

Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen:
trends en dilemma's

Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: trends en dilemma's

Eindredactie: A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg



Bohn
Stafleu
Van Loghum



Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2002 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Bohn Stafleu Van Loghum
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270556004
ISBN 90-313-3915-6
NUGI 741

VOORWOORD

Dit rapport over geneesmiddelen en medische hulpmiddelen vormt één van de themarapporten van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Het rapport is het resultaat van een samenwerkingsproject van het Centraal Planbureau (CPB), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Waarom deze gezamenlijke onderneming?

Elk van deze drie organisaties heeft eigen taken in relatie tot de overheid en de politiek op het terrein waarover dit themarapport zich uitstrekt. Het CPB maakt analyses en prognoses over de economie, waaronder de gezondheidszorg. Het CPB heeft in samenwerking met het SCP het 'Zorgmodel' ontwikkeld, dat recent is gebruikt om een zorgscenario voor de middellange termijn op te stellen. In dit zorgscenario is ook een raming opgenomen voor de ontwikkeling van de geneesmiddelen-uitgaven bij ongewijzigd beleid. Het werkteerterrein van het SCP ligt met name in het onderzoek naar en de advisering over sociaal-culturele ontwikkelingen in de samenleving en hun invloed op de verschillende beleidsterreinen, waaronder de gezondheidszorg. Op het terrein van de volksgezondheid heeft het RIVM de taak om ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking in Nederland in kaart te brengen en de factoren die daarop van invloed zijn. Daartoe wordt elke vier à vijf jaar een Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) gepubliceerd. In dit themarapport worden de inzichten uit de onderzoeken van de drie organisaties bijeengebracht op het terrein van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

Op diverse onderdelen hebben ook andere organisaties een bijdrage geleverd voor dit rapport. Dit geldt o.a. voor het College voor zorgverzekeringen op het onderdeel 'kostenraming geneesmiddelen en medische hulpmiddelen tot 2006'. Verder is in dit rapport in belangrijke mate gebruik gemaakt van recent verrichte toekomststudies in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie die bestond uit vertegenwoordigers van de directies GMT, MEVA en DGB van het Ministerie van VWS en uit enkele externe deskundigen (zie bijlage 1 voor de samenstelling).

Wij zijn allen zeer erkentelijk voor hun bijdrage.

F.J.H. Don, directeur CPB

P. Schnabel, directeur SCP

D. Ruwaard, directeur sector Volksgezondheid, RIVM

Maart 2002

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

SUMMARY 9

KERNBOODSCHAP 15

WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER? 23

A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg

DEEL A DE SPELERS IN HET VELD VAN GENEESMIDDELEN EN MEDISCHE
HULPMIDDELEN; HUIDIGE SITUATIE 27

1 DE PRODUCENTEN 29

1.1 De farmaceutische industrie 31

R.C.M.H. Douven, E.A.A. de Laat

1.2 De invloed van promotie door de farmaceutische industrie op het
voorschrijfgedrag 38

E.S. Mot, F. Windmeijer

1.3 De producenten van medische hulpmiddelen 44

G.W.M. Peters-Volleberg

2 DE DISTRIBUTEURS 51

2.1 De distributie en aflevering van geneesmiddelen 52

A. van den Berg Jeths

2.2 De distributie en aflevering van medische hulpmiddelen 58

G.W.M. Peters-Volleberg

3 DE VOORSCHRIJVERS 67

3.1 De voorschrijvers van geneesmiddelen 68

A. van den Berg Jeths, L.J. Stokx

3.2 De voorschrijvers van medische hulpmiddelen 76

G.W.M. Peters-Volleberg

4 DE CONSUMENTEN 83

4.1 De consumenten van geneesmiddelen 84

S.E. Kooiker

4.2 De consumenten van medische hulpmiddelen 98

G.W.M. Peters-Volleberg

5 DE OVERHEID EN DE VERZEKERAARS 105

5.1 De rol van overheid en verzekeraars op het terrein van
farmaceutische zorg 106

A. van den Berg Jeths

5.2 De rol van overheid en verzekeraars op het terrein van medische
hulpmiddelen 117

G.W.M. Peters-Volleberg

DEEL B TOEKOMSTVERKENNINGEN 125

- 1 METHODEN VAN TOEKOMSTVERKENNING 127
A. van den Berg Jeths
- 2 KOSTENRAMING GENEES- EN HULPMIDDELEN TOT 2006 129
 - 2.1 De kosten van geneesmiddelen tot 2006 130
C. Folmer
 - 2.2 De kosten van medische hulpmiddelen tot 2006 135
J.F. Piepenbrink, J. Takken
 - 2.3 Ziektespecifieke kostenramingen: diabetes mellitus als voorbeeld 138
A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg
- 3 LANGETERMIJNVERKENNINGEN GENEES- EN HULPMIDDELEN TOT 2020 147
 - 3.1 De invloed van demografische ontwikkelingen op het toekomstig gebruik van genees- en hulpmiddelen 149
S.E. Kooiker, G.W.M. Peters-Volleberg
 - 3.2 De invloed van sociaal-culturele trends op het toekomstig gebruik van genees- en hulpmiddelen 154
S.E. Kooiker
 - 3.3 Medisch-technologische ontwikkelingen en de invloed op gezondheid en zorg 159
G.W.M. Peters-Volleberg, A. van den Berg Jeths, I. Wolff
- 4 HET INGEZETTE BELEID EN DE ACTOREN IN DE TOEKOMST 179
A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg
 - 4.1 Trends 179
 - 4.2 Dilemma's 185

LITERATUUR 191

BIJLAGEN 201

- 1 Samenstelling Begeleidingscommissie 201
- 2 Lijst van auteurs 202
- 3 Lijst van gehanteerde definities 203
- 4 Lijst van afkortingen 206
- 5 Het econometrische model 'De invloed van promotie door de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag' 208
- 6 CVZ-raming kostenontwikkeling farmaceutische hulp 2001-2006 210
- 7 Kostenontwikkeling van hulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1997-2006 215
- 8 Aantal voorschriften en materiaalkosten geneesmiddelen bij diabetes mellitus, 1994-2000 217
- 9 Huidige situatie inzake preventie, diagnostiek en behandeling bij acht ziekten 220

REGISTER 231

Summary

Producers, distributors, prescribers, consumers, the government and health insurers are major stakeholders in the provision of pharmaceuticals and medical devices in the Netherlands. In recent years, a number of policy measures have been taken to enhance the quality and efficiency of pharmaceutical care and medical devices. The international character and the complexity of the pharmaceutical and medical device market, as well as the conflicting interests of the parties involved, influence the effectiveness of these policy measures.

Producers mainly determine prices

The main goal for producers and distributors is to maximise profits, while the customers benefit from 'economical and sensible' use (the cost to the consumer is reflected in the insurance premium). In addition, there are different forms of market failure. These market failures are related to a prominent information asymmetry (mainly between producers and prescribers, and between prescribers and patients/consumers), a small number of producers who have far-reaching market power, monopolies (temporary or otherwise), and the absence of cost-consciousness. The result is that the international producers have a significant influence on pricing. Worldwide producers of innovative pharmaceuticals probably spend more money on marketing than on research and development (R&D). The pharmaceutical industries often use the high R&D expenditures to explain the high prices. Profit margins are high in contrast to other branches of industry.

Profits in purchasing are partly passed on to the persons insured

Where pharmaceuticals are concerned, there is a strong link between the cost of material and cost of delivery. Purchasing profits in the material cost of pharmaceuticals obtained by pharmacists are partly passed on to the persons insured. This is a result of an agreement with the government that included a simultaneous increase in the reimbursement for delivery.

For medical devices, surcharges - and in many cases significant surcharges - are added to the purchasing prices. Insurers often obtain discounts. In 2000, the delivery costs of pharmaceuticals charged by pharmacists were more than 0.6 billion euros, and general practitioners (GPs) who deliver pharmaceuticals charged 38 million euros. That amounts to one fifth of the total expenditure for pharmaceutical care. The delivery costs of medical devices are unclear because they are included in the prices.

Marketing makes physicians less sensitive to price

Usually, the demand for a product decreases when the price of the product increases. If the pharmaceutical industries increase their prices, the decrease in demand will be lower in cases where marketing plays a greater role. This mar-

keting effect makes increasing prices or stabilising prices a more attractive proposition. As a result of marketing, the industry is a powerful player. This may lead to higher expenditure on pharmaceuticals.

Efficiency in prescription of pharmaceuticals and medical devices can be improved

Medical specialists generally prescribe more new and expensive pharmaceuticals than general practitioners (GPs). GPs often follow the example of specialists and prescribe more expensive medicines. The guidelines (lists of preferred drugs) issued to GPs and hospitals/specialists are sometimes contradictory. In 2000, the mean price of a drug prescribed by the general practitioner was 17.3 euros, while for the specialist this figure was 34.5 euros. There are some indications that pharmaceuticals are also prescribed to treat conditions for which they have not been registered. GPs with a high overall workload have a higher prescription rate than GPs with a lower workload. Insufficient use is still being made of prescription on compound name (instead of brand name), the electronic prescription system, and institutionalised consultation between pharmacists, GPs and medical specialists. In some cases, patients put pressure on the physician to prescribe medicines. This, in combination with the intention to practice 'evidence-based medicine', can place the physician in a dilemma. More insight into the extent of this problem is desired.

Prescribers of medical devices often have insufficient information to prescribe the most efficient device. There is still no coordinated source of information available. The 'Medical Devices Compass' drawn up by the National Health Insurance Board in the Netherlands, and the recently founded 'Information Centre on Medical Devices', both not yet operational, are intended to cover this demand. There is a lack of information on the actual use of guidelines and protocols by prescribers of medical devices.

Both attitude and cultural background determine the use of pharmaceuticals

Consumers can be divided into three categories based on their general attitude toward pharmaceuticals: traditional consumers, no-nonsense consumers and consumers who prefer natural medicine. In women, the attitude towards pharmaceuticals (positive or negative preference for regular drugs) is more closely connected to the actual use of pharmaceuticals than in men. Consumption of pharmaceuticals among non-Western immigrants is higher. This is particularly true of drugs for gastrointestinal disorders, analgesics and antibiotics in children. Other relevant factors are poorer health status, cultural factors, language barriers and the high workload of GPs with a large number of immigrants in their practice. Adequate monitoring of the high drug consumption by immigrants and its background is necessary to find possible ways to increase efficiency. The higher consumption of health care by immigrants also deserves consideration within the context of 'urban policy'.

Participation, patient friendliness and social acceptance partly determine the use of medical devices

The use of medical devices depends not only on the illness, disorder or disability in question, although it is true to say that the chronically ill, the disabled and the elderly are bulk consumers. Other factors also play a role: the amount of say the consumer has in choosing the medical device, ease of use, the quality of the instructions for use, and the social acceptance of the product. There are no data on the relationship between use of medical devices and ethnicity.

This report also contains a number of forecasts focusing on the next term of government (2003-2006) and on the long term (up to 2020). The basic assumption is that future use and costs of pharmaceuticals and medical devices will not only be influenced by demographic, socio-cultural, technological and epidemiological trends, but also by the behaviour of the stakeholders. The proposed changes in national and European policy will have major consequences for the various stakeholders. At present the results of these changes are still very much uncertain. Accordingly, it is not yet possible to answer the question of whether quality and efficiency will improve (Part B of this report).

If policy remains unchanged, expenditure on pharmaceutical care will rise by 11% and expenditure on medical devices by 7% each year until 2006

In 2000, over 140 million pharmaceutical prescriptions were written in the Netherlands, and expenditure on pharmaceutical care was 3.5 billion euros. If policy remains unchanged, expenditure on pharmaceutical care will increase by about 11% annually during the period 2003-2006. This results from an increase in the number of prescriptions and a mean increase in price per prescription, both exceeding 5% each year. These figures take into account a 1.1% increase due to population growth and the growing number of elderly and an increase of 0.3% caused by the growing number of immigrants. Besides these demographic influences, account has also been taken of a 3.2% rise in the demand for pharmaceuticals, due to such factors as the possibilities offered by new drugs and a volume increase of 0.6% caused by the greater number of prescriptions written by GPs as a result of an increased workload. The price increase is mainly due to expected use of recently approved, expensive drugs.

In 2000, expenditure on medical devices was almost 0.8 billion euros. If policy remains unchanged, the mean annual increase is expected to be 7%. For participants in the Dutch National Health Service this will be about 8-9% annually, whereas for the privately insured it will be about 4-6% each year. However, it should be noted that no adequate data are available on the use of medical devices among the privately insured.

Illness-specific developments should be incorporated in estimates

Illness-specific developments are not taken into account in the total estimate of

pharmaceutical care and medical devices. A specific estimate for diabetes mellitus up to 2006 shows that the annual increase in the volume of prescriptions for diabetes-related drugs is almost double the mean increase in prescriptions for all drugs (9% and 5% respectively). Besides the increase in the elderly population, this results from the persistent increase in the incidence of diabetes mellitus (mainly due to a rise in obesity and a general tendency towards taking less physical exercise), as well as from the trend towards earlier and more intensive treatment of patients with diabetes. The annual cost of medical devices for the treatment of diabetes mellitus (e.g. blood glucose monitors and test strips) is expected to increase by 14-15% for Dutch National Health Service patients. This is about double the mean increase in expenditure on all medical devices. This calculation is based on the assumption that the present policy of not reimbursing the costs of blood glucose monitors and test strips for non-insulin-dependent diabetes patients will be continued in the future.

The effect of longer life-expectancy and a growing proportion of immigrants on the use of pharmaceuticals and medical devices

Until 2020, the annual amount of drug prescriptions will rise - given a constant usage pattern by age and gender - by an average of 1.6% for men and 1% for women. For medical devices, the use of hearing aids and incontinence materials displays the strongest increase: 2.5% for men and over 1.5% for women annually. This is because of general population growth and the increase in the number of elderly in particular. The higher estimate for men is mainly due to a greater increase in life expectancy for men than for women. In the long term, the increasing numbers of immigrants may result in an additional rise in the consumption of pharmaceuticals, based on the assumption of the same higher usage pattern compared with the population in general.

With the exception of the rising educational level, socio-cultural developments will raise consumption of pharmaceuticals and medical devices

Socio-cultural developments such as continuing internationalisation and individualisation, more active lifestyle, greater readiness to express individual needs and higher expectations of medical care will lead to a higher consumption of drugs and medical devices. The only development that may slow down consumption is the rising educational level of the population. In general, high levels of education correlate with a better health status and the probability of less need for medical care.

Steady advances in medical technology

Apart from an expansion of new varieties of drugs in prevailing categories, totally new categories of drugs are also expected to become available. New delivery routes are being developed for several drugs that will improve both patient convenience and compliance. The duration of medicinal and other forms of therapy for the individual patient will increase and also intensify in many cases, due to earlier discovery, postponement of death, use of co-medica-

tion, and more intensive support and surveillance. Advances are also being made in tailoring the action of drugs to affect specific parts of the body (drug targeting). Meanwhile, more drugs are being developed for primary prevention of disease. Many of these drugs can be used to compensate, at least to some extent, for unhealthy lifestyles.

In the long term, the increasing knowledge of the human genome will have important implications. The detection of gene defects as causes of disease offers not only a starting point for the development of new drugs and gene therapy, but will also make it possible to attune drug therapy to the genetic constitution of the patient. The cost of therapy is expected to increase considerably as a result of the 'individualisation' of these interventions. On the other hand, savings may also be possible since developments of this kind can reduce unnecessary drug prescription (by proving the unsuitability of a drug on the basis of genetic constitution) and can enable optimisation of drug dosage.

Apart from new drugs, other medical-technological developments can benefit the health status of the population in the near future and in the longer term. For instance, new screening methods are being developed for the early detection of disease, new and improved diagnostic techniques are becoming available (e.g. treatment of cancer), and there may be a broad application of tissue-engineered medical products (e.g. replacement of cartilage). Telemedicine and telecare can improve therapeutic compliance and facilitate a more efficient organisation of health care.

A progressive interaction between drugs and medical devices

Because of developments in technology and biotechnology, drugs and medical devices are becoming progressively interactive. Two examples of this trend are the stent (a tube to keep blood vessels open) with a built-in drug, and - for patients with diabetes - the development of an adequately functioning 'closed loop system' that monitors the blood glucose level and automatically injects the right amount of insulin.

Improved drugs can compensate for the increased burden of disease brought about by population growth and the ageing of the population

The amount of years spent living with a particular disease in the total population is increasing due to population growth and the ageing of the population (assuming all other influences remain steady). For some diseases, new and improved drugs can partly compensate for this increased burden of disease, by increasing the frequency of cure or reducing the severity of the disease. The latter is true of diabetes mellitus, depression, asthma/COPD and rheumatoid arthritis. However, these appraisals are subject to many uncertainties. Little is known about the exact influence of currently used drugs and medical devices on the health status of the patients using them. In addition, there are also many gaps in our knowledge about the therapeutic effects of new drugs on a day-to-day basis: do they reflect the therapeutic effects found in the clinical

research phase, and do patients comply with the instructions given with the new drugs? The government can create the conditions needed to collect this information.

Should everything that is possible be done? Social costs and benefits considered Medical-technological developments can contribute to a further improvement in the general health status, but will also put a large claim on the available budget for health care. It is important to consider whether these developments are ethically acceptable and can be regarded as 'necessary care'. The debate about what constitutes 'necessary care' is an ongoing one and is part of the general revision of the health care system. The possibility of using the severity of the consequences of a disease or disorder to determine the necessity of treatment (including drugs and medical devices) is currently under investigation. If the technological improvements of drugs and medical devices far outstrip developments in other areas of health care, it is worth asking whether it is desirable to spend a larger share of the available health care budget on these areas. Developing methods for assessing issues of social costs and benefits is a matter of importance.

Important changes following national and European policy modifications

Until recently, the national policy for pharmaceuticals and medical devices was mainly state-controlled. If current policy is continued, the responsibility for the distribution of drugs and medical devices will gradually shift to health insurance companies. Consequently, the drug and medical device sectors will be subject to a higher degree of market influence. The transfer of responsibility to insurance companies is in full swing. Key points in the new policy are: separating purchasing from delivery of care, exerting direct influence on prescribers, making claims flexible and differentiating between various care packages. For the time being, this process will continue to create many uncertainties and dilemmas for the parties involved, especially while doubts still remain about its capacity to actually increase efficiency.

The planned European policy modifications regarding drugs are intended to shorten the procedures for admittance and to speed up access to highly innovative drugs. This will accelerate the availability of new drugs on the market. In addition, there will be a trial with controlled promotion of drugs aimed at patients with AIDS, diabetes mellitus, and asthma/COPD. On the other hand, promotional activities for medical devices aimed at the general population are permitted. If current legislation remains in force, we can expect an increase in these activities.

Kernboodschap

Bij de genees- en hulpmiddelenverstrekking in Nederland speelt een aantal actoren een belangrijke rol: producenten, distributeurs, voorschrijvers, consumenten, overheid en verzekeraars. Het beleid van de overheid is erop gericht de kwaliteit en doelmatigheid van farmaceutische hulp en hulpmiddelen te bevorderen. Hiertoe zijn in de afgelopen jaren vele beleidsmaatregelen genomen. De effectiviteit van deze beleidsmaatregelen wordt sterk beïnvloed door het internationale karakter van de markt van genees- en hulpmiddelen, de complexiteit van beide terreinen en de belangentegenstellingen tussen de betrokken actoren (deel A van dit rapport).

Producenten bepalen in hoge mate de prijzen van genees- en hulpmiddelen

Aan de productie- en distributiekant van de genees- en hulpmiddelenvoorziening staat winstmaximalisatie voorop. Vergeleken met andere bedrijfstakken zijn de winstmarges - met name bij geneesmiddelen - hoog. Het publieke belang is echter gebaat bij een 'zinnig en zuinig' gebruik van genees- en hulpmiddelen. De kosten hiervoor komen voor de burgers tot uiting in de hoogte van de premies.

Op internationaal niveau zijn producenten in hoge mate in staat de prijzen te bepalen. Dit komt doordat in de farmaceutische industrie sprake is van markten, waarin verschillende vormen van marktfalen aan de orde zijn: aanzienlijke informatieasymmetrie (met name tussen producenten en voorschrijvers en tussen voorschrijvers en patiënten/consumenten), een beperkt aantal producenten met grote marktmacht, (tijdelijke) monopolies, en de afwezigheid van kostenbewustzijn bij voorschrijvers en patiënten/consumenten.

Wereldwijd geven producenten van innovatieve geneesmiddelen waarschijnlijk meer uit aan promotie dan aan onderzoek en ontwikkeling. Desondanks gebruikt de farmaceutische industrie de hoge onderzoeks- en ontwikkelkosten van geneesmiddelen vaak als argument om de hoge prijzen te verklaren.

Inkoopvoordelen komen deels ten goede aan verzekerden

Er is een sterke verwevenheid tussen materiaal- en afleverkosten van geneesmiddelen. Deze sterke verwevenheid is als volgt te verklaren. De overheid heeft met apothekers een akkoord gesloten over verhoging van de afleververgoeding. In ruil daarvoor komen inkoopvoordelen van apothekers bij geneesmiddelen (bonussen en kortingen) gedeeltelijk ten goede aan de patiënt/verzekerde. In 2000 bedroegen de afleverkosten van geneesmiddelen voor apothekers 1,4 miljard gulden (ruim 0,6 miljard euro) en voor apotheekhoudende huisartsen 84 miljoen gulden (38 miljoen euro). Dat komt overeen met ongeveer een vijfde deel van de totale kosten van farmaceutische hulp.

De afleverkosten voor medische hulpmiddelen zijn niet bekend omdat deze zijn verdisconteerd in de prijzen. Bij medische hulpmiddelen komen op de

inkoopprijzen vaak hoge toeslagen voor de aflevering, waarbij verzekeraars vaak weer kortingen bedingen op de te declareren bedragen.

Promotie-activiteiten maken artsen minder prijsgevoelig

Als de prijs van een product toeneemt, daalt normaal gesproken de vraag naar dat product. In de genees- en hulpmiddelenindustrie ligt dat echter anders. Voorschrijvers zijn namelijk over het algemeen weinig prijsgevoelig. Dat wil zeggen dat zij een geneesmiddel niet minder vaak zullen voorschrijven als de prijs daarvan stijgt. Daardoor daalt de vraag dus niet. Een andere belangrijke factor die in dit vraag-aanbodproces een rol speelt is promotie. Als de farmaceutische industrie de prijs verhoogt, zal de afname van de vraag geringer zijn naarmate er meer promotie is. Dit effect van promotie maakt het dus aantrekkelijker om de prijs te verhogen (of niet te verlagen). De industrie heeft door de promotieactiviteiten meer marktmacht. Dit kan leiden tot hogere kosten voor geneesmiddelen.

Voorschrijven van genees- en hulpmiddelen kan doelmatiger

De doelmatigheid van het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen kan op een aantal punten worden verbeterd:

- Specialisten schrijven in het algemeen eerder nieuwe en duurdere geneesmiddelen voor dan huisartsen. Als gevolg daarvan bedroeg in 2000 de gemiddelde prijs van een recept via de huisarts 38 gulden (17,3 euro) en via de specialist bijna 76 gulden (34,5 euro). Huisartsen nemen het duurdere voorschrijfgedrag van specialisten vaak over.
- Geneesmiddelen worden soms voorgeschreven voor indicaties waarvoor het betreffende middel niet is geregistreerd.
- Huisartsen, die een hoge algemene werkdruk ervaren, schrijven meer geneesmiddelen voor dan huisartsen waarbij dat minder het geval is.
- Het voorschrijven op stofnaam, het elektronisch voorschrijfsysteem en het farmacotherapeutisch (transmuraal) overleg worden nog niet ten volle benut.
- De patiënt kan in sommige gevallen het voorschrijfgedrag van de arts beïnvloeden. In combinatie met de druk om 'evidence-based' te handelen kan dit de arts voor dilemma's plaatsen. Meer inzicht in de mate waarin dit voorkomt, is gewenst.
- Voorschrijvers van medische hulpmiddelen hebben in het algemeen onvoldoende informatie om het meest doelmatige product te kunnen voorschrijven. Tot nu toe is hiervoor geen gecoördineerde informatiebron voorhanden. Het in ontwikkeling zijnde Hulpmiddelenkompas van het College van zorgverzekeringen en het recent opgerichte, maar nog niet operationele Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC) beogen hierin te voorzien. Er is weinig bekend over het daadwerkelijke gebruik van richtlijnen en protocollen door voorschrijvers van hulpmiddelen.

Houding en culturele achtergrond bepalen mede het gebruik van geneesmiddelen

Er zijn drie typen consumenten te onderscheiden op basis van hun algemene houding ten aanzien van geneesmiddelen: de traditioneel consumptiegeneigden, de no-nonsense gebruikers en consumenten met een voorkeur voor 'natuurlijk genezen'. De algemene houding ten aanzien van geneesmiddelen (wel/niet voorkeur voor reguliere geneesmiddelen) blijkt bij vrouwen sterker samen te hangen met de daadwerkelijke consumptie van geneesmiddelen dan bij mannen. Daarnaast is het geneesmiddelengebruik bij niet-westerse allochtonen hoger dan bij autochtonen. Met name maagdarmmiddelen, pijnstillers en antibiotica (bij kinderen) worden op dit moment aanzienlijk vaker voorgeschreven aan allochtonen. Het hogere geneesmiddelengebruik door allochtonen wordt onder andere veroorzaakt door een slechtere gezondheidstoestand, taalproblemen, de verwachting dat de arts altijd een geneesmiddel voorschrijft en de hoge werkdruk van huisartsen, die veel allochtonen onder hun patiënten hebben. Een goede monitoring van het geneesmiddelengebruik bij allochtonen en de achtergronden daarvan is gewenst om zicht te krijgen op mogelijke vergroting van de doelmatigheid. Ook binnen het grotestedenbeleid zou aandacht besteed kunnen worden aan het hogere zorggebruik door allochtonen.

Inspraak, gebruiksgemak en maatschappelijke acceptatie bepalen mede het gebruik van hulpmiddelen

Het gebruik van medische hulpmiddelen wordt beïnvloed door verschillende factoren. Zo bepalen onder andere de ziekte, aandoening of handicap het gebruik (chronisch zieken, gehandicapten en ouderen zijn grootverbruikers). Daarnaast wordt het gebruik bepaald door de mate waarin de consument een stem heeft in de keuze van het hulpmiddel, het gebruiksgemak, de kwaliteit van de handleiding of de instructie, en de maatschappelijke acceptatie van het product. Gegevens over hulpmiddelengebruik naar etniciteit zijn niet aanwezig.

Het tweede deel van dit rapport (deel B) bevat een aantal toekomstverkenningen gericht op de komende kabinetsperiode (2003-2006) en de lange termijn (tot 2020). Het uitgangspunt hierbij is dat het toekomstig gebruik en de kosten van genees- en hulpmiddelen niet alleen worden beïnvloed door demografische, sociaal-culturele, medisch-technologische en epidemiologische ontwikkelingen, maar ook door het gedrag van de betrokken actoren. De voorgenomen beleidswijzigingen op nationaal en Europees niveau hebben belangrijke gevolgen voor de verschillende actoren. Op dit moment zijn er nog veel onzekerheden over de uitkomsten. Hierdoor is de vraag of de kwaliteit en doelmatigheid zullen toenemen, nog niet te beantwoorden.

Bij ongewijzigd beleid stijgen kosten van farmaceutische hulp tot 2006 met 11% en van hulpmiddelen met 7% per jaar

In Nederland werd in 2000 ruim 140 miljoen keer een geneesmiddel voorgeschreven. De kosten van farmaceutische hulp bedroegen in 2000 in totaal 7,6 miljard gulden (3,5 miljard euro). Bij ongewijzigd beleid stijgen de kosten van farmaceutische hulp in de komende kabinetsperiode (2003-2006) naar verwachting met ongeveer 11% per jaar. Deze stijging wordt veroorzaakt door een toename in het aantal recepten van ruim 5% per jaar en een gemiddelde prijsstijging per recept van eveneens ruim 5% per jaar. Hierbij is rekening gehouden met 1,4% toename door demografische ontwikkelingen (1,1% door groei en vergrijzing van de bevolking en 0,3% door een stijgend aantal allochtonen), een toename van de behoefte aan geneesmiddelen met 3,2% (o.a. door de mogelijkheden die nieuwe geneesmiddelen bieden) en een volumegroei van 0,6% doordat huisartsen meer geneesmiddelen voorschrijven als gevolg van een toenemende werkdruk. De prijsstijging is vooral het gevolg van het verwachte gebruik van dure nieuwe geneesmiddelen.

De kosten van hulpmiddelen bedroegen in 2000 1,7 miljard gulden (bijna 0,8 miljard euro). Bij ongewijzigd beleid komt de gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van medische hulpmiddelen naar verwachting op 7% per jaar. Bij ziekenfondsverzekerden gaat het om een toename van 8-9% per jaar, terwijl de toename bij particulier verzekerden wordt geschat op 4-6% per jaar. Over hulpmiddelengebruik door particulier verzekerden ontbreken echter goede gegevens.

Ziektespecifieke ontwikkelingen betrekken bij ramingen

In de raming voor de farmaceutische hulp als geheel is geen rekening gehouden met ziektespecifieke ontwikkelingen. Een ziektespecifieke raming voor bijvoorbeeld diabetes mellitus laat zien dat de geschatte jaarlijkse volume-ontwikkeling van geneesmiddelen bij diabetes tot 2006 ongeveer twee keer zo groot is als het gemiddelde voor alle geneesmiddelen tezamen (ruim 9% vergeleken met ruim 5%). Dit heeft meerdere oorzaken. Ten eerst komt deze aandoening veel bij ouderen voor. Daardoor heeft de vergrijzing relatief veel invloed op het aantal patiënten. Daarnaast is naar verwachting sprake van een blijvende stijging van het aantal nieuwe gevallen (vooral als gevolg van het vaker vóórkomen van overgewicht en minder beweging) en de eerdere en intensievere behandeling van diabetespatiënten. De jaarlijkse kostenstijging van diabeteshulpmiddelen (w.o. bloedglucosemeters en teststrips) tot 2006 is geraamd op 14-15% voor ziekenfondsverzekerden. Daarmee is deze stijging bijna twee keer zo groot als voor alle hulpmiddelen tezamen. Hierbij is ervan uitgegaan dat ook in de toekomst de kosten van bloedglucosemeters en teststrips door niet-insulinegebruikende diabetespatiënten niet worden vergoed.

Invloed toenemende levensverwachting en stijgend aandeel allochtonen op gebruik

Het aantal geneesmiddelenvoorschriften neemt – bij gelijkblijvend gebruik per persoon - tot 2020 jaarlijks gemiddeld met 1,6% toe voor mannen en 1,0% voor vrouwen. Bij de hulpmiddelen stijgt het gebruik van hoorhulpmiddelen en incontinentiemateriaal het sterkst door groei en vergrijzing van de bevolking, namelijk met 2,5% per jaar bij mannen en ruim 1,5% bij vrouwen. De hogere raming voor mannen komt onder meer doordat de levensverwachting bij mannen sterker stijgt dan bij vrouwen. Mogelijk is er ook op langere termijn sprake van een extra groei in het geneesmiddelengebruik door het toenemend aantal allochtonen, uiteraard afhankelijk van de mate waarin de gebruikspatronen van autochtonen en allochtonen naar elkaar toegroeien.

Sociaal-culturele ontwikkelingen hebben een consumptieverhogend effect, behalve het stijgend opleidingsniveau

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de voortgaande internationalisering en individualisering, een meer actieve levensstijl, en de toenemende mondigheid en verwachtingen van medische zorg, zullen leiden tot een hoger gebruik van genees- en hulpmiddelen. Alleen het stijgende opleidingsniveau van de bevolking kan het gebruik van genees- en hulpmiddelen remmen, doordat een hogere opleiding in het algemeen samengaat met een betere gezondheidstoestand.

Medisch-technologische ontwikkelingen zetten gestaag door

Behalve dat bestaande klassen van geneesmiddelen met nieuwe varianten worden uitgebreid, komen naar verwachting ook geheel nieuwe klassen van geneesmiddelen beschikbaar. Voor diverse geneesmiddelen worden nieuwe toedieningsvormen ontwikkeld, die het gebruiksgemak verhogen en mogelijk de therapietrouw verbeteren. De duur en intensiteit van (medicamenteuze) behandeling per patiënt zal in veel gevallen toenemen door vroegere opsporing, uitstel van sterfte, het gebruik van meer middelen tegelijkertijd en intensievere begeleiding en controle. Bovendien nemen de mogelijkheden toe om geneesmiddelen specifiek op de gewenste plaats te krijgen (drug targeting). Er komen ook steeds meer geneesmiddelen voor primaire preventie. Veel van deze middelen kunnen worden gebruikt om een ongezonde leefstijl (deels) te compenseren.

De toenemende kennis van het humaan genoom heeft op lange termijn belangrijke consequenties. Het aantonen van gendefecten als oorzaken van ziekten biedt aanknopingspunten voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en genterapie. Bovendien zal het ook mogelijk worden de farmacotherapie af te stemmen op de genetische constitutie van de patiënt. Door deze 'individualisering' van de therapie zal deze naar verwachting aanzienlijk duurder worden, maar besparingen zijn ook mogelijk. Sommige patiënten zullen een bepaald geneesmiddel namelijk niet voorgeschreven krijgen omdat vanwege

de genetische constitutie het betreffende middel niet werkt of vanwege de bijwerkingen. Bovendien kan de dosering worden geoptimaliseerd.

Behalve de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen zijn er ook andere medisch-technologische ontwikkelingen die in de (verre) toekomst een gunstige invloed kunnen hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking. Zo worden er nieuwe screeningsmethoden ontwikkeld om ziekten in een vroeg stadium op te sporen, komen er verbeterde en nieuwe diagnostische technieken beschikbaar (onder meer bij kanker) en neemt de toepassing van tissue engineered medical products, zoals kraakbeenvervanging, mogelijk een hoge vlucht. Telemedicine en telecare kunnen zowel de therapietrouw verbeteren als het zorgproces efficiënter laten verlopen.

Toenemende vervlechting genees- en hulpmiddelen

Door (bio)technologische ontwikkelingen raken genees- en hulpmiddelen steeds meer met elkaar vervlochten. Hiervan zijn twee voorbeelden te geven. Ten eerste is dat de stent: een buisje om een bloedvat open te houden met een ingebouwd geneesmiddel. Een tweede voorbeeld is de mogelijke ontwikkeling van goed functionerende 'closed loop systemen' die bij diabetespatiënten het glucosegehalte meten en op geleide hiervan automatisch de juiste hoeveelheid insuline afgeven.

Betere geneesmiddelen kunnen toenemende ziektelast door groei en vergrijzing compenseren

Door groei en vergrijzing van de bevolking neemt de ziektelast in de totale bevolking toe (overige omstandigheden gelijkblijvend). Met ziektelast wordt hier bedoeld: het aantal jaren doorgebracht met een bepaalde ziekte. Voor sommige ziekten kunnen nieuwe en betere geneesmiddelen deze toenemende ziektelast in de bevolking geheel of gedeeltelijk compenseren doordat vaker genezing optreedt of doordat de ernst van de ziekte afneemt, zoals bij diabetes mellitus, depressie, astma/COPD en reumatoïde artritis. Deze schattingen zijn echter met veel onzekerheden omgeven. Er is namelijk nog slechts weinig bekend over de exacte bijdrage van de huidige genees- en hulpmiddelen aan de gezondheidstoestand van de betreffende patiëntengroepen. Bovendien zijn er nog veel onzekerheden over het therapeutisch effect van nieuwe geneesmiddelen in de praktijk van alledag. Is deze even gunstig als in het klinisch onderzoek voorafgaande aan de registratie? En gebruiken patiënten de nieuwe middelen volgens de instructies? De overheid kan de randvoorwaarden scheppen om informatie hierover te verzamelen.

Moet alles wat kan: maatschappelijke kosten-batenafwegingen

De medisch-technologische ontwikkelingen kunnen bijdragen aan een verdere verbetering van de gezondheidstoestand, maar zullen waarschijnlijk ook een groot beslag leggen op het budget voor de gezondheidszorg. Er zal daarom

een afweging moeten worden gemaakt of deze ontwikkelingen ethisch aanvaardbaar zijn en behoren tot de 'noodzakelijke zorg'. De discussie over het criterium 'noodzakelijke zorg' is nog gaande in het kader van de algemene stelselherziening in de zorg. Onderzocht wordt of de ernst van de ziektelast als gevolg van een ziekte of aandoening bepalend kan zijn voor de noodzakelijkheid van een behandeling (waaronder genees- en hulpmiddelen). Als de technologische ontwikkelingen bij genees- en hulpmiddelen sneller gaan dan bij de rest van de zorg, is de vraag aan de orde of het wenselijk is in de toekomst een groter deel van het zorgbudget aan genees- en hulpmiddelen te besteden. Om dergelijke kosten-batenafwegingen te kunnen maken is het van belang dat hiervoor goede methoden worden ontwikkeld.

Belangrijke veranderingen door nationale en Europese beleidswijzigingen

Tot voor kort lag de regie voor het genees- en hulpmiddelenbeleid nog grotendeels bij de landelijke overheid. Als het ingezette beleid wordt voortgezet, zal deze regie echter steeds meer verschuiven naar de verzekeraars en zal de invloed van marktwerking op het terrein van genees- en hulpmiddelen worden versterkt. Het traject van uitwerking van de regiefunctie door verzekeraars is in volle gang. Hierbij staan de mogelijkheden voor scheiding van inkoop en zorg, directe aansturing van voorschrijvers, flexibilisering van aanspraken en pakketdifferentiatie centraal. Vooralsnog brengt deze verschuiving van de regie voor de betrokken actoren veel onzekerheden en dilemma's met zich mee, waarbij het onduidelijk is of de doelmatigheid zal toenemen.

Op Europees niveau zijn beleidswijzigingen op het gebied van geneesmiddelen voorgesteld gericht op verkorting van toelatingsprocedures en snellere toegang tot sterk innovatieve geneesmiddelen. Hierdoor komen nieuwe geneesmiddelen sneller op de markt. Ook zal mogelijk een proef plaatsvinden met gecontroleerde geneesmiddelenreclame voor drie patiëntengroepen (AIDS, diabetes mellitus en astma/COPD). Over het algemeen is reclame voor geneesmiddelen verboden. Reclame voor medische hulpmiddelen gericht op het publiek is wél toegestaan. Bij handhaving van de huidige regelgeving zal de reclame voor medische hulpmiddelen naar verwachting toenemen.

WAAR GAAT DIT RAPPORT OVER?

A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg

Dit themarapport over farmaceutische hulp en medische hulpmiddelen vormt één van de onderdelen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2002 van het RIVM, de derde VTV op rij. Dit themarapport kent twee invalshoeken. In de eerste plaats geeft het een actuele terreinbeschrijving van farmaceutische hulp en hulpmiddelen aan de hand van de verschillende partijen (actoren) die betrokken zijn bij deze vormen van zorg (deel A). In de tweede plaats bevat dit rapport een toekomstverkenning van farmaceutische hulp en hulpmiddelen. Hierbij gaat het niet alleen om een kostenraming van beide soorten zorg voor de komende kabinetsperiode, maar ook om een verkenning van demografische, sociaal-culturele en medisch-technologische ontwikkelingen die op lange termijn van invloed zijn op het gebruik van genees- en hulpmiddelen (deel B). De tijdshorizon is hier 2020. Het rapport besluit met een aantal trends en dilemma's, die in het toekomstige beleid rondom genees- en hulpmiddelen belangrijke aandachtspunten zullen vormen. Dit rapport vat de huidige kennis en discussiepunten hierover samen.

Waarom genees- en hulpmiddelen in één rapport? Farmaceutische hulp en hulpmiddelen zijn sectoren van zorg, die veel overeenkomsten vertonen. Beide kennen een private productie, met alle marktkenmerken vandien. De distributie vindt gedeeltelijk plaats door dezelfde actor (de apotheker). Voor gebruik van geneesmiddelen zijn in sommige gevallen medische hulpmiddelen nodig (injectiespuiten, vernevelaars) en geneesmiddelen en medische hulpmiddelen worden steeds vaker geïntegreerd (bijv. antibioticum in een stent). Beide onderwerpen behoren tot het ruimere terrein van de medisch-technologische ontwikkelingen.

1 Afbakening

Daar waar het in dit rapport gaat om farmaceutische hulp en hulpmiddelen als sectoren van zorg wordt aangesloten bij de omschrijving in de Zorgnota van het Ministerie van VWS. Onder farmaceutische hulp vallen de door huisartsen en specialisten poliklinisch voorgeschreven genees- en hulpmiddelen. Bij hulpmiddelen wordt een aantal subgroepen onderscheiden, die sterk variëren in de mate waarin medische technologie een rol speelt (van diabetesteststrips en hoorapparaten tot woningaanpassingen). De aanspraken op deze twee vormen van zorg zijn omschreven in de Regeling farmaceutische hulp en de Regeling hulpmiddelen 1996. Dit houdt in dat de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen binnen instellingen niet in beeld komen. Deze uitgaven vallen onder de intramurale zorg. Ook de hulpmiddelen die in het kader van overige regelgeving worden vergoed (de Wet Voorzieningen Gehandicapten, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten) blijven buiten beeld. Zowel de beschrijving van de actoren in deel A van dit rapport als de kostenramingen uit deel B sluiten aan bij de Zorgnota.

Inhoudelijke ontwikkelingen ten aanzien van genees- en hulpmiddelen storen zich echter niet aan indelingen ten behoeve van aanspraken op zorg en vergoedingenregimes. Nieuwe genees- en hulpmiddelen worden vaak (en soms vooral) in ziekenhuizen of andere intramurale voorzieningen toegepast. Bij alle vormen van zorg – intramuraal en extramuraal – gaat het uiteindelijk om de ‘gezondheidsopbrengsten’ voor de patiënt. Daarom zijn de toekomstverkenningen niet alleen gericht op zorgsectoren, maar ook op ziekten en aandoeningen. Hierbij is een keuze gemaakt voor acht ziekten. Voor deze acht ziekten worden ontwikkelingen op het terrein van geneesmiddelen en een aantal andere deelterreinen van medische technologie gepresenteerd, die meer omvatten dan hetgeen in de Zorgnota onder hulpmiddelen valt. Daarbij komen die deelterreinen van medische technologie aan bod, waarvoor een recent uitgevoerde toekomstverkenning beschikbaar is. Behalve om ontwikkelingen in het geneesmiddelenaanbod (Timmerman & Van den Berg Jeths, 2001), gaat het om diabeteshulpmiddelen (Peters-Volleberg et al., 2000), Tissue Engineered Medical Products (Wassenaar & Geertsma, 2000), coronaire stents (Van Wijk et al., 2001), medische beeldvorming en straling (Lembrechts et al., 2001), geneesmiddeltoedieningsvormen en –systemen (Peters-Volleberg et al., 2001) en telemedicine en telecare (Vlaskamp et al., 2001). De acht ziekten die voor dit rapport zijn geselecteerd, zijn borst-, long- en darmkanker, diabetes mellitus, depressie, coronaire hartziekten, astma/COPD en reumatoïde artritis. Het gaat hierbij om ziekten die op individueel niveau en in de totale bevolking een hoge ziektelast met zich brengen.

2 Vraagstellingen

Deel A van dit rapport geeft een beschrijving van de verschillende actoren die betrokken zijn bij farmaceutische hulp en hulpmiddelen: producenten, distributeurs, voorschrijvers, consumenten, overheid en verzekeraars. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- a. Hoe zijn de productie en distributie van genees- en hulpmiddelen georganiseerd en welke knelpunten treden daarbij op?
- b. Welke factoren spelen - naast de gezondheidstoestand - een rol bij de vraag naar en het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen en welke knelpunten treden daarbij op?
- c. Wat was op hoofdlijnen het overheidsbeleid op het terrein van genees- en hulpmiddelen in de afgelopen 10 jaar?

De vraagstellingen voor deel B van dit rapport zijn als volgt:

- d. Hoe kunnen de kosten van genees- en hulpmiddelen zich in de komende kabinetsperiode ontwikkelen bij handhaving van het huidige beleid (2003-2006)?
- e. In hoeverre is het mogelijk ziektespecifieke ramingen van het toekomstig genees- en hulpmiddelengebruik op te stellen?
- f. Hoe groot is de invloed van groei en vergrijzing van de bevolking en van het toenemend aantal allochtonen op het gebruik van genees- en hulpmiddelen op de lange termijn (tot 2020)?
- g. Welke sociaal-culturele trends zijn van belang voor het toekomstig gebruik van genees- en hulpmiddelen en in welke richting beïnvloeden zij het gebruik op lange

termijn (tot 2020)?

- h. Welke medisch-technologische innovaties worden voorzien bij een aantal ziekten en welke gevolgen kunnen deze hebben voor de gezondheidstoestand en de organisatie van de zorg?

De omvang en de diversiteit van de vragen die aan dit rapport ten grondslag liggen weerspiegelen de vele factoren waarmee het genees- en hulpmiddelenbeleid te maken heeft. Beide beleidsterreinen kennen een lange traditie van uitgebreide wet- en regelgeving, die zowel gericht is op het beïnvloeden van het gedrag van de verschillende actoren als het afwegen van de mate waarin tegemoet moet worden gekomen aan ‘onontkoombare’ ontwikkelingen als groei en vergrijzing van de bevolking en medisch-technologische verworvenheden. Gecombineerd met de majeure beleidsveranderingen die recent in gang zijn gezet levert dat vele dilemma’s en onzekerheden op. De laatste vraag waarop dit rapport een antwoord probeert te geven luidt dan ook:

- i. Wat zijn de belangrijkste trends en dilemma’s bij het ingezette beleid op het terrein van genees- en hulpmiddelen?

Hiermee beoogt het rapport een bijdrage te leveren aan het maatschappelijk debat en de politieke besluitvorming rondom genees- en hulpmiddelen.

3 Aanpak

In de eerste plaats is het rapport het resultaat van samenwerking tussen het Centraal Planbureau (CPB), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het RIVM. Dit betekent dat inzichten vanuit de economie, de sociale wetenschappen en de medische wetenschappen zijn samengebracht. Elke discipline heeft zijn eigen benadering van de werkelijkheid, waardoor dit rapport heel verschillende invalshoeken kent bij het kijken naar en het analyseren van de terreinen van farmaceutische hulp en hulpmiddelen. Dit leverde ook de nodige complicaties op wat betreft eenheid van taal. Dit is zichtbaar in de verschillende onderdelen van het rapport, ondanks de inspanningen die zijn verricht om dit zoveel mogelijk te beperken.

Voor beide delen van het rapport is niet alleen gebruik gemaakt van recent verrichte studies van CPB, SCP en RIVM, maar is ook een onderzoek uitgevoerd, waarover in dit rapport voor het eerst wordt gepubliceerd. Daarbij gaat het om het SCP-onderzoek naar de attitude van de bevolking ten aanzien van geneesmiddelen en de invloed daarvan op het daadwerkelijk gebruiken van geneesmiddelen. Op een later tijdstip zal het SCP hierover uitgebreider publiceren.

Aan de eerder uitgebrachte RIVM-studies, waarvan in dit rapport vooral gebruik is gemaakt in de toekomstverkenning van medisch-technologische ontwikkelingen, hebben medewerkers van verschillende universiteiten en andere onderzoeks- en adviesorganen een bijdrage geleverd. Tenslotte is een aanvullende literatuurstudie verricht.

4 Leeswijzer

Voor een beknopte indruk van de resultaten van dit rapport volstaan de kernboodschap aan het begin en de samenvattingen per hoofdstuk. Deel A en deel B van het rapport zijn afzonderlijk leesbaar.

In dit rapport zijn veel financiële gegevens opgenomen. Voor zover de bedragen betrekking hebben op de periode tot 1 januari 2002 zijn deze zowel in guldens als euro's vermeld (met uitzondering van de bijlagen). Bedragen die betrekking hebben op tijdstippen vanaf 1 januari 2002 zijn alleen in euro's vermeld.

DEEL A

De spelers in het veld van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: huidige situatie

1 DE PRODUCENTEN

Samenvatting

Veel farmaceutische deelmarkten worden gedomineerd door een klein aantal producenten

- Er zijn ongeveer honderd verschillende deelmarkten bij geneesmiddelen die meestal worden gedomineerd door een klein aantal producenten en in sommige gevallen door slechts een. Op een-derde van alle deelmarkten verandert de marktleider eens in de zes jaar.
- De geneesmiddelenmarkt richt zich voornamelijk op de ontwikkelde landen. Door de hoge prijzen is de toegang tot geneesmiddelen slecht voor derde-wereldlanden.

Uitgaven innovatieve farmaceutische industrie aan onderzoek en ontwikkeling zijn geringer dan aan promotie

- Volgens schattingen besteden research-georiënteerde farmaceutische bedrijven ongeveer 24% van hun omzet aan promotie (marketing), 13% aan onderzoek en ontwikkeling en 25% aan productie. Het winstpercentage bedraagt gemiddeld 28, terwijl 10% voor rekening komt van overige kosten.
- De research-georiënteerde farmaceutische industrie gebruikt de hoge onderzoek- en ontwikkelingskosten van geneesmiddelen vaak als argument om de hoge prijzen te verklaren.

De omvang van de generieke markt verschilt aanzienlijk per land

- In Duitsland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten is de generieke markt vrij groot (ongeveer 40-55% in het aantal voorschriften). In België, Frankrijk en Zwitserland is de generieke markt kleiner (ongeveer 5-10%), terwijl in Ierland en de mediterrane landen vrijwel geen generieke geneesmiddelen worden verkocht.
- Deze verschillen tussen de landen kunnen worden toegeschreven aan de publieke beleving van generica (vooral bij artsen en apothekers), de invloed van promotie op merkbekendheid, het vergoedingssysteem voor geneesmiddelen en de mate waarin het overheidsbeleid generiek voorschrijven stimuleert.
- De verruiming van het octrooirecht, namelijk de mogelijkheid nieuwe indicaties voor een bestaand geneesmiddel te octrooieren (tweede farmaceutische octrooi), beperkt generieke concurrentie.

Promotie-activiteiten maken artsen minder prijsgevoelig

- Promotie door de farmaceutische industrie kan zowel positieve als negatieve welvaartseffecten hebben, waardoor het niet eenvoudig is om tot een totaaloordeel te komen uit welvaartsoogpunt.

- Een belangrijk negatief welvaartseffect is dat promotie de arts minder prijsgevoelig maakt bij gelijke kwaliteit van geneesmiddelen. Als de farmaceutische industrie de prijs verhoogt, zal de afname van de vraag geringer zijn naarmate er meer promotie is. Dit effect van promotie maakt het dus aantrekkelijker om de prijs te verhogen (of niet te verlagen). Door de promotie heeft de industrie meer marktmacht. Dit kan leiden tot hogere kosten voor geneesmiddelen.

De markt van de medische hulpmiddelen is zeer divers; een algemeen beeld ontbreekt

- De markt van medische hulpmiddelen varieert van bulkmarkten voor diabetesteststrips en de ambachtelijke markt voor orthopedische schoenen tot maar enkele aanbieders op de markt van hoog-specialistische apparatuur.
- De levenscyclus van een hulpmiddel is vergeleken met geneesmiddelen zeer kort.
- Er vindt op beperkte schaal productie plaats in Nederland. Export speelt geen grote rol omdat veel bedrijven deel uitmaken van een internationale holding met vestigingen buiten Nederland.
- In tegenstelling tot de farmaceutische industrie is de markt van de medische hulpmiddelen een stagnerende markt met een relatief laag rendement.

Slechts op enkele deelmarkten van medische hulpmiddelen is sprake van prijsconcurrentie

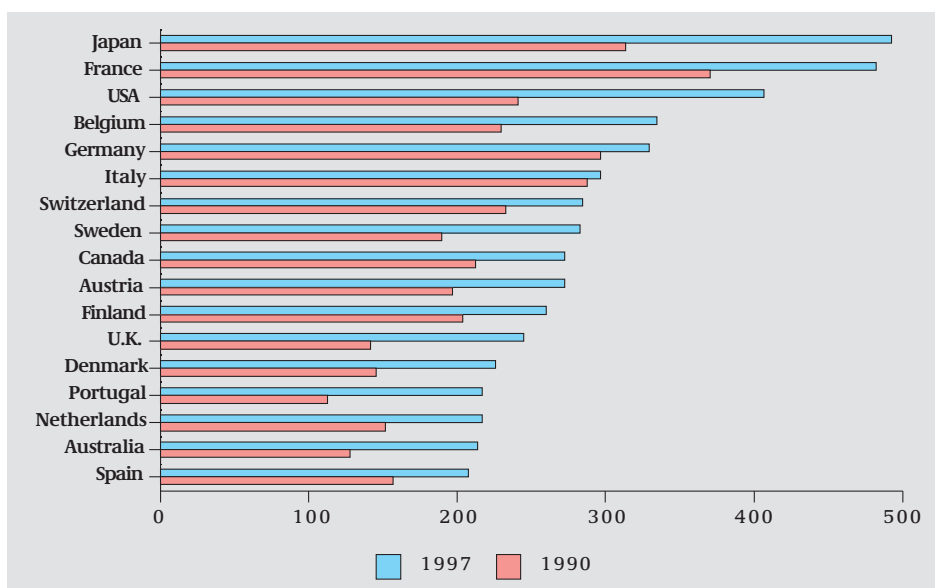
- Prijsconcurrentie speelt sinds kort bijvoorbeeld een rol bij hoortoestellen, terwijl dit op andere markten geen rol speelt (zoals bij incontinentiematerialen).
- Producenten maken, net als bij geneesmiddelen, reclame bij voorschrijvers en het is te verwachten dat ze zich in toenemende mate ook tot de consument gaan richten.

1.1 De farmaceutische industrie

R.C.M.H. Douven, E.A.A. de Laat

1.1.1 De internationale farmaceutische industrie

In de landen van de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) wordt rond de 10% van het inkomen uitgegeven aan de gezondheidszorg. Binnen de gezondheidszorguitgaven vormen de geneesmiddelen een belangrijke post. De totale uitgaven in de OESO-landen aan extramurale geneesmiddelen lagen in 1996 tussen de 0,7 en 2,2% van het bruto binnenlands product (BBP), met een gemiddelde van 1,2%. Het aandeel van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen is overigens sterk gegroeid in de afgelopen jaren: in 1970 lag het gemiddelde aandeel nog op 0,8%. Volgens de OESO liggen de totale uitgaven aan (extramurale) geneesmiddelen in Nederland in 1996 op 0,9% van het BBP, hetgeen lager is dan het OESO gemiddelde (1,2% van het BBP). Voor het overgrote deel betreft dit geneesmiddelen die alleen verkrijgbaar zijn op voorschrift. Nederland is een land waar relatief weinig geneesmiddelen worden gebruikt (OECD, 2000). In figuur 1.1 worden de totale uitgaven aan (extramurale) geneesmiddelen per hoofd van de bevolking voor meerdere OESO-landen gepresenteerd. Hieruit blijkt dat de kosten per hoofd van de bevolking relatief laag zijn in Nederland. De verschillen tussen landen zijn terug te voeren op kennis omtrent geneesmiddelen, houding en gewoontes ten aanzien van geneesmiddelengebruik en behandelwijzen en op culturele factoren (Nyfer, 1997).



Figuur 1.1: Totale uitgaven aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking, in US dollar, lopende prijzen (Bron: OECD Health Data 2000).

Ook in derde-wereldlanden is de vraag naar geneesmiddelen groot. In die landen ontbreekt echter vaak het benodigde geld om (dure) geneesmiddelen aan te schaffen. Het octrooisysteem zorgt er immers voor dat farmaceutische bedrijven lange tijd vanuit een monopoliepositie kunnen opereren en daarop ook hun prijzen wereldwijd afstemmen. Er komt echter steeds meer druk op de farmaceutische industrie om derde-wereldlanden te ontzien (Crommentuyn, 2001); zie verder tekstblok 1.1.

Tekstblok 1.1: Alle octrooien zijn gelijk, maar sommige octrooien...

Met de miltvuurcrisis in de Verenigde Staten in het najaar van 2001 is duidelijk geworden dat internationale verdragen rondom octrooibescher- ming niet garanderen dat in vergelijkbare situ- aties op eenzelfde manier wordt gehandeld. Hier- bij hebben westerse landen een voordeel ten opzichte van derde-wereldlanden, omdat de laat- ste commercieel minder aantrekkelijk zijn. Door de miltvuurcrisis waren de Verenigde Staten genoodzaakt grote voorraden antibiotica tegen miltvuur in te slaan. Ciprobay® van octrooihou- der Bayer was op dat moment het enig toegelaten antibioticum tegen miltvuur in de Verenigde Sta- ten. Het octrooi voor dit middel loopt eind 2003 af. In het Congres gingen echter stemmen op om dit octrooi van Bayer te omzeilen en te kiezen voor goedkopere generieke middelen, ofschoon die niet zijn toegelaten in de Verenigde Staten. De dreiging om de octrooibescher- ming van Bayer te omzeilen leidde ertoe dat Bayer de prijs van Ciprobay met ongeveer 50% reduceerde.

Wanneer echter de derde-wereldlanden prijsre- ducties of het omzeilen van octrooien voorstellen, vinden ze vaak geen gehoor bij de westerse lan- den. Ook tijdens de top van de Wereld Handels Organisatie (WTO) in oktober 2001 in Qatar ble- ven de westerse landen in eerste instantie vast- houden aan de bestaande octrooieregels (de Volkskrant, 30 oktober 2001). Uiteindelijk is er een verklaring aangenomen over het recht van WTO-leden om de volksgezondheid te bescher- men, en in het bijzonder toegang tot geneesmid- delen te bevorderen. Ondanks de druk vanuit bepaalde lidstaten om de verklaring alleen van toepassing te laten zijn op een beperkte groep infectieziekten, en vooral op HIV/AIDS, is uitein- delijk besloten om te verwijzen naar alle volksge- zondheidsproblemen. De verklaring bevestigt het recht van landen om dwanglicenties te verstrek- ken op door henzelf bepaalde gronden en tot parallelimport van geneesmiddelen over te gaan (Wemos, 2001).

Een groot gedeelte van de geneesmiddelenproductie vindt plaats in slechts een paar lan- den. Innovatieve farmaceutische bedrijven hebben zich voornamelijk gevestigd in lan- den waar het octrooisysteem van oudsher goed ontwikkeld is, zoals België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Japan, Nederland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Zwe- den en Zwitserland (Ballance et al., 1992). De meeste farmaceutische bedrijven opere- ren wereldwijd. De farmaceutische industrie behoort tot de meest multinationale van alle industrieën (Scherer, 2000).

Er zijn ongeveer 100 kleinere farmaceutische deelmarkten te onderscheiden waarbinnen farmaceutische bedrijven concurreren. Deze deelmarkten vallen veelal samen met ziek- ten/aandoeningen. Tussen deze deelmarkten is er nauwelijks concurrentie. Immers het moge duidelijk zijn dat een geneesmiddel op een deelmarkt voor een ziekte als longkan- ker geen substituu- t is voor een geneesmiddel op een deelmarkt voor een geheel andere ziekte, zoals bijvoorbeeld depressie. De rol van een farmaceutisch bedrijf kan in iedere markt verschillen: zo kan een bedrijf met een bepaald geneesmiddel marktleider zijn in de ene farmaceutische deelmarkt en met een ander geneesmiddel op een andere far- maceutische deelmarkt slechts een ondergeschikte rol spelen. Tekstblok 1.2 gaat in grote lijnen in op twee typen concurrentie.

Tekstblok 1.2: Twee typen concurrentie binnen een farmaceutische deelmarkt.• *Concurrentie tussen specialités*

Wanneer een innovatief product (ook wel aangeduid met de term *specialité*) op de markt komt, is het beschermd door een octrooi. De concurrentie bestaat dan uit geneesmiddelen met een min of meer vergelijkbare therapeutische waarde, maar met een andere chemische samenstelling. De bescherming van het geneesmiddel door het octrooi kan geruime tijd duren. De tijd dat een *specialité* op de consumentenmarkt octrooibescherming geniet, varieert van gemiddeld 6 tot 13 jaar in Europese landen en is gemiddeld 10 jaar in de Verenigde Staten. Voordat een geïmporteerd middel op de markt kan worden gebracht, zijn veel klinische tests nodig, die soms wel langer dan zes jaar kunnen duren. Terwijl de officiële octrooiduur 20 jaar is in Europa en de Verenigde Staten (was hier 17 jaar), is de effectieve tijd dat een *specialité* op de markt is, vanwege de klinische tests dus korter. Indien de effectieve octrooiperiode zeer kort is, kan een aanvullend beschermingscertificaat worden verkregen voor maximaal vijf jaar. Parallel aan de octrooiperiode (en eventueel beschermingscertificaat) loopt de dossierbeschermingsperiode. Als deze periode langer is dan de octrooiduur is toetreding van generieke imitaties na afloop van het octrooi nog niet mogelijk.

• *Generieke concurrentie*

Na het aflopen van de bescherming door het octrooi, de eventuele dossierbescherming en het eventuele beschermingscertificaat, mogen andere farmaceutische bedrijven met generieke geneesmiddelen toetreden tot de farmaceutische deelmarkt. Generieke geneesmiddelen hebben dezelf-

de chemische samenstelling als het *specialité*.

In principe zijn de farmacotherapeutische eigenschappen identiek, al wordt incidenteel wel gerapporteerd dat dat voor sommige generieke producten in de praktijk niet het geval is (Pronk, 2001). De verschillen met het *specialité* bestaan uit verschillen in naamgeving, verpakking, grootte en kleur en natuurlijk de prijs. De innovators zijn soms ook producenten van generieke kopieën van hun eigen producten. Ze kunnen immers eerder beginnen en gemakkelijker beschikken over producten en productieprocessen. De omvang van de generieke markt verschilt aanzienlijk per land. In Duitsland, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten is de generieke markt vrij groot (ongeveer 40-55% in het aantal voorschriften). In België, Frankrijk en Zwitserland is de generieke markt kleiner (ongeveer 5-10%), terwijl in Ierland en de mediterrane landen vrijwel geen generieke geneesmiddelen worden verkocht. De percentages zijn gebaseerd op verschillende onderzoeken die plaatsvonden in de jaren '90 en zijn berekend aan de hand van het aantal voorschriften (zie Jacobzone, 2000). Wanneer we de totale kosten beschouwen, zijn de percentages lager omdat generieke geneesmiddelen vrijwel altijd goedkoper zijn dan de corresponderende *specialités*. De verschillen tussen de landen in het percentage generieke geneesmiddelen kunnen worden toegeschreven aan de publieke beleving van generica (vooral door artsen en apothekers), de invloed van promotie op merkbekendheid, het vergoedingssysteem voor geneesmiddelen en het overheidsbeleid gericht op generiek voorschrijven.

Concurrentie binnen een deelmarkt lijkt op het eerste gezicht verre van volledig te zijn omdat in het algemeen farmaceutische deelmarkten gedomineerd worden door slechts een paar bedrijven. Marktdominantie kan echter wel snel wijzigen. Op een-derde van alle markten verandert de marktleider eens in de zes jaar (Reekie, 1981). Uit berekeningen door het CPB met behulp van CVZ-data volgt hetzelfde resultaat voor de vijftig grootste deelmarkten in Nederland in de periode 1994-1999. Ook hier veranderde de marktleider op een-derde van de markten. Dat het ontwikkelen van *specialités* een zeker risico met zich meebrengt, blijkt uit het feit dat van 70% van de nieuwe geneesmiddelen die op de markt komen de gemiddelde kosten van onderzoek en ontwikkeling hoger zijn dan de opbrengsten. De winst moet dus voortkomen uit de overige 30%. Er zijn dus relatief weinig winstgevendende geneesmiddelen op de markt, maar wanneer een geneesmiddel een 'kassucces' wordt, dan kunnen de opbrengsten vele malen de gemiddelde kosten overtreffen (Scherer, 2000).

Dat de belangen groot kunnen zijn, blijkt uit het feit dat marktleders nog voor het aflopen van hun octrooi- en dossierbeschermingsperiode via allerlei strategieën, zoals het zoeken naar andere toedieningsvormen van het specialité, hun octrooi proberen te verlengen om zodoende hun marktdominantie voor langere tijd te waarborgen. In dit kader is het van belang dat recent het Europese octrooirecht is verruimd. In 2001 heeft de Grote Kamer van Beroep (de 'Hoge Raad' van het Europees Octrooibureau) bepaald dat voortaan ook octrooi kan worden aangevraagd voor de toepassing van een bekende stof voor nieuwe medische indicaties (tweede en volgende). Deze bepaling geldt ook voor bestaande geneesmiddelen (Marsman, 2001). Het gevolg hiervan is dat op veel geneesmiddelen gedurende een veel langere periode een octrooi rust, waardoor de prijs hoog blijft. Mogelijk wordt het tweede farmaceutische octrooi een nieuwe methode om blokkering van generieke concurrentie te realiseren doordat opname van een bepaalde indicatie voor een generiek product dan verboden kan worden. Imitatie van biotechnologische geneesmiddelen kent een eigen problematiek (zie tekstblok 1.3).

Tekstblok 1.3: Biotechnologische geneesmiddelen.

Binnenkort lopen de octrooien af van de eerste generatie biotechnologische geneesmiddelen, zoals interferon alpha (een middel dat o.a. bij verschillende vormen van kanker wordt toegepast). Het ontwikkelen van generieke biotechnologische geneesmiddelen is echter veel gecompliceerder dan van 'klassieke' chemische verbindingen. Biotechnologische geneesmiddelen zijn complexe verbindingen, honderden malen groter dan de klassieke geneesmiddelen. Ze worden gemaakt door levende cellen en de methoden voor win-

ning, zuivering en uiteindelijke samenstelling zijn zeer complex. Binnen één bedrijf kan het namaaken van het eigen product zelfs een probleem zijn. Fabrikanten die een biotechnologisch geneesmiddel willen namaken na het verlopen van een octrooi zullen hun product uitgebreid moeten testen op patiënten. Het is nog maar de vraag of deze generica dan veel goedkoper zullen zijn dan het oorspronkelijke product (Schellekens, 2001).

Behalve aan onderzoek en ontwikkeling spendeert een farmaceutisch bedrijf ook veel geld aan productie en promotie (Eng.: marketing). Jacobzone (2000) schat met behulp van gegevens uit 1989 in dat van elke gulden die een farmaceutisch bedrijf omzet zo'n 13% gaat naar onderzoek en ontwikkeling, 24% naar promotie en 25% naar productie-kosten. De rest bestaat uit overige kosten (10%) en winst (28%). Volgens Scherer en Ross (1990) heeft de farmaceutische industrie van de 459 onderscheiden sectoren de op vijf na hoogste prijs/kosten-marge, nl. 61,4%, terwijl het gemiddelde voor de hele industrie 30,5% is (bovenaan staan sigaretten met 67,6%). Dit duidt op een hoge winstgevendheid. De prijs/kosten-marge is berekend door op de verkoopprijs de materiaal-kosten en de 'in-plant payroll costs' in mindering te brengen en dit bedrag te delen door de verkoopprijs. Alhoewel deze gegevens zijn gebaseerd op de situatie eind jaren '80, bevestigen Amerikaanse omzetgegevens over 2000 voor negen research-georiënteerde farmaceutische bedrijven dit beeld. De aandelen van promotie (inclusief administratie) op de totale omzet liepen uiteen van 15 tot 42% en het percentage van de omzet besteed aan onderzoek en ontwikkeling van 6 tot 19%. Hoewel de farmaceutische industrie de hoge onderzoek- en ontwikkelingskosten van geneesmiddelen vaak als argument gebruikt om de hoge prijzen te verklaren, lijken de uitgaven aan promotie een belangrijker plaats in te nemen in de kosten dan de uitgaven aan onderzoek en ontwikkeling (www.familiesusa.org/media/pdf/offthecharts.pdf, 2001; Public Citizen, 2001).

In tabel 1.1 zijn enkele belangrijke fusies van de afgelopen jaren opgenomen. Sommige onderzoekers verklaren de fusies als een gevolg van de veranderingen die optraden in de 80-er jaren in onderzoek en ontwikkeling (Henderson & Cockburn, 1996; Scherer, 1996). Ook een teruggang in de potentie om nieuwe geneesmiddelen te ontwikkelen, na de relatief eenvoudige successen in de 60-er en 70-er jaren, wordt als mogelijke reden voor fusies genoemd. Anderen claimen dat het hele traject van onderzoek en ontwikkeling drastisch is veranderd, begonnen bij de eerste ACE-remmer in 1978 en de introductie van moleculaire genetische technieken (Jacobzone, 2000).

Tabel 1.1: Enkele belangrijke fusies en overnames in de farmaceutische industrie, 1989-2000 (Bron: Scherer, 2000; www.aventis.com; www.gsk.com).

Jaar	Resultaat	Betrokken bedrijf	Betrokken bedrijf
1989	SmithKline Beecham	Beecham (VK)	SmithKline Beckman (VS)
1989	Bristol Myers Squibb	Bristol Myers (VS)	Squibb (VS)
1990	Rhone-Poulenc-Rorer	Rhone-Poulenc (F)	Rorer (VS)
1990	Hoffmann LaRoche	Hoffman LaRoche (CH)	Genentech (VS)
1993	Hoechst	Hoechst (D)	Copley (VS)
1994	Hoffman LaRoche	Hoffman LaRoche (CH)	Syntex (VS)
1994	American Home Products	American Home Products (VS)	American Cyanamid (VS)
1994	Bayer	Bayer (VS)	Sterling Drug (part) (VS)
1995	Hoechst-Marion-Roussel	Hoechst-Roussel (D)	Marion Merrell Dow (VS)
1995	Pharmacia-Upjohn	Pharmacia (S)	Upjohn (VS)
1996	GlaxoWellcome	Glaxo (VK)	Burroughs Wellcome (VK)
1996	Novartis	Ciba-Geigy (CH)	Sandoz (CH)
1997	Hoffman-LaRoche	Hoffman-LaRoche (CH)	Boehringer Mannheim (D)
1999	Aventis	Rhone-Poulenc-Rorer (F)	Hoechst-Marion-Roussel (D)
2000	GlaxoSmithKline	GlaxoWellcome (VK)	SmithKline Beecham (VK)

Samenvattend kan men stellen dat een belangrijke reden voor fusies is om de kosten van onderzoek, ontwikkeling en promotie te besparen. Naast een kruisbestuiving van specialistische kennis, hopen fuserende farmaceutische firma's ook op een langere termijn risicospreiding te bereiken (Scherer, 2000). Het laatste aspect komt overeen met de eerder genoemde notie dat een farmaceutische producent regelmatig een 'kassucces'-geneesmiddel zal moeten ontwikkelen om te kunnen overleven op de geneesmiddelenmarkt.

Terwijl het internationale karakter van de farmaceutische industrie evident is, is er aan de vraagzijde een sterk nationaal karakter waar te nemen. De Europese Unie heeft enkele jaren geleden een centraal registratiesysteem van geneesmiddelen opgezet, maar dat neemt niet weg dat de overige regelgeving rond geneesmiddelen in de verschillende landen vaak van elkaar verschilt en ook voortdurend verandert. Europa-wijd lijkt er een verandering op gang te komen van een beleid van prijscontrole aan de producentzijde naar een meer 'managed care' beleid om de kosten van geneesmiddelen in toom te houden. De verschillen in prijsbeleid en restitutiesystemen in de verschillende Europese landen vormen echter nog steeds een belangrijke barrière voor de totstandkoming van één Europese markt voor geneesmiddelen (Huttin, 1999). Voorlopig zullen farmaceuti-

sche bedrijven bij hun keuze van af te zetten geneesmiddelen en de bijbehorende prijs per land rekening (moeten) houden met nationale verschillen. Vandaar dat we hieronder de Nederlandse markt apart beschouwen.

1.1.2 De farmaceutische industrie in Nederland

In Nederland zijn enkele tientallen farmaceutische bedrijven gevestigd met een productie waarde van ruim 10 miljard gulden (4,5 miljard euro), waarvan ongeveer tweederde deel wordt uitgevoerd. In totaal zijn er 14.000 mensen werkzaam waarvan 3.000 in onderzoek en ontwikkeling (de gegevens hebben betrekking op 1997 voor de sector 'Pharmaceuticals, medical chemicals and botanical products' en zijn afkomstig uit de OECD-database Industrial Surveys, gebaseerd op CBS-cijfermateriaal). Op basis van werkgelegenheidcijfers zijn Organon (onderdeel van chemieconcern Akzo Nobel met 2.700 werknemers) en Solvay Pharmaceuticals (1.500 werknemers) de twee grootste farmaceutische bedrijven die actief zijn in Nederland (werkgelegenheidcijfers van Organon zijn afkomstig uit een NRC-artikel van 26 april 2001 en de cijfers van Solvay uit een interne CPB-database). De laatste jaren vindt meer onderzoek plaats in Nederland op het gebied van de biotechnologie, zoals genenonderzoek.

De geneesmiddelen, die elk jaar in Nederland over de toonbank gaan, zijn echter voor het overgrote deel geproduceerd door buitenlandse farmaceutische bedrijven. Uit tabel 1.2 blijkt dat AstraZeneca en GlaxoSmithKline in Nederland de ranglijst aanvoeren qua omzet en marktaandeel bij de specialités.

Tabel 1.2: De top-10 specialitéproducenten in Nederland in 2000 met omzet en marktaandeel (Bron: SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 1265).

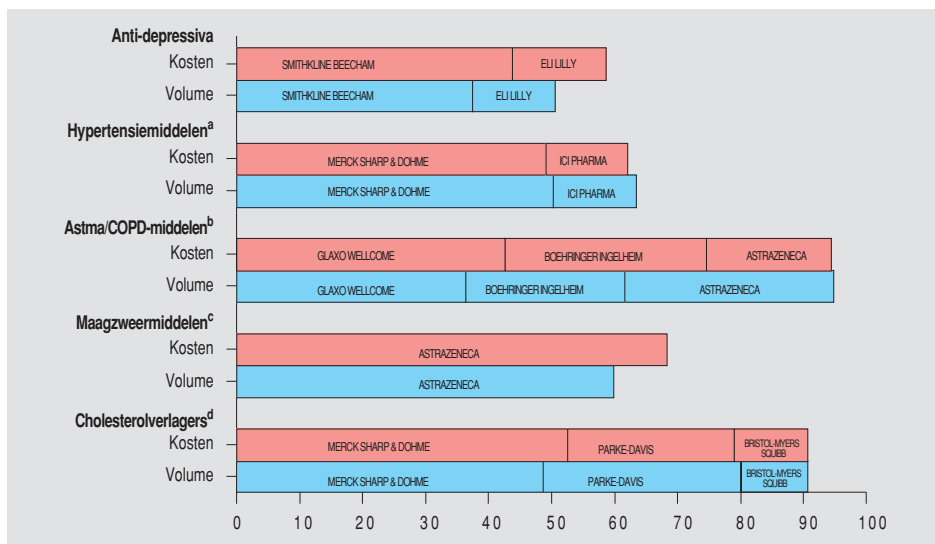
	Omzet Miljoenen gulden	Omzet Miljoenen euro's	Marktaandeel (%)
1. AstraZeneca	591	268	18,4
2. GlaxoSmithKline	542	246	14,4
3. Merck Sharp & Dome	274	124	7,3
4. Novartis Pharma	157	71	4,2
5. Novo Nordisk Farma	154	70	4,1
6. Parke-Davis	151	69	4,0
7. Janssen-Cilag	124	56	3,3
8. Aventis Pharma	107	49	2,8
9. Bristol Myers Squibb	107	49	2,8
10. American Home Products	99	45	2,6

Enkele van deze buitenlandse producenten kunnen echter ook in Nederlandse handen zijn. Zo heeft bijvoorbeeld DSM onlangs het bedrijf Catalytica Pharmaceuticals in de Verenigde Staten overgenomen. Overigens kunnen beperkende Nederlandse regels en discussies met betrekking tot onderzoek redenen zijn om onderzoek en ontwikkeling naar het buitenland te verplaatsen. Zo heeft waarschijnlijk biotechnologiebedrijf Pharming om die redenen een deel van haar activiteiten naar de Verenigde Staten en Finland verplaatst (Minne & Rensman, 2001). In het algemeen geldt echter dat er relatief veel

(pre-)klinisch onderzoek in Nederland plaatsvindt vanwege de goede onderzoeksinfrastructuur en de gunstige aansprakelijkheidsregelingen met lage schadevergoedingen in het geval er iets fout gaat (Anoniem, 2001).

Het aandeel generieke geneesmiddelen op het totaal aantal geneesmiddelen is in Nederland gegroeid van 25% in 1990 naar 44% in 1999 in het aantal voorschriften en van 9% in 1990 naar 15% in 1999 wat betreft totale kosten (gebaseerd op gegevens GIP-CVZ). Deze sterke groei is mede tot stand gekomen door het (relatief) grote aantal geneesmiddelen waarvan het octrooi is afgelopen en het actieve overheidsbeleid om waar mogelijk generieke middelen voor te schrijven en af te leveren.

Ook in Nederland worden de meeste farmaceutische deelmarkten gedomineerd door een klein aantal farmaceutische multinationals. In 73 van de 102 Nederlandse deelmarkten, zoals onderzocht door Reekie (1981), bleken drie bedrijven gezamenlijk meer dan 75% van de markt te bezitten. Figuur 1.2 geeft vijf belangrijke farmaceutische deelmarkten in Nederland weer.



Figuur 1.2: Positie van geneesmiddelenproducenten op vijf deelmarkten van ziekten/geneesmiddelen in Nederland in 1999 (Bron: CVZ; cijfers bewerkt door CPB).

- ACE-remmers.
- glucocorticoiden, parasymphicolitica, anti-allergische middelen en overige tracheale middelen bij astma/COPD.
- H₂-receptorblokkerende middelen, prostaglandines, protonpomprenners en overige ulcus-pepticummiddelen.
- statines, fibraten, glazuurbindende harsen, nicotinezuur en-derivaten en overige antilipaemica.

De vijf gekozen deelmarkten behoren tot de tien grootste van de vele therapeutische deelmarkten in 1999, waar men onder grootte zowel het volume als totale kosten mag verstaan. Hoewel het aantal aanbieders op iedere markt groot is, zijn in figuur 1.2 alleen die bedrijven opgenomen die minimaal een marktaandeel van 5% bezitten. Wat opvalt is dat op al deze vijf belangrijke markten de marktleider meer dan 35% van het volume

voor zijn rekening neemt. AstraZeneca bezit zelfs meer dan 50% van de markt voor maagzweermiddelen. Het is duidelijk dat het aflopen van een octrooi van een grote speler op een farmaceutische deelmarkt, of het op de markt komen van een nieuw, beter specialité, het aandeel en daarmee de winst van deze grote speler aanzienlijk kan doen dalen. Een farmaceutisch bedrijf zal er daarom veel aan gelegen zijn om zo lang mogelijk het marktaandeel te behouden.

1.2 De invloed van promotie door de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag

E.S. Mot, F. Windmeijer

1.2.1 Inleiding

De farmaceutische industrie geeft veel geld uit aan promotie. Gezien het beperkte aantal jaren dat ter beschikking staat om de investering in een nieuw middel terug te verdienen en winst te maken, is het voor de industrie van groot belang om zo snel mogelijk de omzet van een nieuw middel te stimuleren.

Promotie bestaat uit een groot aantal activiteiten. Hieronder valt artsenbezoek, adverteren, direct mailing, organiseren van conferenties, sponsoren van (wetenschappelijke) congressen, sponsoren van patiënt-organisaties, lobbyen, etc. Via promotie kan een farmaceutisch bedrijf het nieuwe geneesmiddel kenbaar maken aan de arts en de patiënt. Het winststreven van farmaceutische bedrijven zorgt er veelal voor dat de informatieverschaffing niet onafhankelijk is. De Europese Unie heeft daarom in 1992 al richtlijnen opgesteld betreffende reclame voor geneesmiddelen (EU, richtlijn 92/28/EEG).

