

Negatieve Economische Effecten van Op-recept Geneesmiddelen Switchen naar Zelfzorg

Prof Maarten J Postma
15 september 2023

Hoogleraar Farmaco-economie
Universiteit Groningen &
Universitair Medisch Centrum Groningen &
Padjadjaran Universiteit Bandung (Indonesië)

Inleiding

Deze notitie is gedurende de maanden juli - september 2023 tot stand gekomen in opdracht van de KNMP. De directe aanleiding voor de vraag van de KNMP om deze notitie op te stellen betrof het advies van de Advies Commissie Pakket (ACP) om te komen tot een afwegingskader voor noodzakelijk te verzekeren zorg op basis van het bestaande pakketcriterium, hetgeen het Zorginstituut momenteel in voorbereiding heeft.

Een review van de literatuur leert dat publicaties inzake economische aspecten van switchen naar zelfzorg veelal wijzen op de mogelijke besparingen van een dergelijke switch [1-3], maar niet op de mogelijke risico's. Berekende besparingen betreffen potentieel lagere prijzen, verschuiving van zorgverzekerings- naar individuele kosten, gereduceerde receptregelvergoedingen en verminderde bezoeken aan overige gezondheidszorgwerkers (huisartsen en eventueel specialisten). Tevens wordt er gewezen op het potentieel verlagen van de druk op de zorg in een tijd van personeelstekorten, het verminderen van capaciteitsproblemen en tijdsbesparing niet alleen voor de zorgverlener maar ook de patiënt. Tijdsbesparing voor de patiënt door verminderde bezoeken aan zorgverleners gaat mogelijk gepaard met (korte termijn) verminderd productieverlies van patiënten door dergelijke bezoeken.

Wel geven ook deze publicaties in de discussie zelf aan dat de berekening van de besparingen recht-toe-recht-aan zijn betreffende veronderstelde probleemloze switches zonder rekening te houden met mogelijke negatieve effecten en de *readiness* van het zorgsysteem. Het rapport van *Gesundheit Österreich* zegt over het laatste dat eerst vergaande veranderingen nodig zijn in de zorgcultuur "so that patients take responsibility for their own health... patient information and clear communication is of particular relevance... successful self-care requires a re-thinking of health care professionals involved"[4]. Negatieve effecten die mogelijk illustreren dat de zorg nog niet klaar is voor bepaalde verschuivingen naar zelfzorg betreffen (i) afzien/uitstel van zorg door niet herkennen van de urgentie in de zelfzorg setting en door financiële overwegingen als zelf betaald moet worden, (ii) potentiële therapie-ontrouw door gebrek aan professionele begeleiding en voorlichting en (iii) mogelijk fout gebruik van geneesmiddelen door dat gebrek aan begeleiding en voorlichting en afwezigheid van een consistente registratie van zelfzorgmiddelen.

Elk negatief effect komt tevens met economische consequenties en bij elkaar opgeteld kunnen de negatieve economische effecten potentieel de positieve overtreffen. Er is weinig tot niets bekend over die potentiële negatieve gezondheids- en economische effecten van een switch naar zelfzorg. De WHO [5] formuleert het gebrek aan kennis over de negatieve effecten/risico's als volgt: "Even in high-income countries, the evidence regarding the populations who are in more vulnerable situations, ... , is limited". Kwetsbare groepen betreffen in potentie zij die ook

meer risico lopen op uitstel/afzien van zorg, therapie-ontrouw en fout gebruik, met – als gezegd – economische consequenties en potentieel hoge kosten als gevolg.

Afzien en/of Uitstellen van Zorg

Kosten kunnen een reden zijn af te zien van zorg of het uit te stellen, zoals ook recentelijk in Nederland in het nieuws was n.a.l.v. een rapport van de Patiëntenfederatie [6]. In de US is dit al langer een bekend fenomeen. Kraft *et al* [7] onderzochten in een gerandomiseerde setting de gezondheidseffecten en kosten van uitgestelde zorg. Bij een groep kinderen vonden zij dat uitgestelde zorg leidde tot slechtere gezondheid en hogere kosten indien later ziekenhuisopname nodig is. In een populatie van hartfalen patiënten vonden Thomas *et al* [8] dat uitstel/afzien van zorg leidde tot ruim \$8000 jaarlijkse meerkosten t.o.v. de patiënten die geen afzien/uitstel van zorg meldden. Haque [9] schatte de consequenties in van uitgestelde zorg door de coronapandemie en vond dat 1 dag uitgestelde zorg leidt tot 14% hogere kosten, 2 dagen tot 31%, 3 dagen 47%, 4 dagen 63% en 5 dagen zou tot 78% hogere kosten leiden. De setting van deze studies wijkt allicht af van die in de Nederlandse apotheken; toch kunnen deze studies als illustratief worden beschouwd voor de mogelijke negatieve gezondheidseffecten en extra kosten dat afzien/uitstel van zorg met zich meebrengt. Ergo, vanwege gebrek aan voorlichting/expert advies en extra kosten, gaat verschuiving naar zelfzorg gepaard met een verhoogd risico op afzien/uitstel van zorg met corresponderende negatieve gezondheidseffecten en hogere kosten.

