

## Generieke kosten medicatiebeoordeling

Een instrument om te komen tot afspraken



KNMP

Barneveld, 27 januari 2014

Referentie: 13.329/LK/wilbe

Versie: Definitief

Auteur(s): Loes Koster, Tom Hoeben, Coby Peeters, Ruud Plu

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond, aanleiding en doelstelling onderzoek	3
1.2	Uitgangspunten	3
<b>2.</b>	<b>De kosten van een gangbare medicatiebeoordeling variëren in de praktijk</b>	<b>5</b>
2.1	Door experts geïdentificeerde variaties in werkwijze, laten verschillen in benodigde tijd zien	5
2.2	Uurprijzen zijn bepaald op basis van gangbare methodiek en openbare bronnen	6
2.3	De generieke kostprijs is de combinatie van tijdsbesteding en uurtarief	7
2.4	Bronnen van variatie als leidraad voor gesprek	7
<b>3.</b>	<b>Medicatiebeoordelingsproces vertaald naar waarneembare activiteiten</b>	<b>9</b>
3.1	Het proces medicatiebeoordeling	9
3.2	Identificering van kenmerken van het proces medicatiebeoordeling	10
3.3	Beschrijving van het proces medicatiebeoordeling	11
3.4	Vertaling van richtlijn naar waarneembare activiteiten en rolverdeling	12
<b>4.</b>	<b>Inschatting tijdsbesteding gebaseerd op variaties in werkwijze</b>	<b>13</b>
4.1	Leeswijzer bij dit hoofdstuk	13
4.2	Methodiek: tijdsbestedingonderzoek op basis van expertinput	13
4.3	Oorzaken van verschillen in tijdsbesteding	13
4.4	Variaties in de uitvoeringspraktijk	14
4.5	Tijdsinschattingen per processtap	16
4.6	Consensusinschatting totale tijdsbesteding	21
<b>5.</b>	<b>Overwegingen en vooruitblik</b>	<b>22</b>
5.1	Mogelijk te behalen efficiëntiewinst en kwaliteitsverbeteringen	22
5.2	Het proces van patiëntselectie	23
5.3	Handvatten voor de ontwikkeling van een kader voor afspraken over andere prestaties	24
<b>A.</b>	<b>Referenties en geraadpleegde bronnen</b>	<b>25</b>
<b>B.</b>	<b>Deelnemers aan dit onderzoek</b>	<b>26</b>
<b>C.</b>	<b>Onderbouwing uurprijs professionals</b>	<b>27</b>

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond, aanleiding en doelstelling onderzoek

01 De afgelopen jaren is in gezamenlijke afstemming tussen betrokken beroepsgroepen veel tijd gestoken in het opstellen van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. In deze richtlijn zijn aanbevelingen vastgelegd voor het uitvoeren van een periodieke beoordeling van de farmacotherapie (medicatiebeoordeling). De KNMP heeft in navolging van de multidisciplinaire richtlijn samen met haar leden, in afstemming met huisartsen en specialisten, de KNMP-richtlijn 'Medicatiebeoordeling' opgesteld. Daarin zijn aanbevelingen voor specifieke taken van de openbaar apotheker bij deze zorg opgenomen, in het geval apothekers de regie hebben. Parallel aan de ontwikkeling van deze richtlijnen worden uitkomstindicatoren ontwikkeld.

02 Apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars kunnen samen afspraken maken over de hoogte van het tarief voor medicatiebeoordeling<sup>1</sup>. Een medicatiebeoordeling is op dit moment wettelijk verzekerde zorg en valt onder de basispolis. Wanneer deze zorg wordt gefactureerd door de apotheker, kan deze onder het eigen risico van de patiënt vallen.

03 Om in de onderhandelingen te komen tot afspraken over een tarief voor medicatiebeoordeling is een realistisch kader nodig ten aanzien van het proces van medicatiebeoordeling, de benodigde tijdsbesteding en de daaraan verbonden kosten. Dit rapport beoogt dit kader te schetsen. Het geeft aanknopingspunten die verzekeraars, apothekers en huisartsen kunnen gebruiken in de contractbesprekingen. Waar in dit rapport gesproken wordt over afspraken die volgen uit deze besprekingen, wordt bedoeld afspraken tussen individuele contractpartijen en geen collectieve afspraken.

04 Vanuit deze achtergrond is de kernvraag in dit rapport: "Wat zijn de generieke kosten voor een gangbare en richtlijnconforme medicatiebeoordeling en welke redenen voor variatie kunnen bespreekpunten zijn in de contractbesprekingen?"

## 1.2 Uitgangspunten

05 De prestatie medicatiebeoordeling is een relatief nieuwe prestatie en de uitvoering van medicatiebeoordelingen is in veel apotheken nog in ontwikkeling. Voor het scheppen van een realistisch kader, zou het breed meten van de huidige tijdsbesteding en kosten daarom ontoereikend zijn. Dan kan onvoldoende rekening worden gehouden met gewenste kwalitatieve ontwikkelingen en mogelijk nog te realiseren efficiëntie van het proces. Om die reden hebben wij in dit onderzoek gekozen voor een normatieve aanpak op basis van expertinput, met aandacht voor bronnen van variatie in de lokale praktijk.

<sup>1</sup> De prestatie medicatiebeoordeling is opgenomen in het NZa beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg' (vanaf 1-1-2014 is dat beleidsregel BR/CU-5102).

06 Gegeven de hierboven geschetste achtergrond, zijn in het onderzoek de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- a. Procesmatig:
  - i. Het tijdsbestedingsonderzoek vindt plaats op basis van expertinput. Expertinput wordt verkregen van apothekers, apothekersassistenten en huisartsen tijdens expertgroepbijeenkomsten. De experts zijn ervaringsdeskundigen en voeren regelmatig medicatiebeoordelingen uit;
  - ii. Uurprijzen van verschillende functies worden inzichtelijk gemaakt op basis van bestaande normen en openbare bronnen;
  - iii. De onderzoeksaanpak en de uitkomsten worden ter toetsing voorgelegd aan een klankbordgroep met vertegenwoordigers van apothekersorganisaties en zorgverzekeraars (zie bijlage B).
- b. Inhoudelijk:
  - i. De KNMP-richtlijn medicatiebeoordeling vormt de basis voor het onderzoek. Deze richtlijn is ontwikkeld voor de situatie waarin de apotheker de regie voert. Het uitgangspunt van het onderzoek is daarmee dat de apotheker eindverantwoordelijk is voor het gehele proces en het proces regisseert en coördineert;
  - ii. De focus ligt op een 'gangbaar' proces. Een gangbaar proces is de werkwijze in de huidige praktijk binnen de KNMP-richtlijn, bij reguliere openbare apotheken, vanuit een lokale setting;
  - iii. Een gangbaar proces kent variaties die wij inzichtelijk hebben gemaakt;
  - iv. Voordat een medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd, vindt patiëntselectie plaats. Deze patiëntselectie valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek (zie voor een nadere toelichting paragraaf 3.3). De experts hebben wel aangegeven op welke wijze patiëntselectie op dit moment in de praktijk plaatsvindt. In hoofdstuk 5 gaan wij daar nader op in;
  - v. Reistijd blijft buiten beschouwing in het tijdsbestedingsonderzoek (zie voor nadere toelichting kader 2 in paragraaf 4.5).

07 Dit rapport bevat geen tariefadvies. Het rapport legt de focus op een methodiek die partijen kunnen hanteren om tot afspraken te komen. Waar in dit rapport berekeningen zijn opgenomen is ook beschreven welke aannames daarbij zijn gemaakt en welke variaties daarbij relevant kunnen zijn. Daarmee biedt dit rapport een generiek kader met een methodiek en veel referentiegegevens om op individueel niveau tot overeenstemming te komen over een tarief voor medicatiebeoordeling. Zorgverzekeraars, apothekers en huisartsen kunnen samen kijken hoe de generieke kostenonderbouwing uit dit rapport kan worden aangepast voor de de eigen specifieke werkwijze en implementatie daarvan.

## 2. De kosten van een gangbare medicatiebeoordeling variëren in de praktijk

08 De generieke kosten voor een medicatiebeoordeling volgen uit een combinatie van geschatte tijdsbesteding en indicatieve uurprijzen<sup>2</sup> van de verschillende betrokken professionals. Binnen het proces van een gangbare medicatiebeoordeling kunnen variaties in werkwijzen bestaan, waardoor soms meer of minder tijd nodig is. Ook is variatie mogelijk in de uurprijzen van de verschillende betrokken professionals.

### 2.1 Door experts geïdentificeerde variaties in werkwijze, laten verschillen in benodigde tijd zien

09 Uitgangspunt van dit onderzoek is een gangbare medicatiebeoordeling conform de richtlijn van KNMP. Vanuit deze richtlijn is op basis van expertinput een procesbeschrijving opgesteld waarin de stappen, informatiestromen en rollen nader zijn uitgewerkt. Deze procesbeschrijving is opgenomen in hoofdstuk 3 en vormt de basis voor de door experts geschatte tijdsbesteding en de variaties die daarbij zijn geïdentificeerd. Conform de uitgangspunten in paragraaf 1.2, is patiëntselectie die voorafgaand aan een medicatiebeoordeling plaatsvindt, daarbij buiten beschouwing gelaten en zijn reistijden niet meegeteld bij de schatting van de tijdsbesteding.

10 Een gangbare medicatiebeoordeling kost een apotheker, op basis van de uitkomsten uit dit onderzoek, circa 1,5 uur per patiënt. Een huisarts besteedt daarnaast ongeveer 20 minuten per patiënt. In de uitvoering van een medicatiebeoordeling kosten de farmacotherapeutische anamnese en de farmacotherapeutische analyse voor een apotheker de meeste tijd (samen ruim 65% van de totale tijd). Op dit moment voeren de meeste apothekers en huisartsen zelf alle stappen uit. Op termijn is taakdelegatie naar een farmaceutisch consulent, apothekersassistent en/of praktijkondersteuner huisarts (POH-er) binnen de richtlijn mogelijk (zie ook paragraaf 5.1)<sup>3</sup>, maar in de praktijk komt dat nu nog niet tot nauwelijks voor.