In de farmaceutische industrie gelden een aantal specifieke omstandigheden (zie voor een uitgebreidere uiteenzetting Scherer, 2000). De meeste geneesmiddelen zijn alleen op recept verkrijgbaar, hetgeen betekent dat de voorschrijvende arts als een ‘agent’ voor de patiënt optreedt. Voor zover het om de prijs van geneesmiddelen gaat, zal de arts waarschijnlijk niet als een perfecte ‘agent’ voor zijn of haar patiënt optreden. Daar komt nog bij dat de patiënt zelf vaak ook niet met de prijs van geneesmiddelen wordt geconfronteerd, omdat de kosten geheel of voor het overgrote deel door de verzekering worden gedekt. Daarnaast zijn consumenten, gezien de aard van het product, bereid om veel te betalen voor bepaalde geneesmiddelen. Zo waren er voordat het middel etanercept (Enbrel®) werd toegelaten tot het pakket in Nederland zelfs patiënten met reumatoïde artritis die een behandeling met dit middel zelf betaalden, terwijl de kosten op jaarbasis per patiënt ongeveer 28.000 gulden bedragen (Davidse et al., 2001). Op grond van het bovenstaande heeft de farmaceutische industrie te maken met een lage prijselasticiteit voor zijn middelen. Dit betekent dat de vraag niet sterk reageert op een verandering in de prijs. Aangezien er ook sprake is van monopoliekracht kan deze industrie een relatief

hoge opslag op de productiekosten realiseren (zie hiervoor).

Volgens het Dorfman-Steiner-theorema is het aandeel van de omzet dat door een winst-maximaliserend bedrijf aan promotie wordt uitgegeven groter naarmate de prijs/kosten-marge hoger is en naarmate de promotie-elasticiteit van de vraag hoger is (Scherer, 2000). De promotie-elasticiteit is de mate waarin de vraag reageert op een verandering in het bedrag voor promotie. Van de prijs/kosten-marge hebben we al gezien dat die hoog is in de farmaceutische industrie. Volgens Scherer (2000) reageren artsen en consumenten inderdaad op promotie. Uit de literatuur kunnen we dus opmaken dat het hoge aandeel van promotie-uitgaven in de farmaceutische industrie samenhangt met de lage prijselasticiteit en de hoge promotie-elasticiteit van de vraag. Volgens Rizzo (1999) beïnvloedt promotie niet alleen de omzet, maar kan het ook tot een lagere prijselasticiteit leiden. Als de prijsgevoeligheid van voorschrijvers afneemt bij gelijke kwaliteit van geneesmiddelen is dat ondubbelzinnig een welvaartsverlagend effect voor de maatschappij als geheel. Gönül et al. (2001) gaan ervan uit dat de invloed van promotie op de prijsgevoeligheid twee kanten op kan werken. Als promotie vooral extra informatie verschaft, leidt het tot een hogere prijsgevoeligheid. Het verstrekt dan informatie over de beschikbaarheid en prijs van verschillende alternatieve middelen. Als het vooral als ‘market power tool’ wordt gebruikt, leidt het tot een lagere prijsgevoeligheid. Op grond van gegevens voor de Verenigde Staten vinden zij dat promotie (in hun geval artsenbezoeken en gratis monsters) leidt tot een *hogere* prijsgevoeligheid. De situatie in de Verenigde Staten wijkt uiteraard sterk af van die in Nederland. Artsen en apothekers in de Verenigde Staten concurreren veel meer met elkaar, ook op prijs, en lang niet iedereen heeft zo’n uitgebreide dekking voor geneesmiddelen als veel Nederlanders. Bovendien is ‘managed care’ in de Verenigde Staten veel verder ontwikkeld. Het is interessant om te zien of voor Nederland een effect van promotie op de prijsgevoeligheid wordt gevonden en zo ja, welke kant op.

Het Centraal Planbureau heeft onderzoek gedaan naar de invloed van promotie op het voorschrijfgedrag in Nederland (De Laat et al., 2002; Windmeijer et al., 2002). Hierin is het directe effect van promotie op de omzet onderzocht en is speciale aandacht gegeven aan het indirecte effect dat promotie kan hebben via het effect op de prijselasticiteit. De volgende onderzoeksvragen komen aan de orde:

1. Wat is het directe effect van promotie op de omzet?
2. In hoeverre beïnvloedt promotie de prijselasticiteit na correctie voor subjectieve kwaliteitsverschillen tussen geneesmiddelen?

1.2.2 Promotie door de farmaceutische industrie

Zoals gesteld geeft de farmaceutische industrie veel geld uit aan promotie. Scherer (2000) merkt hierover op: “Total prescription drug advertising and promotion outlays in the U.S. market during 1997 were estimated to be \$12 billion, or 18 percent of ethical drug sales”. Andere beschikbare gegevens hebben betrekking op ‘marketing’, waar gewoonlijk ook distributiekosten in meegenomen zijn. Zo besteedden research-georiën-

teerde farmaceutische bedrijven in 1989 24% van hun omzet aan marketing (zie hiervoor).

Uit de promotie-gegevens, die voor onze empirische analyse zijn gebruikt (alleen betrekking hebbend op artsenbezoek, advertenties en direct mail), blijkt een duidelijk verband tussen de promotie-intensiteit van een middel en de levenscyclus. Kort nadat het middel op de markt verschijnt, is er een piek in de promotie. De promotie neemt vrij snel daarna af om nog een tijd op een veel lager niveau voort te gaan. Slechts een klein deel van de promotiekosten wordt gemaakt door producenten van generieke middelen (ongeveer 1,5%).

Het is interessant om te weten aan welke activiteiten binnen de promotie het meeste geld wordt besteed. Hier zijn gegevens over verzameld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg op grond van 28 marketingplannen (IGZ, 2001a). Volgens deze gegevens zijn de drie omvangrijkste activiteiten met elk ongeveer 20% van het budget: direct mail/adverteren/public relations, post-marketing research en conferenties. Artsenbezoek neemt een relatief gering deel van het budget voor zijn rekening, omdat de loonkosten van de artsenbezoekers in dit onderzoek niet zijn meegenomen. In de door ons gebruikte promotie-gegevens worden die wel meegenomen. De uitgaven zijn dan in 1999 als volgt verdeeld over artsenbezoek, adverteren en direct mail: 68%, 20% en 12%.

1.2.3 De resultaten van het CPB-onderzoek

Wat kan het bovengenoemde onderzoek van het CPB ons leren over de invloed van promotie op het voorschrijfgedrag? Om te beginnen is het belangrijk om iets te weten over de gegevens die daarvoor ter beschikking stonden. Vaak is onderzoek naar promotie moeilijk uit te voeren omdat er geen (goede) gegevens beschikbaar zijn.

Gebruikte gegevens

Voor gegevens over het gebruik van geneesmiddelen zijn gegevens van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gebruikt die gebaseerd zijn op de geneesmiddelenkosten van negen Nederlandse ziekenfondsen. Bekend zijn zowel de uitgaven aan een bepaald middel per maand (verdeeld over uitgaven die onder de verzekering vallen en out-of-pocket kosten) als het volume, zowel in aantallen voorschriften als in Defined Daily Doses (DDD's). Deze gegevens zijn beschikbaar voor de jaren 1994-1999 voor de 50 grootste geneesmiddelengroepen (op ATC3-niveau), gemeten naar kosten in 1999.

Gegevens over promotie zijn gekocht bij IMS Health Nederland. De dataset bevat gegevens over:

- artsenbezoek, afkomstig van een panel van huisartsen en (vanaf februari 1995) ook psychiaters;
- advertenties, afgeleid uit medische tijdschriften;
- direct mail, afkomstig uit een panel van huisartsen en medische specialisten.

De beide datasets zijn ten behoeve van dit onderzoek aan elkaar gekoppeld op het niveau van specifieke geneesmiddelen. Er zijn markten voor geneesmiddelen onderscheiden op grond van de aandoening waar deze middelen voor bedoeld zijn. In veel gevallen omvat zo'n markt één ATC3-groep. Het kunnen er echter ook meerdere zijn, zoals in de markt voor middelen tegen hoge bloeddruk, waar middelen met heel verschillende mechanismen beschikbaar zijn. Voor de analyse zijn gegevens over 11 markten gebruikt, namelijk middelen tegen: hoge bloeddruk, maagzweren, hoog cholesterolgehalte, ongewenste zwangerschap (de pil), depressie, reuma, migraine, slaapstoornissen, angst, astma en allergieën. De schattingen zijn zowel per markt uitgevoerd als voor alle markten samen. De laatste resultaten worden hier gepresenteerd om het gemiddelde effect te laten zien. Voor afzonderlijke markten kunnen afwijkende effecten optreden.

Wat kan de invloed van promotie zijn?

Met behulp van de verzamelde gegevens kunnen we nagaan of bepaalde ideeën (modellen) over het verband tussen promotie en voorschrijfgedrag kloppen. Mogelijke factoren die de verkochte hoeveelheid van een geneesmiddel beïnvloeden, zijn de eigenschappen van het middel (waaronder 'perceived quality', het subjectieve idee over kwaliteit bij artsen), de prijs van dat middel en van alternatieve middelen, en de hoeveelheid promotie voor het middel en voor andere middelen. Natuurlijk zijn ook trendmatige ontwikkelingen in de tijd, zoals vergrijzing en beleidsingrepen, zoals de Wet Geneesmiddelenprijzen, van belang. Met dergelijke factoren is rekening gehouden in de analyse, maar bij de bespreking van de uitkomsten wordt er geen aandacht aan besteed.

In het model dat is gebruikt, hangt de verkochte hoeveelheid van een bepaald geneesmiddel af van de prijs van het middel en van concurrerende middelen binnen de markt, de promotie-inspanningen voor het middel en concurrerende middelen, specifieke kenmerken van het middel (waaronder de 'perceived quality') en andere invloeden op de verkoop, zoals seizoenseffecten, beleidsmaatregelen e.d. De prijs en de promotie zijn niet alleen afzonderlijk opgenomen, maar ook is de interactie tussen beide opgenomen om na te gaan of promotie inderdaad tot een andere prijselasticiteit kan leiden. Verder zijn de verkopen van het middel in de vorige periode en die daarvoor als verklarende variabelen opgenomen. Op deze wijze kan rekening worden gehouden met gewoontevorming bij artsen of het feit dat voorschriften niet altijd direct kunnen worden gewijzigd. In bijlage 5 wordt technische achtergrondinformatie verstrekt: het gebruikte model in formule-vorm en de tabellen met schattingsresultaten.

Welke invloed van promotie vinden we?

De resultaten die we hier bespreken, hebben betrekking op middelen waar geen generiek alternatief voor op de markt is. Als dit wel het geval is, verloopt de concurrentie anders. Bij aanwezigheid van een generiek alternatief valt te verwachten dat de prijs een grotere rol speelt in de keuze en de eigenschappen van het middel een kleinere rol.

Er zijn twee modellen geschat: één waarin de prijselasticiteit los staat van de promotie en één waarin de promotie de prijselasticiteit kan beïnvloeden. De invloed van de promotie op de prijselasticiteit bleek statistisch van belang te zijn. Daarom gaan we hier alleen in op het model waarin dit verband is opgenomen. Uit de resultaten blijkt dat de verkochte middelen in de voorafgaande maand en de maand daarvoor een belangrijke invloed uitoefenen. Verder blijkt dat promotie inderdaad het verwachte effect heeft, namelijk de eigen promotie heeft een significant positieve invloed op de verkoop van het middel: hoe meer promotie, hoe meer omzet. Er worden twee promotie-begrippen onderscheiden: de promotiestroom en de promotievoorraad. Van beide wordt een significant effect gevonden. De promotiestroom is het bedrag dat in een bepaalde periode aan promotie wordt uitgegeven. De promotievoorraad geeft aan wat er is overgebleven van de promotie die tot nu toe verricht is: bijvoorbeeld de promotie van een jaar geleden heeft ook nog invloed, maar niet zo sterk als de huidige promotie.

De prijselasticiteit en de invloed van de promotie daarop zijn van groot belang voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. We zien dat er sprake is van een significant negatieve prijselasticiteit, als tenminste de promotie nul is. Dit laat zien dat de vraag zou afnemen door een prijsstijging als er geen promotie was. Het effect van promotie op de prijselasticiteit is significant en *positief*: hoe meer promotie er is, hoe minder gevoelig de voorschrijvers zijn voor de prijs. In deze schatting is rekening gehouden met verschillen tussen geneesmiddelen (zoals de perceived quality) met behulp van vaste coëfficiënten per geneesmiddel. Als de farmaceutische industrie de prijs verhoogt, zal de afname van de vraag geringer zijn naarmate er meer promotie is. Dit effect van promotie maakt het dus aantrekkelijker om de prijs te verhogen (of niet te verlagen). De farmaceutische industrie heeft door de promotie dus meer marktmacht. Dit kan leiden tot hogere kosten voor geneesmiddelen. We hebben hier te maken met een welvaartsnegatief effect. De consequentie van het elasticiteitsverlagende effect van promotie is dat artsen die moeten kiezen tussen twee middelen van gegeven kwaliteit, eerder zullen kiezen voor het duurder middel naarmate hiervoor meer promotie wordt gemaakt. Dit effect van promotie op de prijsgevoeligheid is zuiver welvaartsverlagend. Het directe effect van promotie op de vraag naar een middel kan welvaartspositief of -negatief zijn. Op grond van deze analyse kunnen we daar geen onderscheid tussen maken.

In een lange-termijn-evenwicht (als alle korte-termijn dynamische effecten zijn uitgewerkt) blijkt dat zowel de eigen promotie als die van de concurrent een significante invloed hebben op de omzet. In dit geval wordt het lange-termijn-evenwicht na ongeveer drie jaar bereikt. Dat wil zeggen, het duurt drie jaar voor het effect van een schok vrijwel geheel is uitgewerkt. De omzet neemt toe als er meer promotie voor het eigen middel wordt gemaakt en af als de concurrent meer aan promotie doet. Als beide meer aan promotie doen, valt het effect deels tegen elkaar weg. Als iedereen de promotie met 1% verhoogt, groeit de markt met ongeveer 0,2%.

Van de prijs van het geneesmiddel gaat geen significante invloed uit bij de niveaus van promotie die we hebben onderscheiden. De vraag naar geneesmiddelen is dus niet of nauwelijks gevoelig voor de prijs. Wel geldt ook op lange termijn dat de promotie

invloed heeft op de prijselasticiteit: als er meer promotie is voor een middel is de prijsgevoeligheid minder.

1.2.4 Beleidsopties

Uit het bovenstaande blijkt dat promotie van geneesmiddelen in ieder geval voor een deel ongewenste effecten heeft. Er is daarom behoefte aan beleidsopties die deze negatieve effecten zoveel mogelijk kunnen afzwakken, terwijl eventuele positieve effecten in stand blijven. In De Laat et al. (2002) wordt uitvoerig ingegaan op beleidsopties. Gebaseerd op dit rapport geven wij hier een kort overzicht van mogelijke beleidsmaatregelen. Uitgangspunt van deze beleidsopties is dat ongewenste effecten kunnen ontstaan omdat er een grote informatie-asymmetrie is tussen artsen en de farmaceutische industrie en omdat financiële prikkels door de farmaceutische industrie het voorschrijfgedrag van artsen kunnen beïnvloeden. De beleidsopties zijn dan ook grotendeels gericht op het verstrekken van onafhankelijke informatie aan artsen en op het doorsnijden van financiële banden tussen artsen en de farmaceutische industrie. Mogelijkheden zijn:

- het instellen van een ‘central information agency’ om dokters minder afhankelijk te maken van de farmaceutische industrie, waarbij veel aandacht wordt besteed aan de wijze waarop de informatie wordt gepresenteerd;
- een grotere rol voor farmaco-economie bij het bepalen welke middelen in het basispakket thuishoren en bij het vaststellen van de maximale vergoeding in het GVS;
- het zoveel mogelijk verbieden van gastvrijheid en giften (artsen kunnen dan bijvoorbeeld budgetten of vouchers krijgen om naar congressen te gaan);
- verbieden dat artsen door de farmaceutische industrie worden betaald om aan post-marketing-research (PMR) te doen als dat niet-wetenschappelijk is;
- een ‘central agency’ accrediteert PMR en geeft eventueel een vergoeding aan artsen voor deelname aan wetenschappelijk verantwoorde PMR;
- directe relatie tussen arts en bedrijf verbreken: PMR laten uitvoeren en begeleiden door extern (onafhankelijk) bureau;
- het verhogen van de maximale boete voor het overtreden van de regels aangaande op de consument gerichte reclame;
- het introduceren van eigen bijdragen voor patiënten die proportioneel zijn met de prijs van middelen (met speciale maatregelen voor patiënten met een laag inkomen of hoge kosten).

Het reeds voorgenomen beleid, namelijk het nastreven van een grotere prijselasticiteit voor geneesmiddelen door de zorgverzekeraars een grotere rol te geven, zal als het slaagt de ongunstige effecten van promotie verminderen.

1.3 De producenten van medische hulpmiddelen

G.W.M. Peters-Volleberg

1.3.1 De markt van medische hulpmiddelen

De markt van de medische hulpmiddelen is zeer divers: van bulkmarkten voor diabetes-teststrips en de ambachtelijke markt voor orthopedische schoenen tot maar enkele aanbieders op de markt van zeer specialistische apparatuur. Daarbij is het geen markt waar bij consumenten (vraag) en leveranciers (aanbod) gelijkwaardige onderhandelaars zijn. De consument heeft immers over het algemeen beperkte kennis over hulpmiddelen en een beperkte invloed op de uiteindelijke keuze van het product, hoewel deze invloed wel groter lijkt te worden.

In tabel 1.3 staan enkele verschillen tussen de medische hulpmiddelenindustrie en de farmaceutische industrie.

Tabel 1.3: Enkele verschillen tussen de medische hulpmiddelenindustrie en de farmaceutische industrie (Bron: Eucomed, 2000; www.eucomed.org, 2002).

Hulpmiddelenindustrie	Farmaceutische industrie
Relatief jonge industrietak	Industrietak met lange historie
Enkele grote firma's en talloze kleine bedrijven; zeer diverse industrie	Voornamelijk multinationals
Productontwikkeling op basis van specifieke functionele kenmerken en veiligheidseisen	Productontwikkeling op basis van werkzaamheid en veiligheid
Hulpmiddel is meestal mechanisch en/of elektrisch actief, en farmacologisch inactief	Product is farmacologisch actief, en mechanisch en elektrisch inactief
Regelgeving m.b.t. toelating recent, en afhankelijk van de risicoklasse van het product	Reeds lange tijd bestaat relatief gestandaardiseerde regelgeving m.b.t. toelating
Geen centrale registratie van producten (maar bij Notified Bodies)	Centrale registratie van producten per land of Europees
Relatief korte ontwikkelingstijd. Voortdurende productontwikkeling op basis van nieuwe inzichten in de wetenschap, technologie en materialen	Productontwikkeling op basis van nieuwe inzichten in wetenschap en technologie, en op basis van langetermijn studies
Korte levenscyclus van product: zeer vaak kleine veranderingen	Langere levenscyclus

Als antwoord op het feit dat medische hulpmiddelen een steeds kortere levenscyclus kennen, hebben bedrijven in toenemende mate strategische allianties gevormd. In tabel 1.4 worden enkele fusies en overname van bedrijven in het segment medische hulpmiddelen vermeld. De achtergrond van de schaalvergroting is dat dit een manier biedt om kosteneffectiever te werken en te leren van elkaars research-expertise. Zo is men in staat om sneller en effectiever producten op de markt te brengen (Eucomed, 2000). De vraag is of deze situatie altijd wenselijk is. In Nederland is een tendens waar te nemen dat kleinere bedrijven goede zaken doen omdat ze bereid zijn nicheproducten aan te bieden en

ze zelf te ontwikkelen (Van Wijck, 2001a). De hulpmiddelenindustrie en farmaceutische industrie groeien langzaam naar elkaar toe en er is dan ook in toenemende mate sprake van samenwerking tussen beide partijen. Een goed voorbeeld zijn de fabrikanten van injectiepenningen voor patiënten met diabetes mellitus, en de fabrikanten die insuline leveren. Met de ontwikkeling van de biotechnologie en tissue-engineering vervaagt de grens tussen medische hulpmiddelen en farmaceutische industrie nog verder. Bijvoorbeeld ‘drug eluting stents’: een combinatie van een stent en een anti-stollingsgeneesmiddel (Van Wijck et al., 2001), of tissue-engineered huid en kraakbeen (Wassenaar & Geertsma, 2000). Als gevolg van harmonisatie van wetgeving richten fabrikanten van medische hulpmiddelen zich meer en meer op de Europese markt.

Tabel 1.4: Enkele fusies en overnames van bedrijven in de medische hulpmiddelenindustrie (Bron: vrij naar Van Wijck, 1999).

Jaar	Betrokken bedrijven
1995	Maxxim Medical koopt Medical bv Hospital Supplies
1995	Johnson & Johnson koopt Cordis
1995	Lameris koopt Dik Instrumenten
1996	Johnson & Johnson koopt Indigo Medical
1996	Simed Holding koopt Stöpler
1996	Getinge koopt Van Dijk Medizintechnik
1996	Baxter splitst Allegiance af
1997	Baxter koopt Bieffe Medital
1997	Allegiance koopt Soho
1998	Safa koopt Van Heek Medical
1998	Instrumentarium, Becton Dickinson en Baxter kopen delen van Ohmeda
1998	Allegiance koopt International Medical Products
1998	Cardinal Health koopt Allegiance
1998	Johnson & Johnson koopt Biosense
1998	Tyco koopt Sherwood Davis & Geck (en heeft Inbrand, USSC, Kendall en Valleylab)
1998	Getinge koopt Linden
1999	Mölnlycke koopt DeRoyal-activiteiten Europa
1999	Kimberly Clark koopt Ballard
1999	JP Medical koopt Just-In Medical

In Nederland vindt productie van medische hulpmiddelen plaats op onder andere de volgende terreinen: apparatuur voor medische beeldvorming en bestraling, pacemakers, hartkleppen, katheters, anesthesieapparatuur, hoortoestellen, incontinentiematerialen, (aan- en uittrekhulpen voor) therapeutische elastische kousen, orthopedische voorzieningen, revalidatiehulpmiddelen en rolstoelen. Dit overzicht is niet uitputtend, en bevat zowel intra- als extramuraal gebruikte hulpmiddelen. Vele, maar niet alle, van deze productiebedrijven maken deel uit van een internationale holding, waardoor export geen belangrijke rol speelt. Vanuit Nederland vindt onder meer export plaats van technische voorzieningen zoals apparatuur voor medische beeldvorming, (aan- en uittrekhulpen voor) therapeutisch elastische kousen, braces, orthopedische voorzieningen en revalidatiehulpmiddelen. De branchevereniging van de revalidatiehulpmiddelen (Fireva) meldt dat in deze sector 14% van de omzet door export tot stand komt. De belangrijkste bestemmingen zijn Duitsland, België en het Verenigd Koninkrijk (pers. comm. De Graaff, Stichting Overleg Medische Technologie).

Volgens Eucomed (2000) zijn er in Europa zo'n 7.000 bedrijven actief op de markt van medische hulpmiddelen en medische technologie, en levert deze markt in Nederland zo'n 5.000 arbeidsplaatsen op. Van deze 7.000 bedrijven bestaat 94% uit kleine en middelgrote ondernemingen met minder dan 250 werknemers (Siebert, 2001); zie verder tekstblok 1.4. In het rapport 'Medische Hulpmiddelen' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1997) wordt geschat dat er ongeveer 8.000 mensen werkzaam zijn in de Nederlandse hulpmiddelenindustrie.

Tekstblok 1.4: Medische hulpmiddelen in internationaal perspectief.

Eucomed is een pan-Europese handelsorganisatie voor de medisch-technische industrie. Er zijn in totaal meer dan 3.000 nationale en sectorale handelsorganisaties bij aangesloten, maar ook individuele bedrijven. Dit varieert van fabrikanten van incontinentiemateriaal, chirurgische instrumenten tot diagnostische apparatuur, maar geen farmaceutische industrie. Deze industriële organisatie is dus veel breder dan de extramurale hulpmiddelenmarkt zoals omschreven in de Zorgnota. Nederlandse fabrikanten zijn ook vertegenwoordigd in Eucomed, bijvoorbeeld door Nefemed (de Nederlandse Federatie van Producenten, Importeurs en Handelaren van Medische Producten). De export vanuit Nederland bedraagt 86 miljoen gulden (39 miljoen euro), en de import naar Nederland 1,32 miljard gulden (600 miljoen euro;

Eucomed, 2000). Volgens cijfers van Eucomed zijn de uitgaven aan onderzoek en ontwikkeling in Europa in de sector medische hulpmiddelen gestegen van ongeveer 5% van de omzet in 1995 tot ongeveer 6,9% in 1999. Dit is nagenoeg hetzelfde als in de Verenigde Staten (6,7%). Binnen Europa besteden vooral Franse en Duitse bedrijven relatief veel aan onderzoek en ontwikkeling (8,7 respectievelijk 9,0%). Van Nederland zijn geen afzonderlijke cijfers bekend. Sterke groei-markten voor de medisch-technologische sector zijn Brazilië, China, Zuid-Korea, India, Taiwan en Mexico. Dat kan betekenen dat we in de komende jaren medische hulpmiddelen tegemoet kunnen zien uit landen die nu voor ons nog amper van betekenis zijn.

In tegenstelling tot de farmaceutische industrie is de markt van de medische technologie een stagnerende markt, met een laag rendement. Volgens Knaven (branchemanager van Federatie Het Instrument) heeft 43% van de bedrijven een winstpercentage voor belasting van minder dan vijf procent. "Dit heeft onder andere te maken met het feit dat het bedrijven veel geld kost om aan regelgeving (bijvoorbeeld CE-certificering) te voldoen. Ook het dalende aantal ziekenhuizen speelt een rol, plus het probleem dat de overheid voor medisch-technische apparatuur een irreële afschrijvingstermijn hanteert van tien jaar" (geciteerd in Van Wijck, 1999). Knaven constateert dat het aantal toeleveranciers per ziekenhuis daalt door faillissementen enerzijds en fusies en overnames anderzijds en dat tegelijkertijd de vraag naar aanbieders van breed samengestelde pakketten toeneemt. De grote bedrijven zijn hierdoor in het voordeel ten koste van de kleine, innovatieve bedrijven.

1.3.2 Prijsconcurrentie

Door de productie van hulpmiddelen te verplaatsen van landen met hoge productiekosten naar landen met lage productiekosten, is de prijs van sommige hulpmiddelen de afgelopen jaren fors gedaald; zie het voorbeeld in tekstblok 1.5.

Tekstblok 1.5: De prijs van de rollator.

Omstreeks 1990 lag de consumentenprijs van de rollator volgens de brancheorganisatie Revaned tussen de 950 en 1.300 gulden (432 en 591 euro). In 1998 lag de prijs rond 175 gulden (rond 80 euro) inclusief de aflevering en instructie bij de gebruiker thuis. Deze prijsdaling heeft te maken met het feit dat de productie van rollators verplaatst is naar landen met veel lagere produc-

tiekosten dan de westerse landen. De netto-inkoopprijs was in 1998 ongeveer 130 gulden (59 euro). Er bestaan echter ook duurdere rollators (De Winter & Zijdeveld, 1998). Dat deze prijsverlaging wellicht ook ten koste is gegaan van de kwaliteit komt aan de orde in hoofdstuk 4 van deel A.

De extramurale markt voor verbruiksartikelen zoals incontinentiemateriaal, stoma-artikelen en diabeteshulpmiddelen wordt gedomineerd door slechts een klein aantal spelers. Op een deel van de hulpmiddelenmarkt speelt het probleem dat er (nog) niet voldoende prijsconcurrentie tussen aanbieders is. Het gaat hierbij vooral om de markten van incontinentie-absorptiemateriaal, stoma-artikelen, en diabeteshulpmiddelen (Mot et al., 1998). De drie onderstaande voorbeelden illustreren het al dan niet bestaan van prijsconcurrentie.

Hoortoestellen

Op de markt van de hoorhulpmiddelen was tot 1999 nauwelijks sprake van prijsconcurrentie op eindgebruikerniveau (Mot et al., 1998). Concurrentie tussen fabrikanten en importeurs is er wel altijd geweest. Eind 1999 is daar verandering in gekomen, toen een grote Nederlandse opticienketen (Hans Anders) de markt voor hoortoestellen betrad (Van Drongelen et al., 2000). Dit bedrijf verkoopt bij voorkeur digitaal programmeerbare hoortoestellen van één bepaald (Duits) merk, voor een prijs lager dan 1.000 gulden (455 euro), zodat het toestel geheel vergoed wordt. Deze toestellen waren voorheen niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar. Het bedrijf profileert zich met name in de lagere prijsklassen, hoewel het in beperkte mate ook duurdere toestellen levert. Na de introductie van deze marktpartij leveren vrijwel alle audiciens op dit moment ook hoortoestellen rondom de prijs van 1.000 gulden (455 euro). Voor de hogere prijsklassen is er nauwelijks sprake van een concurrerende invloed van Hans Anders (pers. comm. Ten Berge, Nationale Hoorstichting). De gewijzigde regelgeving uit 1999 met betrekking tot de vergoeding van hoorhulpmiddelen (eerste vergoeding: max. 1.010 gulden (459 euro), en de patiënt kan nu 'sparen' voor een maximum vergoeding van 1.410 gulden (641 euro) door langer met een hoorstoestel te doen; VWS, 1999a) heeft waarschijnlijk ook meegeholpen aan de komst van lager-geprijsde hoortoestellen. Voor die tijd was de prijs van een digitaal toestel nog 2.000 tot 3.500 gulden (909 tot 1591 euro; Van Drongelen et al., 2000).

Overigens is het samengaan van de functie van importeur en audicien, zoals in bovenstaand voorbeeld het geval is, in strijd met de gedragscode die onder de verantwoordelijkheid van de toenmalige Ziekenfondsraad (nu CVZ) opgesteld is en door de branche gehanteerd wordt. Echter, bovengenoemde leverancier is niet aangesloten bij de NVAB (Nederlandse Vereniging van Audiciens Bedrijven) en GAIN (Gezamenlijke Audiologische Industrieën Nederland) en hoeft dan ook niet aan deze code te voldoen (pers.

comm. Ten Berge, Nationale Hoorstichting).

Incontinentiematerialen

Voor de incontinentiematerialen, die via de apotheek worden geleverd, heeft het Zweedse bedrijf SCA Hygiene (voorheen Mölnycke) bijna een monopoliepositie met een aandeel van bijna 70%. Tweede in de rij is het Amerikaanse Kimberley Clark, met een aandeel van 15%. Van 1997 tot 1999 daalden de uitgaven aan incontinentiemateriaal doordat zorgverzekeraars steeds hogere kortingspercentages met de apothekers overeenkwamen (zie hoofdstuk 2 van deel A). Deze besparingen zijn de afgelopen jaren teniet gedaan door prijsverhogingen (SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 1375). SCA Hygiene heeft namelijk een aantal forse prijsverhogingen kunnen doorvoeren zonder dat dit heeft geleid tot een verlies aan marktaandeel. De fabrikant verhoogde het afgelopen jaar de prijzen van zijn producten (Tena Lady[®]) stapsgewijs met 8 tot 10%. Kimberley Clark (Depend[®]) volgde in januari 2001 met prijsverhogingen van 4%. De markt van incontinentiematerialen is een van de weinige sectoren in Nederland, waarbij op de consument gerichte reclame wordt gemaakt, terwijl de kosten uit de collectieve lasten worden vergoed. Volgens de marktleider waren de prijsverhogingen noodzakelijk doordat de prijzen van de grondstoffen zeer sterk zijn gestegen, evenals overige kosten zoals loonkosten, logistieke kosten en kosten die gemaakt worden doordat een steeds grotere vraag bestaat naar productbegeleiding (Rozestraten, 2001).

Diabeteshulpmiddelen

Bij diabeteshulpmiddelen (de bloedglucosemeters en de teststrips) bestaat het probleem dat elke fabrikant zijn eigen type bloedglucosemeter ontwikkelt, waar slechts hetzelfde merk teststrip in past. Het maken van generieke teststrips is op deze manier niet mogelijk. Na de opname per 1 april 1999 van de bloedglucosemeter in het vergoedingenpakket blijkt de prijs van de teststrip onveranderd hoog. De verwachting, dat door het vergoeden van de bloedglucosemeters de ziekenfondsen een sterkere positie zouden krijgen in de onderhandelingen over de prijzen van de teststrips, is niet uitgekomen. In de praktijk blijkt dat nagenoeg alle verzekerden hun bloedglucosemeter nog steeds gratis geleverd krijgen van de fabrikant (De Wit, 2001a). Vanuit de patiëntenvereniging is een oproep gedaan aan fabrikanten om de prijs van de teststrips te halveren, in ruil voor het vergoeden van de strips voor type-2 patiënten (patiënten die niet afhankelijk zijn van insuline, zie ook hoofdstuk 2 van deel B). Sommige fabrikanten en importeurs reageerden afwijzend omdat ze, naar eigen zeggen, een grote rol spelen bij de begeleiding van insuline-afhankelijke patiënten (type-1) met betrekking tot zelfcontrole: "Er is geholpen met het opzetten van educatieprogramma's, we hebben diabetesverpleegkundigen opgeleid, en telefonische helpdesks voor klanten opgezet. Deze kosten zijn ook doorberekend in de strips. Indien type-2 patiënten ook massaal op zelfcontrole zouden overgaan, rijst de vraag wie deze patiënten gaan begeleiden en wie dit gaat bekostigen. De gemiddelde huisarts weet niet genoeg van diabeteshulpmiddelen, en aangezien niemand de type-2 patiënt in het ziekenhuis wil hebben (vanwege de hoge kosten), is er een probleem ten aanzien van de begeleiding van deze groep patiënten bij de overstap op zelf-

controle". Andere fabrikanten voelen wel wat voor een verlaging van de prijs in ruil voor vergoeding van de teststrips aan type-2 patiënten (Baarsma & Paape, 1998a).

1.3.3 De relatie tot de voorschrijver

Uit onderzoek blijkt dat op elke deelmarkt van extramuraal gebruikte hulpmiddelen de voorschrijvers onvoldoende kennis hebben om doelmatige keuzes te maken. De voorschrijver heeft in het algemeen ook geen economisch belang bij het uitzoeken van het voordeligste product. Dit kan ertoe leiden dat het verkeerde of een onnodig hulpmiddel wordt voorgeschreven, of dat de patiënt onvoldoende voorlichting krijgt. De aanbieders trachten hierop in te spelen, evenals dat het geval is bij geneesmiddelen, door direct reclame te maken bij de voorschrijvers (Mot et al., 1998; Giezen-Biegstraaten & Bosma, 2000). Zie verder ook hoofdstuk 3 van deel A.

In een kwalitatief onderzoek van VWS naar de interactie tussen de innoverende farmaceutische industrie en de voorschrijvende arts zijn in totaal 34 interviews gehouden met artsen en vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie. Uit dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat sommige huisartsen een cholesterolmeter of botdichtheidsmeter ontvangen van de industrie. Het is niet onderzocht of het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen (cholesterolverlagende middelen of anti-osteoporose middelen) hierdoor beïnvloed werd. Ook werden er volgens dit onderzoek praktijkhulpmiddelen ontvangen, zoals een spirometer (gebruikt bij het meten van de longfunctie) of een bloeddrukmeter (VWS, 2001b).

1.3.4 Relatie tot instellingen

Steeds meer instellingen laten projecten financieren door het bedrijfsleven. Dit kan gaan om medische hulpmiddelen, maar ook om andere zaken, waarbij de grenzen tussen wat wel en niet acceptabel is, dreigden te vervagen. Hiertoe zijn gedragsregels opgesteld (zie tekstblok 1.6).

Tekstblok 1.6: Gedragscode voor sponsoring.

Steeds meer instellingen laten projecten (binnentuinen, leeszalen, maar ook verpleegkundigen en scanapparatuur) financieren door het bedrijfsleven. De grenzen tussen wat wel en niet kan, worden steeds verder opgerekt. Ook de grenzen tussen extraatjes en normale zorg vervagen. De Ronald-McDonald huizen zijn hier een voorbeeld van. Een zorginstelling mag met sponsorgelden

maximaal één of twee procent van zijn reguliere budget aanvullend realiseren. Een uitgangspunt is dat beide partijen iets hebben aan een sponsorcontract. Het Instituut voor Sponsoring en Fondsenwerving (ISF) heeft een Gedragscode voor fondsenwerving in de zorgsector opgesteld. Deze gedragscode bevat een aantal essentiële regels (www.isf.nl/html/home.html, 2001).

1.3.5 De relatie tot de consument

De eindgebruiker wenst en krijgt een steeds grotere stem in de keuze van het product. Het is te verwachten dat de leveranciers zich in toenemende mate ook tot de consument gaan richten. Enkele voorbeelden hiervan staan in tekstblok 1.7.

Tekstblok 1.7: Klantenbinding.

- *Spaarsysteem voor de consument*

“Een nieuw bedrijf op het gebied van stomamaterialen bood producten aan tegen een prijs die aanzienlijk lager was dan wat de concurrentie gewend was te vragen. Een spaarsysteem zorgde ervoor dat de gebruiker bij aankoop van een doos stomahulpmiddelen tien gulden contant terug kreeg. Dat werkte... Het was wel vervelend dat meteen enkele zorgverzekeraars op de stoep stonden, die dat tientje terug eisten. Die bonden echter in toen het bedrijf de prijsverhoudingen in de markt in beeld bracht en daarmee liet zien hoeveel de verzekeraars al verdienden op de patiënten die voor het nieuwe systeem kozen” (Van Wijck, 2001b).

- *Het ‘merkentrouw’ maken van patiënten*

Leveranciers van stomamaterialen leggen soms direct contact via de stomaverpleegkundige met de patiënt, als deze nog in het ziekenhuis verblijft wegens de stoma-operatie. Op deze manier wordt

gepoogd de stoma-patiënt, die levenslang stoma-hulpmiddelen (zoals stomazakjes) blijft gebruiken, ‘merkentrouw’ te maken. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door een goede instructie en begeleiding in het ziekenhuis en het afleveren van een grote verpakking stomazakjes. De fabrikant/leverancier neemt hierbij vaak genoegen met een kleine marge door aan het ziekenhuis een gereduceerde prijs in rekening te brengen. Omdat dit gunstig is voor het ziekenhuis wordt voor het betreffende merk gekozen (Brouwer et al., 1998). Is de patiënt thuis door zijn voorraad ‘goedkope’ stomazakjes heen, dan wordt bij de volgende bestelling een hogere toeslag berekend. Deze toeslag liep wel eens op tot 50%. Het ministerie van EZ vond het onacceptabel dat dergelijke prijsverschillen (voor hetzelfde product) bestonden binnen en buiten het ziekenhuis, en heeft toen een maximum toeslag bepaald van 25% (pers. comm. Mulder, Z-index).

1.3.6 De relatie tot de verzekeraar

Sinds 1998 zijn de zorgverzekeraars risicodragend geworden en neemt het belang toe om voordelige en doelmatige producten te verstrekken. De zorgverzekeraars sluiten nu op grote schaal contracten af met aanbieders om op deze manier een lagere prijs te bedingen. Zorgverzekeraars mogen nu ook zelf bepalen welke producten ze in hun pakket opnemen. Er vindt hierdoor meer concurrentie plaats tussen aanbieders van hulpmiddelen met als resultaat dat de markt transparanter wordt. Voor een aantal hulpmiddelen is de prijs de laatste jaren dan ook gedaald, terwijl voor andere producten (o.a. diabetesteststrips) dit maar nauwelijks het geval is. Het is onduidelijk in hoeverre bijvoorbeeld prijsafspraken tussen grote leveranciers hier een rol spelen (zie ook hoofdstuk 5 van deel A).

2 DE DISTRIBUTEURS

Samenvatting

Met de aflevering van geneesmiddelen door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen is ongeveer een vijfde deel van de totale kosten van extramurale farmaceutische hulp gemoeid

- In 2000 ontvingen openbare apotheken 1,4 miljard gulden (ruim 0,6 miljard euro) aan afleververgoeding en de apotheekhoudende huisartsen ruim 84 miljoen gulden (ruim 38 miljoen euro).

Er vinden belangrijke veranderingen plaats in het afleveren van geneesmiddelen

- Er is sprake van een toenemende verstrengeling tussen groothandel en openbare apotheken, onder meer doordat de groothandel apotheken opkoopt.
- Het aantal afleverpunten voor geneesmiddelen neemt toe door groei van het aantal openbare apotheken en de opkomst van polikliniek-apotheken.
- De honorering van openbare apothekers wordt minder volume-afhankelijk en voor een klein deel afhankelijk van het indienen van (kwaliteits)jaarplannen bij de zorgverzekeraar.
- De positie van apotheekhoudende huisartsen in de toekomst is onduidelijk.

Distributiekanaalen en prijsstelling voor medische hulpmiddelen zijn zeer divers en ondoorzichtig in vergelijking met geneesmiddelen

- Het distributiekanaal voor medische hulpmiddelen heeft soms veel schakels, waardoor de prijs (onnodig) hoog is.
- Door de vele afspraken van de afzonderlijke verzekeraars met producenten en distributeurs is de prijsstelling en aflevering van medische hulpmiddelen ondoorzichtig.
- Met name de hoogte van de gebruikte opslagpercentages is niet onderbouwd.
- De vergoeding voor de apotheker varieert per productgroep. Voor de overige distributiekanaalen geldt waarschijnlijk hetzelfde.
- Er zijn weinig actuele gegevens over het aandeel van de verschillende distributiekanaalen.

2.1 De distributie en aflevering van geneesmiddelen

A. van den Berg Jeths

De distributie van geneesmiddelen voor extramuraal gebruik vindt op dit moment nagenoeg geheel plaats via groothandel, openbare apotheek en apotheekhoudende huisarts. De functie van apothekers bij de medicatiebewaking komt aan de orde in hoofdstuk 3 van deel A.

2.1.1 De groothandel

De groothandel vormt de tussenschakel tussen de producenten van geneesmiddelen en de apotheek. Een gering deel van de geneesmiddelen wordt rechtstreeks door de geneesmiddelenfabrikant geleverd aan de apotheken (ongeveer 5% van de afzet van in Nederland actieve fabrikanten). De distributie is grotendeels in handen van drie landelijk opererende ‘volgesorteerde’ groothandelsfirma’s voor openbare apotheken. De grootste qua omzet is OPG, dat vroeger stond voor Onderlinge Pharmaceutische Groothandel, oorspronkelijk een coöperatie, maar thans een beursgenoteerde onderneming. De tweede is Interpharm, thans nog onderdeel van de beursgenoteerde Internatio-Müller groep. De derde is Brocacef Farma, tot voor kort een dochteronderneming van ACF Holding. Brocacef Farma is medio 2000 ingelijfd bij het Duitse Phoenix, dat actief is in bijna heel Europa (Medisch Vandaag, 5 juli 2000).

Daarnaast zijn er ‘bijna volgesorteerde’ groothandelsfirma’s en ‘discounters’, ook wel ‘rugzakkers’ genoemd. Deze laatste hebben kleine tot middelgrote assortimenten of bestaan uit zeer gespecialiseerde inkoopcombinaties van apothekers (Buurma et al., 1996). Tekstblok 2.1 geeft meer details.

Tekstblok 2.1: Drie typen groothandel.

De groothandel realiseert op veelgevraagde geneesmiddelen een hoger rendement dan op minder verkochte geneesmiddelen. Daardoor is de breed gesorteerde groothandel kwetsbaar voor nieuw toetredende ‘discounters’ die zich toeleggen op de veel gevraagde geneesmiddelen. Om de concurrentiedruk te verminderen heeft de volgesorteerde groothandel zijn prijs- en conditiebeleid zo ingericht dat het voor apothekers minder aantrekkelijk wordt om de snelopende artikelen van de discounter te betrekken en de minder vaak verkochte bij de volgesorteerde groothandel. Toch blijkt in de praktijk de discounter in staat

hoge inkoopkortingen bij de producenten te bedingen. Deze kortingen worden in de vorm van bonussen (gratis leveringen) doorgespeeld aan de apotheekhoudenden. Daardoor staat de laatste jaren het marktaandeel van de volgesorteerde groothandel onder druk. Er is derhalve sprake van een hevige concurrentie binnen de groothandel. Dat heeft tot gevolg dat zij scherpe condities inzetten (zoals hoge kortingen) om afnemers te behouden en/of te verkrijgen. Naar schatting wordt de helft van de kortingen verleend aan de discounters (Buurma et al., 1996).

Uit het bovenstaande volgt dat er een grote mate van verwevenheid is tussen de winstmarges van de producenten en de groothandel. Maar de groothandel is ook een belangrijke tegenspeler geworden van de farmaceutische industrie. De groothandel probeert de

afzet van generieke middelen (voorverpakte, merkloze geneesmiddelen) bij apotheekhoudenden via bonussen en kortingen te bevorderen ten koste van de merkgeneesmiddelen omdat zij vaak zelf actief zijn als parallel-importeur van generieke middelen (Buurma et al., 1996). Het aandeel van generieke middelen in het totaal aantal voorschriften steeg van 27,8% in 1995 tot 41,5% in 2000 (SFK, 2001a). Ook de overheid heeft het afleveren van generieke en parallel-geïmporteerde geneesmiddelen bevorderd door de zogenoemde stimulansregeling (zie hoofdstuk 5 van deel A).

Het aandeel van parallel-geïmporteerde geneesmiddelen op het totaal aantal afgeleverde geneesmiddelen is de laatste jaren sterk teruggelopen. Overschotten uit bepaalde landen worden buiten het officiële kanaal van de fabrikant geïmporteed uit landen binnen de Europese Economische Ruimte, waar het prijsniveau lager ligt dan in Nederland en met winst afgezet in een ander Europees land. De parallelimport beleefde het hoogtepunt in het midden van de jaren '90. Dit was een reactie op een beleidsmaatregel. In 1994 werd het apothekers namelijk toegestaan om inkoopvoordelen te bedingen in ruil voor een aftrek op de receptregelvergoeding. De receptregelvergoeding is een vast bedrag dat per voorschrift (=receptregel) aan apothekers wordt uitgekeerd voor het afleveren van receptgeneesmiddelen bij wijze van praktijkkostenvergoeding. Het prijsverschil tussen generieke middelen en parallelimport enerzijds en specialités anderzijds nam af door invoering van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) in 1991 en de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) in 1996. Teneinde de omzetverliezen die voortvloeien uit de aftopping van de geneesmiddelenprijzen te beperken, begon een aantal multinationale geneesmiddelenfabrikanten het aanbod van hun product zodanig per land te limiteren, dat parallelimport bemoeilijkt werd. Na een stabilisatie van het marktaandeel in 1998 en 1999 vond binnen deze groep in 2000 een teruggang plaats ten opzichte van 1999. In 2000 bestond nog ongeveer 7% van het aantal voorschriften uit parallelimport, maar het aandeel in de materiaalkosten was ongeveer 13% (SFK, 2001a). Dit betekent dat het alleen voor dure middelen nog interessant is om deze via parallelimport af te leveren. Een groot farmaceutisch bedrijf (GlaxoSmithKline) heeft begin 2002 openlijk aangekondigd om de leveranties aan de groothandel te gaan beperken teneinde parallelimport te hinderen. Afnemers krijgen alleen geneesmiddelen voor de lokale markt. De maatregel zou het farmaceutische bedrijf in aanvaring kunnen brengen met de Europese mededingingsautoriteiten. Mogelijk zal ook de Europese Commissie proberen de beperking te doorbreken (het Financiële Dagblad, 2 januari 2002).

De groothandel tracht zijn marktpositie en zijn onderhandelingspositie te versterken door het opkopen van apotheken en het opzetten van apotheekketens. In maart 2001 exploiteerde de OPG-groep 110 apotheken in Nederland. OPG streeft ernaar om eind 2002 150 apotheken te bezitten (www.opggroep.nl/persbericht d.d. 16 maart 2001a). In sommige plaatsen is meer dan de helft van of zijn zelfs alle apotheken in handen van OPG. Gemiddeld is er ongeveer 5 miljoen gulden (ongeveer 2,3 miljoen euro) per apotheek gemoeid met de goodwill die bij de overname moet worden betaald (Gerritsen & Bruijn, 2001). De OPG-apothekers zijn in loondienst. De bonussen en kortingen komen terecht in de centrale kas van het moederconcern. OPG richt zich op de 'betere apotheken met groeipotentie, onder meer op het platteland'. Naast de eigen OPG-apotheken,

die niet voor de patiënt herkenbaar zijn, zijn er nog zo'n honderd Extra Apotheken, gerund door zelfstandige eigenaren, met het 'commitment' om meer dan 50% van het assortiment te betrekken van OPG (interview met bestuursvoorzitter OPG, de Volkskrant 5 mei 2001). Ook andere groothandelsfirma's, zoals GEHE en Unichem, kopen apotheken op. GEHE bezit inmiddels 10 apotheken en streeft in Nederland naar een keten met een omvang tussen 200 en 250 apotheken. In Europa is GEHE marktleider als farmaceutische retailer en groothandel (Tent, 2001).

In Nederland zijn er geen regels ten aanzien van de maximale winstmarge van de groothandel. Dit is elders wel het geval: in Frankrijk circa 11%, in Duitsland bij wet vastgesteld, afhankelijk van af-fabrieksprijzen en in Groot-Brittannië 12,5% af-fabrieksprijzen voor verkopen aan de National Health Service (KPMG Gezondheidszorg, 1998).

2.1.2 De openbare apotheken

Eind 1999 waren er 1.588 openbare apotheken. Het aantal apotheekvestigingen breidt zich uit. In april 2001 was het aantal toegenomen tot 1.611. De belangrijkste redenen daarvoor zijn de liberalisering van de wet- en regelgeving en de ontwikkeling van nieuwe bouwlocaties (SFK, 2001a). Tekstblok 2.2 gaat nader in op de gevolgen van de liberalisering van de wet- en regelgeving.

Er is de laatste jaren veel te doen over de honorering van de apotheekhoudenden. Daarbij gaat het vooral om de bonussen en kortingen die apothekers ontvangen. Onderzoek naar de omvang van de bonussen en kortingen onder apothekers en apotheekhoudende huisartsen over 1997 leverde een schatting op van bijna 360 miljoen gulden (bijna 164 miljoen euro), exclusief BTW (PWC, 1999). De schatting van de Belastingdienst naar de door de groothandel verstrekte bonussen en kortingen over hetzelfde jaar resulteerde in een bedrag van 577 miljoen gulden (262 miljoen euro), excl. BTW (GMV/VWS/992292, 1999). Daarnaast is het systeem van een vast bedrag per receptregel bij wijze van praktijkkostenvergoeding ter discussie komen te staan door de snelle stijging van het aantal recepten in de afgelopen jaren. Het aantal recepten nam toe van ruim 115 miljoen in 1997 tot ruim 140 miljoen in 2000 (CVZ, 2001a). De receptregelvergoeding is in deze periode gestegen van f10,60 tot f11,85 (4,82 tot 5,39 euro), excl. BTW. In 2001 is deze verder toegenomen tot f12,45 (5,65 euro) en per 1 januari 2002 tot 6,00 euro. Nieuw is echter dat openbare apotheken het volledige tarief alleen in rekening mogen brengen als de apotheker in kwestie vóór 1 juni 2002 een jaarplan indient bij de belangrijkste regionale zorgverzekeraar. In dit jaarplan dienen de doelstellingen te zijn vastgelegd op het gebied van zorgvernieuwing, doelmatigheid, kwaliteit of patiëntgeoriënteerde zorg. Blijft de apotheker in gebreke dan mogen de zorgverzekeraars met terugwerkende kracht 0,16 euro per receptregel naverrekenen (SFK in Pharm Weekbl 2002; 137: 57).

Tekstblok 2.2: Meer distributiepunten van geneesmiddelen.**• Polikliniek-apotheken**

In 1999 is het project Wijziging Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) gestart. In dit kader is per 1 april 2000 het verbod op het extramuraal afleveren van geneesmiddelen door de ziekenhuisapotheker opgeheven. Inmiddels zijn er vier polikliniek-apotheken in Rotterdam, Nijmegen, Assen en Hilversum (de laatste onder de naam Politheek[®], een franchiseformule) en zijn er andere in voorbereiding (bijv. in Doetinchem). Niet alleen kunnen in de polikliniek-apotheek de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen worden afgehaald, maar ook de door de huisartsen voorgeschreven geneesmiddelen. Hierbij is geen sprake van transmurale farmaceutische zorg zolang er een scheiding is in de financiering van intra- en extramuraal farmaceutische zorg. Bovendien is er een groot verschil in inkooprijzen tussen openbare en ziekenhuisapotheken, waarbij de voorwaarde voor de lage inkooprijzen van de ziekenhuisapotheek is dat deze de medicijnen niet extramuraal (door)levert. Een goede communicatie tussen polikliniek-apotheken en openbare apotheken in de wijk is noodzakelijk omdat een patiënt vaker zijn/haar medicijnen van verschillende apotheken zal betrekken (www.politheek.nl/symposium.html d.d. 21-8-2001). De discussie over polikliniek-apotheken kent al een lange voorgeschiedenis van 12 jaar, waarin veel gediscussieerd is over de randvoorwaarden van transmurale farmacie. Op het punt van samenwerking tussen eerste en tweede lijn laten de huidige vier polikliniek-apotheken nog veel te wensen over (Van Schaik, 2001). Het gaat o.a. om tegenwerking van de openbare apothekers in de regio bij het uitwisselen van patiëntge-

gevens ten behoeve van de medicatiebewaking (Financieel Dagblad, 30 maart 2001).

• Boots-apotheken

De komst van de Britse apotheekketen Boots was slechts tijdelijk. De Boots-apotheken bleken verre van rendabel en in augustus 2000 besloot Boots al haar vestigingen in Nederland te sluiten. Boots had bovendien moeite met het vinden van apothekers voor haar vestigingen (SFK, 2001a).

• Distributie van zelfzorgmiddelen

De beperkingen bij de verkoop van 'zelfzorgmiddelen' worden op termijn opgeheven, wanneer de integrale herziening van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening een feit is. Tot dat moment blijft de verkoop van zelfzorgmiddelen voorbehouden aan de bestaande verkoopkanalen (GMV/VWS/2150895, 2001). Zelfzorgmiddelen mogen thans alleen worden verkocht door apotheken, drogisten en de zogenaamde bijzondere vergunninghouders. Dit zijn afleverpunten in dun bevolkte gebieden. In 2000 waren dat er 761 (www.zorgatlas.nl d.d. 21-8-2001).

De DA-drogisterijketen is in 1999 begonnen met het in dienst nemen van apothekers met het doel meer klanten te trekken (vanuit de veronderstelling dat de drempel voor een drogist lager is dan voor een apotheek). De apothekers worden geworven in België omdat in Nederland al een tekort aan apothekers bestaat (er zijn momenteel 200 à 300 vacatures voor apothekers). Van de circa 700 DA-winkels worden er inmiddels 14 geleid door een apotheker (Medisch Vandaag, 27 juni 2001).

In oktober 1999 is met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) een driejarenakkoord afgesloten, waarin is bepaald dat de kortingen en bonussen gefaseerd worden teruggehaald (claw back). Voor de jaren 2000-2002 stemden de apothekers en de minister in met een wettelijk kortingspercentage op de apotheekprijs voor WTG-geneesmiddelen van 6,82% tot een maximum van f15,- (6,81 euro) per verstrekt middel in ruil voor gefaseerde verhoging van de receptregelvergoeding. Hierdoor blijft er ongeveer 3% aan netto inkoopvoordelen over voor de apotheek. Daarnaast wordt de eerste stap gezet naar een minder volume-afhankelijke tariefstructuur door het introduceren van een vast-variabele kostensystematiek. De verhoging van de receptregelvergoeding per 1 januari 2002 is namelijk afhankelijk gesteld van de toef of afname van het aantal verstrekte receptgeneesmiddelen. Een stijging van het aantal recepten zal voor 60% worden doorberekend in de hoogte van de receptregelvergoeding (VWS, 2000a; SFK, 2001a). Tegelijkertijd zijn voor tariefsverbetering en zorgvernieuwing gefaseerd middelen ter beschikking gesteld: 35 miljoen gulden (15,9 miljoen euro)

in 2000, 70 miljoen gulden (31,8 miljoen euro) in 2001 en 110 miljoen gulden (50 miljoen euro) in 2002 (VWS, 2000a). Deze 50 miljoen euro voor 2002 is het macro-bedrag dat voor verhoging van de receptregelvergoeding is uitgetrokken, mits aan bovenvermelde voorwaarde van het indienen van jaarplannen is voldaan.

In 2000 ontvingen de openbare apotheken gezamenlijk ongeveer 1,4 miljard gulden (ruim 0,6 miljard euro) aan afleververgoeding, hoofdzakelijk in de vorm van receptregelvergoeding (CVZ, 2001a; SFK, 2001a).

Tenslotte is er de zogenoemde ‘stimulansregeling’. Deze regeling is sedert 1988 van kracht en houdt in dat de apotheker ter stimulering van het afleveren van goedkopere generieke of parallel-geïmporteerde geneesmiddelen in plaats van de duurdere specialités een derde van het prijsverschil mag behouden. Per 1 januari 2000 is de opbrengst van de stimulansregeling opgenomen in de receptregelvergoeding door deze te korten met f0,32 (0,15 euro). De verwachte jaarlijkse opbrengst hiervan is 35 miljoen gulden (15,9 miljoen euro; SFK, 2001a). De stimulansregeling blijft wel als regeling bestaan.

2.1.3 De apotheekhoudende huisartsen

Eind 1999 waren er 645 apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Hun aantal neemt langzaam af. Begin 2001 waren er nog 567. De honorering van de apotheekhoudende huisarts voor het afleveren van geneesmiddelen aan particuliere patiënten is gelijk aan de honorering van de openbare apotheek. De vergoeding voor het afleveren van geneesmiddelen aan ziekenfondspatiënten bestaat uit een abonnementshonorarium, een vast bedrag per jaar. In 2000 was dit bijna 53 gulden (24,09 euro). In 2001 is dit bedrag gestegen tot ruim 65 gulden (29,55 euro). In 2000 ontvingen de apotheekhoudende huisartsen ruim 84 miljoen gulden (ruim 38 miljoen euro) aan afleververgoeding (CVZ, 2001a).

Enkele jaren geleden heeft de Minister van VWS voor het eerst geopperd om het houden van een apotheek door huisartsen niet langer toe te staan. Het was de bedoeling dat eind 2001 een concept-wetsvoorstel zou worden ingediend, dat voorziet in een vergunningstop voor apotheekhoudende huisartsen. Er zou een overgangsregeling komen, waarin de huidige apotheekhoudende huisartsen hun apotheekvergunning mogen behouden, maar die niet aan een opvolger mogen overdragen. De beschikbaarheid van voldoende farmaceutische hulp op het platteland zou een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars worden, die daartoe afspraken kunnen maken met huisarts en apotheker (GMV/VWS/2104481, 2000). Eind 2000 werd in de Tweede Kamer een motie ingediend en aanvaard, waarin gevraagd wordt een noodwet te treffen ter bescherming van de positie van de apotheekhoudende huisartsen. De Minister heeft de motie ontraden omdat strikte uitvoering van de motie tot gevolg zou hebben dat alle huisartsen de bevoegdheid krijgen om geneesmiddelen af te leveren (VWS, 2001f). Inmiddels hebben vier Kamerleden (van VVD, PvdA, CDA en SGP) een initiatief-wetsontwerp opgesteld, dat beoogt een einde te maken aan de ‘ongelijkwaardige positie van de doktersapotheek ten opzichte van de ziekenhuis- en openbare apotheek’. De indieners willen hun wet op

1 januari 2004 van kracht laten worden (Venema, 2001). Tekstblok 2.3 geeft enkele ontwikkelingen rondom de apotheekhoudende huisarts, die het gevolg zijn van het vacuüm in de huidige regelgeving.

Tekstblok 2.3: De casus Westerbork.

Drie apotheekhoudende huisartsen in Westerbork willen in een nieuw gezondheidscentrum een apotheker in dienst nemen. Daardoor blijven de artsen eigenaar van de apotheek. De KNMP onderzoekt momenteel of dit wettelijk toelaatbaar is (Medisch Vandaag, 12 september 2001). In september 1999 heeft zich ook een apotheker gevestigd in de plaats. De huidige wetgeving bepaalt dat huisartsen hun apotheek moeten sluiten zodra zich een apotheek in de buurt vestigt. De Minister besloot in juli 2001 echter dat de drie huisartsen in Westerbork hun apotheek mogen behouden. Deze beslissing was gebaseerd op een voorgenomen overgangsregeling die eind juni 2001 aan de Tweede Kamer bekend was gemaakt. Daarin wil de Minister vergunningen van zittende apotheek-

houdende huisartsen niet meer intrekken als zich een openbare apotheek vestigt, vooruitlopend op de bovengenoemde wetswijziging. De apotheker ging tegen de beslissing van de Minister in beroep en de bestuursrechter stelde de apotheker begin januari 2002 in het gelijk. De bestuursrechter acht het onjuist dat de Minister anticipeert op een toekomstige wetswijziging en de minister moet van de bestuursrechter binnen zes weken een nieuw besluit nemen. Na deze uitspraak gaat de voorgenomen sluiting van de apotheek niet door (Pharm Weekbl 2002; 137: 85). Door samenwerking van de apotheekhoudende huisartsen in deze plaats laat de overname van de apotheek overigens zeer te wensen over (Toering, 2001a).

Door de deregulering van eisen ten aanzien van apotheekvestigingen (afschaffing van de verplichting dat er per apotheekvestiging een apotheker is) zal het in de toekomst mogelijk worden dat één apotheker meerdere apotheek-filialen runt, bijvoorbeeld in verschillende dorpen. De beroepsorganisatie van apothekers (KNMP) werkt aan ‘veldnormen’ met duidelijke kaders ten aanzien van het maximaal aantal apotheken en patiënten per apotheker, waarbij tevens rekening wordt gehouden met patiënt- en buurtkenmerken (Medisch Vandaag, 21 november 2001).

2.1.4 Internet

De Europese Commissie is van mening dat het onder de nationale verantwoordelijkheid van iedere lidstaat valt om de handel in geneesmiddelen via Internet te verbieden en, indien nodig, maatregelen te nemen om een einde te maken aan ongeoorloofde handel. Alle lidstaten, behalve Nederland en het Verenigd Koninkrijk, hebben dit verbod ook daadwerkelijk ingesteld. Zo verbood de Duitse rechter het de Nederlandse on-line-firma DocMorris om nog langer geneesmiddelen via Internet aan te bieden en te verkopen aan Duitse consumenten. DocMorris zal de zaak waarschijnlijk voorleggen aan het Europese hof (Rendering et al., 2001).

In het geval dat patiënten via Internet een arts consulteren (hetgeen wel is toegestaan), zijn er drie mogelijkheden voor het verkrijgen van voorgeschreven geneesmiddelen: afhalen bij de eigen apotheek in het eigen land, zelf ophalen uit het buitenland of per post laten opsturen (in alle gevallen is een origineel recept benodigd en mag de hoeveelheid niet groter zijn dan voor eigen gebruik ‘redelijk’ is). Een ziektekostenverzekeraar mag voor het vergoeden van in het buitenland verkregen geneesmiddelen eisen dat hier vooraf toestemming voor wordt gevraagd. Indien de ziektekostenverzekeraar daarvoor

geen toestemming verleent, zal de gebruiker het middel zelf moeten betalen (Rendering et al., 2001). Er zijn geen systematische gegevens over de mate waarin burgers mogelijk toch receptgeneesmiddelen via Internet bestellen. Uit incidentenmeldingen, bijvoorbeeld bij ernstige bijwerkingen, waarvoor een arts wordt geconsulteerd, blijkt dat dit op enige schaal voorkomt.

Een ander aspect van geneesmiddelen aankoop via Internet is het risico op vervalsingen. Internationaal gezien is sprake van een toenemend probleem, waarbij de gezondheidsschade groot kan zijn indien de ‘geneesmiddelen’ schadelijke stoffen bevatten (Hileman, 2001).

2.2 De distributie en aflevering van medische hulpmiddelen

G.W.M. Peters-Volleberg

2.2.1 De distributiekkanalen

De aanschaf van een hulpmiddel kan via veel kanalen en de markt is dan ook veel breder dan die van geneesmiddelen. Hulpmiddelen die door professionals worden gebruikt, hetzij intramuraal, hetzij extramuraal (bijvoorbeeld in de thuiszorg), worden in het algemeen door inkopers in samenspraak met de gebruikers aangeschaft. In dit hoofdstuk zal verder alleen worden ingegaan op de niet-professionele gebruiker.

Tabel 2.1 geeft een indruk bij welke aanbieders de gebruiker terecht kan voor de verschillende hulpmiddelen: de apotheek, de medische speciaalzaak (al dan niet gespecialiseerd in revalidatiehulpmiddelen) met een uitgebreid assortiment (van bloeddrukmeter tot rollator, van sta-op-stoel tot steunkousen en aangepast bestek), de thuiszorgwinkel (verkoop van diverse producten en uitleen van bijv. krukken of rolstoelen), de opticien, audicien of een postorderbedrijf. Ook postorderbedrijven kunnen in principe medische speciaalzaken zijn, en bestellingen kunnen al dan niet via Internet plaatsvinden. Er zijn ook bedrijven die zowel vanuit de vestiging leveren als vanuit een postorderbedrijf. In dit hoofdstuk worden de medische speciaalzaken die leveren vanuit een vestiging, voor de duidelijkheid bandagisten genoemd (hoewel bandagisten van oorsprong alleen verbandmiddelen maken en leveren). Verder voeren soms drogisten of supermarkten ook een beperkt assortiment hulpmiddelen (incontinentiematerialen, pleisters, etc). In tekstblok 2.4 wordt nader ingegaan op de verkoop via Internet (postorder).

Tabel 2.1: Verkooppunten van medische hulpmiddelen.

	Apotheek	Medische specialzaak	Postorderbedrijf	Thuiszorgwinkel	Opticien	Audicien	Revalidatiehulpmiddel Specialzaak	Vaktechnici ^a
Incontinentiematerialen	x	x	x	x				
Stomamaterialen	x	x	x	x				
Orthesen/schoenvoorzieningen		x	x	x			x	x
Gehoorschulpmiddelen						x		
Gezichtshulpmiddelen					x			
Diabeteshulpmiddelen	x	x	x	x				
Inrichtingselementen voor de woning		x						x
Therapeutische elastische kousen		x	x	x				
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	x	x		x				x
Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering		x	x	x				x
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen		x	x	x			x	x
Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	x	x						x

a) o.a. schoentechnici, orthopedische instrumentmakers.

Tekstblok 2.4: Verkoop via Internet.

Hoe specialistischer het product, des te meer de behoefte bestaat om het eerst te zien en uit te proberen, en hoe meer behoefte aan deskundig advies bestaat. Specialistische hulpmiddelen zullen dan ook niet snel via Internet verkocht worden. Zelfs voor eenvoudige producten zoals diabeteshulpmiddelen, stoma- of incontinentiemateriaal geldt dat de klant eerst zijn keuze voor een product moet hebben gemaakt, voordat het goed verkocht wordt via Internet. Voor de medische hulpmiddelenhandel in de nabije toekomst betekent dit dat fabrikanten

experts zullen inzetten die de klant adviseren, voorlichten en begeleiden tot de eerste verkoop. De daadwerkelijke eerste levering en de vervolgoopdrachten kunnen afgehandeld worden door puur logistieke organisaties (handelsfirma's), die niet per se verstand van zaken hoeven te hebben. Grootschaligheid betekent hier kostenbesparing. Voor de huidige bedrijven die handelen in medische hulpmiddelen betekent dit wellicht een accentverschuiving. Voor de consument betekent dit meer inzet en niet iedere consument zal hiervan gebruik maken (Van Asten, 2001).

Omdat de productie van veel hulpmiddelen, zoals de verbruiksartikelen diabeteshulpmiddelen en stomamaterialen, buiten Nederland plaatsvindt, kan het distributiekanal een lang traject volgen van fabrikant, importeur, groothandel, apotheek naar de gebruiker. Over het algemeen worden de productprijzen bij elke schakel hoger.

De Stichting Erkenningregeling voor Leveranciers van Medische Hulpmiddelen (SEMH) waarborgt de kwaliteit van leveranciers (zie tekstblok 2.5).

Tekstblok 2.5: De SEMH.

De Stichting Erkenningregeling voor Leveranciers van Medische Hulpmiddelen (SEMH) is een onafhankelijke stichting en kent een erkenningsregeling voor:

- orthopedische instrumentmakerijen;
- leveranciers van therapeutische elastische kousen;
- medische speciaalzaken voor levering van stoma-, incontinentie-, diabetes- en mammacareproducten;
- orthopedische schoentechnische bedrijven;
- leveranciers van aangepaste foundation en mammacareproducten.

De SEMH kent een Algemeen Bestuur waarin zitting hebben: patiëntenbelangenverenigingen, verwijzers, leveranciers, zorgverzekeraars en branche-specifieke opleiders. Bedrijven die erkend willen worden moeten aan bepaalde eisen voldoen ten aanzien van de inrichting (bijvoorbeeld beschikken over een invalidentoilet), deskundigheid van het personeel, het geven van voorlichting, klantgerichtheid, levertijden, magazijnbeheer, het bezit van vakliteratuur, het verstrekken van garanties en het hebben van een klachtenregeling. Eenmaal erkend worden de bedrijven jaarlijks getoetst.

2.2.2 Aandeel van de verschillende distributiekanaal

Per productgroep (incontinentiemateriaal, diabeteshulpmiddelen, etc.) bestaat er een andere verdeling van de markt over de distributeurs. Van de stomamaterialen werd in 1997 naar schatting van de Nefemed ongeveer 40% van het volume afgezet via postorderbedrijven, 35% via de bandagist en 25% via de apotheker. Postorderbedrijven en bandagist krijgen de producten rechtstreeks door fabrikanten/leveranciers aangeleverd, de apotheker door de farmaceutische groothandel (Nefemed, 1997a). Deze verdeling is ook ongeveer vastgesteld in onderzoeken van de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) van de Universiteit van Amsterdam (Brouwer et al., 1998). Het marktonderzoekbureau IMS Health schat dat in 2000 ongeveer 50-60% van de stomaproducten via de apotheek werden geleverd (pers.comm. Tangkilissan, IMS Health).

Waren het traditioneel alleen de apotheken die incontinentiematerialen leverden, in het afgelopen decennium zijn daar ook andere kanalen bijgekomen (SFK in Pharm Weekbl 136; 2001: 1375). Er zijn alleen gegevens bekend uit 1997/1998. In deze periode werd ongeveer 80% van de incontinentiematerialen geleverd via de apotheek, ongeveer 12% via de bandagist en ongeveer 5% werd rechtstreeks door producent of importeur geleverd aan verzorgingstehuizen. Afzet via thuiszorgwinkels en postorderbedrijven was in die tijd bijna verwaarloosbaar (Nefemed, 1997b). De SEO noemt percentages van 65% voor de apotheek, 7% voor de bandagist en 28% voor de postorderbedrijven (Mot & De Winter, 1998). Verzorgingstehuizen kopen het incontinentiemateriaal vaak als bulk rechtstreeks in bij de leveranciers, maar wel op naam van de bewoners. De leverancier declareert dan rechtstreeks bij de verzekeraar (AWBZ). In dit geval worden de groothandel en apotheek overgeslagen als schakel in de distributieketen, en gaat het verzorgingstehuis als distributeur optreden (en ontvangt hier een vergoeding voor). Dit in tegenstelling tot geneesmiddelen, die bewoners van verzorgingstehuizen via hun eigen huisarts en apotheek krijgen.

De schattingen van het aandeel in de distributie van diabeteshulpmiddelen van apotheken en postorderbedrijven in 1997/1998 variëren van 30% voor apotheken en 70% postorderbedrijven tot het omgekeerde (Baarsma & Paape, 1998a). Diagned (Diagnostica Associatie Nederland), de overkoepelende organisatie van fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica in Nederland, schat dat op dit moment gemiddeld ongeveer 50% van de teststrips wordt afgeleverd door postorderbedrijven en 50% door apothekers. De hoeveelheid teststrips die door bandagisten worden geleverd is verwaarloosbaar (pers. comm. De Bruin, Diagned). Volgens de Regeling Hulpmiddelen dienen elastische kousen altijd te worden aangemeten door een leverancier die in het bezit is van een speciaal diploma. In praktijk worden vervolgstrekkingen niet altijd opnieuw aangemeten. De leverantie van therapeutische elastische kousen aan de patiënt gebeurt veelal door de bandagist (Baarsma & Paape, 1998b).

Het is niet duidelijk hoe de situatie anno 2001 is voor de verschillende producten. Voor zover bekend is hier sinds 1997/1998 geen grootschalig onderzoek naar verricht.

2.2.3 De groothandel

Zoals gesteld in paragraaf 2.1.1. zijn er in Nederland drie grote groothandelsfirma's: de OPG-groep, Interpharm en Brocacef. De OPG-groep heeft een aantal ondernemingen onder haar hoede die werkterrein hebben op het gebied van de medische hulpmiddelen. Tot deze bedrijven behoren o.a. Combicare B.V. (een postorderbedrijf op het gebied van stoma-, diabetes- en incontinentiematerialen) en Medeco B.V. (een marketing-verkooporganisatie op het gebied van onder andere incontinentiematerialen en wondverzorgingsproducten; www.opggroep.nl, 2001b). OPG heeft dus belangen in de markt van de verzorgingsmiddelen. Brocacef en Interpharm hebben ook dochterbedrijven die al dan niet gespecialiseerd zijn in hulpmiddelen.

2.2.4 De openbare apotheek

Voor de openbare apotheek vormt de aflevering van receptgeneesmiddelen verreweg de belangrijkste inkomensbron. In 2000 werd 83% van de omzet van openbare apotheken gehaald uit de levering van receptgeneesmiddelen, 12% uit zelfzorgmiddelen en handverkoop, en 5% uit de aflevering van hulpmiddelen (SFK, 2001a).

Een verdeling van de omzet van hulpmiddelen verstrekt via de openbare apotheken staat in tabel 2.2. Hieruit blijkt dat de helft van de omzet van de verstrekte hulpmiddelen gevormd wordt door incontinentiematerialen en ongeveer 20% door diabeteshulpmiddelen. In tekstblok 2.6 wordt nader ingegaan op de verstrekking van incontinentiematerialen door de openbare apotheek.

Tabel 2.2: De omzet van hulpmiddelen verstrekt via de openbare apotheken in 1997-2000 (Bron: SFK in Pharm Weekbl 1998; 133: 521; SFK in Pharm Weekbl 1999; 134: 665; SFK in Pharm Weekbl 2000; 135: 853, SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 829; SFK, 2001a).

	1997	1998	1999	2000
Totale omzet (miljoen gulden) ^a	250	280	310	340
Omzet per apotheek (gulden) ^b	165.000	180.000	195.000	212.000
Aantal verstrekkingen	3.772.000	4.232.000	4.674.000	5.100.000
Incontinentiemateriaal (%)	54,8	53,2	51,2	53,1
Urinezakken (%)	5,5	5,8	6,3	5,9
Stomamateriaal (%)	6,4	5,7	5,2	4,5
Katheters (%)	7,8	8,0	8,4	8,1
Injectiemateriaal (%)	9,0	9,3	9,2	8,1
Diabetestestmateriaal (%)	16,1	18,0	19,0	19,0
Overig (%)	0,3	0	0,7	1,3

a) verkoopprijs in gulden na aftrek korting, inclusief BTW; in euro respectievelijk: 114, 127, 141 en 155 miljoen.

b) verkoopprijs in gulden na aftrek korting, inclusief BTW; in euro respectievelijk: 75.000, 82.000, 89.000 en 96.000.

Van de in tabel 2.2 vermelde door de openbare apotheek afgeleverde hulpmiddelen werd in de afgelopen jaren ongeveer 2% verstrekt aan 0-9 jarigen, 1,5% aan 10-19 jarigen, 6,5% aan 20-39 jarigen, 21,5% aan 40-64 jarigen en 68% aan personen van 65 jaar en ouder.

Tekstblok 2.6: Incontinentiematerialen via de openbare apotheek.

Van de incontinentiematerialen die door de openbare apotheek worden afgeleverd, wordt 77% verstrekt aan 65-plussers. Meer dan 80% van al het incontinentiemateriaal wordt verstrekt aan ziekenfondsverzekerden. Bij geneesmiddelen is de verhouding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden 72% versus 28%. Het geringere particuliere deel bij hulpmiddelen zou erop kunnen duiden dat particulier verzekerden meer gebruik maken van andere distributiekanalen, zoals post-orderbedrijven. Tot op heden zijn hierover geen betrouwbare cijfers beschikbaar.

Sinds april 1999 vergoedt de zorgverzekeraar per patiënt maximaal 455 stuks incontinentiematerialen per drie maanden. Deze maatregel had slechts een marginaal effect op de uitgaven aan incontinentiematerialen die via de openbare apotheek worden verstrekt. Het feit dat de zorgverzekeraars

de afgelopen jaren steeds hogere kortingspercentages hebben bedongen is van grotere invloed geweest op de kostenontwikkeling. Met kortingspercentages van rond de 15% (van de verkoopprijs) lijkt hier de grootste rek wel uit te zijn (SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 829). Recent werd duidelijk dat de kosten in de eerste helft van 2001 weer fors toenamen, zodat de besparingen weer teniet zijn gedaan. In de eerste helft van 2001 was er sprake van een uitgavengroei van 14% voor incontinentiematerialen via de openbare apotheek. De stijging wordt deels verklaard door een volumestijging van 7%. Daarnaast zijn diverse producten fors in prijs verhoogd: de marktleider (marktaandeel bijna 70%) verhoogde de prijzen met 8% tot 10% en nummer twee (met een marktaandeel van 15%) verhoogde de prijzen met 4% (SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 1375).

De prijsstelling van hulpmiddelen die door de openbare apotheek worden verkocht is in zijn algemeenheid als volgt geregeld (pers. comm. Mulder, Z-index): de fabrikant stelt de apotheekinkoopprijs vast (geldig gedurende een bepaalde periode) en de apotheker mag die prijs vermeerderen met een bepaalde toeslag (de zogenaamde opslag). Het Ministerie van Economische Zaken heeft in het verleden basisafspraken (basishandelingen) uitgebracht, waarin onder andere richtlijnen zijn gesteld over deze opslag. Zo werd als richtlijn gegeven dat bij hulpmiddelen tot een bedrag van 10 gulden (4,55 euro) 50% opslag mag worden berekend, bij producten tussen 10 en 25 gulden (tussen 4,55 en 11,35 euro) mag 40% opslag worden berekend, bij producten tussen 25 en 100 gulden

(tussen 11,35 en 45,45 euro) mag 35% opslag worden berekend en producten duurder dan 100 gulden (45,45 euro) mogen 25% opslag krijgen. In een kamerstuk uit 1998 worden marges van 25-40% genoemd (GMV/VWS/MHB-98073, 1998). Boven op deze prijs komt dan nog de BTW. Genees- en verbandmiddelen vallen onder het lage BTW-tarief (6%), evenals een aantal hulpmiddelen (bijvoorbeeld katheters, urinezakken en incontinentiematerialen). Echter, het gros van de hulpmiddelen valt onder het hoge tarief (19%).

Het vergoedingenregime voor aflevering van hulpmiddelen via de openbare apotheek is echter voortdurend aan veranderingen onderhevig. De inleiding Taxe die in december 1995 is verschenen, is niet meer actueel. In vergadercommissies, bestaande uit ziektekostenverzekeraars, apotheekhoudende huisartsen en apothekers, worden hier voortdurend variaties op ontwikkeld, die vaak product-specifiek zijn en voor alle partijen acceptabel zijn gezien de actuele marktsituatie. De afspraken die in deze commissies worden gemaakt worden door de verschillende partijen meegedeeld aan de belanghebbenden: Zorgverzekeraars Nederland informeert Vektis en CVZ; de KNMP informeert de apothekers en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) informeert de apotheekhoudende huisartsen. Voor specifieke productgroepen zijn algemene afspraken gemaakt. Zo is de maximale opslag voor stomamaterialen gesteld op 25%, nadat er onacceptabele prijsverschillen ontstonden tussen de prijzen in het ziekenhuis en daarbuiten. In navolging van de stomamaterialen is ook een maximum opslag van 25% vastgesteld voor bulkproducten (zoals incontinentiematerialen die geleverd worden aan verzorgingshuizen en instellingen). Hetzelfde standaardpercentage geldt ook voor de diabetesteststrips.