Therapie-ontrouw

Gebrek aan begeleiding/voorlichting/expert advies van een zorgprofessional, zoals een apotheker, kan leiden tot therapie-ontrouw en daarmee gepaard gaande gezondheidsschade. Overigens kunnen ook eigen kosten voor de patiënt weer leiden tot therapieontrouw. Recent berekende het International Longevity Centre-UK dat therapie-ontrouw (gedefinieerd als nemende minder dan 80% van de optimale dosering) jaarlijks leidt tot €125 miljard aan extra kosten voor de Europese gezondheidszorg [10]. Dit heeft alles te maken met het niet realiseren van optimale uitkomsten van medicatie en dat een relevant percentage van ziekenhuisopnames kan worden gerelateerd aan therapie-ontrouw [9]. In de BMJ Open, publiceerden Cutler *et al* een review van 79 studies [11], waarin zij de extra kosten van therapie-ontrouw analyseerden. De resultaten verschilden per ziekte groep, maar laten aanzienlijke kosten zien (zie Figuur).

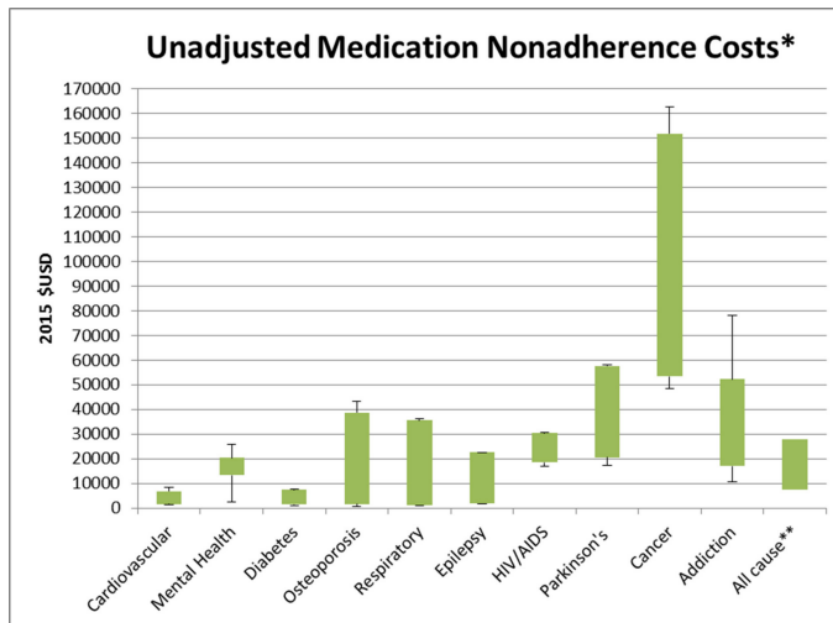


Figure 3 Annual unadjusted medication non-adherence costs per patient per year. Encompasses the minimum, maximum and IQR of unadjusted annual costs incurred by patients across disease groups where three or more studies were included for review. Epilepsy and addiction only included three studies limiting the range of costs. All-cause costs encompass non-adherence costs incurred in mixed disease state studies, taking into account other confounding factors such as comorbidities.

Figuur: Jaarlijkse kosten van therapie-ontrouw per patiënt per jaar (bron: Cutler *et al* [10])

Dragomir *et al* [11] analyseerden een cohort van meer dan 55.000 personen die nieuw op statine-behandeling begonnen. Therapie-ontrouw bleek geassocieerd met toegenomen kansen op beroerte, coronaire hartziekte en hartfalen, en daarmee op hogere kosten. Tevens bleek dat therapie-ontrouw leidt tot hogere kosten van opname indien een opname nodig is, in vergelijking met therapietrouwe personen. Gosselin *et al* [12] analyseerden bijna 42.000 gebruikers van protonpompremmers, waarvan meer dan 30% therapie-ontrouw. Therapie-ontrouw bleek geassocieerd met toegenomen huisartsbezoeken, poliklinische bezoeken en ziekenhuisopnames. Tevens bleek therapietrouw geassocieerd met significant hogere kostenbesparingen op maagproblemen door de protonpompremmers.