11 Voor elk van de processtappen geldt dat de bestede tijd afhankelijk is van de wijze waarop de medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd. Belangrijke factoren zijn automatisering en de wijze waarop gesprekken met de patiënt en de arts plaatsvinden. De meeste van de geïdentificeerde variaties in uitvoering zijn conform de richtlijn medicatiebeoordeling. Op dit moment komt het in de praktijk echter ook voor dat een enkele stap in het proces niet richtlijnconform plaatsvindt. Deze niet-richtlijnconforme variaties zijn buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van de benodigde tijd en daarmee van de generieke kosten, maar benoemen wij wel in dit rapport (zie tabel 1). Tabel 1 geeft een overzicht van de tijdsbesteding per processtap en de bepalende factoren voor variatie in bestede tijd. In hoofdstuk 4 lichten wij de variaties in tijdsbesteding nader toe.

<sup>2</sup> Op basis van de laatst beschikbare kostenberekeningen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en vigerende CAO's (zie bijlage C).

<sup>3</sup> Taakdelegatie aan de apothekersassistent zal in een beperkt aantal (eenvoudige) situaties mogelijk zijn en is afhankelijk van de competenties van de assistent.

Componenten	Functies		Taakdelegatie mogelijk binnen KNMP-richtlijn?*	Bepalende factoren voor variatie in tijd binnen richtlijn	Bepalende factoren voor variatie in tijd niet richtlijnconform / specifieke situatie (buiten beschouwing gelaten in tijdsbesteding)
	Apotheker	(Huis)arts			
<b>Tijdsbesteding (minuten)</b>	<i>minuten</i>	<i>minuten</i>			
1. Verzamelen gegevens	8	4	1. Ja	1. Mate van digitalisering (automatisch laden gegevens tot verzameling op papier)	1. -
2. Farmacotherapeutische anamnese	35		2. Nee	2. Plaats gesprek (thuis/apotheek)	2. Telefonische anamnese: 20 minuten (buiten RL) Gesprek met zorgverlener: 15 minuten (specifiek)
3. Farmacotherapeutische analyse	23		3. Nee	3. Mate van digitalisering (wel/geen geprogrammeerde beslisregels)	3. -
4. Opstellen en vastleggen behandelplan	9	9	4. Nee	4. Besprekingsvorm arts-apo (f-t-f groep patiënten/ f-t-f individuele patiënt/ per e-mail/telefoon)	4. -
5. Vaststellen behandelplan met patiënt	8	8	5. Ja <sup>a</sup>	5. -	5. -
6. Follow-up (evalueren)	5		6. Ja <sup>a</sup>	6. -	6. Geen evaluatie: 0 minuten (buiten RL)
<b>7. Totaal</b>	<b>88</b>	<b>21</b>			

Apo = apotheker  
f-t-f: Face-to-face

\* Taakdelegatie aan de apothekersassistent zal in een beperkt aantal (eenvoudige) situaties mogelijk zijn en is afhankelijk van de competenties van de assistent.

Tabel 1. Tijdsbesteding per functie per stap in de medicatiebeoordeling en bepalende factoren voor variatie in tijd

## 2.2 Uurprijzen zijn bepaald op basis van gangbare methodiek en openbare bronnen

12 In dit onderzoek is voor de indicatieve berekening van de uurprijzen voor de verschillende betrokken functies (tabel 2) de gangbare methodiek van kostprijsbepaling gehanteerd op basis van cijfers uit openbare bronnen. De gegevens uit openbare bronnen zijn gehanteerd als normatieve waarden.

13 De gehanteerde uurprijzen zijn inclusief een normatieve opslag voor 'indirecte kosten' en een correctie voor een normatief aantal besteedbare uren per functie per jaar<sup>4</sup>. De normatieve waarden voor deze componenten zijn gebaseerd op de normwaarden zoals gehanteerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de laatst beschikbare kostenberekeningen. De loonkosten zijn gebaseerd op de huidige cao's en richtlijnen. In bijlage C is voor de uurprijs van de verschillende functies een transparante onderbouwing gegeven. Deze onderbouwing biedt handvatten voor besprekingen tussen zorgverzekeraar, apotheker en huisarts.

14 Variatie in de uurprijs van apothekers ontstaat door verschillen in aanstelling van apothekers. De uurprijzen zijn € 112,- voor de gevestigd apotheker als eigenaar van de apotheek, € 103,- voor de gevestigd apotheker in loondienst en € 80,- voor de tweede apotheker in loondienst. Huisartsen kennen dezelfde variatie. De indicatieve uurprijs voor een huisartseigenaar is € 106,- en in overeenstemming met de CAO Hidha is deze € 97,- voor een huisarts in loondienst. Tabel 2 geeft een overzicht van de indicatieve uurprijzen.

<sup>4</sup> Uurprijs = ( loonkosten \* opslag voor indirecte kosten )/norm besteedbare uren

Functies					Bepalende factoren voor variatie in tijd en kosten, binnen richtlijn
Apotheker		Farmaceutisch consultant	Apothekers-assistent	Huisarts	
Uurprijs prijspeil 2014 €/uur	Gevestigd apotheker, eigenaar	€ 112	€ 53	€ 44	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanstelling apotheker/huisarts</li> <li>• Loonkosten</li> <li>• Normopslag indirecte kosten</li> <li>• Norm besteedbare uren</li> </ul>
	Gevestigd apotheker in loondienst	€ 103			
	Tweede apotheker in loondienst	€ 80			
				Huisartseigenaar € 106 Huisarts in loondienst € 97	€ 49

Tabel 2. Indicatieve uurprijzen per functie, bepaald op basis van normatieve waarden uit openbare bronnen

### 2.3 De generieke kostprijs is de combinatie van tijdsbesteding en uurtarief

<sup>15</sup> Een generieke kostprijs is gelijk aan de som van de tijdsbesteding (tabel 1) maal de uurprijs per functie (tabel 2). Ter illustratie werken wij in deze paragraaf een voorbeeld uit, waarbij wij uitgaan van een gemiddelde uurprijs over de verschillende apothekersfuncties en huisartsfuncties. De weegfactor die wij hierbij voor de apothekersuurprijs hanteren, is gelijk aan de verhouding in het voorkomen van de verschillende apothekerfuncties onder openbare apotheken in Nederland<sup>5</sup>, ervan uit gaande dat alle apothekersfuncties even vaak medicatiebeoordelingen uitvoeren. De gemiddelde uurprijs voor een apotheker komt dan uit op € 99,-. Dezelfde methode hebben wij toegepast voor de bepaling van de uurprijs van de huisarts, waarbij wij hebben gemiddeld tussen de uurprijs van huisartseigenaren en huisartsen in loondienst<sup>6</sup>. Deze gewogen gemiddelde uurprijs voor huisartsen is € 105,-. Als wij uitgaan van inzet van alleen de apotheker en de huisarts, conform tabel 1, is de som voor de generieke kostprijs als volgt:

$$\text{Generieke kostprijs} = \text{€ } 99,- \times (88 \text{ minuten} / 60) + \text{€ } 105,- \times (21 \text{ minuten} / 60) = \text{€ } 182,-.$$

Uitgaande van een regiefunctie bij de apotheker (zie paragraaf 1.2 en tabel 1), zijn de kosten in dit voorbeeld € 145,- voor de apotheker en € 37,- voor de huisarts.

### 2.4 Bronnen van variatie als leidraad voor gesprek

<sup>16</sup> Binnen het proces van een gangbare medicatiebeoordeling kunnen variaties in werkwijzen bestaan, waardoor soms meer of minder tijd nodig is. Ook is variatie mogelijk in de uurprijzen van de verschillende betrokken professionals. Tabel 3 geeft een overzicht van de bronnen van variatie, met verwijzing naar de paragraaf, tabel of bijlage in dit rapport waarin deze variatie nader is beschreven. Deze lijst kan dienen als handvat bij besprekingen gericht op tariefafspraken tussen contractpartijen.

<sup>5</sup> Op 1 januari 2013 waren er 719 (26%) gevestigd apothekers met een apotheek in eigendom, 1.262 (45%) gevestigd apothekers in loondienst en 820 (29%) tweede apothekers (Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en Feiten 2013).

<sup>6</sup> In 2012 waren er 7.893 (89%) zelfstandig gevestigde huisartsen en 986 (11%) huisartsen in loondienst (Bron: Nivel huisartsenregistratie 2012, databank thema 'Functie en geslacht').

Bronnen van variatie	Verwijzing
<p><b>Variatie die in dit rapport is gekwantificeerd:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatiseringsgraad bij het verzamelen van gegevens</li> <li>• Locatie waar face-to-face gesprek plaatsvindt</li> <li>• Alternatieven voor het face-to-face contact</li> <li>• Automatiseringsgraad bij farmacotherapeutische analyse en vastlegging</li> <li>• Besprekingsvorm tussen arts en apotheker ten behoeve van opstellen en vastleggen behandelplan</li> <li>• Wel of niet uitvoeren van follow-up (evaluatie)</li> <li>• Uurprijzen per functie, met onderliggende componenten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanstellingsvorm apotheker en huisarts</li> <li>• Loonkosten</li> <li>• Opslag voor indirecte kosten</li> <li>• Norm besteedbare uren</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tabel 6 Tabel 7 Tabel 7 Tabel 8  Tabel 9  Tabel 11 Tabel 2 en Bijlage C</p>
<p><b>Overige bronnen van variatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntkenmerken in een populatie, waaronder sociaal maatschappelijke kenmerken, in het geval deze niet in alle apotheken voorkomen</li> <li>• Ervaringsniveau van de apotheker</li> <li>• Samenwerking tussen apotheker en huisarts</li> <li>• Taakdelegatie door apotheker en huisarts</li> </ul>	<p>Paragraaf 4.3  Paragraaf 4.3 en 5.1 Paragraaf 4.3 en 5.1 Tabel 1 en paragraaf 5.1</p>

Tabel 3. Overzicht bronnen van variatie



### 3. Medicatiebeoordelingsproces vertaald naar waarneembare activiteiten

17 Voor de bepaling van de tijdsbesteding is de KNMP-richtlijn ‘Medicatiebeoordeling’ vertaald naar processtappen en gevisualiseerd in een processchema. In dit hoofdstuk geven wij eerst het door de experts gevalideerde processchema weer, waarna wij beschrijven hoe wij vanuit kenmerken van het proces zijn gekomen tot de beschrijving van het proces met waarneembare activiteiten inclusief de rolverdeling tussen apotheker, huisarts en patiënt in dit proces.