De apotheker betaalt de apotheekinkoopprijs aan de leverancier (bijvoorbeeld groothandel) en declareert de uitgaven bij de zorgverzekeraars. In hoeverre de apotheek bij de groothandel kortingen ontvangt of bedingt, is niet bekend. De groothandel tenslotte betaalt de fabrikant/importeur. De apotheker krijgt echter meestal niet de gehele declaratieprijs (apotheekinkoopprijs + opslag + BTW) vergoed van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars maken (vaak regionaal) afspraken met apotheken: niet alleen over het te leveren assortiment (bijvoorbeeld slechts een aantal merken incontinentiematerialen), maar ook over de declaratieprijzen. Dit kan leiden tot kortingen van bijvoorbeeld een aantal procenten.

De Z-index, een organisatie die deel uitmaakt van de KNMP-holding, zet de maximum adviesprijzen die in rekening mogen worden gebracht bij de patiënt en/of zorgverzekeraar (dus de prijzen incl. opslag en BTW) in een database (G-standaard). Industrieën kunnen de Apotheek Inkoop Prijs via een Internetapplicatie toevoegen. De prijzen die in de G-standaard staan, zullen dus zeer waarschijnlijk vaak hoger zijn dan de werkelijke transactieoprijzen.

Daar zowel opslag als de korting per artikel variëren zal de winst voor de apotheker per product verschillend zijn. De richtlijnen en afspraken die gemaakt worden omtrent de prijsstelling van hulpmiddelen, die verkocht worden via de openbare apotheek, zijn op

schrift niet algemeen toegankelijk (pers. comm. Mulder, Z-index). Ook is er, voor zover ons bekend, geen onderbouwing voor de opslagpercentages. Al met al is de prijsstelling van hulpmiddelen, die door de openbare apotheek worden verkocht, niet erg transparant. Evenmin is algemeen bekend hoe de prijsstelling geregeld is voor hulpmiddelen die via de medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel en postorderbedrijven geleverd worden, maar waarschijnlijk gebeurt dit op een zelfde manier. Tekstblok 2.7 illustreert dit.

Tekstblok 2.7: De prijs van elastische kousen.

“... Laatst kreeg ik van een patiënte een kopie van een rekening voor elastische kousen die ze voorgeschreven gekregen had van de orthopeed. Prijs f42,98 (19,54 euro). Vaste opslag: f34,46 (15,66 euro) en opslag daarbovenop 26,1%. Nog eens een keer f21,86 (9,94 euro) BTW erover-

heen van 6% en je zit op een totaalbedrag van f111,94 (50,88 euro). Voor een paar elastische kousen. Hoezo vaste opslag? Hoezo nog eens opslag daarbovenop?..... Navraag leert dat deze kousen in de fabriek voor zo'n zestien piek kunnen worden gemaakt.....” (Oudkerk, 1999).

Een ander aspect is in hoeverre kortingen die producenten verlenen aan voorschrijvers worden doorberekend aan de consument. Zie tekstblok 2.8 voor een voorbeeld in de tandheelkundige zorg.

Tekstblok 2.8: Gebitsprothesen.

De meeste tandartsen hebben een vast contact met een laboratorium. Er is in toenemende mate sprake van prijsconcurrentie tussen laboratoria. Dit gebeurt door tandartsen kortingen te geven op maandnota's. Volgens de CTG-beleidsregels dienen de tandartsen deze kortingen echter door te berekenen aan de patiënt of verzekeraar. Deze hebben ook altijd het recht om de nota van het tandtechnisch laboratorium in te zien. Het blijkt

dat veel tandartsen niet goed op de hoogte zijn van deze regels en het is dan ook onduidelijk in hoeverre deze kortingen doorberekend worden aan de patiënt (www.tandartsennet.nl, 2001). Officieel heeft de tandarts dus geen belang om zo voordelig mogelijk in te kopen bij een tandtechnisch laboratorium. Criteria als de kwaliteit van het geleverde werk, een gunstige locatie en service van het laboratorium spelen ook een rol.

2.2.5 De bandagisten/postorderbedrijven

Er is in Nederland een aantal grote postorderbedrijven (ook wel verzendhuizen genoemd), zoals Medeco, Combicare, Paul Boeren Medical, Bosman, Huikeshoven Medical, Diabetes Direct, etc. Bij de meeste bedrijven kan via Internet besteld worden. De bestellingen worden vaak gratis thuis afgeleverd en de declaraties worden rechtstreeks met de ziektekostenverzekeraars verrekend, mits de verzekeraar een contract heeft afgesloten met het betreffende bedrijf. Bovendien proberen postorderbedrijven klanten te binden door geschenken aan consumenten en kortingen aan zorgverzekeraars te geven. De meeste postorderbedrijven hebben ten minste diabeteshulpmiddelen, stomamaterialen en incontinentiematerialen in hun pakket, maar er bestaan ook meer gespecialiseerde bedrijven. Sommigen verkopen ook orthopedische en revalidatiehulpmiddelen. Er zijn ook vele medische speciaalzaken die vanuit een vestiging leveren (in dit hoofdstuk bandagisten genoemd): een eenvoudige zoektocht op Internet leverde al meer dan 100 adressen op. Er zijn 135 leveranciers van elastische therapeutische kousen (sommigen met meer vestigingen), en 19 medische speciaalzaken die door de SEMH

erkend zijn (situatie september 2001).

2.2.6 De thuiszorgwinkels

Er is geen registratie van het aantal thuiszorgwinkels in Nederland. Wel is elke thuiszorginstelling (er waren er ongeveer 150 erkend in 2001) verplicht een uitgiftepunt te hebben. Deze uitgiftepunten lenen verpleegartikelen en hulpmiddelen uit, bedoeld voor een korte periode. De uitleenartikelen worden gratis verstrekt (in het kader van de AWBZ), voor een periode van maximaal 26 weken (www.thuiszorgnederland.nl). Een aantal thuiszorgwinkels is gekoppeld aan een uitgiftepunt en er bestaan ook particuliere thuiszorgwinkels.

2.2.7 Gezondheidsboulevard

Een nieuwe ontwikkeling is het ontstaan van ‘gezondheidsboulevards’ of ‘multi-care’ centra in ziekenhuizen. Diverse bedrijven - zoals een pruikenmaker, een winkel met hoorapparaten, een bedrijf in lichttherapie voor huidpatiënten, de thuiszorg, een centrum dat medische bedrijfskeuringen uitvoert, een travel clinic, een laserkliniek en een zoutwaterzwembad - huren de ruimte van het ziekenhuis. Ziekenhuizen kunnen speciale dochterbedrijfjes oprichten. Ziekenhuizen in o.a. Hengelo, Utrecht, Apeldoorn, Tilburg en Dordrecht boren hiermee een nieuwe inkomstenbron aan, terwijl winkeliers en paramedici dichterbij de vele bezoekers komen te zitten. De consument heeft als voordeel dat bijvoorbeeld de krukken direct afgeleverd kunnen worden bij de spoedeisende hulp en dat er meerdere gezondheidswinkels bij elkaar zitten. Deze vermenging van commerciële en publieke belangen heeft ook een potentieel gevaar: artsen zouden hun patiënten alleen kunnen doorverwijzen naar bedrijfjes waaraan zij zelf verbonden zijn. Ook kunnen ziekenhuizen hun regionale monopoliepositie misbruiken door bijvoorbeeld huurders te weigeren die concurreren met een dochterbedrijf van het ziekenhuis (de Volkskrant, 27 oktober 2001).

3 DE VOORSCHRIJVERS

Samenvatting

Het voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen en specialisten wordt behalve door ziekten en aandoeningen van de patiënt door vele vraag- en aanbodfactoren bepaald

- In 2000 werd in Nederland ruim 140 miljoen keer een geneesmiddel voorgeschreven.
- Behalve de klinische noodzaak (ziekten en aandoeningen van de patiënt) spelen ook sociaal-culturele factoren, kenmerken van de arts (met name een hoge algemene ervaren werkdruk) en wetenschappelijke standaarden en richtlijnen een rol in het besluitvormingsproces om al dan niet geneesmiddelen voor te schrijven.
- Ook beïnvloedt de patiënt soms het voorschrijfgedrag van de arts. In combinatie met de druk om 'evidence-based' te handelen kan dit de arts voor dilemma's plaatsen. Goede gegevens ontbreken over de mate waarin dit voorkomt.
- Specialisten schrijven in het algemeen eerder nieuwe en duurdere geneesmiddelen voor dan huisartsen. In 2000 bedroeg de gemiddelde prijs per recept via huisartsen 38 gulden (17,3 euro) en via specialisten bijna 76 gulden (34,5 euro).
- Eén op de 20 voorschriften wordt gecorrigeerd door de apotheker. Met name in handgeschreven recepten komen relatief veel fouten voor.
- Richtlijnen, standaarden, formularia en farmaco-therapeutisch (transmuuraal) overleg worden langzaam van uitsluitend beroepsinhoudelijke aanlegenheden ook beleidsinstrumenten om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven te verbeteren.

Er zijn veel verschillende voorschrijvers van hulpmiddelen, waarbij onvoldoende ondersteuning plaatsvindt door goede informatie

- Voorschrijvers hebben behoefte aan meer informatie over hulpmiddelen om een verantwoorde keuze te kunnen maken.
- Tot nu toe is er geen gecoördineerde informatiebron voorhanden. Het recent opgerichte, maar nog niet operationele Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC) en het in voorbereiding zijnde Hulpmiddelenkompas van het CVZ beogen hierin te voorzien.
- Er is weinig bekend over het daadwerkelijke gebruik van richtlijnen en protocollen door voorschrijvers van hulpmiddelen.

3.1 De voorschrijvers van geneesmiddelen

A. van den Berg Jeths

De belangrijkste voorschrijvers van geneesmiddelen zijn de huisarts en de specialist, maar ook tandartsen en verloskundigen mogen sommige geneesmiddelen voorschrijven, zoals pijnstillers. Deze laatste twee categorieën voorschrijvers worden verder buiten beschouwing gelaten in dit hoofdstuk. Het intramuraal geneesmiddelengebruik valt onder de budgetten van de instellingen en wordt niet tot de sector farmaceutische hulp gerekend. Voor zover het de specialist betreft gaat het derhalve alleen om de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen.

In 2000 werd in Nederland ruim 140 miljoen keer een geneesmiddel voorgeschreven. Van dit aantal is bijna 10% afgeleverd door apotheekhoudende huisartsen. Tabel 3.1 geeft de verdeling van het aantal door de openbare apothekers afgeleverde geneesmiddelen naar hoofdgroepen, geslacht en leeftijd.

Tabel 3.1: Het aantal voorschriften in 2000 naar hoofdgroepen, geslacht en leeftijd^a (Bron: SFK en CBS-bevolkingsgegevens; gegevens bewerkt door het RIVM).

Hoofdgroep	Aantal voorschriften per 1.000 inwoners			
	man < 65 jaar	vrouw < 65 jaar	man 65 jaar e.o.	vrouw 65 jaar e.o.
Zenuwstelsel	834	1.377	2.759	5.393
Hartvaatstelsel	547	537	5.292	5.873
Maagdarmkanaal	459	633	2.416	3.365
Ademhalingsstelsel	546	707	1.880	1.355
Dermatologica	388	489	853	986
Skeletspierstelsel	316	449	831	1.408
Urogenitale stelsel	43	915	481	260
Antimicrobiële middelen	329	487	641	757
Bloed en -vormende organen	155	194	1.920	1.600
Zintuiglijke organen	169	213	768	1.039
Overig	530	826	2.167	2.977
<i>Totaal</i>	<i>4.316</i>	<i>6.828</i>	<i>20.007</i>	<i>25.014</i>

a) niet gecorrigeerd voor ingeschrevenen bij apotheekhoudende huisartsen.

Uit tabel 3.1 volgt dat vrouwen meer geneesmiddelen gebruiken dan mannen en dat het gemiddeld aantal voorschriften per persoon van 65 jaar en ouder bij mannen bijna vijf keer zo hoog en bij vrouwen bijna vier keer zo hoog is als het gemiddeld aantal voorschriften per persoon jonger dan 65 jaar. Van alle geneesmiddelen die door de openbare apotheek worden afgeleverd wordt driekwart voorgeschreven door huisartsen (gegevens SFK).

3.1.1 Kenmerken van de voorschrijvers

Het krachtenveld rondom geneesmiddelen is de laatste jaren sterk in beweging. Daarvan ondervinden voorschrijvers niet alleen de gevolgen, zij maken daarvan ook zelf deel uit.

Dat komt in de eerste plaats tot uiting in verschuivingen in de opvattingen over ziekte en gezondheid. De voorschrijfgeneigdheid van artsen is nauw verweven met cultureel bepaalde opvattingen. Er is sprake van een langlopende ontwikkeling, waarbij het accent in het medisch handelen steeds meer verschuift van ziekte en afwijking naar gezondheid en risico's. In navolging van de Duitse socioloog Beck spreekt Vos van een 'risico-cultuur' (Vos, 2001). De gezondheidszorg in het algemeen, maar ook farmaceutische zorg wordt steeds vaker ingezet ter preventie van risico's op gezondheidsschade in de (verre) toekomst. Daarbij is soms sprake van verschil van inzicht tussen huisartsen en specialisten. Tekstblok 3.1 geeft daarvan enkele voorbeelden.

Tekstblok 3.1: Geneesmiddelen voor primaire preventie.

Tot voor kort waren huisartsen terughoudend in het voorschrijven van cholesterolverlagers (statines) aan personen zonder hart- en vaatziekten, maar met verhoogd risico daarop. In de nieuwste NHG-standaard cholesterol van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG, 1999) zijn de aanbevelingen van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (vooral gericht op specialisten) echter overgenomen (CBO, 1998). Het Kwaliteitsinstituut is voorstander van het medicamenteus behandelen van personen zonder hart- en vaatziekte, waarvan het risico boven een bepaalde grens uitkomt door aanwezigheid van meerdere risicofactoren.

Osteoporose (botontkalking) is een risicofactor voor wervel- en heupfracturen. Voor de medicamenteuze preventie van osteoporose zijn er verschillende groepen geneesmiddelen (oestrogenen, bisfosfonaten en raloxifen). Deze middelen moeten langdurig worden gebruikt. Zij hebben bijwerkingen, waardoor de therapietrouw vaak te wensen over laat. Een actieve benadering van groepen met risicofactoren voor osteoporose wordt door de NHG niet geadviseerd. Met andere woorden: huisartsen zijn terughoudend ten aanzien van 'case finding'. De Gezondheidsraad daarentegen is wel voorstander van een actieve opsporing van mensen met een sterk verhoogde fractuurkans door osteoporose, gevolgd door behandeling (Carrière & Smals, 2001).

Het risico-aspect speelt ook een rol bij de adoptie van nieuwe geneesmiddelen door artsen. Er zijn artsen die in het algemeen relatief snel een nieuw geneesmiddel voorschrijven ('early adopters') en artsen die relatief traag zijn ('late adopters'). Artsen, die snel nieuwe geneesmiddelen voorschrijven, zijn gewoonlijk frequente voorschrijvers van geneesmiddelen, gaan vaker naar medische bijeenkomsten en congressen, hebben grote(re) praktijken, werken vaak in groepsverband en hebben een uitgebreider netwerk van contacten, waardoor zij door collegiale stimulering en andere sociale factoren eerder kennismaken met nieuwe geneesmiddelen, daarvoor eerder belangstelling krijgen en eerder tot een (positieve) beoordeling van nieuwe geneesmiddelen komen. De 'trage' voorschrijvers zijn vaker vrouwelijke artsen, voeren minder vaak diagnostische testen bij patiënten uit, hebben kleinere praktijken en hebben een meer gereserveerde houding ten opzichte van de behandeling met geneesmiddelen (Vos, 2001).

Uit de feitelijke ontwikkeling in voorschrijfpatronen is af te leiden dat specialisten eerder (poliklinisch) nieuwe geneesmiddelen voorschrijven dan huisartsen. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de nieuwere cholesterolverlagers fluvastatine en atorvastatine, en de nieuwere antidepressiva citalopram en nefazodon (Van den Berg Jeths et al., 1999). Nieuwe geneesmiddelen zijn in het algemeen (veel) duurder dan bestaande: de gemiddelde materiaalprijs van geneesmiddelen die sinds 1995 zijn geïntroduceerd bedroeg in 2000 153 gulden (69,5 euro) per voorschrift (SFK, 2001a). In datzelfde jaar bedroeg de gemiddelde prijs per recept via huisartsen 38 gulden (17,3 euro) en via specialisten bijna

76 gulden (34,5 euro). Zie verder tekstblok 3.2.

Tekstblok 3.2: Invloed van specialisten op het voorschrijven door huisartsen.

Bekend is dat specialisten eerder nieuwe geneesmiddelen voorschrijven dan huisartsen en zo ook het voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen beïnvloeden. Deze 'olievlekwerking', zoals Haaijer-Ruskamp en Denig dat noemen, kan door verschillende factoren worden bevorderd. Soms gebeurt dit door het overnemen van het voorschrijfgedrag van de specialist door de huisarts: „Je ziet dan steeds meer patiënten in je praktijk die door de specialist op de nieuwe ACE-remmer zijn gezet. En dat gaat allemaal fantastisch. Nou, dan ga je op een gegeven moment dat zelf ook maar eens proberen”. Maar ook kan de vrees van de huisarts om zijn patiënten aan de specialist te verliezen een rol spelen: „Ik was eerst wat voorzichtig met het voorschrijven van dat nieuwe middel, die omeprazol. Maar dan zie ik dat wanneer ik patiënten met recidiverende maagklachten naar de specialist verwijs, hij ook niet meer doet dan die omeprazol voor te schrijven. Nou, daarvoor

hoef ik die patiënten niet te verwijzen. Dan kan ik het beter zelf voorschrijven” (Haaijer-Ruskamp & Denig, 1999, geciteerd door Vos, 2001).

Het komt ook voor dat bij opname in het ziekenhuis de medicatie van een patiënt ook voor reeds bestaande indicaties wordt gewijzigd, waarvoor de patiënt niet is opgenomen. Om opnieuw wisselingen en daarmee belasting voor de patiënt te voorkómen neemt de huisarts dit dan over na ontslag uit het ziekenhuis. Vaak gaat het om een duurder middel of een middel waarbij de arts, de maatschap of het ziekenhuis een deal met een specifieke industrie heeft gemaakt. Voor de huisarts is dit vaak lastig, zeker wanneer het geneesmiddel niet in het afgesproken formularium is opgenomen (Timmer et al., 2001). Het is ook mogelijk dat het ziekenhuisformularium niet overeenstemt met het formularium van de huisarts voor de betreffende behandeling.

Er bestaat verschil van mening over de vraag of apotheehoudende huisartsen zuiniger voorschrijven dan hun niet-apotheehoudende collega's. Volgens de SFK schrijven apotheehoudende huisartsen juist meer voor (ongeveer 10%), maar uit gegevens van het Geneesmiddelen Informatie Project van het CVZ en het informatiecentrum Vektis van zorgverzekeraars zou blijken dat juist van het omgekeerde sprake is (SFK, 2001b; Piepenbrink, 2001; Medisch Vandaag, 7 november 2001). De verklaring voor deze tegenstrijdige conclusie is onder meer dat de SFK zich baseert op een vergelijking van apotheehoudende huisartsen en niet-apotheehoudende huisartsen op het platteland. Dit is van belang omdat het geneesmiddelengebruik op het platteland 8% lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Daarnaast is niet altijd duidelijk hoe specialistenreceptuur, die wordt ingeleverd bij de apotheehoudende huisarts, wordt geregistreerd.

Een belangrijk kenmerk van de huisartspraktijk, die samenhangt met het voorschrijven van geneesmiddelen, is de werkdruk. Huisartsen met een hogere werkdruk schrijven meer geneesmiddelen voor dan artsen met een lagere werkdruk. Hierbij gaat het om de algemene werkdruk en niet om variaties in de dagelijkse werkbelasting. Verondersteld wordt dat dit samenhangt met het ontwikkelen van een bepaalde werkstijl door huisartsen met een hoge algemene werkdruk (Hutten, 1998). Dat het geneesmiddelengebruik een belangrijke aanbodgestuurde component kent, laat ook tekstblok 3.3 zien.

Tekstblok 3.3: Huisartsenstaking bespaart 20 miljoen gulden aan geneesmiddelen.

De SFK heeft berekend dat de huisartsenstaking van begin mei 2001 heeft geleid tot een netto besparing van 20 miljoen gulden op de geneesmiddelen uitgaven. Openbare apotheken hebben gedurende de drie stakingsdagen 900.000 geneesmiddelen verstrekt. Dat is 550.000 minder dan normaal zou zijn voor deze dagen. Gedurende de stakingsperiode is er 35 miljoen gulden min-

der uitgegeven dan verwacht mocht worden. In de weken na de stakingsperiode is er sprake geweest van een beperkt inhaaleffect van 15 miljoen gulden. Hierbij gaat het vooral om chronische gebruikers die alsnog de door hen benodigde geneesmiddelen voorgeschreven hebben gekregen (SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 1407).

3.1.2 De stand van de wetenschap

Er zijn verschillende instrumenten tot ontwikkeling gekomen die de arts kunnen ondersteunen bij het voorschrijven van geneesmiddelen. In de eerste plaats gaat het om richtlijnen, protocollen en standaarden. De snelle toename van medisch-wetenschappelijke kennis, de professionalisering bij de verschillende beroepsgroepen, de vraag naar verantwoord en inzichtelijk handelen en gepast gebruik zijn drijvende krachten achter het opstellen van richtlijnen, protocollen en standaarden (Kistemaker et al., 1997). Het zijn niet alleen hulpmiddelen bij de indicatiestelling en de keuze 'wel of niet medicamenteus behandelen', maar geven soms ook richtlijnen voor de te kiezen middelen. Uit een analyse van drie groepen geneesmiddelen (cholesterolverlagers, antidepressiva en middelen bij astma/COPD) bleek dat de volume-ontwikkeling van de verschillende middelen in lijn was met de aanbevelingen uit standaarden en richtlijnen, maar dat deze invloed niet was te kwantificeren (Van den Berg Jeths et al., 1999).

Het verschil in voorkeur voor bepaalde (groepen) geneesmiddelen tussen huisartsen en specialisten, zoals dat is te vinden bij vergelijking van NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)-standaarden en CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg)-richtlijnen, heeft voor een deel te maken met het feit dat de specialist in het algemeen patiënten ziet met ernstiger klachten. Specialistie verkiezen - over het algemeen inhoudelijk gesteund door richtlijnen - gemiddeld genomen duurdere geneesmiddelen dan de huisarts en het aantal voorgeschreven specialités is bij specialisten hoger dan bij huisartsen. Omdat de huisarts het voorschrijfgedrag van de specialist meestal overneemt nadat de patiënt is uitbehandeld door de specialist, werkt dit duurdere voorschrijfgedrag ook door in de huisartspraktijk (Kistemaker et al., 1997).

Voor huisartsen zijn voorts de farmacotherapie-aanwijzingen uit de formularia een hulpmiddel bij het voorschrijven. Kamps en Meyboom-de Jong vergeleken de laatste met de voorlaatste editie van drie regionale formularia (Groningen, Nijmegen en Utrecht). Niet alleen werden er veel wijzigingen aangebracht in de adviezen over medicatie, maar ook waren er grote verschillen tussen de nieuwste edities met de voorgaande van de drie formularia. Verdwenen geneesmiddelen waren veelal niet vervangen door (modernere) middelen uit dezelfde geneesmiddelen-groep en toevoegingen hielden meestal geen verband met geschrapte middelen. Als huisartsen in deze regio's zich in de afgelopen jaren hadden willen houden aan hun regionale formularium, dan hadden zij hun medicatie bij

ongeveer de helft van de vermelde gezondheidsproblemen moeten herzien, terwijl daarvoor in het formularium argumenten ontbreken (Kamps & Meyboom-de Jong; 1999). Andere instrumenten om de keuze van de voor te schrijven middelen te rationaliseren zijn het farmaco-therapeutisch overleg (FTO) tussen huisartsen en openbare apothekers, het Geneesmiddelenbulletin en het Farmacotherapeutisch Kompas van het College voor zorgverzekeringen. Instrumenten die in de toekomst een sterkere rol kunnen gaan spelen bij de beïnvloeding van voorschrijfgedrag zijn het farmaco-therapeutisch transmuraal overleg (FTTO) tussen openbare apothekers, huisartsen en ziekenhuisapothekers, en het geprotocolleerd voorschrijven door middel van elektronische formularia (Electronisch Voorschrijf Systeem-EVS). Hierbij wordt zoveel mogelijk voorgeschreven op stofnaam in plaats van merknaam, een proces dat sinds 1995 wordt gestimuleerd door de overheid. Richtlijnen, standaarden en formularia worden langzaam van uitsluitend beroepsinhoudelijke aangelegenheden ook beleidsinstrumenten om de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven te verbeteren. Zie verder hoofdstuk 5 van deel A.

De bovengenoemde instrumenten die huisartsen en specialisten ter beschikking staan bij de keuze van geneesmiddelen bepalen slechts voor een deel het 'drug selection process'. Vele andere factoren zijn hierop van invloed. In een onderzoek van Zelnio (1982) werden acht criteria getoetst op hun relatieve belang voor de keuze van de medicatie door de arts: werkzaamheid, bijwerkingen, contra-indicaties, beschikbare doseervormen, kosten, informatiebron met betrekking tot het geneesmiddel en de reputatie van de fabrikant. Alhoewel de werkzaamheid, veiligheid en geschiktheid (afwezigheid van contra-indicaties) de belangrijkste criteria waren, bleken er toch twee typen artsen geïdentificeerd te kunnen worden. De ene groep hechtte meer waarde aan werkzaamheid, veiligheid en kosten, terwijl de andere groep daarnaast ook veel waarde hechtte aan de bron van informatie met betrekking tot het geneesmiddel en de reputatie van de fabrikant. Het relatieve gewicht van de diverse criteria blijkt voorts verschillend te liggen bij huisartsen versus specialisten (specialisten geven meer gewicht aan werkzaamheid en huisartsen meer aan bijwerkingen) en bij verschillende groepen geneesmiddelen (bij diabetesmiddelen zijn bijwerkingen relatief belangrijker en bij antibiotica de kosten; Bradley, 1991).

De effecten van rationalisering in de geneeskunde zijn vooral van belang in kwalitatieve zin. De kwaliteit van voorschrijven en zorgverlening wordt er sterk door verhoogd. De voorschrijfgeneigdheid van artsen wordt er echter maar in beperkte mate door beïnvloed. De introductie en snelle acceptatie van de SSRI's (de selectieve serotonine heropnameremmers, de tweede generatie antidepressiva) eind jaren '80 en begin jaren '90, ondanks de voorzichtige professionele houding zoals die in de standaarden tot uitdrukking kwam, vormt hiervan een goed voorbeeld. Er zijn daarentegen ook voorbeelden, waarin de acceptatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten bij het voorschrijven van geneesmiddelen traag verloopt. Het inzicht dat maagzweer en astma ontstekingsziekten zijn die dienovereenkomstig moeten worden behandeld, stuitte aanvankelijk op veel scepsis en weerstand (Vos, 2001).

Er is weinig bekend over het ‘off-label’ voorschrijven van geneesmiddelen, het voorschrijven van geneesmiddelen voor indicaties waarvoor het middel niet is geregistreerd. Tekstblok 3.4 geeft de resultaten van een onderzoek naar het off-label voorschrijven van een recent geregistreerd geneesmiddel.

Tekstblok 3.4: Meer ‘off-label’ dan ‘on-label’ voorschrijven van rofecoxib.

Het geneesmiddel rofecoxib (Vioxx[®]) is geregistreerd voor de symptomatische behandeling van (osteo)artrose en komt sinds april 2000 voor vergoeding in aanmerking. Op basis van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg is nagegaan hoe vaak huisartsen dit middel voorschrijven en voor welke diagnose (Jabaaij et al., 2001a; Jabaaij et al., 2001b). Het middel is in 2000 voorgeschreven aan 500 patiënten in 114

huisartsenpraktijken. Het werd in dat jaar in 13% van de gevallen voorgeschreven voor de diagnose (osteo)artrose. Veel voorkomende andere diagnoses waarvoor rofecoxib werd voorgeschreven waren andere aandoeningen van het bewegingsapparaat (60%) en pijn (14%). Nader onderzoek naar de achterliggende verklaringen voor dit voorschrijfgedrag achten de auteurs interessant en gewenst.

3.1.3 De relatie tot de apotheker

Het aanbrengen van benodigde wijzigingen in recepten is een van de taken van de apotheker in het kader van de farmaceutische patiëntenzorg. Apothekers krijgen een duidelijkere rol als zorgverlener en adviseur voor artsen en patiënten over geneesmiddelen.

Recent onderzoek wijst uit dat er problemen bestaan met naar schatting één op de 20 voorschriften (Buurma et al., 2001a; Buurma et al., 2001b). Hieruit kwam naar voren dat er door de apotheker vooral wijzigingen worden aangebracht in voorschriften voor middelen die werken op het zenuwstelsel, de ademhaling, het maagdarmkanaal en metabolisme, en op het hart vaatstelsel. In ruim 12% van de gevallen werd de aanpassing ingegeven door een medicatiebewakingssignaal van de apotheekcomputer betreffende een wijziging in sterkte of dosis, een interactie, een contra-indicatie of een dubbelmedicatie. Ruim de helft van de problemen kon worden opgelost in samenspraak met de patiënt (vertegenwoordiger), bij 15% werd contact opgenomen met de voorschrijver en bij 5% met diens assistente. Bij ruim een vijfde van de prescriptiewijzigingen ging het om wijzigingen met een mogelijk klinische betekenis. Van de voorschrijvergebonden kenmerken bleek een handgeschreven recept de grootste kans mee te brengen op een wijziging. Al eerder is onleesbaarheid van handgeschreven recepten beschreven als oorzaak van fatale medicatiefouten in Noord-Amerikaanse ziekenhuizen (zie ook tekstblok 3.5). In Nederland gebruikt circa 80% van de huisartsen een computersysteem om recepten te maken, maar specialisten lopen in dit opzicht achter (Buurma et al., 2001a).

Tekstblok 3.5: Doorbraakproject Medicatieveiligheid.

In ziekenhuizen wordt dagelijks zo'n 250 duizend keer een geneesmiddel toegediend. Inmiddels is het 'Doorbraakproject Medicatieveiligheid' van start gegaan, een initiatief van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) en de Orde van Medisch Specialisten, en gesubsidieerd door

het CVZ. Doel van het project is om deelsystemen te ontwerpen, waardoor fouten niet kunnen leiden tot schade bij de patiënt. Hierbij is ook een rol weggelegd voor de patiënten, die instructies moeten krijgen om zelf hun medicatie te bewaken (Rootselaar, 2001).

3.1.4 De relatie tot de farmaceutische industrie

Zoals hiervoor aangegeven zijn er voorschrijvers die zich sterker en voorschrijvers die zich minder sterk of helemaal niet laten leiden door informatie vanuit de farmaceutische industrie. Goede kwantitatieve gegevens hierover zijn er niet voor de Nederlandse situatie. In een kwalitatief onderzoek naar de interactie tussen innoverende farmaceutische bedrijven en de voorschrijvende arts (gebaseerd op 34 interviews) kwam naar voren dat een groep artsen terughoudend is en slechts af en toe ingaat op aanbiedingen van de industrie. Daarentegen is er ook een groep artsen die zich op regelmatige basis door de verschillende industrieën laat faciliteren (van deelname aan door de industrie gesponsorde symposia en congressen, nascholing en financiering van wetenschappelijk onderzoek tot gunstbetoon en giften van praktijkhulpmiddelen). Met name huisartsen worden regelmatig benaderd om mee te werken aan een ‘praktijkonderzoek’, dat varieert van gedegen post-marketing surveillance tot ‘seeding trials’, die alleen tot doel hebben het middel in de pen van de arts te krijgen. De intensiteit van de activiteiten vanuit de industrie is groter naarmate voor een bepaalde indicatie veel en/of langdurig geneesmiddelen worden voorgeschreven. Artsen die vanuit hun functie of reputatie (bijvoorbeeld als lid van een commissie die standaard, richtlijn of formularium opstelt, opinion leader) invloed hebben op het voorschrijfgedrag van andere artsen krijgen extra aandacht van de industrie (Timmer et al., 2001). Zie verder tekstblok 3.6.

Tekstblok 3.6: De bekendheid van artsen met farmaceutische bedrijven.

Huisartsen zijn nauwelijks in staat drie farmaceutische bedrijven te noemen. Dat is een gevolg van de vele fusies in die branche en tekortkomingen aan de kant van de artsenbezoekers, zo blijkt uit een onderzoek van SARV International. Veel artsenbezoekers hanteren eenzelfde aanpak, die gericht is op het overbrengen van veel informatie

in kort tijdsbestek. Hierdoor ontstaat geen ruimte voor de persoonlijke kant van het gesprek. Het farmaceutische bedrijf krijgt daardoor geen eigen gezicht (Medisch Vandaag, 6 december 2000). Er zou ook een redelijk grote groep artsen zijn die in het geheel geen artsenbezoekers ontvangt (Timmer et al., 2001).

Het beeld dat de arts van de industrie heeft wordt volgens een deel van de geïnterviewde artsen vooral bepaald door de kwaliteit van de geneesmiddelen en wijzigt niet veel in de loop van de tijd. Een aantal artsen gaf aan zich vaak niet bewust te zijn van welk bedrijf een bepaald geneesmiddel afkomstig is en alleen de naam van het middel te kennen (Timmer et al., 2001).

In hoofdstuk 1 van deel A wordt ingegaan op de invloed van promotie op de omzet van geneesmiddelen.

3.1.5 De relatie tot de patiënt

Geneesmiddelen hebben in de eerste plaats tot doel klachten en aandoeningen te genezen of op zijn minst te verlichten. Vanuit een sociologische invalshoek is echter geweten op de symbolische functie van het voorschrijven van geneesmiddelen. Zowel de arts als patiënt laten hiermee zien dat zij hun verantwoordelijkheid nemen in het omgaan

met ziekte en de sociale rol vervullen die van hen wordt verwacht. Anderen stellen dat het voorschrijven - behalve als antwoord op klinische noodzaak - gezien moet worden in de potentiële conflictrelatie tussen arts en patiënt, waarbij geneesmiddelen fungeren als een gift, om de relatie met de patiënt in stand te houden, om van de patiënt 'af te zijn' of als respons op een sociaal probleem van de patiënt (Bradley, 1991). Ook wordt gewezen op factoren als het tegemoet komen aan de verwachtingen van de patiënt, tijdgebrek, een manier van omgaan met onzekerheid, legitimatie van de patiënt in de rol van zieke, om het consult te beëindigen, of het vermijden om iets anders te doen. Bradley concludeert echter dat er weinig empirisch bewijsmateriaal is om deze assumpties te onderbouwen omdat artsen bij rechtstreekse vragen naar de drijfveer van hun handelen ertoe neigen om zuiver farmacologische redenen te geven. In een onderzoek, waarin op indirecte wijze de beweegredenen van artsen bij hun voorschrijfgedrag zijn onderzocht werden onder meer 'de vraag/eis van patiënten' en 'het placebo-effect' als redenen genoemd (Schwartz et al., 1989).

Een Australisch onderzoek laat zien dat patiënten die medicatie verwachten, een drie keer hogere kans hebben om ook daadwerkelijk geneesmiddelen voorgeschreven te krijgen (na controle voor het gezondheidsprobleem). Opvallend in dit onderzoek was dat deze kans tien keer zo groot is indien de huisarts denkt dat de patiënt medicatie verwacht (Cockburn & Pit, 1997). MacFarlane et al. (1997) vonden dat bij patiënten met acute lage-luchtwegsymptomen (maar zonder onderliggende ziekten als astma, chronische longziekten of diabetes) de arts bij driekwart van deze patiënten een antibioticum voorschreef, terwijl de arts van mening was dat dit maar bij 20% van het aantal voorschriften ook met zekerheid geïndiceerd was. Ook hier was het de druk van de patiënt die het voorschrijven beïnvloedde. Bovendien bleek dat patiënten die niet tevreden waren met het eerste consult, vaker terugkwamen voor een herhaalconsult. Ook Butler et al. (1998) rapporteren dat het voorschrijven van antibiotica - in dit geval bij keelpijn waarvoor antibiotica in het algemeen niet worden aanbevolen - plaatsvindt in het kader van een goede relatie met de patiënt.

Landelijk representatieve gegevens voor Nederland, over de mate waarin onder druk van patiënten geneesmiddelen worden voorgeschreven, zijn er niet. Recent onderzoek naar het functioneren van FTO-groepen laat zien dat het onderwerp 'druk van patiënt op voorschrijven' in toenemende mate aan de orde komt: in 1997-1999 bij 36% van de groepen in vergelijking tot 15% van de groepen in 1995-1996. Bij 10% van de FTO-groepen is dit een regelmatig terugkerend onderwerp in de periode 1997-1999 (Van Dijk et al., 2001). Wel zijn er enkele onderzoeken uitgevoerd naar de interactie tussen patiënt en voorschrijver bij bepaalde aandoeningen. Welschen et al. vonden dat de beslissing van de arts om een antibioticum voor te schrijven voor 'acute hoest' (eveneens een aandoening waarvoor antibiotica in het algemeen niet worden aanbevolen) sterker samenhang met de perceptie van de arts over de wens van de patiënt dan de feitelijke vraag van de patiënt. Patiëntstisfactie blijkt in dit onderzoek echter ten minste even sterk gerelateerd te zijn aan geruststelling door de arts dan aan de medicatie (Welschen et al., 2001). Patiënten denken nogal eens dat antibiotica hen sneller van luchtwegklachten kan afhelpen. Hieruit blijkt het belang van voorlichting in het contact tussen arts en patiënt (Van

Duijn et al., 2001). Opgemerkt zij dat huisartsen in Nederland in vergelijking met buitenlandse collega's relatief zuinig zijn met het voorschrijven van antibiotica.

Geneesmiddelen waarbij afhankelijkheid kan optreden vormen een specifieke categorie van geneesmiddelen waarbij de druk van patiënten op het voorschrijven aan de orde is. Hierbij gaat het met name om benzodiazepinen (middelen die hoofdzakelijk worden voorgeschreven bij angsten, spanningen en slapeloosheid). Ondanks het advies aan artsen om deze geneesmiddelen vanwege het risico van verslaving alleen kortdurend voor te schrijven, waren er in 1998 bijna 700.000 chronische gebruikers (d.w.z. meer dan 90 standaarddagdoseringen dan wel meer dan 60 standaarddagdoseringen voor gebruikers ouder dan 65 jaar). Hiervan was meer dan de helft 65 jaar of ouder en ongeveer tweederde vrouw. Chronische gebruikers kregen gemiddeld 13 voorschriften in 1998, waarvan meer dan de helft via de assistent werden afgegeven (GIPsignaal, 2000). Langdurig gebruik van benzodiazepinen is een realiteit voor velen, waardoor zij in staat zijn om hun problemen het hoofd te bieden (Van Hulten, 1998).

3.2 De voorschrijvers van medische hulpmiddelen

G.W.M. Peters-Volleberg

3.2.1 Verschillende voorschrijvers

De belangrijkste voorschrijvers van medische hulpmiddelen zijn, net zoals bij geneesmiddelen, de huisarts en de specialist. Daarnaast schrijven ook gespecialiseerde verpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten wel hulpmiddelen voor. De huisarts heeft een belangrijk aandeel in het doelmatig gebruik van hulpmiddelen aangezien hij functioneert als poortwachter: hij beoordeelt welke hulpmiddelen aan welke patiënten worden voorgeschreven. De huisarts neemt bij circa 40% van de hulpmiddelen het initiatief tot voorschrijven en de patiënt bij ongeveer 50%. In beperkte mate wordt het initiatief genomen door specialisten (8%), de thuiszorg (8%) en verpleegkundigen/verzorgenden (7%); zie tabel 3.2. Fysiotherapeuten, ergotherapeuten en familieleden nemen zelden het initiatief tot voorschrijven van hulpmiddelen. Hulpmiddelen die relatief vaak voorgeschreven worden op initiatief van de patiënt zijn: pruiken, incontinentiematerialen, schoenvoorzieningen, rolstoelen (vallen niet onder de Regeling hulpmiddelen 1996), rollators en andere loophulpmiddelen. In het algemeen worden hulpmiddelen die niet onder de Regeling hulpmiddelen 1996 vallen minder vaak (27%) op initiatief van de patiënt voorgeschreven (Biermans et al., 2000a).

Tabel 3.2: Initiatief tot het voorschrijven van hulpmiddelen naar categorie hulpmiddel^a, in % (Bron: vrij naar Biermans et al., 2000a)

Hulpmiddel (N)	huis-arts	specia- list	verpleging/ verzorging	thuis- zorg	fysio- therap./ ergo- therap.	patiënt	familie
Incontinentiemateriaal (352)	36		7	13		66	5
Elastische kousen (253)	51	6		5		44	
Rollators (207)	41		10	5	8	57	10
Verbandmiddelen (148)	48	15	8	10		26	
Schoenvoorzieningen (157)	40	9				64	
Diabeteshulpmiddelen (100)	31	24				46	
Prothesen/orthesen (114)	40	9			10	54	

a) In het onderzoek waren meerdere antwoorden mogelijk zodat het totaal groter kan zijn dan 100%.

Tekstblok 3.7 gaat nader in op het onderdeel incontinentiemateriaal.

Tekstblok 3.7: Incontinentiemateriaal: symptoombestrijding of oorzaak aanpakken?

“Patiënten met incontinentieproblemen krijgen te vaak incontinentiematerialen voorgeschreven, terwijl een groot deel van de klachten ook met therapie en training te verhelpen zijn. In praktijk blijkt het verbruik van opvangmaterialen de grootste kostenpost in de zorg voor patiënten met urine-incontinentie te zijn, hetgeen erop lijkt te wijzen dat de voorkeur uitgaat naar eenvoudige oplossingen en niet naar tijdrovende en complexe en vanuit wetenschappelijk inzicht te prefereren

vormen van zorg. Denkbaar is dat op termijn uitsluitend voor terminale (geriatrische) patiënten en mensen waarvoor de op verbetering gerichte zorg aantoonbaar geen oplossing heeft geboden, urine-incontinentiemateriaal nog nodig is”. Dit schrijft Minister Borst aan de Tweede Kamer, naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad over urine-incontinentie (CZ/WVS/IZ-2218327, 2001).

3.2.2 De huisarts als voorschrijver

Het NIVEL heeft in opdracht van het CVZ een onderzoek gedaan naar de rol van de huisarts bij het voorschrijven van hulpmiddelen. De gegevens zijn in 1999 verzameld door huisartsen aangesloten bij het registratienetwerk van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR), Peilstations Nederland. De resultaten van deze studie zijn gebaseerd op 40 peilstations en 64 huisartsen. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was om alle voorschriften van hulpmiddelen te registreren bleek dit in praktijk een te hoge werkbelasting. Daarom is een zelfde hulpmiddel dat meerdere keren aan dezelfde patiënt is voorgeschreven, slechts één keer geregistreerd. Vooral bij verbruiksartikelen als incontinentiematerialen en diabeteshulpmiddelen zijn de gerapporteerde frequenties lager dan de werkelijk voorgeschreven hulpmiddelen. De gegevens geven echter wel een indicatie van het assortiment aan hulpmiddelen dat de huisarts voorschrijft, en over het aantal patiënten dat hulpmiddelen voorgeschreven krijgt. Zeven hulpmiddelen van uiteenlopende aard beslaan samen ruim driekwart (77%) van alle voorschriften van hulpmiddelen (zie tabel 3.3). In het rapport van het NIVEL zijn geen kenmerken gerapporteerd van de huisarts, zoals verschillen in voorschrijfgedrag naar geslacht, solo/groepspraktijk, stad en platteland (Biermans et al., 2000a).

Tabel 3.3: Een aantal veelvuldig voorgeschreven hulpmiddelen als percentage van het totaal aantal voorgeschreven hulpmiddelen door de huisarts (in % en in absolute aantallen) en de bijbehorende diagnoses (Bron: vrij naar Biermans et al., 2000a).

Hulpmiddel	% van totaal aantal voorgeschreven hulpmiddelen	Aantal hulpmiddelen per 10.000 personen	Diagnose
Incontinentiemateriaal	21	34	Urinewegen (59%) Geslachtsorganen vrouw (19%)
Elastische kousen	14	23	Bloedsomloop (87%)
Rollators	11	17	Bewegingsapparaat (56%) Zenuwstelsel (20%), Bloedsomloop (10%)
Verbandmiddelen ^a	11	17	Huid (37%) Bewegingsapparaat (36%) Bloedsomloop (10%)
Schoenvoorzieningen	8	13	Bewegingsapparaat (85%)
Diabeteshulpmiddelen	7	11	Endocriene klieren/ metabolisme/ voeding (98%)
Prothesen/orthesen ^b	6	9	Bewegingsapparaat (60%) Borsten vrouw (23%)

a) vallen niet onder de Regeling hulpmiddelen 1996.
b) borstprothesen en andere prothesen/orthesen voor klachten aan het bewegingsapparaat.

Dit onderzoek geeft een beeld van het voorschrijfgedrag van de huisarts, maar niet van de overige voorschrijvers, zoals specialisten. Hulpmiddelen zoals stomamaterialen en hoorhulpmiddelen worden voornamelijk voorgeschreven door specialisten en worden derhalve niet genoemd in deze tabel. Er is, voor zover bekend, geen onderzoek gepubliceerd naar het voorschrijfgedrag van hulpmiddelen door specialisten. De inhoud van het verstrekkingenpakket, zoals vastgelegd in de diverse regelingen, bepaalt feitelijk binnen welke grenzen keuzen gemaakt kunnen worden (zie ook hoofdstuk 5 van deel A).

3.2.3 De gemeente en het Regionaal Indicatie Orgaan als voorschrijver

Voor medische hulpmiddelen zoals verstrekt volgens de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) dient men zich te wenden tot zogenaamde zorgklokken bij de gemeente. Deze kunnen zelfstandig beslissen over het toekennen van bijvoorbeeld personenalarmering. Voor andere vormen van medische hulpmiddelen zoals woningaanpassingen en thuiszorg is een indicatie nodig van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Een indicatieadviseur van het RIO komt bij de aanvrager thuis, geeft een indicatieadvies en helpt bij het verkrijgen van de zorg. De gemeente is de eindverantwoordelijke voor de verstreking. In tekstblok 3.8 staat een praktijkvoorbeeld uitgewerkt.

Tekstblok 3.8: Auto-aanpassing.

Een patiënte met post-traumatische dystrofie (mevrouw E.) is gehandicapt aan haar rechter hand/arm, maar wil toch graag blijven autorijden. Via via hoort mevrouw E. dat verzekeringsmaatschappijen nog wel eens moeilijk doen bij het vergoeden van schade, als blijkt dat de bestuurder een handicap heeft. Daarom doet ze op eigen verzoek een praktijkexamen bij het Centraal Bureau Rijvaardigheid (CBR). Ze doorstaat de test en op haar rijbewijs wordt een aantekening gemaakt dat ze auto mag rijden met haar handicap, mits in een automaat en mits een aanpassing voor het in werking stellen van de ruitenwissers wordt gemaakt. Mevrouw E. gaat naar het zorgloket van de gemeente en vult een aanvraagformulier in van de WVG. Dit wordt doorgestuurd naar een bureau ("ik weet niet meer hoe dit heette") en naar het RIO. Het RIO nodigt mevrouw E. uit bij een arts. Die bekijkt haar hand en armfunctie, en neemt weer contact op met de gemeente. De gemeente informeert het RIO en vraagt een offer-

te aan van de aanpassing van de ruitenwissers bij een gespecialiseerd bedrijf in auto-aanpassingen. De gemeente geeft toestemming voor het aanpassen van de auto. Mevrouw E. brengt haar auto naar het gespecialiseerde bedrijf (aan de andere kant van het land) en kan hem daar een paar dagen later weer ophalen. "Wat ik niet snap is dat het niet via onze eigen dealer mocht: want daar kostte het maar 800 gulden (363 euro) en bij het gespecialiseerde bedrijf 2.100 gulden (953 euro). Mijn revalidatiearts ondersteunde het initiatief, dat ik examen ging doen bij het CBR, maar zij mag dit niet aankaarten bij haar patiënten, omdat het haar taak niet is. Vreemd toch, dat dit van de patiënt zelf moet uitgaan. Ook het CBR vond het heel verstandig wat ik gedaan heb en ze schijnen al jaren te pleiten voor een verplicht herexamen en een eventuele aantekening op het rijbewijs, omdat ze uit ervaring weten dat verzekeringsmaatschappijen soms moeilijk doen in geval van schade, maar het is nog steeds niet verplicht".

3.2.4 Productinformatie en deskundigheid bij het voorschrijven

Voorschrijvers hebben een belangrijke rol bij de inzet en het gebruik van hulpmiddelen. Een goede timing en keuze van een hulpmiddel (passend bij de leefstijl van de gebruiker) kunnen aan het optimaal gebruik van het hulpmiddel bijdragen. Het optimaal voorschrijven vraagt om deskundigheid van de voorschrijver en beschikbaarheid van goede informatie over de functie en de gebruiksmogelijkheden van het hulpmiddel. Deze informatie is slechts beperkt beschikbaar. In een inventariserende studie van het KITZ (Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing) bleek uit interviews met experts en ervaringsdeskundigen dat gebrek aan informatie over hulpmiddelen en de ontoereikende deskundigheid van voorschrijvers de oorzaken zijn van het verstrekken van onjuiste of onnodige hulpmiddelen. Dit geldt voor zowel specialisten als huisartsen (Giezen-Biegstraaten & Bosma, 2000).

Op de achtergrond bepalen verwijzers en adviseurs in sterke mate mee of, en zo ja welke, hulpmiddelen verstrekt gaan worden. De komst van adviseurs als gemeentelijke of regionale ouderenadviseurs, indicatiefunctionarissen etc. heeft het aantal partijen met expertise op deelgebieden en daarmee de complexiteit van keuzeprocessen bij het voorschrijven nog verder verhoogd. Volgens het KITZ bestaat de indruk dat hun invloed toeneemt en dat adviezen vaak klakkeloos door de voorschrijvers worden overgenomen (Giezen-Biegstraaten & Bosma, 2000). In de dagelijkse praktijk ligt een groot deel van de verantwoordelijkheid voor de definitieve keuze van het specifieke hulpmiddel en de bijbehorende instructie niet zozeer bij de voorschrijver als wel bij de verstrekker, die als

uitvoerder deze verantwoordelijkheid overneemt van de voorschrijver (Van Beekum & Quak, 1999).

Uit een onderzoek naar incontinentiematerialen onder voorschrijvers en adviseurs (incontinentieverpleegkundigen) bleek dat een grote meerderheid van de ondervraagden zowel een productoverzicht als gebruikersoordelen belangrijk vinden bij het maken van een keuze. De positieve gebruikersoordelen kunnen ook een bijdrage leveren aan een betere voorlichting aan gebruikers (CVZ, 2000).

In het kader van de ontwikkeling van een Hulpmiddelenkompas is een informatiebehoeftepeiling gehouden onder voorschrijvers en andere betrokkenen (Ipso Facto, 1999). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat voorschrijvers hun informatie vaak halen bij fabrikanten, importeurs en leveranciers (in de vorm van folders, catalogi, handboeken, bezoeken van artsenbezoekers, beurzen, congressen), en via verenigingen van de voorschrijvers zelf (nieuwsbrieven, tijdschriften, beurzen, congressen, overleg met collega's en adviseurs). Verder bestond er bij de voorschrijvers een grote behoefte (78% van de ondervraagden) aan een overzicht welke hulpmiddelen via welke regelingen worden vergoed, richtlijnen (71%) en productinformatie (68%).

Door verschillende instanties zijn er richtlijnen en protocollen opgesteld, waarin het voorschrijven en gebruik van hulpmiddelen worden behandeld. Door het ontbreken van een gecoördineerde informatiebron omtrent richtlijnen en protocollen is het moeilijk een overzicht te krijgen over dit terrein. VWS (de directie Gehandicaptenbeleid) is in het najaar van 2001 een inventariserend onderzoek gestart om inzicht te krijgen in het actuele gebruik van richtlijnen en protocollen in de extramurale hulpmiddelenvoorziening. Hieronder worden enkele voorbeelden genoemd van instanties die richtlijnen en protocollen opstellen, maar dit overzicht is verre van compleet. Het iRv (Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap) heeft richtlijnen en protocollen opgesteld voor het aantrekken van therapeutische elastische kousen met hulpmiddelen (www.informatiecentrum.nl). Door het CBO, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, is een richtlijn opgesteld voor het gebruik van vernevelaars in de thuissituatie. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een richtlijn opgesteld voor het gebruik van het spiraaltje (Dukkers van Emden et al., 2000). Op het gebied van prothesen, orthesen en orthopedische schoenvoorzieningen zijn landelijke voorschrijfrichtlijnen in ontwikkeling bij BeleidsOnderzoek Genees- en Hulpmiddelen (BOGH) van het CVZ (Link, 2001).

Op dit moment is er voor voorschrijvers nog geen centraal gecoördineerde bron van informatie over hulpmiddelen. Er zijn wel initiatieven geweest om informatie over hulpmiddelen te bundelen, zoals bijvoorbeeld het Formularium Medische Hulpmiddelen Nijmegen (SFMH, 1999). Het Handboek Kwaliteit en bruikbaarheid hulpmiddelen, opgesteld door KBOH (Stichting voor kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek van hulpmiddelen voor gehandicapten en ouderen) geeft informatie over een aantal hulpmiddelen met een GQ-(Guaranteed Quality) keurmerk. Dit keurmerk maakt zichtbaar dat een hulpmiddel voldoet aan eisen met betrekking tot veiligheid, duurzaamheid en

bruikbaarheid.

Ook zijn er voor bepaalde productcategorieën databanken opgezet, bijvoorbeeld Handywijzer en Techhulp II voor revalidatiehulpmiddelen, therapeutische elastische kousen, orthesen, prothesen en orthopedisch schoeisel. Productview, Z-index en Bever hebben informatie over verbruiksartikelen zoals incontinentie-, stoma-, wondverzorgings- en diabetesmaterialen. In de iRV Hulpmiddelenwijzer (op CD-rom) staat informatie over in Nederland verkrijgbare hulpmiddelen.

Het HIC (Hulpmiddelen Informatie Centrum), dat in maart 2001 officieel van start is gegaan, maar nog niet operationeel is, gaat bestaande informatie over (extramuraal gebruikte) hulpmiddelen ontsluiten. Voorschrijvers (en andere partijen) zouden via het internet informatie kunnen verkrijgen over onder andere: regelgeving, kenmerken van een hulpmiddel (een overzicht van merken en modellen) en kwaliteitsoordelen over producten.

Het Hulpmiddelenkompas, dat CVZ in opdracht van VWS opstelt en waarvan de eerste versie waarschijnlijk begin 2002 zal verschijnen, zal ook kunnen bijdragen aan het verbeteren van de informatievoorziening aan de voorschrijver en daardoor de doelmatigheid van het voorschrijven van hulpmiddelen verhogen. Hulpmiddelen zijn nog niet opgenomen in het Electronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Hiermee wordt gewacht tot de afronding van het Hulpmiddelenkompas (VWS, 2000b).

Websites van de in dit hoofdstuk genoemde organisaties:

www.ageing.tno.nl/in_de_aanbieding/techhulp/

www.cbo.nl

www.handywijzer.nl

www.hethic.nl

www.informatiecentrum.nl/IAC/nieuws/nieuws.asp

www.kboh.nl

www.z-index.nl

4 DE CONSUMENTEN

Samenvatting

De emancipatie van de patiënt heeft ertoe geleid dat voor het gebruik van geneesmiddelen ook aan de consument een belangrijke rol wordt toegeschreven

- De Nederlandse consument is van mening dat geneesmiddelen alleen gebruikt moeten worden als dat strikt noodzakelijk is.
- Onder consumenten bestaat relatief vaak een voorkeur voor homeopathie en weinig steun voor gangbare wetenschappelijke opvattingen (dat reguliere geneesmiddelen effectiever zijn dan homeopathische en dat het onnodig is om extra vitamines in te nemen). De voorkeur voor 'natuurlijk genezen' is sterker onder vrouwen dan mannen. Het zijn vooral de hoger opgeleiden die het gangbaar wetenschappelijk credo onderschrijven.

De invloed van de attitude van consumenten op het daadwerkelijk gebruik van geneesmiddelen op recept is echter beperkt en van veel minder belang dan de invloed van leeftijd, geslacht en etniciteit

- De relatie tussen attitude en gebruik is voor vrouwen duidelijk aanwijsbaar maar doet er voor mannen veel minder toe.
- Voor vrouwen gaat een voorkeur voor reguliere geneesmiddelen boven homeopathische samen met een hoger gebruik van geneesmiddelen op recept. Ook vrouwen die geen afkeer hebben van geneesmiddelen, gebruiken meer op recept verkregen middelen. Vooral het gebruik van middelen voor maagdarmlaatsen en voor hartvaat-aandoeningen is afhankelijk van de attitude van (met name vrouwelijke) consumenten.
- Ook de sociaal-economische status (inkomens- en opleidingsniveau) is voor vrouwen belangrijker dan voor mannen in het gebruik van middelen op recept. Vrouwen met een eigen inkomen boven het minimum-niveau gebruiken meer geneesmiddelen dan vrouwen zonder eigen inkomen of met een laag inkomen, vooral de anticonceptiepil. Het gebruik daarvan is onder middelbaar en hoger opgeleiden hoger dan onder laag opgeleiden.

De attitude en het gebruik van geneesmiddelen onder allochtonen neemt een aparte plaats in

- Onder allochtonen bestaan vaak hoge verwachtingen van medische zorg; medicatie op recept wordt vaak als oplossing gezien.
- Aan niet-westerse allochtonen als Turken en Marokkanen worden meer geneesmiddelen voorgeschreven dan aan autochtonen, vooral pijnstillers, maagdarmmiddelen en anti-microbiële middelen voor kinderen. Voor een aantal bevolkingsgroepen is sprake van een twee tot driemaal

zo hoge consumptie ten opzichte van autochtonen. Psychofarmaca en cardiovasculaire middelen worden daarentegen door autochtonen meer gebruikt.

De aanschaf van hulpmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd

- Er zijn weinig feitelijke gegevens over het daadwerkelijke gebruik van hulpmiddelen.
- Het daadwerkelijk gebruik van een hulpmiddel hangt onder meer af van de noodzaak, het gebruiksgemak, de kwaliteit van de handleiding of de instructie en de maatschappelijke acceptatie.

Bij consumenten gebrek aan informatie over en invloed op hulpmiddelen

- Consumenten hebben niet altijd veel stem in de keuze van een product en weten vaak niet goed waar ze terecht moeten voor informatie.
- De experimenten met het productgebonden budget zorgen voor meer keuzevrijheid. Het is echter nog niet duidelijk of het productgebonden budget blijft en uitgebreid wordt tot andere categorieën hulpmiddelen.
- Consumenten zijn vaak slecht op de hoogte welke hulpmiddelen hun ziektekostenverzekering vergoedt.

4.1 De consumenten van geneesmiddelen

S.E. Kooiker

4.1.1 Van lijdzame patiënt tot consument met invloed

In een studie uit de jaren vijftig van de vorige eeuw werd de positie van de patiënt ten opzichte van de (huis)arts nog zonder voorbehoud in termen van ‘gezagsaanvaarding’ beschreven (Lammers, 1957). Dat werd anders in de jaren zeventig toen de traditionele gezagsverhoudingen op veel terreinen van de samenleving onder druk kwamen te staan (SCP, 1998). De emancipatie van de patiënt was niet alleen een kwestie van druk van onderop, uit het toen bloeiende actiegroepen-wezen (denk aan de anti-psychiatrie, de Dennendal affaire en de toen opkomende patiëntenverenigingen) maar werd ook van harte ondersteund door de overheid. Een belangrijk tastbaar resultaat van het emancipatieproces is dat de rechten van patiënten en de plichten van de hulpverleners in 1995 wettelijk werden vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Deze wet schrijft voor dat de arts de plicht heeft de patiënt te informeren en de patiënt alleen mag behandelen wanneer deze daar toestemming voor geeft. Nederland is een van de weinige landen waar de rechten van de patiënten wettelijk zijn verankerd en dat is waarschijnlijk mede terug te voeren op de actieve rol die de overheid in de patiënten-emancipatie heeft gespeeld. In de eenentwintigste eeuw

wordt de patiënt geacht mondig en goed geïnformeerd te zijn en staan we volgens recente overheidsnota's aan de vooravond van een omslag in de zorg van aanbod- naar vraagsturing (VWS, 2001d; VWS, 2001e).

Welk effect heeft de veranderde verhouding tussen arts en patiënt nu op de zorgverlening? Het lijkt onmiskenbaar dat de patiënt meer invloed heeft gekregen, maar veel cijfermateriaal om deze indruk te onderbouwen is er niet. Het is niet mogelijk om een tijdreeks te maken van het percentage uitgeschreven recepten waar de patiënt expliciet om gevraagd heeft. Wel bestaat er een tijdreeks voor het initiatief tot verwijzing naar de specialist (Groenewegen & Delnoij, 1997). Deze laat zien dat het aandeel van de arts hierin geleidelijk afgenomen is ten gunste van het initiatief van de patiënt en ten gunste van een gezamenlijke beslissing. Verder is uit onderzoek bekend dat de patiënt in Nederland meer invloed heeft op de verwijzing naar de specialist dan in andere Europese landen. Het onderzoek van Fleming uit het begin van de jaren negentig liet zien dat in Nederland 60% van de verwijzingen naar de specialist wordt beïnvloed door druk van de patiënt (Fleming, 1993). Van de 12 landen die in deze studie met elkaar werden vergeleken was dit het hoogste percentage.

Artsen hebben het gevoel dat de patiënt nogal eens handelingen van hen verlangt (zoals labonderzoeken, medische verklaringen, verwijzingen of recepten) die ze eigenlijk niet kunnen verenigen met hun eigen beroepsopvattingen. Uit vrees voor klachten van de patiënt of domweg om ervan af te zijn wordt soms toch toegegeven en een recept uitgeschreven of een verwijskaart verstrekt. Verschillende onderzoeken uit de jaren tachtig en negentig laten zien dat dit 'defensieve handelen' veel voorkomt, waarbij overigens zeer uiteenlopende percentages worden genoemd (NHG, 1994).

4.1.2 De attitude van de patiënt met betrekking tot geneesmiddelen

Met de conclusie dat de consument er toe doet, wordt het ook belangrijk om zijn of haar opvattingen over geneesmiddelen(gebruik) te kennen. Wie een paar recente publicaties daarover doorneemt kan niet anders concluderen dan dat de Nederlander zich qua attitude zeer terughoudend opstelt. Er zou bij de Nederlander een bijna onuitroeibare huiver bestaan om pillen te slikken: pillenpreutsheid (Marieke Henselmans in de Volkskrant van 28 april 2001). De Nederlander is chronisch bang voor geneesmiddelen en ontzegt zich daarmee een belangrijk middel om de eigen kwaliteit van leven op te krikken. Heel veel pijn en psychisch leed zouden onnodig zijn als de Nederlander maar wat meer bereid zou zijn om een pilletje in te nemen, is de belangrijkste boodschap van dit artikel. De recente berichten over de Nederlandse vrouw die weigert om tijdens de bevalling pijnstillers te nemen, lijken deze stelling te bevestigen (zie verder tekstblok 4.1).

Tekstblok 4.1: De sobere houding ten aanzien van geneesmiddelengebruik.

De terughoudendheid van de Nederlander blijkt ook uit een opinie-onderzoek uit 1998 ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van de firma Organon (Foekema et al., 1998). De stelling, die door de respondenten bijna unaniem werd onderschreven, was de uitspraak 'Ik gebruik geen geneesmiddelen tenzij het uiterst noodzakelijk is', terwijl ook de stelling 'Ik heb liever af en toe last van een kwaal dan hier direct een geneesmiddel voor te gebruiken' hoog scoorde. Uitsplitsingen naar opleidingsniveau, godsdienstige achtergrond en regio gaven nauwelijks verschillen te zien. Het is duidelijk dat een sobere, voorzichtige houding overheerst. Deze sobere houding ging overigens wel gepaard met een grote instemming met de stelling dat 'iedereen recht heeft op het geneesmiddel waar hij het meest bij gebaat is, ongeacht de kosten'.

De in Nederland dominante attitude van geneesmiddelen als 'noodzakelijk kwaad' komt ook naar

voren uit een kwalitatief onderzoek in Amsterdam naar de regimes die moeders erop na houden met betrekking tot het geneesmiddelengebruik van hun kinderen (Abraham, 1997). Er werd een onderscheid gemaakt tussen hoog opgeleide moeders uit Amsterdam-Zuid en lager opgeleide moeders uit Amsterdam-West. Alle geïnterviewde moeders stellen dat kinderen alleen geneesmiddelen mogen gebruiken wanneer dat echt nodig is. Onder de moeders uit Zuid bestond een voorkeur voor 'natuurlijke' geneeswijzen, homeopathische middelen en kruidendrankjes. Zij hadden een sterke afkeer van antibiotica. De moeders uit West waren meer geneigd om reguliere middelen te gebruiken. Geheel consequent waren de moeders uit Zuid overigens niet. Op reis in het buitenland werden bijvoorbeeld wel veelvuldig reguliere geneesmiddelen gebruikt. In beide onderzoeken overheerst de terughoudendheid, maar is ook ruimte voor een zekere ambivalentie.

De terughoudende attitude lijkt in tegenspraak met de voorheen door artsen ervaren druk van de patiënt en de voortdurende stijging van de geneesmiddelenconsumptie. Een mogelijke verklaring voor de discrepantie tussen attitude en gebruik is dat de attitude-onderzoeken ten dele sociaal wenselijke antwoorden ontlokken. Want wie zal niet vinden dat geneesmiddelen alleen gebruikt dienen te worden als dat 'uiterst' noodzakelijk is? Misschien bewijzen we wel lippendienst aan het ethos van soberheid maar gedragen we ons toch anders als de nood aan de man of vrouw komt. Dat maakt het bijvoorbeeld ook zo moeilijk om 'eisend gedrag van de patiënt' bij de patiënt zelf te onderzoeken.

In opdracht van het SCP heeft het marktonderzoeksbureau GfK aan het panel van respondenten, dat al een jaar lang geneesmiddelen-aankopen (het afhalen van een geneesmiddel op recept voor eigen gebruik) bijhoudt, een tiental attitude-vragen voorgelegd. In dit rapport komt de attitude van consumenten aan bod en is op beperkte schaal aandacht voor de relatie tussen attitude en het verkrijgen van geneesmiddelen op recept. De attitude-vragen zijn als stellingen geformuleerd en de antwoorden daarop zijn weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1: Stellingen om de attitude ten aanzien van geneesmiddelen te meten (Bron: GfK-Medic*scope panel 2000; n= 5000).

Stellingen	Sterk eens	Eens	Neutraal	Oneens	Sterk oneens
1. Met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	6	15	46	23	9
2. Een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat perse behandeld moet worden	4	18	31	36	10
3. Als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	8	30	32	24	5
4. Keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien, beter even aan de huisarts laten zien	3	14	27	43	12
5. Als ik gezondheidsklachten heb, kijk ik ook altijd of er een homeopathisch geneesmiddel voor is	7	23	26	30	15
6. Artsen schrijven tegenwoordig te gemakkelijk allerlei geneesmiddelen voor	5	16	38	32	9
7. Reguliere geneesmiddelen zijn effectiever dan homeopathische middelen	4	16	54	20	6
8. Het gebeurt wel eens dat de dokter een geneesmiddel voorschrijft dat ik uiteindelijk toch niet gebruik	2	16	15	40	26
9. Als er ergens een nieuw geneesmiddel voor bestaat geef ik daaraan de voorkeur omdat het waarschijnlijk beter is dan de bestaande geneesmiddelen	1	6	42	37	14
10. Het is belangrijk om met extra vitamines je weerstand tegen ziektes te verhogen	12	35	28	19	6

De eerste vier stellingen geven de verwachtingen van medische zorg bij alledaagse aandoeningen weer en zijn in dit onderzoek gebruikt om medische ‘consumptie-geneigdheid’ te meten. Het gaat hier om een traditionele vorm van consumptie-geneigdheid. Modernere vormen van consumptie-geneigdheid (bijv. met Internet-uitdraaien de huisarts bezoeken en om een bepaald geneesmiddel vragen) komen aan de orde in een aparte SCP-publicatie over de mondigheid van patiënten.

Vooraf ouderen en laag opgeleiden hebben hoge verwachtingen van medische zorg. Onder jonge alleenstaanden zijn deze verwachtingen daarentegen juist vrij laag. Er is overigens geen samenhang tussen de verwachtingen van medische zorg en belangstelling hebben voor het onderwerp ‘gezondheid’ in de media. Wel is het zo dat hoge verwachtingen van medische zorg samengaan met een voorkeur voor nieuwe geneesmiddelen, iets waar overigens slechts een klein deel van de panelleden zich openlijk voor uitsprekt. Alleen onder ouderen en lager opgeleiden is meer dan 10% het met stelling 9 eens of sterk eens. Zie ook tekstblok 4.2.

Tekstblok 4.2: Regulier versus alternatief.

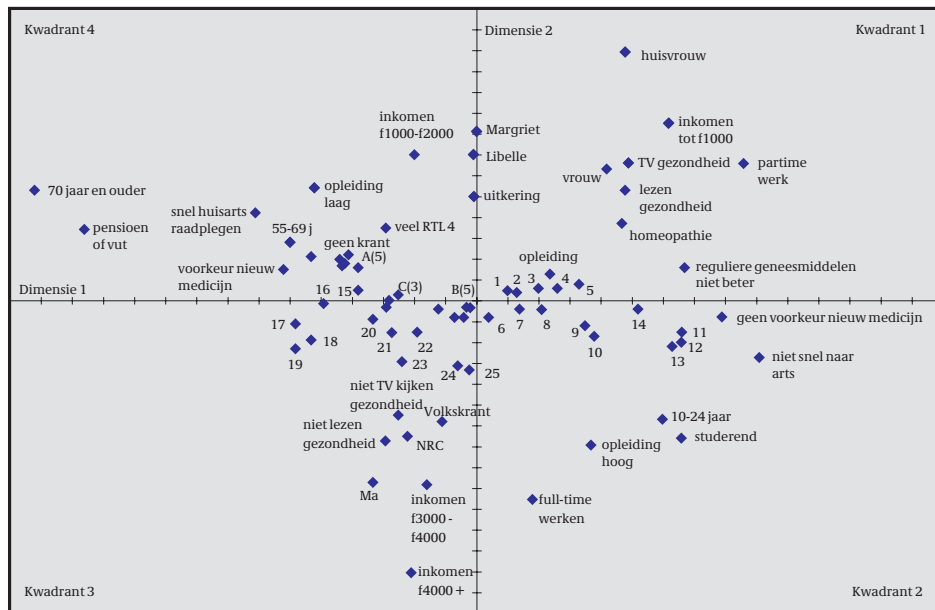
Een belangrijke waterscheiding in de geneeskunde en ook voor het gebruik van geneesmiddelen is de tegenstelling tussen 'regulier' en 'alternatief' (zie bijvoorbeeld het hieraan gewijde themanummer van Medisch Contact van 30 maart 2001). Voorkeuren in deze zijn gemeten met stellingen vijf en zeven. Vanuit de reguliere wetenschap gezien is het correct om te beweren dat reguliere geneesmiddelen effectiever zijn dan homeopathische. Niettemin is er onder de panelleden weinig steun voor deze stelling. De meeste respondenten stellen zich met de keuze voor 'eens noch oneens' neutraal op en slechts 20% onderschrijft de reguliere opvattingen en dat is weinig, zeker als een vergelijking wordt gemaakt met de stelling die de voorkeur voor homeopathie meet. Dan blijkt dat

30% aangeeft bij gezondheidsklachten altijd te kijken of er ook een homeopathisch middel beschikbaar is om iets aan de klacht te doen. Onder hoger opgeleiden bestaat duidelijk meer affiniteit met de reguliere geneeskunde en daarmee ook minder belangstelling voor homeopathie dan onder andere bevolkingsgroepen. De sterkste voorkeur voor homeopathie is te vinden onder vrouwen, middelbaar opgeleiden en personen in de leeftijd van 25 tot 55 jaar en de lage inkomensgroepen (persoonlijk inkomen). Binnen deze groep zijn het vooral huisvrouwen, personen in gezinnen met jonge kinderen, parttime werkenden of personen met een uitkering die een voorkeur voor homeopathie uitspreken.

Instemming met de stelling dat artsen te gemakkelijk geneesmiddelen voorschrijven is vooral te vinden onder laag opgeleiden en jongeren. Onder mensen met een hoger persoonlijk inkomen tussen 4.000 en 6.000 gulden netto (tussen 1.818 en 2.727 euro) bestaat hiertegen juist weinig aversie. Een ander aspect in de omgang met geneesmiddelen is dat men de eenmaal voorgeschreven geneesmiddelen uiteindelijk toch niet gebruikt. Hoewel de stelling hierover heel voorzichtig geformuleerd is, zijn maar weinig respondenten het er mee eens. Wellicht geeft men dit niet gemakkelijk in een onderzoek toe. Wel veel aanhang krijgt de stelling dat het goed is om je weerstand met extra vitamines te verhogen. Dat is opmerkelijk omdat in de officiële voedingsadviezen juist gezegd wordt, dat dat bij een evenwichtige voeding niet nodig is. Net als eerder bij de stelling over homeopathie het geval was, is er onder de hoger opgeleiden meer affiniteit met de officiële wetenschappelijke adviezen dan onder de laag opgeleiden. Met name jongeren vinden het belangrijk om extra vitamines te slikken, wellicht om op deze wijze de effecten van een onregelmatig voedingspatroon te compenseren.

Om een completer beeld van deze attitude te krijgen worden ook de onderlinge relaties tussen deze aspecten en de relaties met achtergrondkenmerken aan de orde gesteld. Met behulp van een analyse-techniek die lijkt op de correspondentie-analyse, zoals Franse sociologen die gebruiken om culturele voorkeuren te onderzoeken, is het mogelijk om deze relaties in de letterlijke zin van het woord te visualiseren (Bourdieu, 1984; Donnat & Cogneau, 1990). Deze techniek, die bekend is onder het acroniem 'HOMALS' is een exploratieve techniek die met een ruimtelijke weergave in meerdere dimensies laat zien hoe categorieën van verschillende variabelen op elkaar lijken of juist ver van elkaar afstaan (Meerling, 1981). Figuur 4.1 laat zien hoe het antwoordpatroon voor de 10 stellingen en de achtergrondkenmerken zich tot elkaar verhouden. Media-gebruik als kranten-lezen en tv-kijken en het volgen van het onderwerp 'gezondheid' in de media zijn hier als leefstijlkenmerken aan toegevoegd. In de figuur heeft elke categorie van een variabele een punt gekregen en is voorzien van een label. Daar waar de punten dicht bij elkaar liggen zijn cijfers i.p.v. woorden gebruikt. De hiermee corresponderende labels zijn in de legenda vermeld. De figuur laat zien dat een perfecte plaatsing van kenmerken

niet altijd mogelijk is, maar het is van belang dat vooral de typerende combinaties dicht bij elkaar staan.



Figuur 4.1: Ruimtelijke weergave van de aspecten van de attitude ten aanzien van geneesmiddelen en achtergrondkenmerken (Bron: GfK medic*scope panel 2000; gegevens bewerkt door SCP).

Letters in figuur

A(5) = 4x geen krant lezen (NRC, AD, Telegraaf, Volkskrant) en 1x snel huisarts raadplegen.

B(5) = 5x neutraal: reguliere geneesmiddelen, homeopathie, vitamines voor weerstand, snel naar huisarts, huisartsen schrijven te gemakkelijk voor.

C(3) = abonnement Telegraaf, neutraal ten opzichte van nieuwe geneesmiddelen, neutraal ten opzichte van snel naar huisarts

Punten in figuur

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. vitamine gebruiken om weerstand te verhogen 2. af en toe lezen over gezondheid 3. af en toe tv kijken over gezondheid 4. artsen schrijven te gemakkelijk voor (mee eens) 5. voorgeschreven geneesmiddelen toch niet gebruiken 6. naar huisarts voor alledaagse klachten (neutraal) 7. voorgeschreven geneesmiddelen wel gebruiken 8. artsen schrijven niet te gemakkelijk voor 9. leeftijd 40-54 jaar 10. vitamine voor weerstand verhogen niet nodig 11. leeftijd 25-39 jaar 12. niet snel naar arts (voor nek) 13. niet snel naar arts (voor keelpijn) | <ul style="list-style-type: none"> 14. geen voorkeur nieuwe geneesmiddelen 15. neutraal tov snel naar huisarts 16. voorkeur voor nieuwe geneesmiddelen 17. niet naar RTL4 kijken 18. leest de Margriet niet 19. leest de Libelle niet 20. soms naar RTL4 kijken 21. voorgeschreven geneesmiddelen niet gebruiken (neutraal) 22. abonnement AD 23. voorkeur voor reguliere geneesmiddelen 24. geen voorkeur voor homeopathie 25. inkomen 2000-3000 gulden (909-1363 euro) |
|---|--|

In kwadrant 1 vinden we de vrouw met haar belangstelling voor gezondheid (in de media), waar ook een voorkeur voor homeopathie bij past. Een voorkeur voor reguliere geneesmiddelen past daar niet bij en ook met ‘wissewasjes’ naar de dokter te gaan staat op afstand. Wel verwant is parttime werken of huisvrouw zijn en geen hoog persoonlijk inkomen hebben. Het opleidingsniveau is eerder middelbaar dan hoog. De Libelle of de

Margriet staan niet ver weg, maar dat zijn bladen die ook wel bij het vierde kwadrant passen. Het tweede kwadrant staat voor jong tot middelbare leeftijd. Hier vinden we de hoog opgeleiden die fulltime werken of nog studerend zijn. Er is zeker geen neiging om snel naar de dokter te gaan en ook geen bijzondere belangstelling voor gezondheid. Het derde kwadrant verenigt mannen met de betere inkomens. Ze lezen de NRC of de Volkskrant en zijn niet geïnteresseerd in het thema gezondheid. Als er geneesmiddelen gebruikt moeten worden hebben zij een voorkeur voor reguliere middelen en ze zien niet veel in homeopathie. Het vierde kwadrant laat een oriëntatie op de traditionele gezondheidszorg zien. De geneigdheid om de huisarts voor alledaagse klachten te raadplegen is vooral iets van ouderen en laag opgeleiden die vaak een laag persoonlijk inkomen hebben. Een voorkeur voor nieuwe geneesmiddelen staat niet ver van hen af. Het zijn mensen die vaak geen krant lezen en veel naar RTL4 kijken. In het midden van de figuur tenslotte zijn de neutrale houdingen te vinden. Dat zijn de kenmerken die weinig aan het onderscheid in leefstijl bijdragen.

Het lijkt erop dat er voor de houding ten opzichte van geneesmiddelen drie clusters te onderscheiden zijn met een duidelijk van elkaar verschillend profiel:

1. de *traditioneel consumptie-geneigden* (met name de ouderen/laag opgeleiden te vinden in kwadrant 4): gaan snel met gezondheidsklachten naar de dokter, hebben voorkeur voor nieuwe middelen, lezen geen kranten, kijken wel tv, maar hebben daarbij niet specifiek belangstelling voor het onderwerp ‘gezondheid’. Het persoonlijk inkomen is laag.
2. de *natuurlijke genezers* (met name vrouwen, personen met MAVO/MBO-opleiding, parttime werkenden en huisvrouwen, geen hoog persoonlijk inkomen, te vinden in kwadrant 1): sterke belangstelling voor het onderwerp gezondheid, voorkeur voor homeopathie, niet geneigd om snel met gezondheidsklachten naar de dokter te gaan.
3. de *no-nonsense gebruikers* van geneesmiddelen (met name mannen, hoger opgeleiden, full-time werkenden, hoog inkomen, te vinden in kwadrant 2 en 3): geen bijzondere belangstelling voor gezondheid, voorkeur voor reguliere geneesmiddelen, niet snel naar de dokter met gezondheidsklachten.

Het spreekt overigens vanzelf dat niet iedereen tot een van deze, sterk onderling contrasterende clusters zal behoren. Veel mensen zullen zich wat attitude betreft minder uitgesproken profileren.

4.1.3 Attitude en de aanschaf van geneesmiddelen op recept

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de (statistische) relatie tussen de attitude ten aanzien van geneesmiddelen en de aanschaf bij de apotheek van (reguliere) geneesmiddelen op recept voor eigen gebruik. Daarnaast komt ook de sociaal-economische status van de consument aan de orde.