Fout Gebruik

Gebrek aan begeleiding/voorlichting/expert advies van een zorgprofessional, zoals een apotheker, kan niet alleen leiden tot therapie-ontrouw, maar ook andere medicatie-gerelateerde problemen. Medicatie-gerelateerde problemen kunnen bijvoorbeeld ook een te hoge dosering betreffen of het niet kunnen samengaan van bepaalde (zelfzorg)middelen (zoals vitamine K met oncolytica of rode rijst pillen met bloeddrukverlagende middelen). Om inzicht te krijgen in medicatie-gerelateerde problemen werd in Nederland de zgn. HARM-studie verricht, inclusief een economische analyse [13]. Met name lag de nadruk op te voorkomen medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames. Medicatie-gerelateerde ziekenhuisopnames gaan in Nederland gepaard met jaarlijkse kosten van bijna €100 miljoen. Bijna 20% hiervan bleek bijvoorbeeld potentieel te-voorkomen gastro-intestinale problemen te betreffen, zoals maagproblemen (zie onderstaande tabel).

Table 2 – Cost outcomes of potentially preventable hospital admissions related to medication, divided by most common reason for admission.

Reason for admission	Number of admissions n (%)	Direct medical costs per admission (€)	Production loss costs per admission (€)	Total costs per admission (€)	Total costs per year in The Netherlands (€)
Gastrointestinal system					
Gastrointestinal tract bleeding	48 (14.5)	5027	33	5060	11,390,826
Other gastrointestinal tract symptoms (e.g., diarrhea, constipation)	22 (6.6)	4811	877	5689	5,870,687
Circulatory system: cardiovascular symptoms (e.g., dysrhythmias, heart failure)	35 (10.5)	4323	774	5096	8,363,286
Respiratory symptoms (e.g., dyspnea)	26 (7.8)	5990	761	6751	8,229,041
Endocrine system: hypoglycemia or hyperglycemia	20 (6.0)	5296	367	5663	5,311,521

Tabel: Kosten van potentieel te-voorkomen ziekenhuisopnames (bron: Leendertse *et al* [13])

Discussie & Conclusie

Bovenstaand overzicht heeft niet de ambitie volledig te zijn. De besproken onderzoeken zijn gekozen om illustratief te zijn voor de potentiële negatieve gezondheids- en economische consequenties van mogelijke medicatie-gerelateerde problemen bij switchen van op-recept geneesmiddelen naar zelfzorg, zoals uitstel/afstel van zorg, therapieontrouw en onjuist gebruik. De besproken studies geven aan dat dergelijke economische consequenties meetbaar zijn en dat adequate methoden an sich dus voorhanden zijn. Deze analyses moeten specifiek zijn en zullen verschillen per specifieke geneesmiddelgroep. Voordat over gegaan wordt tot switches naar zelfzorg lijkt het belangrijk beter inzicht te krijgen in dergelijke potentiële negatieve effecten, ten aanzien van de gezondheid maar ook vanuit economische optiek.

Literatuur

1. May U, Bauer C, Schneider-Ziebe A, Giuliani-Limbach C. Self-Medication in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. *Gesundheit Ökon Quality Management*, 2023, DOI 10.1055/a-2089-5142: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2089-5142.pdf>
2. Millier A, Cohen J, Toumi M. Economic impact of a triptan Rx-To-OTC switch in six EU countries. *PLoS One*, 2013 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084088>
3. <https://www.vintura.com/news/report-health-economic-benefits-of-self-care-in-europe/>
4. https://jasmin.goeg.at/396/1/Self_Care_final%20report_20150629.pdf
5. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331195/WHO-SRH-20.2-eng.pdf>
6. <https://www.patientenfederatie.nl/actueel/nieuws/onderzoek-patientenfederatie-1-op-de-5-patienten-mijdt-zorg-door-kosten>
7. Kraft AD, Quimbo SA, Solon O et al. The Health and Cost Impact of Care Delay and the Experimental Impact of Insurance on Reducing Delays. *J of Pediatrics* 2009;155:281-5
8. Thomas A, Valero-Elizondo J, Khera R. Foregone Medical care Associated with Increased Health Care Costs among the US Heart Failure Population. *J Am Coll Cardiol HF* 2021;9:710-9
9. Haque LA. The Effect of Delays in Acute Medical Treatment on Total Cost and Potential Ramifications Due to the Coronavirus Pandemic. *Harvard Public Health Review* 2020:26
10. <https://ilcuk.org.uk/125-billion-lost-each-year-due-to-non-adherence/#:~:text=The%20estimated%20overall%20cost%20of,AU%247%20billion%20in%20Australia>
11. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e016982 (doi:10.1136/bmjopen-2017-016982)
12. Dragomir A, Côté R, White M, et al. Relationship between adherence level to statins, clinical issues and health-care costs in real-life clinical setting. *Value in Health* 2010;13:87–9
13. Gosselin A, Luo R, Lohoues H, et al. The impact of proton pump inhibitor compliance on health-care resource utilization and costs in patients with gastroesophageal reflux disease. *Value in Health* 2009;12:34–9
14. Leendertse AJ, van den Bemt PMLA, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts ACG, Postma MJ. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM-study. *Value in Health* 2011;14:34-40