#### 3.1 Het proces medicatiebeoordeling

18 In figuur 1 is het proces medicatiebeoordeling gevisualiseerd met de IDEF3 standaard<sup>7</sup>. Daarbij zijn tevens activiteiten weergegeven die te maken hebben met informatieverwerking en het gebruik van geautomatiseerde systemen. Denk daarbij aan vastlegging van gegevens in het apotheker informatiesysteem (AIS) of een separaat medicatiebeoordelingssysteem (MBS), of aan het opvragen van gegevens uit het huisarts informatiesysteem (HIS) of van andere zorgverleners via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Voor elke stap is uitvoering door de apotheker de ‘standaard’. Als er andere personen in een stap zijn betrokken, is dat in figuur 1 beeldend weergegeven.

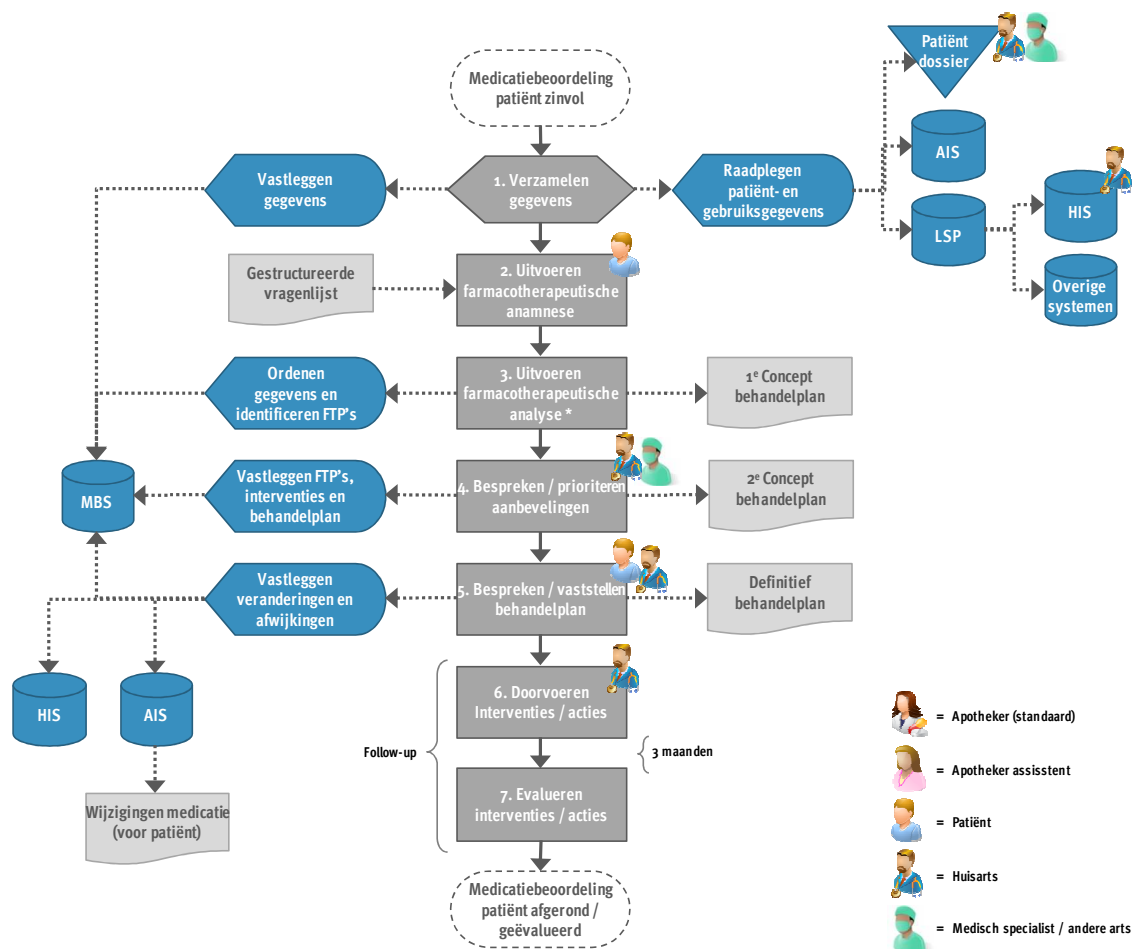
19 Zoals wij in hoofdstuk 2 hebben benoemd, bestaan in de praktijk variaties en uitzonderingen op de uitvoering van het proces medicatiebeoordeling. Deze zijn niet opgenomen in het processchema, zodat het proces in grote lijnen voor alle apothekers in Nederland herkenbaar is, conform de KNMP-richtlijn. De variaties in de praktijk zijn wel meegenomen bij de inventarisatie van de tijdsbesteding (zie hoofdstuk 4).

20 Het processchema uit figuur 1 is ontwikkeld in drie stappen, die wij nader toelichten in de volgende paragrafen:

- a. Identificering van kenmerken van het proces medicatiebeoordeling;
- b. Beschrijving van het proces medicatiebeoordeling;
- c. Vertaling van richtlijn naar waarneembare activiteiten en rolverdeling.

21 Vanzelfsprekend is het processchema uitgebreid besproken en gevalideerd met de expertgroep. Opmerkingen en aanpassingen die daaruit voortkwamen, zijn in het processchema verwerkt.

<sup>7</sup> IDEF3 ('Integration Definition') is een wereldwijde standaardmethodiek voor visualisatie van processchema's.



\*) In sommige gevallen komen geen farmacorelatiegerelateerde problemen (FTP's) naar voren. In dat geval stopt het medicatiebeoordelingsproces. Er vindt doorgaans terugkoppeling hierover plaats van apotheker naar huisarts / medisch specialist.

AIS = Apotheker informatiesysteem  
 HIS = Huisarts informatiesysteem  
 LSP = Landelijk schakelpunt  
 MBS = Medicatiebeoordelingssysteem. Ook wel review systeem

Figuur 1. Processchema medicatiebeoordeling

### 3.2 Identificering van kenmerken van het proces medicatiebeoordeling

22 Bezien vanuit het vakgebied procesmanagement, zijn aan het proces medicatiebeoordeling een aantal kenmerken toe te schrijven die van belang zijn om een gemeenschappelijk beeld te vormen van het proces:

- a. Contextuele kenmerk:
  - i. Het proces medicatiebeoordeling is een conditioneel proces: het proces medicatiebeoordeling komt namelijk niet bij elke patiënt voor, maar bij een specifieke groep van patiënten die voldoet aan een aantal kenmerken.
- b. Proceskenmerken:
  - i. Het proces medicatiebeoordeling leidt tot een bepaald doel of resultaat (output) waarvoor bepaalde mensen en middelen nodig zijn en dat afhankelijk is van resultaten van voorgaande processen. In veel gevallen betreft dit resultaat een aanpassing van de medicatie;

- ii. Het proces medicatiebeoordeling heeft, zoals elk proces, altijd een start- en eindpunt en kan volgen op een ander proces of juist een ander proces laten starten. Tussen start- en eindpunt liggen opeenvolgende activiteiten;
- iii. Het proces medicatiebeoordeling kent in de praktijk variaties en uitzonderingen, bijvoorbeeld ten aanzien van de volgorde waarin processtappen worden uitgevoerd, de betrokken functies of de wijze van informatieverwerking. In hoofdstuk 4 gaan wij hier verder op in;
- iv. Het proces medicatiebeoordeling heeft een proceseigenaar en -regisseur. De KNMP-richtlijn gaat er vanuit dat zowel het eigenaarschap als de regie van het proces medicatiebeoordeling bij de apotheker ligt. Dit betekent dat de apotheker eindverantwoordelijk is voor het gehele proces maar ook het proces regisseert en coördineert. Het is echter mogelijk dat op lokaal niveau de apotheker en huisarts hierover andere afspraken maken.

### 3.3 Beschrijving van het proces medicatiebeoordeling

23 Op basis van de KNMP-richtlijn en de in de vorige paragraaf beschreven kenmerken, kan het proces medicatiebeoordeling op hoofdlijn als volgt worden beschreven:

- **Doel:** het optimaliseren van de bestaande farmacotherapeutische behandeling van een patiënt om verergering van aandoeningen of complicaties (door farmacotherapeutische behandelingen of door aandoeningen zelf) te voorkomen. Tevens het bevorderen van zelfmanagement van de patiënt;
- **Voorafgaand proces:** selectie van patiënten die in aanmerking komen voor medicatiebeoordeling. Resultaat van dit proces is een overzicht van patiënten waarvoor medicatiebeoordeling zinvol is;
- **Start proces medicatiebeoordeling:** 'medicatiebeoordeling patiënt is zinvol';
- **Activiteiten** (volgens KNMP richtlijn):
  1. Voorbereiden: verzamelen gegevens;
  2. Farmacotherapeutische anamnese;
  3. Farmacotherapeutische analyse;
  4. Opstellen behandelplan;
  5. Vaststellen behandelplan met de patiënt;
  6. Follow-up;
- **Eind:** 'medicatiebeoordeling patiënt is afgerond/geëvalueerd';
- **Variaties en uitzonderingen:** deze worden in beeld gebracht bij de inventarisatie van de tijdsbesteding per functie per processtap in hoofdstuk 4.