Bestaat er nu ook een relatie tussen de houding die men tegenover geneesmiddelen heeft en het daadwerkelijk gebruik ervan? Hiervoor werden drie contrasterende ideaaltypen onderscheiden die nogal sterk verschillen in houding ten opzichte van geneesmiddelen: de traditioneel consumptie-geneigden, de natuurlijke genezers en de no-nonsense gebruikers. Tussen de bevolkingscategorieën die passen bij deze ideaaltypen bestaan niet alleen grote verschillen in houding maar ook in mate waarin geneesmiddelen op recept voor eigen gebruik worden aangeschaft. No-nonsense gebruikers (bijv. mannen in de leeftijd tot 55 jaar, met een netto maandinkomen van 3000 gulden (1363 euro) of meer) hebben niet alleen een no-nonsense houding tegenover geneesmiddelen maar komen ook veel minder met geneesmiddelen in aanraking dan bijvoorbeeld (parttime werkende) ‘huisvrouwen’ in dezelfde leeftijd. Afgezien van de orale anticonceptiva is de consumptie van middelen voor maagdarm, huid, skeletspierstelsel en zenuwstelsel, alsmede antibiotica voor deze vrouwen twee maal zo hoog in vergelijking met de genoemde categorie mannen. Voor middelen uit de groep ‘bloed en bloedvormende organen’ is het gebruik vier maal zo hoog. Alleen voor middelen uit de groepen ‘hart-vaatstelsel’ en ‘ademhalingsstelsel’ is de consumptie ongeveer gelijk. Het derde ideaaltype van de traditioneel consumptie-geneigden is vooral te vinden onder ouderen met een laag opleidingsniveau. Het geneesmiddelengebruik van deze bevolkingscategorie (laag opgeleiden van 55 jaar en ouder) is voor veel middelen weer een factor twee tot vier hoger dan bij de net genoemde huisvrouwen. Een no-nonsense houding gaat dus samen met een lage geneesmiddelenconsumptie, en onder bevolkingscategorieën met een traditionele consumptie-geneigdheid is het geneesmiddelengebruik ook daadwerkelijk hoog. Enigszins ironisch is dat ‘huisvrouwen’ die als groep een sterke affiniteit hebben met ‘natuurlijk genezen’ niettemin relatief vaak voor eigen gebruik geneesmiddelen op recept aanschaffen.

De grote verschillen tussen categorieën van gebruikers zijn echter slechts in beperkte mate aan de attitude alleen toe te schrijven. Wanneer voor mannen en vrouwen afzonderlijk naar de predictieve waarde van de attitude wordt gekeken, dan is deze gering in vergelijking met bijvoorbeeld leeftijd of etniciteit (zie hierna). Voor vrouwen is het ‘effect’ van attitude evenwel duidelijker aanwezig dan voor mannen, zoals tabel 4.2 laat zien (de attitude-kenmerken inzake de voorkeur voor nieuwe middelen en therapietrouw blijven buiten beschouwing).

Tabel 4.2. Relatie tussen kenmerken van de attitude en de aanschaf van geneesmiddelen op recept voor eigen gebruik naar hoofdgroepen^{a,b} (Bron: GfK Medic*scope panel 2000; gegevens bewerkt door SCP).

Attitude-kenmerk	Mannen		Vrouwen	
	(Sterk) eens	(Sterk)oneens	(Sterk) eens	(Sterk) oneens
Voorkeur homeopathie: Ook altijd kijken of er homeopathisch middel is	Hoger gebruik: totaal (vooral neutraal is afwijkend)		Lager gebruik: C	Hoger gebruik: totaal
Voorkeur reguliere geneeskunde: Reguliere middelen effectiever dan homeopathische	Hoger gebruik: B		Hoger gebruik: A,C en totaal (excl. G)	
Afkeer geneesmiddelen: Artsen schrijven te gemak- kelijk geneesmiddelen voor		Hoger gebruik: R		Hoger gebruik: A,B,C,G,N en totaal (excl. G)
Consumptie-geneigdheid stellingen 1 t/m 4: Verwachtingen van de huisarts voor alledaagse aandoeningen	Hogere verwachtingen: Hoger gebruik A		Hogere verwachtingen: Hoger gebruik A, C Lager gebruik G	

- a) resultaten van logistische regressies, met voor de stellingen de neutrale categorie als referentie-categorie en controle voor leeftijd (alleen significante effecten $p < .05$). De tabel is gebaseerd op de kans dat in 1 jaar geneesmiddelen op recept voor eigen gebruik worden aangeschaft, waarbij de geneesmiddelen zijn onderverdeeld in de volgende hoofdgroepen: A,B,C,D,G (alleen vrouwen) J,M,N,R en het totaal over alle 13 hoofdgroepen (voor vrouwen ook: totaal exclusief G vanwege de sterke invloed van G op het totaal).
- b) A=Maagdarmlkanaal en metabolisme; B=Bloed en bloedvormende organen; C=Hart vaatstelsel; D=Dermatologica; G=Urogenitale stelsel en geslachtshormonen; J=Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik; M=Skeletspierstelsel; N=Zenuwstelsel; R=Ademhalingsstelsel.

In het onderstaande wordt de odds-ratio (OR) als maat toegepast om de kans op het gebruik van geneesmiddelen te vergelijken tussen groepen personen die verschillen in houdingskenmerken (zie bijlage 3 voor een definitie van OR). Voor vrouwen vertaalt zich een voorkeur voor homeopathische middelen in een lager gebruik van hartvaatmiddelen (OR = 0,6). Een voorkeur voor reguliere middelen (of juist geen voorkeur voor homeopathie) lijkt een tegengesteld effect te hebben op de consumptie: de drempel om geneesmiddelen op recept te gebruiken is dan lager en de consumptie dus hoger. Dat geldt opnieuw voor hartvaatmiddelen (OR = 1,6) en voor het totaal van alle geneesmiddelen tezamen (OR = 1,5). Geen afkeer hebben van geneesmiddelen heeft voor vrouwen een vrij sterk drempelverlagend effect. Voor veel van de onderzochte geneesmiddelen-groepen is de consumptie dan hoger (OR tussen 1,4 en 1,7). Voor mannen komen deze relaties allemaal veel minder sterk naar voren (de significante relaties hebben een OR tussen 1,4 en 1,9). Voor de meeste geneesmiddelengroepen bestaat geen significante samenhang met attitude. Het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg hangt voor zowel mannen als vrouwen significant samen met een hogere consumptie van middelen voor het maagdarmlkanaal en spijsvertering. Voor vrouwen gaan hoge verwachtingen van medische zorg ook samen met een hoger gebruik van hartvaatmiddelen, maar daarentegen met een lager gebruik van middelen uit de groep urogenitale stelsel en geslachtshormonen (met name de ‘pil’).

4.1.4 Sociaal-economische status en de aanschaf van geneesmiddelen

Naast de demografische component en de attitude is het goed mogelijk dat de sociaal-economische status (SES) ertoe doet in het gebruik van geneesmiddelen, bijvoorbeeld omdat hoger opgeleiden zich in de spreekkamer van de arts verbaal beter kunnen uitdrukken. Tabel 4.3 geeft hiervan een beeld.

Tabel 4.3: Relatie tussen indicatoren voor sociaal-economische status (inkomen en opleiding) en de aanschaf voor eigen gebruik van geneesmiddelen op recept naar hoofdgroepen^{a,b} (Bron: GfK Medic*scope panel, 2000; gegevens bewerkt door SCP).

	Mannen		Vrouwen	
Persoonlijk netto inkomen (vergelijking met laag inkomen, voor mannen: tot 2000 gulden (909 euro), voor vrouwen: geen persoonlijk inkomen)	4000 gulden en hoger (1818 euro en hoger)	Hoger gebruik: C	3000 gulden en hoger (1363 euro en hoger)	Hoger gebruik: D,G, totaal en totaal excl. G
			2000-3000 gulden (909-1363 euro)	Hoger gebruik: Totaal en totaal excl. G
	2000-3000 gulden (909-1363 euro)	Hoger gebruik: M	1000-2000 gulden (455-909 euro)	Hoger gebruik: B,N en totaal excl. G
Vergelijking met laag (basis + lbo) opleidingsniveau	Hoog (havo+)	Lager gebruik: M	Hoog (havo+)	Hoger gebruik: G Lager gebruik: C
			Midden (mavo+ mbo) totaal	Hoger gebruik: G en totaal

b) resultaten van logistische regressies met controle voor leeftijd (alleen significante effecten $p < .05$). De tabel is gebaseerd op de kans dat in 1 jaar geneesmiddelen op recept voor eigen gebruik worden aangeschaft, waarbij de geneesmiddelen zijn onderverdeeld in de volgende hoofdgroepen: A,B,C,D,G (alleen vrouwen) J,M,N,R en het totaal over alle 13 hoofdgroepen (voor vrouwen ook: totaal exclusief G vanwege de sterke invloed van G op het totaal).

c) voor verklaring letters hoofdgroepen: zie tabel 4.2.

Opnieuw blijkt dit effect duidelijker aanwezig voor vrouwen dan voor mannen. Een hoger persoonlijk inkomen gaat samen met een hogere gebruikskans voor het totaal van de 13 geneesmiddelengroepen (OR ongeveer 1,6). Een opvallende rol is weggelegd voor geneesmiddelen uit groep G, voor het merendeel de anticonceptiepillen maar ook hormonen voor overgangsklachten. Het gebruik hiervan hangt duidelijk samen met SES waarbij onder hoog opgeleide vrouwen en vrouwen met een hoger persoonlijk inkomen een significant hogere kans op de aanschaf van deze middelen te constateren is (OR ongeveer 2). Voor mannen zijn de relaties met SES opnieuw minder duidelijk. Onder mannen met een hoger netto inkomen worden meer hart vaatmiddelen gebruikt (OR = 1,8). Een hoog opleidingsniveau gaat samen met een lager gebruik van geneesmiddelen voor het skeletspierstelsel zoals anti-reumatische middelen (OR = 0,6). Mannen met een vrij laag persoonlijk inkomen gebruiken meer middelen voor het skeletspierstelsel (OR = 2).

De effecten van attitude en SES zijn minder sterk dan de demografische component in het geneesmiddelengebruik. In het hierboven beschreven onderzoek zijn de aantallen

respondenten klein, met name voor specifieke geneesmiddelen. Omdat hier alleen significante resultaten gemeld worden ($p < .05$) bestaat het gevaar van kanskapitalisatie: bij een groot aantal toetsen zijn er altijd 'toevallig' significante effecten. Om een goed beeld van de effecten van SES en attitude te krijgen, lijkt daarom nader onderzoek met grotere databestanden noodzakelijk

4.1.5 Allochtonen en het gebruik van geneesmiddelen

Niet voor alle allochtone groepen is onderzocht welke houding zij hebben ten aanzien van geneesmiddelen. Eigenlijk is er alleen gedegen onderzoek gedaan onder Turken (Leeflang, 1994; Denktas et al., 1999) maar ook van Marokkanen is wel iets bekend over hun omgang met geneesmiddelen (Bleeker & Reelick, 1998). Over de houding van bijvoorbeeld Surinamers of Chinezen ten aanzien van geneesmiddelen weten we veel minder. Uit Leeflang's onderzoek onder Turken in Rotterdam en onder huisartsen met veel Turken in hun praktijk komt het volgende beeld naar voren.

1. Turken hebben meer *gezondheidsklachten* dan Nederlanders en ze presenteren hun klachten ook veel *expressiever*. Hun kennis van de werking van het lichaam is geringer. Het is de ervaring van artsen dat Turken boven een bepaalde leeftijd dikwijls 'afknappen' en moedeloos worden, wat zich vertaalt in gezondheidsklachten waarvoor ze veelvuldig het spreekuur bezoeken.
2. Turken zijn veel eerder geneigd dan Nederlanders om voor *alledaagse gezondheidsklachten medische hulp* in te roepen. Dat blijkt zowel uit het attitude-onderzoek onder Turken als uit interviews met huisartsen.
3. Omdat Turken vooral zoeken naar een medische oplossing voor hun gezondheidsproblemen zijn ze *minder geneigd om af te wachten* tot de klacht vanzelf overgaat of om zelfzorg toe te passen, bijvoorbeeld door het gebruiken van niet-voorgescreven geneesmiddelen.
4. Turken *verwachten meer medisch handelen* van de huisarts (lichamelijk onderzoek, geneesmiddelen voorschrijven) dan Nederlanders. Vanuit hun ervaring met Turkse artsen verwachten ze uitgebreid lichamelijk onderzoek en dat ze geneesmiddelen mee krijgen. Sommige Nederlandse artsen hebben het idee dat de artsen in Turkije om economische redenen heel gemakkelijk geneesmiddelen voorschrijven (Leeflang, 1994). De eenmaal in Turkije opgedane attitude is in Nederland maar moeilijk te veranderen. Turken hebben ook meer dan Nederlanders een voorkeur voor nieuwe geneesmiddelen.

Veel gegevens over het gebruik van geneesmiddelen door allochtonen zijn er op dit moment niet. In de meeste enquêtes zijn allochtonen ondervertegenwoordigd en dat geldt ook voor het panel dat voor GfK de aankopen van geneesmiddelen bijhoudt. Uit onderzoeken die specifiek op het zorggebruik van allochtonen zijn gericht komt naar voren dat met name het gebruik van geneesmiddelen op recept onder (niet-Westerse) allochtonen vaak hoger is dan onder autochtonen.

Het geneesmiddelengebruik van Turken en Marokkanen is in de jaren negentig verschillende malen onderzocht. In 1992/93 vindt Leeftang (1994) dat 42,5% van de Turkse en 31% van de Nederlandse respondenten uit Rotterdamse achterstandswijken in de 14 dagen voorafgaand aan het onderzoek geneesmiddelen op recept heeft gebruikt. Iets andere cijfers zijn te vinden in een onderzoek van de Rotterdamse GGD onder Marokkanen in de Randstad dat in 1995 gehouden werd (Bleeker & Reelick, 1998) Het aandeel van de Marokkanen tussen de 12 en 70 jaar dat in een periode van twee weken geneesmiddelen op recept gebruikte, bedraagt 32% en dat verschilt niet veel van de resultaten van de gezondheidsenquête van het CBS onder Turken uit 1989/1990, waarbij 34% van de Turkse respondenten in dezelfde periode geneesmiddelen op recept heeft gebruikt. Van een - naar 'achtergrondkenmerken' - vergelijkbare groep Nederlanders gebruikt 25% geneesmiddelen op recept in 14 dagen.

In een recent Amsterdams onderzoek wordt de zorgconsumptie van verschillende etnische groepen en autochtonen met elkaar vergeleken (Reijneveld, 2001). Vooral onder personen van 35 jaar en ouder (en tot 64 jaar) worden significante verschillen gevonden. Het geneesmiddelengebruik is onder Turken hoger (OR 4,75) dan onder Marokkanen (OR 2,61) in vergelijking met autochtonen.

Het relatief hoge gebruik van geneesmiddelen op recept hangt samen met de hoge frequentie waarmee Turken en Marokkanen de huisarts bezoeken, wat natuurlijk voor een deel is toe te schrijven aan een minder goede gezondheid. Onder Marokkanen ligt het huisartsbezoek ongeveer 40% hoger dan onder Nederlanders (Bleeker & Reelick, 1998). Turken bezoeken de huisarts twee tot drie keer vaker dan Nederlanders (Leeftang 1994; Bleeker & Reelick, 1998). In huisartspraktijken met veel allochtonen die frequent het spreekuur bezoeken is de werkdruk hoog, wat het voorschrijven van geneesmiddelen in de hand werkt (zie ook Hutten, 1998). Het gebruik van geneesmiddelen onder Surinamers en Antillianen is in 1985 door het CBS onderzocht als onderdeel van een leefsituatie-onderzoek onder Surinamers en Antillianen (CBS, 1988). Een vergelijking van deze gegevens met het algemene leefsituatie-onderzoek uit 1983 laat ook voor deze groepen een fors hoger gebruik van geneesmiddelen zien. Zo gebruikte 41% van de Surinaamse respondenten in de leeftijd van 35-44 jaar geneesmiddelen op recept, tegenover 19% van Nederlanders van dezelfde leeftijd. In het onderzoek uit Amsterdam, waarin gegevens uit de jaren negentig worden gebruikt, is wel sprake van een significant hoger gebruik door Surinamers in de leeftijd van 35-64 jaar ten opzichte van Nederlanders (OR 1,82), maar niet van jongere Surinamers of Antillianen (Reijneveld, 2001).

Over het gebruik van vrij verkrijgbare geneesmiddelen spreken de onderzoeken elkaar tegen. Een recent onderzoek van het NIPO uit 1999 meldt dat allochtonen dat meer doen dan autochtonen: 80 versus 60 procent (Foekema, 1999). Bovengenoemde onderzoeken van Leeftang onder Turken en het GGD-onderzoek onder Marokkanen vermelden daarentegen juist dat Nederlanders veel vaker geneesmiddelen zonder recept gebruiken dan Marokkanen of Turken (Leeftang, 1994, Bleeker & Reelick, 1998). De leefsituatie-onderzoeken van het CBS laten op dit punt overigens nauwelijks verschillen zien tussen Surinamers, Antillianen en Nederlanders.

Welke middelen worden nu door allochtonen of juist door Nederlanders vaker gebruikt? De meest gedetailleerde informatie hierover is te vinden in het GGD-onderzoek onder Marokkanen en het vergelijkbare CBS-leefsituatie-onderzoek onder Turken. De hiervoor gebruikte vragen zijn afgeleid uit de gezondheidsenquête van het CBS, zodat ook vergelijking met autochtone Nederlanders mogelijk is. Tabel 4.4 over receptgeneesmiddelen is uit dit onderzoek overgenomen, waarbij de percentages gebaseerd zijn op de respondenten die aangaven in twee weken daadwerkelijk geneesmiddelen op recept te hebben gebruikt. Dat percentage is dus onder de allochtone groepen hoger dan onder de autochtone Nederlanders.

Tabel 4.4: Het gebruik van geneesmiddelen op recept door Marokkanen, Turken en Nederlanders van 12 tot 70 jaar in procenten^{a,b} (Bron: Bleeker & Reelick, 1998).

	Marokkanen	Turken	Nederlanders
In de afgelopen 14 dagen geneesmiddelen op recept gebruikt	32	34	25
Specifieke soorten middelen als percentage vande gebruikers			
pijn en koortswerende middelen	38	38	10
middelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn	18	15	9
versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen	7	6	5
geneesmiddelen voor het hart, de bloedvaten of de bloeddruk	10	9	15
geneesmiddelen voor reuma, gewrichtspijnen	10	11	6
geneesmiddelen voor maag- en darmklachten, spijsvertering	22	22	5
slaap- en kalmeringsmiddelen	10	12	10
antibiotica	5	4	8
geneesmiddelen voor de huid (acne, eczeem, jeuk, roos, wonden)	9	8	12
geneesmiddelen tegen astma	12	7	8

a) gegevens uit begin en midden jaren '90.

b) de percentages die het geneesmiddelengebruik van allochtonen weergeven tellen op tot meer dan 100. Dat betekent dat er meerdere middelen gelijktijdig worden gebruikt.

Uit deze tabel komt duidelijk naar voren dat Turken en Marokkanen veel op elkaar lijken als het gaat om het gebruik van specifieke soorten geneesmiddelen. De verschillen met Nederlanders zijn met name fors voor pijnstillers en middelen voor maagdarmklachten, maar ook voor middelen tegen griep/verkoudheid en reuma zijn er meer dan twee maal zo veel allochtone gebruikers. Onder Nederlanders is het gebruik van antibiotica en hartmiddelen iets hoger dan onder allochtonen.

Het Nipo-onderzoek dat in 1999 in opdracht van Nefarma is gehouden vermeldt ook een hoger gebruik van middelen tegen maag- en darmklachten onder allochtonen en een lager gebruik van hartmiddelen. In afwijking van het GGD-onderzoek rapporteert het Nipo een veel hoger gebruik van antibiotica onder allochtonen (34% op jaarbasis) dan onder autochtonen (16% op jaarbasis).

In onderzoek dat gebruik maakt van gegevens uit apotheken worden in grote lijnen dezelfde verschillen tussen autochtonen enerzijds en Turken/Marokkanen anderzijds

gevonden (Paes, 1999). Turken en Marokkanen krijgen vaker een recept dan autochtonen. Zij gebruiken meer maagdarmsmiddelen zoals antacida (zuurremmende middelen, bijv. magnesiumverbindingen), ulcusmiddelen (middelen tegen maagzweren, bijv. cimetidine en ranitidine) en spasmolytica (middelen tegen darmkrampen). Het gebruik van middelen bij diabetes is onder Turken twee maal en onder Marokkanen vier maal zo hoog als onder autochtonen. Pijnstillers worden bijna drie maal meer en anti-inflammatoire/anti-reumatische middelen bijna twee maal zo vaak voorgeschreven. Voor Turkse kinderen onder de 5 jaar worden twee maal zo vaak recepten uitgeschreven voor antimicrobiële middelen als voor Nederlandse kinderen. Autochtonen gebruiken meer cardiovasculaire middelen (ook omdat er meer autochtone hoogbejaarden zijn) en meer slaap- en kalmeringsmiddelen. Marokkaanse vrouwen krijgen deze zelden of nooit voorgeschreven. In dit onderzoek wordt het vermoeden uitgesproken dat allochtonen pijnstillers krijgen waar aan autochtonen slaap- en kalmeringsmiddelen worden voorgeschreven, omdat allochtonen hun klachten meer somatiseren en hun klachten minder goed onder woorden kunnen brengen.

Recent kwalitatief onderzoek onder allochtonen in Rotterdam en onder huisartsen met veel allochtonen in hun praktijk bevestigt het bovenstaande beeld (Denktas et al., 1999). De huisartsen - die alle een hoge werkdruk hebben - zien hun allochtone patiënten vaak op het spreekuur met vooral maagklachten, longaandoeningen en psychische of psychosomatische klachten. De klachten worden primair als somatisch gepresenteerd en van de huisarts wordt lichamelijk onderzoek en behandeling verwacht. De huisartsen signaleren een hoge consumptie van medicatie en van hen wordt verwacht om bijvoorbeeld pijnstillers voor te schrijven die ook vrij verkrijgbaar zijn. De allochtone bewoners rapporteren in het kwalitatieve onderzoek ook inderdaad veel gezondheidsklachten waarvoor ze regelmatig de huisarts bezoeken. Ook het veelvuldig voorschrijven van pijnstillers komt aan de orde. Dikwijls wordt dat door de patiënten echter gezien als een vorm van afschepen door de huisarts. Een patiënt die voor wisselende klachten steeds paracetamol kreeg voorgeschreven vindt dat merkwaardig: "Het kan toch niet zo zijn dat paracetamol alle ziekten geneest?" Kennelijk is er onbegrip aan beide zijden van de spreekkamer dat in de korte tijd die een consult duurt niet op te lossen is.

4.1.6 Conclusies

In deze paragraaf is het slechts ten dele gelukt om meer duidelijkheid te krijgen omtrent de rol die de consument zelf heeft in het gebruik van geneesmiddelen. Dat komt vooral door de beperkingen van het onderzoek naar deze rol. Vanuit de voorschrijvers wordt melding gemaakt van toenemende mondigheid en ook een eisende attitude van de consument. Houdingsaspecten die weliswaar door de zorgverleners zo ervaren worden maar lastig onder consumenten zelf te onderzoeken zijn. Want als de (autochtone) consument in een opinie-onderzoek naar zijn of haar mening over geneesmiddelen wordt gevraagd, dan overheerst een terughoudende, zuinige attitude. Weinig consumenten spreken openlijk een voorkeur voor nieuwe geneesmiddelen uit en ook het niet-gebruiken van geneesmiddelen, die wel voorgeschreven zijn, wordt weinig gerapporteerd. Wat

we wel weten is dat er een relatief grote voorkeur voor homeopathie bestaat en maar weinig steun voor de gangbare wetenschappelijke attitude dat reguliere geneesmiddelen effectiever zijn dan homeopathische en dat het onnodig is om extra vitamines in te nemen. Niet verwonderlijk is, dat vooral hoger opgeleiden wel dat gangbare wetenschappelijke credo onderschrijven. Verder zijn het met name vrouwen die kiezen voor ‘natuurlijk genezen’. Een attitude die samen gaat met belangstelling voor het onderwerp gezondheid in de media maar overigens niet hoeft betekenen dat men voor elk wissel wasje de dokter wil raadplegen. Zo’n sterke oriëntatie op medische zorg als oplossing voor gezondheidsproblemen is wel te vinden onder ouderen, laag opgeleiden en onder allochtonen (voor zover daar onderzoek naar gedaan is).

De invloed van de kenmerken van consumenten op het gebruik van (op recept verkregen) geneesmiddelen is als volgt te schetsen. Het effect van leeftijdsverschillen is het grootst. Tussen jongeren en ouderen is een verschil in geneesmiddelengebruik van een factor 5 of 6 niet ongewoon. In de statistische analyses van het gebruikpercentage worden OR (odds-ratio’s) in deze omvang gevonden. Ook het effect van culturele achtergrond (allochtoon versus autochtoon) kan met OR van 2,6 tot 4,8 (voor de vergelijking van Marokkanen/Turken met Nederlanders, beide van middelbare leeftijd) behoorlijk oplopen. Verder is de geneesmiddelen-consumptie van vrouwen veelal significant hoger dan mannen (een OR van ongeveer 2 voor alle geneesmiddelen tezamen). Attitude en sociaal-economische status voegen daar soms nog iets aan toe en dan met name voor vrouwen. Onder vrouwen die geen afkeer van geneesmiddelen hebben is de consumptie van (reguliere) geneesmiddelen op recept hoger (OR van ongeveer 1,5) en dat geldt ook wanneer er geen voorkeur voor homeopathische middelen bestaat. Voor mannen doen deze aspecten van de attitude er weinig toe, behalve dan dat hoge verwachtingen van medische zorg voor zowel mannen als vrouwen samen gaan met een hogere kans op het gebruik van maagdarmmiddelen. Het effect van sociaal-economische status is wisselend, maar de trend is toch wel dat een hoger (persoonlijk) inkomen samen gaat met een hoger geneesmiddelengebruik, opnieuw vooral voor vrouwen (OR tussen 1,5 en 2). Al met al lijken (onder autochtonen) houding en sociaal-economische status een beperkt effect te hebben, waarbij moet worden aangetekend dat in ons land de financiële drempels om receptgeneesmiddelen te gebruiken gering zijn en belangrijke aspecten van de attitude van consumenten nog niet voldoende onderzocht zijn.

4.2 De consumenten van medische hulpmiddelen

G.W.M. Peters-Volleberg

4.2.1 Aantal voorschriften naar leeftijdscategorie

Het aantal hulpmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd van de patiënten. Uit een onderzoek van het NIVEL naar het voorschrijfgedrag van huisartsen, bleek dat de betrokken peilstationartsen drie keer zoveel hulpmiddelen voorschreven in de leeftijdsgroep van

55 tot en met 64 jaar dan in de leeftijdsgroep van 54 jaar en jonger. In absolute aantallen vormden de 75-84 jarigen de grootste groep mensen die hulpmiddelen kregen voorgeschreven door de huisarts en in relatieve aantallen werden de meeste hulpmiddelen voorgeschreven aan patiënten in de leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder. Met uitzondering van katheters en stomamaterialen worden vrijwel alle hulpmiddelen vaker voorgeschreven aan vrouwen dan aan mannen. Dit kan slechts ten dele verklaard worden door het feit dat er meer vrouwen in de oudere leeftijdscategorieën zitten (Biermans et al., 2000a).

Uit de publicatie GIPhulpmiddelen van het CVZ blijkt dat leeftijd en geslacht van grote invloed zijn op het gebruik van hulpmiddelen (tabel 4.5). Deze gegevens zijn ontleend aan de declaratiegegevens van een viertal zorgverzekeraars, die representatief zijn voor de gehele populatie ziekenfondsverzekerden.

Tabel 4.5: Kosten hulpmiddelen (in gulden en euro) per 10.000 ziekenfondsverzekerden, naar leeftijdsklasse en geslacht in 1998 (Bron: GIPhulpmiddelen, 2000).

Leeftijd	Mannen		Vrouwen	
	gulden	euro	gulden	euro
0-45	364.965	179.786	380.892	172.897
45-64	1.421.151	645.098	1.401.842	636.333
≥ 65	3.555.055	1.611.689	4.361.015	1.979.580
Gemiddeld	994.829	451.579	1.297.398	588.923

De kosten van hoorhulpmiddelen en gebitsprothesen zijn vrijwel gelijk tussen mannen en vrouwen, maar vrouwen maken meer kosten voor hulpmiddelen voor incontinentie, mobiliteit, bloedcirculatie en orthopedisch schoeisel. Mannen maken meer kosten voor hulpmiddelen voor ademptherapie.

Behalve de hulpmiddelen die op voorschrift worden verstrekt en vergoed worden door één van de regelingen (zie hoofdstuk 5 van deel A), worden er waarschijnlijk ook veel hulpmiddelen aangeschaft uit eigen betalingen. Dit varieert van pleisters en verband tot rollators. Er is echter geen zicht op de omvang en de uitgaven die met deze groep hulpmiddelen gemoeid is.

4.2.2 Daadwerkelijk gebruik van hulpmiddelen

Consumenten of gebruikers van hulpmiddelen zijn grofweg te onderscheiden in professionals, die hulpmiddelen gebruiken in verband met het uitoefenen van hun beroep (artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, etc.) en niet-professionals (burgers, patiënten). In deze paragraaf wordt alleen ingegaan op het gebruik van medische hulpmiddelen door burgers en patiënten. Alhoewel de groep niet-professionele consumenten nog steeds zeer divers is, zijn chronisch zieken, gehandicapten en ouderen grootverbruikers van hulpmiddelen.

Het daadwerkelijke gebruik van hulpmiddelen hangt van een aantal zaken af:

- hoe groot de noodzaak is tot het gebruik van een hulpmiddel;
- de mate waarin de consument een stem heeft in de keuze van het hulpmiddel;
- het gebruiksgemak van het hulpmiddel;
- de kwaliteit van de handleiding of de instructie;
- de maatschappelijke acceptatie van het product.

Er zijn weinig data bekend over het daadwerkelijke gebruik van hulpmiddelen in Nederland. Hier worden enkele onderzoeken gepresenteerd. Uit de publicatie GIPhulpmiddelen 1997-1998 zijn gebruikscijfers te herleiden, waarvan er enkele zijn gepresenteerd in tabel 4.6. Dit geeft een beeld van het aantal declaraties, maar niet per definitie van het aantal gebruikers. Dit is met name goed zichtbaar bij de hoorhulpmiddelen: patiënten kopen eens per 5-7 jaar een nieuw hoortoestel, zodat het werkelijke aantal dragers van een hoortoestel vele malen groter is dan de 190.000 verstrekkingen in 1998.

Tabel 4.6: Geschat aantal gebruikers^a van vijf categorieën hulpmiddelen in 1997 en 1998, naar geslacht, afgerond op 100-tallen. (Bron: GIPhulpmiddelen, 2000; CBS-bevolkingsgegevens per 1-1-1997 en 1-1-1998; gegevens bewerkt door RIVM).

Hulpmiddelen	1997		1998	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
(Bloed)circulatie ^b	54.029	175.911	60.822	188.651
Gehoor ^c	88.092	96.591	93.488	96.917
Diabetes ^d	96.998	121.761	108.001	132.407
Stoma ^e	26.464	23.881	26.642	23.181
Incontinentie ^f	174.770	417.549	178.450	445.037

a) gebruikscijfers voor ziekenfondsverzekerden uit GIPhulpmiddelen zijn toegepast op de gehele bevolking.

b) elastische kousen (enkel/paar), AD/AF/AG/AGH maatwerk en confection, elastische armkousen en drukpakken.

c) hoorhulpmiddelen: diversen, hoortoestellen (in/achter het oor), hoortoestel mono, hoortoestel stereo, hoorbril, oorstukjes, negatieve proefaanpassing hoortoestel, huisbezoek audicien, BAH- hoortoestel en tinnitus-maskeerder.

d) testmaterialen urine-analyse, diabetes teststrips, glucosemeter/startpakket, prikapparatuur en naalden, controlevloeistof, insuline-infuuspomp en diversen.

e) stoma artikelen niet gespecificeerd, eendelige en tweedelige systemen colostomie, ileostomie, urostomie, tweedelig systeem huidplaat, continent-stoma, irrigatieartikelen, huidverzorgings- en geurreducerende producten, post-operatief systeem en aanvullende hulpmiddelen.

f) incontinentie-hulpmiddelen, catheters, urine-opvangzakken, incontinentie-absorptiemateriaal, onderleggers en anaal-spoelers.

In een landelijke studie uit 1998 van het RIVM en het CBS naar klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (KAB-studie) werd het gebruik van hulpmiddelen bij de dagelijkse bezigheden bestudeerd (Picavet et al., 2000). De steekproef bestond uit een aselechte groep van 3.664 personen van 25 jaar en ouder. De resultaten zijn gewogen naar de Nederlandse bevolking van 1998 (zie tabel 4.7).

Tabel 4.7: Percentage personen van 25 jaar en ouder dat het gebruik van hulpmiddelen bij dagelijkse bezigheden rapporteert (Bron: Picavet et al., 2000; gegevens bewerkt door RIVM).

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Persoonsgebonden hulpmiddelen voor dagelijks gebruik (Bijv. aangepaste schoenen, rolstoel, stok, looprekje, beugels of steun voor enkel, voet of arm)	10,0	11,1	10,5
Hulpmiddelen voor specifieke activiteiten, bijvoorbeeld sport (Bijv. kniebrace, enkelsok)	6,5	4,7	5,6
Hulpmiddelen m.b.t buitenvervoer (Bijv. autoaanpassing, elektrische rolstoel)	1,7	1,3	1,5
Aanpassingen in de woning (Bijv. alarmsystemen, handgrepen en steunen, traplift, verhoogde toiletpot)	5,1	7,4	6,2
Overig ^a	3,7	3,1	3,4

a) genoemd werden: korset (10x), aangepaste (bureau)stoel (12x), invalide parkeerkaart, wijkbusvervoer, servicetaxi en hulp in de huishouding. Van de niet-bewegingsapparaat hulpmiddelen werden vooral genoemd: gehoorapparaat (21x), (lees)bril (30x), steunkousen (18x) en stomamaterialen (4x).

Verder is er door De Klerk en Huijsman (1993) een onderzoek uitgevoerd bij alleenstaande, zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder (N=498). Deze ouderen hadden vaak hulpmiddelen in hun bezit om zich te verplaatsen binnenshuis (93%) of buitenshuis (77%), zich te wassen (83%) en in of uit bed te komen (67%). Het feitelijke gebruik van deze hulpmiddelen was voor verplaatsing binnenshuis (90%), verplaatsing buitenshuis (67%), zich te wassen (76%) en in of uit bed te komen (65%).

In het algemeen hangt het gebruik van hulpmiddelen ook samen met de geboden zorg. Personen die hulpmiddelen gebruiken en zelfstandig wonen maken in veel gevallen ook gebruik van zorgvoorzieningen, zoals thuiszorg of mantelzorg. Personen die hulp nodig hebben maar niet optimaal gebruik maken van hulpmiddelen zullen mogelijk meer zorg behoeven dan personen die deze hulpmiddelen gebruiken om bepaalde taken te ondersteunen (bijv. hulpmiddelen voor het aankleden). Ten opzichte van personen in verpleeg- en verzorgingshuizen zullen de thuiswonende ouderen meer hulpmiddelen gebruiken die het mogelijk maken om zelfstandig te blijven wonen. Bij veranderingen in het zorgaanbod zal ook de behoefte aan hulpmiddelen veranderen (Van Hertem, 2000).

De emancipatie van personen met beperkingen heeft er verder toe geleid dat het gebruik van hulpmiddelen maatschappelijk steeds meer geaccepteerd wordt. De opmars van de rollator is hier een goed voorbeeld van. De rollator is een loophulpmiddel met wielen dat met de handen voorwaarts geduwd moet worden. Over het aantal verstrekte en in gebruik zijnde rollators zijn geen exacte gegevens bekend. Voor het aantal per jaar door zorgverzekeraars verstrekte rollators worden aantallen van 28.000 tot 43.000 genoemd. Mondeling gegeven schattingen van het aantal rollators dat momenteel in gebruik is, variëren van 115.000 tot 400.000 rollators (Unie KBO, PCOB en ANBO, 2000). Naar schatting wordt ongeveer 70% in eigendom verstrekt en 30% in bruikleen (De Winter & Zijdeveld, 1998). Lenaers (2000) heeft de volgende aantallen geschat: 56.430 verstrekt via zorgverzekeraars in 1998, 33.000 in bruikleen verstrekt via de thuiszorg in 1999 en 2.440 uit eigen aanschaf gekocht bij de thuiszorgwinkels in 1999. Hieruit volgt een

hoger percentage rollators dat in bruikleen wordt verstrekt.

In verzorgingshuizen leidt het groeiend aantal rollators soms al tot problemen in de gangen en bij liften. De enorme groei heeft ook gevolgen voor de prijs (zie hoofdstuk 1 van deel A). Sinds de prijsverlaging zijn er echter ook veel vragen gerezen over de kwaliteit. De ouderenbonden Unie KBO, PCOB en ANBO hebben hierover in 2000 een onderzoek uitgevoerd (zie tekstblok 4.3). Het voorbeeld van de rollators geeft aan dat het gebruik van dit product groot is, maar dat de exacte omvang onbekend is. Dit geldt ook voor de meeste andere hulpmiddelen.

Tekstblok 4.3: De rollator: gebruik en klachten.

Van 1 februari tot en met 15 maart 2000 hebben gebruikers van rollators gedurende 3 uur per dag klachten over hun rollator kunnen melden bij de Gezondheidstelefoon van de Unie KBO. In die periode hebben 412 gebruikers gebeld die samen 907 klachten hebben doorgegeven. De gemiddelde leeftijd van de gebruiker was 77,7 jaar (en 15% van de respondenten was ouder dan 84 jaar) en bijna 90% van de respondenten was vrouw. Veel genoemde redenen voor het gebruik van de rollator waren: moeilijk kunnen lopen of staan, evenwichtsstoornissen en problemen met heup en bekken, knieën, rug en benen. Bijna tweederde gebruikte de rollator alleen buitenshuis, ruim 20% zowel binnenshuis als buitenshuis en 5% alleen binnenshuis.

Ruim een kwart van de klachten betrof de remmen, inclusief remkabels (onder andere: remkabels zitten los, remkracht onvoldoende). Bijna een kwart van de klachten ging over wielen en banden (zwenkwielen draaien rond of blokkeren). Andere veel genoemde klachtensoorten betroffen het nemen van drempels en het in- en uitklappen van de rollator, het manoeuvreren met de rollator (slecht stuurbaar en te zwaar) en de beveiliging tegen inkappen. De klachten kunnen invloed heb-

ben op de mate waarin de rollator gebruikt wordt. Bijna tweederde van de personen die de rollator zowel binnen- als buitenshuis gebruikte (357 personen) meldde de rollator vanwege de klachten weinig of niet buitenshuis te gebruiken. Een kwart van de bellers heeft klachten over de afhandeling van problemen met de rollator. Gebruikers weten ook vaak niet waar zij met hun problemen terecht kunnen.

Meer dan de helft van de bellers heeft bij aflevering van de rollator geen informatie en dus ook geen instructie ontvangen. Het merendeel van de gebruikers (88%) heeft geen invloed gehad op de keuze van de rollator. Een derde van de respondenten gaf aan dat men invloed zou willen hebben bij de keuze van de rollator en met name met betrekking tot het gewicht, de remmen, het merk, het uiterlijk en de accessoires. Het onderhoud van de rollator is gebrekkig. Er vindt geen periodieke controle op de technische staat van de rollator plaats. Alhoewel dit geen representatief onderzoek naar de kwaliteit van de rollator is geweest, geeft het zeker een indicatie van de problemen met dit hulpmiddel (Bron: Unie KBO, PCOB en ANBO, 2000).

Het beleid is er op gericht om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een handicap en chronisch zieken te bevorderen, en mensen zolang mogelijk thuis te laten wonen. Aan de ene kant hebben we te maken met een terugtrekkende overheid met een grotere rol voor marktpartijen en aan de andere kant een sterke politieke steun voor solidariteit en goede toegankelijkheid tot het pakket van sociale voorzieningen. Een van de uitvloeiselen daarvan is het productgebonden budget. In het najaar van 2001 is er een experiment gestart op een drietal deelterreinen: sta-op-stoelen, prullen en computerapparatuur (GMV/VWS/MH-2070543, 2000; Link, 2001). Deze experimenten lopen nog, zijn nog niet geëvalueerd en het is nog niet bekend of er een vervolg komt op deze experimenten.

Met de invoering van een productgebonden budget krijgt de patiënt veel meer keuzevrijheid. Het wordt dan ook mogelijk om met een eigen bijdrage een duurder medisch hulpmiddel te verkrijgen. Het is dan wel noodzakelijk dat de patiënt over de benodigde informatie beschikt om een goede keuze te maken. Het blijkt namelijk dat patiënten vaak onvoldoende inzicht hebben in bijvoorbeeld de technische eigenschappen van een hulpmiddel (Mot et al., 1998). Bij het onderzoek naar de rollator bleek er nauwelijks zeggenschap van de consument met betrekking tot de keuze van het hulpmiddel, terwijl dit wel gewenst is (zie 4.4). Behalve de kans dat het verkeerde hulpmiddel wordt gekozen, bestaat de kans dat het hulpmiddel niet op de juiste wijze wordt gebruikt. De oprichting van het Hulpmiddelen Informatie Centrum, en het opstellen van een Hulpmiddelenkompas (zie hoofdstuk 5 van deel A) zijn initiatieven die aan een goede informatievoorziening bijdragen.

4.2.3 Relatie consument-verzekeraar

Patiënten die vaak een beroep (moeten) doen op de gezondheidszorg voelen zich soms zwak staan tegenover de zorgverzekeraar. Men heeft wel eens het gevoel dat de zorgverzekeraar hen liever kwijt dan rijk is en dat zij niet gemakkelijk van verzekeraar kunnen wisselen (Mot et al., 1998).

De gemiddelde Nederlander is slecht op de hoogte van de inhoud van zijn ziektekostenverzekering (zie tekstblok 4.4).

Tekstblok 4.4: Kennis over de ziektekostenverzekering.

“Vraag de gemiddelde Nederlander welke zorg zijn ziektekostenverzekering vergoedt, en hij of zij blijft in negen van de tien gevallen het antwoord schuldig. Dat is ook haast niet uit te vogelen. Elke verzekeraar biedt weer een ander pakket ingewikkelde regelingen. Het is dan ook geen toeval dat ziekenfondsverzekerden nauwelijks gebruikmaken van hun recht één keer per jaar van verzekeraar te veranderen, terwijl ze die mogelijkheid al tien jaar hebben. Menig consument wacht gewoon maar af

of straks, bij ziekte, de vereiste zorg wordt vergoed. Wie toch de moeite neemt prijs en kwaliteit met elkaar te vergelijken, begeeft zich in een doolhof van voorwaarden en uitzonderingen. De ene verzekeraar vraagt vanaf 300 gulden (136 euro) een eigen bijdrage van vijftig procent voor orthopedische behandelingen, de andere vraagt weer voor andere voorzieningen vanaf 700 gulden (318 euro) een eigen bijdrage” (Henk Sniijders in het Parool, 18 september 2001).

5 DE OVERHEID EN DE VERZEKERAARS

Samenvatting

Bevorderen van kwaliteit, garanderen van toegankelijkheid en beheersen van de kosten zijn de drie kernpunten van het geneesmiddelenbeleid van de overheid

- De kosten van farmaceutische zorg (materiaal- en afleverkosten en BTW tezamen) namen in de periode 1989-1997 gemiddeld met 6% per jaar toe. In de jaren 1998-2000 stegen de jaarlijkse kosten gemiddeld ruim 9%.
- Ondanks de vele wetten en maatregelen die in de afgelopen jaren zijn ingevoerd om de doelstellingen van het geneesmiddelenbeleid te bereiken, constateert het kabinet in 2000 de volgende knelpunten in de farmaceutische zorg: onvoldoende doelmatig voorschrijven door artsen, commercieel gedrag van apothekhoudenden, onvoldoende regie door verzekeraars bij de farmaceutische zorg, onvoldoende kritisch en ondoelmatig geneesmiddelengebruik en agressief marktgedrag van industrie/producenten en groothandel.
- Het Ministerie van VWS is gestart met ingrijpende beleidswijzigingen met als belangrijkste kenmerk dat verzekeraars de regiefunctie in de farmaceutische zorg op zich gaan nemen. Daartoe zal het instrumentarium dat verzekeraars ter beschikking staat worden uitgebreid.
- De overheid heeft - mede op initiatief van de Tweede Kamer - een omvangrijk programma van deregulering ingezet, zoals een stappenplan om het Geneesmiddelenvergoedingssysteem te 'ontmantelen'.
- Er lopen inmiddels vele experimenten om het nieuwe beleid gestalte te geven. Deze staan soms op gespannen voet met geldende regelgeving op het gebied van mededinging en landelijk uniforme tariefafspraken. Naar verwachting duurt het enkele jaren voordat duidelijk is of de nieuwe aanpak inderdaad leidt tot grotere doelmatigheid.

Het beleid inzake extramurale hulpmiddelen is de afgelopen jaren verschoven van kostenbeheersing naar kwaliteit en doelmatigheid

- De knelpunten tussen stijgende uitgaven en een groeiende vraag lijken nu grotendeels opgelost, daar het jaarlijkse groeipercentage in de kosten is gedaald van 27% in 1997 naar ongeveer 7% in 2000.
- Daar waar de Regeling hulpmiddelen 1996 in het kader van de kostenbeheersing de laatste jaren telkens is aangescherpt (door middel van gebruikstermijnen, volumevoorschriften, etc.), wordt de Regeling straks slechts een globaal raamwerk.
- Het beleid van de centrale overheid ten aanzien van hulpmiddelen wordt steeds minder detaillistisch van aard, en grijpt aan bij de actoren

die volume en prijs kunnen beïnvloeden. De verdere invulling wordt overgelaten aan de verzekeraars.

- Doelmatigheidsinspanningen van zorgverzekeraars stuiten soms op problemen uit een oogpunt van mededinging (bijvoorbeeld gezamenlijk inkopen).
- Het beleid is gericht op vergroting van de rol en de keuzevrijheid van de consument, maar dit kan conflicteren met de toenemende regie door de verzekeraars.
- Verder is van belang of de consument in staat zal zijn deze keuzes zelfstandig te maken (informatievoorziening) en de mogelijke kartelvorming van de verzekeraars.

5.1 De rol van overheid en verzekeraars op het terrein van farmaceutische zorg

A. van den Berg Jeths

De kosten van farmaceutische zorg (materiaal- en afleverkosten en BTW tezamen) namen in de periode 1989-1997 gemiddeld met 6% per jaar toe. In de jaren 1998-2000 kwam de kostenstijging gemiddeld op ruim 9% per jaar. Dat is aanzienlijk meer dan de kostenstijging in de gehele gezondheidszorg in deze periode. Zowel de overheid als de verzekeraars hebben verschillende instrumenten om de kwaliteit, de toegankelijkheid en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening te bevorderen (de hoofddoelstelling van het beleid ten aanzien van geneesmiddelen). Naast wet- en regelgeving zijn er tal van faciliterende maatregelen die gericht zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid en kostenbeheersing van farmaceutische zorg. Daarbij kan het beleid zijn gericht op een bepaalde actor (producenten, distributeurs, voorschrijvers of consumenten), maar in veel gevallen hebben afzonderlijke beleidsmaatregelen gevolgen voor diverse actoren. Ook zijn veel maatregelen niet uitsluitend gericht op kwaliteit, toegankelijkheid of kostenbeheersing, maar op meerdere van deze aspecten.

In dit hoofdstuk komen alleen de hoofdlijnen van het huidige geneesmiddelenbeleid aan de orde en de geschiedenis van dat beleid voor zover dat thans nog van belang is. Daarnaast worden voorbeelden gepresenteerd van reacties van actoren op diverse maatregelen, waaruit blijkt hoezeer de belangen van de verschillende actoren uiteen liggen. De overheid moet in dit verband ruim worden opgevat: behalve het ministerie van VWS gaat het om instanties, waaraan het ministerie van VWS de uitvoering van delen van het geneesmiddelenbeleid heeft gedelegeerd.

5.1.1 De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen

De rol van de overheid bij het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen is beperkt. Dit is primair een zaak van de farmaceutische industrie, waarbij soms samenwerkingsverbanden met universiteiten worden aangegaan, ook in Nederland. Voor de ontwikkeling van ‘weesgeneesmiddelen’ (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten), heeft de overheid wel een bijzondere verantwoordelijkheid omdat voor de farmaceutische industrie de ontwikkeling van dergelijke geneesmiddelen veelal economisch niet interessant is. In april 2001 heeft het ministerie van VWS voor een periode van vier jaar 1 miljoen gulden per jaar beschikbaar gesteld voor het opzetten van een stuurgroep die zowel fundamenteel als klinisch onderzoek inzake weesgeneesmiddelen moet bevorderen en de informatievoorziening over zeldzame ziekten moet versterken (GMV/VWS/2150629, 2001).

Verder zijn er diverse subsidies om het innovatief geneesmiddelenonderzoek te stimuleren. De ministeries van EZ, VWS en OCW en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) hebben in 1999 het Stimuleringsprogramma voor Innovatief Geneesmiddelenonderzoek en Ondernemerschap (STIGON) opgezet, waarvoor in totaal 20 miljoen gulden (9 miljoen euro) beschikbaar is. Eveneens in 1999 heeft het ministerie van EZ het Life Sciences actieplan ‘Biopartner’ geïnitieerd, waarvoor 100 miljoen gulden beschikbaar is (Meijer et al., 2001). Daarmee worden onder meer subsidies gegeven aan startende bedrijven in de biotechnologie.

5.1.2 Toelating van nieuwe geneesmiddelen tot de markt

Tot 1963 kon iedere fabrikant elk willekeurig geneesmiddel op de markt brengen. In 1963 is een toelatingsbeleid ingevoerd, mede naar aanleiding van het Softenon-drama. Daartoe is het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) opgericht. Bij de beoordeling van een registratie-aanvraag maakt het College een afweging tussen farmaceutische kwaliteit van grondstoffen en eindproduct, werkzaamheid en veiligheid. De toekomstige prijs van het geneesmiddel speelt geen rol in de registratie.

Voordat een geneesmiddel in Nederland tot de markt wordt toegelaten, moet de fabrikant eerst een handelsvergunning krijgen van het CBG of de Europese Commissie. Dit kan op twee manieren: via de nationale procedure (een registratie-aanvraag voor uitsluitend Nederland) dan wel via de Europese of centrale procedure voor de hele Europese Unie. Daartoe is in 1995 de European Medicines Evaluation Agency (EMA) opgericht. Verder is er nog de procedure van wederzijdse erkenning. Dit houdt in dat het geneesmiddel eerst in een één land van de Europese Unie wordt geregistreerd, waarna andere landen deze registratie kunnen overnemen. Voor biotechnologische producten is de centrale procedure verplicht; zie verder tekstblok 5.1.

Tekstblok 5.1: Gevolgen van registratie op Europees niveau.

De laatste jaren vindt beoordeling van geneesmiddelen steeds meer plaats op Europees niveau. De afweging tussen werkzaamheid en schadelijkheid is tot op zekere hoogte subjectief en afhankelijk van de invalshoek. Zo is er tussen de lidstaten van de Europese Unie bijvoorbeeld veel discussie geweest over de registratie van rivastigmine voor de ziekte van Alzheimer vanwege de beperkte klinische betekenis van dit middel. Rivastigmine is uiteindelijk via de centrale procedure wel geregistreerd (Koopmans et al., 2000). Dergelijke verschillen zijn er niet alleen tussen de landen van de Europese Unie, maar ook tussen de

Europese Unie en de Amerikaanse registratieautoriteit, de Food and Drug Administration (FDA). Nationale jurisprudentie en vooral ook lokale tradities en gebruiken in de farmacotherapie spelen hierbij een rol. Dit kan ertoe leiden dat geneesmiddelen in de Europese Unie op de markt worden toegelaten respectievelijk weer worden verwijderd en in de Verenigde Staten niet, of juist omgekeerd. Er zijn echter diverse initiatieven om de verschillen tussen Europa, Amerika en Japan kleiner te maken, zoals de International Conference on Harmonisation.

Om de veiligheid en kwaliteit van homeopathische farmaceutische producten te vergroten moesten al deze producten per 1 januari 2002 zijn geregistreerd (VWS, 2001a). Deze termijn is na protesten van de fabrikanten verlengd tot 1 juni 2002. De registratie vindt plaats bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen aan de hand van een Europese richtlijn. De lidstaten van de Europese Unie zijn niet verplicht om deze richtlijn strikt op te volgen, zodat er verschillen zullen gaan optreden tussen de lidstaten. Zo is in Nederland besloten om zowel alle bestaande als de nieuwe homeopathische farmaceutische producten te beoordelen, terwijl andere landen alleen nieuwe producten zullen beoordelen. Homeopathische producten die niet zijn geregistreerd mogen niet meer worden verkocht. De procedure van wederzijdse erkenning geldt niet voor homeopathische producten. De registratie-eisen voor homeopathische producten zijn niet identiek aan die voor 'gewone' geneesmiddelen.

5.1.3 De omvang van het verzekerde pakket

Geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking indien zij zijn opgenomen in de Regeling Farmaceutische Hulp. Sinds juli 1999 worden alleen die geneesmiddelen vergoed die zijn opgenomen in een 'positieve lijst' die onderdeel uitmaakt van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS). Een groot aantal geneesmiddelen is in 'clusters' ingedeeld, de zogeheten bijlage 1A-middelen. Elk cluster heeft een vergoedingslimiet. Geneesmiddelen die niet clusterbaar zijn en dus geen vergoedingslimiet kennen, zijn opgenomen in bijlage 1B.

De samenstelling van het pakket is in de loop der tijd regelmatig gewijzigd, zowel door het toelaten van nieuwe geneesmiddelen als door het uitdunnen van het bestaande pakket. Om de kostenontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen af te remmen werd medio 1993 het opnemen van nieuwe, niet-clusterbare geneesmiddelen in het verzekerde pakket aan banden gelegd. Alleen nieuwe geneesmiddelen die bestemd zijn voor een ziekte die nog niet medicamenteus kan worden behandeld, kwamen nog voor vergoeding in aanmerking. De overige nieuwe middelen werden in de 'wachtkamer' geplaatst. In juli 1999 zijn de 'wachtkamer-middelen' opnieuw beoordeeld. Een deel hiervan is alsnog in

de vergoeding opgenomen en een deel is afgewezen omdat de therapeutische waarde niet voldoende is aangetoond of omdat de therapeutische meerwaarde de hoge extra kosten niet rechtvaardigt (VWS, 2000a).

Alvorens de Minister een beslissing neemt om een middel voor vergoeding in aanmerking te laten komen wordt de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ gehoord. Dit betreft alleen ziekenfondsverzekerden, maar in het algemeen volgen de particuliere ziektekostenverzekeraars het vergoedingenregime van het ziekenfondspakket. De Minister kan het advies al dan niet overnemen. Indien de Minister besluit om een nieuw geneesmiddel niet in het verzekerde pakket op te nemen kan de fabrikant de zaak aanhangig maken bij de rechter.

In juli 1993 zijn homeopatische en antroposofische geneesmiddelen uitgesloten van vergoeding door de ziekenfondsen. Particuliere ziektenkostenverzekeringen blijven deze middelen soms wel vergoeden, al dan niet via een aanvullend pakket. Dit kan ook gelden voor ziekenfondsverzekerden, die een aanvullende verzekering hebben gesloten. In januari 1994 volgde uitsluiting van een groot aantal zelfzorgmiddelen (pijnstillers, maagmiddelen, hoestdranken, nicotinebevattende middelen, vitamines en mineralen). In april 1996 heeft nogmaals een uitdunning van het pakket plaats gevonden met middelen, waarvan de noodzakelijkheid, effectiviteit of therapeutische waarde onvoldoende is aangetoond. Vanaf september 1999 wordt een zelfzorgmiddel op recept alleen nog vergoed als het geneesmiddel chronisch (langer dan 3 maanden per jaar) moet worden gebruikt. Deze maatregel wordt aangeduid als de '1 septembermaatregel'. Tekstblok 5.2 geeft enkele voorbeelden van reacties op beslissingen over de toelating tot het pakket. De Minister wil in de toekomst informatie uit farmaco-economisch onderzoek gaan gebruiken voor beslissingen over opname van nieuwe geneesmiddelen in het verzekerde pakket. Dit type onderzoek moet inzicht geven in de therapeutische (meer)waarde van het nieuwe geneesmiddel, de extra kosten die het gebruik van het nieuwe middel met zich brengt en de mogelijke besparingen op andere geneesmiddelen en/of therapieën, die behaald kunnen worden. Op verzoek van de Minister heeft het CVZ, bijgestaan door een Voorbereidingscommissie Richtlijnontwikkeling, bestaande uit externe deskundigen, inmiddels het advies 'Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek' uitgebracht (Riteco et al., 1999). Er zijn 19 richtlijnen opgesteld. De richtlijnen geven tezamen de methodologische 'state of the art' weer van het farmaco-economisch onderzoek. Er dient farmaco-economisch onderzoek te worden uitgevoerd als de fabrikant voor een nieuw middel een meerwaarde claimt ten opzichte van bestaande behandelingen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering en financiering van dit onderzoek voor nieuwe geneesmiddelen ligt bij de fabrikant, die daarbij gebruik dient te maken van de 'Handleiding voor kostenonderzoek' (Oostenbrink et al., 2000). Met de definitieve invoering is een aantal jaren gemoeid. Per 1 februari 2002 gaat een overgangperiode in. Vanaf 2005 zal het indienen van een farmaco-economisch dossier verplicht zijn. Voor weesgeneesmiddelen zal een verlichte procedure worden ingevoerd omdat een volledig farmaco-economisch onderzoek vanwege kleine patiëntengroepen vaak niet haalbaar is (GMV/VWS/2150629, 2001).

Tekstblok 5.2: Voorbeelden van reacties op beslissingen over het toelaten tot het pakket.

Een NIVEL-onderzoek naar de effecten van de '1 septembermaatregel' laat zien dat het aantal door huisartsen voorgeschreven zelfzorgmiddelen in de eerste vier maanden na invoering van de maatregel aanzienlijk was afgenomen, maar dat het effect eind 1999 nog niet maximaal was. Het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (die geheel van vergoeding zijn uitgesloten), werd bijna gehalveerd in de maanden september-december 1999. Het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen voor langdurend gebruik nam met een kwart af. De verschillen tussen praktijken zijn groot in de mate waarin een afname heeft plaats gevonden. Verder was het effect van de maatregel in hoge mate middelspecifiek. Bij de daling van het aantal voorgeschreven middelen voor kortdurend gebruik zorgde aciclovir voor driekwart van de daling. Bij de daling van het aantal voorgeschreven middelen voor langdurend gebruik waren het paracetamol en ibuprofen die ruim de helft van de daling voor hun rekening namen. Daartegenover stonden duidelijke toenames van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik bij obstipatie en niet-insuline afhankelijke diabetes. Er zijn weinig aanwijzingen voor substitutie naar wel vergoede middelen met dezelfde werkzame stof; patiënten met chronische klachten lijken inderdaad te zijn ontzien. Voor zorgverzekeraars is de '1 septembermaatregel' moeilijk te controleren (Biermans et al., 2000b).

Door geneesmiddelenproducenten worden beslissingen van de Minister van VWS inzake de toelating tot het pakket regelmatig via rechtszaken aangevochten. Tegen de beslissing van de Minister om sildenafil (Viagra[®]) niet in het pakket op te nemen - ook niet voor de beperkte indicaties erectiestoornissen als gevolg van diabetes mellitus en dwarslaesie, waarvoor een positief advies was uitgebracht door het CVZ - heeft de fabrikant een rechtszaak aangespannen. In eerste instantie heeft de rechter de Minister in het gelijk gesteld, maar de fabrikant is in hoger beroep gegaan. Ook het antistollingsmiddel clopidogrel is door de Minister in eerste instantie afgewezen voor opname in het vergoedingspakket na een positief advies van het CVZ voor beperking van de indicatie tot 'personen die overgevoelig zijn voor aspirine.' Het Ministerie van VWS heeft het hoger beroep verloren dat de fabrikant had aangespannen, zodat clopidogrel nu voor deze beperkte indicatie is opgenomen in het pakket.

Ten aanzien van een antibioticum, het combinatiepreparaat amoxicilline/clavulaanzuur, heeft de fabrikant getracht de vergoedingsprijs te beïnvloeden nadat het octrooi op het middel was verlopen. Door een bepaalde aflevervorm van het eigen product van de markt te halen kon er geen GVS-cluster meer gevormd worden en dus ook geen limietprijs. Omdat er echter een tweede fabrikant was die dit middel op de markt bracht, had dit voor de eerste fabrikant niet het gewenste effect.

5.1.4 Prijzen en vergoedingen van geneesmiddelen

Prijzen en vergoedingen van geneesmiddelen zijn in Nederland sterk met elkaar verweven. Wat betreft de vergoedingen van geneesmiddelen die in het verzekerde pakket zijn opgenomen bestaan er twee groepen. De eerste groep bestaat uit clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen. Bij invoering van het GVS golden hiervoor de volgende criteria: een gelijksoortige werking of gelijksoortig werkingsmechanisme, een gelijksoortig toepassingsgebied en een gelijke toedieningsweg, waarbij klinisch relevante verschillen in eigenschappen ontbreken, en bestemd voor dezelfde leeftijdscategorie. Omdat er bij onderlinge vervangbaarheid geen reden is voor grote verschillen in de vergoedingsprijs, geldt voor deze geneesmiddelen een vergoedingslimiet. Indien de fabrikant een hogere prijs vaststelt, moet de patiënt het meerdere bijbetalen. Na invoering van het GVS stemmen fabrikanten hun prijzen af op deze vergoedingslimieten, zowel naar boven als naar beneden.

Het criterium van gelijksoortige wijze van werking of gelijksoortig werkingsmechanisme zal per 1 februari 2002 vervallen. Voorts zal het criterium ‘gelijke toedieningsweg’ worden gewijzigd. Met de voortschrijdende ontwikkeling in de wetenschap komen steeds meer geneesmiddelen ter beschikking die via andere toedieningswegen kunnen worden gegeven. Om nieuwe toedieningsvormen ook in te kunnen delen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen, is gekozen voor een meer algemene indeling van toedieningsvormen. Voor het GVS worden voortaan vier verschillende toedieningswegen onderscheiden: of een toediening wel of niet door middel van een injectie plaatsvindt en vervolgens of het beoogde therapeutisch effect via de systemische route (het gehele lichaam) of ter plekke (lokaal) plaats vindt (Koninklijk Besluit 1 juli 1999). In hoofdstuk 2 van deel B komt een voorbeeld aan de orde van het belang van deze bepaling.

De tweede groep bestaat uit geneesmiddelen die niet geclusterd kunnen worden. Deze kunnen onder nadere voorwaarden (bijvoorbeeld beperking tot bepaalde patiëntengroepen) worden opgenomen in het GVS. Als deze eenmaal zijn toegelaten tot het verzekerde pakket kennen ze geen vergoedingslimiet en komen dus volledig voor vergoeding in aanmerking. Zoals hiervoor aangegeven zullen alle nieuwe niet-clusterbare geneesmiddelen vanaf 2005 worden beoordeeld aan de hand van een farmaco-economisch dossier voor toelating tot het verzekerde pakket.

Behalve het GVS is de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) een belangrijk beleidsinstrument. Op grond van deze wet zijn in juni 1996 maximum-prijzen vastgesteld omdat de geneesmiddelenprijzen in Nederland hoger waren dan in de omringende landen. De maximale apotheekinkooprijzen worden vanaf dat moment gebaseerd op het gemiddelde prijsniveau van vergelijkbare geneesmiddelen in vier ‘referentielanden’ (Duitsland, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk). De maximumprijzen worden halfjaarlijks aangepast, waarbij bovendien koersschommelingen een rol spelen. Het ministerie van VWS gaat er van uit dat de geneesmiddelenprijzen door de invoering van de WGP gemiddeld 20% zijn gedaald. Het besparingseffect op de prijzen bedroeg volgens de SFK twee jaar na invoering van de WGP 12% (SFK, 1998). Zie verder tekstblok 5.3.

Het GVS is onderzocht op juridische en kwalitatieve consequenties (Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn/Europa Instituut, 2001). In juridisch opzicht is het GVS kwetsbaar omdat het de generieke middelen bevoordeelt ten opzichte van specialités. De productiekosten van generieke middelen zijn in het algemeen lager dan van specialités, maar door het systeem van vergoedingslimieten hanteren fabrikanten prijzen op of dicht bij deze limieten, waardoor de winstmarges van generieke middelen relatief hoger zijn. Ook kan er een probleem ontstaan met betrekking tot de kwaliteit van de therapie. Indien er een bijbetaling geldt voor een middel van eerste keus van de arts staat hij voor het dilemma om de patiënt op te zadelen met een bijbetaling of een ander middel te kiezen.

Tekstblok 5.3: Reacties op prijsmaatregelen: enkele voorbeelden.

In juni 1994 verlaagden de fabrikanten de prijzen met gemiddeld 5% voor een termijn van twee jaar, nadat de overheid het voornemen bekend had gemaakt om de GVS-limieten met 15% te verlagen (ZFR, 1998).

De Raad van State heeft in een hoger beroepszaak tussen groothandel OPG en het Ministerie van VWS in het najaar van 1998 vastgesteld dat het Ministerie de maximumprijzen op een onjuiste wijze heeft berekend door alleen de goedkoopste verpakkingen mee te nemen uit de vier ons omringende landen in plaats van alle verpakkingen. Herstel van deze berekening leidt in algemene zin tot verhoging van de maximumprijzen, waardoor op jaarbasis naar schatting 85 miljoen gulden minder wordt bespaard (VWS, 1998).

Sinds de invoering van de 'claw-back' in 1999

(een algehele korting van 6,82% op de inkoop-prijzen die apothekers in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars teneinde de kortingen en bonussen af te romen) zouden de fabrikanten voor zover mogelijk prijsverhogingen hebben doorgevoerd om zo veel mogelijk ruimte te creëren voor additionele kortingen en bonussen aan de apotheker (GMT-G/VWS-2237268, 2001). Volgens de SFK wordt dit niet bevestigd door de feitelijke prijsontwikkelingen in de periode januari 2000-oktober 2001. De prijzen zijn gemiddeld met 1% gedaald in deze periode. Voor specifieke middelen is het beeld soms sterk afwijkend met sterke prijsverlagingen of verhogingen. Rond de maanden maart en oktober zijn de geneesmiddelenprijzen in beperkte mate in beweging. Dit zijn de momenten waarop de overheid de wettelijke maximumprijzen actualiseert (SFK in Pharm Weekbl 2001; 136: 1907).

In juni 2000 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen om het GVS af te schaffen. De minister van VWS ontwikkelt een stappenplan om het GVS te 'ontmantelen'. Verder zal er per 1 februari 2002 een vereenvoudiging worden aangebracht in de criteria voor de clusterindeling van de geneesmiddelen. Er wordt onderzocht of de vergoedingslimiet per cluster op de laagste prijs kan worden gesteld in plaats van de gemiddelde prijs en of generieke geneesmiddelen op een andere, meer marktconforme manier kunnen worden behandeld in het GVS. Door het systeem van vergoedingslimitieten zijn de prijsverschillen tussen specialités en generieke middelen gemiddeld terug gelopen van 20% tot 4% (GMT-G/VWS/2237268, 2001).

De SFK acht het niet onaannemelijk dat de geneesmiddelenprijzen substantieel gaan stijgen als het GVS wordt afgeschaft. Als de geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen optrekken tot het niveau van de maximumprijzen leidt dat tot een jaarlijkse kostenstijging van meer dan een miljard gulden (455 miljoen euro; SFK, 2001a). Het CVZ schat dat het afschaffen van het GVS op dit moment leidt tot geraamde meerkosten van circa 521 miljoen gulden (ongeveer 237 miljoen euro) per jaar (Van Luijn, 2001a).

5.1.5 De afleververgoeding voor apothekhoudenden

Het beleid ten aanzien van de afleververgoeding voor apothekhoudenden is in de afgelopen jaren eveneens regelmatig gewijzigd. In januari 1988 werd een verrichtingentarief voor apothekers geïntroduceerd, de receptregelvergoeding. Apothekers ontvingen vanaf dat moment een vast bedrag per receptregel voor hun dienstverlening. Tegelijkertijd werden handelsvoordelen van apothekhoudenden teruggedrongen. De werkelijke inkooprijzen moesten worden gedeclareerd, maar de functionele kortingen en betalingskortingen mochten worden behouden (totaal 4%). In de jaren daarna vonden

diverse aanpassingen plaats in de tariefstructuur, waarbij een wisselende ‘uitruil’ plaatsvond tussen inkoopvoordelen (bonussen en kortingen) en de hoogte van de receptregelvergoeding (zie ook hoofdstuk 2 van deel A). Voor de jaren 2000-2002 hebben de Minister van VWS en de apothekers een accord bereikt, waarin een wettelijk kortingspercentage wordt toegepast op de materiaalprijzen van 6,82% tot een maximum van 15 gulden (6,81 euro); zie ook hoofdstuk 2 van deel A.

Eveneens in januari 1988 is de Stimulansregeling ingevoerd. Apotheekhoudenden mogen een derde van het prijsverschil tussen het duurdere voorgeschreven middel en het goedkopere (meestal generieke of parallel-geïmporteerde) afgeleverde product behouden. In april 1989 wordt de stimulans verlaagd naar 20%, maar in oktober 1991 wordt deze weer verhoogd naar 33,3%. Per 1 januari 2000 is de receptregelvergoeding met f0,32 gekort (0,15 euro) als stimulans om doelmatig in te kopen. De stimulansregeling blijft als zodanig wel bestaan. Tekstblok 5.4 geeft nadere details van de uitwerking van de Stimulansregeling in de praktijk.

Tekstblok 5.4: De Stimulansregeling in de praktijk.

In 1996 bespaarden openbare apotheken naar schatting 119 miljoen gulden (54 miljoen euro) door generieke substitutie, maar in 1997 was dit teruggelopen tot 70 miljoen gulden (bijna 32 miljoen euro; SFK, 1998). De oorzaak van deze afnemende besparingen is onder meer dat de prijsverschillen tussen generieke geneesmiddelen en de

originele specialités zijn terug gelopen van 20% tot nauwelijks 5%, mede onder invloed van de WGP. Dit komt omdat er voor geneesmiddelenproducenten op dit moment weinig prikkels bestaan om elkaar te beconcurreren via de geneesmiddelenprijs vanwege wettelijke prijsregels (SFK, 2001a).

Het beleid ten aanzien van apotheekhoudenden is er op gericht de werkzaamheden te verleggen naar het begeleiden en adviseren van individuele patiënten en het ondersteunen van de voorschrijvers via advisering en terugkoppeling over het voorschrijfgedrag. Financiële prikkels tot ondoelmatig afleveren worden tegengegaan door zorg en handel (inkoop) te scheiden (VWS, 2001a). De wijzigingen in de wet- en regelgeving ten aanzien van het aantal afleverpunten voor geneesmiddelen zijn al aan de orde gekomen in hoofdstuk 2 van deel A.

5.1.6 De bevordering van kwaliteit en doelmatigheid in het voorschrijven

In januari 1991 namen betrokken partijen voor het eerst op zich het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO) te bevorderen. Het FTO houdt in dat huisartsen en apothekers op regionaal niveau afspraken maken met als doel het voorschrijven te rationaliseren. Op dit moment functioneren met steun van VWS ongeveer 800 FTO-groepen. Zij worden ook ondersteund door de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening, die wordt gesubsidieerd door VWS. Het ministerie van VWS wil het FTO uitbreiden tot het Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO), waarbij naast huisartsen en apothekers ook specialisten en ziekenhuisapothekers zijn betrokken. Doel hiervan is om de samenwerking van artsen en apothekers binnen en buiten het ziekenhuis te bevorderen.

Het ministerie van VWS heeft eind 1995 een programma ‘voorschrijven op stofnaam’ (VOS) ingevoerd, zodat indien beschikbaar generieke middelen in plaats van merkgenesmiddelen kunnen worden afgeleverd door de apotheker. Vanaf 1995 is het percentage voorschriften op stofnaam gestegen van 30% via 41% in 1997 tot 51% in 1998. Huisartsen die gebruik maakten van een VOS-module in hun computer haalden gemiddeld hogere percentages dan huisartsen die handmatig hun recepten schreven (Grielen et al., 1999). Ook de invoering van een Electronisch Voorschrijf Systeem (EVS) moet bijdragen aan het doelmatig voorschrijven. Uit een recent onderzoek van het NIVEL naar de besparingen door het gebruik van het EVS blijkt dat hierdoor in 2002 52 miljoen gulden (bijna 24 miljoen euro) extra kan worden bespaard doordat meer huisartsen overgaan op een EVS. Het Ministerie van VWS had gerekend op 315 miljoen (143 miljoen euro; Wolters et al., 2001); zie verder tekstblok 5.5.

Tekstblok 5.5: Proeftuinen.

In zeven regio's (proeftuinen voor FT(T)O) hebben de ‘veldpartijen’ gezamenlijk van 1999 tot 2001 onder meer ervaring opgedaan met het samenstellen van een formularium, het ontwikkelen van prescriptieterugkoppeling en het automatiseren van het formularium. De regionale zorgverzekeraars zijn eveneens betrokken bij deze projecten. In 2001 hebben zij de regie en de financiering van VWS overgenomen inzake de proeftuinen. In juli 2001 was het eerste transmu-

rale formularium gereed in de proeftuin Apeldoorn. Het formularium, waarbij 50 artsen en apothekers waren betrokken en 200 andere zorgverleners, bevat 159 indicaties. De implementatie laat, met name bij de medisch specialisten, nog te wensen over. Zij hebben echter ook te maken met het ziekenhuisformulium. Verwacht wordt dat voor veranderingen in het voorschrijfgedrag tenminste drie jaar benodigd is (Toering, 2001b).

Goede effectmetingen van kwaliteits- en doelmatigheidsverhoging zijn vanwege de korte looptijd nog niet mogelijk. Duidelijk is wel geworden dat effectmeting lastig is door beperkte of moeizame toepassing van ICT, weerstanden, belangenbescherming, ontbreken van indicatie op recept, en onvolledige registratie bij SFK en zorgverzekeraars. Op procesniveau zijn al wel veel resultaten geboekt, zoals het opzetten van een projectorganisatie, het op gang brengen van samenwerking tussen verschillende disciplines en het geven van persoonlijke inzichten die het voorschrijfgedrag beïnvloeden. Op het vlak van optimalisatie van de inkoop van geneesmiddelen en de regierol van de verzekeraar zijn tot medio 2001 niet of nauwelijks initiatieven ontplooid binnen de proeftuinen (Deloitte & Touche Bakkenist, 2001).

5.1.7 Regie van overheid naar verzekeraars

Het beleid is erop gericht dat verzekeraars een steeds grotere rol krijgen bij de farmaceutische zorg. Begin 2001 is door het CVZ een inventarisatie opgesteld van de betrokkenheid van verzekeraars bij het bevorderen van de doelmatigheid in de farmaceutische zorg (Gerritsen & Bruijn; 2001). Uit een enquête onder alle 25 zorgverzekeraars met een ziekenfondspoot blijkt dat driekwart aandacht besteedt aan het thema doelmatigheid. Alleen zijn de activiteiten op dit gebied zeer divers wat betreft aard, omvang en resultaatgerichtheid. De zorgverzekeraars hebben vaak maar één of enkele

mensen die zich bezig houden met het dossier farmacie. Gezien de complexiteit van de farmaceutische hulp zouden volgens het CVZ meer mensen, middelen en kennis moeten worden ingezet bij de zorgverzekeraars. Voor een succesvolle verbetering van de doelmatigheid raadt het CVZ de zorgverzekeraars aan te kiezen voor een regionale aanpak en voor een voldoende omvang van de verzekerdenpopulatie (zie verder tekstblok 5.6). Het CVZ heeft de zorgverzekeraars ook gevraagd naar de belemmeringen die verzekeraars ervaren bij het bevorderen van doelmatigheid. De drie belangrijkste zijn: beïnvloeding van voorschrijvers door de farmaceutische industrie, onvoldoende mogelijkheden van de verzekeraar tot beïnvloeding van de voorschrijvers en het honoreringssysteem voor farmaceutische hulp (Gerritsen & Bruijn, 2001).

Tekstblok 5.6: Activiteiten zorgverzekeraars ter bevordering doelmatigheid inkoop en distributie.

Behalve voor één zorgverzekeraar die een eigen apotheek bezit, bevonden in het voorjaar van 2001 de activiteiten van de overige zorgverzekeraars op het terrein van een doelmatiger inkoop en distributie van farmaceutische hulp zich nog in het stadium van 'voorbereiding'. Dit loopt uiteen van het voeren van gesprekken met zorgverleners, groothandel en industrie, studie van het verband waarin en de schaal waarop men eventueel wil inkopen, het opstellen van raamcontracten voor de levering van specifieke geneesmiddelen (groepen) voor een aanbestedingstraject tot besprekingen met samenwerkingsverbanden en ketens van apotheken (Gerritsen & Bruijn, 2001). Ook in de eerste evaluatie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de nieuwe aanpak worden tal van voorbeelden van nieuwe initiatieven genoemd. ZN waarschuwt eveneens dat het niet mogelijk is om op korte termijn resultaten te boeken. Hindernissen leiden tot vertraging van diverse doelstellingen, zoals het geringe gebruik van het Electronisch Voorschrijf Systeem (Zorgverzekeraars Nederland, 2001).

In augustus 2001 is door zorgverzekeraar Het Zilveren Kruis/Achmea een experiment gestart met een voorkeurslijst van geneesmiddelen, die in samenwerking met hulpverleners is opgesteld voor de regio Kennemerland teneinde de geneesmiddelenkosten te beheersen. Dit experiment is goedgekeurd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) omdat deze maatregel maar een

klein deel van de verzekerden treft (NRC, 24 augustus 2001). Op het moment dat een dergelijke lijst voor alle verzekerden (landelijk of regionaal) zou worden ingevoerd ontstaat er mogelijk een probleem omdat er dan sprake kan zijn van beperking van concurrentie.

Zorgverzekeraars beschikken al lange tijd over de mogelijkheid om 'beloningen' te geven aan artsen en apothekers voor het doelmatig voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen (Stokx et al., 1992). Ook op dit moment vinden er dergelijke initiatieven plaats, bijvoorbeeld een project in Zuid-Limburg, waarbij huisartsen financieel worden beloond voor doelmatig voorschrijven. De huisartsen mogen van zorgverzekeraar CZ de besparingen gebruiken als vergoeding voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Om dit mogelijk te maken moest VWS wel wettelijke beperkingen opzij schuiven. Volgens het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is die afspraak in strijd met de wet. Als de verzekeraar extra wil betalen voor de diensten, moeten daar eerst landelijke tarieven voor komen. Ook de tarieven voor doelmatiger voorschrijven ontbreken. De Wet Tarieven Gezondheidszorg kent geen regels voor lokale experimenten. Volgens het CTG heeft het Ministerie het CTG te laat bij de besluitvorming betrokken. Voor afwijkende tariefafspraken is eerst een CTG-besluit nodig (de Volkskrant, 28 december 2001).

Deze punten komen ook terug in het in 2000 uitgebrachte kabinetsstandpunt over de farmaceutische zorg: onvoldoende doelmatig voorschrijven door artsen, commercieel gedrag van apotheekhoudenden, onvoldoende regie door verzekeraars op medisch-farmaceutische zorg, onvoldoende kritisch en ondoelmatig geneesmiddelengebruik en agressief marktgedrag van industrie/producenten en groothandel (VWS, 2000e). Volgens dit kabinetsstandpunt is met het in de afgelopen jaren gevoerde beleid de uitgavenontwikkeling niet structureel omgebogen en lijken de grenzen van de traditionele regu-

lering in zicht. Ook in de Zorgnota 2002 wordt gesteld dat de grenzen van de centrale aanpak zijn bereikt. Gedragsverandering bij de voorschrijvers en de verzekeraars staat nu centraal om een kwalitatief betere en meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening te bereiken (VWS, 2001a).

