoordeling door een apotheker en een huisarts worden uitgevoerd, liggen de landelijke kosten waarschijnlijk ergens tussen de €80.000.000 en €100.000.000. Deze kosten hebben betrekking op een periode van 1,5 tot 4,5 jaar, de periode die nodig is om bij alle ouderen (75 jaar en ouder) met een sterk verhoogd risico op farmacotherapie gerelateerde problemen het medicatiegebruik tenminste eenmaal te kunnen beoordelen.

Referenties

- CBS. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table?dl=3F0E>
- GIP databank. Het aantal medicatie gebruikers per aantal geneesmiddelen, per leeftijdsklasse. via https://www.gipdatabank.nl/databank#/g/00-totaal/R_06_medicatie/gebr
- BIA 2012. Budget impact analyse bij richtlijn polyfarmacie versie 2011. Via www.richtlijnedatabase.nl
- LHV. Feiten en cijfers huisartsenzorg. via <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg%20>
- Metzelthin SF, Daniëls R, van Rossum E, et al. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health. 2010;10:176.
- RIVM. 2015. Factsheet. Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid?
- SCP. Kwetsbare Ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
- Sinnige E. J. 2017. Multimorbidity and medication management in general practice; a challenge for GPs.
- Sullivan et al. 2014. Budget Impact Analysis—Principles of Good Practice: Report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II TaskForce. ISPOR TASKFORCE REPORT. VALUE IN HEALTH 17; 5–14
- Verdoorn S. Clinical medication review: one step beyond. Computer rules or personal goals? Proefschrift. Ridderprint B.V. 2019
- Zorginstituut Nederland. 2016. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Via www.zorginstituutnederland.nl

Bijlagen

Bijlage 1. Tijdsbesteding scenario 1, openbaar apotheker voert het patiëntgesprek			
	Tijd in minuten apotheker	Tijd in minuten huisarts	Tijd in minuten farmaceutisch consultant
Langzame schatting			
Totaal	112	13	8
Basisschatting			
Vorbereiding	13		5
Patiënt gesprek	50		
Farmacotherapeutische analyse	12		
Bespreking met huisarts	11	12	
Nabespreken met patiënt	16		
Administratie	5		2
Totaal	107	12	7
Snelle schatting			
Totaal	102	11	6

Bijlage 2. Tijdsbesteding scenario 2, huisarts voert het patiëntgesprek		
	Tijd in minuten apotheker	Tijd in minuten huisarts
Langzame schatting		
Vorbereiding	10	10
Patiënt gesprek		30
Farmacotherapeutische analyse	30	
Bespreking met huisarts	15	15
Nabespreken met patiënt		10
Administratie	25	10
<i>Totaal</i>	<i>80</i>	<i>75</i>
Basisschatting		
Vorbereiding	10	10
Patiënt gesprek		25
Farmacotherapeutische analyse	30	
Bespreking met huisarts	15	15
Nabespreken met patiënt		10
Administratie	15	10
<i>Totaal</i>	<i>70</i>	<i>70</i>
Snelle schatting		
Vorbereiding	10	10
Patiënt gesprek		20
Farmacotherapeutische analyse	15	
Bespreking met huisarts	15	15
Nabespreken met patiënt		10
Administratie	15	10
<i>Totaal</i>	<i>55</i>	<i>65</i>

Bijlage 3. Tijdsbesteding scenario 3, farmaceutisch consultant of praktijkondersteuner huisarts (POH) voert het patiëntgesprek

	Tijd in minuten apotheker	Tijd in minuten huisarts	Tijd in minuten FC of POH
Langzame schatting			
Vorbereiding			15
Patiënt gesprek en terugkoppeling naar apotheker			50
Farmacotherapeutische analyse	30		
Bespreking met huisarts	15	15	
Nabespreken met patiënt			15
Administratie	15	10	
<i>Totaal</i>	<i>60</i>	<i>25</i>	<i>80</i>
Snelle schatting			
Vorbereiding			15
Patiënt gesprek en terugkoppeling naar apotheker			50
Farmacotherapeutische analyse	15		
Bespreking met huisarts	15	15	
Nabespreken met patiënt			15
Administratie	15	10	
<i>Totaal</i>	<i>45</i>	<i>25</i>	<i>80</i>