In lijn met de in hoofdstuk 1 benoemde uitgangspunten, vormt 'patiëntselectie' geen onderdeel van het proces medicatiebeoordeling, maar is dit als voorafgaand proces benoemd. Deze keuze heeft de volgende achtergronden:

- De KNMP-richtlijn beschouwt de selectie van de patiënten als voorbereidende werkzaamheden voordat het feitelijke proces medicatiebeoordeling daadwerkelijk start;
- De aard van het proces van patiëntselectie is anders dan de aard van het proces medicatiebeoordeling: de selectie van een patiënt vindt niet per medicatiebeoordeling plaats, maar voor een groep patiënten tegelijkertijd of op ad-hoc-basis (zie hoofdstuk 5).

Kader 1. Patiëntselectie maakt geen onderdeel uit van het proces medicatiebeoordeling

### 3.4 Vertaling van richtlijn naar waarneembare activiteiten en rolverdeling

24 Om de tijdsbesteding van het proces medicatiebeoordeling te kunnen inventariseren, is het van belang waarneembare activiteiten te kunnen benoemen en wie daarin een rol speelt. Daarvoor is het nodig om de activiteiten uit de KNMP-richtlijn te vertalen naar waarneembare activiteiten. Bijvoorbeeld de activiteit 'Follow-up' is lastig waarneembaar, omdat deze activiteit bestaat uit meerdere losse activiteiten (het *doorvoeren* van de interventies/acties en het, drie maanden later, *evalueren* van interventies/acties). De vertaling van de KNMP-richtlijn leidt tot de volgende waarneembare activiteiten:

A	B			
Medicatiebeoordeling KNMP-richtlijn	Medicatiebeoordeling Proces  ( <i>waarneembare activiteiten</i> )	Apotheker	Huisarts	Patiënt
1. Voorbereiden: verzamelen gegevens	1. Verzamelen gegevens	x	x	
2. Farmacotherapeutische anamnese	2. Uitvoeren farmacotherapeutische anamnese	x		x
3. Farmacotherapeutische analyse	3. Uitvoeren farmacotherapeutische analyse inclusief opstellen concept behandelplan	x		
4. Opstellen behandelplan	4. Bespreken/prioriteren behandelplan en aanbevelingen	x	x	
5. Vaststellen behandelplan met de patiënt	5. Bespreken/vaststellen behandelplan	x	x	x
6. Follow-up	6. Doorvoeren interventies/acties	x	x	x
	7. Evalueren interventies/acties	x		x

Tabel 4. Vertaling van KNMP-richtlijn naar waarneembare activiteiten<sup>8</sup>

25 De processtappen in kolom B in tabel 4 zijn de stappen die zijn opgenomen in het processchema in figuur 1. Alle processtappen omvatten tevens vastlegging en registratie van uitkomsten.

<sup>8</sup> Uitgangspunt van de KNMP-richtlijn is dat de apotheker de regie heeft bij de medicatiebeoordeling. Indien een andere richtlijn wordt gevolgd kan er sprake zijn van andere rolverdeling.

## 4. Inschatting tijdsbesteding gebaseerd op variaties in werkwijze

### 4.1 Leeswijzer bij dit hoofdstuk

26 De processtappen zoals beschreven in hoofdstuk 3 vormen de basis voor kwantificering van de benodigde tijd door experts. In dit hoofdstuk beschrijven wij allereerst de gehanteerde methodiek (paragraaf 4.2). Daarna gaan wij in op mogelijke oorzaken van verschillen in tijdsbesteding (paragraaf 4.3) en welke variaties in uitvoeringspraktijk voorkomen (paragraaf 4.4). Vervolgens is de expertschatting beschreven van de tijd die nodig is voor verschillende variaties in de uitvoeringspraktijk (paragraaf 4.5). Deze variaties zijn vervolgens door de experts samengevoegd tot een consensuschatting (paragraaf 4.6). Dit resulteert in de tijdschatting die de basis vormt van de generieke kosten van een gangbare medicatiebeoordeling zoals opgenomen in hoofdstuk 2.

### 4.2 Methodiek: tijdsbestedingonderzoek op basis van expertinput

27 Ter voorbereiding van de tweede expertbijeenkomst hebben alle deelnemers van de expertgroep een onderbouwde inschatting gemaakt van de tijd benodigd voor elke processtap en de varianten op deze processtappen (zie paragraaf 4.4). Daarbij hebben zij ook aangegeven welke functie de processtap uitvoert.

28 In de expertbijeenkomst zijn de individuele antwoorden naast elkaar gelegd. Door de onderbouwing en gemaakte aannames te bespreken, is de interpretatie van de verschillende processtappen aangescherpt. Dit heeft geleid tot een beeld van de variatie in tijdsbesteding in verschillende apotheken.

29 Vervolgens is de expertgroep op basis van de verschillende schattingen gekomen tot een consensuschatting. Deze kan gezien worden als een landelijk gemiddelde van de tijdsbesteding per processtap in een gangbare medicatiebeoordeling. Tevens zijn de experts gekomen tot een consensus over de mate waarin verschillende variaties in uitvoering voorkomen in de praktijk. De consensuschattingen van de expertgroep zijn inhoudelijk getoetst bij een groep huisartsen en de uitkomsten uit het tijdsbestedingsonderzoek zijn besproken in een klankbordgroepbijeenkomst.

### 4.3 Oorzaken van verschillen in tijdsbesteding

Er zijn diverse oorzaken voor verschillen in tijdsbesteding. De belangrijkste zijn:

- a. Patiëntkenmerken;
- b. Ervaringsniveau van apotheker met medicatiebeoordeling;
- c. Samenwerkingsrelatie tussen apotheker en huisarts;
- d. Variaties in de uitvoeringspraktijk.

30 Alle betrokkenen erkennen dat patiëntkenmerken belangrijke tijdbepalende factoren zijn. Op lokaal niveau spelen sociaal maatschappelijke factoren, zoals etniciteit of analfabetisme, een belangrijke rol. Verder zijn het aantal geneesmiddelen dat de patiënt gebruikt en de ernst en complexiteit van de problematiek van de patiënt sterk bepalend. Maar ook de houding van de patiënt, zijn cognitieve vermogen en emotionele factoren rond de

ziekte zijn belangrijke kenmerken. Experts geven aan dat deze patiëntgebonden kenmerken in alle apotheken voorkomen. Naar verwachting zullen de factoren geneesmiddelengebruik, complexiteit en houdingsaspecten zich uitmiddelen over de patiëntenpopulatie in een jaar. Deze patiëntkenmerken zijn daarom in dit onderzoek niet nader gekwantificeerd als bron van variatie.

31 Ook het ervaringsniveau van de apotheker is van invloed op de tijd die nodig is voor elke processtap. De omvang hiervan is lastig te meten. De experts, die allen ervaren zijn in het uitvoeren van medicatiebeoordeling, merken tevens op dat ervarenheid naar verwachting een groter effect heeft op de kwaliteit van medicatiebeoordelingen dan op de benodigde tijd. Een voorbeeld: een apotheker kan bij de farmacotherapeutische anamnese in dezelfde tijd meer en betere informatie boven water krijgen als hij meer ervaren is. Wanneer een apotheker start met medicatiebeoordeling, kan het inleer-effect mogelijk onderwerp van gesprek zijn in contractbespreking. Een apotheker kan zijn benodigde basis-competenties voor het uitvoeren van de medicatiebeoordeling aantonen via certificaten, cursussen of vervolgopleiding tot apotheker specialist.

32 Een andere belangrijke oorzaak voor variatie in tijdsbesteding en kwaliteit van de medicatiebeoordeling is de intensiteit en aard van de samenwerkingsrelatie tussen apotheker en huisarts. Hoe beter het contact, hoe beter de afspraken die zij onderling maken en hoe efficiënter het overleg tussen beide kan verlopen. Hierbij is het bevorderlijk dat de huisarts en apotheker dichtbij elkaar of zelfs in hetzelfde pand zijn gevestigd. De samenhang in patiëntenpopulatie van de apotheker en de huisarts speelt tevens een rol. Afstemming is eenvoudiger als een apotheker maar met één of twee huisartsen te maken heeft (in een dorp), dan als patiënten van een apotheek van veel verschillende huisartsen komen (in stedelijk gebied). Omdat bovenstaande aspecten voornamelijk kwalitatief zijn, is ook in dit geval de impact van de tijdsbesteding lastig te kwantificeren. De samenwerkingsrelatie is daarmee ook één van de te bespreken onderwerpen als afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars, apotheken en huisartsen.

33 Tot slot kunnen variaties in de uitvoeringspraktijk substantiële verschillen opleveren. Deze zijn afhankelijk van de keuze van de apotheker, de ICT en de samenwerking met andere professionals. Deze variaties zijn uitgewerkt in de volgende paragraaf. Omdat deze variaties feitelijke situaties van de praktijk betreffen, kunnen ze onderwerp van gesprek zijn in de contractbesprekingen tussen apotheker en zorgverzekeraar.

#### **4.4 Variaties in de uitvoeringspraktijk**

34 Met de expertgroep is besproken welke variaties in de uitvoeringspraktijk voorkomen en of deze bepalend zijn voor de tijdsbesteding. De expertgroep heeft voor elke variatie de benodigde tijd geschat (paragraaf 4.5). In tabel 5 is per processtap beschreven voor welke variaties aparte tijdschattingen zijn gemaakt.