Voorts wil de Minister van VWS de bestaande reclamerichtlijnen aanscherpen. Het nieuwe Besluit geneesmiddelenreclame zal op concrete wijze aangeven aan welke voorschriften men zich dient te houden bij het maken van reclame en het accepteren van financiële vergoedingen. Het reclametoezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan zich dan concentreren op excessen en voor het overige zou sprake moeten zijn van zelfregulering, o.a. via de in 2000 gestarte Stichting Code Geneesmiddelenreclame (GMV/VWS-2191036, 2001).

In hoofdstuk 4 van deel B wordt nader ingegaan op de toekomstige taken van de overheid op het terrein van farmaceutische zorg en de mogelijkheden voor verzekeraars om een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening te bevorderen.

5.1.8 Kwaliteitsbewaking van geneesmiddelen na toelating tot de markt

De waarde van (nieuwe) geneesmiddelen wordt pas duidelijk bij toepassing in de praktijk. De balans tussen veiligheid en werkzaamheid op patiënt- en populatieniveau kan er in de praktijk van alledag anders uitzien dan in de klinische onderzoeken die zijn uitgevoerd voorafgaande aan de registratie van het middel. Daarom is 'postmarketing surveillance' van groot belang. Soms duurt het jaren voordat de schadelijkheid van een geneesmiddel onderkend en gekwantificeerd is, soms gebeurt dat al na korte tijd. Dit kan tot gevolg hebben dat het middel uit de handel wordt genomen, in andere gevallen worden maatregelen genomen om de risico's te beperken (zoals verscherping van de richtlijnen bij het voorschrijven). Het komt ook voor dat een vermoeden op een veiligheidsprobleem nooit kan worden opgehelderd. Tekstblok 5.7 geeft enkele voorbeelden. Signalen dat de balans tussen werkzaamheid en veiligheid doorslaat naar de ongunstige kant, worden ontleend aan publicaties in wetenschappelijke tijdschriften, rapportages door de fabrikant zelf (deze is daartoe verplicht) of de Stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (LAREB). LAREB vraagt aan artsen en apothekers te rapporteren over ongewenste bijwerkingen van geneesmiddelen. Er vindt regelmatig afstemming plaats met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. LAREB valt onder de verantwoordelijkheid van het Agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, dat de geneesmiddelenbewaking in Nederland coördineert. LAREB stelt haar gegevens ter beschikking aan het internationale Uppsala Monitoring Centre van de Wereld Gezondheids Organisatie.

Ook worden er, onder meer bij het CVZ en de Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO), signalen verzameld over een ondoelmatige toepassing van (nieuwe) geneesmiddelen en vindt er op gesubsidieerde wijze onderzoek plaats naar de waarde en doelma-

tigheid van een aantal uit deze signalen geselecteerde toepassingen. De signalen kunnen ook rechtstreeks worden ingebracht in het regionaal FTO.

Tekstblok 5.7: Voorbeelden van 'onveilige' geneesmiddelen.

In het begin van de jaren 80 werd het antireumatischum indometacine (in een 'controlled release' toedieningsvorm, d.w.z. met vertraagde afgifte) geassocieerd met ernstige maag-darmschade. Dit werd nooit opgehelderd omdat de fabrikant het middel vrij snel na het bekend worden van de problemen van de markt haalde (Egberts & Leufkens, 2001).

In 1994 werd tenidap geregistreerd, een middel voor de behandeling van reumatoïde artritis. De verwachtingen over de effectiviteit van dit middel waren hooggespannen. Het kreeg in Nederland de Galenusprijs voor innovatieve geneesmiddelen. Het is echter nooit in de handel geweest wegens een negatief advies van de Amerikaanse Food and Drug Administration. De reden hiervoor was onder andere de hoge frequentie van proteïnurie (eiwit in de urine) bij gebruikers (Nab & Breedveld, 2001).

Een recent voorbeeld is dat van de cholesterolverlager cerivastatine. Het werd in augustus 2001 uit de handel genomen nadat er een verband was vastgesteld tussen het gebruik van dit middel en het optreden van myopathie/radomyolyse (spierzwakte), hetgeen kan leiden tot acuut nierfalen. Overigens betroffen de meldingen vooral gevallen waarin cerivastatine in combinatie met gemfibrozil werd gebruikt (Horikx, 2001).

Tenslotte het voorbeeld van de COX-2-remmers, ontstekingsremmende pijnstillers, waarvan geclaimd wordt dat ze minder maag-darm-bezwaren hebben dan de tot dan toe bestaande middelen, de NSAID's. Celecoxib is geregistreerd voor de behandeling van artrose en reumatoïde artritis, terwijl rofecoxib alleen voor behandeling van artrose is geregistreerd. Medio 2001 verschenen de eerste signalen in de literatuur over een verhoogd risico op een hartinfarct bij gebruikers van celecoxib en rofecoxib (Kievits, 2001).

5.2 De rol van overheid en verzekeraars op het terrein van medische hulpmiddelen

G.W.M. Peters-Volleberg

5.2.1 Toelating, verstrekking en toezicht

In de Europese regelgeving worden medische hulpmiddelen opgedeeld in vier risicoklassen: Klasse I, IIa, IIb, en III. Klasse I heeft een laag risico, klasse IIa en IIb een matig, en klasse III een hoog risico. Uitgangspunten voor dit classificatiesysteem zijn: de tijdsduur van contact tussen hulpmiddel en patiënt, de mate waarin en de wijze waarop het hulpmiddel het lichaam binnendringt, en de mate waarin de anatomie door het hulpmiddel wordt beïnvloed. Afhankelijk van de risicoklasse zijn er verschillende beoordelingsprocedures voor de toelating tot de Europese markt van toepassing. Productspecifieke methoden voor het aantonen van veiligheid en functionaliteit worden voortdurend in de vorm van nationale en Europese normen verder uitgewerkt. Het is voor een fabrikant niet verplicht deze normen te volgen, maar het vereenvoudigt wel de toekenning van een CE (Conformité Européene)-keurmerk. Na goedkeuring mag een CE-keurmerk worden aangebracht, waarmee toegang tot de nationale en Europese

markt is verkregen. Er is geen centraal overzicht van toegelaten hulpmiddelen op de markt (zoals het Register van geneesmiddelen, RVG).

In Nederland zijn er door de Minister van VWS twee instanties aangewezen, de zogeheten Notified Bodies, (KEMA en TNO) die dit CE-merk mogen verlenen aan hulpmiddelen uit de klassen II en III. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de Notified Bodies. Voor klasse I hulpmiddelen verleent de fabrikant zelf dit CE-keurmerk. Fabrikanten van klasse I hulpmiddelen moeten zich melden bij de IGZ, en een ‘technisch dossier’ ter beschikking van de IGZ houden waaruit blijkt dat het product aan de eisen voldoet. IGZ houdt hierop toezicht door onder andere steekproefsgewijs te controleren of hulpmiddelen een CE-keurmerk hebben, en of het verplichte registratiedossier aan de wettelijke eisen voldoet. Uit tekstblok 5.8 blijkt dat deze ‘zelfcertificering’ nog niet altijd correct wordt uitgevoerd. Op maat gemaakte hulpmiddelen krijgen geen CE-merk, hoewel ze wel aan de CE-eisen moeten voldoen.

Nadat een hulpmiddel in de handel is gebracht moeten fabrikanten een systematische procedure hebben, waarmee zij de opgedane ervaringen met de hulpmiddelen volgen. Volgens het Besluit Medische Hulpmiddelen moeten ernstige incidenten met hulpmiddelen worden gemeld bij de IGZ (VWS, 1995). Uit een analyse van de incidentenregistratie voor medische hulpmiddelen over het jaar 1999 van de IGZ blijkt dat het grootste gedeelte van de meldingen het gevolg is van productfouten. De meeste van deze fouten hadden betrekking op hulpmiddelen uit de hoogste risicoklassen: 42% van het totale aantal meldingen van 1999 had betrekking op invasieve en implanteerbare hulpmiddelen zoals katheters, stents, pacemakers en heupprothesen (Verhoeve, 2001). Een aantal andere partijen in Nederland (o.a. Prismant, KBOH, TNO) voert ook een incidentenregistratie; zie verder tekstblok 5.8.

Tekstblok 5.8: Toezicht bij Klasse I medische hulpmiddelen.

IGZ heeft in 2000 bij 23 producenten van klasse I medische hulpmiddelen getoetst of aan de eisen uit het Besluit Medische Hulpmiddelen werd voldaan. De technische dossiers bleken in bijna alle gevallen voor verbetering vatbaar, of waren soms zelfs niet aanwezig. De vereiste risicoanalyse (waarin fabrikanten aangeven welke potentiële gevaren aan een hulpmiddel kleven en hoe zij de onderkende gevaren verminderd hebben) was vaak marginaal uitgewerkt. De resultaten werden

bevestigd door een onderzoek dat het RIVM voor IGZ heeft uitgevoerd naar de kwaliteit van de technische dossiers. Uit het onderzoek bleek verder dat slechts 8 van de 23 bedrijven een goede procedure hadden om de producten te volgen als ze in de handel zijn: bij tweederde voldoet deze niet. Zo ontbrak bij het merendeel van de fabrikanten een procedure voor het geval een hulpmiddel van de markt gehaald zou moeten worden (IGZ, 2001b).

Anders dan bij geneesmiddelen is er geen instantie die vooraf bepaalt of een tot de markt toegelaten hulpmiddel tot de aanspraak behoort. Als een hulpmiddel op de markt is en onder een categorie-omschrijving in de Regeling hulpmiddelen 1996 valt, bestaat in principe aanspraak op het hulpmiddel. De minister draagt de eindverantwoordelijkheid voor de samenstelling van het verstrekkingenpakket voor de ziekenfondsen. Zij wordt hierin geadviseerd door de Gezondheidsraad en het CVZ. De meeste particuliere verzekeringen volgen hierbij de Regeling hulpmiddelen 1996, zoals die geldt voor ziekenfondsverzekerden. De verstrekking van hulpmiddelen is geregeld vanuit:

- de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ); intramurale hulpmiddelen samenhangend met de in de AWBZ-instellingen gegeven behandeling en verpleging, en bruikleen via kruisorganisaties;
- de Ziekenfondswet (ZFW); de verstrekkingen van de hulpmiddelen volgens de Regeling hulpmiddelen 1996;
- de Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ); regelt de aanspraak op hulpmiddelen in het standaardpakket van de particuliere verzekeringen;
- de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG): vervoersvoorzieningen, rolstoelen en woonvoorzieningen voor mensen met beperkingen; de gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk;
- de Wet op de Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA): hulpmiddelen ten behoeve van het verrichten van arbeid (aanpassingen van de werkplek, vervoer van en naar werk en school, traplift bij thuiswerken etc.).

De verstrekking van medische hulpmiddelen door de huisarts is grotendeels vastgelegd in de Regeling hulpmiddelen 1996. In deze regeling wordt aangegeven welke voorwaarden (zoals een gebruikstermijn) worden gesteld aan het recht op een hulpmiddel. Deze voorwaarden beperken niet de verstrekking als zodanig, maar wel de aanspraak erop. Daarnaast worden voor sommige hulpmiddelen ook toepassingsindicaties gehanteerd, waardoor eveneens een beperking in de aanspraak gerealiseerd wordt. Sommige hulpmiddelen die ook veelvuldig door de huisarts worden voorgeschreven, worden door andere regelingen vergoed. Verbandmiddelen en dieetpreparaten bijvoorbeeld, vallen onder de Regeling Farmaceutische Hulp Ziekenfondswet, en rolstoelen en woningaanpassingen tot 45.000 gulden (20.500 euro) worden door de WVG geregeld (Biermans et al., 2000a).

De Algemene Rekenkamer heeft onderzoek verricht naar de Regelingen voor verstrekking van hulpmiddelen in de periode 1996-1999. De conclusie was dat de (tussen)doelen en in te zetten beleidsinstrumenten van het extramurale hulpmiddelenbeleid niet in samenhang met elkaar zijn gepresenteerd. Centrale begrippen in het beleid zijn onvoldoende uitgewerkt, zodat onduidelijk is wat de minister precies wilde bereiken. Daarom is volgens de Rekenkamer niet goed vast te stellen of, en zo ja in welke mate het hoofddoel van het hulpmiddelenbeleid - het zorgdragen voor een voorzieningenpakket dat mensen in staat stelt normaal aan de samenleving deel te nemen tegen aanvaardbare kosten - bereikt wordt. Uit onderzoek van patiëntendossiers bleek dat bij het verstrekken van hoorhulpmiddelen de Regeling hulpmiddelen 1996 in 3% van de gevallen werd nageleefd; bij hulpmiddelen voor de mobiliteit was dit 5%. De Algemene Rekenkamer beveelt aan om andere veldpartijen dan zorgverzekeraars, bijvoorbeeld patiëntenorganisaties en leveranciers, een rol te geven in het hulpmiddelenbeleid. Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) zou een onderzoek moeten uitvoeren naar de mate waarin ziekenfondsen controletaken uitbesteden aan leveranciers en wijze waarop ziekenfondsen daar toezicht op houden. De minister vindt het onderzoek van de Rekenkamer onvolledig en onvoldragen. Zij kan zich niet vinden in de onderzoeksperiode 1996-1999 en is van mening dat er te weinig wordt ingegaan op de historische context en de ontwikkelingen na 1999. Verder sluiten de aanbevelingen uit het rapport aan bij het reeds in gang gezette beleid (Algemene Rekenkamer, 2001).

Het ministerie van VWS heeft CVZ in november 2000 verzocht jaarlijks te rapporteren over de signalen op het gebied van hulpmiddelen die het CVZ bereiken omtrent knelpunten of lacunes in de wet- en regelgeving. Het Signaleringsrapport Hulpmiddelen, dat in april 2001 is uitgebracht (Visser, 2001), vormt de basis voor de jaarlijkse actualisatie van de Regeling hulpmiddelen 1996. Zo werd de aanbeveling gedaan om de gebruikstermijn voor hoortoestellen te laten vervallen bij verzekerden onder de 16 jaar, de aanspraak op huidbeschermende middelen voor stomapatiënten te verruimen, de aanspraak op de draagbare, uitwendige infuus pomp parallel te laten lopen aan de aanspraak op de geneesmiddelen en de opleidingseisen voor leveranciers van elastische kousen in de Regeling aan te passen.

5.2.2 Beleid Ministerie van VWS tot op heden

Het beleid was de afgelopen jaren gericht op kostenbeheersing, aangezien de uitgaven aan extramurale hulpmiddelen jaarlijks fors stegen. Voor ziekenfondsverzekerden stegen de kosten in 1997 met ruim 27% en in 1998 met ruim 14% (gegevens over particulier verzekerden ontbreken). Deze stijging kent een volume- en een prijscomponent, waarbij de volumecomponent het grootste deel van de stijging voor haar rekening neemt. Oorzaken voor die groei zijn: vergrijzing, technologische vooruitgang, toenemende maatschappelijke participatie en zelfstandigheid, alsmede overheidsbeleid gericht op bevordering van thuiszorg en extramuralisatie. In 1995 constateerde de Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking dat er bij hulpmiddelen nauwelijks of geen sprake was van prijsconcurrentie en adviseerde om onderzoek te doen. Vervolgens werd er door de Werkgroep Kostenbeheersing van VWS op een achttal deelterreinen (diabetes, incontinentie, stoma, therapeutisch elastische kousen, orthopedisch schoeisel, hoorhulpmiddelen, en hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering) nader onderzoek gedaan en aanbevelingen gegeven voor het beheersen van de kosten (FEZ/VWS/U-98113, 1998).

De knelpunten tussen stijgende uitgaven en een groeiende vraag lijken inmiddels grotendeels opgelost. In 1999 daalden de kosten met 1%, maar stegen in 2000 weer met 6,7% (zie ook hoofdstuk 2 van deel B). De aandacht verschuift dan ook van kostenbeheersing naar kwaliteit en doelmatigheid. Het stijgende gebruik van hulpmiddelen wordt sinds enkele jaren gezien als een positieve ontwikkeling, omdat hulpmiddelen de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen bevorderen en daarmee bijdragen aan preventie van de zorgvraag elders of later. Overigens zijn ook de kosten van intramurale hulpmiddelen fors gestegen, evenals hulpmiddelen die in het kader van de WVG worden verstrekt. Zo verdubbelden de uitgaven aan WVG-hulpmiddelen tussen 1995 en 1997 (VWS, 2000b).

In navolging van het beleid rond geneesmiddelen wordt ook de rol van de overheid op het gebied van hulpmiddelen steeds meer van faciliterende aard. Verantwoordelijkheden worden zoveel mogelijk gelegd bij betrokkenen in het veld die daadwerkelijk doelma-

tigheid kunnen bevorderen. Zorgverzekeraars, die tegenwoordig risicodragend zijn, vervullen daarbij een regierol. VWS bewaakt de uitvoering hiervan, en faciliteert de zorgverzekeraars bij hun regierol. De Regeling hulpmiddelen is sinds 1 januari 1997 ongeveer 10 keer gewijzigd. Een historisch overzicht van alle wijzigingen in de Regeling hulpmiddelen 1996 staat in de Monitor Hulpmiddelen van CVZ (De Wit, 2001a). Hieronder wordt een aantal beleidsinitiatieven besproken sinds 1 januari 2000.

Januari 2000: Actieprogramma hulpmiddelen

In dit actieprogramma vindt een nadere uitwerking plaats van het plan van aanpak uit november 1998. De uitgangspunten die hierin gehanteerd worden zijn: kwalitatief goede hulpmiddelenverstrekking, vergroting budgettaire beheersbaarheid, deregulering en een faciliterende overheid (VWS, 2000b).

Juni 2000: Convenant tussen VWS en ZN

VWS heeft in juni 2000 met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een bestuurlijk convenant gesloten. Het doel is de doelmatigheid te verhogen, zowel bij het voorschrijven en verstrekken van hulpmiddelen als bij inkoop en distributie. Er wordt een programma van deregulering ontwikkeld (VWS 2000a).

September 2000: Distributie van zelftests aan banden

De Regeling hoog-risico diagnostica regelt de verkoop van diagnostische producten (doe-het-zelftests) voor ziekten met een hoog gezondheidsrisico: zie tekstblok 5.9.

Tekstblok 5.9: Distributie van zelftests aan banden.

De distributie van hoog-risico zelftests (dit zijn testen op levensbedreigende ziekten die de consument zelf kan uitvoeren) is sinds september 2000 aan banden gelegd. Sinds die datum mogen deze zelftesten alleen nog verkocht worden via de arts of apotheek, mits dit samengaat met een goede voorlichting over onder andere de mogelijkheid om zich anoniem te laten testen (VWS, 2000c). De Consumentenbond voerde in december 2000 een kleinschalig onderzoek uit, en probeerde bij 11 Amsterdamse apotheken een HIV-test te kopen. Slechts vijf verkochten de test op dat moment, en bestelden de test bij een leverancier die ook rechtstreeks via Internet levert. De vijf apothekers verkochten de test met merkbare tegenzin, aldus de Consumentenbond. Bij slechts twee van de vijf was de privacy van de consument redelijk gewaarborgd. De informatievoorziening bleek slecht. Geen enkele apotheker vermeldde

dat de mogelijkheid tot anoniem testen ook bestaat, een punt dat uitdrukkelijk wordt genoemd in de Regeling hoog-risico diagnostica (VWS, 2000c). Via Internet werden vier Nederlandse verkopers gevonden. De bijsluiter voldeed aan de eisen, maar ook hier werd de mogelijkheid tot anoniem testen niet genoemd (Consumentenbond, 2001). De KNMP heeft recent de werkwijze van apothekers rondom de verstrekking van de HIV-zelftest onderzocht. Enkele resultaten uit dit onderzoek: vrijwel alle respondenten kenden het afleverprotocol dat door WINap in februari 2001 is opgesteld. Een kwart van de apothekers heeft het afgelopen jaar een vraag naar een HIV-zelftest gehad; 97% informeerde de potentiële koper; 89% gaf uitleg over de werking van de test en 66% gaf additioneel schriftelijk informatiemateriaal mee (De Roos, 2002).

September 2000: Productgebonden budget

In september 2000 zouden er experimenten starten met het productgebonden budget op een drietal deelreinen: incontinentiematerialen, pruiken en computerapparatuur (GMV/VWS/MH-2070543, 2000). Omdat verzekeraars niet bijzonder bereidwillig waren aan dit experiment deel te nemen, heeft dit vertraging opgelopen. In het najaar

van 2001 wordt nu gestart met experimenten op het gebied van pruiken, computerapparatuur en sta-op-stoelen. Eind 2002 wordt er door het CVZ over de bevindingen gerapporteerd (Link, 2001).

Oktober 2000: Poliklinisch voorgeschreven hulpmiddelen niet overgeheveld

In het 'Actieprogramma uitgaven-beheersing hulpmiddelen' van januari 2000 werd voorgesteld die hulpmiddelen die een integraal onderdeel uitmaken van de medisch specialistische behandeling vanuit het extramurale hulpmiddelenbudget (Regeling hulpmiddelen 1996) over te hevelen naar de ziekenhuisbudgetten. Analoog aan de situatie voor geneesmiddelen, werd in oktober 2000 besloten af te zien van dit plan (GMV/VWS/MH-2111941, 2000).

Maart 2001: Oprichting van Stichting het HIC

Het Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC) is een onafhankelijke stichting, en heeft tot doel de transparantie in de hulpmiddelensector te vergroten door informatie over hulpmiddelen overzichtelijk en toegankelijk te maken en de verspreiding en ontwikkeling van deze informatie te bevorderen (businessplan op www.hethic.nl). De stichting kent een driehoofdig bestuur en een adviesraad die samengesteld is uit de belangrijkste koepelorganisaties voor patiënten/consumenten, zorginkopers, zorgverleners, leveranciers en fabrikanten. Het HIC zal samenwerking zoeken met informatieaanbieders om bestaande informatie via het HIC te ontsluiten. De informatie wordt in elk geval toegankelijk via het Internet (www.hethic.nl), mogelijk ook via post en telefoon. Het HIC richt zich hierbij in eerste instantie op hulpmiddelen die voornamelijk extramuraal gebruikt worden. Het Ministerie van VWS heeft het initiatief genomen tot de oprichting van het HIC en geeft gedurende drie jaar bestaanszekerheid. Op dit moment is er wel een HIC-organisatie, maar verder bevindt het zich nog in een oprichtingsstadium. De verwachting is dat rond mei 2002 de informatievoorziening al meer inhoud heeft (interview met de voorzitter van het bestuur van het HIC in Quatern, de nieuwsbrief van KBOH, juni 2001).

September 2001: Programma deregulering hulpmiddelen

Om volgens het Convenant van juni 2000 de regierol van de zorgverzekeraars te versterken is besloten tot deregulering in twee tranches. De eerste tranche omvat een omvangrijke aanpassing van de Regeling hulpmiddelen 1996 per 1 januari 2002, zoals het schrappen van de bepalingen met betrekking tot volume en toestemmingsvereisten c.q. toelichtingsvereisten, gebruikstermijnen, vergoeding bij verlies, diefstal en herstel van hulpmiddelen (VWS, 2001c). Daar waar de Regeling hulpmiddelen 1996 in het kader van de kostenbeheersing de laatste jaren telkens nader werd ingevuld van overheidswege (door middel van gebruikstermijnen, volumevoorschriften, etc.) wordt het nu meer een soort raamwerk. De verdere invulling wordt overgelaten aan de zorgverzekeraars. Ziekenfondsen bepalen zelf of en welke nadere voorwaarden gelden voor het verkrijgen van de in de Regeling hulpmiddelen 1996 opgenomen hulpmiddelen.

In oktober 2001 publiceerde CVZ een rapport waaruit blijkt dat bij de veldpartijen (voorschrijvers, patiënten en ouderenorganisaties en fabrikanten/leveranciers) het

draagvlak voor de eerste tranche van deregulering ontbreekt. CVZ is voorstander van minder regels en ondersteunt het aanpassen van de Regeling hulpmiddelen 1996 op gebruiksnormen, gebruikstermijnen en afleveringshoeveelheden, maar adviseert deze niet te laten opnemen in de verzekeringsreglementen (omdat dit verplaatsing van regelgeving is). Verder is CVZ van mening dat, de aanspraken, alsmede waar nodig, de rol van de voorschrijver in de Regeling moet blijven staan. CVZ stelt 'deregulering op maat' voor (De Wit, 2001b). Het advies van CVZ is gedeeltelijk overgenomen door VWS (VWS 2001c).

De tweede tranche voorziet in de richting van een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen in de Regeling hulpmiddelen 1996 (DGB/VWS/HM-2201318, 2001).

Eind 2001/begin 2002: Het Hulpmiddelenkompas.

Het CVZ ontwikkelt in opdracht van het Ministerie van VWS een Hulpmiddelenkompas, in navolging van het Farmacotherapeutisch- en Diagnostisch Kompas. Volgens plan zullen aan het begin van 2002 de eerste hoofdstukken van het Hulpmiddelenkompas uitgegeven worden: therapeutisch elastische kousen en stoma- hulpmiddelen. De huidige aanpak in de vorm van multidisciplinaire werkgroepen, bestaande uit voorschrijvers (huisartsen en specialisten), adviseurs, paramedische specialisten, gebruikers, leveranciers en fabrikanten, die een bijdrage leveren aan één specifiek hoofdstuk, zal na de uitgave worden geëvalueerd. Dan wordt ook besloten of voor de rest van het Hulpmiddelenkompas deze werkwijze wordt gevolgd (pers. comm. M. Kuijpers, CVZ).

5.2.3 Beleid zorgverzekeraars tot op heden

Met ingang van 1998 zijn individuele zorgverzekeraars in beginsel volledig risicodragend geworden voor de verstrekking van hulpmiddelen. Voor die tijd vond verrekening plaats tussen inkomsten en uitgaven van de verzekeraars door de overheid. Sinds die tijd zijn de zorgverzekeraars in toenemende mate verantwoordelijk geworden voor de verstrekking van hulpmiddelen. Het is nu dus ook in belang van de verzekeraars om kwalitatief hoogwaardige producten te verstrekken voor een gunstige prijs. Inspanningen van zorgverzekeraars gericht op de inkoop hebben inmiddels geleid tot kortingen van gemiddeld 7,5 tot 10% bij de verbruiksmiddelen (stoma, diabetes, etc.) en bij incontinentiematerialen worden zelfs kortingen bedongen van 15 à 20%. Verzekeraars verkennen de verdere mogelijkheden van gezamenlijke inkoop of openbare aanbesteding (VWS, 2000b).

Om de regierol te kunnen uitvoeren krijgen de zorgverzekeraars een grotere vrijheid voor de concrete invulling van het verstrekkingenpakket. Hierbij hoort ook de verantwoordelijkheid om voorwaarden op transparante en toegankelijke wijze aan (potentiële) verzekerden kenbaar te maken. Meer dan voorheen krijgt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om te komen tot een klantgerichte benadering en worden de mogelijkheden geschapen tot vergroting van de keuzemogelijkheid voor de consument. Er komt hierdoor dus meer ruimte voor een variabele zorgverstrekking, waarbinnen de doelmatig-

heid wordt bewaakt door landelijke wetgeving. Deze ontwikkeling past in het streven naar meer vraaggerichte zorg (DGB/VWS/HM-2209325, 2001). Of de consument werkelijk in staat is om de verschillende pakketten en verzekeraars te vergelijken, zal blijken in de toekomst. Eén van de zorgen die leeft als de verzekeraars de gezondheidszorg gaan ‘overnemen’ is de kartelvorming. Krijgt de klant straks wel de beste zorg voor de beste prijs? Zie verder tekstblok 5.10.

Tekstblok 5.10: Kartelvorming en voorkeurspakketten van zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars mogen voor hun verzekerden bepalen welke incontinentiematerialen deze dienen te gebruiken. Zij hoeven niet alle leveranciers op die markt toe te laten als de selectie maar zorgvuldig is en daarbij voor de kandidaat-leveranciers dezelfde criteria gehanteerd worden. Dit heeft het Gerechtshof in Den Bosch bepaald in het beroep dat drie zorgverzekeraars hadden aange tekend tegen een uitspraak in het kort geding dat een leverancier tegen ze had aangespannen. De drie zorgverzekeraars hadden een grote markt in het zuiden van Nederland, waardoor het bedrijf zwaar door de uitsluiting zou worden getroffen (NRC, 18 augustus 2000).

De Nederlandse Mededingsautoriteit (NMa) verbood eind 2000 de gezamenlijke inkoop van hulpmiddelen (gehoorapparaten, orthopedisch schoeisel, incontinentiemateriaal) en ‘extramuraal zorg’ (huisarts en apotheek) door drie grote zorgverzekeraars. Gezamenlijke inkoop levert flinke kwantumkortingen op. De drie zorgverzekeraars hebben in het zuiden van het land een marktaandeel van 90%. Volgens de NMa hadden de overige aanbieders van hulpmiddelen geen vergelijkbare tegenmacht en konden in het zuiden geen kant op. Daarom werd het ontheffingsverzoek voor kartelafspraken van de drie zorgverzekeraars door de NMa afgewezen. De NMa stelt dat in het algemeen concurrentie de beste waarborg is voor lage prijzen en goede dienstverlening; niet de afspraken (de Volkskrant, 20 november 2000).

DEEL B

Toekomstverkenningen

1 METHODEN VAN TOEKOMST- VERKENNING

A. van den Berg Jeths

Toekomstbeelden van de gezondheidszorg (in dit geval de sectoren genees- en hulpmiddelen) kunnen op verschillende manieren worden verkregen:

- door expliciet rekening te houden met de waargenomen en verwachte ontwikkelingen in de factoren die de zorg beïnvloeden, zoals demografische, sociaal-culturele en weg medisch-technologische ontwikkelingen; het voordeel van deze benadering is dat kennis over de verbanden tussen de zorg en hun beïnvloedende factoren kan worden meegenomen; het nadeel is dat de benodigde gegevens slechts ten dele beschikbaar zijn;
- door trends in volume- en prijsontwikkelingen uit het verleden door te trekken; deze benadering vereist weliswaar gegevens over historische trends, maar heeft als voordeel dat geen informatie nodig is over de beïnvloedende factoren en hun verband met de zorg.

In de hier gepresenteerde toekomstverkenningen zijn beide benaderingen te herkennen. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen middellange (0-5 jaar) en lange termijn (5-20 jaar). In hoofdstuk 2 komen de middellange-termijnramingen aan de orde. Allereerst wordt een kostenraming voor de sector geneesmiddelen gepresenteerd voor de periode tot 2006. Deze raming is afkomstig uit de CPB/SCP-publicatie 'Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006' (Folmer et al., 2001). In het hierin gepresenteerde 'Zorgmodel' worden volume- en prijsontwikkelingen in principe bepaald door het (economisch) gedrag van bij de zorg betrokken actoren, waaronder de farmaceutische industrie, de voorschrijvers en de apothekers. Omdat echter veel van de benodigde empirische gegevens over het gedrag van actoren ontbreken, is het model in belangrijke mate gebaseerd op trendmatige volume- en prijsontwikkelingen. Daarbij is gebruik gemaakt van door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geleverde gegevens. Met het gedrag van actoren is rekening gehouden in de vorm van 0,6% volumestijging per jaar doordat artsen meer gaan voorschrijven als gevolg van toenemende werkdruk. Naarmate meer empirische gegevens beschikbaar komen, zullen deze worden 'ingebouwd' in het model, bijvoorbeeld de invloed van promotie op het gebruik van geneesmiddelen (zie hoofdstuk 1 van deel A). Ook het CVZ heeft, op verzoek van het Ministerie van VWS, een kostenraming opgesteld voor de periode tot 2006 (CVZ, 2001). Deze raming heeft het karakter van een trendextrapolatie en is toegelicht in bijlage 6.

Vervolgens komt een kostenraming voor medische hulpmiddelen aan bod voor de periode tot 2006. Deze raming is afkomstig van het CVZ (het CPB/SCP-ramingsmodel voor de zorg bevat geen aparte raming voor de sector hulpmiddelen). Deze raming heeft eveneens het karakter van een trendextrapolatie.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 2 een methode uitgewerkt voor ziektespecifieke ramingen van genees- en hulpmiddelenkosten. Deze methode is uitgewerkt voor één ziekte,

namelijk diabetes mellitus. Het doel daarvan is driedelig. In de eerste plaats verschillen volume- en prijsontwikkelingen sterk naar groepen geneesmiddelen. Door ramingen van toekomstige volume- en kostenontwikkelingen te baseren op groepen geneesmiddelen ontstaat een beter beeld van de onderliggende dynamiek en kan beter rekening worden gehouden met inhoudelijke inzichten omtrent beïnvloedende factoren, zoals nieuwe geneesmiddelen die over enkele jaren naar verwachting worden geregistreerd. Daarnaast is het toekomstig gebruik van geneesmiddelen sterk afhankelijk van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand. Het toekomstig aantal patiënten wordt weer bepaald door diverse factoren, zoals ontwikkelingen in de blootstelling aan risicofactoren, preventie, screening en overlevingsduur. Door een geïntegreerde benadering van al deze factoren zou een meer epidemiologische benadering van volume- en kostenramingen ontwikkeld kunnen worden. Ook hier geldt echter dat veel van de benodigde gegevens ontbreken. Zo bestaan er bijvoorbeeld geen kwantitatieve toekomstverwachtingen omtrent de toekomstige blootstelling van de bevolking aan risicofactoren (zoals roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit). Voor een middellange-termijnraming is dit laatste echter niet zo'n bezwaar, omdat in het algemeen de dynamiek in ziekte en sterfte niet zo groot is, dat er binnen vijf jaar grote veranderingen zullen optreden in de gezondheidstoestand.

Op verzoek van het Ministerie van VWS zal het CVZ een totaal-raming van de geneesmiddelenkosten tot 2006 opstellen op basis van ramingen per geneesmiddelengroep, zodat een inzicht wordt verkregen in de vraag in hoeverre een geneesmiddelspecifieke raming andere resultaten oplevert dan een algemene raming van volume- en kosten. Hierbij gaat het eveneens om een 'beleidsarme' raming. De resultaten daarvan zullen in 2002 beschikbaar komen.

In hoofdstuk 3 komen de langetermijn-verkenningen aan bod. Hierbij wordt nagegaan welke demografische, sociaal-culturele en medisch-technologische ontwikkelingen zich mogelijk voordoen in de komende twintig jaar en wat hun invloed is op de gezondheidstoestand en het gebruik van genees- en hulpmiddelen. De invloed van economische ontwikkelingen op het gebruik en de kosten van genees- en hulpmiddelen op de lange termijn blijft buiten beschouwing.

Deel B van dit rapport wordt afgesloten met een hoofdstuk, waarin de consequenties van mogelijke toekomstige beleidsveranderingen voor de actoren worden samengevat (hoofdstuk 4). Dit gebeurt aan de hand van trends, die zich aftekenen en dilemma's die deze oproepen voor de verschillende actoren, die in het eerste deel van dit rapport aan de orde zijn geweest.

2 KOSTENRAMING GENEES- EN HULP-MIDDELEN TOT 2006

Samenvatting

De gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van geneesmiddelen wordt geraamd op 10,8% in de periode 2001-2006

- De raming van de jaarlijkse volume-ontwikkeling bij extramurale geneesmiddelen komt op 5,2%. Hiervan wordt 1,1% veroorzaakt door groei en vergrijzing van de bevolking, 0,3% door de toename van het aandeel allochtonen, 0,6% door extra voorschrijven van de huisarts door toenemende werkdruk en de resterende 3,2% door overige ontwikkelingen (verbreding toepassing van bestaande middelen, nieuwe geneesmiddelen en extramuralisatie).
- De gemiddelde jaarlijkse stijging van de inkooprijzen van geneesmiddelen wordt geraamd op 5,3% per jaar. Dit is de resultante van de geschatte prijsstijging van 3,3% voor de zogenoemde 1A-geneesmiddelen met een vergoedingslimiet en van 16,6% voor de 1B-middelen die geen vergoedingslimiet kennen.
- De jaarlijkse toename in de afleververgoeding per receptregel wordt geschat op 3,3%.

De gemiddelde jaarlijkse kostenstijging van hulpmiddelen wordt geraamd op 7% in de periode 2001-2006

- In deze periode zullen de kosten van extramuraal hulpmiddelengebruik stijgen van bijna 0,8 miljard euro (1,7 miljard gulden) in 2000 tot bijna 1,2 miljard euro in 2006.
- De jaarlijkse kostentoeename bij ziekenfondsverzekerden is groter dan bij particulier verzekerden: 8 tot 9%, respectievelijk circa 5%.

Ziektespecifieke ramingen van genees- en hulpmiddelengebruik geven meer inzicht dan algemene ramingen

- Een dergelijke raming is uitgewerkt voor genees- en hulpmiddelen bij diabetes mellitus, waarbij ook epidemiologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen zijn betrokken.
- De volumestijging van geneesmiddelen bij diabetes in de periode 2001-2006 is geschat op ruim 9,5% per jaar en de materiaalkostenstijging op circa 11,5% per jaar.
- De jaarlijkse kostenstijging van diabeteshulpmiddelen is voor de periode 2001-2006 geraamd op 14% voor ziekenfondspatiënten. Voor particulier verzekerden ontbreekt een kostenraming van diabeteshulpmiddelen.

2.1 De kosten van geneesmiddelen tot 2006

C. Folmer

2.1.1 Het Zorgmodel

Om inzicht te krijgen in de verwachte ontwikkeling van de kosten van geneesmiddelen is gebruik gemaakt van het 'Zorgmodel'. Dit is de afgelopen jaren ontwikkeld door het CPB in samenwerking met het SCP. Het Zorgmodel is gebruikt om de ontwikkeling van de zorguitgaven op middellange termijn bij ongewijzigd beleid te ramen (Folmer et al., 2001). Als onderdeel van deze exercitie zijn de geneesmiddelenuitgaven geraamd. In deze paragraaf wordt een beschrijving van dit onderdeel van de raming gegeven.

Het Zorgmodel is een economisch model, dat de financiering van de zorg in kaart brengt. De nadruk ligt hierbij op de beschrijving van het economisch gedrag van actoren (voor een globale beschrijving zie Westerhout et al., 2001). Het zorgmodel geldt voor de hele zorgsector en onderscheidt patiënten, huisartsen, specialisten, tandartsen, managers van ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen, alsmede apothekers, farmaceutische producenten, zorgverzekeraars, enzovoorts. Het gedrag van deze actoren is steeds de resultante van het optimaliseren van een doelstellingsfunctie onder restricties. Dit resulteert in een ontwikkeling in vraag, aanbod en gebruik (volume en prijs), kosten, financiering, premies, eigen bijdragen e.d. onder invloed van externe factoren, economische prikkels (zoals tarieven, budgetten, eigen betalingen) en instituties (zoals de inrichting van het verzekeringsstelsel).

Het model volgt de sectorindeling van de Zorgnota, maar minder gedetailleerd. Het is opgesplitst in 21 sectoren, waaronder geneesmiddelen. Zoals gezegd heeft het model een economische invalshoek. Ontwikkelingen in externe factoren zoals demografie, medische technologie en sociaal-culturele patronen bepalen voor een belangrijk deel het uiteindelijke gebruik, maar het model verklaart deze ontwikkelingen zelf niet.

Het aggregatieniveau van het zorgmodel is noodzakelijkerwijs hoog. Zo is er aan de kant van de patiënt geen onderscheid tussen alle verschillende vormen van particuliere verzekeringen. Verder werkt het model met één gemiddelde huisarts, specialist, ziekenhuismanager, apotheker, etc. Bij het bepalen van de behoefte aan zorg houdt het model wel rekening met verschillen tussen patiënten doordat de behoefte per voorziening is gespecificeerd als een kansvariabele met een gegeven verdeling.

2.1.2 Determinanten van het zorggebruik

Het volume van het gebruik van medische voorzieningen hangt af van vraag en aanbod. Er hoeft echter voor veel zorgvoorzieningen geen evenwicht te zijn tussen vraag en aanbod. Een belangrijke reden hiervoor is dat de prijs van buitenaf wordt vastgesteld. Het

marktmechanisme werkt immers niet in de zorgsector. Verder geldt dat het voor verschillende zorgvormen twijfelachtig is of er een onafhankelijke vraag bestaat. Patiënten hebben namelijk vaak te weinig kennis om te bepalen wat zij precies moeten vragen. Het gevolg is dat de zorgverlener zelf een inschatting van de vraag maakt, waarbij ook zijn of haar belangen een rol kunnen spelen naast die van de patiënt. Dit laatste geldt ook voor geneesmiddelen. Tekorten treden bij geneesmiddelen alleen in zeldzame gevallen op (zoals bij het middel tegen miltvuur of het reumamiddel etanercept), aangezien in het algemeen de productie zonder al te veel moeite verhoogd kan worden.

De belangrijkste determinant van de vraag is de behoefte. Deze behoefte is niet constant, maar verandert als gevolg van bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen, een nieuwe technologie of sociaal-culturele trends. Wanneer er geen economische belemmeringen zijn (zoals eigen bijdragen) is de vraag gelijk aan de behoefte. Het model houdt rekening met de informatievoorsprong van de arts ten opzichte van de patiënt. Daardoor stelt de arts in feite het gebruik vast. Daarbij houdt hij wel rekening met de vraag van de patiënt, maar ook met zijn eigen belang (inkomen, werkdruk).

Een extra complicatie is dat voor een aantal sectoren geen gegevens bekend zijn over behoefte, vraag en aanbod, maar alleen over het gebruik. Dit geldt met name voor de cure sectoren en de geneesmiddelen. Dit speelt vooral bij de empirische invulling van het model.

2.1.3 Geneesmiddelen: het volume van het gebruik

Vier groepen actoren (afgezien van de overheid) bepalen het gebruik van geneesmiddelen: (i) de farmaceutische industrie en groothandel; (ii) de afleveraar, (iii) de voorschrijver en (iv) de patiënt.

Het model onderscheidt WTG- en buiten-WTG-middelen. WTG-middelen zijn geneesmiddelen, die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Buiten-WTG-middelen zijn zelfzorgmiddelen, die een sociaal-medische status hebben en bedoeld zijn voor chronisch gebruik (zoals sommige pijnstillers en verbandmiddelen). Ze worden alleen vergoed indien ze op recept worden geleverd. Het volume van de laatste koppelen we aan dat van de WTG-middelen. Het Zorgmodel verklaart de prijzen van buiten-WTG-middelen niet: ze zijn exogeen. Volumes meten we in aantallen voorschriften. Aan de productkant is er binnen de groep WTG-middelen een economisch onderscheid tussen specialités, parallel geïmporteerde specialités en generica.

De huidige versie van het model bevat een aantal vereenvoudigingen: (i) alleen de huisarts schrijft voor en (ii) alleen de apotheker levert af. De arts schrijft in principe voor wat de patiënt vraagt, maar kan daarvan afwijken door meer of minder voor te schrijven, wanneer de werkdruk varieert. Een verdere vereenvoudiging is dat de apotheker kan kiezen welk type geneesmiddel hij aflevert. Eén en ander betekent dat de voorschrijver het volume van de geneesmiddelen bepaalt en de afleveraar de samenstelling. Het ligt in

de bedoeling deze veronderstelling aan te passen op basis van de resultaten van het onderzoek naar de invloed van promotie-activiteiten op het voorschrijfgedrag (zie hoofdstuk 1 in deel A). Ook is een verfijning mogelijk naar type voorschrijver: huisarts of specialist.

De keuze van de apotheker is in het model beperkt: er zijn twee mogelijke situaties. Wanneer er een octrooi rust op een specialité, is het alternatief het parallel-geïmporteerde specialité. Wanneer het octrooi niet meer geldig is, gaat de keus tussen een specialité en een generiek middel. Hoe die keus uitvalt, hangt af de doelstellingsfunctie van de apotheker, die niet alleen de vraag van de patiënt bevat maar ook financiële motieven. Verder speelt de winstmarge voor een apotheker een rol. Deze verschilt voor de drie typen medicijnen: elk type geneesmiddel heeft een eigen inkoopprijs, bonus en korting en afleverprijs. Bovendien is daar de stimulansregeling: de apotheker mag 33,3% van het verschil tussen de prijs van het geleverde middel (meestal een generiek of parallel geïmporteerd middel) en een vastgestelde referentieprijs behouden. De stimulansopbrengst is per 1 januari 2000 opgenomen in de receptregelvergoeding (zie hoofdstuk 5 van deel A). De apotheker moet dus bij voorbaat stimulansinkomsten inleveren door deze korting op de receptregelvergoeding. Hij kan deze korting weer compenseren door de regeling te blijven toepassen. Als deze redenering juist is werkt het model nog steeds goed.

Het uiteindelijke marktaandeel van het specialité hangt in beide situaties (het octrooi is geldig of verlopen) af van: de prijs van het specialité, de prijs van het concurrerend middel, de bijbehorende percentages bonussen en kortingen, de hoogte van de stimulans en de mate waarin de apotheker zich door financiële prikkels laat leiden (zijn rol als zorgverlener versus ondernemer).

De promotie-activiteiten van de industrie werken in het model via de bonussen en kortingen op de verschillende typen middelen. Op deze manier beïnvloeden ze direct de marktaandelen van de drie onderscheiden groepen. Het model bevat nog geen directe koppeling tussen promotie-activiteiten en het totale volume van het gebruik. Deze invloed zit wel impliciet in de behoefteontwikkeling. Overigens is uit het onderzoek naar het effect van promotie gebleken dat het effect op de totale marktomvang gering is (zie hoofdstuk 1 van deel A).

Het Zorgmodel schematiseert het hele proces van productie tot verkoop van geneesmiddelen. Maar omdat vraag en gebruik niet onafhankelijk van elkaar tot stand komen, is de bepaling van het volume van het geneesmiddelengebruik een complex en simultaan proces.

2.1.4 De prijs van geneesmiddelen

De prijsvorming van WTG-middelen kan in het zorgmodel op twee manieren tot stand komen. Wanneer de prijzen vrij zijn, bepalen producent en groothandel bij een gegeven

omvang van de markt de inkoopprijs van de apotheker. De optimale prijs is gelijk aan de som van de variabele productiekosten en een winstmarge. De apotheker kan deze inkoopkosten weer doorberekenen aan de patiënt. In het tweede geval is sprake van prijsregulering. Het is nu niet langer mogelijk de stijging in de productiekosten, een verhoging van de winstmarge en dergelijke volledig te laten doorwerken in de inkoopprijs van de apotheker. Dit betekent dat een kostenstijging de winstmarge van de producent en de groothandel onder druk zet. In het geval de prijzen vrij zijn, heeft het zorgmodel een raming nodig van de (verandering) in de variabele productiekosten van industrie en groothandel. In de huidige situatie, waarin sprake is van gereguleerde prijzen is het ook noodzakelijk de ontwikkeling in de inkoopprijs van de apotheker te ramen. De uiteindelijke af-apotheekprijs is dan gelijk aan de inkoopprijs, vermeerderd met de vergoeding per receptregel en de BTW.

Het Zorgmodel berekent zelf geen prijs voor buiten-WTG middelen. Deze moet dus buiten het model om worden bepaald. Hierin volgen we de raming van het College voor zorgverzekeringen (CVZ); zie bijlage 6.

2.1.5 Ontwikkelingen in gebruik en kosten 2003 -2006

Een belangrijke determinant van het gebruik is de behoefte. Deze behoefte aan geneesmiddelen verandert in de tijd. In het zorgmodel is de behoefte in een bepaald jaar gelijk aan die in het jaar daarvoor, gecorrigeerd voor a) groei in de bevolking, b) verandering in de samenstelling van de bevolking (vergrijzing en toename van het aandeel allochtonen) en c) ontwikkelingen in medische technologie, voorschrijfgedrag en sociaal/culturele trends. De invloed van laatstgenoemde factoren moet deels worden ingeschat op basis van ontwikkelingen in het gebruik.

Voor de periode 2003 - 2006 veronderstellen we een groei in de behoefte van 4,6% per jaar. Deze is opgebouwd uit een demografische component van 1,4% (bevolkingsgroei, vergrijzing, toename allochtonen) en een restcomponent van 3,2% (verbreding van de toepassing van bestaande middelen, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, extramuralisatie). Deze ontwikkelingen in de behoefte sporen goed met de voorziene groei in het gebruiksvolume, zoals geraamd door het CVZ. De totale invloed van demografische ontwikkelingen raamt het CVZ op 1,3%. Daarbovenop komt nog een extra trend van 3,1% als gevolg van technologie en nieuwe medicijnen.

De behoefte is echter in het zorgmodel niet de enige determinant van het gebruik. Enerzijds bestaan er eigen bijdragen voor particulier verzekerden, die ervoor zorgen dat de vraag (iets) lager is dan de behoefte. Anderzijds kan de voorschrijver (in dit geval: de huisarts) afwijken van de vraag. Omdat in de betreffende periode het aantal huisartsen minder snel toeneemt dan de bevolking, neemt het aantal patiënten per huisarts en daarmee de werkdruk toe. De arts ondervangt dit gedeeltelijk door meer geneesmiddelen voor te schrijven. Dit levert in totaal 0,6% extra volumegroei per jaar op. De totale groeiraming van het gebruik, gemeten in aantallen recepten, komt hiermee gemiddeld

op 5,2% per jaar.

Bij de raming van de ontwikkeling van de af-apotheekprijs leunen we sterk op analyses van het CVZ. Zo maken we onderscheid tussen bijlage 1A- en bijlage 1B- middelen. De prijsontwikkeling van bijlage 1A-middelen nemen we direct over van de raming van het CVZ: 3,3% per jaar. Voor de gemiddelde prijs van een medicijn op bijlage 1B maken we een eigen inschatting. We maken nu de volgende veronderstellingen:

1. De toename van het aantal recepten voor bijlage 1B-middelen van 1999 op 2000 (ongeveer 225.000) komt volledig door nieuwe middelen; dit geldt dus ook voor de kostenstijging van 73,6 miljoen euro. De gemiddelde prijs per recept is dan ongeveer 327 euro.
2. Het volume van de behoefte aan 1A-middelen groeit net zo hard als van de overige: 4,6% (het CVZ maakt een soortgelijke veronderstelling).
3. De prijsstijging van middelen die reeds op bijlage 1B staan loopt in de pas met die van bijlage 1A (3,3% per jaar, raming CVZ).
4. Onder de veronderstellingen 1-3 is te berekenen dat in 2000 de introductieprijs van een nieuw middel op bijlage 1B ongeveer 15,7 keer zo hoog was als het gemiddelde van de reeds bestaande medicijnen op bijlage 1A.
5. Het aantal recepten voor nieuwe 1B middelen gedurende 2003-2006 blijft op het niveau van 225.000 per jaar. Alles wat meer wordt voorgeschreven rekenen we dus geheel toe aan penetratie van reeds toegelaten middelen op bijlage 1B.
6. Wanneer we tenslotte veronderstellen dat de prijsverhouding van een nieuw middel voor bijlage 1B ten opzichte van de gemiddelde prijs van een medicijn op bijlage 1A oploopt tot 17,5 in 2001 en verder constant blijft in de tijd, resulteert dit in een gemiddelde kostenstijging van bijlage 1B middelen van 16,6% per jaar.
7. De gemiddelde prijsmutatie van alle medicijnen komt hiermee op 5,3% per jaar.
8. We veronderstellen dat de afleververgoeding per receptregel meegroeit met de algemene prijsindex, die als volgt is opgebouwd: $0,62 \times$ gemiddelde mutatie loonvoet zorg + $0,38 \times$ gemiddelde mutatie in de prijs van de particuliere consumptie. Dit levert op: $0,62 \times 4,2 + 0,38 \times 1,9 = 3,3\%$.
9. De totale kostenstijging als gevolg van volume- en prijsontwikkelingen in de periode 2003-2006 is dan gemiddeld 10,8% per jaar.

Het is duidelijk dat ook andere veronderstellingen mogelijk zijn. Het is mogelijk de kostenstijging van 2000 ten opzichte van 1999 te verklaren door andere aannames ten aanzien van de samenstelling van het volume. Dit resulteert in een andere prijsverhouding ten opzichte van bestaande 1A-middelen. De cruciale veronderstellingen zitten in punt 5 t/m 7, met name in het gelijke inflatietempo voor middelen op bijlage 1A en bijlage 1B en de introductieprijs van nieuwe middelen op bijlage 1B. Deze twee veronderstellingen hangen met elkaar samen: een hoger verondersteld inflatietempo voor bestaande middelen op 1B leidt tot een lagere geschatte introductieprijs van nieuwe middelen.

De raming van de groei van de totale uitgaven ligt dicht in de buurt van die van het CVZ, hoewel de methoden verschillen. Het CVZ bouwt direct een raming op van het gebruik op basis van ontwikkelingen in het verleden en verwachte demografische

trends. Gecombineerd met een prijsraming levert dit het verloop van de kosten (zie bijlage 6 voor meer informatie over de CVZ-raming). In het Zorgmodel volgt het gebruik uit vraag en aanbod. De vraag volgt voor een belangrijk deel de ontwikkelingen in de behoefte, die afhankelijk zijn van de ontwikkeling in exogene factoren die het model zelf niet verklaart, zoals groei en vergrijzing van de bevolking, toenemend aandeel allochtonen, ontwikkeling in medische technologie en sociaal-culturele veranderingen. Verder kunnen aanbodrestricties bij huisartsen een rol spelen. De volumeraming van het Zorgmodel is hoger dan die van het CVZ, vooral door de verwachte toename van de werkdruk bij huisartsen. De stijging van de prijzen wordt in het zorgscenario wat lager geraamd, omdat wij er niet van uitgaan dat de verhouding tussen 1A- en 1B-middelen zal blijven oplopen.

2.2 De kosten van medische hulpmiddelen tot 2006

J.F. Piepenbrink, J. Takken

Op verzoek van het Ministerie van VWS heeft het CVZ in april 2001 ook een raming opgesteld voor de kostenontwikkeling van medische hulpmiddelen voor de periode 2001-2006 (CVZ, 2001). De invoergegevens voor deze raming betreffen uitgaven voor verstrekkingen van hulpmiddelen door ziekenfondsen, zoals deze door het CVZ worden geregistreerd in het kader van de ziekenfondsbudgettering. Voor wat betreft de hulpmiddelen die door particuliere verzekeraars worden verstrekt is geen afzonderlijke raming gemaakt, maar aangesloten bij de gerealiseerde bedragen, gebaseerd op opgaven door Vektis, zoals deze in de Zorgnota 2002 zijn vermeld (VWS, 2001a).

Omdat de raming aansluit bij de bestaande organisatiestructuur in de gezondheidszorg, hebben de uitkomsten alleen betrekking op de extramuraal verstrekte hulpmiddelen krachtens de Regeling hulpmiddelen 1996. Dit houdt in dat de kosten van hulpmiddelen in intramurale voorzieningen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten) buiten beeld blijven omdat deze kosten zijn opgenomen in het budget van de instellingen. Daarnaast blijven onder meer de hulpmiddelen die in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) worden verstrekt en de hulpmiddelen die de consument zelf moet betalen, buiten beschouwing (zie ook hoofdstuk 5 van deel A).

2.2.1 Raming kostenontwikkeling hulpmiddelen bij voortzetting huidig beleid

De raming heeft het karakter van een trendextrapolatie. Er zijn geen afzonderlijke parameters voor volume- en prijsontwikkelingen berekend. Het CVZ heeft de structurele onderliggende kostengroei voor ziekenfondsverstrekkingen van hulpmiddelen geschat op 8,5% per jaar. De basis voor deze structurele kostengroei is de kostenstijging in 2000

ten opzichte van 1999 met 6,7%. Mede gezien de vele schommelingen in voorgaande jaren is deze kostenstijging echter niet zonder meer als trend overgenomen. De vele schommelingen worden met name veroorzaakt door gewijzigde wet- en regelgeving; veelvuldige veranderingen in vergoedingsregelingen en het toevoegen van een aanzienlijke groep mensen (kleine zelfstandigen) aan de ziekenfonds populatie in 2000.

Er zijn afzonderlijke ramingen opgesteld voor de verschillende categorieën hulpmiddelen, gezien de sterk fluctuerende kostenontwikkelingen van de 16 hoofdgroepen van hulpmiddelen in de periode 1997-2000 (zie bijlage 7).

2.2.2 Uitkomsten kostenraming hulpmiddelen

Vanaf 2001 wordt een kostenstijging voorzien, variërend van 8,0-9,0% per jaar. In deze raming nemen de kosten voor hulpmiddelen betaald door ziekenfondsen toe van 1.265 miljoen gulden (574 miljoen euro) in 2000 tot 935 miljoen euro in 2006. Dat is een kostenstijging van circa 60% in 6 jaar. Bij de raming is uitgegaan van voortzetting van het huidige beleid. Deze trend is voor de komende jaren aangepast voor verzekerdenuitkomsten die nu reeds bekend zijn.

Vervolgens heeft CVZ deze totale kostenontwikkeling gebruikt bij het bepalen van de kostenontwikkeling op het meer gedetailleerde niveau van de 16 hoofdgroepen van hulpmiddelen. Omdat voor de meeste categorieën geen trendmatige ontwikkeling in de gerealiseerde kostenmutaties is te onderscheiden, is voor de meeste categorieën de kostenmutatie van 1999-2000 doorgetrokken en deze waar mogelijk en gewenst op basis van inhoudelijke inschattingen aangepast. De ramingen op detailniveau dragen een indicatief karakter en zijn minder betrouwbaar dan de raming van de totale kosten aangezien daarbij diverse aannames zijn gemaakt (zie tekstblok 2.1).

Tekstblok 2.1 Aannamen per categorie hulpmiddelen bij de kostenraming hulpmiddelen.

- *Verzorgingsmiddelen*: gebaseerd op de groei in 1999/2000, rekening houdend met het feit dat in 2000 de groei mede werd veroorzaakt door de uitbreiding van de aanspraken voor stoma-hulpmiddelen.
- *Gebitsprothesen*: uitgegaan is van een lichte afname van het aantal dragers van gebitsprothesen t.o.v. de groei in 1999/2000.
- *Orthesen en schoenvoorzieningen*: gebaseerd op een jaarlijkse groei van 5%, mede gezien de gematigde groei in 1998/1999.
- *Auditieve hulpmiddelen*: uitgangspunt is dat de verlenging van de gebruiksstermijnen doorwerkt, hetgeen resulteert in een lagere groei dan in 1999/2000.
- *Visuele hulpmiddelen*: gebaseerd op de groei tussen 1998/2000.
- *Diabeteshulpmiddelen*: groei is iets verlaagd t.o.v. 1999/2000 omdat deze in 2000 sterker was vanwege uitbreiding van de aanspraken.
- *Inrichtingselementen*: uitgegaan is van stabilisering van het gebruik, wel is rekening gehouden met prijsstijgingen van circa 2%.
- *Elastische kousen*: aangenomen is dat de daling in 2000 incidenteel is geweest.
- *Ademhalingsproblemen, prothesen, communicatie/signalering, mobiliteit en overige*: gebaseerd op een continuering van de groei in 2000 t.o.v. 1999.
- *Reparatie en onderhoud*: iets gematigder groei dan in 2000 t.o.v. 1999, ook rekening houdend met een stabilisering van de groei van bruikleenhulpmiddelen.
- *Toediening van voeding*: groei beperkt tot 20-25%, dit is een doortrekken van het afvlakken-de groeipercentage van 2000.
- *Hulpmiddelen in verband met behandeling*: vanwege het wisselende beeld is uitgegaan van een groei tussen 10 en 16%.

De voor de raming gekozen procentuele kostenmutaties voor de periode 2001-2006 en de daaruit volgende bedragen zijn opgenomen in tabel 2.1. Daarnaast zijn de bedragen en procentuele mutaties voor het basisjaar 2000 nogmaals opgenomen om aan te geven in welke mate de raming is gebaseerd op inhoudelijke inschattingen.

Tabel 2.1: De kosten van hulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden in 2000 en raming kostenontwikkeling hulpmiddelen 2001-2006 bij voortzetting huidig beleid, in miljoenen gulden, resp. euro, en jaarlijkse mutaties in procenten (Bron: CVZ).

Categorie	Uitgaven 2000 gulden	Uitgaven 2000 euro	Mutatie 2000 t.o.v. 1999 (%)	Uitgaven 2006 euro	Gemiddelde jaarlijkse mutatie 2002- 2006 (%)
Verzorgingsmiddelen	341,3	154,9	16,7	331,1	13,0
Gebitsprothesen	162,3	73,7	-0,9	69,4	-1,0
Orthesen/schoenvoorzieningen	162,8	73,9	6,4	99,0	5,0
Auditieve hulpmiddelen	103,6	47,0	-14,4	60,1	5,0
Visuele hulpmiddelen	20,0	9,1	10,9	14,7	8,0
Diabetes hulpmiddelen	108,1	49,1	18,9	108,7	14,0
Inrichtingselementen	82,9	37,6	-2,2	41,6	2,2
Elastische kousen	47,0	21,3	-1,9	26,5	4,0
Ademhalingsproblemen	50,7	23,0	16,5	46,7	12,0
Prothesen	29,5	13,4	1,2	14,9	2,0
Communicatie/signalering	26,3	11,9	1,6	13,4	2,0
Mobiliteit	25,7	11,7	5,8	15,8	5,0
Reparatie en onderhoud	28,1	12,8	11,6	23,0	10,0
Toediening van voeding	15,8	7,2	28,5	22,4	20,0
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	50,6	23,0	15,7	42,9	10,0
Overig	10,5	4,8	1,3	5,4	2,0
Totaal	1.265,1	574,3	6,7	935,2	9,0

Om de totale kosten van hulpmiddelen te kunnen ramen zijn aan bovenstaande bedragen voor ziekenfondsverzekerden de bedragen toegevoegd die door het ministerie van VWS in de Zorgnota 2002 (VWS, 2001a) worden genoemd voor particulier verzekerden. De groei van de kosten van hulpmiddelen voor particulier verzekerden was 4,5% in 2000. Dit percentage is op basis van te verwachten verzekerdenmutaties aangepast in 2001 en 2002. In tabel 2.2 is voor ziekenfonds en particuliere verzekeringen afzonderlijk aangegeven hoe de kosten van hulpmiddelen zich hebben ontwikkeld van 1998 tot en met 2000 en hoe deze zich volgens de raming zullen ontwikkelen van 2001 tot en met 2006.

Tabel 2.2: De totale kosten van hulpmiddelen in de periode 1998-2006 bij voortzetting huidig beleid, naar verzekeringsvorm, in miljoenen gulden en euro's, mutaties in procenten t.o.v. het voorgaande jaar (Bron: CVZ).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ziekenfonds									
gulden	1198,2	1186,2	1265,1	1371,0					
euro	543,9	538,4	574,3	622,3	671,8	727,1	788,8	857,9	935,2
Jaarlijkse mutatie	14,3	-1,0	6,7	8,4	8,0	8,2	8,5	8,8	9,0
Particulier									
gulden	322,8	405,3	423,4	444,6					
euro	146,5	184,0	192,2	201,8	214,9	224,6	234,7	245,3	256,3
Jaarlijkse mutatie	13,7	25,6	4,5	5,0	6,5	4,5	4,5	4,5	4,5
Totaal									
gulden	1.521,0	1.591,5	1.688,5	1.815,6					
euro	690,4	722,4	766,5	824,1	886,7	951,7	1.023,5	1.103,2	1.191,5
Jaarlijkse mutatie	13,6	4,2	5,4	7,0	7,1	6,8	7,0	7,2	7,5

De stijgingspercentages van kosten voor hulpmiddelen, betaald door particuliere verzekeraars, die geraamd zijn door het Ministerie van VWS zijn aanzienlijk lager dan die voor ziekenfondswet, geraamd door het CVZ. Aangezien het verbruik van medische hulpmiddelen door particulier verzekerden de laatste jaren niet minder steeg dan dat voor ziekenfondsverzekerden zal dit verschil met name te maken hebben met inschattingsverschillen. De optelsom van deze beide ramingen leidt ertoe dat de totale kosten van hulpmiddelen naar verwachting stijgen van bijna 0,8 miljard euro (1,7 miljard gulden) in 2000 tot bijna 1,2 miljard euro in 2006. In de periode 2001 tot en met 2006 komt dit overeen met een stijgingspercentage van circa 7% per jaar.

2.3 Ziektespecifieke kostenramingen: diabetes mellitus als voorbeeld

A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg

In deze paragraaf wordt een aanzet gegeven voor ziektespecifieke kostenramingen. Het doel hiervan is om de kostenraming voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen te integreren en te verbinden aan inhoudelijke inzichten. Als voorbeeld is gekozen voor diabetes mellitus. Dit is een relatief gemakkelijk voorbeeld omdat de geneesmiddelen voor de behandeling van deze aandoening eenduidig zijn toe te rekenen aan diabetes mellitus omdat ze geen andere indicatiegebieden hebben. Bovendien zijn de medische hulpmiddelen voor diabetes mellitus apart onderscheiden in de hulpmiddelenregistratie van het CVZ en is hiervoor ook een kostenraming opgesteld (zie paragraaf hierboven).

In deze paragraaf is gebruik gemaakt van gegevens uit de registratie van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), waarin de door apotheekhoudende huisartsen voorgeschreven geneesmiddelen niet zijn opgenomen. De SFK maakt geen ramingen van volume- en kostenontwikkelingen van geneesmiddelen, maar stelt wel dat de ‘onderliggende groei’ van de geneesmiddelenuitgaven de laatste jaren tussen 11 en 12% ligt (SFK, 2000).

2.3.1 Volume- en kostenraming van geneesmiddelen bij diabetes mellitus

Voor de behandeling van diabetes mellitus komen twee groepen geneesmiddelen in aanmerking. Voor type 1 diabetes mellitus is altijd behandeling met insuline noodzakelijk. Bij type 2 diabetes mellitus zijn er drie groepen patiënten. Een deel van de patiënten kan volstaan met aangepaste leefregels om het bloedsuikergehalte te reguleren. Een tweede groep moet naast aangepaste leefregels orale bloedsuikerverlagende middelen (in tabletvorm) slikken. Een derde groep bestaat uit patiënten die niet goed (meer) kunnen worden ingesteld met behulp van tabletten, waardoor insulinetherapie noodzakelijk is.

Hierna komt eerst de volume- en materiaalkostenontwikkeling in de afgelopen jaren aan de orde. Vervolgens wordt een aanpak voorgesteld voor de raming van de volume- en materiaalkostenontwikkeling in de periode 2001-2006.

Aantal voorschriften en materiaalkosten insulines en orale antidiabetica 1994-2000

Het aantal voorschriften voor geneesmiddelen bij diabetes is toegenomen van ruim 1,8 miljoen in 1994 tot ruim 3,1 miljoen in 2000. Dat komt neer op een stijging van 9,5% per jaar, ongeveer twee keer zo hoog als bij alle geneesmiddelen tezamen (zie tabel 2.3 en bijlage 8). Het aantal voorschriften voor insulines is minder sterk gestegen dan voor orale antidiabetica. Het aantal recepten voor insulines steeg van ruim 0,6 miljoen naar bijna 1 miljoen in deze periode en het aantal recepten voor orale antidiabetica van bijna 1,2 miljoen naar bijna 2,2 miljoen.

Tabel 2.3: Jaarlijkse procentuele toename in het aantal voorschriften van geneesmiddelen bij diabetes mellitus en in het totaal aantal voorschriften voor alle geneesmiddelen, 1995-2000 (Bron: SFK; gegevens bewerkt door RIVM).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Gemiddeld 1995-2000
Insulines	5,4	6,7	6,3	7,9	8,9	6,3	6,9
Orale antidiabetica	10,5	9,5	9,6	11,6	13,3	10,0	10,8
Insulines + orale antidiabetica	8,7	8,5	8,5	10,4	11,9	8,9	9,5
Alle geneesmiddelen	7,5	2,0	2,2	7,1	7,1	2,3	4,7

In de periode 1994-2000 zijn de materiaalkosten van geneesmiddelen bij diabetes toegenomen van 147 miljoen gulden (bijna 67 miljoen euro) tot bijna 216 miljoen gulden (98 miljoen euro), hetgeen neerkomt op een gemiddelde jaarlijkse toename van 6,7% (zie bijlage 8). Omdat de materiaalkosten sterk afhankelijk zijn van het aantal voorschriften, geeft de ontwikkeling in de gemiddelde materiaalkosten per voorschrift een beter beeld (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4: Jaarlijkse procentuele verandering in de gemiddelde materiaalkosten per voorschrift van geneesmiddelen bij diabetes mellitus en bij alle geneesmiddelen, 1995-2000 (Bron: SFK; gegevens bewerkt door RIVM).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Gemiddeld 1995-1999
Insulines	-6,3	0,6	-4,9	7,5	3,6	0,0	0,1
Orale antidiabetica	-4,8	-12,9	-1,4	8,4	-9,7	-3,1	-3,1
<i>Alle geneesmiddelen^a</i>	2,3	1,1	0,0	6,1	5,3	5,7	3,4

a) WTG-voorschriften (SFK, 2001a).

De gegevens uit tabel 2.4 laten een veel grilliger beeld zien dan de gegevens over de volume-ontwikkeling. Opvallend is dat veel jaren een daling laten zien van de gemiddelde materiaalkosten per voorschrift. De cijfers weerspiegelen de effecten van:

- de genomen beleidsmaatregelen (o.a. de invoering van het GVS in 1996 en de claw back- percentages van 3,5% in 1999 en 6,82% in 2000 met maximaal 15 gulden per recept (zie hoofdstuk 2 van deel A);
- de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen per voorschrift (aantal standaard-dagdoseringen);
- de verschillende volume-ontwikkelingen bij middelen met zeer uiteenlopende prijzen (de zogenoemde samenstellingseffecten; zie bijlage 8);
- substitutie van bestaande middelen door nieuwe middelen;
- eventuele prijsverlagingen van bestaande middelen door de fabrikant (bijvoorbeeld omdat het octrooi is verlopen en generieke middelen op de markt worden gebracht).

De toename van de gemiddelde materiaalkosten per voorschrift voor alle geneesmiddelen tezamen wordt vooral veroorzaakt door de verschuiving naar nieuwere, doorgaans duurere middelen en in mindere mate doordat de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddel per recept is toegenomen (SFK, 2001a).

Volume en materiaalkosten insulines en orale antidiabetica 2001-2006

In een epidemiologische aanpak zou een volumeraming bij voorkeur gebaseerd moeten worden op het toekomstig aantal patiënten naar profielen van geneesmiddelengebruik. Voor de periode 2001-2006 worden de volgende ontwikkelingen voorzien, die van invloed zijn op het volume:

- Er vindt een toename plaats van het aantal diabetespatiënten door groei en vergrijzing van de bevolking met 1,9% per jaar voor mannen en 1,3% per jaar voor vrouwen. Deze percentages zijn berekend op basis van prevalentiegegevens uit de

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (Ruwaard & Kramers, 1997) en de CBS-bevolkingsprognose 2000. Omdat diabetes een aandoening is die vooral bij ouderen voorkomt, is de invloed van groei en vergrijzing van de bevolking bij diabetes relatief groot.

- Er is een blijvende stijging te verwachten van het aantal nieuwe gevallen (incidentie) van zowel type 1 als type 2. Een belangrijke reden hiervoor is het toegenomen percentage in de bevolking met overgewicht (Seidell, 1997). Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor diabetes. Er zijn geen tekenen dat deze trend zich stabiliseert of daalt. Per jaar komen er naar schatting 60.000 nieuwe gevallen van type 2 diabetes bij (De Vegt et al., 2001). Het aantal door de huisarts herkende nieuwe gevallen van diabetes (type 1 en 2 tezamen) bedraagt circa 40.000 per jaar (Peters-Volleberg et al., 2000).
- Type 2-patiënten worden eerder en intensiever behandeld, en type 2-patiënten gaan in toenemende mate over op insuline-therapie (Herings et al., 2000; Lutterman, 2001).
- Mogelijk is ook de gemiddelde behandelingsduur van diabetespatiënten toegenomen door een toenemende overlevingsduur van deze patiënten. Goede gegevens hierover ontbreken echter.

Er kan derhalve worden verwacht dat er ook in de komende jaren sprake zal zijn van een aanzienlijke stijging van het aantal voorschriften voor diabetesmiddelen. Behalve de invloed van groei en vergrijzing van de bevolking zijn ten aanzien van de overige invloeden echter onvoldoende kwantitatieve gegevens beschikbaar om hiermee te kunnen rekenen. Hiervoor zou men moeten beschikken over nauwkeurige incidentie- en prevalentietrends naar leeftijd en geslacht van zowel type 1- als type 2-diabetes, alsmede trends in geneesmiddelenprofielen (het aantal patiënten dat kan volstaan met dieetmaatregelen, het aantal patiënten dat een of meerdere orale antidiabetica gebruikt en het aantal patiënten dat insuline gebruikt). Omdat de bovengenoemde trends zich in het afgelopen decennium ook al hebben voorgedaan, is bezien of het doortrekken van de trend uit het verleden een redelijke schatting oplevert, d.w.z. 6,9% groei per jaar in het aantal voorschriften voor insulines en 10,8% in het aantal voorschriften voor orale antidiabetica. In 2006 komt het aantal voorschriften voor insulines dan op 1,4 miljoen en voor orale antidiabetica op 4,0 miljoen. Daarmee is de toekomstige volumestijging bij diabetesmiddelen bijna twee keer zo hoog als de algemene geschatte volumestijging van 5,2% per jaar voor de periode 2001-2006 (zie paragraaf 2.1 in dit hoofdstuk). Een toename tot 4 miljoen recepten voor orale antidiabetica in 2006 lijkt echter wel erg groot. In de loop van 2002 komen de gegevens beschikbaar van de Tweede Nationale Studie van het NIVEL/RIVM. Dan kunnen de incidentie- en prevalentiecijfers, zoals deze in de huisartspraktijk zijn gemeten in 2000, worden vergeleken met cijfers van 1994 uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (Ruwaard & Kramers, 1997). Dit geeft betere mogelijkheden om te beoordelen of de trend in het aantal patiënten ‘spoort’ met de trend in het aantal recepten in de periode 1994-2000.

Vervolgens is de vraag aan de orde of te verwachten is dat vóór 2006 nog nieuwe geneesmiddelen voor diabetes worden opgenomen in het vergoedingspakket, die

bovenop het bestaande gebruik komen of bestaande middelen vervangen. Voor zover nu is te overzien, gaat het alleen om de nieuwe klasse orale antidiabetica, de glitazonen. Het eerste middel in deze klasse is het in 2000 geregistreerde rosiglitazon. Het is niet geregistreerd als monotherapie. Volgens opgave van de fabrikant kan rosiglitazon voor 1.675 personen acarbose vervangen (als toevoeging aan een sulfonylureumderivaat) en komen maximaal 6.570 obese patiënten in aanmerking voor rosiglitazon als toevoeging aan metformine (Van Luijn, 2000) Het is toegelaten tot het pakket via plaatsing op bijlage 1B omdat het het eerste middel was in deze nieuwe klasse. Het tweede middel in deze klasse is het in 2001 geregistreerde pioglitazon, dat dezelfde indicaties heeft als rosiglitazon. Omdat het als onderling vervangbaar kan worden beschouwd met rosiglitazon wordt geadviseerd het op te nemen in een nieuw te vormen cluster op bijlage 1A (Van Luijn, 2001a). Verwacht wordt dat de glitazonen op langere termijn een belangrijke plaats zullen gaan innemen bij de bestrijding van insulineresistentie (Lutterman, 2001), maar op korte termijn is de houding ten aanzien van de glitazonen afwachtend (Van der Veen & Troost, 2001).

Geschat wordt dat de jaarlijkse meerkosten van rosiglitazon voor de eerste groep patiënten circa 0,59 miljoen euro per jaar bedraagt. Dit bedrag is gebaseerd op 1.675 personen, waarvoor rosiglitazon bijna 363 euro per jaar duurder is dan acarbose. De jaarlijkse meerkosten voor de groep obese patiënten bij gebruik van rosiglitazon in combinatie met metformine leidt tot geschatte meerkosten van circa 3,27 miljoen euro per jaar (prijspeil 2000). Dit bedrag is gebaseerd op 6.570 patiënten, waarvoor rosiglitazon bijna 500 euro per jaar duurder is dan een sulfonylureumderivaat (Van Luijn, 2000). Pioglitazon is duurder dan rosiglitazon. De prijs per patiënt per jaar van pioglitazon is ongeveer 795 euro, terwijl rosiglitazon 580 euro kost (Van Luijn, 2001). De geschatte meerkosten van pioglitazon zijn afhankelijk van de substitutiegraad. Het CVZ doet hierover geen uitspraken.

Voorts heeft het CVZ eind 2001 een advies uitgebracht over het nieuwe middel nateglinide. Het is eveneens bestemd voor behandeling van type 2 diabetes in combinatie met metformine. Het is als onderling vervangbaar beoordeeld met de sterk werkende sulfonylureumderivaten en repaglinide. Voorgesteld wordt om nateglinide op te nemen op bijlage 1A (Van Luijn, 2001c). Nateglinide is veel duurder dan de sulfonylureumderivaten (517 euro versus 186 euro per jaar). Het CVZ heeft geen kostenconsequentieraming van nateglinide opgesteld.

Tenslotte is de registratie te verwachten van de inhaleerbare vorm van insuline. Er waren berichten dat deze toedieningsvorm mogelijk al in 2002 op de markt zou komen (Medisch Vandaag, 25 oktober 2000), maar de fabrikant heeft laten weten dat dit waarschijnlijk begin 2004 zal worden. De gemiddelde dagdosis van insuline per inhalatie ligt 20 keer zo hoog als insuline per injectie. Inhalatietherapie kan alleen de injecties vóór de maaltijd vervangen (Ufkes, 2001). De fabrikant verwacht niet dat insuline per inhalatie in Nederland een hoge vlucht zal nemen (mogelijk stapt zo'n 5% van de daarvoor in aanmerking komende patiënten over). Er wordt verwacht dat inhaleerbare insuline in Amerika veel beter aanslaat vanwege de geringe populariteit van de insulinepen aldaar.

De inhaleerbare insuline zal ‘competitief’ worden geprijsd, maar een orde van grootte kan volgens de fabrikant nog niet worden aangegeven (pers. comm. mevr. Monteban, Pfizer). Nu het GVS-criterium ‘gelijke toedieningsweg’ zodanig is gewijzigd dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen wel of niet toediening per injectie, zal insuline per inhalatie dus niet geclusterd kunnen worden met insuline per injectie. Omdat deze nieuwe vorm van insulinetoediening naar verwachting nauwelijks een rol zal spelen in de periode tot 2006, laten wij dit in de verdere berekening buiten beschouwing.

Voor de toekomstige materiaalkostenontwikkeling wordt de aanname gemaakt dat de algemene prijsstijging van 3,3% per jaar (zie paragraaf 2.1 in dit hoofdstuk) geldt voor alle geneesmiddelen bij diabetes omdat het uitsluitend om clusterbare middelen gaat (bijlage 1A-middelen). Dit leidt bij de insulines tot een gemiddelde prijsstijging per recept van 73,07 euro in 2000 tot 88,79 euro in 2006 en bij orale antidiabetica van 12,69 euro in 2000 tot 15,42 euro in 2006. Bovenstaande uitgangspunten leiden tot de volgende kostenraming (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5: Materiaalkostenraming voor geneesmiddelen bij diabetes mellitus in de periode 2001-2006, in miljoenen euro's.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Insulines	77,75	85,86	94,82	104,71	115,62	127,68
Orale antidiabetica	31,41	35,95	41,15	47,10	53,92	61,70
Rosiglitazon	3,86	3,99	4,12	4,25	4,40	4,54
Pioglitazon	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
Nateglinide	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
Totaal	113,02	125,80	140,09	156,06	173,94	193,92
Toename t.o.v. het vorige jaar (in %)	-	11,3	11,4	11,4	11,5	11,5

Bij deze wijze van schatten is de jaarlijkse stijging in de materiaalkosten van geneesmiddelen bij diabetes mellitus met 11,3-11,5% iets lager dan de CVZ-schatting van de algemene stijging van de materiaalkosten van 12,7-12,9% per jaar (zie bijlage 6).