Processtap	Variaties waarvoor aparte tijdschattingen zijn gemaakt
1. Verzamelen gegevens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledig digitaal <i>Benodigde gegevens worden geautomatiseerd geladen en opgeslagen in het medicatiebeoordelingsstelsel ('MBS')</i></li> <li>• Gedeeltelijk digitaal <i>De apotheker heeft wel toegang, maar alleen inzagemoogelijkheid in benodigde gegevens (voornamelijk van de huisarts)</i></li> <li>• Op papier</li> </ul>
2. Farmacotherapeutische anamnese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face-to-face gesprek thuis bij patiënt</li> <li>• Face-to-face gesprek in apotheek</li> <li>• <i>Een specifieke situatie die niet in elke apotheek voorkomt:</i> Face-to-face gesprek in zorginstelling met verzorgende</li> <li>• <i>Niet-richtlijnconform:</i> Telefonisch gesprek</li> </ul>
3. Farmacotherapeutische analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitale ondersteuning met geprogrammeerde beslisregels en digitale vastlegging</li> <li>• Alleen digitale vastlegging</li> </ul>
4. Opstellen en vastleggen behandelplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face-to-face gesprek tussen apotheker en arts waarin meerdere patiënten of onderwerpen worden besproken</li> <li>• Face-to-face gesprek tussen apotheker en arts waarin één patiënt wordt besproken</li> <li>• Anders dan face-to-face: telefonisch of per e-mail</li> </ul>
5. Vaststellen behandelplan met patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informeren patiënt vanuit apotheek</li> <li>• Informeren patiënt met ondersteuning vanuit huisarts/POH-er of uitgevoerd door huisarts/POH-er</li> </ul>
6. Follow-up (evalueren)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluatiegesprek met patiënt (soms meerdere keren)</li> <li>• <i>Niet-richtlijnconform:</i> Geen evaluatiegesprek met patiënt</li> </ul>

Tabel 5. Uitvoeringsvariëaties in de verschillende processtappen

35 Met uitzondering van drie, zijn alle varianten in tabel 5 meegenomen in de generieke kostenbepaling zoals beschreven in hoofdstuk 2. De uitzonderingen hebben betrekking op een specifieke situatie (in stap 2, farmacotherapeutische anamnese) en op niet-richtlijnconforme varianten (in stap 2 en in stap 6, follow-up).

36 Het gesprek met de patiënt voor de farmacotherapeutische anamnese (stap 2) gebeurt meestal in de apotheek of bij de patiënt thuis. Alleen deze twee varianten zijn benoemd als gangbare werkwijze en meegenomen in de generieke kostenbepaling. Er zijn echter ook apothekers die veel werken voor zorginstellingen en de anamnese uitvoeren met de zorgverlener van de patiënten in de instelling. Dit is richtlijnconform, echter deze variant is vrij specifiek; niet alle apothekers hebben patiënten in zorginstellingen. Daarom is deze variant niet meegenomen in de berekening van de generieke kosten. Maar omdat de variant een afwijkende tijdsbesteding kent, is voor deze variant wel een tijdschatting opgenomen in dit hoofdstuk. Deze tijdschatting kunnen apothekers en zorgverzekeraars gebruiken om te komen tot afspraken over een tarief voor medicatiebeoordeling in het geval de apotheker veel werkt voor zorginstellingen.

37 In processtap 2 is ook een variatie opgenomen die niet richtlijnconform is en als niet wenselijk wordt ervaren door de experts, namelijk een telefonisch gesprek waarin de anamnese wordt gedaan. De apotheker die voor deze werkwijze kiest, doet dit bewust vanuit de overweging dat het in sommige gevallen wenselijker is een patiënt telefonisch te spreken dan hem of haar niet te spreken. Door ook voor deze variatie een tijdschatting op te nemen, kunnen apothekers en zorgverzekeraars ook dit aspect meenemen in de gesprekken.

38 In de praktijk vindt niet altijd een evaluatiegesprek met de patiënt plaats (stap 6). Volgens de expertgroep is dit een onderdeel waarin in de uitvoering in de praktijk nog een verbeterslag te maken is (zie paragraaf 5.1). Omdat 'geen evaluatie' niet conform richtlijn is, is deze variant buiten beschouwing gelaten in de berekening van de generieke kostenbepaling.

#### 4.5 Tijdsinschattingen per processtap

39 De tabellen in deze paragraaf bevatten voor elke processtap de tijdschattingen die experts (apothekers en huisartsen) voor elke uitvoeringsvariantie hebben gemaakt. Daarbij is hen ook gevraagd door wie de activiteit in de huidige werkwijze wordt uitgevoerd. Uit deze inventarisatie blijkt dat op dit moment in de meeste gevallen de apotheker en huisarts zelf alle processtappen uitvoeren. Bij sommige processtappen komt taakdelegatie op kleine schaal voor, van de apotheker naar een farmaceutische consulent of naar een apothekersassistent en van de huisarts naar een praktijkondersteuner huisarts (POH). Dat is binnen de richtlijn ook mogelijk. Bij de processtappen waar taakdelegatie mogelijk is, is dat benoemd in de toelichting op de tabellen.

40 Niet alle variaties komen even veel voor. De experts hebben ingeschat wat op dit moment landelijk gangbaar is. Dit is als een percentage opgenomen in de kolom 'wat is gangbaar'. Door deze percentages te combineren met de tijdsbesteding ontstaat een consensusinschatting voor de landelijke situatie. Deze tijd is gebruikt voor het berekenen van de generieke kosten zoals opgenomen in hoofdstuk 2.

##### *Processtap 'verzamelen gegevens'*

41 Het verzamelen van gegevens omvat het bij elkaar brengen van alle benodigde reeds beschikbare informatie en het vastleggen van deze informatie ten behoeve van de medicatiebeoordeling (in het medicatiebeoordelingssysteem). Vaak doen apothekers direct een interpretatie van deze gegevens. Tijd die daarvoor nodig is, is echter opgenomen onder stap 3 'farmacotherapeutische analyse' (tabel 8).

42 De experts hebben de verhouding tussen de variaties inschat voor het landelijke beeld op dit moment (kolom 'wat is gangbaar' in Tabel 6). Het volledig digitaal verzamelen van alle gegevens komt weinig voor omdat nog niet alle informatie van apothekers, huisartsen en specialisten in gekoppelde systemen beschikbaar is. In het ideale geval kost deze stap nauwelijks tijd, hoewel het vaak zal voorkomen dat er extra informatie of laboratoriumonderzoek nodig is. Het verzamelen van informatie gebeurt meestal op papier. In dat geval zal de huisarts en/of een medisch specialist tijd besteden aan het verzamelen en doorgeven van de benodigde informatie. Zoals in Tabel 6 is te zien, geeft de combinatie van de drie varianten een tijdschatting van acht minuten voor de apotheker en vier minuten door de huisarts, zijn ondersteuner en/of in sommige gevallen de medisch specialist.



43 De apothekers in de expertgroep geven aan, het verzamelen van informatie op dit moment zelf te doen. Experts merken echter op dat deze processtap na verloop van tijd gedelegeerd kan worden, naar de farmaceutisch consulent of de apothekersassistent. Al is op dit moment niet in alle apotheken een farmaceutisch consulent werkzaam. Ook de huisarts kan dit werk delegeren naar de POH-er, maar in de praktijk komt dat nog nauwelijks voor.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
1. Verzamelen gegevens		<i>minuten</i>	<i>minuten</i>
a. Volledig digitaal: gegevens automatisch geladen in systeem	5%	0	
b. Gedeeltelijk digitaal: alleen inzage van gegevens	20%	2-5	
c. Op papier	75%	10	5
<b>Consensuschatting landelijk</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>4</b>

Tabel 6. Tijdsbesteding processtap 'Verzamelen gegevens'

*Processtap 'Farmacotherapeutische anamnese'*

44 Onder de farmacotherapeutische anamnese verstaan wij het voeren van een gesprek met de patiënt door middel van een gestructureerde vragenlijst en het vastleggen ervan. Tijdens het gesprek bespreekt de apotheker de gezondheid en de medicatie van de patiënt in de volle breedte. Tevens zijn de historie van klachten, bijwerkingen en mogelijkheden tot zelfzorg onderwerp van gesprek. Tijd die nodig is voor analyse van uitkomsten uit het gesprek is opgenomen onder stap 3 'farmacotherapeutische analyse'. Apothekers uit de expertgroep geven aan deze stap altijd zelf uit te voeren; delegeren aan de farmaceutisch consulent benoemen zij als onwenselijk, vanuit het belang van kwaliteit.

45 De variaties 'gesprek thuis bij patiënt' en 'gesprek in de apotheek' zijn door de expertgroep benoemd als regulier. De verhouding tussen beide varianten hangt af van de keuze van de apotheker, maar ook van de patiëntselectie. Immers, de patiënten die niet in de apotheek kunnen komen, zijn bij uitstek de patiënten waar een apotheker niet veel van weet, zodat medicatiebeoordeling juist bij deze patiënten veel toegevoegde waarde kan hebben. Tabel 7 laat zien dat op basis van inschatting van de verhouding tussen deze variaties de gemiddelde tijd voor deze stap 35 minuten is.

46 Zoals benoemd in paragraaf 4.4, zijn de variaties 'telefonisch' en 'in zorginstelling' niet meegenomen in de landelijke schatting.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
2. Farmacotherapeutische anamnese		<i>minuten</i>	<i>minuten</i>
a. Face-to-face gesprek thuis bij patiënt	35%	45	
b. Face-to-face gesprek in apotheek	65%	30	
<b>Consensuschatting landelijk</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	
a. Telefonisch gesprek (niet richtlijnconform)		20	
b. Face-to-face gesprek in zorginstelling met verzorgende		15	

Tabel 7. Tijdsbesteding processtap 'Farmacotherapeutische anamnese'

Wij merken op dat de tijdsbesteding voor 'gesprek thuis bij patiënt' exclusief reistijd is. De reistijd is sterk afhankelijk van de regio waarin de apotheker werkzaam is en daarmee een mogelijk onderwerp in het gesprek tussen apotheker en zorgverzekeraar.

Kader 2. Tijdsbesteding farmacotherapeutische anamnese is exclusief reistijd

*Processtap 'Farmacotherapeutische analyse'*

47 De stap farmacotherapeutische analyse omvat de verwerking van de verzamelde inzichten uit de beschikbare gegevens en het patiëntgesprek en de vastlegging van conclusies in het dossier. Dit leidt tot een concept behandelplan waarin de apotheker farmacotherapiegerelateerde problemen vastlegt en een voorstel doet voor uit te voeren interventies. Dit behandelplan bespreekt de apotheker met de huisarts (stap 4).