2.3.2 Ontwikkeling uitgaven diabeteshulpmiddelen

Onder diabeteshulpmiddelen vallen vingerprikapparatuur, lancetten, bloedglucosemeters, teststrips en de draagbare uitwendige insuline-infuuspomp. De uitgaven voor diabeteshulpmiddelen zijn voor ziekenfondsverzekerden gestegen van 74,0 miljoen gulden (33,6 miljoen euro) in 1997 tot 106,1 miljoen gulden (48,2 miljoen euro) in 2000 (gegevens CVZ). In 2000 kwam 1,6 miljoen gulden (0,73 miljoen euro) voor rekening van glucosemeters, 82,8 miljoen gulden (37,6 miljoen euro) voor teststrips en 21,8 miljoen gulden (9,9 miljoen euro) voor overige diabeteshulpmiddelen, waaronder de insulinepomp. De procentuele toename is vermeld in tabel 2.6. Er zijn geen goede gegevens voor particulier verzekerden beschikbaar.

Tabel 2.6: Procentuele toename van de kosten van diabeteshulpmiddelen^a en alle hulpmiddelen^a voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1997-2000 (Bron: CVZ; zie bijlage 7).

	1997	1998	1999	2000	Gemiddeld 1997-2000
Toename diabeteshulpmiddelen t.o.v. voorgaande jaar	19,2	18,8	3,4	18,9	15,1
Toename alle hulpmiddelen t.o.v. voorgaande jaar	27,4	14,3	-1,0	6,7	11,9

a) die vallen onder de Regeling hulpmiddelen 1996.

Voor de periode 2001-2006 wordt de jaarlijkse kostenstijging van diabeteshulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden geschat op 14% bij ongewijzigd beleid (zie tabel 2.1 in dit hoofdstuk). De werkelijke kostenstijging in de komende jaren is niet alleen afhankelijk van de toename van het aantal patiënten en de intensiteit van het hulpmiddelengebruik per patiënt, maar vooral van het vergoedingenregime. Tot voor kort kwamen de kosten van glucosemeting voor niet-insulinegebruikende patiënten geheel voor eigen rekening (zowel bloedprikapparatuur en –lancetten als glucosemeters en teststrips). Sedert 1 april 1999 worden teststrips ook vergoed voor type 2-patiënten met maximale orale medicatie. Doel hierbij is uitstel van insulinetherapie (Piepenbrink, 2000). Voor insulinegebruikende patiënten worden de kosten van glucosemeting en insulinetoediening altijd al grotendeels vergoed. De glucosemeter was tot 1 april 1999 veelal gratis, maar de prijs van de meter werd door de fabrikant verdisconteerd in de prijs van de teststrips. Per 1 april 1999 is de meter opgenomen in de Regeling hulpmiddelen 1996 (omdat patiënten vaak van meter wisselen en de teststrips alleen gebruikt kunnen worden bij een meter van hetzelfde merk). Hierdoor konden de ziekenfondsen ook onderhandelen over de prijs van de teststrips. Deze is in Nederland - in vergelijking met het buitenland - hoog: f1,75 (0,79 euro) tot f2,- (0,91 euro) per stuk. De vergoeding van teststrips was daarom tot voor kort aan een limiet gebonden. De kosten van de teststrips beslaan ongeveer 85% van de totale kosten van diabeteshulpmiddelen. Uit onderzoek van CVZ bleek dat er geen effect was van vergoeding van de bloedglucosemeter op de prijzen van de teststrips (De Wit, 2001a). Per 1 januari 2000 is de gebruiksnorm voor teststrips voor jeugdige diabeten tot 18 jaar afgeschaft. De jaarlijkse kosten hiervoor raamt het CVZ op ongeveer 2 miljoen gulden (910.000 euro) (De Wit, 2000). Per 1 januari 2002 is de maximale gebruiksnorm uit de Regeling hulpmiddelen 1996 verwijderd, maar de verzekeraar kan een eventuele maximale gebruiksnorm hanteren (zie ook hoofdstuk 5 van deel A).

Nu uit onderzoek is gebleken (UKPDS, 1998) en in de klinische praktijk algemeen is geaccepteerd, dat een goede regulatie van het glucosegehalte van groot belang is voor het voorkómen dan wel uitstellen van complicaties (waardoor later zorgkosten worden bespaard), kan de vraag gesteld worden of het redelijk is dat het vergoedingenregime zo verschillend is voor insulinegebruikende en niet-insulinegebruikende patiënten. Vanuit de patiëntenvereniging is de oproep gedaan aan fabrikanten van de teststrips om de prijs te halveren. De overheid zou, ter compensatie van de gedeerde inkomsten van de fabrikanten, de teststrips dan ook kunnen vergoeden voor type 2-patiënten, zonder dat het een stijging van de kosten met zich mee brengt (pers.comm. Wientjens, Diabetes Vereniging Nederland).

Indien het op grote schaal lukt om een goede bloedglucoseregulatie te bereiken met een optimale inzet van genees- en hulpmiddelen, dan zal dit tot een blijvende toename van volume en kosten van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen leiden, die groter is dan op basis van het toenemend aantal patiënten kan worden verwacht. Daar staat tegenover dat op langere termijn de kosten van zorg voor complicaties (micro- en macrovasculaire complicaties en afwijkingen van netvlies, zenuwen en nier) kunnen afnemen.

Geconcludeerd kan worden dat in vergelijking met de CVZ-ramingen de materiaalkostenstijging voor geneesmiddelen bij diabetes iets lager uitkomt dan de algemene materiaalkostenstijging voor geneesmiddelen. Dit komt onder meer doordat er voor de behandeling van diabetes mellitus geen dure niet-clusterbare geneesmiddelen worden voorzien tot 2006. Voor diabeteshulpmiddelen komt de jaarlijkse kostenstijging enkele procenten hoger uit dan de algemene kostenstijging van hulpmiddelen.

3 LANGETERMIJNVERKENNINGEN GENEES- EN HULPMIDDELEN TOT 2020

Samenvatting

Groei en vergrijzing van de bevolking leiden in de periode 2000-2020 tot een jaarlijkse toename in het aantal geneesmiddelenvoorschriften van 1,1%

- Het aantal via de openbare apotheken afgeleverde voorschriften stijgt hierdoor van 131 miljoen in 2000 naar 162 miljoen in 2020.

Het toenemend aandeel allochtonen in de bevolking leidt mogelijk tot een extra jaarlijkse toename in het aantal geneesmiddelenvoorschriften van 0,3%

- De toename bij bepaalde groepen geneesmiddelen is hoger dan deze algemene toename. Bij maagdarmmiddelen zou dit kunnen oplopen tot 1,7% per jaar en bij pijnstillers tot 1,6% per jaar. Deze berekeningen zijn met veel onzekerheden omgeven.
- Nader onderzoek naar de achtergronden van het hogere geneesmiddelengebruik door niet-westerse allochtonen is dringend gewenst.

In de periode 2000-2020 leiden groei en vergrijzing van de bevolking bij mannen tot een grotere toename in het gebruik van hulpmiddelen dan bij vrouwen

- Van de vijf gepresenteerde categorieën hulpmiddelen (bij bloedsomloop, gehoor, diabetes, stoma en incontinentie) stijgt naar verwachting het gebruik van incontinentiematerialen het sterkst, zowel bij mannen (51% over 20 jaar) als bij vrouwen (32% over 20 jaar).
- De invloed van het toenemend aandeel allochtonen in de bevolking op het gebruik van hulpmiddelen kan niet worden aangegeven wegens het ontbreken van gegevens.

Sociaal-culturele ontwikkelingen hebben een consumptieverhogend effect, behalve het stijgend opleidingsniveau

- De voortgaande internationalisering en individualisering, een meer actieve levensstijl en de toenemende mondigheid en verwachtingen van medische zorg zullen tot een hoger gebruik van genees- en hulpmiddelen leiden.
- Alleen van het stijgende opleidingsniveau van de bevolking kan een remmende invloed uitgaan op het gebruik doordat een hogere opleiding in het algemeen samengaat met een betere gezondheidstoestand.

Er zijn belangrijke medisch-technologische ontwikkelingen te verwachten, die zowel een aanzienlijke invloed op de gezondheidstoestand als op de kosten van genees- en hulpmiddelen kunnen uitoefenen

- Bestaande klassen van geneesmiddelen worden met nieuwe varianten

uitgebreid (bijvoorbeeld bij diabetes) en er komen mogelijk geheel nieuwe klassen van geneesmiddelen (bijvoorbeeld middelen bij kanker die het opnieuw uitgroeien van de tumor onderdrukken, en middelen voor ontstekingsremming en bronchusverwijding bij astma/COPD).

- Voor diverse geneesmiddelen komen nieuwe/betere toedieningsvormen beschikbaar, die het gebruiksgemak verhogen (bijvoorbeeld tabletten met vertraagde afgifte bij depressie en closed-loop systemen voor glucoseregulatie). Het is nog niet duidelijk of minder vaak toedienen ook de therapietrouw daadwerkelijk verbetert.
- De duur van medicamenteuze behandeling per patiënt zal in veel gevallen toenemen door vroegere opsporing en uitstel van sterfte.
- De intensiteit van medicamenteuze behandeling per patiënt zal toenemen (meerdere middelen tegelijkertijd; intensievere begeleiding en controle).
- De mogelijkheden om een geneesmiddel specifiek op de gewenste plaats te krijgen nemen toe (drug targeting).
- Er komen steeds meer middelen voor primaire preventie (bijvoorbeeld nieuwe bloeddruk- en cholesterolverlagers); deze middelen kunnen een ongezonde leefstijl (deels) compenseren.
- De toenemende kennis van het humaan genoom heeft belangrijke consequenties: het aantonen van gendefecten als oorzaken van ziekten biedt nieuwe aanknopingspunten voor geneesmiddelenontwikkeling en de farmacotherapie kan beter worden afgestemd op de genetische constitutie van de patiënt. Deze ontwikkelingen worden niet op de korte termijn verwacht.
- Er komen mogelijk diverse vormen van genterapie (eveneens niet op korte termijn).
- Nieuwe screeningsmethoden zijn in ontwikkeling, onder meer voor het opsporen van longkanker bij (ex-)rokers.
- Verbeterde en nieuwe diagnostische technieken komen beschikbaar voor een betere diagnosestelling (zoals beeldvormende technieken bij kanker; betere tumor-stadiëringstechnieken).
- Telemedicine en telecare kunnen zowel de therapietrouw verbeteren als het zorgproces efficiënter laten verlopen.
- Toepassing van Tissue Engineered Medical Products zal mogelijk een hoge vlucht nemen (bijv. kraakbeenvervanging).

Nieuwe geneesmiddelen kunnen het aantal ziektejaarequivalenten in de bevolking reduceren en daarbij de gevolgen van groei en vergrijzing geheel of gedeeltelijk compenseren

- Voor vier ziekten zijn de mogelijke effecten van nieuwe geneesmiddelen op de gezondheidstoestand gekwantificeerd (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Aantal ziektejaar-equivalenten^a voor vier ziekten in 2000 en 2020.

Ziekte	Aantal ziektejaar-equivalenten in 2000	Aantal ziektejaar-equivalenten in 2020 doorgroei en vergrijzing van de bevolking	Aantal ziektejaar-equivalenten in 2020 bij nieuwe geneesmiddelen ^b
Diabetes mellitus	55.300	74.400	67.500
Depressie	117.200	124.600	111.300
Astma/COPD	14.100/98.000	14.700/133.100	12.900/127.700
Reumatoïde artritis	45.500	56.700	43.400

a) het voor kwaliteit van leven gecorrigeerde aantal jaren dat met een bepaalde ziekte wordt doorgebracht in de totale bevolking.

b) inclusief de effecten van groei en vergrijzing van de bevolking.

3.1 De invloed van demografische ontwikkelingen op het toekomstig gebruik van genees- en hulpmiddelen

S.E. Kooiker, G.W.M. Peters-Volleberg

Van oudsher houdt de demografie zich bezig met vier bevolkingskenmerken: geboorte, sterfte, migratie en huwelijks-sluiting en -ontbinding (of huishoudensvorming in het algemeen). Niet elk van deze demografische processen krijgt beleidsmatig evenveel aandacht. Als gesproken wordt over de uitgaven die er in de toekomst voor de gezondheidszorg gemaakt moeten worden, dan wordt vooral gewezen op de verandering in de leeftijdsopbouw van de bevolking, waarbij het aantal ouderen ten opzichte van het aantal jongeren toeneemt (de ‘vergrijzing’).

3.1.1 De vergrijzing

Er zijn grofweg drie redenen waarom de vergrijzing vaak als eerste wordt genoemd:

1. Van alle demografische processen zijn de veranderingen in de sterfte het minst aan schommelingen onderhevig. Het toekomstig aantal ouderen is dus redelijk goed te voorspellen. Veranderingen in het aantal geboortes en migratie zijn veel moeilijker te voorzien. Dat het aantal ouderen zou toenemen is dan ook al heel lang bekend. Nadat de publieke discussie over de ‘overbevolking’ uit de jaren zestig was weggeëbd (omdat het aantal geboortes onverwacht snel terugliep) werd de ‘vergrijzing’ het nieuwe demografische thema. Vooral ook omdat er sprake was van een dubbele vergrijzing: niet alleen het aantal 65-plussers nam toe, maar onder de ouderen steeg ook het aantal hoogbejaarden. Het ging dan met name om een stijging van alleenstaande hoogbejaarde vrouwen die relatief vaak zorg nodig hebben. Immigratie was nog geen issue en het aantal geboortes had in 1983 een dieptepunt bereikt.
2. Sinds het midden van de jaren tachtig wordt er al een publieke discussie gevoerd

over de gevolgen van de vergrijzing voor het overheidsbeleid. Er zijn in de jaren tachtig en negentig een groot aantal beleidsrapporten verschenen die ingaan op de gevolgen van de vergrijzing voor de samenleving en de kosten van ziekten en voorzieningen (bijvoorbeeld STG, 1985; WRR, 1993; Polder et al., 1997). Het is dus gemeengoed geworden om de vergrijzing in de discussie te betrekken.

3. De beschikbaarheid van gegevens is een factor van belang. Voor veel voorzieningen in de gezondheidszorg zijn leeftijdsspecifieke cijfers over het gebruik bekend uit registraties of enquêtes. Deze cijfers wijzen er meestal op dat ouderen relatief veel gebruik maken van deze voorzieningen, wat hogere kosten met zich meebrengt. Het is dan nog maar een kleine stap om de leeftijdsspecifieke gebruikscijfers aan een bevolkingsprognose te koppelen.

De meest recente bevolkingsprognose van het CBS uit 2000 gaat uit van een toename in de levensverwachting (De Jong, 2001). Bij mannen stijgt deze van 75,3 jaar in 2000 naar circa 78,0 jaar in 2020 en bij vrouwen van 80,6 jaar in 2000 naar 81,7 jaar in 2020. Dit is een van de redenen voor de stijging van het aantal 65-plussers. Daarnaast treedt de komende 20 jaar vooral een toename op van het aantal personen van middelbare leeftijd, de babyboom-generatie (geboren rond 1945) wordt ouder. De sterkste stijging in de leeftijdscategorie 65 jaar en ouder is te verwachten na 2010 als de babyboomgeneratie de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Tien jaar later bereikt deze generatie de leeftijd van 75 jaar en zal de huidige relatief geringe stijging van het aantal 75-plussers in omvang toenemen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2: Bevolkingsontwikkeling in de periode 2000-2020 (Bron: CBS-bevolkingsprognose 2000).

Leeftijd	1-1-2000		1-1-2010		1-1-2020	
	mannen (x1.000)	vrouwen (x1.000)	mannen (x1.000)	vrouwen (x1.000)	mannen (x1.000)	vrouwen (x1.000)
0-14	1.506	1.439	1.552	1.484	1.496	1.429
15-24	958	926	1.054	1.024	1.103	1.069
25-44	2.551	2.469	2.323	2.288	2.189	2.175
45-64	1.952	1.911	2.341	2.300	2.422	2.390
65-74	547	647	665	716	924	976
75+	332	626	422	695	546	774
Totaal	7.846	8.018	8.358	8.506	8.680	8.813
Leeftijd	% verand. 2000-2010		% verand. 2010-2020		% verand. 2000-2020	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
0-14	3,1	3,1	-3,7	-3,7	-0,7	-0,7
15-24	10,0	10,7	4,6	4,4	15,1	15,6
25-44	-8,9	-7,4	-5,8	-5,0	-14,2	-12,0
45-64	20,0	20,4	3,5	3,9	24,1	25,1
65-74	21,5	10,6	38,9	36,3	68,8	50,7
75+	27,2	11,1	29,3	11,3	64,4	23,7
Totaal	6,5	6,1	3,8	3,6	10,6	9,9

3.1.2 De invloed van groei en vergrijzing op toekomstig geneesmiddelengebruik

De combinatie van bevolkingsgegevens met cijfers van de SFK over geneesmiddelengebruik voor de verschillende leeftijdsgroepen maakt het mogelijk om een indruk te geven van de stijging in het gebruik, die aan de de bevolkingstoename en de vergrijzing is toe te schrijven. Het gaat dan om het aantal voorschriften, zoals die via de openbare apotheken worden verstrekt. De verstrekking van geneesmiddelen in het ziekenhuis en via de apotheekhoudende huisarts blijven daarbij buiten beschouwing. In 2000 was het aantal voorschriften naar leeftijd als volgt verdeeld (zie tabel 3.3).

Tabel 3.3: Geneesmiddelengebruik in 2000 naar leeftijd, in voorschriften (Bron: SFK, 2001^a).

	Gemiddeld	0-1 jaar	2-10 jaar	11-20 jaar	21-40 jaar	41-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Aantal voorschriften per leeftijdscategorie	8,4	3,5	2,3	2,7	5,0	9,4	18,6	32,2

De relatie tussen leeftijd en geneesmiddelengebruik komt duidelijk uit deze tabel naar voren. In 2000 ging het om een totaal van bijna 131 miljoen voorschriften (exclusief het aantal voorschriften door apotheekhoudende huisartsen). De combinatie van gebruikscijfers en bevolkingsprognose levert een demografische raming op waarbij het aantal voorschriften stijgt tot bijna 147 miljoen in 2010 en ruim 162 miljoen in 2020. Over de gehele periode gezien is dat een stijging van 1,09% gemiddeld per jaar (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4: Schatting van het effect van bevolkingsgroei en vergrijzing op het totaal aantal voorschriften voor geneesmiddelen (Bron: SFK en CBS-bevolkingsprognose 2000; gegevens bewerkt door RIVM).

	2000	2010	2020
Totaal aantal voorschriften (in miljoenen)	130,8	146,6	162,5
Index van de toename (2000=100)	100,0	112,0	124,2
Gemiddelde jaarlijkse toename (in procenten)		1,14 ^a	1,09 ^b

a) berekend over de periode 2000-2010.

b) berekend over de periode 2000-2020.

3.1.3 De invloed van immigratie op het toekomstig geneesmiddelengebruik

Voor dit rapport over de kosten en het gebruik van geneesmiddelen in de toekomst is het belangrijk om de aandacht wat de demografie betreft niet te beperken tot de vergrijzing. Het lijkt er namelijk op dat ook 'immigratie' een factor van belang is. Het gaat dan met name om de migratie uit niet-westerse landen. In hoofdstuk 4 van deel A over 'de consumenten' is reeds aan de orde gesteld dat het geneesmiddelengebruik onder niet-westerse allochtonen vaak hoger is dan onder autochtonen. Het aantal niet-westerse allochtonen zal in de komende 10 jaar naar verwachting veel sterker groeien dan het aantal autochtonen en westerse allochtonen. Tot de niet-westerse allochtonen worden bijvoor-

beeld Turken, Marokkanen en Surinamers gerekend, maar ook andere migranten uit Afrika en Azië (excl. Indonesië en Japan).

De meest recente CBS-allochtonenprognose uit 2000 raamt voor de niet-westerse allochtonen een stijging van 44% in 10 jaar: van 1,4 miljoen in 2000 tot ruim 2 miljoen in 2010 (Alders, 2001). In dezelfde tijd neemt de autochtone (en westers-allochtone) bevolking met ongeveer 3,5% toe van 14,46 miljoen tot 14,96 miljoen. De totale bevolking stijgt tussen 2000 en 2010 met 7% van bijna 16 miljoen naar 17 miljoen. Na 2010 stijgt het aantal niet-westerse allochtonen naar verwachting verder tot bijna 2,6 miljoen in 2020. Ten opzichte van het jaar 2000 is dat een stijging van 84% procent. In dezelfde tijd is de vergrijzingsfactor veel geringer. Zo zal het aantal personen van 65 jaar en ouder naar verwachting tussen 2000 en 2020 met ongeveer 50% toenemen.

Op dit moment is het moeilijk om inzicht te krijgen in de effecten die de ‘allochtone factor’ op de toename in het gebruik van geneesmiddelen zou kunnen hebben. In de ramingen van het CPB is een odds-ratio van 1,72 opgenomen om weer te geven in hoeverre het gebruik onder allochtonen hoger is dan onder autochtonen. Dat vertaalt zich in 0,3% extra jaarlijkse groei in het aantal voorschriften voor de periode 2003-2006. Hierbij gaat het om het geneesmiddelengebruik in het algemeen. Het is goed mogelijk dat de groei voor specifieke middelen anders verloopt. In hoofdstuk 4 van deel A kwam naar voren dat Turken en Marokkanen vooral veel meer pijnstillers en maagdarmmiddelen gebruiken dan autochtonen, terwijl ze weer minder antibiotica en hartmiddelen gebruiken. Over de consumptie van deze middelen onder andere niet-westerse allochtonen is weinig bekend. In een rekenvoorbeeld kan de aanname gemaakt worden dat ook andere niet-westerse allochtonen (met uitzondering van personen uit Latijns-Amerika, Suriname en de Nederlandse Antillen) evenveel van deze middelen gebruiken. Er kan dan een schatting gemaakt worden voor de toename van de consumptie als gevolg van het toenemend aantal allochtonen. Hiervoor worden de gebruikscijfers uit hoofdstuk 4 in deel A (tabel 4.4) gecombineerd met de CBS-allochtonenprognose 2000 voor de toename van het aantal (niet-westerse) allochtonen in Nederland. In dit rekenvoorbeeld is het effect van de vergrijzing buiten beschouwing gelaten (zie tabel 3.5).

Tabel 3.5: Rekenvoorbeeld van het mogelijke effect van de ‘allochtone factor’ op de consumptie van specifieke geneesmiddelen (maagdarmmiddelen en pijnstillers) ten opzichte van alle geneesmiddelen.

Demografische component	Jaarlijkse toename totaal geneesmiddelengebruik ^a	Jaarlijkse toename gebruik maagdarmmiddelen ^b	Jaarlijkse toename gebruik pijnstillers ^b
vergrijzing	0,5	-	-
bevolkingstoename plus toename niet-westerse allochtonen	0,9	1,6	1,4

a) CPB-raming 2003-2006: 0,6% toename door bevolkingsgroei en 0,3% door toename niet-westerse allochtonen (zie hoofdstuk 2 van deel B).

b) op basis van allochtonenprognose 2000-2010 voor de bevolking van 10-69 jaar, waarbij alle niet-westerse allochtonen zijn samengevoegd.

Natuurlijk is er heel wat af te dingen op het hier gepresenteerde rekenvoorbeeld. Het gaat hier ook niet om een realistische raming, maar om duidelijk te maken dat de allochtone factor naast de vergrijzing van belang is voor het toekomstig geneesmiddelengebruik, met name waar het gaat om middelen die aan allochtonen veel worden voorgeschreven. Waar voor ouderen reeds jarenlang een discussie wordt gevoerd over het gelijktijdig gebruik van verschillende middelen, de z.g. polyfarmacie (Veehof et al., 2001) verdient het aanbeveling om deze discussie ook over het geneesmiddelengebruik van allochtonen te voeren. De enquête-onderzoeken onder Marokkanen en Turken wekken sterk de indruk dat meerdere middelen naast elkaar worden gebruikt (zie hoofdstuk 4 van deel A). Een eerste stap daartoe zou kunnen bestaan uit een goede ‘monitoring’ van het geneesmiddelengebruik onder allochtonen.

3.1.4 De invloed van groei en vergrijzing op het gebruik van hulpmiddelen

In de publicatie ‘GIPHulpmiddelen 1997-1998’ van het CVZ (2000b) zijn leeftijdsspecifieke declaratiegegevens opgenomen van ziekenfondsverzekerden. Deze publicatie is gebaseerd op de gegevens van een viertal ziekenfondsen en vormt een goede afspiegeling van het totaal aantal ziekenfondsverzekerden.

Voor de invloed van demografische ontwikkelingen op het toekomstig gebruik van hulpmiddelen is gebruik gemaakt van de gebruikscijfers voor vijf categorieën hulpmiddelen uit het jaar 1998: hulpmiddelen bij (bloed)circulatie, gehoor, diabetes, stoma en incontinentie. De data uit GIPHulpmiddelen worden per 10.000 ziekenfondsverzekerden gepubliceerd. Voor de doorrekening is de aanname gemaakt dat het declaratiegedrag van particulier verzekerden niet afwijkt van ziekenfondsverzekerden (bij gebrek aan goede gegevens over particulier verzekerden). De cijfers uit het GIPHulpmiddelen zijn vermenigvuldigd met de bevolkingsopbouw in 2000, 2010 en 2020. Hierbij moet men bedacht zijn op het feit dat dit declaratiegegevens betreft, waarbij het in geval van verbruiksgoederen zoals incontinentiemateriaal en stomamateriaal waarschijnlijk een goed beeld geeft van het daadwerkelijke gebruik van hulpmiddelen. In het geval van meer duurzame hulpmiddelen, zoals hoortoestellen of een bloedglucosemeter, vindt de verstrekking niet elk jaar plaats. Het daadwerkelijk aantal gebruikers ligt dan ook veel hoger. De gegevens zijn echter wel illustratief als het gaat om de invloed van demografische ontwikkelingen op het aantal verstrekkingen (zie tabel 3.6). Daarbij wordt uitgegaan van een gelijkblijvend aantal verstrekkingen over de tijd per 10.000 verzekerden. In de praktijk zal dit echter onder andere afhangen van de regelgeving en de komst van nieuwe hulpmiddelen.

Tabel 3.6: Demografische prognose van het aantal gebruikers van hulpmiddelen (x 1.000), naar vijf categorieën van hulpmiddelen (Bron: tabel 4.6 in deel A en CBS-bevolkingsprognose 2000).

Categorie	2000		2010		2020		Toename 2000-2020 in %	
	M	V	M	V	M	V	M	V
(Bloed)circulatie	62,2	191,2	84,8	189,4	88,3	243,4	42,0	27,3
Gehoor ^a	95,6	98,2	136,8	93,0	142,5	129,6	49,1	32,0
Diabetes	110,3	134,3	140,8	135,8	146,3	169,6	32,7	26,3
Stoma	27,2	23,5	37,3	23,6	38,8	29,7	42,7	26,4
Incontinentie	182,2	451,0	264,9	429,6	275,5	596,2	51,2	32,2

a) omdat de gebruiksduur van een hoortoestel langer is dan 1 jaar, geven deze aantallen niet het totaal aantal gebruikers weer. Op basis van gegevens uit het CBS-Periodiek Leefsituatie Onderzoek is geschat dat het aantal gebruikers van hoortoestellen in 2000 ligt op 380.000. Een demografische prognose hiervan voor het jaar 2020 komt 523.000 (Van Drongelen et al., 2000).

Opvallend is dat de toename bij alle categorieën hulpmiddelen bij mannen groter is dan bij vrouwen. Dat komt omdat de toename in het aantal oudere mannen sterker is dan bij oudere vrouwen, onder meer doordat de levensverwachting van mannen sterker toeneemt dan van vrouwen.

3.2 De invloed van sociaal-culturele trends op het toekomstig gebruik van genees- en hulpmiddelen

S.E. Kooiker

3.2.1 Een raamwerk voor het denken over de toekomst

In deze paragraaf komen een aantal sociaal-culturele ontwikkelingen aan de orde die voor het geneesmiddelengebruik in de toekomst van belang kunnen zijn. Veel hiervan zijn ook van toepassing op hulpmiddelen. Omdat hier weinig onderzoek naar is verricht, komt dit onderwerp wat minder prominent aan bod in deze paragraaf. Alvorens de beschouwing toe te spitsen op geneesmiddelen wordt eerst stil gestaan bij toekomstverwachtingen voor de samenleving als geheel. Deze biedt immers de context waarin de consumptie van genees- en hulpmiddelen plaatsvindt. CPB en SCP hebben hierover recentelijk een essay-bundel uitgebracht met de titel 'Trends, dilemma's en beleid. Essay's over de ontwikkelingen op langere termijn' (CPB/SCP, 2000). In een inleidend hoofdstuk biedt Schnabel een raamwerk voor het denken over de toekomst. Hij maakt daarbij een onderscheid in *zekerheden*, *problemen* en *uitdagingen* waarmee beleidsmakers geconfronteerd worden. Als *zekerheden* noemt hij: versterking van de invloed van de Europese Unie, vergrijzing van de bevolking, verhoging van het algemene opleidingsniveau, verandering van de ruimtelijke indeling, vergroting van de mobiliteit en verhoging van het nationaal inkomen. De belangrijkste *sociale problemen* van nu en de toekomst zijn: integratie van grote groepen allochtonen in de Nederlandse samenleving alsmede bestrijding van criminaliteit, de sociale onveiligheid en het geweld. Als *uitda-*

gingen voor het beleid worden de noodzaak van het behoud van leefbaarheid en van het behoud van de arbeidsparticipatie genoemd.

- Naast de drieslag van *zekerheden*, *problemen* en *uitdagingen* worden er vijf lange-termijntrends voor het sociale domein besproken (de vijf I's):
- *Individualisering*: de verminderde afhankelijkheid van het individu van personen in de directe omgeving;
- *Informalisering*: grotere gelijkheid in de menselijke verhoudingen, gepaard gaande met gezagsproblemen;
- *Informatisering*: ICT wordt net zo gewoon als de auto;
- *Internationalisering*: toename in toerisme en migratie en een toenemende oriëntatie op wat elders gebeurt;
- *Intensivering*: het moderne leven staat in het teken van intensieve beleving en ervaring.

In het slotbetoot van zijn essay noemt Schnabel de achterstand van allochtone groepen de nieuwe sociale kwestie voor de 21e eeuw.

3.2.2 Verwachtingen voor het toekomstig geneesmiddelen-gebruik

Dit raamwerk biedt reeds een aantal aanknopingspunten voor de gedachtevorming over het toekomstig geneesmiddelengebruik. Zo zijn de genoemde *zekerheden* als de versterking van de invloed van de Europese Unie (regelgeving) en de vergrijzing van de bevolking zonder twijfel van belang. Dat geldt ook voor een verdere toename van de welvaart en de mobiliteit, die het leven nog drukker en jachtiger maken dan het reeds is en de roep versterken om geneesmiddelen, die het handhaven van een dergelijke levensstijl mogelijk maken. De lange-termijntrend van de *intensivering* van de beleving en ervaring past hierbij. Een ieder die wel eens reclames voor geneesmiddelen in de vakbladen bekijkt, ziet dat participatie in een gewenste levensstijl door de industrie met terugkerende regelmaat wordt genoemd als reden om juist middel x of y voor te schrijven, bijvoorbeeld "Zo wordt uw maagzuur geremd in plaats van uw levensstijl".

De stijging van het opleidingsniveau staat voor meer mondige, goed geïnformeerde patiënten. En als het inderdaad zo is dat de *informatisering* ertoe leidt dat ICT net zo gewoon wordt als de auto, dan zal het meer regel dan uitzondering zijn dat patiënten met internet-uitdraaien de spreekkamer bezoeken en om het nieuwste geneesmiddel vragen. De reeds vergaande *informalisering* in de spreekkamer staat er garant voor dat patiënten wat hun wensen betreft geen blad voor de mond zullen nemen. De stijging van het opleidingsniveau heeft ook tot gevolg dat het aantal oudere laag opgeleide patiënten afneemt. In de paragraaf over de attitude ten aanzien van geneesmiddelen is geconstateerd dat de *traditioneel consumptie-geneigden* vooral onder de oudere laag-opgeleiden te vinden zijn. Deze groep neemt in omvang af. Tabel 3.7 geeft een indruk van de verwachte veranderingen in het opleidingsniveau van ouderen (van 55 jaar en ouder) in de periode

2000-2020.

Tabel 3.7: Prognose van het opleidingsniveau van de bevolking van 55 jaar en ouder in de periode 2000-2020, in procenten (Bron: Herwijer, 2001).

	2000	2005	2010	2015	2020
mannen					
basisonderwijs	22	19	16	14	12
lbo/mavo	21	20	20	20	20
havo/vwo/mbo	36	38	39	39	40
hbo/wo	21	23	26	27	28
vrouwen					
basisonderwijs	36	30	25	20	17
lbo/mavo	32	33	33	31	28
havo/vwo/mbo	22	25	28	32	36
hbo/wo	10	12	14	17	19

Van de stijging van het opleidingsniveau mag een positief effect op de gezondheid verwacht worden, ervan uitgaande dat het bestaande verband tussen opleiding en gezondheid gehandhaafd blijft.

Bij de in *Trends, dilemma's en beleid* genoemde problemen lijkt vooral de moeizame integratie van grote groepen alloctonen relevant voor het geneesmiddelengebruik, zoals in hoofdstuk 4 van deel A uiteengezet is. De toename van criminaliteit en (dreigend) geweld kan leiden tot een verhoogd gebruik van psychofarmaca. Voor de nabije toekomst wordt een verdere stijging van de criminaliteit verwacht van bijna 2% per jaar. Voor de geweldsmisdrijven zal de stijging hoger zijn, namelijk bijna 3% per jaar (Van der Torre & Van Tulder, 2001).

De vijf lange-termijn-trends (de 5 I's) zijn voor het merendeel reeds ter sprake geweest. De *individualisering* zal in het geneesmiddelengebruik in de toekomst een grote rol gaan spelen, maar meer om technische dan sociale redenen. Genomics zullen het op termijn mogelijk maken om het geneesmiddel op het individu toe te snijden (Leufkens, 2001a). Op sociaal terrein zou een vergaande individualisering kunnen betekenen dat de nu nog bestaande solidariteit in de ziektekostenverzekering aan draagvlak verliest en vanwege het heffen van eigen bijdragen (in de vorm van aanvullende verzekeringen) bijvoorbeeld de nieuwste medicijnen alleen voor de beter gesitueerden betaalbaar worden. Internationalisering zou vooral kunnen betekenen dat meer zorgaanbieders zich op de Nederlandse markt gaan begeven en dat Nederlanders vaker in het buitenland een behandeling zullen zoeken. De regelgeving rond de toelating van genees- en hulpmiddelen is reeds voor een groot deel op Europees niveau geregeld. Dat betekent dat soms middelen op de Nederlandse markt kunnen komen die wellicht op basis van Nederlandse toelatingscriteria niet zouden worden toegelaten. De vergoeding van genees- en hulpmiddelen is overigens nog steeds een zaak van nationale overheden.

Na de bespreking van enkele algemene ontwikkelingen is het wellicht nuttig om stil te staan bij twee specifieke toekomstverkenningen die recentelijk gepubliceerd zijn. De ene is een bundel met opstellen over de toekomst van de geneeskunde, de ander een toe-

komstverkenning over het nieuwe consumeren. Het 150-jarig bestaan van de KNMG was aanleiding om een aantal auteurs (medici en niet-medici) te vragen om in een kort opstel hun visie voor de komende 20 jaar te ontvouwen (Lagro-Jansen, 1999). Opvallend aan de opstellen is, dat er naast verwachtingen omtrent de ontwikkeling in het eigen vakgebied, twee zaken nogal op de voorgrond treden die ook voor het toekomstig geneesmiddelengebruik van belang zullen zijn: de mondigheid en de (hoge) verwachtingen van de patiënt en de ontwikkelingen in de ICT. Wat de ICT betreft wordt een scala aan technische mogelijkheden ten tonele gevoerd, overigens dikwijls met een humoristische inslag. Het is moeilijk te beoordelen hoe en wanneer deze werkelijkheid zullen worden. Zie ook tekstblok 3.1.

Tekstblok 3.1: Toegenomen verwachtingen van de patiënt (Bron: Lagro-Jansen, 1999).

Hoe de mondigheid van de patiënt in de loop der tijd veranderd is en de verwachtingen van de zorg omhoog zijn gegaan, is in dit boekje treffend verwoord door huisarts Bogtstra die memoreert dat zijn vader ook al huisarts was en wel in een dorp in Friesland. Hij was 24 uur per dag beschikbaar en 7 dagen van de week, maar daardoor niet gestresst. De patiënten begrepen wel dat er iets mis kon gaan en als een tangverlossing niet lukte zeiden ze dan nogal eens: “Wat sneu voor u dokter, want u hebt zo uw best gedaan”. Als contrast schrijft Bogtstra dat hij bij wijze van spreken nu na een vacuümextractie, waarbij een mooi kind ter wereld komt, al moet uitleggen waarom hij de ingreep niet bij de conceptie reeds had voorzien. Ook Briët, hoogleraar interne geneeskunde, ziet de hoge verwachtingen van de patiënt als de keerzijde van de vooruitgang. Een citaat uit zijn opstel geeft dat kernachtig weer: “Maar de vooruitgang wekt wel verwachtingen bij de (aspirant)patiënt. Ziekte en dood worden afgewezen als gewoon behorend bij het menselijk lot. Er is teleurstelling en onbegrip als wat lijkt te kunnen, onbetaalbaar blijkt of ongewenst. En ook wordt dokter verwijtend aangesproken als hij faalt bij het lenigen van niet-medisch leed. Mede hierdoor zien we irrationele tendensen opdoemen tegenover de beweging die ‘evidence based medicine’ wordt genoemd. De alternatieve geneeskunde bloeit, gesteund door de ziektekostenverzekeraars en door officiële erkenning van de

homeopathica”.

Een enigszins ander geluid voor de toekomst is te beluisteren bij Cerfontaine, die stelt dat de zorg veel kan leren van de luchtvaartwereld, waar onder druk van felle concurrentie veel aandacht voor de wensen van de klant is ontstaan. Mede door de eenwording van Europa zal ook de gezondheidszorg worden geconfronteerd met een toename van de onderlinge competitie. In de toekomst zal de gezondheidszorg de zorgvrager daarom veel meer als klant moeten benaderen dan nu het geval is. Belangrijk daarbij is om te differentiëren tussen klanten, net zoals luchtvaartmaatschappijen dat doen. Deze geven immers de frequent en goed betalende zakenman of -vrouw andere mogelijkheden dan de incidentele vakantiereiziger. Verder moet de gezondheidszorg aan klanten de benodigde informatie geven om verantwoord keuzes te maken. Tussen luchthavens is de onderlinge vergelijking van de dienstverlening heel normaal, maar angst weerovert de gezondheidszorg om hetzelfde voor de eigen sector toe te laten. Verder moet de klant meer controle krijgen en de mogelijkheid krijgen om meer beslissingen zelf te nemen. De transformatie in de richting van een gezondheidsmarkt maakt klantvriendelijke initiatieven als deze onvermijdelijk. Voor het gebruik van geneesmiddelen lijkt het erop dat een vraaggerichte gezondheidszorg eerder met een hoge dan een matige geneesmiddelenconsumptie gepaard gaat.

Bij het *nieuwe consumeren* staan volgens de gelijknamige bundel vooral het eigen gemak (convenience) en de beleving (experience) centraal in een wereld waar ‘druk-druk-druk’ de boventoon voert (De Haan et al., 2001). Deze drukke levensstijl biedt weinig ruimte om thuis rustig uit te zieken, en daardoor zal de vraag naar geneesmiddelen toenemen. Volgens de auteurs zijn het vooral de ouderen die in hun vrije tijd veel actiever zijn dan voorheen. Zij noemen de slogan ‘je bent jong en je wilt wat’ dan ook het ‘Veronica-misverstand’. Steeds meer geldt: ‘je bent oud en je wilt wat’. De oudere van de toekomst met zijn hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen zal zijn actieve

leefstijl willen handhaven, een trend waar de farmaceutische industrie zeker op in zal spelen.

3.2.3 Conclusies en beschouwing

Het overgrote deel van de hier besproken trends zal een verhogend effect hebben op de consumptie van geneesmiddelen. Alleen voor de verwachte stijging van het opleidingsniveau wordt een gemengd effect verwacht omdat enerzijds de traditionele ‘consumptie-geneigdheid’ afneemt en ook de gezondheid van hoger opgeleiden (ceteris paribus) beter is. Anderzijds gaat een hoger opleidingsniveau samen met meer koopkracht en een actievere levensstijl en dat kan de vraag naar geneesmiddelen juist doen toenemen. De verwachte effecten van de trends zijn op een rij gezet in tabel 3.8.

Tabel 3.8: Verwachte effecten van sociaal-culturele ontwikkelingen op de consumptie van genees- en hulpmiddelen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen	Verwacht effect op consumptie van geneesmiddelen	Verwacht effect op consumptie van hulpmiddelen
Stijging opleidingsniveau	+/-	+/-
Toename allochtonen	+	? ^a
Vergrijzing	+	+
Internationalisering	+	+
Individualisering	+	+
ICT	+	+
Toename mondigheid en verwachtingen	+	+
Welvaartsstijging, actieve levensstijl en nieuwe consumenten	+	+
Klantgerichte gezondheidszorg	+	+

a) er zijn geen gegevens over het gebruik van hulpmiddelen naar etniciteit.

In een schets van de farmaceutische zorg in de toekomst schetst Leufkens twee mogelijke scenario's (Leufkens, 2001b). Enerzijds is dat ‘Nederland ondernemersland’ waarin de zelfstandige burger in een marktgerichte omgeving als vragende partij vrij over de zegeningen van de technische innovatie kan beschikken. Daartegenover staat het ‘poldermodel revisited’ waarin juist de evidence-based medicine, protocollen en formularia als sturingsmechanismen in de farmaceutische zorg een belangrijke plaats innemen. In een samenleving met een hoge mate van sociale cohesie wordt terug gegrepen op de ‘cultuur van ingetogenheid die altijd goed gepast heeft bij de Nederlandse verhoudingen’. In dit scenario is algemeen aanvaard dat marktwerking in de zorg niet kan. Er komt meer aandacht voor de menselijke maat, de care. Duidelijk mag zijn dat de consumptie van geneesmiddelen, en ook voor hulpmiddelen, in het ‘ondernemersland’-scenario veel hoger zal zijn dan in het ‘poldermodel revisited’-scenario. Deze twee sterk contrasterende scenario's worden beiden voor plausibel gehouden voor de Nederlandse situatie omdat ze beide wortels hebben in de Nederlandse cultuur. Het is echter de vraag of dat echt zo is, gezien de lange-termijn-ontwikkelingen die voorheen genoemd zijn. Zo is het bijvoorbeeld moeilijk voorstelbaar dat de huidige individualiseringstendens in afzienbare tijd zal omslaan in een collectiveringstrend waarin niet het individu maar het

bindweefsel van de samenleving voorop komt te staan, terwijl dat toch een belangrijke veronderstelling van het ‘poldermodel revisited’-scenario is. De maatschappelijke krachten die dat kunnen bewerkstelligen zijn in ieder geval op dit moment nog niet zichtbaar. De conclusie van deze paragraaf is dan ook dat de meeste sociaal-culturele ontwikkelingen wijzen op een blijvende opwaartse druk ten aanzien van het gebruik van genees- en hulpmiddelen.

3.3 Medisch-technologische ontwikkelingen en de invloed op gezondheid en zorg

G.W.M. Peters-Volleberg, A. van den Berg Jeths, I. Wolff

In deze paragraaf komen de toekomstverwachtingen over de medisch-technologische ontwikkelingen aan de orde voor een selectie van acht ziekten. Deze ziekten zijn geselecteerd op basis van de drie criteria: (i) ziekten met een hoge ziektelast (tenminste 40.000 Disability Adjusted Life Years (DALY's) in 1994) en/of (ii) dure ziekten (tenminste 1% van de totale kosten van de gezondheidszorg in 1994) en (iii) de beschikbaarheid van toekomstverkenningen voor meerdere medisch-technologische ontwikkelingen per ziekte. Tabel 3.9 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 3.9: Selectie van acht ziekten met de bijbehorende ziektelast (uitgedrukt in aantal DALY's in 1994), het aandeel in de totale kosten van de gezondheidszorg in 1994 en de beschikbare toekomstverkenningen (Bron: Van der Maas & Kramers, 1997; Post & Stokx, 1997).

Ziekte/aandoening	Aantal DALY's ^a in 1994	Aandeel in totale kosten van gezondheidszorg in 1994 (in %)	Beschikbare toekomstverkenningen ^b
Dikke darm- en endeldarmkanker	60.500	0,4	Geneesmiddelen Medische beeldvorming en straling
Longkanker	123.300	0,4	Geneesmiddelen Medische beeldvorming en straling
Borstkanker	83.700	0,4	Geneesmiddelen Medische beeldvorming en straling
Diabetes mellitus	87.600	1,2	Geneesmiddelen Diabeteshulpmiddelen
Depressie	111.700	1,6	Geneesmiddelen Telemedicine en telecare
Coronaire hartziekten	265.200	2,5	Geneesmiddelen Cardiovasculaire stents
Astma/COPD	154.900	1,7	Geneesmiddelen
Reumatoïde artritis	45.100	0,5	Geneesmiddeltoedieningsystemen Geneesmiddelen Tissue Engineered Medical Products

a) het aantal DALY's is het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door het vóórkomen van ziekten; het is de optelsom van de jaren verloren door sterfte aan de betreffende ziekte (verloren levensjaren) en de jaren geleefd met de ziekte, rekening houdend met de ernst ervan (ziektejaarequivalenten of 'years lived with disability'); door de ziektelast per ziekte in DALY's uit te drukken, kunnen ziekten onderling worden vergeleken wat betreft hun invloed op de volksgezondheid.

b) door of in opdracht van het RIVM verrichte toekomstverkenningen in de periode 1999-2001.

Bovenstaande tabel maakt duidelijk dat niet alle van belang zijnde medisch-technologische ontwikkelingen aan de orde komen. Zo ontbreekt bijvoorbeeld de chirurgie en allerlei vormen van therapie (fysiotherapie, psychotherapie).

De toekomstverkenningen zijn per geselecteerde ziekte gericht op preventie, diagnostiek, behandeling, gevolgen voor de gezondheidstoestand en gevolgen voor zorg. De tijdshorizon heeft betrekking op twee perioden: 0-10 jaar en 10-20 jaar. Aanvullende gegevens over de huidige situatie inzake preventie, diagnostiek en behandeling bij de acht geselecteerde ziekten zijn te vinden in bijlage 9.

3.3.1 Borst-, long- en dikkedarm- en endeldarmkanker

Deze paragraaf is gebaseerd op Schornagel et al. (2001), Van Zandwijk (2001), Ten Bokkel Huinink & Schornagel (2001), Wolff & Van den Berg Jeths (2001a), Wolff & Van Zandwijk (2001), Wolff & Van den Berg Jeths (2001b) en Lembrechts et al. (2001). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Voor meer details over de huidige farmacotherapie zie bijlage 9.

Primaire preventie

In de komende 10 jaar zou chemopreventie van borstkanker een rol kunnen gaan spelen. Deze interventie met anti-oestrogene stoffen lijkt het risico op borstkanker te verminderen. Dit is vooral van belang voor vrouwen met een verhoogd risico, waardoor profylactische borstamputatie (amputatie uit voorzorg) overbodig zou kunnen worden. De bijwerkingen, met name de kans op endometriumkanker, vormen echter een bezwaar. In Nederland wordt routinematige toepassing van chemopreventie bij gezonde vrouwen vooralsnog niet geadviseerd.

De aanwijzingen voor de effectiviteit van acetylsalicylzuur (aspirine) ter preventie van vormen van darmkanker, waarbij de genetische component een rol speelt, worden sterker. Een in 2001 gestart groot Brits onderzoek, waaraan ook Nederland deelneemt, moet hierover meer duidelijkheid verschaffen (de Volkskrant, 7 juni 2001). Vooralsnog wordt deze vorm van chemopreventie, mede gezien de bijwerkingen hiervan, evenmin aanbevolen.

Secundaire preventie

Voor longkanker is onderzoek gaande naar screening van (ex-)rokers met 'lage-dosis-spiraal-computertomografie' en naar technieken om vroegtijdig kwaadaardige veranderingen in het sputum op te sporen. De Gezondheidsraad heeft gerapporteerd dat een landelijk bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker serieuze overweging verdient, maar dat er eerst nog vele vragen beantwoord moeten worden ten aanzien van de screeningsstrategie (Gezondheidsraad, 2001). Voorts is een test ontwikkeld, waarmee in een vroegtijdig stadium darmkanker kan worden gediagnosticeerd via 'adenomatous polyposis coli (APC)-mutaties' in de stoelgang (Traverso et al., 2002).

Diagnostiek

De huidige beschikbare beeldvormende technieken worden ingezet in verschillende fasen van de bestrijding van kanker (zie tekstblok 3.2).

Tekstblok 3.2: Toepassing van huidige beeldvormende technieken.

Technieken die thans worden toegepast bij kanker zijn: röntgenonderzoek, computertomografie (CT), nucleair geneeskundig (NG) onderzoek, positron-emissie-tomografie (PET), magnetic resonance imaging (MRI) en echografie. Ze worden ingezet bij: 1) bij de opsporing ervan (diagnostiseren/screenen), 2) bij het bepalen van de ontwikkeling van een gevonden tumor (stadiëring), 3) ter ondersteuning of tijdens het uitvoeren van ingrepen (geleiding of planning van therapie), 4) voor het beoordelen van het effect van de behandeling (therapie-evaluatie) en 5) daarna om eventuele terugkeer van tumoren te signaleren (controle).

Bij verdenking van borstkanker wordt in eerste instantie röntgenonderzoek uitgevoerd, eventueel gevolgd door echografie en biopsie. MRI-onder-

zoek kan meer duidelijkheid brengen over het type tumor en de vorm en uitgebreidheid van het letsel. Ook bij longkanker wordt eerst röntgenonderzoek uitgevoerd. Voor meer informatie over het stadium van de tumor wordt een CT-scan toegepast en eventueel PET-scan voor aanvullende diagnostiek. Bij darmkanker wordt in de regel endoscopie toegepast, met als mogelijk vervolg biopsie en röntgenonderzoek. Voor stadiëring kunnen echografie, MRI, CT en NG worden gebruikt. Met de actueel beschikbare beeldvormende technieken is de meerderheid van de tumoren goed te lokaliseren en qua ontwikkelingsstadium te omschrijven. De meest frequent toegepaste beeldvormende technieken zijn diegene die de structuur van het weefsel in beeld brengen.

Verschiedende beeldvormende technieken zijn nog sterk in ontwikkeling onder invloed van de groeiende mogelijkheden op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie. De eerstkomende jaren zullen dan ook vooral gekenmerkt worden door het massaal overstappen naar digitale beeldvorming. Geautomatiseerde beeldanalyse en computer-ondersteunde diagnose zullen over vijf à tien jaar op grote schaal opgeld doen. Verdere technische ontwikkelingen zullen nauwelijks invloed hebben op de keuze van de therapie, wél op de planning en de uitvoering ervan. Voorbeelden zijn de 3D-beeldvorming die een betere omschrijving van een bestraling mogelijk maakt en de 'real-time' beeldvorming ter ondersteuning van minimaal invasieve ingrepen. Het toepassingsgebied van technieken zoals echografie en MRI breidt zich steeds verder uit. Naar verwachting zal hun relatieve aandeel in het totale aantal verrichtingen de komende jaren nog sterk toenemen. Op het gebied van de nucleaire geneeskunde is PET de meest succesvolle nieuwe techniek, die vanwege de meerwaarde voor het lokaliseren van uitzaaiingen in dit decennium sterk aan belang zal winnen. De medische beeldvorming ontwikkelt zich op tal van punten zo snel dat verder kijken dan de eerstkomende vijf à tien jaar onmogelijk is.

Naast deze algemene trends zijn er voor twee vormen van kanker specifieke medisch-technologische ontwikkelingen te noemen (termijn: 0-10 jaar). Voor borstkanker zou de diagnostiek significant kunnen verbeteren met behulp van DNA-micro-array techniek. Dit is een techniek, waarmee in weefsels de activiteit van genen in kaart kan worden gebracht. Hiermee is met 90 procent zekerheid te voorspellen welke borsttumoren zullen uitzaaien en welke niet. Dat betekent dat vrouwen met een goede prognose een chemokuur kan worden bespaard. De toepassing in de praktijk wordt over twee jaar verwacht (de Volkskrant, 1 februari 2002). Zowel door nieuwe moleculair-biologische als

door genetische inzichten (detectie van micrometastasen en bepaling van de microsatellietstabiliteit-status) zal de diagnostiek bij dikkedarm- en endeldarmkanker verbeteren.

Behandeling

Afhankelijk van het stadium waarin de tumor wordt opgespoord, worden verschillende vormen van behandeling toegepast: chirurgie, radiotherapie, chemotherapie, hormoontherapie (bij borstkanker) en combinaties hiervan. De behandeling kan verder worden onderscheiden in adjuvante therapie en palliatieve therapie. Van adjuvante therapie wordt gesproken indien chemo- of radiotherapie (en/of hormonale therapie bij borstkanker) wordt toegepast bij patiënten, die nog geen herkenbare uitzaaiingen op afstand hebben, teneinde de kans op uitzaaiingen in de toekomst te verminderen. Indien er reeds metastasen op afstand zijn, is doorgaans palliatieve behandeling met chemotherapie en/of radiotherapie mogelijk. Bijlage 9 geeft een overzicht van de huidige behandelingsmogelijkheden bij de drie vormen van kanker.

Er zijn verschillende aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van nieuwe klassen van geneesmiddelen voor de behandeling van kanker: modulators van resistentie tegen geneesmiddelen, groeifactoren en receptoren (waarvan het eerste middel recent is geregistreerd voor borstkanker), signaaltransductie eiwitten (boodschapper eiwitten), angiogeneseremmers (remmers van de bloedvatontwikkeling naar en in de tumor), remmers van invasie en metastasering (ingroei en uitzaaiing), modulators van apoptose (geprogrammeerde celdood) en telomerase-remmers (door het enzym telomerase te remmen worden de telomeren - DNA-sequenties aan beide uiteinden van chromosomen - bij deling steeds korter en komt de celdeling uiteindelijk tot stilstand of sterft de cel af). Hiermee zal de therapie zich meer en meer gaan richten op beheersing van de celdelingsactiviteit en vooral apoptose. De verwachting is dat het onderzoek op deze gebieden zal leiden tot nieuwe klassen van middelen, die het opnieuw uitgroeien van de tumor zouden kunnen onderdrukken, nadat met conventionele chemotherapie of radiotherapie het tumorvolume is gereduceerd. Veel van deze cytostatische middelen bevinden zich nog in fase I-onderzoek (het op kleine schaal doen van onderzoek bij gezonde vrijwilligers). Het zal dan ook nog geruime tijd duren voordat de effecten van deze nieuwe middelen duidelijk worden, waarschijnlijk meer dan 10 jaar. Voor de lange termijn (10-20 jaar) zouden de ontwikkelingen op het gebied van de gentherapie gevolgen kunnen hebben voor de behandeling van borst-, long- en darmkanker. Zo zou via gentherapie de tumorcel gevoelig(er) gemaakt kunnen worden voor chemotherapie (suicide gene therapy). Op dit moment is, behalve de ethische aspecten, het grootste probleem het op een veilige en effectieve manier inbrengen van het genetische materiaal in alle tumorcellen.

Op het gebied van straling worden de volgende ontwikkelingen gezien die van belang zullen zijn voor alle drie vormen van kanker:

- Radiotherapie zal dit decennium de belangrijkste vorm van stralingstherapie blijven. Ten eerste is door het optimaliseren en implementeren van reeds beschikbare mogelijkheden op het gebied van tele- en brachytherapie (therapie op afstand, respectievelijk met de stralingsbron in het lichaam) nog de nodige gezondheids-

winst te boeken. Een speciale ontwikkeling hierbij is hyperfractionering (het splitsen van de stralingshoeveelheid). Dit zet niet aan tot verdere ontwikkeling van andere therapievormen die nog in de kinderschoenen staan. Ten tweede zal het effect van radiotherapie verder geoptimaliseerd worden door de verbeteringen in de beeldvormende technieken.

- Teletherapie met protonen en neutronen is slechts voor enkele indicaties aantoonbaar beter dan teletherapie met elektronen of fotonen. De inrichting van de voorzieningen hiervoor is prijzig en bij afwezigheid van een meerwaarde ten opzichte van de huidig gebruikte technieken wordt een grootschalige inzet van deze technieken niet verwacht.
- Een grote doorbraak van therapieën die zijn gebaseerd op een combinatie van chemie en straling, zoals NG-therapie, fotodynamische therapie (toedienen van een lichtgevoelige stof die ophoopt in een tumor; na behandelen met laserlicht sterft de tumor af) en boron-neutron-capture therapie (een niet-radioactieve boriumbevattende stof), is de eerstvolgende 5 à 10 jaar niet te verwachten.

Naast deze algemene trends zijn er voor borst-, long-, en darmkanker specifieke ontwikkelingen te noemen voor de komende 10 jaar (zie tekstblok 3.3).

Tekstblok 3.3: Specifieke toekomstverwachtingen per vorm van kanker.

Borstkanker:

- Adjuvante chemotherapie: er zal mogelijk een verruiming van leeftijds grenzen optreden (boven 70 jaar). Ook zal de therapie beter op de individuele patiënt kunnen worden afgestemd. De rol van taxanen zal belangrijker worden, waarvan ook orale toedieningsvormen worden ontwikkeld.
- Adjuvante hormonale therapie: mogelijk wordt de standaardperiode voor hormonale therapie verlengd (is thans vijf jaar). Daarnaast wordt gezocht naar nieuwe anti-oestrogenen en SERM's (Selective Estrogen Receptor Modifiers) die minder bijwerkingen hebben. Mogelijk vervangen bij postmenopauzale vrouwen de nieuwere aromataseremmers de anti-oestrogenen.
- Hormonale therapie voor gemetastaseerde ziekte: de plaats van aromataseremmers en SERM's zal belangrijker worden, al dan niet in combinatie met chemotherapie of middelen uit de nieuwe klassen, zoals de angiogenese remmers.

Longkanker:

- De laatste 5 jaar zijn er verschillende nieuwe cytostatica beschikbaar gekomen. Sommigen

daarvan hebben in combinatie met platinaverbindingen al een plaats verworven in de dagelijkse praktijk (gemcitabine, taxanen, vinorelbine). In het streven naar effectievere en beter verdraagbare chemotherapie worden deze middelen getest in nieuwe combinaties en soms ook als 'single agent'.

- Er zijn ook middelen zoals de nieuwe topo-isomerase-remmers waarvan de plaats in de behandeling de komende jaren duidelijk zal worden.

Dikkedarm- en endeldarmkanker:

- Verbeterde chemotherapie: de uitbreiding van de behandelcombinaties met de recent geregistreerde middelen irinotecan en oxaliplatine en de ontwikkeling van orale toedieningsvormen (o.a. van de taxanen).
- Adjuvante immunotherapie: actieve specifieke immunotherapie is in een vergevorderd stadium van onderzoek en is mogelijk van waarde bij patiënten met stadium Dukes B (door de darmwand heen gegroeide tumoren zonder uitzaaiingen in de lymfeklieren). Ook andere vormen van immunotherapie, zoals peptidevaccinatie lijken in ontwikkeling te komen.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Primaire preventie door middel van nieuwe vormen van farmacotherapie zal een daling van het aantal nieuwe gevallen (incidentie) van de betreffende ziekten tot gevolg hebben. In de komende tien jaar speelt dit echter nog geen rol van betekenis bij de drie vor-

men van kanker. Over 10-20 jaar kan mogelijk wel het aantal nieuwe gevallen van darmkanker substantieel dalen door preventief gebruik van acetylsalicylzuur. Bij borstkanker gaat het alleen om preventief gebruik van anti-oestrogene stoffen door vrouwen met een hoog risico op de familiale vorm (3-5% van de borstkankerpatiënten), zodat het effect op de totale incidentie te verwaarlozen is.

De mogelijke invoering van nieuwe vormen van screening (binnen 10 jaar) bij long- en darmkanker zullen tijdelijk tot een verhoging van de incidentie leiden en tot een toename in de overlevingsduur doordat tumoren in een eerder stadium worden opgespoord, waardoor behandeling beter mogelijk is.

Door verbeteringen in de diagnostiek (zowel algemeen toepasbare beeldvormende technieken als specifiek op een bepaalde tumorsoort gerichte technieken) kan de keuze voor de verschillende vormen van behandeling worden geoptimaliseerd (o.a. door het beter opsporen van uitzaaiingen op afstand) en onnodige behandeling worden voorkómen. Dit zal een gunstig effect hebben op de overleving, waarschijnlijk het minst bij longkanker omdat hier de overleving relatief gering is.

Nieuwe geneesmiddelen zullen de komende 10 jaar waarschijnlijk relatief kleine verbeteringen in de overleving tot gevolg hebben met gemiddeld enkele maanden. Diverse nieuwe middelen zullen de kwaliteit van leven verbeteren doordat ze minder (ernstige) bijwerkingen hebben. Ook zullen verbeteringen bij met name radiotherapie (tele- en brachytherapie) bijdragen aan verbetering van de overleving. Op de lange termijn (10-20 jaar) komen er mogelijk nieuwe klassen van middelen die van kanker een chronische ziekte maken door de tumor 'onder controle te houden'. In dat geval zal de overleving sterk verbeteren, mogelijk met jaren.

Gevolgen voor de gezondheidszorg

Het geheel overziende zijn er zowel ontwikkelingen die het volume en de kosten aan zorg (sterk) doen stijgen als ontwikkelingen die elders kosten kunnen besparen. De kosten van extramurale en intramurale farmacotherapie nemen per saldo waarschijnlijk sterk toe (hogere kosten door geneesmiddelen voor preventie, nieuwe dure geneesmiddelen en verlenging van de behandelingsduur met geneesmiddelen door verbeterde overleving tegenover het besparen op behandelingskosten door preventie). Voor de ziekenhuizen zullen de kosten van de nieuwe diagnostische technieken waarschijnlijk hoger zijn dan de besparingen op onnodige behandelingen. Ook de kosten van verbeterde radiotherapie zullen hoger zijn, maar de gemiddelde verpleegduur neemt mogelijk af. Voor de huisartsenzorg zullen de geschetste ontwikkelingen in de komende 10 jaar in beperkte mate gevolgen hebben omdat behandeling van kankerpatiënten bijna geheel in de tweede lijn plaatsvindt. Mocht kanker een chronische ziekte worden, dan kan dat ook de rol van de huisarts belangrijk wijzigen (langdurige begeleiding van de patiënt). Nieuwe screeningsprogramma's brengen hoge kosten met zich mee, maar hierdoor kan een deel van de behandelingen worden voorkómen (bijvoorbeeld alleen chirurgie in plaats van de combinatie chirurgie en chemotherapie).

3.3.2 Diabetes mellitus

De tekst van deze paragraaf is gebaseerd op Lutterman (2001), De Bruin (2001a) en Peters-Volleberg et al. (2000). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Tekstblok 3.4 geeft een korte omschrijving van de aandoening. Voor meer details over de huidige farmacotherapie en het gebruik van hulpmiddelen zie bijlage 9.

Tekstblok 3.4: Wat is diabetes mellitus?

Diabetes mellitus (suikerziekte) is een stoornis, die wordt veroorzaakt door een relatief absoluut tekort aan insuline. Daarbij ontstaan belangrijke veranderingen in de koolhydraat-, eiwit- en vetstofwisseling. Het belangrijkste kenmerk is het te hoge bloedglucosegehalte (hyperglycemie). Chronische hyperglycemie kan leiden tot afwijkingen en functiestoornissen van vele organen en orgaansystemen, met name van ogen, nieren, zenuwstelsel en hart vaatstelsel. Bij type 1 diabetes (insuline-afhankelijk) is er sprake van vrijwel volledige insulinedeficiëntie (tekort aan insuline), de b-cellen van de eilandjes van Langerhans

functioneren niet meer. Type 2 diabetes (insuline-onafhankelijk) wordt gekarakteriseerd door ongevoeligheid voor insuline in lever-, spier- en vetweefsel (insulineresistentie) en langzame progressieve afname van de insulineproductie. Daarbij zijn vaak de spiegels van vrije vetzuren en triglyceriden verhoogd en de HDL-cholesterolspiegel verlaagd. In veel gevallen is er ook sprake van hypertensie en centrale adipositas. Dit vormt samen met de verhoogde bloedglucose- en insulinespiegels het cluster van metabole afwijkingen dat ook wel wordt aangeduid als het insulineresistentie-syndroom.

Het doel van de behandeling is om de diabetespatiënt een zo normaal mogelijk leven te laten leiden, met zo min mogelijk kans op complicaties. Een goede bloedglucoseregulatie is hiervoor een voorwaarde. Om dit te bereiken zijn zowel geneesmiddelen als medische hulpmiddelen nodig. Daarnaast hebben een dieet (zowel gericht op een sterke beperking van de suiker-, vet- en koolhydrateninname als een goed lichaamsgewicht) en voldoende lichaamsbeweging een gunstige invloed.

Preventie

Er wordt zeer intensief onderzoek gedaan naar nieuwe middelen die gewichtsreductie kunnen bewerkstelligen. Bèta-3-adrenoreceptor agonisten, die de thermogenese verhogen en het vet in de buikholte reduceren, zijn in ontwikkeling. Tot nu toe vormen de bijwerkingen een groot probleem, waardoor onduidelijk is of dit een succesvolle ontwikkeling zal worden.

Diagnostiek

Er worden op dit gebied geen nieuwe ontwikkelingen voorzien voor wat betreft genees- en hulpmiddelen. Wel is er aandacht voor het steeds vroeger opsporen van diabetes om zo het ontstaan van complicaties aan de bloedvaten (op micro- en macroniveau) te kunnen voorkomen dan wel uit te stellen. Recentelijk is aangetoond hoe belangrijk een verminderde glucosetolerantie is als voorspellende factor voor het ontwikkelen van diabetes (De Vegt et al., 2001).

Behandeling

In de komende 10 jaar worden de volgende ontwikkelingen voorzien:

- Koppeling van menselijk insuline aan een vetzuur, dat bindt aan plasma-albumine,

waarna langzame vrijgifte plaatsvindt. Deze preparaten zullen de huidige middel-lang werkende insulines waarschijnlijk geheel gaan vervangen.

- Langwerkende insuline-analogen: zij kunnen de kans op nachtelijke hypoglycemiën (sterke verlaging van de bloedsuikerspiegel, soms gepaard gaand met wegrakingen) drastisch doen afnemen.
- Inhalatie van insuline: deze ontwikkeling verkeert in een vergevorderd stadium. Met het toedienen van insuline per inhalatie kan het aantal injecties gereduceerd worden tot 1 (voor het slapen gaan). Inhalatie vervangt de injecties vóór de maaltijden.
- Nonpeptide schimmelmetaboliët: deze kleinmoleculaire stof heeft indrukwekkende insulinerceptor-activerende eigenschappen. Deze en andere kleinmoleculaire stoffen en metaalionen zijn geschikt voor orale toediening en leiden mogelijk tot een ‘insulinepil’ (niet te verwarren met het zoeken naar orale toediening van ‘gewone’ insuline, die weinig perspectief biedt).
- Nieuwe middelen in bestaande klassen van orale antidiabetica: er komen meer middelen ter stimulering van de insulinesecretie en verhoging van de insulinegevoeligheid (zoals de glitazonen).
- Glucagon-like peptide (GLP-1): middelen die aangrijpen op dit hormoon kunnen via receptoren op de eilandjescellen mogelijk de insulinesecretie verhogen dan wel de inactivatie van dit hormoon remmen.
- De methoden voor niet-invasieve glucosemeting zullen sterk verbeteren en er zullen meer verschillende producten op de markt verschijnen. Het is niet de verwachting dat dergelijke apparatuur binnen 5 jaar een bruikbaar alternatief voor de bestaande glucosemeters zal worden voor een brede doelgroep. Een toepassing als bijvoorbeeld nachtelijk hypoalarm is echter goed denkbaar op korte termijn.
- De toepassing van de continue, onderhuidse naaldvormige sensor wordt uitgebreid. De sensor zal waarschijnlijk binnen 5 jaar draadloos zijn, en voorzien zijn van een alarm dat waarschuwt tegen hypoglycemiën. Op korte termijn zal de sensor gebruikt kunnen worden bij een grotere, doch nog steeds beperkte doelgroep: bijvoorbeeld zwangere diabetespatiënten.
- Closed-loop systemen (een gesloten systeem dat het glucosegehalte meet en op geleide hiervan automatisch de juiste hoeveelheid insuline afgeeft via een geïmplanteerde pomp) doen hun intrede binnen 5 à 10 jaar.
- Als het lukt om de eilandjes van Langerhans zodanig te verpakken dat er geen afweeronderdrukkende geneesmiddelen meer nodig zijn (encapsulated cell technologie) of indien men erin slaagt om eilandjes te kweken zodat er een orgaanbank opgezet kan worden, zal de eilandjestransplantatie een grote vlucht nemen. De operatie is namelijk eenvoudig en zou uitgevoerd kunnen worden vóórdát de late complicaties zijn opgetreden. Genezing van diabetes mellitus is mogelijk door transplantatie van de pancreas, de eilandjes van Langerhans of de bètacellen. De kosten van een alvleeskliertransplantatie (tot nu toe meestal in combinatie met een niertransplantatie) bedroegen in 1997 ongeveer 106.000 gulden (ruim 48.000 euro). In 1996-1998 vonden er jaarlijks 10-20 van dergelijke transplantaties plaats in Nederland. De ervaring met eilandjestransplantatie is nog steeds beperkt. De afweerreacties vormen een groot probleem (Peters-Volleberg et al., 2000). Het

Leids Universitair Medisch Centrum is het eerste centrum in ons land dat hiermee ervaring opdoet.

Op de lange termijn (10-20 jaar) wordt verwacht dat closed-loop systemen geschikt zijn voor algemeen gebruik, en dat de continu metende glucosesensoren (onderhuids en intraveneus) de vingerprik en de huidige bloedglucosemeters kunnen vervangen voor patiënten die vaak moeten prikken (zoals zwangere diabetespatiënten en moeilijk instelbare patiënten). Ook wordt verwacht dat eilandjestransplantatie met behulp van encapsulated cell technologie dan op grote schaal wordt toegepast. Dit zal naar verwachting nog tenminste 10 jaar duren. Deze ontwikkeling zal uiteraard het gebruik van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen door diabetespatiënten zeer aanzienlijk verminderen. Tevens is genetische manipulatie van lichaamseigen cellen een reële optie voor de toekomstige behandeling van type 1 diabetes. Het lijkt mogelijk om cellen van een patiënt te isoleren, te kweken en genetisch te veranderen tot insulineproducerende cellen, die vervolgens kunnen worden geïmplanteerd. Ook de mogelijkheid om bepaalde stamcellen buiten het lichaam te kweken en te laten ontwikkelen tot insulineproducerende cellen, die geïmplanteerd kunnen worden, is blijkens dierexperimenteel onderzoek haalbaar.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Bij diabetes mellitus zullen de verbeteringen in de medicamenteuze behandeling de effecten van de groei en vergrijzing in het aantal ziektejaarequivalenten slechts gedeeltelijk kunnen compenseren. Het aantal ziektejaarequivalenten in 2000 bedraagt 55.300, en in 2020 door groei en vergrijzing 74.400. Als gevolg van nieuwe geneesmiddelen zal dit aantal kunnen dalen tot 67.500 (inclusief de effecten van groei en vergrijzing). Deze berekening is vooral gebaseerd op de intensievere behandeling met bestaande middelen en minder op toepassing van nieuwe middelen, gezien de mate van onzekerheid over de lange-termijnontwikkelingen.

Gevolgen voor de gezondheidszorg

Het gemiddelde volume aan farmaceutische zorg per diabetes-patiënt zal de komende jaren toenemen, waardoor de kosten van extramurale farmaceutische hulp zullen stijgen. Ook zal er een toename zijn in de hoeveelheid professionele (medicatie)begeleiding die er per patiënt nodig is. Hierbij kan de diabetesverpleegkundige een belangrijke rol spelen. Daarentegen zullen er als gevolg van deze ontwikkelingen in de toekomst waarschijnlijk bijwerkingen van geneesmiddelen en complicaties van de ziekte worden voorkómen. Dit zal leiden tot een afname in de benodigde hoeveelheid huisartsen- en ziekenhuiszorg die hiermee per patiënt is gemoeid.

3.3.3 Depressie

Deze paragraaf is gebaseerd op De Boer & Van der Laan (2001); De Bruin (2001b) en Vlaskamp et al. (2001). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Tekstblok 3.5 geeft een korte omschrijving van de aandoening. Voor meer details over de huidige farmacotherapie en het gebruik van hulpmiddelen bij depressie zie bijlage 9.

Tekstblok 3.5: Wat is een depressie?

Depressie is een stoornis waarbij de stemming pathologisch is verlaagd. Depressie kan in verschillende gradaties optreden (licht, matig, ernstig). De gradatie hangt af van het aantal symptomen dat aanwezig is en de mate van verstoring van het dagelijks functioneren. De depressie kan éénmalig optreden of herhaaldelijk terugkomen. Verder kan depressie ook voorkomen als onderdeel van een bipolaire stoornis, waarbij de patiënt naast depressies ook manische perioden doormaakt, d.w.z. een pathologisch verhoogde stem-

ming. De precieze oorzaak van depressie is nog niet bekend. Algemeen wordt aangenomen dat depressie de resultante is van een interactie tussen biologische en psychologische kenmerken van de persoon en stresserende omgevingsfactoren. Een belangrijke hypothese is dat bij een depressie bepaalde neurotransmittersystemen in de hersenen uit evenwicht zijn (specifiek de monoamines noradrenaline, serotonine en in mindere mate dopamine).

Preventie

Er zijn op dit moment geen geneesmiddelen of medische hulpmiddelen die ter preventie van depressie worden ingezet en dit wordt ook niet voorzien voor de toekomst.

Diagnose

Voor het stellen van de diagnose depressie zijn er verschillende gestandaardiseerde psychiatrische instrumenten ontwikkeld. Veel gebruikte instrumenten zijn de SCAN en CIDI. De SCAN is een semi-gestructureerde interview, afgenomen door psychiaters of klinisch psychologen en de CIDI is een gestructureerde vragenlijst (ja/nee vragen) die door niet-klinici kan worden afgenomen. Er zijn op dit moment geen geneesmiddelen of medische hulpmiddelen die voor de diagnose van depressie worden ingezet en dit wordt ook niet voorzien voor de toekomst.

Behandeling

Bij de toekomstverwachtingen voor de komende 10 jaar gaat het om drie trends:

- Er komen nieuwe middelen die werken volgens reeds toegepaste mechanismen: agonisten en antagonistenvan diverse serotonine- en dopamine-receptoren; heropnameremmers van de diverse monoamines (serotonine, dopamine, noradrenaline), alfa-2-antagonisten en nieuwe monoamineoxidase (MAO)-remmers. Hierbij wordt vooral naar een betere balans tussen werking en bijwerkingen gezocht. Daarnaast hoopt men middelen te vinden waarmee therapieresistente patiënten geholpen kunnen worden. Ongeveer 15% van de depressies is medicatieresistent (Willems & Bakker, 2001).
- De gebruiksvriendelijkheid van de huidige middelen zal worden vergroot. Er komen transdermale formuleringen (via de huid) en meer orale preparaten met vertraagde afgifte, waardoor deze slechts een maal per dag hoeven te worden ingenomen. Het staat echter nog ter discussie of eenmaal-daagse toediening in plaats van twee- of driemaal daags de therapietrouw daadwerkelijk verbetert.
- Er komen mogelijk antidepressiva met nieuwe werkingsmechanismen. Hierbij gaat het om middelen die de regulatie van de hypothalamus/hypofyse/bijnier-as herstellen. Er is een hypothese dat bij depressie de regulatie van de hypothalamus/hypofyse/bijnier-as verstoord is en dat herstel van de regulatie leidt tot genezing van de depressie. Middelen die voor dit herstel in ontwikkeling zijn, zijn

onder andere antagonisten van de corticotropin releasing factor (CRF) en glucocorticoïde-antagonisten. Daarnaast gaat het om middelen in de categorie van de substance P antagonisten. Dit naar aanleiding van de toevallige ontdekking van de anti-depressieve eigenschappen van een middel in deze categorie dat eigenlijk in ontwikkeling was als pijnstillertje.

Het is niet bekend of het gebruik van een geïmplanteed apparaatje, dat via een zenuw stroomstootjes afgeeft aan de hersenen (een soort pacemaker: zie bijlage 9), op termijn zal toenemen.

Voor de lange termijn is het moeilijk concrete verwachtingen uit te spreken. Mede gezien de omvang van de patiëntenpopulatie vindt er intensief onderzoek plaats en mag worden verwacht dat dit nieuwe inzichten oplevert voor geneesmiddelenontwikkeling. Op een termijn van 10-20 jaar kan dit resulteren in mogelijk nieuwe klassen van middelen op basis van analoga en antagonisten van endogene stoffen (o.a. peptiden) en van nieuw ontdekte receptoren (bijvoorbeeld bepaalde G-proteïne-gekoppelde receptoren). Ontwikkelingen in de moleculaire biologie, zoals het vinden van nieuwe receptoren of neurotrofe factoren, bijvoorbeeld de tachykinines, zouden in theorie kunnen leiden tot het vinden van nieuwe mogelijkheden tot het behandelen van depressie.

Een andere toekomstige ontwikkeling ligt op het terrein van de telemedicine. In het buitenland (o.a. de Verenigde Staten en Noorwegen) wordt videoconferencing (een 'elektronisch huisbezoek') gebruikt in de begeleiding van patiënten en hun familie. Elektronisch huisbezoek kan per telefoon, maar videoconferencing is mogelijk effectiever en zal door de patiënt ook meer als een echt bezoek worden opgevat. Bovendien geeft de camera ook visuele indrukken aan de zorgverlener (arts of verpleegkundige). In de Verenigde Staten bleek een experiment met een portable unit, voorzien van een camera, een beeldscherm en vaak ook een aantal meetsensoren (bijvoorbeeld bloeddrukmeter, stethoscoop, oorspiegel) zeer succesvol. De unit maakt gebruik van het TV-kabelnet. Hoewel deze vorm van zorgverlening nog niet in Nederland wordt toegepast, is het zeer wel mogelijk dat dit op termijn zal gebeuren. Een voorloper is wel reeds in gebruik: het elektronische spreekuur bij sommige huisartsen. Deze technologie is niet specifiek ontwikkeld voor patiënten die lijden aan depressie, maar kan op een breed terrein worden ingezet.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Bij depressie leidt medicamenteuze behandeling met nieuwe geneesmiddelen mogelijk tot een daling van het absolute aantal ziektejaarequivalenten in de bevolking (ondanks groei en vergrijzing van de bevolking) van 117.200 in 2000 naar 111.300 in 2020 bij nieuwe geneesmiddelen (inclusief de effecten van groei en vergrijzing van de bevolking). Dit effect komt zowel door nieuwe antidepressiva die voortborduren op de werkingsprincipes van reeds bestaande middelen, als middelen met nieuwe werkingsmechanismen. Het aantal therapieresistente patiënten zal afnemen en mogelijk zal de therapie meer gebruiksvriendelijk worden.

Gevolgen voor de gezondheidszorg

Met de nieuwe middelen en toedieningsvormen kunnen patiënten behandeld worden die geen baat hebben bij de huidige medicamenteuze behandelingsmethoden of waar de therapietrouw te wensen overlaat. Dit zal leiden tot een toename in de benodigde hoeveelheid farmaceutische, huisartsen- en extramurale geestelijke gezondheidszorg per patiënt en een toename in de kosten die hiermee gepaard gaan. Daarentegen zal de benodigde hoeveelheid intramurale geestelijke gezondheidszorg als gevolg van spoedopnames afnemen. De gezondheidstoestand van de depressieve patiënt zal er in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid op vooruit gaan tegen overall toenemende kosten van de gezondheidszorg. Voorwaarde hiervoor is wel dat de patiënt hulp zoekt voor zijn klachten. Onderbehandeling van depressie is thans nog een groot probleem. Met name bij patiënten die met een vorm van telecare uit het ziekenhuis kunnen blijven, zouden forse besparingen kunnen worden bereikt.