48 Bij de analyse zijn diverse vormen van ICT-ondersteuning mogelijk, die als variant in Tabel 8 zijn opgenomen. Belangrijk is op te merken dat deze processtap nooit geheel automatisch kan plaatsvinden. Beslisondersteunende software in de apotheek verhoogt de kwaliteit van de analyse, maar levert slechts een beperkte tijdsbesparing op. De consensuschatting is dat een farmacotherapeutische analyse gemiddeld 23 minuten duurt. Ook deze stap is volgens de experts niet te delegeren naar de farmaceutisch consultant.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
3. Farmacotherapeutische analyse		<i>minuten</i>	<i>minuten</i>
a. Digitale ondersteuning met geprogrammeerde beslisregels en digitale vastlegging	50%	20	
b. Alleen digitale vastlegging	50%	25	
<b>Consensuschatting landelijk</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	

Tabel 8. Tijdsbesteding processtap 'Farmacotherapeutische analyse'

*Processtap 'Opstellen en vastleggen behandelplan'*

49 In processtap 4 vindt afstemming plaats met de huisarts over het behandelplan. Bij deze stap komt naar voren dat de relatie en de wijze van samenwerking met de huisarts erg bepalend is voor de benodigde tijd. Apothekers die een goede samenwerkingsrelatie hebben, kiezen er vaak voor om meerdere patiënten tegelijk te bespreken in een overleg. Tabel 9 laat zien dat dit de meest voorkomende én meest efficiënte werkwijze is. Ook wanneer deze goede samenwerking bestaat, kan het nodig zijn incidenteel een patiënt apart te bespreken. Dit kost meer tijd. In circa 15% van de gevallen vindt de afstemming per e-mail of telefonisch plaats. Ook bij die variant bepaalt de samenwerkingsrelatie tussen de apotheker en huisarts de benodigde tijd.

50 De gemiddelde tijd die nodig is voor het bespreken van het behandelplan is negen minuten per patiënt voor zowel de apotheker als de huisarts. Experts geven aan dat apothekers en huisartsen deze processtap zelf uitvoeren en niet delegeren. Dit is ook niet mogelijk binnen de richtlijn.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
		minuten	minuten
4. Opstellen en vastleggen behandelplan			
a. Face-to-face gesprek tussen apotheker en arts, waarin meerdere patiënten of onderwerpen worden besproken	80%	9	9
b. Face-to-face gesprek tussen apotheker en arts, waarin één patiënt wordt besproken	5%	15	15
c. Anders dan face-to-face (telefonisch of per e-mail)	15%	7	7
<b>Consensuschatting landelijk</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

Tabel 9. Tijdsbesteding processtap 'Opstellen en vastleggen behandelplan'

*Processtap 'Vaststellen behandelplan met patiënt'*

51 Het vaststellen van het behandelplan met de patiënt bestaat uit een terugkoppeling van de voorgestelde interventies aan de patiënt. Meestal worden, na instemming van de patiënt, de interventies direct doorgevoerd. Afhankelijk van de situatie van de patiënt, de problematiek en de voorgestelde interventies vindt de terugkoppeling plaats vanuit de apotheek of vanuit de huisartsenpraktijk. Meestal is in ieder geval de apotheker betrokken. Hoe vaak de huisarts ondersteunt of de terugkoppeling uitvoert, varieert per huisarts. De percentages die experts noemden van het aantal gevallen waarbij de huisarts is betrokken, variëren tussen de 40% en 80%. De gemiddelde consensuschatting komt op acht minuten voor zowel de apotheker als de huisarts, waarbij de verdeling in de tijdsbesteding tussen apotheker en huisarts per patiënt verschillend kan zijn.

52 In sommige gevallen wordt de terugkoppeling aan de patiënt niet door de huisarts, maar door de POH-er uitgevoerd, bijvoorbeeld als het een chronisch zieke patiënt betreft die regelmatig een controleafspraak met de POH-er heeft. Binnen de apotheek kan het gesprek met de patiënt bij een deel van de patiënten gedelegeerd worden aan een farmaceutisch consultant.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
5. Vaststellen behandelplan met patiënt a. Informeren patiënt	100%	minuten 8	minuten 8
<b>Consensuschatting landelijk</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Tabel 10. Tijdsbesteding processtap 'Vaststellen behandelplan met patiënt'

*Processtap 'Follow-up (evaluatie)'*

53 In de richtlijn is opgenomen dat na afloop van de medicatiebeoordeling een evaluatiegesprek met de patiënt plaatsvindt. Dit kan meerdere keren herhaald worden als dat nodig is. Zo'n gesprek kan zowel telefonisch als in de apotheek plaatsvinden. In het laatste geval wordt meestal bij een volgend bezoek van de patiënt aan de apotheek van de gelegenheid gebruik gemaakt om te evalueren.

54 Als er naar aanleiding van een medicatiebeoordeling meerdere interventies worden uitgevoerd, gebeurt dat meestal niet gelijktijdig, maar achtereenvolgend, met een bepaalde tijd ertussen. Elke interventie moet volgens de richtlijn geëvalueerd worden. Hier kan een lange tijd overheen gaan. De zorg die hieruit voortkomt vloeit naar verloop van tijd over in 'reguliere zorg' die de apotheker altijd geacht wordt te leveren.

55 Experts geven aan dat dit op dit moment de evaluatie nog niet altijd plaatsvindt. De belangrijkste reden die hiervoor wordt genoemd, is dat het in sommige systemen ontbreekt aan een adequate herinneringsfunctie. De experts vinden de stap wel belangrijk (zie hoofdstuk 5 voor verbetermogelijkheden).

56 Met deze overwegingen is de geschatte tijd, vijf minuten, die nodig is voor het eerste evaluatiegesprek opgenomen in de consensuschatting (zie Tabel 11). De apotheker voert op dit moment meestal de evaluatie uit, maar binnen de richtlijn zou dit ook gedaan kunnen worden door een farmaceutisch consulent of apothekersassistent.

Processtappen en varianten	Wat is gangbaar? (% t.o.v. totaal)	Functies	
		Apotheker	(Huis)arts
6. Follow-up (evaluatie) a. (Telefonische) evaluatie met patiënt	100%	minuten 5	minuten
<b>Consensuschatting landelijk</b>		<b>5</b>	
b. Geen evaluatie (niet richtlijnconform)		0	

Tabel 11. Tijdsbesteding processtap 'Follow-up (evaluatie)'

#### 4.6 Consensus­schatting totale tijdsbesteding

57 De zes tabellen in paragraaf 4.5 tonen voor elke proces­stap en voor elke variatie een tijdsinschatting. Daarmee wordt het effect van de verschillende variaties in gangbare werkwijzen inzichtelijk. Met deze informatie kunnen apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars bespreken in welke mate de benoemde variaties voorkomen in de praktijk en de daarbij relevante tijdschatting gebruiken voor de onderbouwing van een tarief.

58 De voorgaande zes tabellen laten ook zien hoe de variaties zijn samengenomen tot een consensus­schatting. Daarmee hebben de experts aangegeven hoe op dit moment de landelijke praktijk eruit ziet. De optelling van deze consensus voor de zes proces­stappen is opgenomen in de samenvattende tabel 12.

Componenten	Functies	
	Apotheker	(Huis)arts
<b>Tijdsbesteding (minuten)</b>	<i>minuten</i>	<i>minuten</i>
1. Verzamelen gegevens	8	4
2. Farmacotherapeutische anamnese	35	
3. Farmacotherapeutische analyse	23	
4. Opstellen en vastleggen behandelplan	9	9
5. Vaststellen behandelplan met patiënt	8	8
6. Follow-up (evalueren)	5	
<b>7. Totaal</b>	<b>88</b>	<b>21</b>

Tabel 12. Samenvatting tijd per proces­stap in een gangbaar proces van medicatiebeoordeling

59 De opgestelde tijd van de apotheker en de huisarts vormt de basis voor de berekening van de generieke kosten voor medicatiebeoordeling zoals beschreven in hoofdstuk 2.

## 5. Overwegingen en vooruitblik

60 Dit rapport beschrijft een realistisch kader voor apothekers, huisartsen en verzekeraars om te komen tot een tarief voor medicatiebeoordeling en onderlinge afspraken. Op diverse punten in dit rapport zijn aangrijpingspunten benoemd welke gebruikt kunnen worden om het tarief passend te maken bij de individuele praktijk en werkwijze.

61 Naast de variaties genoemd in dit rapport geeft dit kader ook inzicht in mogelijke ontwikkelingen op het gebied van medicatiebeoordeling. Dit hoofdstuk beschrijft enkele aanknopingspunten voor mogelijke efficiëntie- en kwaliteitsverbeteringen en het proces van patiëntselectie.

62 Tevens biedt dit onderzoek handvatten voor het gebruik van de methodiek om ook bij andere zorgprestaties te komen tot een kader voor tariefafspraken. Ook dit werken wij in dit hoofdstuk uit.

### 5.1 Mogelijk te behalen efficiëntiewinst en kwaliteitsverbeteringen

63 Dit onderzoek biedt een kader voor afspraken over tijdsbesteding en uurprijzen als bouwstenen voor een tarief voor medicatiebeoordeling. Het kader gaat echter niet in op de professionele invulling en daarmee de kwaliteit van de medicatiebeoordeling. De expertgroep heeft wel aangegeven op welke punten in de praktijk binnen de richtlijn efficiëntiewinst en kwaliteitsverbeteringen te behalen zijn. Deze suggesties voor verbetermogelijkheden kunnen onderwerp van gesprek zijn tussen zorgverzekeraars, apothekers en huisartsen, gericht op de toekomst.