3.3.4 Coronaire hartziekten

Deze paragraaf is gebaseerd op De Graeff (2001), Van den Berg Jeths & Wolff (2001) en Van Wijk et al. (2001). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Tekstblok 3.6 geeft een korte omschrijving van het ziektebeeld. Voor meer details over de huidige farmacotherapie en het gebruik van hulpmiddelen zie bijlage 9.

Tekstblok 3.6: Wat zijn coronaire hartziekten?

De belangrijkste verschijningsvormen van coronaire hartziekten zijn het acute myocardinfarct (hartinfarct) en angina pectoris ('pijn op de borst'). Cardiovasculaire risicofactoren kunnen leiden tot verdikking en verharding van de coronairvaten (atherosclerose), waardoor zuurstoftekort (ischaemie) kan optreden. Atherosclerose kan tevens leiden tot stolselvorming (coronaire trombose) en uiteindelijk tot afsluiting van het

kransslagvat, gevolgd door weefselbeschadiging en uiteindelijk weefselsterfte (myocardinfarct). Interventies zijn gericht op het voorkomen van de ziekte door (medicamenteuze) behandeling van de risicofactoren verhoogd cholesterol en verhoogde bloeddruk, het stoppen met roken, het behandelen van de aandoening en het voorkomen van een volgend hartinfarct.

Preventie

Er zal nog meer aandacht komen voor primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Hierbij zal een geïntegreerde aanpak voorop staan. Wat betreft de klassen van geneesmiddelen voor de behandeling van hypertensie en verhoogd cholesterol zijn de komende vijf jaar geen doorbraken te verwachten. Mogelijk komen er wel cholesterolverlagers met een sterker cholesterolverlagend effect (tot 60% van de uitgangswaarde).

Diagnostiek

Er zijn enkele nieuwe ontwikkelingen op het gebied van morfologische en functionele diagnostische technologieën voor de karakterisering van plaques die acute coronaire syndromen veroorzaken, zogenaamde 'vulnerable plaques'. Hiervoor zijn intravasculair ultrageluid, endovasculaire thermografie en 'magnetic resonance imaging' (MRI) inmiddels beschikbaar.

Behandeling

De toekomstverwachtingen voor de behandeling van coronaire hartziekten voor de komende 10 jaar zijn:

- Er zal een bredere toepassing van bestaande middelen plaatsvinden. Een lage dosering acetylsalicylzuur (aspirine) gaat vaker tot de standaardbehandeling behoren. Mogelijk zullen Angiotensine Convertering Enzyme (ACE)-remmers, afgezien van het hartinfarct, ook meer toegepast gaan worden ter voorkoming van hart- en vaatschade.
- Er wordt op grote schaal onderzoek gedaan naar de glycoproteïne IIb/IIIa-receptor-antagonisten. Toepassing van deze middelen wordt aanbevolen bij patiënten met tekenen op het electrocardiogram van myocardische aemie of aanwezigheid van andere risicofactoren en bij patiënten die een dotterbehandeling ondergaan.
- De plaats van antitrombotische therapie zal belangrijker worden.
- Op het gebied van stents (buisjes om bloedvat open te houden) is een aantal ontwikkelingen gaande: zie tekstblok 3.7.

Tekstblok 3.7: Trends in de ontwikkeling van stents.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. bij stenting worden glycoproteïne IIb/IIIa-receptor-antagonisten en trombocytenuaggregatiemmers steeds vaker routinematig toegepast; b. de drug-eluting stent komt op korte termijn beschikbaar; in dit type stents zijn geneesmiddelen 'opgesloten' die lokaal vrij komen; hiervan wordt een toepassing op grote schaal verwacht; c. direct stenting (het direct plaatsen van een stent zonder eerst een dotterbehandeling uit te | <ul style="list-style-type: none"> voeren) zal steeds vaker worden toegepast; d. de biologisch afbreekbare stent komt op de markt; deze stent, gemaakt van een poly-l-lactic acid (PLLA) monomeer verdwijnt na 12 maanden vanzelf uit het lichaam; de eerste klinische studies met deze stent verliepen positief; een nadeel is nog dat deze stent een grof profiel heeft, waardoor deze nog niet zo gemakkelijk in gebruik is als de metalen stents; e. stents zullen minder duur worden. |
|---|---|

- Brachytherapie kan naast betastraling ook met gammastraling worden uitgevoerd. Dit verkeert nog in het onderzoeksstadium. Brachytherapie biedt geen soelaas voor de vernauwingen die nog niet behandeld zijn, vanwege de organisatie (er is zowel een radioloog als een interventiecardioloog bij nodig), de hoge kosten en de teleurstellende resultaten bij dit soort vernauwingen. Het gebruik van brachytherapie zal kunnen afnemen omdat de drug eluting stent het probleem van restenose (nieuwe vernauwingen) grotendeels zal oplossen.
- Bij sonotherapie wordt een katheter door de kransslagader getrokken en met een frequentie van 1 megaHz gaan geluidsgolven (ultrasound) door de kransslagader. Sonotherapie is een aanvullende behandeling voorafgaand aan dotteren of een stentplaatsing, met als doel restenose te verminderen. Sonotherapie wordt in 2002 op de markt verwacht, maar de impact zal niet groot zijn.
- Er is een dunne reparatievloeistof in ontwikkeling, waarmee een verzwakte plek in de binnenwand van de aangedane ader kan worden versterkt. Het gaat om een snelhardend 'siliconenpolymeer', dat op de plek wordt gebracht van een aneurysma (een zwakke plek in de wand waardoor de slagader uitstulpt). Hierdoor zou een operatieve ingreep (het vervangen van het verzwakte deel van de slagader door een bloedvat van kunststof, of het plaatsen van een stent) in de toekomst

overbodig kunnen worden. Het zal echter nog zeker jaren duren voor de methode daadwerkelijk bij patiënten wordt toegepast: het onderzoek bevindt zich pas in een pril stadium (de Telegraaf, 2001).

Voor de lange termijn (10-20 jaar) zijn vooral de volgende ontwikkelingen van belang:

- Indien blijkt dat ontsteking/infectie een belangrijke rol speelt in de pathogenese van atherosclerose kan dat leiden tot infectieremmende en ontstekingsremmende therapie, zoals antibiotica. Het definitieve bewijs dat er een relatie is tussen eerdere infecties, zoals chlamydia, en later optreden van klinische symptomen van atherosclerose is echter nog niet geleverd.
- Een tweede mogelijke toekomstige behandelingswijze is genterapie. Therapeutische opties zijn onder andere gelegen in (i) de bevordering van vaatnieuwvorming (angiogenese), teneinde door nieuwvorming van bloedvaten de circulatie rond het ischemisch hart te bevorderen, (ii) in toediening van genetisch materiaal dat aanzet tot celremming of celbeschadiging teneinde (re)stenosering en progressie van atherosclerose tegen te gaan, en (iii) om het aangedane vat lokaal te genezen. Ook zou DNA als een biodegradabele coating op een stent kunnen worden aangebracht.
- Naast angiogenese zou myogenese (nieuwvorming van spiercellen) een plaats kunnen krijgen in de behandeling van coronaire hartziekten. In Nederland is er op dit moment alleen nog maar dierexperimenteel onderzoek gedaan, maar op korte termijn zal het eerste experiment met proefpersonen van start gaan.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Voor coronaire hartziekten zal de gestandaardiseerde sterfte (met name door het hartinfarct) mogelijk blijven afnemen, met name doordat de prognose na het hartinfarct verder zal verbeteren. Hierdoor neemt het aantal patiënten met angina pectoris, hartfalen en ritmestoornissen toe. De verbeterde therapie heeft dus als keerzijde dat het aantal patiënten met een verhoogd risico op een herhaalde vasculaire gebeurtenis toeneemt. Voorts kan preventie (primair en secundair) door gerichte medicatie met o.a. cholesterol- en bloeddrukverlagende middelen het optreden van eerste en volgende vasculaire gebeurtenissen doen afnemen. Op langere termijn verandert de gezondheidstoestand mogelijk ingrijpend als blijkt dat ontsteking een rol speelt en genterapie op grote schaal kan worden toegepast.

Gevolgen voor de gezondheidszorg

De conclusie ten aanzien van de gezondheidszorg is dat op korte termijn het volume aan geneesmiddelen aanzienlijk kan toenemen als gevolg van het vaker medicamenteus behandelen van risicofactoren (met name verhoogd cholesterol), het toenemend aantal patiënten met doorgemaakt hartinfarct en angina pectoris en de intensivering van de medicamenteuze therapie per patiënt. Mogelijk nemen de kosten meer dan evenredig toe vergeleken met het volume vanwege verschuiving naar duurere middelen.

3.3.5 Astma en COPD

Deze paragraaf is gebaseerd op Putman (2001), De Bruin (2001c) en Peters-Volleberg et al. (2001). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Voor een korte omschrijving van de ziektebeelden zie tekstblok 3.8. Voor meer details over de huidige farmacotherapie en het gebruik van hulpmiddelen zie bijlage 9.

Tekstblok 3.8: Wat is astma en COPD?

De belangrijkste kenmerken van astma en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) zijn diffuse luchtwegvernauwing en ontsteking. COPD houdt zowel chronische bronchitis in, klinisch gekenmerkt door hoesten en opgeven van sputum, als emfyseem, een aandoening die gekenmerkt wordt door verlies aan longweefsel. Bij COPD zijn de kleine luchtwegen en de longblaasjes aangedaan, is er een verstoorde slijmproductie en een chronische ontsteking van de luchtwegen. Er treedt enzymatische afbraak van het longweefsel op, waardoor de long aan elasticiteit verliest. De schade aan het longweefsel is onom-

keerbaar. Samen met de chronische luchtwegobstructie leidt dit tot een verhoogde ademarbeid. Globaal kan worden gesteld dat bij astma het ontstekingsproces zich vooral afspeelt in de grote luchtwegen en dat de luchtwegobstructie wel omkeerbaar is. Op den duur kan astma overgaan in chronische bronchitis om te eindigen in emfyseem. Aan de basis van deze progressie ligt een vicieuze cirkel. Exacerbaties van de ziekte veroorzaken beschadigingen van het longweefsel, dat ten gevolge van deze beschadigingen telkens gevoeliger wordt voor allerlei nieuwe prikkels.

Preventie

Virale infecties kunnen exacerbaties bij astma veroorzaken. Het voorkómen van deze infecties kan verergering van de astma voorkómen. Pneumokokken- en influenzavaccinaties zijn hierbij doeltreffende middelen en zullen in de toekomst mogelijk vaker worden toegepast.

Diagnostiek

Voor de verfijning van het diagnostisch onderscheid tussen astma en COPD wordt bezien of biomarkers in de uitademingslucht hiervoor bruikbaar zijn. Voor de lange termijn wordt voorzien dat karakterisering van de patiënt op genniveau een betere diagnosestelling mogelijk maakt.

Behandeling

In de komende 10 jaar worden de volgende ontwikkelingen voorzien:

- In het algemeen probeert men de problemen met de inhalatietechniek te verminderen door het gebruiksgemak en de effectiviteit van de toedieningssystemen (o.a. de biologische beschikbaarheid: het deel van de toegediende dosis dat in de algemene circulatie terecht komt) te vergroten. Inhalatoren worden steeds beter (zie tekstblok 3.9).
- Er wordt veel klinisch onderzoek gedaan naar therapieverbetering van bestaande middelen door nieuwe combinatiepreparaten (twee werkzame stoffen in één geneesmiddel), omdat blijkt dat behandeling met corticosteroiden en b₂-sympati-comimetica een betere therapeutische respons geeft dan monotherapie.
- Betere beheersing van de ontstekingsremming: het onderzoek richt zich voornamelijk op het remmen van het vrijkomen en het antagoneren van mediators betrokken bij het ontstekingsproces. Nieuwe steroïden en corticosteroiden zijn

hiervoor in ontwikkeling.

- Nieuwe klassen van middelen met gecombineerde werking: er zijn stoffen in ontwikkeling, die zowel ontstekingsremmend werken als een luchtwegvernauwing tegen kunnen gaan. Het betreft zowel syntheseremmers als receptor-antagonisten van de ontstekingsmediatoren (bijvoorbeeld: antileukotriënen en fosfodiësteraseremmers).

Tekstblok 3.9: Ontwikkelingen in inhalatoren.

- In dosis-aërosolen worden, in verband met het uitbannen van CFK-gassen, de dragergassen steeds vaker vervangen door ozon-vriendelijke drijfgassen. De formuleringen van salbutamol met HFA en beclometason met HFA hebben een kleinere deeltjesgrootte en daardoor een hogere longdepositie, het aandeel van de werkzame stof dat de longen bereikt (50-60 % van de dosis).
- De droogpoeder-inhalatoren worden steeds verder verbeterd, zowel technisch als chemisch. Er is veel aandacht voor de ontwikkeling van specifieke hulpstoffen, die de deeltjesgrootte van het geneesmiddel en dus de longdepositie beïnvloeden. De technische verbeteringen aan de inhalatoren dragen ook bij aan een betere deeltjesgrootte-verdeling en daardoor aan een betere longdepositie. In hoe-
- verre deze verhoogde longdepositie klinisch relevant is, moet nog worden aangetoond.
- Naast de dosis-aërosolen, droogpoeder-inhalatoren en vernevelaars zullen meerdere soorten inhalatoren op de markt verschijnen, onder andere de draagbare vernevelaars. Ook de jet-vernevelaar, die gebruik maakt van samengeperste lucht om een waterige oplossing of suspensie om te zetten in een inhaleerbare nevel is recent ontwikkeld. Een nadeel van deze methode is dat een groot deel van de medicatie verloren gaat omdat de nevel constant geleverd wordt terwijl de inademingcyclus slechts 40% van de totale in- en uitademingscyclus betreft. De ultrasone vernevelaar maakt gebruik van vibratie met hoge frequentie om een inhaleerbare nevel te verkrijgen.

Voor de lange termijn zijn er vele klassen van nieuwe middelen te identificeren, waarvan sommige daadwerkelijk op de ziekte ingrijpen en niet alleen de symptomen reduceren. Het zal pas op lange termijn blijken of en welke van deze stoffen, zoals monoklonale antilichamen tegen cytokines, adhesiemoleculen, antihistaminica of adenosine antagonisten, hun weg naar de kliniek vinden. De kans op een succesvolle vorm van genterapie is niet groot omdat veel verschillende genen en omgevingsfactoren een rol spelen bij astma.

Voor COPD wordt er gezocht naar nieuwe aangrijpingspunten, die mogelijk op lange termijn tot resultaat leiden (zie tekstblok 3.10)

Tekstblok 3.10: Nieuwe aangrijpingspunten voor COPD-geneesmiddelen:

- Tumor Necrosis Factor (TNF)-alpha en Interleukine (IL)-8 komen verhoogd voor in het sputum van COPD-patiënten. Beide factoren worden onderzocht als aangrijppunt voor therapie.
- Enzymatische afbraak van longweefsel speelt een belangrijke rol in het ziekteproces van COPD. Remmers van deze enzymen (anti-proteases) zouden de progressie van COPD kunnen tegengaan. Enkele voorbeelden van anti-proteases in ontwikkeling zijn neutrofiele elastaseremmers, matrix-metalloproteïnaseremmers en α -anti-trypsine.
- COPD-patiënten hebben veelal een verhoogde slijmafscheiding. Dit gaat gepaard met een verlies aan longfunctie. Er zijn verschillende typen slijm-regulerende medicijnen in ontwikkeling.
- Een deel van de longschade in COPD is het gevolg van oxidanten uit bijvoorbeeld sigarettenrook of afkomstig van de ontstekingscellen. Dit geeft aan dat anti-oxidantia mogelijk gebruikt kunnen worden in COPD-therapie.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Bij astma leidt medicamenteuze behandeling met nieuwe geneesmiddelen mogelijk tot een daling van het absolute aantal ziektejaarequivalenten in de bevolking (ondanks groei en vergrijzing van de bevolking) van 14.100 in 2000 naar 12.900 in 2020 bij nieuwe geneesmiddelen (inclusief de effecten van groei en vergrijzing van de bevolking). Dit effect komt bij astma voornamelijk door nieuwe middelen met een gecombineerde bronchusverwijdende en ontstekingsremmende werking.

Bij COPD zullen de verbeteringen in de medicamenteuze behandeling de effecten van de groei en vergrijzing van de bevolking slechts gedeeltelijk kunnen compenseren. Het aantal ziektejaarequivalenten voor COPD stijgt naar verwachting van 98.000 in 2000 tot 127.700 in 2020 bij nieuwe geneesmiddelen (inclusief de effecten van groei en vergrijzing van de bevolking). Bij COPD is het matigende effect voornamelijk te danken aan betere toepassing van bestaande middelen, het inzetten van inhalatiecorticosteroiden en langwerkende β -agonisten. De effectiviteit van de behandeling stijgt, evenals het toedieningsgemak van de geneesmiddelen. De sterfte aan astma/COPD zal dalen.

Gevolgen voor de gezondheidszorg

Geconcludeerd kan worden dat een aantal van de middelen die in de toekomst op de markt gaan verschijnen voor de medicamenteuze therapie van astma en COPD bestaande therapieën zullen gaan vervangen, terwijl andere zullen worden toegevoegd aan de huidige therapie. Er zal gemiddeld sprake zijn van een toename in het volume aan farmaceutische zorg per patiënt en hiermee ook een toename in de kosten.

Doordat naar verwachting relatief meer patiënten met behulp van de nieuwe middelen beter behandeld kunnen worden, zal de benodigde hoeveelheid huisartsen- en ziekenhuiszorg die hiermee gemoeid is op termijn af kunnen nemen. De toenemende kosten in de farmaceutische zorg zullen dus (deels) gecompenseerd worden door de afname in kosten in andere zorgsectoren.

3.3.6 Reumatoïde artritis

Deze paragraaf is gebaseerd op Nab & Breedveld (2001), De Bruin (2001d) en Wassenaar & Geertsma (2000). In deze referenties is nadere informatie te vinden. Voor een korte omschrijving van deze aandoening zie tekstblok 3.11. Voor meer details over de huidige farmacotherapie zie bijlage 9.

Preventie

Primaire preventie is niet mogelijk omdat er onvoldoende inzicht is in de oorzakelijke factoren van RA. Vooralsnog wordt niet verwacht dat dit inzicht dusdanig zal toenemen dat primaire preventie mogelijk wordt.

Tekstblok 3.11: Wat is reumatoïde artritis (RA)?

RA is een chronische ontstekingsziekte, die voornamelijk is gelokaliseerd in de gewrichten. Bij de meeste patiënten ontwikkelt zich een kenmerkend klinisch beeld met pijn, ochtendstijfheid, symmetrische zwelling van enige gewrichtsgroepen en bewegingsbeperking. De ernst van de gewrichtsontsteking wisselt in de tijd. De zwellingen zijn het gevolg van ontsteking van het synoviaalmembraan (een vlies dat het gewrichtskapsel van binnen bekleedt) en een toename van de gewrichtsvloeistof. Het gaat vaak gepaard met een

destructie van zowel kraakbeen als bot. De mate van destructie bepaalt in grote mate het beloop van de ziekte, die sterk kan variëren tussen verschillende patiënten. RA is een belangrijke oorzaak van chronische pijn en fysieke handicaps. De oorzaak van de ziekte is niet bekend, maar ze vertoont kenmerken van een auto-immuunziekte, waarbij erfelijke, hormonale en waarschijnlijk omgevingsfactoren een rol spelen. Hiernaast kunnen in andere organen ziekteverschijnselen voorkomen, zoals in de longen en het hart.

Diagnostiek

Nieuwe diagnostische technieken, zoals de MRI-scan, bieden nieuwe mogelijkheden om het ziekteproces in een vroeg stadium gedetailleerd af te beelden. Hierdoor kan de diagnose met steeds meer zekerheid vroeg worden gesteld, kan de activiteit van de ziekte steeds beter worden ingeschat en worden prognostische factoren in kaart gebracht. Hierdoor kan de farmacotherapie beter op de individuele patiënt worden aangepast en kan de behandeling vroeg worden ingezet. Recent is aangetoond dat echografie kwalitatief gelijkwaardig is aan MRI, maar veel goedkoper. Bovendien gelden hiervoor geen wachttijden (Medisch Vandaag, 18 april 2001).

Behandeling

Ondanks de beschikbaarheid van een aanzienlijk aantal geneesmiddelen, is het effect bij veel patiënten niet voldoende of moet het gebruik vanwege bijwerkingen worden gestaakt. Daarom wordt er naarstig gezocht naar nieuwe middelen die effectiever zijn en minder bijwerkingen hebben. Er zijn verschillende aangrijppingspunten voor verbeteringen in de medicamenteuze behandeling van RA voor de komende 10 jaar:

- De huidige trend om steeds sneller en agressiever te behandelen, zal zich in de nabije toekomst doorzetten. In eerste instantie gebeurt dit met het huidige geneesmiddelenarsenaal, maar naar verwachting zal dit ook gaan plaatsvinden met de nieuwe middelen.
- Op korte termijn (0-5 jaar) worden verbeteringen van de huidige ontstekingsremmers verwacht. Hierbij gaat het om cyclo-oxygenase (COX)-2 remmers (selectieve remmers van een enzym dat aanwezig is bij ontstekingsprocessen en die minder bijwerkingen hebben voor het maagslijmvlies; daarvan zijn er inmiddels twee geregistreerd voor RA: celecoxib en rofecoxib), niet-steroïde anti-inflammatoire (NSAID)-prodrugs en een tweede generatie glucocorticoiden. De verbeterde ontstekingsremmers zullen naar verwachting met name minder bijwerkingen voor het maag-darmkanaal hebben en beter inzetbaar zijn voor een grote groep patiënten.
- Op korte termijn worden nieuwe ‘biologicals’ verwacht, die het immuunsysteem remmen dan wel stimuleren (zie tekstblok 3.12).
- Voorts worden de mogelijkheden van vaccinatie tegen T-cellen met verzwakte klonen van T-cellen van RA-patiënten onderzocht.
- Een andere ontwikkeling is die van middelen die de migratie van ontstekingscel-

Tekstblok 3.12: Nieuwe 'biologicals'.

- a. remmers van pro-inflammatoire processen, de TNF-alpha (Tumor Necrosis Factor) remmers, waarvan de eerste middelen inmiddels zijn geregistreerd (etanercept, infliximab), en enkele andere cytokine-agonisten en -antagonisten;
- b. overige remmers: monoklonale antilichamen tegen subgroepen van T-cellen (bepaalde cellen van het immuunsysteem), bepaalde antibacteriële middelen en ACE (Angiotensin Converting Enzyme)-remmers;
- c. monoklonale antilichamen die beschermende T-cellen stimuleren, en hierdoor de anti-ontstekingsprocessen stimuleren.

len vanuit het bloed naar het gewricht remmen met behulp van monoklonale antilichamen die binden aan de adhesiecellen in de bloedvatwand (leumedinen) en de directe toediening van ontstekingsremmende cytokinen.

- Bij RA is sprake van ontsteking van het synoviaalmembraan. Hierbij spelen meerdere factoren een rol. Er zijn aanwijzingen dat inadequate apoptose (geprogrammeerde celdood) een rol speelt. Onderzocht wordt of de stimulatie van apoptose een mogelijke vorm van behandeling kan worden bij RA (Tak & Firestein, 1999).
- Naast (biotechnologische) geneesmiddelen en organen/weefsels ten behoeve van transplantatie is er in het laatste decennium een separate groep producten ontwikkeld: de 'Tissue Engineered Medical Products'; zie tekstblok 3.13.

Tekstblok 3.13: Tissue Engineered Medical Products (TEMP's).

Het doel van TEMP's is regeneratie van het aangedane weefsel of orgaan. Herstel van de functie vereist gedifferentieerde, 'volwassen' cellen. Stamcellen zijn cellen die het vermogen bezitten om zich continu te delen. Zij zijn voorlopers van alle lichaamscellen. Deze eigenschap maakt ze in theorie zeer geschikt als bron van cellen voor TEMP's. Tijdens de normale ontwikkeling zullen deze cellen zich in het embryo differentiëren tot diverse gespecialiseerde cellen, elk met een eigen functie in het lichaam. Naast het embryo in de vroege ontwikkelingsfase, bezitten ook sommige volwassen weefsels stamcellen. Zo kunnen mesenchymale stamcellen (voorlopers van bot, bindweefsel, spier) uit humaan beenmerg geïsoleerd en in kweek gehouden worden. In dierstudies blijken mesenchymale stamcellen die afkomstig zijn uit beenmerg na implantatie zich te kunnen differentiëren in bot-, kraakbeen- of peesweefsel, afhankelijk van de mechanische invloeden en cel-signaal moleculen afkomstig van omringende cellen. Producten die zouden kunnen worden ingezet ter vervanging van beschadigd kraakbeen (bijvoorbeeld in de knie) bestaan uit

autologe (donor en ontvanger zijn hetzelfde individu) kraakbeencellen. Gezonde kraakbeencellen van de patiënt worden uitgenomen en in het laboratorium (in vitro) gestimuleerd tot deling en vervolgens worden deze cellen in de aangedane gewrichten teruggeplaatst. Inmiddels is één product geregistreerd. Aangezien dit zeer kostbaar is en in Nederland nog niet voor vergoeding in aanmerking komt, wordt het nog niet toegepast in Nederland. Op dit moment is dit product ook niet bedoeld voor behandeling van RA-patiënten. Ten aanzien van tissue-engineered bot en kraakbeen wordt verwacht dat in Nederland ontwikkelde producten binnen 5 jaar op de markt zullen verschijnen. Tweede generatie producten zijn in ontwikkeling, waarbij cellen en dragermateriaal gecombineerd worden met cel-signaal moleculen (van belang voor de sturing van groei en differentiatie tot het gewenste weefsel). De kraakbeen-engineered producten zouden mogelijk gebruikt kunnen worden ter vervanging van aangedaan kraakbeen, zodat het moment van plaatsing van een kunstgewricht uitgesteld kan worden of mogelijk niet meer nodig is.

Op lange termijn (10-20 jaar) lijkt gentherapie veelbelovend, waarbij genetisch materiaal in de aangedane gewrichten tot expressie wordt gebracht, dat ontstekingsprocessen remt dan wel anti-ontstekingsprocessen stimuleert.

Gevolgen voor de gezondheidstoestand

Bij reumatoïde artritis leidt medicamenteuze behandeling met nieuwe geneesmiddelen mogelijk tot een daling van het absolute aantal ziektejaarequivalenten in de bevolking van 45.500 in 2000 naar 43.400 in 2020 (inclusief de effecten van groei en vergrijzing van de bevolking). Dit komt voornamelijk door middelen die gericht kunnen ingrijpen in het immuunsysteem ('biologicals' zoals etanercept en infliximab).

Gevolgen voor de gezondheidszorg

De medisch-technologische ontwikkelingen zullen tot gevolg hebben dat het volume aan farmaceutische zorg per RA-patiënt de komende jaren zal toenemen. Dit zal gepaard gaan met sterk toenemende kosten in deze zorgsector, met name door de zeer dure 'biologicals'. Etanercept kost circa 28.000 gulden (circa 12.700 euro) per patiënt per jaar. Ook zal er een toename zijn in de hoeveelheid tweedelijns zorg die per patiënt besteed zal moeten worden om deze middelen doeltreffend toe te passen. Daarentegen zullen als gevolg van deze ontwikkelingen in de toekomst waarschijnlijk bijwerkingen van geneesmiddelen voorkomen kunnen worden en de progressie van de ziekte worden vertraagd. Dit zal zowel acuut als op den duur leiden tot een afname in de benodigde hoeveelheid huisartsen- en ziekenhuiszorg per patiënt. Ook zal dit wellicht in de verdere toekomst kunnen leiden tot een afname in de benodigde hoeveelheid verpleeghuiszorg en thuiszorg per patiënt.

4. HET INGEZETTE BELEID EN DE ACTOREN IN DE TOEKOMST

A. van den Berg Jeths, G.W.M. Peters-Volleberg

Samenvatting

Niet alleen de autonome ontwikkelingen (demografische, sociaal-culturele en medisch-technologische ontwikkelingen) hebben ingrijpende gevolgen voor de verschillende actoren, die bij genees- en hulpmiddelen zijn betrokken. Ook het ingezette beleid zal het 'krachtenveld' aanzienlijk wijzigen. In dit afsluitende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de trends die op dit moment zichtbaar zijn en de mogelijke dilemma's waartoe deze leiden. Voorsnog is het onduidelijk of de doelmatigheid inderdaad zal toenemen door alle ingezette beleidswijzigingen.

4.1 Trends

Schaalvergroting en machtsconcentratie

Schaalvergroting door middel van fusies en samenwerkingsverbanden is te zien bij de producenten, distributieketens, verzekeraars en zorgaanbieders (zie tekstblok 4.1).

Tekstblok 4.1: Fusie drie verzekeraars.

De verzekeraars VGZ, Univé en IZA gaan per 1 januari 2003 fuseren. Zij vormen dan de grootste zorgverzekeraar van Nederland met 3,2 miljoen verzekerde personen. Hiervan zijn 800.000 verzekerden afkomstig van Univé (zowel particulier als ziekenfonds), 1,8 miljoen van VGZ en ruim 500.000 van het IZA. De klanten van Univé zitten vooral in het Noorden en VGZ is sterk in het Zui-

den van het land. Bij het IZA zijn vrijwel alle gemeenteambtenaren verzekerd. De schaalvergroting heeft tot doel beter toegerust te zijn voor de invoering van een nieuw ziektekostenstelsel. De combinatie wil nadrukkelijk meer producten aanbieden dan alleen zorgproducten, zoals levensverzekeringen (het Financiële Dagblad, 1 maart 2002).

Veranderende machtsverhoudingen tussen de actoren

De patiënt, de burger, de zorgaanbieder en de verzekeraar krijgen meer rechten en meer plichten. De driehoek burger-zorgaanbieder-verzekeraar wordt versterkt ten opzichte van de overheid. Tegelijkertijd wordt, met het toenemen van de taken en bevoegdheden van de zorgverzekeraars, de autonomie van de zorgaanbieder ingeperkt. Tekstblok 4.2 geeft daarvan een voorbeeld.

Toekomstige taken van de overheid niet zoveel kleiner dan nu

Naar verwachting is er ook in de toekomst een belangrijke rol weggelegd voor de overheid bij het scheppen van voorwaarden om een systeem van gereguleerde concurrentie goed te laten werken. De overheid bepaalt de spelregels opdat het spel op de

Tekstblok 4.2: Inperking van de autonomie van de zorgaanbieder.

Een citaat uit het rapport 'Programma van deregulering en instrumentering ter versterking van de regierol van zorgverzekeraars bij hulpmiddelenzorg' van de Werkgroep Deregulering en Instrumentering Hulpmiddelen (VWS en ZN), van juli 2001: "Knelpunt: De eis om de aanvraag voor toestemming te laten vergezellen door een toelichting door de behandelaar wordt door de zorgverzekeraar in de praktijk als een opmaat voor te sterke sturing van de voorschrijver ervaren. Het

maakt dat de behandelaar onnodig kan interfereren met de invulling van doelmatige zorg door de zorgverzekeraar. De behandelaar is niet altijd de materiedeskundig..... Oplossing: De verplichting in de Regeling Hulpmiddelen dat de behandelaar voor toestemming een toelichting verstrekt kan uit de regeling worden geschrapt. De zorgverzekeraar kan hierbij zelf aangeven of, wanneer en in welke vorm de hulp van de behandelaar moet worden gevraagd."

juiste wijze gespeeld gaat worden. Te denken valt aan het opleggen van een verzekeringsplicht voor burgers, een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie naar risico, het verder ontwikkelen van het vereveningssysteem en het opleggen van (minimum)kwaliteitseisen. Ondanks het feit dat de overheid meer en meer op afstand gaat regeren, zullen taken als kwaliteit en veiligheid, het reclamebeleid en het ICT-infrastructuurbeleid mogelijk overheidstaken blijven. Dat geldt ook voor beslissingen over de minimale omvang en samenstelling van het pakket (de bepaling van wat noodzakelijke zorg is), alsmede het stellen van nadere voorwaarden (indicatiebeperkingen). Ook zou de overheid oplossingen moeten aandragen als het doelmatigheidsbeleid in botsing komt met bestaande regelgeving, bijvoorbeeld op het gebied van de mededinging en landelijk uniforme prijsregels. Zie tekstblok 4.3 voor enkele voorbeelden van voorwaardenscheppende regelgeving.

Tekstblok 4.3: Doelmatigheid en regelgeving.

Als reclame voor receptgeneesmiddelen niet mag, mag voorlichting dan wel? De inspecteur reclametoezicht geneesmiddelen blijft het uitleggen: "Je mag antwoord geven op elke vraag, maar het initiatief moet van de consument uitgaan. Maak maar een zoekmachine die op vragen reageert". "En als we nu de Honderd Meest Gestelde Vragen op het net zetten?" is de reactie. "Dat mag niet, want dan ligt het initiatief weer bij de industrie. Op Amerikaanse sites mag wel publieksreclame voor geneesmiddelen, maar op Nederlandse sites mag het niet zo zijn dat men bij het intoetsen van 'overgewicht' dadelijk op www.xenical.nl terechtkomt" (Verslag van het symposium "Internet, de farmaceutische industrie en de consument", Pharmaceutisch Weekblad 2001; 136:

338). De overheid zou een oplossing moeten bedenken voor het probleem van de extreem hoge goodwillbedragen voor apotheken. Hiermee is circa 5 miljoen per apotheek gemoeid, een bedrag dat naderhand moet worden terugverdiend. Dit legt een zware claim op het toekomstig functioneren van de betreffende apotheken en beïnvloedt de kwaliteit en doelmatigheid negatief. Ook voor de directe en indirecte beïnvloeding door de farmaceutische industrie van de voorschrijvers, met name de ziekenhuizen, zou de overheid een oplossing moeten zoeken. Deze beïnvloeding wordt door zorgverzekeraars als belangrijkste belemmering gezien bij het bevorderen van doelmatigheid (Gerritsen & Bruijn, 2001).

Regie van overheid naar verzekeraars

Tot voor kort lag de regie voor het genees- en hulpmiddelenbeleid nog grotendeels bij de landelijke overheid. Bij voortzetting van het ingezette beleid zal deze regie steeds meer verschuiven naar de verzekeraars en zal de invloed van marktwerking op het terrein van genees- en hulpmiddelen worden versterkt. Het traject van uitwerking van de regiefunctie door verzekeraars is in volle gang. Hierbij staan de mogelijkheden inzake scheiding van inkoop en zorg, directe aansturing van voorschrijvers, flexibilisering van

aanspraken en pakketdifferentiatie centraal. Door de Minister van VWS is hierbij als randvoorwaarde gesteld dat noodzakelijke zorg beschikbaar moet blijven en op een therapeutisch verantwoorde manier moet worden geleverd. Over wat tot noodzakelijke zorg zou moeten worden gerekend, zijn door het CVZ en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) adviezen uitgebracht (zie tekstblok 4.4).

Tekstblok 4.4: Noodzakelijke zorg.

Het CVZ heeft in het advies 'Breedte geneesmiddelenpakket' een methodiek gepresenteerd voor de beperking van het huidige pakket (Toenders, 2001). Hiervoor is een opdracht verstrekt aan het instituut for Medical Technology Assessment (iMTA) van de Erasmusuniversiteit. Het iMTA heeft een theoretisch model ontwikkeld, waarbij het criterium 'noodzakelijkheid' is geoperationaliseerd aan de hand van het criterium 'ziektelast'. Een behandeling is meer noodzakelijk naarmate de ziektelast van de indicatie groter is (d.w.z. de ernst van de aandoening groter is). De ziektelast wordt uitgedrukt in gewichten voor kwaliteit van leven. Inperking van het pakket kan plaatsvinden door vergoeding van de behandeling van indicaties, die vallen in de allerlaagste categorie van ziektelast en dus noodzakelijkheid, te laten vervallen. Het CVZ beveelt aan een aantal proeftoetsingen te doen om te bezien of dit model een wetenschappelijk, medisch en maatschappelijk verantwoord systeem oplevert, dat leidt tot coherente en acceptabele uitkomsten. Deze proeftoet-

sing is inmiddels uitgevoerd en het concept-rapport ligt nu voor aan het veld (stand van zaken maart 2002).

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is er voorstander van de medische hulpmiddelen die primair tot doel hebben de maatschappelijke participatie te bevorderen c.q. het dagelijks functioneren te ondersteunen, op termijn uit het ziektekostenstelsel te halen, en over te hevelen naar een ander stelsel, bijvoorbeeld het 'dienstverleningsstelsel'. Ook heeft de RVZ de discussie aangezwengeld wat noodzakelijke medische hulpmiddelen zijn en of er bij het toelaten tot het collectieve ziektekostenpakket niet getoetst moet worden op basis van de 'Dunning-criteria'. Zo hebben bijvoorbeeld oog- en borstprothesen en pruiken een duidelijke esthetische component en een minder uitgesproken medische doelstelling. De vraag is of deze producten in de toekomst nog steeds via het ziektekostenstelsel vergoed moeten worden (RVZ, 1997).

Vorbereidingen instrumentering verzekeraars in volle gang

Waarschijnlijk komt er een 'basispakket farmaceutische zorg' per verzekerde, die in elke polis moet worden opgenomen en met de apothekers moet worden gecontracteerd. Extra diensten, waaronder het inkopen van geneesmiddelen, kunnen aanvullend door zorgverzekeraars met apothekers worden overeen gekomen. Een verzekeraar kan in principe kiezen voor drie verschillende leveranciers: één voor geneesmiddelen, één voor de logistieke diensten en één voor de farmaceutische zorg (patiëntvoorlichting, medicatiebewaking, etc.). Een volledige scheiding van inkoop en zorg betekent grote veranderingen qua voorraadbeheer en administratieve afhandeling van leveranties. Complicerende factor is dat apotheken te maken hebben met verschillende zorgverzekeraars, die ieder een eigen beleid kunnen volgen (Van Luijn, 2001b).

Van margeconcurrentie naar prijsconcurrentie

De Minister van VWS heeft aangekondigd per 1 januari 2003 de taxe te willen afschaffen als landelijk geldend instrument voor prijsvorming van geneesmiddelen. Tevens wordt een experiment voorbereid om per 1 januari 2003 de vergoedingslimieten af te schaffen voor de omvangrijke clusters van maagzuurremmers en cholesterolverlagers (GMT/VWS/G-2237268, 2001). De octrooien op twee veel voorgeschreven middelen binnen deze clusters zijn dan verlopen, namelijk Losec® en Zocor®. Zo ontstaan mogelijkheden voor de verzekeraars om met de producenten te onderhandelen over de prij-

zen. Hierdoor wordt op termijn het huidige systeem van margeconcurrentie (via bonus- en kortingen) vervangen door een systeem van werkelijke prijsconcurrentie.

Naar pakketbeperking en pakketdifferentiatie

Voor medische hulpmiddelen bestaat nu al de situatie van pakketbeperking en pakketdifferentiatie. Ziekenfondsen bepalen zelf of en welke nadere voorwaarden gelden voor het verkrijgen van de in de Regeling hulpmiddelen 1996 opgenomen hulpmiddelen. Dat geldt voor volume, toestemmingsvereisten c.q. toelichtingsvereisten, gebruikstermijnen en vergoeding bij verlies, diefstal en herstel van hulpmiddelen (VWS, 2001c).

Het CVZ heeft een advies uitgebracht over mogelijkheden van pakketbeperking en pakketdifferentiatie bij geneesmiddelen, uitgaande van de huidige aanspraken. Hierin worden twee opties gepresenteerd, waarbij in beide gevallen geldt dat uitsluitend op stofnaam wordt voorgeschreven (Van Luijn, 2001b); zie tekstblok 4.5.

Tekstblok 4.5: Opties voor pakketbeperking en pakketdifferentiatie bij geneesmiddelen.

Optie 1:

De huidige lijst met producten van bijlage 1A en 1B van de Regeling farmaceutische hulp wordt vervangen door een lijst met alleen de samenstelling van de producten en tenminste één product met een dergelijke samenstelling; welke producten worden opgenomen bepaalt de zorgverzekeraar (o.a. op basis van de prijzen die met de producenten zijn overeengekomen).

Optie 2:

Verdere beperking door het opnemen van een bepaald aantal geneesmiddelen per GVS-cluster; dit aantal kan, afhankelijk van de eigenschappen van de geneesmiddelen, per cluster verschillen; in optie 2 moet sprake zijn van een formularium-beleid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars; tevens moet een hardheidsclausule zijn

opgenomen, waarin geregeld is op basis van welke medische redenen afgeweken kan worden van het formularium (i.v.m. de randvoorwaarde van therapeutisch verantwoorde zorg).

Om de consequenties van opties 1 en 2 te illustreren geeft het CVZ het voorbeeld van de selectieve betablokkers. Dit GVS-cluster omvat 125 producten, waarbij het om 17 verschillende middelen met een unieke samenstelling gaat. In optie 1 moet er tenminste één product op de lijst staan per middel met een unieke samenstelling. In optie 2 gaat de pakketbeperking veel verder. Voor een verantwoorde therapie kan worden volstaan met twee verschillende middelen (atenolol en metoprolol). In optie 2 zou de lijst minimaal twee producten moeten bevatten, één voor elk van de genoemde middelen met een unieke samenstelling.

Profilering verzekeraars met name door aanvullende pakketten?

Het aanbod van nieuwe technologieën zet door. Verzekeraars zullen zich mogelijk vooral profileren door gevarieerde aanvullende pakketten te bieden; zie tekstblok 4.6.

Tekstblok 4.6: Aanvullende pakketten: een voorbeeld.

AEGON biedt een aanvullende ziektekostenverzekering die in geval van een levensbedreigende ziekte toegang tot medische zorg biedt die "behoort tot de beste van de wereld". Voor een jaarpremie van 610 gulden (277 euro) voor een 30-jarige, 1.800 gulden (817 euro) voor een 45-jarige en 5.875 gulden (2.667 euro) voor iemand van 65 jaar of ouder, krijgt de verzekerde onder andere een snelle second opinion door een top-specialist in de Verenigde Staten, de keuze voor een behandeling in Nederland of de VS, en deskundige, persoonlijke begeleiding en professionele ondersteuning tijdens het medische proces, en

de mogelijkheid voor een behandeling op korte termijn in een gerenomeerd ziekenhuis in de VS, waarbij een familielid of kennis mee mag. Verzekerde behandelingen zijn: hartchirurgie/cardiologische ingrepen, operaties aan grote bloedvaten, behandeling van kanker, transplantatie van belangrijke organen en neurochirurgische ingrepen. "Het is een waardevol voorzieningenpakket voor iedereen die serieus omgaat met de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en die van gezinsleden" (mailing via F. van Lanschot bankiers d.d. 17-10-01).

Verdere individualisering, toenemende mondigheid en hogere verwachtingen van de consument

Eén van de doelstellingen van de beoogde wijzigingen in het verzekeringsstelsel is om het aanbod van zorg beter bij de vraag te laten aansluiten, onder andere door een grotere keuzevrijheid (VWS, 2001e). Uit het onderzoek naar de attitude van consumenten blijkt dat deze zelf aangeven ‘zuinig en zinnig’ met geneesmiddelen om te gaan (zie hoofdstuk 4 van deel A). Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er geen groepen chronische patiënten zijn die zich uitgebreid in geneesmiddelen verdiepen en bepaalde eisen stellen. Een voorbeeld hiervan is het ‘recht’ dat patiënten menen te hebben op dure, of nog niet geregistreerde, maar veelbelovende, geneesmiddelen (zoals is gebeurd bij de nieuwe AIDS-middelen). Ook is het denkbaar dat de patiënt vaker een second opinion zal willen hebben.

De sectoren genees- en hulpmiddelen zijn voortdurend in beweging door een veelheid aan (voorgestelde) regelgeving

Het voorstel om de genees- en hulpmiddelen van bewoners van verzorgingshuizen onder het budget van deze instellingen te brengen (en te budgetteren) zijn door de Tweede Kamer afgewezen. Dat geldt ook voor het voorstel om de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen onder het budget van de ziekenhuizen te brengen. In de vorm van Diagnose Behandel Combinaties gaat dit misschien toch gebeuren; zie tekstblok 4.7.

Tekstblok 4.7: Diagnose Behandel Combinaties.

In de Nederlandse ziekenhuizen wordt vanaf 1 januari 2003 een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Voorlopig heeft dit alleen betrekking op de variabele kosten. De basis voor dit nieuwe systeem is de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Met een DBC wordt het zorgproces dat de patiënt, op grond van een bepaalde diagnose, binnen een ziekenhuis doorloopt, stapsgewijs weergegeven. Zowel de verrichtingen van de specialist als de

daarmee samenhangende behandelingen in het ziekenhuis worden systematisch geregistreerd. Zowel de omvang van de zorgvraag als de kosten per stap in het behandelingsplan zouden hiermee duidelijk moeten worden. De intramurale geneesmiddelen zullen in ieder geval deel uit maken van de DBC's. Over het opnemen van de poliklinisch voorgeschreven genees- en hulpmiddelen in de DBC's moet nog worden besloten (www.dbc2003.nl).

Toenemende voorspelbaarheid van medische risico's

De samenstelling van ons genoom is nu zo goed als bekend. Het wordt steeds beter mogelijk om individueel op de patiënt afgestemde behandelingen te geven (farmacogenetica, transplantaties). Ook kan beter ingeschat worden of een behandeling aan zal slaan. Dit heeft zowel kostenverhogende als kostenbesparende effecten. Kostenbesparingen kunnen optreden doordat vastgesteld kan worden dat sommige patiënten geen baat hebben bij een bepaalde therapie en doordat de dosering kan worden geoptimaliseerd. De toenemende voorspelbaarheid van medische risico's kan problemen veroorzaken, die met de voorgenomen acceptatieplicht voor de basisverzekering worden onderwerpen; zie verder tekstblok 4.8.

Tekstblok 4.8: Farmacogenetica.

“Farmacotherapie op maat van de genenkaart is de centrale gedachte van de farmacogenetica. De selectie van patienten die goed reageren op een geneesmiddel en daarmee het uitsluiten van anderen, kan leiden tot ‘orphan patients’ en een

stijging van de kosten voor farmacotherapie (‘een maatpak is vrijwel altijd duurder’). Niettemin is er voor patiënten veel te winnen van de genetica in de farmacotherapie” (Leufkens, 2001a).

Steeds meer internationalisering, liberalisering en Europese integratie

Zowel de consument, de producent, de distributeur, als de zorgverzekeraar zullen zich steeds meer gaan begeven op de internationale markt en wet- en regelgeving in de zorg zullen steeds meer op Europees niveau worden geregeld. Dit kan leiden tot een groter aanbod en toegankelijkheid.

Een mogelijke negatief effect is dat, vaker dan nu het geval is, niet in Nederland goed-gekeurde genees- en hulpmiddelen bij de consument terecht komen, bijvoorbeeld via Internet (vanwege het toenemende Internetgebruik en de toenemende reclame op Internet). Hoewel deze producten dan niet worden vergoed, brengt dit wel extra moeilijk controleerbare risico’s met zich mee; zie tekstblok 4.9.

Tekstblok 4.9: Geneesmiddelen via Internet.

Via o.a. Mexicaanse aanbieders zijn (naast pijnstillers, vitamines en dieetpreparaten) onder meer de volgende geneesmiddelen te bestellen: alle antibiotica, antidepressiva, ‘cardiovascular agents’, xantines, anti-virale middelen, Viagra en HIV- en AIDS-geneesmiddelen. De mailing gaat

vergezeld van de volgende aanbeveling: “Enjoy complete privacy, discretion, and dignity while addressing your healthcare needs” (cigtg@esperanto.nu en dats87@uaemail.com d.d. 22-2-2002).

Belangrijke veranderingen door Europese beleidswijzigingen

Voorgestelde beleidswijzigingen op Europees niveau hebben bij geneesmiddelen betrekking op verkorting van toelatingsprocedures en snellere toegang tot sterk innovatieve geneesmiddelen. Hierdoor komen nieuwe geneesmiddelen sneller op de markt. Voorts is voorgesteld om voor drie patiëntengroepen (AIDS, diabetes mellitus en astma/COPD) op proef informatievoorziening door de industrie toe te laten. Het is nog onduidelijk of dit het toestaan van het geven van objectieve voorlichting betreft of dat het gaat om reclame (zie tekstblok 4.10). Reclame voor medische hulpmiddelen gericht op het publiek is wel toegestaan. Dit zal naar verwachting toenemen bij handhaving van de huidige regelgeving, onder meer door het productgebonden budget.

Tekstblok 4.10: Europese voorstellen voor geneesmiddelentoeelating en -reclame.

De wijzigingsvoorstellen houden tevens in dat er een scherper toezicht op de markt wordt gehouden via een versterking van de procedures voor controle en geneesmiddelenbewaking. Verder wordt voorgesteld om de 'centrale procedure' (Europese procedure) verplicht te stellen voor alle nieuwe werkzame stoffen die op de markt komen. Voor geneesmiddelen die zijn ontwikkeld met behulp van biotechnologische procédés geldt deze verplichting al (Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2001). Dit betekent dat er geen handelsvergunning voor een nieuwe werkzame stof meer kan worden afgegeven voor één land binnen de Europese Unie.

Het algemene verbod in Europa op patiëntgerichte reclame blijft bestaan. De proef met gecontroleerde reclame voor geneesmiddelen bij drie ziekten heeft een looptijd van vijf jaar. Het doel van de proef is om betere, duidelijke en betrouwbare informatie over goedgekeurde receptgeneesmiddelen beschikbaar te krijgen, die is afgestemd op de patiënt en die alleen op verzoek van de patiënten(organisaties) wordt verstrekt. Deze informatie dient niet van het type 'direct to consumer advertising type' te zijn. Hiermee wordt tevens beoogd om de ongelijkheid tussen patiënten die al dan niet toegang hebben tot Internet (op web-sites buiten de Europese Unie mag wel informatie over geneesmiddelen worden verspreid) en die de Engelse taal al dan niet machtig zijn, op te heffen (Liikanen, 2001).

4.2 Dilemma's

Samenwerking en doelmatigheid staan op gespannen voet met concurrentie

Zorgverzekeraars krijgen een grotere regierol en het is de bedoeling dat zij meer met elkaar gaan concurreren. Echter, er bestaat een spanning tussen intensievere concurrentie en de voordelen van samenwerking (zie ook tekstblok 4.11). Door onderlinge samenwerking kunnen ook voordelen worden behaald, bijvoorbeeld bij de inkoop van zorg. Deze spanning is er ook voor zorgaanbieders en distributeurs. De NMa speelt een controlerende rol bij het vinden van het juiste evenwicht. Zorgverzekeraars mogen wel samenwerken bij de inkoop, als ze maar niet een te groot gezamenlijk marktaandeel hebben in de regio (in een regio met een grote verzekeraar is het dus mogelijk dat alle niet-marktleiders in de regio met elkaar samenwerken).

Tekstblok 4.11: Grenzen aan doelmatigheid.

Citaat uit een interview met Gerritsen, een van de opstellers van het CVZ-advies over bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars in CVZ.nl van juni 2001: "Zo is het werkgebied van VGZ en OZ primair in het zuiden van ons land en werkt NUTS met name in de Randstad. In hun kerngebieden kunnen zij een

goed doelmatigheidsbeleid op poten zetten. Alleen voor een handjevol verzekerden in Groningen, Assen of Den Helder zullen en kunnen ze dat niet of nauwelijks doen. Op doelmatigheidsgebied vallen verzekerden dus uit de boot. Mogelijk kan er wel meegelift worden met het beleid van daar 'sterke' verzekeraars."

Fusies en machtsconcentraties staan op gespannen voet met concurrentie

De concurrentie kan verminderen door steeds meer fusies en het gevaar bestaat van prijsafspraken. Mogelijke kartelvorming en het niet ten goede laten komen van de winst aan de verzekerden zijn hierbij aandachtspunten; zie verder tekstblok 4.12.

Tekstblok 4.12: Fusies en premieconcurrentie.

“Al tien jaar geleden viel te voorzien dat hooguit vijf of zes superverzekeraars de markt voor zorgverzekeringen zouden gaan beheersen. In zo'n overzichtelijke markt is het niet moeilijk om de onderlinge premieconcurrentie te beperken. Verzekeraars zullen hun marktaandeel eerder probe-

ren te verruimen door fraaie en dure pakketten aan te bieden dan door elkaar te beconcurreren met lagere premies” (citaat uit: De Zorg van Nederland, De Kam en Nypels, 2001).

Vergroten doelmatigheid staat op gespannen voet met autonomie zorgverlener

Bemoeienis van zorgverzekeraars met het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen ter verhoging van de doelmatigheid vermindert de autonomie van de zorgverlener (zie ook tekstblok 4.13). Verzekeraars hebben belang bij de vermelding van de indicatie op het recept in verband met de beoordeling van de doelmatigheid van het voorschrijven. Thans gebeurt dit alleen in experimentele setting in het kader van de Proeftuinen Farmaceutische Zorg (Deloitte & Touche Bakkenist, 2001), maar in het algemeen verzetten zorgaanbieders zich hier tot op heden tegen (KNMG, 2001). Kan de overheid dit bevorderen, zoals het CVZ bepleit (Gerritsen & Bruijn, 2001)?

Tekstblok 4.13: Pakketbeperking en keuzevrijheid voorschrijver.

De twee opties voor pakketbeperking en pakketdifferentiatie bij geneesmiddelen hebben gevolgen voor de keuzevrijheid van de voorschrijver. Optie 1 heeft alleen gevolgen voor voorschrijvers die niet op stofnaam voorschrijven (dit is nog altijd een aanzienlijk deel). Optie 2 is alleen werkbaar indien wordt uitgegaan van een regionaal formularium omdat anders de voorschrijver te maken krijgt met verschillende geneesmiddelen-

pakketten van patiënten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars. Een regionaal formularium staat echter haaks op de profilering van zorgverzekeraars op basis van verschillende zorgpakketten (Van Luijn, 2001b). Als een zorgaanbieder nooit met verschillen tussen verzekeren van verschillende zorgverzekeraars geconfronteerd kan worden, verdwijnt echter meteen al een deel van de gereguleerde concurrentie.

Vergroting administratieve lasten voor apothekhoudenden?

Vershillende zorgpakketten per verzekeraar en scheiding van inkoop en zorg veroorzaken andere administratieve stromen voor apothekhoudenden. Hier staat tegenover dat het aantal verschillende producten waarop aanspraak bestaat waarschijnlijk afneemt. Het is waarschijnlijk dat per saldo de administratieve lasten voor apothekhoudenden toenemen. Dit zal dan ook alleen mogelijk zijn bij een goede ICT-ondersteuning. Zie tekstblok 4.14 voor huidige voorbeelden van administratieve lasten.

Tekstblok 4.14: Administratieve lasten als gevolg van eigen bijdrage.

Ook nu speelt al het probleem van de administratieve lasten. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen (GVS, 1 septembermaatregel) staat bij apothekers en apothekhoudende huisartsen hoog in de prioriteitenlijst van ineffektieve administratieve handelingen binnen de zorg. Niet alleen moeten zij hierover veel vragen van cliënten beantwoorden, maar ook wijzigt de hoogte van de eigen bijdrage regelmatig en de medicijnen waarop een eigen bijdrage van toepassing is. Hierdoor moe-

ten deze beroepsbeoefenaren hun systemen regelmatig aanpassen en ontstaat een gescheiden boekhouding van een deels door de cliënt en deels door de verzekeraar betaald product. Ook bij hulpmiddelen worden praktische uitvoeringsproblemen gemeld indien de hoeveelheid verbruikte hulpmiddelen groter is dan wordt vergoed. De patiënt moet het meerdere zelf betalen of er moet een aanvullende machtiging worden aangevraagd (PWC, 2000a; PWC, 2000b).

Voldoende ‘countervailing power’ bij zorgverzekeraars?

Bij aanbesteding van de inkoop van geneesmiddelen krijgen producenten te maken met verzekeraars, de door de verzekeraars gecontracteerde groothand of apothekers. Indien verzekeraars zelf de inkoop gaan verzorgen zal er voldoende ‘countervailing power’ (capaciteit qua menskracht en beschikbare kennis) ontwikkeld moeten worden. Mogelijk komt de positie van kleine producenten en de niet-volgesorteerde groothandel onder druk als gevolg van concurrentie door grote producenten en de volgesorteerde groothandel. Ook is het denkbaar dat grote producenten ‘dump-praktijken’ hanteren om – nadat de concurrenten uit de markt zijn gedrukt – tot forse prijsstijgingen over te gaan (Van Luijn, 2001b). Dit gaat waarschijnlijk ook op voor een deel van de medische hulpmiddelen (bij bulkmarkten).

Differentiatie en flexibilisering staan op gespannen voet met transparantie

Meer variabele honorering van zorgverleners maakt het complexer om de kostenontwikkeling van genees- en hulpmiddelen te monitoren, bijvoorbeeld doordat verzekeraars kiezen voor verschillende beloningssystemen voor doelmatig voorschrijven en afleveren.

Een grotere keuzevrijheid van de consument kan conflicteren met doelmatigheid

Als de consument een grotere keuzevrijheid krijgt, moet de zorgaanbieder een groter assortiment kunnen aanbieden. Voordelen die behaald worden door centrale inkoop, beperkte voorraad etc. kunnen hierdoor teniet worden gedaan. Iedere zorgverzekeraar zal hierin zijn strategie kunnen bepalen. Zet men in op een zo voordelig mogelijke polis of op zoveel mogelijk keuzevrijheid? Het is ook mogelijk om met verschillende polissen te werken of met aanvullende verzekeringen. Zal de consument meer hechten aan keuzevrijheid of geeft de prijs de doorslag? Gezien het streven naar doelmatigheid van zorgverzekeraars is het mogelijk dat de keuzevrijheid bij geneesmiddelen eerder af- dan toeneemt. Zullen verzekeraars hun verzekerden straks alleen nog de mogelijkheid geven te kiezen uit een paar merken en typen rollators?

Evidence-based medicine en eisen/verwachtingen van de patiënt kunnen conflicteren. De toenemende eisen/verwachtingen van de patiënt conflicteren soms met de professionele standaarden van zorgverleners, en kunnen lijnrecht staan tegenover het beleid van ‘zinnig en zuinig’ van de overheid; zie tekstblok 4.15.

Tekstblok 4.15: ‘Post-traditionele geneeskunde’.

Het samengaan van de toegenomen druk van de patiënt en evidence-based medicine heeft volgens Okkes en Lamberts (2000) geleid tot een ‘post-traditionele geneeskunde’, waarbij het handelingsrepertoire van de arts in drie categorieën is onder te verdelen: A, B en C handelen. A staat voor evidence-based, B voor niet-evidence-based, maar wel geneeskundig gelegitimeerd en

C voor handelingen die niet-evidence-based zijn en ook niet legitiem (maar waartegen geen formeel of wettelijk bezwaar bestaat). Zij signaleren een groeiende pressie op de arts om enerzijds meer volgens standaarden, en dus ‘A’ te handelen en anderzijds meer gehoor te geven aan de wens van de klant en dus om meer ‘C’ te handelen.

De consument wordt koning?

Zorgverzekeraars zullen op uniforme wijze in hun verzekeringsreglement moeten vastleggen, met welke producten en diensten zij de wettelijke aanspraken in hun pakket concretiseren (Van Luijn, 2001b). Mogelijk kan dit ook in de vorm van verwijzing naar protocollen en functiegerichte aanspraken. Door de reglementen van verschillende verzekeraars te vergelijken kan de consument kiezen welk pakket voor hem/haar het meest geschikt lijkt. Daarbij speelt mogelijk ook de hoogte van de nominale premie een rol. Het is echter de vraag of de verschillen tussen de nominale premies dusdanig groot zullen worden dat zij daadwerkelijk als stimulans kunnen dienen voor de verzekerde om voor een bepaalde verzekeraar te kiezen. Verder is het de vraag of de verzekerde de betekenis van zijn/haar keuze kan overzien, mede omdat de consument niet weet welke aandoeningen op zijn/haar weg kunnen komen. De consument heeft wel de mogelijkheid om het volgende jaar weer van verzekeraar te wisselen.

Daarnaast zal er een grotere differentiatie tussen de aanvullende pakketten ontstaan. De hoeveelheid aan verschillende (met name aanvullende) pakketten maakt het in de toekomst lastig voor de consument om overzicht te houden. Het kiezen voor de beste verzekering wordt steeds complexer. Dit geldt zeker waar het gaat om geneesmiddelen en een groot deel van de medische hulpmiddelen, waarvoor veel kennis van zaken nodig is om een onderbouwde keuze te kunnen maken. Het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat wel-geregistreerde, maar niet tot het pakket toegelaten, geneesmiddelen in een aanvullend pakket kunnen worden opgenomen. Maar hoe kan de consument beoordelen of het voor hem/haar zinvol is om zich bij te verzekeren?

Bij de omslag van aanbod- naar vraaggerichte zorg is het van belang dat de consument zelfstandig keuzes kan maken. Daartoe zal deze moeten beschikken over de benodigde kennis en informatie om ook werkelijk keuzes te kunnen maken. In dit kader is CVZ bezig te onderzoeken in hoeverre een op de patiënt gericht Farmacotherapeutisch Kompas kan worden ontwikkeld. In het algemeen zou gezien moeten worden of (betere) voorlichting over voor- en nadelen van verschillende behandelopties de rol van de patiënt kan versterken. Voor een aantal hulpmiddelen wordt op dit moment de haalbaarheid van een productgebonden budget onderzocht. Voor de meer ingewikkelde gebruiksmiddelen is het aannemelijk dat (vooralsnog) voorschrijvers/aanbieders een belangrijke invloed op de keuze blijven uitoefenen (bijv. bij hoorapparaten), terwijl bij gebruiksartikelen de verzekeraars en de patiënt een grotere stem kunnen hebben (bijv. bij stomamaterialen). De keerzijde van een grotere invloed van de consument kan zijn dat de doelmatigheid afneemt, bijvoorbeeld door een grotere gevoeligheid voor reclame of doordat een groter assortiment moet worden aangehouden ten behoeve van de keuzevrijheid.

Moet alles wat kan?

Het aanbod aan technologische vernieuwingen zet onverminderd door. Het is echter geen automatisme dat al deze nieuwe, vaak (zeker in het beginstadium) dure, technologieën in het verstrekkingenpakket worden opgenomen. Eén van de vragen is of geneesmiddelen die de effecten van ongezond leven (deels) kunnen compenseren in het pakket

thuishoren. Bovendien ontstaan er veel ethische vraagstukken rondom het gebruik van nieuwe technologieën, zoals de transplantatie van lichaamsdelen en gendiagnostiek bij IVF om te bepalen of er erfelijke aandoeningen aanwezig zijn.

De medisch-technologische ontwikkelingen kunnen bijdragen aan een verdere verbetering van de gezondheidstoestand, maar zullen waarschijnlijk ook een groot beslag leggen op het budget voor de gezondheidszorg of uitbreidingen van dit budget noodzakelijk maken. Er zullen afwegingen moeten worden gemaakt of deze ontwikkelingen ethisch aanvaardbaar zijn en behoren tot de 'noodzakelijke zorg'. Als de technologische ontwikkelingen bij genees- en hulpmiddelen sneller gaan dan bij de rest van de zorg, is de vraag aan de orde of het wenselijk is in de toekomst een groter deel van het zorgbudget aan genees- en hulpmiddelen te besteden. Het is van belang om methoden te ontwikkelen om dergelijke kosten-baten afwegingen te maken.

LITERATUUR

- Abraham E. De beste medicijn voor elk is en blijft een beker melk. Opvattingen van moeders over medicijngebruik bij alledaagse gezondheidsklachten van kinderen. In: Goethals A, Hak T, Have P ten. Kwalitatieve medische sociologie. Amsterdam, SISWO, 1997: 21-42.
- Alders M. Allochtonenprognose 2000-2050: over tien jaar 2 miljoen allochtonen. CBS-Maandstatistiek van de bevolking 2001; 49 (3): 17-22.
- Algemene Rekenkamer. Hulpmiddelen in de gezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001. Ook als kamerstuk: Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 120, nrs. 1-2.
- Anoniem. Commentaar. Innovator, maart 2001.
- Asten JAAM van. E-commerce. Column in: Memo. 's Hertogenbosch: Maxxim Medical Europe BV, 2001; april: 7.
- Baarsma BE, Paape AH. Het blijft behelpen 4. De markt van diabeteshulpmiddelen. Amsterdam: Stichting Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998a.
- Baarsma BE, Paape AH. Het blijft behelpen 7. De markt van de therapeutische elastische kousen. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998b.
- Ballance R, Pogany J, Forstner H. The World's Pharmaceutical Industries: An international Perspective on Innovation, Competition and Policy. Hants: Edward Elgar for United Nations Industrial Development Organization, 1992.
- Beekun WT van, Quak ABWM. Naar een infrastructuur voor informatie over medische hulpmiddelen in het licht van doelmatigheid. Leiden: TNO-PG rapport PG/VGZ/99.022, 1999.
- Berg Jeths A van den, Stokx LJ, Vos JS, Kommer GJ, Ribbens MC, Ende MC van den. Stijgende geneesmiddelenkosten: theoretische en praktische inzichten. RIVM rapportnummer 278620 001. Bilthoven: RIVM, 1999.
- Berg Jeths A van den, Wolff I. Toekomstige farmacotherapie bij coronaire hartziekten: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 238-245.
- Biermans M, Dekker J, Bartelds A, Ende E van der. Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts. Utrecht: NIVEL, 2000a.
- Biermans MCJ, Adam SGM, Bakker DH de. Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: Beleids-evaluatie maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen. Utrecht: NIVEL, 2000b.
- Bleeker JK, Reelick NF. De gezondheid van Marokkanen in de Randstad. GGD Rotterdam e.o., 1998.
- Boer S de, Laan JW van der. Farmacotherapie bij depressie: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 170-177.
- Bokkel Huinink WW ten, Schornagel JH. De medicamenteuze behandeling van dikke darm- en endeldarmkanker: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 80-87.
- Bourdieu P. Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste. London: Routledge & Kegan Paul, 1984.
- Bradley CP. Decision making and prescribing patterns - a literature review. Family Practice 1991; 8: 276-287.
- Brouwer NM, Meulenbeek AJG, Zijdeveld CE. Het blijft behelpen 3. De markt van de stoma-artikelen. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998.
- Bruin ML De. Toekomstige farmacotherapie bij diabetes mellitus: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001a: 111-122.
- Bruin ML De. Toekomstige farmacotherapie bij depressie: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001b: 178-188.
- Bruin ML De. Toekomstige farmacotherapie bij astma en COPD: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001c: 330-347.

- Bruin ML De. Toekomstige farmacotherapie bij reumatoïde artritis: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001d: 359-372.
- Burg M van den. Jaarplan Beleidsonderzoek Hulp-middelen 2000. Amstelveen: CVZ, 1999.
- Buurma H, Jong-van den Berg LTW de, Leufkens HGM (red.). Het geneesmiddel. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996.
- Buurma H, Smet PAGM de, Egberts ACG. Prescrip-tiewijzigingen door openbare apotheken. Pharm Weekbl 2001a; 136: 1159-1160.
- Buurma H, Smet PAGM de, Hoff OP van den, Egberts ACG. Nature, frequency and determinants of prescription modifications in Dutch community pharmacies. Br J Clin Pharmacol 2001b; 52: 85-91.
- Butler CC, Rollnick, Pill R et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. BMJ 1998; 317: 637-642.
- Cassee E Th. Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel: Boom, 1973.
- Carrière EGJ, Smals A. Farmacotherapie bij osteoporo-se: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eind-red.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Ach-tergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Log-hum, 2001: 390-399.
- CBO in samenwerking met de Nederlandse Hart-stichting, et al. Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de plas-macholesterolconcentratie. Consensus cholesterol, tweede herziening april 1998. Utrecht: CBO, 1998.
- CBS. De leefsituatie van Surinamers en Antillianen in Nederland 1985. Deel 2. Kerncijfers. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1988.
- Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' per-ceptions of patients' expectations – a questionnai-re study. BMJ 1997; 315: 520-523.
- Commissie van de Europese Gemeenschappen. Voorstel voor een Verordening van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van commu-nautaire procedures voor het verlenen van vergun-ningen, het toezicht en de geneesmiddelenbewa-king met betrekking tot geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en tot oprichting van een Europees Bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling. Brussel, 26 novem-ber 2001.
- Consumentenbond. Opmars van de medische zelftest tegen wil en dank. Nieuwsbrief Gezondheid, 2001: 18; 1-2.
- CPB/SCP. Trends, dilemma's en beleid. Essays over de ontwikkelingen op langere termijn. Den Haag: CPB/SCP, 2000.
- Crommentuyn R. De Braziliaanse methode. Medisch Contact 2001; 16: 616-619.
- CVZ. GIPeelingen nr. 13. Kengetallen farmaceuti-sche hulp 1990-1998. Amstelveen: CVZ/Genees-middelen Informatie Project (GIP), 1999.
- CVZ. Onderzoek behoeftepeiling bij gebruikers van incontinentiemateriaal en professionals over het productoverzicht en gebruikersoordelen. Amstel-veen: CVZ Accountancy en Onderzoek, oktober 2000a.
- CVZ. GIPHulpmiddelen 1997-1998. Amstelveen: CVZ/GIP (Geneesmiddelen Informatie Project), 2000b.
- CVZ. GIPsignaal. Gebruik van Benzodiazepinen 1993-1998. Amstelveen: CVZ, 2000c.
- CVZ. MLT-raming genees- en hulpmiddelen 2001-2006. Brief van de heer Van Laarhoven d.d. 19 april 2001 (kenmerk SEA/GIP/21018621) aan de heer Wever, Directie Genees- en hulpmiddelen-voorziening van VWS, 2001.
- CZ/VWS/IZ-2218327. Reactie op het advies Gezondheidsraad 'Urine-incontinentie'. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer. Den Haag, 10 oktober 2001.
- Davidse, W, Groot REB de, Haanen HCM. Regisseur aan banden. Artsen en verzekeraars wijzen samen dure geneesmiddelen toe. Medisch Contact 2001; 56: 1446-1449.
- Deloitte & Touche Bakkenist. Rapportage Effecteva-luatie proeftuinen farmaceutische zorg - Samen-vatting. Bijlage bij GMT/G-2237268. Beleid far-maceutische zorg. Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 27 november 2001.
- Denktas, S, Vogels HMG, Niehof T, et al. Minderhe-denmonitor 1999. Rotterdam: ISEO, 1999.
- DGB/VWS/HM-2201318. Uitvoeringstoets dereguler-ing Regeling Hulpmiddelen 1996. Brief van de Staatssecretaris van VWS aan CVZ, 20 juli 2001.
- DGB/VWS/HM-2209325. Programma deregulering hulpmiddelen. Brief van de Minister en Staatsse-cretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 4 sep-tember 2001.
- Donnat O, Cogneau D. Les pratiques culturelles des Français 1973-1989. Parijs: La découverte/La Documentation Française, 1990.
- Drongelen AW van, Peters-Volleberg GWM, Berg Jeths, A van den. Hoorhulpmiddelen: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen. RIVM rapport 605910 003. Bilthoven: RIVM, 2000.

- Dukkers van Emden DM, Smeenk RCJ, Verblact HWJ, Westerveld MC, Wiersma Tj. NHG-standaard M14: Het Spiraaltje. Juni 2000.
- Dijk L van, Barnhoorn H, Bakker D de. Het Farmaco Therapie Overleg in 1999. Stand van zaken en effecten op voorschrijven. Utrecht: Nivel, 2001.
- Duijn HJ van, Ouden H den, Slootweg AP et al. Opvattingen van patiënten en huisartsen over luchtwegklachten. Huisarts Wet 2001, 44: 394.
- Egberts ACG, Leufkens HGM. Ongewenste, onbedoelde en suboptimale effecten van geneesmiddelen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 521-533.
- Eucomed. European Medical Technologies and Devices Industry Profile 2000. Zie: www.eucomed.be.
- FEZ/VWS/U-98113. Kostenbeheersing medische hulpmiddelen. Brief van de Minister aan de Tweede Kamer, 2 februari 1998.
- Financiële Dagblad het. GlaxoSmithKleine hindert parallelimport medicijnen, 2 januari 2002.
- Financiële Dagblad het. Weg vrij voor fusie grootste zorgverzekeraar, 1 maart 2002.
- Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis Publishers, 1993. Ook verschenen als proefschrift Rijksuniversiteit Maastricht, 1993.
- Foekema H, Huijssoon L, Oskam N. Het belang van geneesmiddelen voor de Nederlander: nu en in de toekomst. Amsterdam: NIPO, 1998.
- Foekema HAF. Wij voelen ons gezond (NIPO onderzoek). Congresbundel 'De week van het geneesmiddel'. NEFARMA, 1999.
- Folmer K, Mot E, Douven R, Gamen E van, Woitiez I, Timmermans J. Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006. CPB Document no 007 (CPB/SCP m.m.v. RIVM). Den Haag: CPB, 2001.
- Gerritsen HJ, Bruijn M. Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars. Publicatienummer 01/59. Amstelveen: CVZ, 2001.
- Gezondheidsraad. Cholesterolverlagende therapie. Publicatienr 2000/17. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.
- Gezondheidsraad. Bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker. Publicatienr 2001/01. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001.
- Giezen-Biegstraaten LMGJ, Bosma ES. Toename hulpmiddelengebruik: inventariserende studie naar achtergronden en trends. Groningen: KITTZ, 2000.
- GMT/VWS/G-2237268. Beleid farmaceutische zorg. Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer, 27 november 2001.
- GMV/VWS/MHB-98073. Plan van aanpak kostenbeheersing medische hulpmiddelen. Brief van de Minister en Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 13 november 1998. Ook als kamerstuk: Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 24 124 nr 69.
- GMV/VWS/992292. Het onderzoek naar kortingen en bonussen. Brief van de Minister van VWS aan de KNMP, 27 januari 1999.
- GMV/VWS/MH-2070543. Rapport 'Productgebonden budget hulpmiddelen'. Brief van de minister van VWS aan het CVZ, 16 mei 2000.
- GMV/VWS/MH-2111941. Poliklinisch voorgeschreven hulpmiddelen. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 31 oktober 2000.
- GMV/VWS/2104481. Regeringsstandpunt motie beleid geneesmiddelen. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 22 september 2000. Ook als Kamerstuk 24 124 nr 110.
- GMV/VWS/2150895. Nadere uitwerking verkoop zelfzorggeneesmiddelen. Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, 7 februari 2001.
- GMV/VWS/2150629. Besluit Stuurgroep Weesgeneesmiddelen. Staatscourant, 12 april 2001.
- GMV/VWS-2191036. Reclame voor geneesmiddelen. Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer, 15 juni 2001.
- Goes ES, Grijseels EWM, Quarles van Ufford MA, Hout B van. Passende medische zorg in de cardiologie. Utrecht: KNMG, 1999.
- Gönül, FF, Carter F, Petrova E, Srinivasan K. Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behavior. Journal of Marketing, 2001; 65: 79-90.
- Graeff PA de. Farmacotherapie bij coronaire hartziekten: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 226-238.
- Grielen SJ, Schuller-Punt R, Bakker DH de. Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen. Effecten van het implementatieprogramma 'voorschrijven op stofnaam'. Utrecht: NIVEL, 1999.
- Groenewegen PP, Delnoij DMJ. Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Het voorschrijven van geneesmiddelen. In: Buurma H, De Jong-van den Berg LTW, Leufkens HGM (eindred.). Het geneesmiddel (2e druk). Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999: 124-149.

- Haan J de, Broek A van den, Schnabel P. Het nieuwe consumeren. Een vooruitblik vanuit demografie en individualisering. SCP Werkdocument 72. Den Haag: SCP, 2001.
- Henderson R, Cockburn I. Scale, Scope, and Spillovers: The Determinants of Research Productivity in Drug Discovery. *Rand Journal of Economics* 1996; 27: 32-59.
- Herings RMC, Panneman MJM, Lodder AC, Graag EJ de. Farmacotherapie in beweging. Utrecht: PHARMO Instituut, 2000.
- Herten LM van. Toekomstige ontwikkelingen in hulpmiddelengebruik: inventarisatie van belangrijke aspecten. Leiden: TNO, 2000.
- Herweijer L. Onderwijs en opleiding. In: Klerk MMY de (eindred.) Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: SCP, 2001: 19-21.
- Hileman B. Counterfeit drugs. FDA battles growing global problem of fake, substandard pharmaceuticals in the U.S. *Chemical & Engineering* 2001, October 29: 19-21.
- Horikx A. Bayer haalt Lipobay 'tijdelijk' van de markt. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1205.
- Hulten RP van. Blue Boy – Why not? Studies of benzodiazepine use in a Dutch community. Diss. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1998.
- Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Utrecht: Nivel, 1998.
- Huttin C. Drug Price Divergence in Europe: Regulatory Aspects. *Health Affairs* 1999; 18: 245-249.
- IGZ. Marketingplannen voor UR-geneesmiddelen: De feitelijke stand van zaken. Den Haag: IGZ, sector Reclametoezicht, 2001a.
- IGZ. Jaarrapportage 2000. Den Haag: IGZ, juni 2001b.
- Ipsos Facto. Behoeftetepeiling Hulpmiddelenkompas. Eindrapportage. Houten: Ipsos Facto, 1999.
- Jabaaij L, Stokx LJ, Bakker DH de. Indicaties voor het gebruik van rofecoxib. Meer 'off-label' dan 'on-label' gebruikt. *Pharm Weekbl* 2001a; 136: 1538-1541.
- Jabaaij L, Stokx LJ, Bakker DH de. Artrosemiddel in de lift. Huisartsen schrijven rofecoxib breder voor dan geïndiceerd is. *Medisch Contact* 2001b; 56: 1493-1496.
- Jacobzone S. Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals. Occasional paper 40. Labour Market and Social Policy. Paris: OECD, 2000.
- Jong A de. Bevolkingsprognose 2000-2050: veronderstellingen en methodiek. CBS-Maandstatistiek van de bevolking 2001; 49 (1): 17-21.
- Kam F de, Nypels F. De Zorg van Nederland. Waarom de gezondheidszorg tekortschiet. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact, 2001.
- Kamps GB, Meyboom-de Jong B. Hoe snel en in welke mate veranderen formularia? *Huisarts Wet* 1999; 42: 50-52.
- Kievits F. Rode vlag voor COX-2-remmers. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1815-1816.
- Kistemaker JWG, Klazinga NS, Meulenberg F, Stokx LJ, Thomas S. Zorgbehoefte vanuit het professionele perspectief. In: Post D, Stokx LJ (eindred.). In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI Zorgbehoefte en zorggebruik, Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 137-168.
- Klerk MMY de, Huisman R. Ouderen en het gebruik van hulpmiddelen. Een marktbehoefte-onderzoek. Rapportnr. 93.24. Rotterdam: Instituut voor Medische Technology Assessment (iMTA)/Erasmus Universiteit, 1993.
- Klerk MMY de (eindred.). Rapportage ouderen 2001: Veranderingen in de leefsituatie. Den Haag: SCP, 2001.
- Klinkert JJ. Macht van artsen. Een bezorgde verkenning van een professie. Assen: Van Gorcum en Comp., 1974.
- KNMG. Reactie federatie KNMG op CVZ-rapport "Flexibilisering aanspraak geneesmiddelen en pakketdifferentiatie". Brief aan het CVZ, 3 oktober 2001.
- Kooiker SE. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. *Huisarts Wet*, 1996; 39: 50-55, 68.
- Koopmans PP, Graeff PA de, Zwieten-Boot BJ van, Lekkerkerk JFF, Broekmans AW. De klinische beoordeling van werkzaamheid en schadelijkheid bij de (Europese) registratie van geneesmiddelen: wat betekent dit voor de dokter en de patiënt? *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 756-761.
- KPMG Gezondheidszorg. Quick-scan kostenbeheersingsbeleid geneesmiddelen: Engeland, Zweden, Frankrijk, Duitsland. Maarssen: KPMG, 1998.
- Laat E de, Windmeijer F, Douven R. How does pharmaceutical marketing influence doctor's prescribing behaviour? Den Haag: CPB/Koninklijke De Swart, 2002.
- Lagro-Janssen ALM (eindred.). Zorgen na morgen. Visies op de toekomst van de geneeskunst in de 21ste eeuw. Utrecht: Van der Wees, 1999.
- Lammers, C.J. De huisarts en zijn patiënt; een sociologische voorstudie. In: Sociaal-wetenschappelijke verkenningen. Uitgaven bij gelegenheid van het 15 jarig bestaan van het Instituut voor Sociaal Onderzoek van het Nederlandse Volk. Assen: van Gorcum, 1957.
- Leefflang RLI. Zoeken naar gezondheid. Hulpzoekgedrag van personen van Nederlandse en Turkse herkomst. Leiden: LIDESCO, 1994.
- Lembrechts JFMM, Halteren AR van, Peters-Volleberg GWM. Medische beeldvorming en stralings therapie: recente ontwikkelingen en toekomstverwachtingen geïllustreerd aan de hand van voorbeelden uit de kankerbestrijding. RIVM rapportnummer 605910 006. Bilthoven: RIVM, 2001.