64 In lijn met andere zorgprestaties, speelt ervaring van de apotheker (en huisarts) met het uitvoeren van medicatiebeoordelingen een rol voor zowel kwaliteit als efficiëntie. Een apotheker moet in overeenstemming met de KNMP-richtlijn over een aantal basiscompetenties beschikken, die aangetoond kunnen worden via certificaten, cursussen of de vervolgopleiding tot apotheker specialist. Daar bovenop verbetert met name de kwaliteit van de zorg als een apotheker meer beoordelingen uitvoert. Een ervaren apotheker kan in dezelfde tijd meer informatie bij patiënten ophalen en vindt bij de analyse vermoedelijk in dezelfde tijd of minder meer farmacotherapiegerelateerde problemen. Omdat de prestatie op dit moment nog in ontwikkeling is, is op dit punt de komende tijd nog verbetering te verwachten.

65 Daarnaast is één van de meest belangrijke aspecten die zowel het proces van medicatiebeoordeling efficiënter maken als de kwaliteit ervan verbeteren, een goede en nauwe samenwerking tussen apotheker en huisarts. De ervaring van de experts is dat bij goede samenwerkingsrelaties de communicatie efficiënter verloopt omdat huisarts en apotheker weten wat ze van elkaar verwachten. Goede werkafspraken tussen de apotheker en de huisarts over de werkwijze en onderlinge taakverdeling bij het uitvoeren van medicatiebeoordelingen kunnen bijdragen aan efficiëntie en kwaliteit. Sommige apothekers en huisartsen maken werkafspraken over bijvoorbeeld het opvragen van labwaarden en het voorschrijven van recepten.

66 Ook speelt automatisering een belangrijke rol in een efficiënt en kwalitatief goed proces. In de processtap 'verzamelen van gegevens' levert automatisering zowel efficiëntiewinst als kwaliteitsverbetering op door bijvoorbeeld automatische abstractie van patiëntgegevens uit HIS. Datzelfde geldt voor systemen waarbij het

behandelplan geautomatiseerd gegenereerd kan worden zodat de apotheker deze direct kan verzenden aan de huisarts voorafgaand aan de bespreking. Bij de farmacotherapeutische analyse is met automatisering door middel van geprogrammeerde beslisregels voornamelijk een kwaliteitsslag te behalen. De te realiseren tijdswinst is daarbij echter beperkt. De apotheker zal immers alsnog de beslisregels zelf moeten interpreteren en mogelijk bijstellen. Investerings die gedaan moeten worden om automatisering te realiseren, zijn buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek, maar onderwerp van bespreking tussen zorgverzekeraars en apothekers.

67 Ten aanzien van de kwaliteit van het proces van medicatiebeoordeling is in de praktijk in het algemeen nog winst te behalen bij inhoudelijke vastlegging van uitkomsten en bij de uitvoering en vastlegging van de evaluatie. De experts merken op dat niet alle systemen erop ingericht zijn om bij elke processtap de uitkomsten vast te leggen. Bijvoorbeeld de uitkomst uit de bespreking van het behandelplan met de patiënt wordt niet altijd geregistreerd. Daarnaast wordt, zoals eerder benoemd, de evaluatie met de patiënt op dit moment nog niet altijd uitgevoerd. Experts geven aan dat specifieke afspraken tussen apothekers en zorgverzekeraars over de frequentie en intensiteit van de evaluatie de uitvoering ervan kunnen bevorderen. Daarnaast is het volgens één van de experts aan te bevelen om afspraken over de evaluatie vast te leggen als onderdeel van het behandelplan, zodat huisarts en apotheker elkaar er op kunnen aanspreken.

68 Tot slot kan taakdelegatie tot lagere kosten leiden. Binnen de richtlijn is het mogelijk dat enkele processtappen worden uitgevoerd door een farmaceutisch consulent, apothekersassistent of POH-er. Op dit moment doen apothekers dat nog niet tot nauwelijks vanuit de overweging dat toelichting en hulp aan de consulent of assistent vaak net zo veel tijd kost als het zelf uitvoeren. Het is aannemelijk dat dat verandert naarmate medicatiebeoordelingen steeds meer worden uitgevoerd en ook consulenten en assistenten worden getraind. De kosten die hiermee verlaagd kunnen worden door de lagere uurprijzen zijn circa € 30,<sup>9</sup>. Deze kostenbesparing is relatief beperkt omdat de stappen waarbij taakdelegatie binnen de richtlijn mogelijk is (verzamelen van gegevens, terugkoppeling aan patiënt en evaluatie met de patiënt) gezamenlijk slechts 33 minuten tijd kosten voor de huisarts en apotheker.

## 5.2 Het proces van patiëntselectie

69 Zoals wij in hoofdstuk 2 en 3 hebben toegelicht, valt patiëntselectie buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Het is een proces dat voorafgaand aan de medicatiebeoordeling plaatsvindt. Experts merken echter op dat een goede patiëntselectie belangrijk is voor het succes van de medicatiebeoordeling. Het maakt daarom vaak onderdeel uit van de gesprekken met zorgverzekeraars. Als 'bijvangst' van dit onderzoek, beschrijven wij in deze paragraaf wat op dit moment volgens de experts de gangbare werkwijze is bij de selectie van patiënten.

70 Apothekers gebruiken zowel 'actieve' selectie van patiënten op basis van patiëntkenmerken, als (in mindere mate) een meer 'ad hoc' selectie op basis van problemen die boven komen in de dagelijkse controle of vanuit een ander zorgtraject. Soms draagt de huisarts of POH-er een patiënt aan. Overleg met de huisarts is meestal onderdeel van de standaardprocedure. De belangrijkste selectiecriteria zijn leeftijd en het gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Selectie op basis van labwaarden is in de meeste apotheken op dit moment

<sup>9</sup> Bij een gemiddelde uurprijs over de drie apothekersfuncties en twee huisartsfuncties.

nog maar beperkt mogelijk, maar op termijn wel wenselijk. Er zijn apothekers die de selectie van patiënten, het overleg met de huisarts hierover en het maken van de afspraak met de patiënt hebben gedelegeerd aan een assistente.

### **5.3 Handvatten voor de ontwikkeling van een kader voor afspraken over andere prestaties**

71 Voor alle prestaties farmaceutische zorg die de NZa vaststelt, gelden vrije prijzen. Een generiek kader als beschreven in deze rapportage kan wellicht ook worden ontwikkeld voor de andere farmaceutische prestaties om tot afspraken te komen. De methodiek die is gehanteerd in dit rapport kan daarbij helpen. Daarbij is het nodig dat aan de volgende randvoorwaarden is voldaan:

- a. Er moet met alle betrokken partijen binnen de sector (apothekers, huisartsen, zorgverzekeraars, patiënten) consensus zijn over de inhoud van de te leveren zorg binnen de prestatie. Een door het veld gedragen richtlijn kan daaraan bijdragen;
- b. De methodiek is uitermate geschikt om in te zetten als een prestatie inhoudelijk nog in ontwikkeling is. Een randvoorwaarde is wel dat er tenminste enkele zorgverleners zijn die redelijk ervaren zijn in de uitvoering van de prestatie, zodat op basis van hun expertinput de benodigde tijdsbesteding geschat kan worden. Bovendien hebben zij zicht op 'best practices', zodat recht kan worden gedaan aan gewenste kwalitatieve ontwikkelingen en efficiëntie van het proces.

72 Om de huidige methodiek te toetsen in de praktijk, bevelen wij aan om na de volgende 'onderhandelingsronde' over het jaar 2015 met apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars te evalueren of en op welke wijze het geschetste kader uit dit onderzoek gebruikt is om te komen tot afspraken over medicatiebeoordeling. Uit die evaluatie komen mogelijk verdere aandachtspunten voor het inzetten van de methodiek.



## A. Referenties en geraadpleegde bronnen

73 De volgende documenten vormen uitgangspunten voor een gangbaar proces medicatiebeoordeling:

- a. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012;
- b. Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg, NZa, beleidsregel BR/CU-5102;
- c. KNMP-richtlijn Medicatiebeoordeling, KNMP, 26 april 2013.

74 De volgende bronnen zijn gebruikt voor de uurprijzen in dit rapport:

- a. CAO Huisarts in dienst bij een huisarts (Hidha) 1 augustus 2011 - 31 maart 2014, Landelijke Huisartsen Vereniging, mei 2013;
- b. Collectieve arbeidsovereenkomst apotheken 2014;
- c. Economische evaluatie medicatiebeoordeling. Hoofdstuk 4 en bijlage 4.6 (Uitgangsvraag Economische evaluatie) van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie;
- d. Het onderbouwd normatief uurtarief. Advies uitgebracht door de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer 2005;
- e. Nivel huisartsenregistratie 2012, databank thema 'Functie en geslacht';
- f. Richtlijnen arbeidsvoorwaarden apothekers in loondienst 2013, KNMP, januari 2013;
- g. Stichting Farmaceutische Kengetallen, Data en Feiten 2013.

## B. Deelnemers aan dit onderzoek

75 De volgende personen hebben bijgedragen aan dit onderzoek door deel te nemen in de klankbordgroep:

- |    |  |  |
|----|--|--|
| a. | Adriënne van Strien en Arnoud de Vries | Nederlandse Apothekers Coöperatie (Napco)    |
| b. | Bea van der Veen                       | Achmea                                       |
| c. | Jan-Willem ten Pas                     | Vereniging Kring-Apothekers Nederland (VKAN) |
| d. | Leon Tinke                             | KNMP   |
| e. | Linda ten Boden                        | Multizorg                                    |
| f. | Peter Wognum                           | Apothekerscoöperatie Pact                    |
| g. | Sjoerd Veenstra                        | Associatie van Ketenapotheken (ASKA)         |
| h. | Willemijn Meijer                       | KNMP   |

76 De deelnemers vanuit beide zorgverzekeraars hebben aangegeven aan dit rapport mee te werken specifiek gericht op het ontwikkelen van een rekenmethodiek. Dit staat los van de beleidsontwikkeling van de zorgverzekeraars met betrekking tot bijvoorbeeld de inkoop en prijsbepaling van de zorgprestaties bij de zorgaanbieders. Met de bijdrage aan dit onderzoek committeren de verzekeraars zich niet aan het contracteren van apothekers op basis van de in dit rapport opgenomen waarden.

77 De expertgroep bestond uit apothekers en een apothekersassistente. Van de expertgroep hebben de volgende personen ingestemd met vermelding in het rapport:

- Anja Boxman, apothekersassistente, Apotheek Hoogland Sliedrecht
- Bastiaan van der Pijl en Sanne Verdoorn, apothekers, Thorbecke apotheek Sliedrecht
- Petra Hoogland, klinisch apotheker, Service Apotheek
- Willem van de Spijker, apotheker, Mediq Apotheken Helmond

78 Acht huisartsen hebben een reactie gegeven ter toetsing van de uitkomsten uit de expertgroep. Deze huisartsen zijn benaderd via de apothekers die hebben deelgenomen aan de expertgroep. De huisartsen zijn werkzaam in verschillende regio's en werken met verschillende apothekers samen.

79 De experts uit de expertgroep en benaderde huisartsen hebben input geleverd over het proces, tijdsinschattingen en variaties op die tijd. Zij zijn echter niet betrokken geweest bij het opstellen van berekeningen, conclusies en aanbevelingen.

## C. Onderbouwing uurprijs professionals

80 Deze bijlage bevat een onderbouwing voor indicatieve uurprijzen per functie. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, zijn deze uurprijzen gebaseerd op cijfers uit zo recent mogelijke openbare bronnen en bepaald volgens de gangbare methodiek van kostprijsbepaling.

81 Eén van de componenten in de opbouw van de uurprijs is een opslag voor indirecte kosten. Deze opslag is berekend door genormeerde indirecte kosten te relateren aan genormeerde personeelskosten, inclusief het genormeerde inkomensbestanddeel voor de apotheekeigenaar/huisartseigenaar, op basis van tariefcomponenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In onderstaande tabellen zijn de cijfers weergegeven waarop de opslag voor indirecte kosten is gebaseerd. De kostenopbouw verschilt tussen apotheken en huisartsenpraktijken, waardoor ook de opslag voor indirecte kosten varieert. Deze is 45,6% voor apotheken en 31,0% voor huisartsen.

Berekening opslag voor indirecte kosten apotheken			Bron
A	Genormeed inkomensbestanddeel gevestigd apotheker met apotheek in eigendom	€ 108.064	NZa Beleidsregel prestatiebekostiging farmaceutische zorg BR/CU-5045 (actief van 1-8-2011 t/m 31-12-2011).
B	Personeelskosten	€ 312.953	Dit is de laatste publicatie van tariefcomponenten door de NZa
C	Overige kosten	€ 191.923	NZa
D	Som van de kosten	€ 612.940	= A + B + C
E	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	= D / (A + B) - 1

Tabel 13

Berekening opslag voor indirecte kosten huisartsen			Bron
A	Genormeed arbeidskostenbestanddeel praktijk eigenaar huisarts, exclusief vergoeding avond-, nacht- en weekenddiensten	€ 125.237	NZa Beleidsregel huisartsenzorg BR/CU-7095 (actief vanaf 1-1-2014). Dit is de meest recente publicatie van tariefcomponenten voor de huisartsenzorg door de NZa
B	Personeelskosten	€ 108.545	
C	Overige kosten	€ 72.557	
D	Som van de kosten	€ 306.339	= A + B + C
E	Opslag voor indirecte kosten	31,0%	= D / (A + B) - 1

Tabel 14

82 In de opbouw van de uurprijs per functie zit, indien het om een functie in loondienst gaat, naast de opslag voor indirecte uren een toeslag voor personeelskosten, sociale premies en vakantiegeld (werkgeverskosten). Voor deze toeslag hanteren wij het percentage dat is gebruikt in de Economische evaluatie medicatiebeoordeling<sup>10</sup>: 35%.

<sup>10</sup> Hoofdstuk 4 en bijlage 4.6 (Uitgangsvraag Economische evaluatie) van de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie

83 Tot slot is voor het bepalen van de uurprijs per functie een normatief aantal productieve uren per jaar per functie nodig. Hiervoor is voor geen van de functies door de NZa een norm vastgesteld. Om die reden is dit normatief aantal productieve uren voor de gevestigd apotheker met een apotheek in eigendom en de vrijgevestigd huisartseigenaar gelijk gesteld aan de norm die wordt gehanteerd voor medisch specialisten<sup>11</sup>. Het uitgangspunt van die norm is een normatieve werkbelasting van 1.555 per jaar, bij een 45-urige werkweek. Voor de andere functies in loondienst, is de norm productieve uren vastgesteld naar rato van het aantal contracturen ten opzichte van 45 uur gelijkgesteld aan de norm van 1.555. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gehanteerde normen.

Gehanteerde norm besteedbare uren per functie			
	uren per werkweek	Gehanteerde norm besteedbare uren	Bron
Medisch specialist (ijkwaarde)	45	1.555	Het onderbouwd normatief uurtarief, Advies uitgebracht door de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer 2005
Gevestigd apotheker met apotheek in eigendom	45	1.555	= ( uren per werkweek van de functie / 45 ) * 1.555
Gevestigd apotheker in loondienst	38	1.313	
Tweede apotheker in loondienst	38	1.313	
Farmaceutisch consultant	36	1.244	
Apothekersassistent	36	1.244	
Huisarts zelfstandig gevestigd	45	1.555	
Huisarts in loondienst	40	1.382	
Praktijkondersteuner huisarts	38	1.313	

Tabel 15

84 Onderstaande tabellen geven per functie inzicht in de opbouw van de uurprijs en de gehanteerde bronnen voor de verschillende componenten daarbinnen. Voor de medisch specialist is geen uurprijs bepaald, gezien deze slechts in enkele gevallen geconsulteerd wordt en de tijdsbesteding daarvoor beperkt is.

Opbouw uurprijs gevestigd apotheker met apotheek in eigendom			
			Bron
A	Norminkomen niveau 2010	€ 108.064	NZa Beleidsregel prestatiebekostiging farmaceutische zorg BR/CU-5045
B	Indexering o.b.v. NZa prijsindexcijfer voor personele kosten	10,32%	<a href="http://www.nza.nl/regelgeving/prijsindexcijfers/">http://www.nza.nl/regelgeving/prijsindexcijfers/</a>
C	Norminkomen niveau 2014	€ 119.212	= A * (1 + B)
D	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	Zie tabel 13
E	Norm besteedbare uren	1.555	Zie tabel 15
F	Uurprijs	€ 112	= ( C * (1 + D) ) / E

Tabel 16

<sup>11</sup> 'Het onderbouwd normatief uurtarief'. Advies uitgebracht door de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer 2005.

Opbouw uurprijs gevestigd apotheker in loondienst			Bron
A	Jaarlijks brutosalaris 38-urige werkweek, 10 dienstjaren	€ 68.768,64	KNMP Richtlijn salarissen apothekers in loondienst 2013
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	Zie tabel 13
D	Norm besteedbare uren	1.313	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 103	$= ( A * (1 + B) * (1 + C) ) / D$

Tabel 17

Opbouw uurprijs tweede apotheker in loondienst			Bron
A	Jaarlijks brutosalaris 38-urige werkweek, 10 dienstjaren	€ 53.667,54	KNMP Richtlijn salarissen apothekers in loondienst 2013
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	Zie tabel 13
D	Norm besteedbare uren	1.313	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 80	$= ( A * (1 + B) * (1 + C) ) / D$

Tabel 18

Opbouw uurprijs farmaceutisch consulent			Bron
A	Maandelijks brutosalaris schaal 8 (farmaceutisch consulent), periodiek 5 (36-urige werkweek)	€ 2.781,60	CAO apotheken 2014, per 1-4-2014
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	Zie tabel 13
D	Norm besteedbare uren	1.244	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 53	$= ( A * 12 * (1 + B) * (1 + C) ) / D$

Tabel 19

Opbouw uurprijs apothekersassistent			Bron
A	Maandelijks brutosalaris schaal 6 (apothekersassistent), periodiek 5 (36-urige werkweek)	€ 2.307,24	CAO apotheken 2014, per 1-4-2014
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	45,6%	Zie tabel 13
D	Norm besteedbare uren	1.244	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 44	$= ( A * 12 * (1 + B) * (1 + C) ) / D$

Tabel 20

Opbouw uurprijs zelfstandig gevestigd huisarts met praktijk in eigendom			Bron
A	Norminkomen niveau 2014	€ 125.237	NZa Beleidsregel Huisartsenzorg BR/CU-7095 (actief per 1-1-2014)
B	Opslag voor indirecte kosten	31%	Zie tabel 14
C	Norm besteedbare uren	1.555	Zie tabel 15
D	Uurprijs	€ 106	$= ( C * ( 1 + D ) ) / E$

Tabel 21

Opbouw uurprijs huisarts in loondienst			Bron
A	Maandelijks brutosalaris 40-urige werkweek, schaal 8	€ 6.328,06	CAO Hida, salaristabel per 1 januari 2014
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	31%	Zie tabel 14
D	Norm besteedbare uren	1.382	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 97	$= ( A * 12 * ( 1 + B ) * ( 1 + C ) ) / D$

Tabel 22

Opbouw uurprijs praktijkondersteuner huisarts			Bron
A	Maandelijks brutosalaris 38-urige werkweek, gemiddelde over schaal 6 en schaal 7 (periodiek 5) (inclusief 5% eindejaarsuitkering)	€ 3.017,70	CAO huisartsenzorg, salaristabel per 1 april 2013
B	Toeslag personeelskosten, sociale premies, vakantiegeld, etc.	35%	Economische evaluatie medicatiebeoordeling
C	Opslag voor indirecte kosten	31%	Zie tabel 14
D	Norm besteedbare uren	1.313	Zie tabel 15
E	Uurprijs	€ 49	$= ( A * 12 * ( 1 + B ) * ( 1 + C ) ) / D$

Tabel 23