- Lenaers RJMP. Beschrijving scootmobiel en rollator. Onderzoek naar functie, markt en verstrekking van scootmobiel en rollator. Stageopdracht. Hoensbroek: iRV, 2000.
- Leuffkens HGM. Betekenis van de genomics voor de toekomst van de farmacotherapie. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001a: 491-504.
- Leuffkens HGM. Farmaceutische zorg in de toekomst. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001b: 409-423.
- Liikanen E. Commission's proposal to review EU pharmaceutical legislation. Press conference. Brussels, 18 July 2001.
- Link, AJ. Jaarplan Beleidsonderzoek Hulpmiddelen 2002. Document DZM00015. Amstelveen: CVZ, 2001.
- Luijn JCF van. Rosiglitazon (Avandia®). CFH-rapport 00/18. Amstelveen: CVZ, 2000.
- Luijn JCF van. Pioglitazon (Actos®). In: CFH-rapport 01/03. Amstelveen: CVZ, 2001a.
- Luijn JCF van. Flexibilisering aanspraak geneesmiddelen en pakketdifferentiatie. Publicatienummer 01/75. Amstelveen: CVZ, 2001b.
- Luijn JCF van. Nateglinide (Starlix®). In: CFH-rapport 01/13. Amstelveen: CVZ, 2001c.
- Lutterman JA. Farmacotherapie bij diabetes mellitus: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 98-110.
- Maas PJ van der, Kramer PGN (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. III. Gezondheid en levensverwachting gewogen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- MacFarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 1211-1214.
- Marsman HAM. Octrooiverlening voor tweede of volgende medische indicatie. Conceptuur 2001, nr. 27: 21.
- Meerling. Methoden en technieken van psychologisch onderzoek. Deel 2: Data-analyse en psychometrie. Meppel/Amsterdam: Boom, 1981.
- Medisch Vandaag. Farmagroothandels: expliciet noch ambitieus, 5 juli 2000.
- Medisch Vandaag. Insuline per ademteug voor diabetespatiënt, 25 oktober 2000.
- Medisch Vandaag. Huisarts kent zijn farmaceuten niet, 6 december 2000.
- Medisch Vandaag. Echografie aanwinst voor reumatoloog, 18 april 2001.
- Medisch vandaag. DA haalt apothekers uit België, 27 juni 2001.
- Medisch Vandaag. Huisartsen willen apotheker in loondienst, 12 september 2001.
- Medisch Vandaag. Apotheekhoudende huisartsen schrijven wel zuinig voor, 7 november 2001.
- Medisch Vandaag. Apotheker moet zijn hand niet overspelen, 21 november 2001.
- Meijer I, Jong-van den Berg LTW de, Meijer D. Orphan drugs. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den. Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 505-519.
- Minne B, Rensman M. R&D strategie van de Nederlandse chemische industrie: Trends in de afgelopen 10 jaar. CPB Memorandum 1. Den Haag: CPB, 2001.
- Mot ES, Brouwer NM, Paape AH et al. Het blijft behelpen 10. De markt van medische hulpmiddelen, een overzicht. Amsterdam: Stichting Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998.
- Mot ES, Winter JM de. Het blijft behelpen 2. De markt van incontinentie-absorptiemateriaal. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998.
- Nab HW, Breedveld FC. Farmacotherapie bij reumatoïde artritis: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 350-359.
- Nefemed. Rapportage Stomamarkt. Tilburg: Nefemed, 1997a.
- Nefemed. Rapportage Incontinentiematerialen. Tilburg: Nefemed, 1997b.
- Nelissen RGH, Breukelman F, Mol LJCD. Honderd jaar orthopedie in Nederland. VI. Reumachirurgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 1073-1079.
- NHG. Huisarts en zinvol handelen, tussen teveel en tekort doen (congresbundel). Utrecht: NHG, 1994.
- NHG. NHG-Standaard Cholesterol (eerste herziening). Huisarts Wet 1999; 42: 406-417.
- NRC. Verzekeraar mag zelf luiers uitkiezen, 18 augustus 2000.
- NRC. Nma: afspraak medicijnen goed, 24 augustus 2001.
- Nyfer. Geneesmiddelen, handel of zorg? Speciale studie, nr. 11. Breukelen: 1997.
- OECD. OECD Health Data 2000. A comparative analysis of 29 countries (CD-rom).
- Okkes IM, Lamberts H (red.). Onderhandelen in de spreekkamer: posttraditionele geneeskunde en tandheelkunde. Bussum: Coutinho, 2000.

- Oostenbrink JB, Koopmanschap MA, Rutten FFH. Handleiding kostenonderzoek. Methoden en richtlijnrijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Amstelveen: CVZ, 2000.
- Oudkerk R. *Colum in: Zelfzorg* 1999; april: 7.
- Paes AHP. Farmacotherapie onder allochtone patiënten. *Congresbundel 'De week van het geneesmiddel'*. NEFARMA, 1999.
- Parool het. *Zorg op maat blijft toekomstdroom*, 18 september 2001.
- Pels Rijcken & Droogleevers Fortuijn/Europa Instituut. De marges voor prijsconcurrentie in het geldende stelsel van farmaceutische zorg. Nationaal- en Europeesrechtelijke analyse van drie opties. Den Haag/Utrecht, 2001.
- Peters-Volleberg GWM, Hilbers-Modderman ESM, Berg Jeths A van den. *Diabeteshulpmiddelen: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*. RIVM rapport 605910 002. Bilthoven: RIVM, 2000.
- Peters-Volleberg GWM, Kinzel J, Tukker JJ. *Geneesmiddeltoedieningssystemen en -vormen: ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*. RIVM rapport 605910 005. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Picavet HJS, Gils HWV van, Schouten JSAG. *Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking. Prevalenties, consequenties en risicogroepen*. RIVM rapportnummer 266807 002. Bilthoven: RIVM i.s.m. CBS, 2000.
- Piepenbrink JF. *Monitor Hulpmiddelen*, mei 2000. Publicatienummer 00/27. Amstelveen: CVZ, 2000.
- Piepenbrink H. *Reactie op 'Apotheekhoudende huisartsen schrijven meer voor'*. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1292.
- Polder JJ, Meerding WJ, Koopmanschap MA, Bonneux L, Maas PJ van der. *Kosten van Ziekten in Nederland 1994*. Rotterdam: EUR/iMGZ/iMTA, 1997.
- Post D, Stokx LJ. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI. Zorgbehoefte en zorggebruik*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Pronk E. *Generiek is niet identiek*. *Medisch Contact* 2001; 56: 1228-1230.
- Public Citizen. *R&D myths: the case against the drug industry's R&D 'scare card'*. Washington DC: Public Citizen Congress Watch, 2001.
- Putman E. *Farmacotherapie bij astma en COPD: huidige situatie en toekomstverwachtingen*. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). *Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 318-330.
- PWC (PriceWaterhouse Coopers). *Bonussen en kortingen bij apotheekhoudenden*. Uitkomsten van het onderzoek naar de omvang van bonussen en kortingen ontvangen door apotheekhoudenden over het boekjaar 1997. Utrecht: PWC, 1999.
- PWC (PriceWaterhouse Coopers). *"Zorg belast"*. *Categorisering van administratieve lasten*. Utrecht: PWC, 2000a.
- PWC (PriceWaterhouse Coopers). *"Zorg belast"*. *Gefragmenteerde beleidsvorming in de zorg leidt tot administratieve lasten*. Utrecht: PWC, 2000b.
- Reekie WD. *Price and quality competition in drug markets: Evidence from the United States and the Netherlands*. In: Helms RB (ed.). *Drugs and health: Issues and policy objectives*. Washington DC: American Enterprise Institute, 1981: 123-139.
- Rendering JA, Nooten F van, Jong JGAM de. *Naar een uniforme interne markt*. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1798-1802.
- Reijneveld SA. *Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid en zorggebruik: de rol van etniciteit*. *TSG* 2001; 79: 182-183.
- Riteco JA, Heij LJM de, Luijn JCF van, Wolff I. *Rapport Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek*. Amstelveen: CVZ, 1999.
- Rizzo JA. *Advertising and competition in the ethical pharmaceutical industry: the case of antihypertensive drugs*. *Journal of Law and Economics* 1999; 42 (april).
- Roos C de. *KNMP evalueert verkoop HIV-zelftesten*. *Pharm Weekbl* 2002; 137: 88.
- Rootselaar F van. *Medicatieveiligheid: een topprioriteit*. *CVZ.nl*, juli 200: 20-21.
- Rozestraten D. *Zweeds luiiermonopolie; nuancering gewenst*. *Ingezonden brief in Pharm Weekbl* 2001, 136: 1483.
- Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, et al. *NHG-standaard Diabetes Mellitus Type 2 (eerste herziening)*. *Huisarts Wet* 1999; 42: 68-85.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- RVZ. *Medische Hulpmiddelen*. Zoetermeer: RVZ, 1997.
- Schaik BAM van. *Elf jaar discussiëren. De poli-apotheek in historisch perspectief*. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1042-1047.
- Schellekens H. *Onmogelijk octrooi. de Volkskrant*, 31 maart 2001.
- Scherer FM, Ross DR. *Industrial market structure and economic performance*. 3rd edn. Boston: Houghton-Mifflin, 1990.
- Scherer FM. *Industry, Structure, Strategy and Public Policy*. New York: Harper Collins, 1996.
- Scherer FM. *The Pharmaceutical Industry*. In: Culyer AJ, Newhouse JP (eds). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000.
- Schornagel JJ, Leeuwen FF van, Rutgers, EJTh. *Farmacotherapie bij borstkanker: huidige situatie en toekomstverwachtingen*. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). *Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 30-45.

- Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivation for non-scientific drug prescription. *Soc Sci Med* 1989; 28: 577-582.
- SCP. Sociaal Culturele Verkenningen 1999. Den Haag: SCP, 1999.
- SCP. Sociaal en Cultureel Rapport 1998: 25 jaar sociale verandering. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.
- Seidell JC. Lichaamsgewicht. In: Maas IAM et al. (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* 1997. I: De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997: 654-662.
- SFK. Data en feiten 1997. Den Haag: SFK, 1997.
- SFK. Data en feiten 1998. Den Haag: SFK, 1998.
- SFK. Data en feiten 2000. Den Haag: SFK, 2000.
- SFK. Data en feiten 2001. Den Haag: SFK, 2001a.
- SFK. Apotheekhoudende huisartsen schrijven meer voor. *Pharm Weekbl* 2001b; 136: 1121.
- SFMH. Formularium Medische Hulpmiddelen. Nijmegen: SFMH, 1999.
- Siebert M. Giving the industry a face. *Medical Device Technology* 2001; December: 36-37.
- Sjöström L, Rissanen A, Andersen T et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998; 352: 167-172.
- STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Ouder worden in de toekomst. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel, 1985.
- Stokx LJ, Gloerich ABM, Kersten TJMT. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Evaluatie van een programma van deskundigheidsbevordering voor huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- Tak PP, Firestein SF. Apoptosis in rheumatoid arthritis. In: Winkler JD (ed.). *Apoptosis and inflammation*. Basel/Switzerland: Birkhäuser Verlag, 1999: 149-157.
- Telegraaf de. 'Stucadore' in zwakke slagaders. Experimentele methode voorkomt operatie bij een aneurysma, 22 september 2001.
- Tent M. Europese gigant op het overnamepad. "GEHE wil de beste apotheek worden". *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1886-1888.
- Timmer H, Vrije S, Zwanepol E, Brand H. Interacties zonder bijwerkingen. Een inventarisatie van de interacties tussen de innoverende farmaceutische industrie en de voorschrijvende arts. Eindrapport van het Project Marketing Farmaceutische Industrie. Den Haag: VWS, 2001.
- Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). *Geneesmiddelen nu en in de toekomst*. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Toenders WGM. Breedte geneesmiddelenpakket. Publicatienummer 01/54. Amstelveen: CVZ, 2001.
- Toering DJ. Westerbork. Een prachtig dorp voor een apotheek. *Pharm Weekbl* 2001a; 136: 1889-1890.
- Toering DJ. Eerste transmurale formularium gereed. *Pharm Weekbl* 2001b; 136: 1264.
- Torre AGJ van der, Tulder FP van. Een model voor de strafrechtelijke keten. Den Haag: SCP, 2001.
- Traverso G, Shuber A, Levin B, et al. Detection of APC mutations in fecal DNA from patients with colorectal tumors. *N Engl J Med* 2002; 346: 311-320.
- Ufkes JGR. Insuline per inhalatie effectief bij diabetescontrole. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 290-291.
- UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-853.
- Unie KBO, PCOB en ANBO. Mobiliteit op rolletjes. Een consumentenpeiling over rollators. 's Hertogenbosch: Unie KBO, PCOB en ANBO, 2000.
- Veehof LJJ, Haaijer-Ruskamp FM, Meijboom-de Jong B. Polyfarmacie bij ouderen. Een probleem? *Huisarts Wet* 2001; 44: 446-449.
- Veen CB van der, Troost SJ. Pioglitazon voorlopig op de reservebank. *Pharm Sel* 2001; 17: 54-57.
- Vegt F de, Dekker JM, Jager A, Hienkens E, Kostense PJ, Stehouwer CDA, et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population. The Hoorn Study. *JAMA* 2001; 285: 2109-2113.
- Venema FJ. Initiatiefwet-Van Blerck maakt alle artsen apotheekhoudend. *Pharm Weekbl* 2001; 136: 1869.
- Verhoeve LJ. Incidenten met medische hulpmiddelen. Analyse van de incidentenregistratie voor medische hulpmiddelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Afstudeerscriptie. Den Haag: IGZ, 2001.
- Visser ECM. Signaleringsrapport Hulpmiddelen 2001. Publicatie 01/55. Amstelveen: CVZ, 2001.
- Vlaskamp F, Webers K, Halteren AR van, Peters-Volleberg GWM. Telemedicine en telecare in de thuiszorgsituatie: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen. RIVM rapportnummer 605910 008. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Volkskrant de. Eerlijke concurrentie en goedkope luiers, 20 november 2000.
- Volkskrant de. Farma-slokop OPG opent jacht op apotheken, 5 mei 2001.
- Volkskrant de. Slikken aspirine zou goed zijn tegen darmkanker, 7 juni 2001.
- Volkskrant de. Pacemaker voor de geest, 30 juni 2001.
- Volkskrant de. Ziekenhuis verandert in gezondheidsboulevard, 27 oktober 2001.
- Volkskrant de. Alle patenten zijn gelijk, maar sommige patenten..., 30 oktober 2001.
- Volkskrant de. College haalt proef zuinig medicijn-

- beleid onderuit, 28 december 2001.
- Volkskrant de. Onderzoekster: alle kankerpatiënten gebaat bij DNA-chip, 1 februari 2002.
- Vos R. Nieuwe geneesmiddelen en de voorschrijfgeneigdheid van de medische professie. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den. Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 553-562.
- VWS. Besluit van 30 maart 1995, houdende regels met betrekking tot het in de handel brengen en het toepassen van medische hulpmiddelen, alsmede tot wijziging van enige algemene maatregelen van bestuur (Besluit Medische Hulpmiddelen). Staatsblad 1995; 243.
- VWS. Jaaroverzicht Zorg 1999. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 204, nrs. 1-3. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1998.
- VWS. Wijziging Regeling Hulpmiddelen 1996. Staatscourant: 1999a; 87: 6.
- VWS. Zorgnota 2000. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1999b.
- VWS. Zorgnota 2001. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000a.
- VWS. Kostenbeheersing in de Zorgsector. Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, betreffende actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen, 26 januari 2000b. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124, nr. 100.
- VWS. Regeling Hoog risico diagnostica. Staatscourant 20 september 2000c; 189: 14.
- VWS. Minister Borst installeert stuurgroep DBC 2003. Persbericht nummer 94, donderdag 12 oktober 2000d.
- VWS. Kabinetsstandpunt op rapporten geneesmiddelenbeleid. Brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, 17 april 2000e. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124 en 24 036, nr. 101.
- VWS. Convenant doelmatiger hulpmiddelenvoorziening. Staatscourant 23 juni 2000f; 119; 8.
- VWS. Zorgnota 2002. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2001a.
- VWS. Interactie zonder ongewenste bijwerkingen. Een inventarisatie van de interactie tussen de innoverende farmaceutische industrie en de voorschrijvende arts. Eindrapport van het Project Marketing Farmaceutische Industrie. Den Haag: VWS, 2001b.
- VWS. Wijziging Regeling hulpmiddelen 1996. Staatscourant 29 november 2001c; 232: 9.
- VWS. Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg. Den Haag: VWS, 12 juni 2001d.
- VWS. Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 6 juli 2001e.
- VWS. Brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de vaste commissie van VWS, betreffende de positie van apothekhoudende huisartsen. VWS000098. Den Haag, 28 juni 2001f.
- Waarde JA van, Stek ML. Electroconvulsiotherapie effectief en veilig bij 55 patiënten van 56 jaar en ouder met stemmingsstoornissen en somatische comorbiditeit. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 1693-1697.
- Wassenaar C, Geertsma RE. Tissue Engineered Medical Products (TEMPs): historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen. RIVM rapport 605910 004. Bilthoven: RIVM, 2000.
- Welschen I, Coenen S, Kuyvenhoven MM, et al. Antibiotics for cough: Patients' expectations, GP's perception, GP's management and patients' satisfaction. Abstract. GRIN Autumn Meeting 5-6 October 2001, Helsinki, Finland.
- Wemos. Toegang tot geneesmiddelen stapje dichterbij. Medisch Contact 2001; 56: 1742.
- Werkgroep Deregulering en Instrumentering Hulpmiddelen. Programma van deregulering en instrumentering ter versterking van de regioel van zorgverzekeraars bij hulpmiddelenzorg. Den Haag: VWS en ZN, juli 2001.
- Westerhout EWMT, Folmer C, Douven RCMH. Een macromodel voor de gezondheidszorg. In: Lapré R, Rutten F, Schut FT (eindred.). Algemene Economie van de Gezondheidszorg, 2001: 247-272.
- Wet op de medische hulpmiddelen. Staatsblad 15 januari 1970: 53.
- Wijck F van. Groot, groter, monopolie. Medisch Nieuws 1999; 8/9: 10-15.
- Wijck F van. Europese medische markt duidelijk in kaart gebracht. Medisch Nieuws 2001a; 3: 10-15.
- Wijck, F van. Niet-steriele hydrocolloïden zorgen voor discussie in de markt. Medisch Nieuws 2001b; 6: 18-19.
- Wijk S van, Roszek B, Kallewaard M. Coronaire stents: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen. RIVM rapport 605910 007. Bilthoven: RIVM, 2001.
- Willems MAM, Bakker A. Behandeling van depressie met electroconvulsiotherapie (ECT). Patient Care april 2001: 61-64.
- Windmeijer F, Brouwer T, Douven R, Laat E de, Mot E. Pharmaceutical Promotion and GP's prescription Behavior. CPB Discussion paper. Den Haag: CPB, 2002 (in druk).
- Winter JM de, Zijdeveld CE. Het blijft behelpen 8. De markt van hulpmiddelen voor de mobiliteit. Amsterdam: Stichting Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam, 1998.
- Wit JC de. Monitor Hulpmiddelen, najaar 2000. Actualisatie van de monitoring hulpmiddelen van mei 2000. Publicatienummer 00/42. Amstelveen: CVZ, 2000.

- Wit JC de. Monitor Hulpmiddelen 2001. Publicatienummer 01/57. Amstelveen: CVZ, 2001a.
- Wit JC de. Deregulering hulpmiddelen: deregulering op maat. Publicatienummer 01/73. Amstelveen: CVZ, 2001b.
- Wolff I, Berg Jeths A van den. Toekomstige farmacotherapie bij borstkanker: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001a: 45-52.
- Wolff I, Berg Jeths A van den. Toekomstige farmacotherapie bij dikke darm- en endeldarmkanker: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001b: 87-96.
- Wolff I, Zandwijk N van. Toekomstige farmacotherapie bij longkanker: gevolgen voor gezondheid en zorg. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 70-78.
- Wolters I, Hoogen H van den, Bakker D de. Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem. Monitoringfase: de situatie in 2000. Utrecht: NIVEL, 2001.
- WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid). Ouderen voor ouderen. Demografische ontwikkelingen en beleid. Den Haag: Sdu uitgeverij, 1992.
- www.avis.com, d.d. 7 januari 2002.
- www.dbc2003.nl, d.d. 10 oktober 2001.
- www.eucomed.org, d.d. 17 januari 2002.
- www.isf.nl/html/home/html, d.d. 24 juli 2001.
- www.politheek.nl/symposium.html, d.d. 21 augustus 2001.
- www.familiesusa.org/media/pdf/offthecharts.pdf.
- www.gsk.com, d.d. 7 januari 2002.
- www.opggroep.nl/persbericht, d.d. 16 maart 2001a.
- www.opggroep.nl/content/Zoemerneming/business.html, d.d. 6 september 2001b.
- www.tandartsennet.nl, d.d. 3 december 2001.
- www.thuiszorgnederland.nl, d.d. 18 oktober 2001.
- www.zorgatlas.nl, d.d. 21 augustus 2001.
- Zandwijk N van. Farmacotherapie bij longkanker: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Berg Jeths A van den (eindred.). Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Achtergrondstudie bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 54-70.
- Zelnio RN. The interaction among criteria physicians use when prescribing. *Med Care* 1982; 20: 277-285.
- ZFR. GIPeilingen 97-98. Kengetallen farmaceutische hulp nr. 11. Amstelveen: ZFR, 1998.
- Zorgverzekeraars Nederland. Zorgverzekeraars en geneesmiddelen: een nieuwe aanpak. Eerste evaluatie. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2001.

Bijlage 1: Samenstelling Begeleidingscommissie

Mw.dr. F. van Apeldoorn

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. C.A.M van den Berg

Directie Gehandicapten Beleid
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw.dr. S.P. Dannenburg-Bijl

Directie MEVA
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. K. van Greuningen

Directie Gehandicapten Beleid
Ministerie van VWS, Den Haag

Dr. R.M.C. Herings

PHARMO-Instituut, Utrecht

Drs. J.M. Hermans

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw.dr. A.J. van 't Hof

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. J.F. Piepenbrink

College voor zorgverzekeringen, Amstelveen

Drs. P.A.R. Spoorendonk

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Ministerie van VWS, Den Haag

Bijlage 2: Lijst van auteurs

Mw. drs. A. van den Berg Jeths

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen,
RIVM, Bilthoven

Dr. ir. R.C.M.H. Douven

Afdeling Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag

Drs. C. Folmer

Afdeling Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag

Dr. S.E. Kooiker

Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Dr. E.A.A. de Laat

Afdeling Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag

Mw. drs. E.S. Mot

Afdeling Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag

Mw. drs. G.W.M. Peters-Volleberg

Laboratorium voor Geneesmiddelen en Medische Hulpmiddelen,
RIVM, Bilthoven.

Drs. J.F. Piepenbrink

Genees- en Hulpmiddelen Informatie Project,
College voor zorgverzekeringen, Amstelveen

L.J. Stokx, arts MPA

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen,
RIVM, Bilthoven

Drs. J. Takken

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen,
RIVM, Bilthoven

Dr. F. Windmeijer

Institute for Fiscal Studies, Londen

Mw. drs. I. Wolff

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen,
RIVM, Bilthoven (tot 1-7-2001)

Bijlage 3: Lijst van gehanteerde definities

Af-apotheekprijs	de som van materiaal- en afleverkosten per voorschrift, inclusief BTW (over alle kostencomponenten van geneesmiddelen wordt 6% BTW geheven).
Afleverkosten	vast bedrag per recept dat de apotheker ontvangt voor het afleveren van receptgeneesmiddelen maal het aantal recepten (zie ook Receptregelvergoeding), inclusief de Stimulansregeling (zie aldaar) en de BTW.
Bijlage 1A-middelen	geneesmiddelen die zijn opgenomen in het vergoedingspakket en waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld omdat ze clusterbaar (onderling vervangbaar) zijn met andere geneesmiddelen.
Bijlage 1B-middelen	geneesmiddelen die zijn opgenomen in het vergoedingspakket en waarvoor geen vergoedingslimiet is vastgesteld omdat ze niet clusterbaar zijn met andere geneesmiddelen.
Biotechnologisch geneesmiddel	geneesmiddel waarvan het werkzaam bestanddeel wordt gemaakt met behulp van biotechnologische processen, bijvoorbeeld door gisten of bacteriën.
Buiten-WTG-voorschriften	voorschriften van zelfzorgmiddelen die op recept worden geleverd (pijnstillers, verbandmiddelen e.d.) en worden vergoed bij chronisch gebruik.
Doelmatigheid	een zodanige inzet van middelen dat deze in redelijke verhouding staan tot de daarmee gegenereerde verbetering van de gezondheidstoestand.
Dossierbescherming	een in 1965 geïntroduceerde bepaling ter bescherming van de uitvinder van een innovatief product, meestal voor een periode van 6 of 10 jaar na het verlenen van een handelsvergunning; bedoeld om de marktexclusiviteit te verlengen na afloop van een octrooi.
Effectiviteit	doeltreffendheid: de mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt.
Eigen betalingen	alle betalingen van de verzekerde/zorggebruiker die niet door de verzekering worden gedekt.
Eigen bijdrage	vast bedrag of percentage van de kosten van de verzekerde verstrekking of aanspraak dat ten laste van de verzekerde blijft; eigen bijdragen zijn veelal gemaximeerd tot een bepaald bedrag per jaar.
Europese Economische Ruimte	landen van de Europese Unie plus Noorwegen, IJsland en Zwitserland.
Extramuralisatie	verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg door organisatorische veranderingen of door medisch-technologische ontwikkelingen.
Farmaceutische hulp	het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen, inclusief medicatievoorlichting en –bewaking.
Formularium	lijst van voorkeursgeneesmiddelen bij een bepaalde diagnose op basis van werkzaamheid, effectiviteit, bijwerkingen, toepasbaarheid, toedieningsgemak en (soms) kosten.
Generiek geneesmiddel	kopie van een innovatief geneesmiddel dat pas na verloop van zowel de octrooi- als dossierbeschermingsperiode een handelsvergunning kan krijgen zonder klinisch dossier; kan op de markt worden gebracht door zowel de oorspronkelijke producent als een concurrent.
Gentherapie	het toedienen van een gen dat codeert voor een therapeutisch eiwit aan een patiënt met als doel de ernst of symptomen van een bepaalde ziekte te doen verminderen of op te heffen.
Gereguleerde marktwerking	marktwerking binnen door de overheid gestelde voorwaarden.
GVS-bijbetaling	bedrag dat door de verzekerde moet worden bijbetaald in het kader van het GVS; bijbetaling is noodzakelijk indien de prijs van het betreffende middel hoger is dan een vastgestelde limietprijs.

Incidentie	het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief.
Innovatief geneesmiddel	een geneesmiddel met een nieuw werkzaam bestanddeel dat voor het eerst wordt geregistreerd.
Marktexclusiviteit	de mogelijkheid om als enige producent een geneesmiddel op de (Europese) markt te brengen als gevolg van een of meerdere octrooien die de uitvinding, de productie of de toepassing als geneesmiddel voorbehouden aan de houder van het octrooi/de octrooien; de periode van marktexclusiviteit wordt eventueel verlengd door een dossierbeschermingsperiode.
Marktwerking	beslissingen over produceren, afnemen en verdelen van goederen en diensten worden genomen door individuele producenten, consumenten en bezitters van productiemiddelen.
Materiaalkosten	de door zorgverzekeraars aan apothekhoudenden vergoede WTG- en buiten-WTG artikelen volgens officiële inkooprijds dan wel gedeclareerde inkooprijds.
Medisch hulpmiddel	een voorwerp of stof bedoeld voor diagnose en/of behandeling van aandoeningen en/of verlichting van handicaps.
Medische technologie	een verzamelnaam voor een groot aantal verschillende technologieën, zoals biotechnologie, nanotechnologie, telegeneeskunde, beeldvormende technieken, diagnostica, vervangingsgeneeskunde, xenotransplantatie, genterapie etc.
Octrooi	door de overheid verleend uitsluitend recht voor het maken en verkopen van een artikel of voor het exploiteren van een uitvinding (Eng.: patent).
Odds-ratio (OR)	een 'odds' is het aantal gebeurtenissen gedeeld door het aantal niet-gebeurtenissen. De odds-ratio is de verhouding van de 'odds' tussen twee groepen. In formule: $OR = (p_1/q_1) / (p_2/q_2)$, waarbij $q_1 = 1 - p_1$ en $q_2 = 1 - p_2$. Een voorbeeld: bij de vrouwen die geen voorkeur hebben voor homeopatische middelen gebruikt 5% geneesmiddel A (p_1) en bij de referentiegroep (neutrale opstelling ten aanzien van homeopatische middelen) gebruikt 3% middel A (p_2). De $OR = (0,05/0,95) / (0,03/0,97) = 1,7$.
Parallel-import	geneesmiddel dat identiek is aan een in Nederland geregistreerd geneesmiddel, maar vanwege prijsverschillen wordt ingevoerd uit een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte.
Prevalentie	het aantal gevallen van een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode (periode-prevalentie), absoluut of relatief.
Promotie	bevordering van de verkoop.
Promotie-elasticiteit	de mate waarin de vraag naar een product reageert op een verandering in het bedrag voor promotie.
Prijselasticiteit	de relatieve verandering in het volume als gevolg van veranderingen in de prijs.
Receptregelvergoeding	de vergoeding die openbare apotheken krijgen voor het afleveren van een receptgeneesmiddel (6 euro in 2002).
Regeling Farmaceutische Hulp	omschrijving van de aanspraken die ziekenfondsverzekerden hebben op farmaceutische hulp; de meeste particuliere polissen volgen deze regeling.
Regeling hulpmiddelen 1996	omschrijving van de aanspraken die ziekenfondsverzekerden hebben op hulpmiddelen; de meeste particuliere polissen volgen deze regeling.
Specialité	zie: innovatief geneesmiddel.
Stimulansregeling	een extra vergoeding aan apothekhoudenden voor afgeleverde WTG-artikelen, waarvan de inkooprijds onder een vastgestelde referentierijds ligt; is bedoeld om binnen groepen van identieke geneesmiddelen prijsbewust afleveren te bevorderen.

Telecare	het ondersteunen van het zorgproces door middel van telecommunicatie en informatietechnologie, met name in de zorg voor chronisch zieken en ouderen.
Telemedicine	alle vormen van gezondheidszorg 'op afstand'.
Tissue Engineered Medical Products	medische producten die bestaan uit een combinatie van humane cellen/weefsel en dragermateriaal bedoeld voor het repareren, regenereren of vervangen van weefsel en/of organen.
Tweede farmaceutische octrooi	in 2000 ingevoerde verruiming van het octrooirecht waardoor voor toepassing van een bekende werkzame stof voor nieuwe medische indicaties (tweede en volgende) opnieuw octrooi kan worden aangevraagd (syn.: gebruiksoctrooi).
WTG-voorschriften	voorschriften van geneesmiddelen/artikelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn.
Zelfzorgmiddelen	producten (genees- en hulpmiddelen) die niet vergoed worden in het kader van de Regeling Farmaceutische Hulp of de Regeling hulpmiddelen 1996.
Ziektejaarequivalenten	het aantal levensjaren met ziekte, gewogen voor de ernst van de ziekte.

Bijlage 4: Lijst van afkortingen

ANBO	Algemene Nederlandse Bond van Ouderen	KBOH	Stichting voor Kwaliteits- en Bruikbaarheidsonderzoek van Hulpmiddelen
ATC	Anatomisch Therapeutisch Chemisch (coderingssysteem geneesmiddelen)	KITZ	Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie
(a)CBG	(Agentschap) College ter Beoordeling van Geneesmiddelen	LAREB	Landelijke Registratie en Evaluatie van Bijwerkingen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (voorheen: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing)	LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
BBP	Bruto Binnenlands Product	NEFEMED	Nederlandse Federatie van Producten, Importeurs en Handelaren van Medische Producten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
CE	Conformité Européene	NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp (van het CVZ)	NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
CMR	Continue Morbiditeits Registratie	NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	NVAB	Nederlandse Vereniging van Audiëciens Bedrijven
CPB	Centraal Planbureau	NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
CVZ	College voor zorgverzekeringen	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
DBC	Diagnose Behandel Combinatie	OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
DDD	Defined Daily Dose (standaarddagdosering)	OR	Odds Ratio
EMEA	European Medicines Evaluation Agency	PCOB	Protestants-Christelijke Ouderen Bond
EUCOMED	Europese organisatie voor de (niet-farmaceutische) medisch-technische industrie	PGB	Productgebonden budget (ook: Persoonsgebonden budget)
EVS	Elektronisch Voorschrift Systeem	REA	Wet op de Reïntegratie Arbeidsgehandicapten
EZ	Ministerie van Economische Zaken	RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
FDA	Food and Drug Administration (Verenigde Staten)	RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
FT(T)O	Farmaco Therapeutisch (Transmuuraal) Overleg	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
GAIN	Gezamenlijke Audiologische Industrieën Nederland	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheids Dienst	SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
GIP(h)	Geneesmiddelen Informatie Project (hulpmiddelen)	SEMH	Stichting Erkenningsregeling voor Leveranciers van Medische Hulpmiddelen
GQ	Guaranteed Quality (keurmerk van KBOH)	SEO	Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem	SES	Sociaal-economische Status
HIC	Hulpmiddelen Informatie Centrum	SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
ICT	Informatie- en CommunicatieTechnologie	SFMH	Stichting Formularium Medische Hulpmiddelen Nijmegen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg		
iRv	Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap		

STIGON	Stimuleringsprogramma voor Innovatief Geneesmiddelenonderzoek en Ondernemerschap	WGP WOG	Wet geneesmiddelenprijzen Wet op de geneesmiddelenvoorziening
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek	WTG WTZ	Wet tarieven gezondheidszorg Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen
Unie KBO	Unie Katholieke Bonden van Ouderen	WVG ZFR	Wet voorzieningen gehandicapten Ziekenfondsraad (tegenwoordig: CVZ)
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenning (van het RIVM)	ZFW	Ziekenfondswet
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 5: Het econometrische model 'De invloed van promotie door de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag'

Het gebruikte model is vergelijkbaar met dat van Rizzo (1999) en kan als volgt worden gespecificeerd:

$$\begin{aligned} \ln q_{it} = & \rho_1 \ln q_{i,t-1} + \rho_2 \ln q_{i,t-2} + \gamma_i + \\ & + (\alpha_1 + \alpha_2 \ln pes_{it}) \ln p_{it} + (\alpha_3 + \alpha_4 \ln pes_{it}) \ln pc_{it} + \\ & + \alpha_5 \ln pef_{it} + \alpha_6 \ln pes_{it} + \alpha_7 \ln pefc_{it} + \alpha_8 \ln pesc_{it} + \\ & + \beta x_{it} + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

met:

q_{it}	is de verkoop van geneesmiddel i in periode t in DDD's;
γ	zijn de geneesmiddel-specifieke constanten die onder andere corrigeren voor niet waarneembare kwaliteitsverschillen tussen geneesmiddelen die constant in de tijd zijn;
p_{it}	is de prijs van het geneesmiddel i in periode t ;
pc_{it}	is de gemiddelde prijs van concurrerende producten, waar markten i.h.a. bepaald worden door ATC3-groepen;
pef_{it}	is de promotie-uitgavenstroom voor geneesmiddel i in periode t (de promotie-uitgaven in die periode);
pes_{it}	is de promotie-uitgavenvoorraad (dit weerspiegelt het overgebleven effect van promotie-uitgaven in het verleden);
$pefc_{it}$	en $pesc_{it}$ zijn promotie-uitgavenstroom en -voorraad voor concurrerende producten, waar alweer de markten bepaald worden door ATC3-groepen;
x_{it}	geeft verscheidene variabelen weer, waaronder productleeftijd, jaar en maand dummy's, en dummy's voor beleidsveranderingen;
ε_{it}	is de storingsterm.

Omdat het model in termen van logaritmes is omschreven, kunnen de coëfficiënten geïnterpreteerd worden als elasticiteiten. Dus bij $\alpha_2 = 0$, is α_1 de eigen prijs elasticiteit van een specifiek geneesmiddel. Bijvoorbeeld, als schattingsresultaten een waarde geven van -0,5 voor α_1 zou dit betekenen dat een toename van 10% in de prijs van een specifiek geneesmiddel zou resulteren in een daling van de verkoop met 5%.

De interactie tussen de eigen prijs en de concurrerende prijs van een geneesmiddel aan de ene kant en promotie-uitgaven aan de andere kant maakt het mogelijk het effect van promotie-uitgaven op de prijselasticiteit van vraag te testen. Als $\alpha_2 > 0$ en/of $\alpha_4 < 0$ dan heeft promotie een nadelige invloed op de eigen en/of kruis prijs elasticiteit van een geneesmiddel.

Schattingresultaten voor middelen zonder generiek alternatief

Variabele	Model zonder interactie	Model met interactie
Verkopen, één maand terug	0,6797 *	0,6759 *
Verkopen, twee maanden terug	0,1404 *	0,1390 *
Eigen prijs	0,0109	-0,1816 *
Eigen prijs, interactie met promotie		0,0161 *
Prijs concurrent	0,0002	0,1048
Prijs concurrent, interactie met promotie		-0,0102
Eigen promotie, uitgaven stroom	0,0151 *	0,0137 *
Eigen promotie, uitgaven voorraad	0,0386 *	0,0403 *
Concur. promotie, uitgaven stroom	0,0128 *	0,0122 *
Concur. promotie, uitgaven voorraad	-0,0337 *	-0,0298 *
Leeftijd van het middel (kwadraat gedeeld door 100)	-0,0194 *	-0,0226 *
Aantal waarnemingen: 7040		
Aantal producten: 140		
R ²	0.8701	0.8705
*95% betrouwbaarheidsniveau		

Steady-state elasticiteiten

Variabele	Geen interactie	Met interactie
Eigen prijs	0.0611	
op 1ste kwartiel eigen promotieniveau		-0.0328
op 2de kwartiel eigen promotieniveau		0.1243
op 3de kwartiel eigen promotieniveau		0.2167
Prijs concurrent	0.0013	
op 1ste kwartiel eigen promotieniveau		-0.0334
op 2de kwartiel eigen promotieniveau		-0.1328
op 3de kwartiel eigen promotieniveau		-0.1912
Eigen promotieniveau	0.2991 *	0.3197 *
Promotieniveau concurrent	-0,1161 *	-0,0955 *
*95% betrouwbaarheidsniveau		

Bijlage 6: CVZ-raming kostenontwikkeling farmaceutische hulp 2001-2006

J.F. Piepenbrink, J. Takken

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in april 2001 op verzoek van het Ministerie van VWS een raming opgesteld voor de kostenontwikkeling van farmaceutische hulp voor de periode 2001-2006. De invoergegevens voor dit model betreffen vergoedingen van materiaal- en afleverkosten door ziekenfondsen, zoals geregistreerd in het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) van het CVZ, aangevuld met gegevens uit de registratie door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) van de door openbare apotheken afgeleverde geneesmiddelen aan particulier verzekerden. Het GIP heeft betrekking op circa 5,5 miljoen van de circa 10 miljoen ziekenfondsverzekerden. De SFK-registratie omvat circa 65% van alle openbare apotheken en daarmee circa 3 miljoen van circa 5,5 miljoen particulier verzekerden. Op basis van deze grote steekproeven is het gebruik door de rest van de bevolking bijgeschat. Het CVZ-model is te beschouwen als een trendextrapolatiemodel, waarin tevens rekening kan worden gehouden met toekomstige trendafwijkingen die nu al bekend zijn. Alle bedragen in deze bijlage zijn vermeld in guldens.

Uitgangspunten

Allereerst is er een keuze gemaakt voor de periode uit het verleden die als basis dient voor de trendextrapolatie naar de toekomst. In het jaar 2000 heeft er een trendbreuk plaats gevonden ten opzichte van de periode 1994-1999, zowel in het volume als in de prijzen. De belangrijkste oorzaak hiervan is dat in 1999 de zogenoemde sluiting van bijlage 1B werd opgeheven, waardoor nieuwe geneesmiddelen alsook een groot aantal 'wachtkamergeneesmiddelen' in het verzekerde pakket werden opgenomen. Het effect hiervan is in 2000 duidelijk zichtbaar. Daarom is voor het opstellen van de trendextrapolatie voor aantallen recepten en materiaalprijzen alleen de stijging in het jaar 2000 ten opzichte van 1999 als basis genomen. De verwachting is namelijk dat deze nieuwe, veelal duurere geneesmiddelen ook in de komende jaren een belangrijke invloed blijven uitoefenen op de volume- en prijsontwikkeling.

Daarnaast is nog gecorrigeerd voor beleidsmaatregelen waarvan wordt verwacht dat ze in het ene basisjaar (bijv. 1999) een aanzienlijk groter effect hebben dan in het andere basisjaar (bijv. 2000). Dit om de trend zo zuiver mogelijk te kunnen vaststellen. In de CVZ-raming zijn de geneesmiddelenuitgaven van 1999 en 2000 gecorrigeerd voor vier beleidsmaatregelen:

- haemostatica (incl. BTW): over 1999 is 89,6 miljoen gulden in mindering gebracht vanwege het overhevelen van deze middelen uit de extramurale farmaceutische hulp naar de budgetten van de ziekenhuizen.
- opbrengsten claw back en aftopping (incl. BTW): over 1999 is er 189,8 miljoen gulden in meerdering gebracht en over 2000 331,3 miljoen gulden;

- 1 september maatregel (vergoeding zelfzorgmiddelen bij chronisch gebruik; incl. BTW): in 1999 is er 53,3 miljoen gulden in mindering gebracht;
- instroom (ziekenfonds)/uitstroom (particulier) kleine zelfstandigen. Hiervoor, is in verband met het feit dat de ramingen van CVZ voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden afzonderlijk worden opgebouwd, over 2000 46,9 miljoen gulden bij particulier opgeteld en bij ziekenfonds in mindering gebracht.

Gecorrigeerd voor deze beleidsmaatregelen in 1999 en 2000 komen de totale kosten van farmaceutische hulp volgens het DKF-model in 1999 uit op 7.136,7 miljoen gulden en in 2000 op 7971,9 miljoen gulden, een stijging van 11,7% ten opzichte van 1999. Aan de hand van deze gecorrigeerde cijfers zijn trends in diverse prijs- en volumecomponenten berekend om de totale kostenstijging nader te kunnen specificeren en vervolgens door te kunnen trekken naar de toekomst. Dit wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

Uitkomsten raming

In onderstaande tabel worden de uitkomsten van de CVZ-raming voor de jaarlijkse kostenontwikkeling in de periode 2000-2006 weergegeven bij voortzetting van het huidige beleid (basisjaar 2000). In deze ramingsvariant nemen de totale kosten toe van 7.641 miljoen gulden in 2000 (schatting feitelijke uitgaven) tot 15.098 miljoen gulden in 2006. Vanaf 2002 komt dat overeen met een toename van 11,7-12,1% per jaar. Dat is nagenoeg een verdubbeling in 6 jaar. Deze kostenontwikkeling is in de tabel opgesplitst in materiaalkosten, afleververgoeding en BTW.

De kosten van farmaceutische hulp in 2000 en raming kostenontwikkeling farmaceutische hulp 2001-2006 bij voortzetting huidig beleid. Kosten in miljoenen gulden en mutaties in procenten ten opzichte van het voorgaande jaar (Bron: CVZ-DKF-model).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Materiaalkosten	5.781,9	6.520,6	7.347,7	8.295,9	9.366,5	10.575,3	11.940,1
<i>Jaarlijkse mutatie</i>		8,7	12,8	12,7	12,9	12,9	12,9
Afleververgoeding	1.426,3	1.568,1	1.690,7	1.826,2	1.972,9	2.131,7	2.303,5
<i>Jaarlijkse mutatie</i>		4,2	9,9	7,8	8,0	8,0	8,1
BTW (tarief 6%)	432,5	485,3	542,3	607,3	680,4	762,4	854,6
Totale kosten	7.641	8.574	9.581	10.729	12.020	13.469	15.098
<i>Jaarlijkse mutatie</i>		7,8	12,2	11,7	12,0	12,1	12,1

Binnen de trends in zowel de materiaalkosten, de afleververgoeding als de BTW zijn volume- en prijscomponenten te onderscheiden. De volumecomponenten worden bepaald door de ontwikkeling in het aantal voorschriften, afzonderlijk naar WTG- en buiten-WTG-voorschriften. Het aantal WTG-voorschriften nam in de basisperiode toe van 108 miljoen in 1999 tot 113 miljoen in 2000 (4,38%). Het aantal buiten-WTG-voorschriften steeg van 16,9 miljoen in 1999 tot 17,6 miljoen in 2000 (4,84%). Deze stijgingspercentages zijn voor de raming verder verdeeld in de volgende volumecomponenten:

- Jaarlijkse toename met 0,52% door de toename in het aantal particulier- en zieken-

fondsverzekerden. De verdeling van de bevolkingsgroei over ziekenfonds en particuliere verzekering is vanaf 2003 voor beide sectoren gelijk (+0,52%). Voor 2001 en 2002 is rekening gehouden met de effecten van de bevrozing van de loongrens voor de ziekenfondswet, waardoor het aantal particulier verzekerden sterker zal stijgen dan het aantal ziekenfondsverzekerden).

- Jaarlijkse toename met 0,79% door vergrijzing. Dit percentage is berekend op basis van een historische analyse over de periode 1996-1999, gebruik makend van 7 leeftijdsklassen.
- Resterende jaarlijkse volumegroei zoals die zich in het basisjaar 2000 heeft voorgedaan van 3,07% voor WTG-voorschriften en 3,53% voor buiten-WTG-voorschriften. Deze overige jaarlijkse volumegroei is tot en met 2006 constant gehouden. M.a.w. er is geen verandering in de volumestijging aangebracht. Deze volumestijging geeft de gecombineerde invloed van veranderd voorschrijf- en slikgedrag weer, inclusief nieuwe geneesmiddelen. Dit percentage is niet nader uiteen te rafelen. Er is geen rekening gehouden met ontwikkelingen naar groepen geneesmiddelen (bijvoorbeeld ATC-hoofdgroepen).

De prijscomponenten worden bepaald door de ontwikkeling in materiaalkosten, afleververgoeding en stimulanis per voorschrift.

- De gemiddelde materiaalkosten per WTG-voorschrift. In 2000 bedroegen deze 50,40 gulden; de prijsstijging ten opzichte van 1999 was 8,1%. Deze prijsstijging reflecteert o.a. de introductie van dure nieuwe middelen. Per buiten-WTG-voorschrift bedroegen de gemiddelde materiaalkosten 23,83 gulden met een prijsstijging van 8,25% t.o.v. 1999. In elk van de jaren 2001-2006 zijn deze procentuele prijsstijgingen aangehouden.
- De WTG-receptregelvergoeding. Deze bedroeg in 2000 voor apothekers en voor de particuliere patiënten van apotheekhoudende huisartsen 11,85 gulden, een prijsstijging van 5,8% ten opzichte van 1999. Voor deze prijscomponent is echter afgeweken van de trend 1999-2000. Ten eerste is bekend dat de WTG-receptregelvergoeding in 2001 met 5,06% groeit. De trend is voor dat jaar dus vervangen door 5,06%. Ten tweede kan voor deze component een betrouwbare langere termijn worden gekozen voor trendanalyse, waaruit blijkt dat de toename 3,7% per jaar bedraagt. Voor de jaren 2002-2006 is voor de WTG-receptregelvergoeding dan ook jaarlijks een stijgingspercentage van 3,7% verondersteld.
- Abonnementshonorarium voor apotheekhoudende huisartsen. Deze bedroeg per verzekerde zowel in 1999 als in 2000 52,69 gulden. Voor deze prijscomponent is echter ook afgeweken van de trend 1999-2000. Ten eerste is bekend dat het abonnementshonorarium (omgerekend per recept) zal stijgen met 24,33%. De trend is voor dat jaar dus vervangen door 24,33%. Ten tweede kan voor deze component een betrouwbare langere termijn worden gekozen voor trendanalyse waaruit blijkt dat de jaarlijkse toename 2,1% is. Voor de jaren 2002-2006 is voor het abonnementshonorarium dan ook jaarlijks een stijgingspercentage van 2,1% verondersteld.
- De gemiddelde marge voor apothekers en apotheekhoudende huisartsen voor buiten-WTG-recepten is in 2000 gedaald met 14,33% (van 6,50 gulden naar 5,57 gulden).

- den). Ook hierbij is op basis van trendanalyse op langere termijn afgeweken van deze trend. Voor de jaren 2001-2006 wordt in het model een jaarlijkse stijging van 4,13% verondersteld.
- De stimulans per WTG-voorschrift: deze bedroeg in 2000 0,33 gulden, een daling van 26,53% ten opzichte van 1999 (0,44 gulden). Ook hierbij is op basis van trendanalyse op langere termijn afgeweken van deze trend. Voor de jaren 2001-2006 is de stimulans constant gehouden op het niveau van 2000.
 - het BTW-percentage: deze is constant verondersteld voor de jaren 2001-2006 op de huidige 6% over materiaal- en afleverkosten.

Het DKF-model raamt ook de omvang van de GVS-bijbetalingen. Deze loopt op van 29,9 miljoen gulden in 2000 tot 32,3 miljoen gulden in 2006.

Als alle volume- en prijsinvloeden worden opgeteld, kan worden gesteld dat circa 40% van de totale kostenstijging bij voortzetting van het huidige beleid kan worden toegeschreven aan volume-ontwikkelingen en circa 60% aan prijsontwikkelingen (CVZ, 2001). Bij de vorige raming die in het voorjaar van 2000 werd opgesteld, kwam de kostenstijging voor ca. 60% voor rekening van volumegroei en ca. 40% was het gevolg van prijsstijging. Dit lijkt erop te duiden dat prijzen van geneesmiddelen en de introductie van nieuwe dure geneesmiddelen de laatste jaren een steeds belangrijker invloed uitoefent op de totale kostenstijging. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het effect van de opname in het verzekerde pakket van een groot aantal nieuwe geneesmiddelen alsook de opname van nieuwe geneesmiddelen die een aantal jaren in de ‘wachtkamer’ hebben gezeten, de trend beïnvloedt. Enerzijds wijst dit erop dat de trend in de komende jaren lager is dan de trend berekend met het model, omdat door het opheffen van de ‘wachtkamer’ in de basisperiode uitzonderlijk veel nieuwe geneesmiddelen zijn toegelaten. Anderzijds wijst dit erop dat de trend in de komende jaren hoger is, omdat het gebruik van nieuwe geneesmiddelen vaak pas een aantal jaren na introductie een hoogtepunt bereikt. Een ander aspect wat duidt op een hogere trend in de komende jaren is het feit dat door het afschaffen van de ‘wachtkamer’ de kosten van geneesmiddelen niet meer kunnen worden geremd door nieuwe geneesmiddelen in de ‘wachtkamer’ te plaatsen.

Naast extra inzicht, biedt het DKF-model ook de mogelijkheid vrij eenvoudig het effect van een afwijking van de trend van één of meer van bovenstaande parameters door te rekenen in het model. Zoals aangegeven is de trend aangepast voor feitelijke nieuwe afspraken over de receptregelvergoeding en het abonnementshonorarium die vanaf 2001 gelden. Verder is door het CVZ in een alternatieve raming ook berekend wat het effect is op de kosten indien de prijsontwikkeling van de geneesmiddelen op bijlage 1B wordt onderscheiden van de andere geneesmiddelen (verder wordt aangesloten bij de gewone raming). De prijsontwikkeling (hier: materiaalkosten per voorschrift) in de periode 1999-2000 was voor 1B-geneesmiddelen +25,01% en voor 1A-geneesmiddelen +3,33%. In de alternatieve raming is bovendien verondersteld dat de prijsontwikkeling voor 1B-geneesmiddelen oploopt tot 30% in 2006. Het vervangen van de oorspronkelijke prijstrends voor materiaalkosten door deze trends leidt ertoe dat de totale kosten van farmaceutische hulp in de periode 2001-2006 stijgen met percentages oplopend van

11,4% in 2001 tot 16,9% in 2006 (gemiddelde jaarlijkse stijging 12,9%). Hoewel de onderliggende gegevens door een aanname hier beperkt gewijzigd zijn, blijkt dat een iets meer gedetailleerde opbouw van de raming aanzienlijke invloed heeft op de uitkomsten. De hier toegepaste detaillering leidt tot een hogere totale kostengroei. Het CVZ concludeert dan ook dat de uitgebrachte raming als een minimumraming moet worden beschouwd. Het is interessant in de toekomst te onderzoeken in welke mate verdere en/of andere detailleringen de uitkomsten van het model beïnvloeden. Op verzoek van VWS zal het CVZ een raming op basis van groepen geneesmiddelen opstellen. Deze raming wordt in de loop van 2002 verwacht.

Bijlage 7: Kostenontwikkeling van hulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1997-2006.

Kostenontwikkeling van hulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1997-2000 in miljoenen gulden en mutaties in procenten t.o.v. het voorgaande jaar (Bron: CVZ).

Categorie	1997	1998	1999	2000
Verzorgingsmiddelen	266,1	302,8	292,4	341,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>15,2</i>	<i>13,8</i>	<i>-3,5</i>	<i>16,7</i>
Gebitsprothesen	139,9	169,8	163,8	162,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>		<i>21,4</i>	<i>-3,5</i>	<i>-0,9</i>
Orthesen/schoenvoorzieningen	139,0	152,4	153,0	162,8
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>11,5</i>	<i>9,6</i>	<i>0,4</i>	<i>6,4</i>
Auditieve hulpmiddelen	116,8	132,4	121,1	103,6
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>-3,3</i>	<i>13,3</i>	<i>-8,5</i>	<i>-14,4</i>
Visuele hulpmiddelen	17,8	17,1	18,0	20,0
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>-4,5</i>	<i>-3,9</i>	<i>5,7</i>	<i>10,9</i>
Diabetes hulpmiddelen	74,0	87,9	90,9	108,1
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>19,2</i>	<i>18,8</i>	<i>3,4</i>	<i>18,9</i>
Inrichtingselementen	67,4	83,2	84,8	82,9
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>14,3</i>	<i>23,5</i>	<i>1,9</i>	<i>-2,2</i>
Elastische kousen	39,4	43,3	47,9	47
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>6,8</i>	<i>9,8</i>	<i>10,5</i>	<i>-1,9</i>
Ademhalingsproblemen	50,3	48,9	43,5	50,7
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>3,7</i>	<i>-2,8</i>	<i>-10,9</i>	<i>16,5</i>
Prothesen	27,4	27,9	29,1	29,5
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>9,4</i>	<i>1,9</i>	<i>4,5</i>	<i>1,2</i>
Communicatie/signalering	20,0	25,1	25,8	26,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>15,9</i>	<i>25,7</i>	<i>2,9</i>	<i>1,6</i>
Mobiliteit	21,3	24,7	24,2	25,7
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>1,4</i>	<i>15,5</i>	<i>-1,7</i>	<i>5,8</i>
Reparatie en onderhoud	19,6	22	25,2	28,1
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>38,0</i>	<i>12,2</i>	<i>14,3</i>	<i>11,6</i>
Toediening van voeding	6,7	8,2	12,3	15,8
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>83,7</i>	<i>22,0</i>	<i>51,3</i>	<i>28,5</i>
Hulpmiddelen i.v.m. behandeling	33,6	43,5	43,7	50,6
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>5,6</i>	<i>29,4</i>	<i>0,5</i>	<i>15,7</i>
Overig	8,9	9,1	10,3	10,5
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>8,1</i>	<i>2,0</i>	<i>13,6</i>	<i>1,3</i>
Totaal kosten hulpmiddelen	1.048,2	1.198,2	1.186,2	1.265,1
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>27,4</i>	<i>14,3</i>	<i>-1,0</i>	<i>6,7</i>

Kostenontwikkeling van hulpmiddelen voor ziekenfondsverzekerden bij voortzetting huidige beleid in de periode 2001-2006 in miljoenen gulden en mutaties in procenten t.o.v. het voorgaande jaar (Bron: CVZ).

Categorie	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Verzorgingsmiddelen	395,9	447,3	505,5	571,2	645,5	729,4
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>16,0</i>	<i>13,0</i>	<i>13,0</i>	<i>13,0</i>	<i>13,0</i>	<i>13,0</i>
Gebitsprothesen	160,7	159,1	157,5	155,9	154,4	152,8
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>-1,0</i>	<i>-1,0</i>	<i>-1,0</i>	<i>-1,0</i>	<i>-1,0</i>	<i>-1,0</i>
Orthesen/schoenvoorzieningen	171,0	179,5	188,5	197,9	207,8	218,2
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>
Auditieve hulpmiddelen	103,6	108,8	114,3	120,0	126,0	132,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>0,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>
Visuele hulpmiddelen	22,0	23,8	25,7	27,7	29,9	32,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>10,0</i>	<i>8,0</i>	<i>8,0</i>	<i>8,0</i>	<i>8,0</i>	<i>8,0</i>
Diabetes hulpmiddelen	124,3	141,7	161,6	184,2	210,0	239,4
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>15,0</i>	<i>14,0</i>	<i>14,0</i>	<i>14,0</i>	<i>14,0</i>	<i>14,0</i>
Inrichtingselementen	82,9	84,6	86,3	88,0	89,7	91,5
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>0,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>
Elastische kousen	47,9	49,8	51,8	53,9	56,1	58,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>2,0</i>	<i>4,0</i>	<i>4,0</i>	<i>4,0</i>	<i>4,0</i>	<i>4,0</i>
Ademhalingsproblemen	58,3	65,3	73,1	81,9	91,7	102,8
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>15,0</i>	<i>12,0</i>	<i>12,0</i>	<i>12,0</i>	<i>12,0</i>	<i>12,0</i>
Prothesen	29,8	30,4	31,0	31,6	32,2	32,9
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>1,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>
Communicatie/signalering	26,8	27,3	27,9	28,4	29,0	29,6
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>
Mobiliteit	27,2	28,5	30,0	31,5	33,0	34,7
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>6,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>	<i>5,0</i>
Reparatie en onderhoud	31,5	34,6	38,1	41,9	46,1	50,7
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>12,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>
Toediening van voeding	19,8	23,8	28,5	34,2	41,1	49,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>25,0</i>	<i>20,0</i>	<i>20,0</i>	<i>20,0</i>	<i>20,0</i>	<i>20,0</i>
Hulpmiddelen ivm behandeling	58,6	64,5	71,0	78,1	85,9	94,4
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>16,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>
Overig	10,7	10,9	11,1	11,3	11,6	11,8
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>	<i>2,0</i>
Totaal kosten hulpmiddelen	1.371,0	1.480,0	1.601,7	1.737,7	1.889,9	2.060,3
<i>Jaarlijkse mutatie</i>	<i>8,4</i>	<i>8,0</i>	<i>8,2</i>	<i>8,5</i>	<i>8,8</i>	<i>9,0</i>

Bijlage 8: Aantal voorschriften en materiaalkosten geneesmiddelen bij diabetes mellitus, 1994-2000

Aantal voorschriften \times 1.000 voor insulines en orale antidiabetica^a in de periode 1994-2000 (Bron: SFK; gegevens bewerkt door RIVM).

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Insulines							
Insuline, snelwerkend/humaan	137,9	152,8	166,1	164,5	170,9	181,3	175,5
Insuline, snelwerkend/lispro	-	-	6,5	30,5	49,4	62,4	68,4
Insuline aspart	-	-	-	-	-	1,1	26,5
Insuline, middelsnelwerk./ humaan	154,3	166,2	181,1	194,3	213,8	240,2	258,6
Insuline, middelsn.- en snelw./ humaan	350,5	358,9	369,5	379,9	396,1	419,0	422,6
Insuline lispro	-	-	-	-	-	1,8	11,8
Insuline, langwerkend/humaan	1,7	1,4	1,3	1,0	0,9	0,6	0,6
Totaal	644,4	679,3	724,5	770,2	831,1	905,3	963,6
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	5,4	6,7	6,3	7,9	8,9	6,3
Orale antidiabetica^b							
Metformine	253,0	301,3	361,4	417,3	500,4	629,9	755,8
Glibenclamide	360,2	366,6	361,0	347,0	342,0	331,6	294,9
Tolbutamide	365,7	386,2	394,7	397,0	405,5	422,2	436,3
Glipizide	11,0	9,6	9,8	8,6	8,0	7,5	5,8
Gliclazide	151,7	193,6	226,4	240,7	269,2	298,4	317,7
Glimepiride	-	-	22,0	97,5	165,8	232,6	309,5
Acarbose	30,5	37,8	43,3	46,8	44,5	43,2	41,0
Rosiglitazon	-	-	-	-	-	-	0,1
Repaglinide	-	-	-	-	-	0,1	1,5
Totaal	1.172,1	1.295,1	1.418,6	1.554,9	1.735,4	1.965,5	2.162,6
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	10,5	9,5	9,6	11,6	13,3	10,0
Insulines + orale antidiabetica							
Totaal	1.816,5	1.974,4	2.143,1	2.325,1	2.566,5	2.870,7	3.126,2
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	8,7	8,5	8,5	10,4	11,9	8,9

a) Exclusief voorschriften door apothekhoudende huisartsen.

b) Tolazamide buiten beschouwing gelaten omdat het sedert 1998 niet meer wordt voorgeschreven.

Materiaalkosten van insulines en orale antidiabetica^{a,b} in de periode 1994-2000 (exclusief BTW); in gulden x 1.000, afgerond op 100-tallen (Bron: SFK; gegevens bewerkt door RIVM).

	1994	1995	1996	1997	1998	1999 ^c	2000 ^d
Insulines							
Insuline, snelw./humaan	21.607,4	23.117,1	26.340,0	24.666,6	27.405,4	30.806,7	30.190,7
Insuline, snelw./lispro	-	-	633,2	3.730,7	6.745,6	9.455,5	11.473,5
Insuline, middelsnelw./humaan	20.838,	22.081,2	23.170,6	23.205,6	27.162,7	31.731,7	34.106,1
Insuline aspart	-	-	-	-	-	0,0	4.541,6
Insuline, middelsnel- en snelwerkend/humaan	61.205,9	58.496,7	59.789,5	59.615,4	67.708,3	73.596,7	72.684,4
Insuline lispro	-	-	-	-	-	279,8	2.050,1
Insuline, langwerkend/humaan	212,7	152,8	133,1	96,9	91,3	68,1	62,9
Totaal	103.864,2	102.579,0	110.066,4	111.315,2	129.112,3	145.938,5	155.109,3
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	-1,2	7,3	1,1	16,0	13,0	6,3
Orale antidiabetica							
Metformine	6.628,6	7.524,8	7.715,8	7.808,9	9.424,7	10.701,8	12.671,0
Glibenclamide	17.393,5	16.587,1	13.300,0	10.424,1	10.475,2	9.827,3	9.537,3
Tolbutamide	7.349,8	7.304,4	6.221,2	5.383,9	5.620,6	5.545,1	6.019,9
Glipizide	1.043,6	867,4	605,2	374,9	382,6	369,5	271,1
Gliclazide	7.519,6	9.405,5	11.313,7	13.344,5	14.954,2	12.738,5	12.907,2
Glimepiride	-	-	491,3	5.738,5	11.704,6	13.251,9	16.745,3
Acarbose	2.285,4	2.728,6	2.728,7	2.733,3	2.869,6	2.512,4	2.273,3
Rosiglitazon	-	-	-	-	-	-	13,6
Repaglinide	-	-	-	-	-	0,0 ^e	0,1 ^e
Totaal	42.220,5	44.417,8	42.375,9	45.808,1	55.431,5	54.946,5	60.438,8
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	5,2	-4,6	8,1	21,0	-0,9	10,0
Insulines + orale antidiabetica							
Totaal	146.084,7	146.996,8	152.370,3	157.123,3	184.544,8	200.885,0	215.548,1
Toename t.o.v. vorige jaar (in %)	-	0,6	3,7	3,1	17,5	8,9	7,3

a) exclusief materiaalkosten van voorschriften door apothekhoudende huisartsen.

b) vergoedingsprijzen.

c) inclusief 3,5% claw back.

d) inclusief 6,82% claw back met een maximum van 15 gulden per recept.

e) nog geen reële prijs vermeld in SFK-registratie.

Gemiddelde materiaalkosten van insulines en orale antidiabetica per voorschrift in gulden in de periode 1994-2000 (exclusief BTW).

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Insulines							
Insuline, snelw./humaan	156,69	151,29	158,58	149,95	160,36	169,94	172,03
Insuline, snelw./lispro	-	-	97,42	122,32	136,55	151,45	167,75
Insuline, middelsnelw./humaan	135,00	125,26	127,94	119,43	127,05	132,09	131,91
Insuline aspart	-	-	-	-	-	-	171,46
Insuline, middelsnel- en snelwerkend/humaan	174,62	162,99	161,81	156,92	170,94	175,67	171,98
Insuline lispro	-	-	-	-	-	154,51	180,45
Insuline, langwerkend/ humaan	125,12	109,14	102,38	96,90	101,44	106,94	111,60
Totaal	161,18	151,01	151,92	144,53	155,35	161,01	160,97
<i>Toename t.o.v. vorige jaar (in %)</i>	-	-6,3	0,6	-4,9	7,5	3,6	0,0
Orale antidiabetica							
Metformine	26,20	24,97	21,35	18,71	18,83	16,99	16,76
Glibenclamide	48,29	45,25	36,84	30,04	30,63	29,65	32,34
Tolbutamide	20,10	18,91	15,76	13,56	13,86	13,13	13,80
Glipizide	94,87	90,35	61,76	43,59	47,83	49,12	46,78
Gliclazide	49,57	48,58	49,97	55,44	55,55	42,70	40,63
Glimepiride	-	-	22,33	58,86	70,59	56,97	54,10
Acarbose	74,93	72,19	63,02	58,40	64,49	58,11	55,51
Rosiglitazon	-	-	-	-	-	-	107,07
Repaglinide	-	-	-	-	-	a	a
Totaal	36,02	34,30	29,87	29,46	31,94	28,83	27,95
<i>Toename t.o.v. vorige jaar (in %)</i>	-	-4,8	-12,9	-1,4	8,4	-9,7	-3,1
Insulines + orale antidiabetica							
Totaal	80,43	74,45	71,10	67,58	71,91	70,55	68,94
<i>Toename t.o.v. vorige jaar (in %)</i>	-	-7,4	-4,5	-5,0	6,4	-1,9	-2,3

a) nog geen reële prijs vermeld in SFK-registratie.

Bijlage 9: Huidige situatie inzake preventie, diagnostiek en behandeling bij acht ziekten

Borst-, long- en dikkedarm- en endeldarmkanker

De tekst over geneesmiddelen is gebaseerd op Schornagel et al. (2001), Van Zandwijk (2001), Ten Bokkel Huinink & Schornagel (2001) en de tekst over medische beeldvorming en straling op Lembrechts et al. (2001).

Preventie

Er worden op dit moment geen geneesmiddelen of hulpmiddelen gebruikt voor primaire preventie van bovengenoemde kankersoorten. Screening (secundaire preventie) vindt op dit moment alleen op grote schaal plaats voor *borstkanker*. Alle vrouwen van 50 tot 76 jaar worden eens in de twee jaar uitgenodigd om röntgenfoto's (mammografie) te laten maken. Voor *darmkanker* wordt bij hoogrisicogroepen (patiënten met darmziekten zoals colitus ulcerosa, mensen bij wie adenomateuze poliepen zijn verwijderd en leden van families met erfelijke vormen dan dikkedarm- en endeldarmkanker) regelmatig endoscopisch onderzoek verricht (van het sigmoïd of colon).

Diagnostiek

Zie paragraaf 3.3.1 van deel B.

Behandeling

Behandeling van *borstkanker* kan bestaan uit chirurgie, vaak gevolgd door radiotherapie, chemotherapie of hormonale therapie. Er zijn vier verschillende groepen cytostatica te onderscheiden die worden toegepast bij borstkanker: alkylerende stoffen, antimetaboliëten, mitose remmende cytostatica (taxanen en vinca-alkaloiden) en antitumor-antibiotica. Voor de behandeling wordt met name gebruik gemaakt van combinaties van verschillende cytostatica. Bij voorkeur worden combinaties van cytostatica met een verschillend werkingsmechanisme en met zo weinig mogelijk 'overlap' van de toxische bijwerkingen gebruikt. Wanneer in het borstkankerweefsel hormoonreceptoren (oestrogen- en/of progesteronreceptor) worden aangetroffen is hormonale therapie vaak zinvol. Het grote voordeel van de hormonale therapie boven chemotherapie is dat de hormonale therapie in het algemeen weinig bijwerkingen heeft en een (vrijwel) normaal dagelijks leven mogelijk maakt. Er zijn drie klassen hormonale therapie: anti-oestrogenen, aromataseremmers en hormonen.

Bij de behandeling van *longkanker* kan in het algemeen worden gekozen tussen chirurgische verwijdering, radiotherapie en chemotherapie of een combinatie hiervan. Bepalend voor de keuze van behandeling zijn het onderscheid tussen niet-kleincellig en kleincellig longcarcinoom, de plaats en het stadium van de tumor en de algehele conditie van de patiënt. Tumoren in de luchtwegen bijvoorbeeld komen in aanmerking voor brachytherapie. Bovengenoemde vier groepen cytostatica worden ook voor longkanker

toegepast, evenals topo-isomeraseremmers en de groep van cisplatine en analogen. Ook hier wordt met name gebruik gemaakt van combinaties van verschillende cytostatica. Behandelingschema's zijn voortdurend in ontwikkeling. Op dit moment zijn er meerdere chemotherapiecombinaties, die het predikaat 'standaardbehandeling' hebben.

Bij *darmkanker* worden, afhankelijk van het stadium waarin de tumor wordt opgespoord verschillende vormen van behandeling toegepast: chirurgie, radiotherapie, chemotherapie en combinaties hiervan. De standaard chemotherapie (zowel palliatief als adjuvant) van dikkedarmkanker is op dit moment de combinatie van 5-fluorouracil met folinezuur. Bij endeldarmkanker is adjuvante chemotherapie van minder waarde gebleken. Recentelijk zijn een topo-isomerase I remmer en een platinumverbinding geregistreerd voor de behandeling van inoperabel of gemetastaseerd coloncarcinoom in combinatie met 5-fluorouracil en folinezuur.

Toepassing van straling ter bestrijding van tumoren is gebaseerd op het feit dat hoog-energetische straling celstructuren beschadigt – wat bij hoge doses leidt tot celdood – en op het feit dat sterk delend weefsel, zoals tumorweefsel, gevoeliger is voor straling dan normaal groeiend weefsel. Radiotherapie omvat het bestralen van een orgaan of weefsel, ofwel uitwendig, met een apparaat dat ioniserende straling (fotonen of elektronen) uitzendt (teletherapie), ofwel met op of in het lichaam (lichaamsholte) ingebrachte, ingesloten radioactieve bronnen (brachytherapie). Nucleair geneeskundige therapie omvat het inwendig bestralen van kwaadaardig weefsel door toedienen van geneesmiddelen gemerkt met radioactieve stoffen of van gemerkte afweerstoffen (radio-immunotherapie) die zich specifiek in het te bestralen weefsel ophopen. Teletherapie is de meest toegepaste techniek indien voor bestraling wordt gekozen. Brachytherapie kent vooralsnog een beperkt aantal specifieke toepassingen.

Diabetes mellitus

De tekst voor het onderdeel geneesmiddelen is gebaseerd op Lutterman (2001) en diabetes hulpmiddelen op Peters-Volleberg et al. (2000).

Preventie

De belangrijkste beïnvloedbare determinanten voor type 2 diabetes zijn overgewicht (obesitas), lichamelijke inactiviteit en voeding (hoge inname van energie en verzadigd vet, en een lage inname van onverzadigd vet en vezels). Dit vormen mogelijke aangrijpingspunten voor preventie. Op dit moment is er een geneesmiddel (orlistat) geregistreerd voor gewichtsreductie. De gemiddelde gewichtsreductie ten opzichte van placebo bleek gering, waardoor het effect op het overgewicht en daarmee het beschermende effect op het ontstaan van diabetes type 2 als zeer gering wordt beschouwd.

Diagnostiek

De diagnose van diabetes mellitus berust op het aantreffen van verhoogde bloed- of plasmaglucosespiegels. Bepaling van de nuchtere glucosespiegel heeft de voorkeur, maar ook voor niet-nuchtere glucosewaarden zijn grenswaarden vastgesteld voor het

stellen van de diagnose diabetes (Rutten et al., 1999). Hoewel het gebruik van de orale glucosetolerantietest (OGTT) niet langer wordt aanbevolen wordt hij in de praktijk nog wel gebruikt. Voor de OGTT wordt in nuchtere toestand en twee uur na het drinken van een glucosedrank (met 75 gram glucose) het glucosegehalte in het bloed bepaald. Indien de waarden boven bepaalde criteria uitkomen is er sprake van verminderde glucosetolerantie dan wel diabetes.

Behandeling

Het huidige geneesmiddelenaanbod bij diabetes bestaat uit twee categorieën: de insulines (injectievloeistof) en de bloedglucoseverlagende middelen in tabletvorm. De keuze hieruit wordt bepaald door het type diabetes en de mate van insulinedeficiëntie. Type 1 diabetespatiënten dienen altijd te worden behandeld met insulinepreparaten.

De insulines kennen kortwerkende, middellang werkende en gemengde kort- en langwerkende varianten. Inmiddels zijn er ook insuline-analogen, die nog sneller werken en het voordeel hebben dat ze vlak voor of tijdens de maaltijd kunnen worden toegediend. Insuline wordt meestal toegediend met een injectiepen, of soms met een infuuspomp via een naaldje in de buik. De meeste pompgebruikers dragen een externe pomp op hun lichaam, maar een kleine groep moeilijk instelbare patiënten is aangewezen op een (in de buikwand) geïmplanteerde pomp.

De huidige orale bloedglucoseverlagende middelen voor de behandeling van type 2 diabetes zijn: middelen die de insulinesecretie stimuleren (sulfonylureumderivaten en repaglinide), middelen die de insulinegevoeligheid verhogen (insuline sensitizers; biguaniden) en middelen die de glucoseabsorptie vertragen (alfa-glucosidaseremmers). Een deel van de type 2 diabetespatiënten kan niet goed worden ingesteld met behulp van bloedsuikerverlagende middelen in tabletvorm, waardoor insulinetherapie noodzakelijk is.

In de jaren tachtig werd de glucosemeter geïntroduceerd en tegenwoordig bepalen vrijwel alle type 1-patiënten hiermee zelf hun bloedglucosegehalte. Ook voor type 2-patiënten is zelfcontrole zinvol, maar dit komt niet voor vergoeding in aanmerking. Met een lancet wordt in de vinger geprikt, een druppel bloed wordt op een teststrookje aangebracht, waarna de meter de glucosewaarde afleest. Er wordt veel onderzoek gedaan naar manieren om glucose continue (i.p.v. éénmalig) niet-invasief (zonder vingerprik) of op een minder invasieve manier te meten. Recent is een naaldvormige sensor voor continue onderhuidse glucosemeting geïntroduceerd, die gedurende 3 dagen het glucosegehalte in de interstitiële vloeistof meet. Voorlopig is deze techniek alleen voor (poli-) klinisch gebruik. Apparaatjes voor niet-invasieve meting zijn op de markt, maar kennen nog veel beperkingen en worden maar mondjesmaat toegepast. Zo is er een niet-invasieve meter op de markt met het uiterlijk van een horloge. Nadeel is dat het 3 uur lang moet opwarmen, slechts 12 uur lang kan meten, en huidproblemen veroorzaakt. Een toepassing als nachtelijk hypoalarm is wel denkbaar.

Sinds ongeveer 15 jaar worden in Nederland met succes pancreastransplantaties uitge-

voerd, sinds kort ook zonder een simultane niertransplantatie. Transplantatie is tot op heden de enige manier om onafhankelijk te worden van insuline, en dus te genezen. Transplantatie is voorbehouden aan een kleine groep onbehandelbare patiënten (ongeveer 10-20 per jaar).

Tenslotte wordt het steeds meer duidelijk en geaccepteerd dat, naast de bloedglucoseregulatie, een gelijktijdige intensieve behandeling van andere prognostisch ongunstige factoren (hypertensie, hyperlipidemie) van groot belang is om complicaties te voorkomen of uit te stellen.

Depressie

De tekst over geneesmiddelen gebaseerd op De Boer & Van der Laan (2001) en de tekst over medische hulpmiddelen op Vlaskamp et al. (2001).

Preventie

Er zijn op dit moment geen geneesmiddelen of medische hulpmiddelen die ter preventie van depressie worden ingezet.

Diagnostiek

Voor het stellen van de diagnose depressie zijn er verschillende gestandaardiseerde psychiatrische instrumenten ontwikkeld. Veel gebruikte instrumenten zijn de SCAN en CIDI. De SCAN is een semi-gestructureerde interview, afgenomen door psychiaters of klinisch psychologen en de CIDI is een gestructureerde vragenlijst (ja/nee vragen) die door niet-clinici kan worden afgenomen. Er zijn op dit moment geen geneesmiddelen of medische hulpmiddelen die voor de diagnose van depressie worden ingezet.

Behandeling

Depressie kan medicamenteus worden behandeld met antidepressiva. Het huidige geneesmiddelenaanbod bij depressie bestaat uit farmaca die op de een of andere manier de prikkeloverdracht in het centrale zenuwstelsel beïnvloeden. Op basis van het werkingsmechanisme en de chemische structuur worden de volgende groepen onderscheiden:

- Tricyclische antidepressiva (TCA's): behalve hun tricyclische structuur hebben de tricyclische antidepressiva gemeen dat ze de heropname van noradrenaline remmen. Ze kunnen ook in variërende mate de serotonine-heropname remmen;
- De niet-tricyclische antidepressiva: onder te verdelen in twee subgroepen: selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's): de stoffen in deze groep hebben gemeen dat ze relatief selectief de heropname van serotonine remmen. Deze stofgroep vertoont als gevolg van de selectieve werking op serotonine minder nevenwerkingen dan de tricyclische antidepressiva en hun effectiviteit is ongeveer vergelijkbaar. De tweede groep is de specifieke serotonine en noradrenaline heropname remmers (SNRI's): de vertegenwoordigers van deze stofgroep remmen de heropname van zowel serotonine als noradrenaline zonder dat zij de recep-

torinteracties vertonen die de neveneffecten van de tricyclische antidepressiva veroorzaken. In Nederland is alleen venlafaxine uit deze groep op de markt;

- Overige antidepressiva: hieronder vallen verschillende andere stoffen, zoals mir tazapine en de monoamineoxydase (MAO)-remmers. Deze middelen remmen het enzym-complex monoamineoxidase, dat onder andere de monoamines noradrenaline, dopamine en serotonine afbreekt. Er is momenteel in Nederland slechts één vertegenwoordiger uit deze groep als antidepressivum geregistreerd (moclobemide, een reversibele MAO-A remmer).

Vaak is een gecombineerde behandeling nodig, waarbij naast geneesmiddelen ook psychotherapie en/of maatschappelijke hulp worden gegeven. In een klein aantal gevallen worden overige therapieën aangewend: het onthouden van slaap, of lichttherapie (bij winterdepressie). Bij sommige patiënten met therapieresistente depressie en depressie met psychotische kenmerken wordt electroconvulsietherapie (ECT) toegepast. Deze vorm van therapie is in de jaren '60 omstreden geraakt en op veel plaatsen gestopt. De huidige ECT is sterk verbeterd en het aantal behandelde patiënten neemt toe (nu ongeveer 300 per jaar) (Willems & Bakker, 2001).

Uit recent onderzoek blijkt dat een behandeling met ECT heel goed helpt bij ouderen met een zware depressie (Van Waarde & Stek, 2001). Mensen met een zware depressie kunnen soms ook geholpen worden met een geïmplanteerd apparaatje (een soort pacemaker) dat via een zenuw stroomstootjes afgeeft aan de hersenen. Dit gebeurt ook op kleine schaal in Nederland (de Volkskrant, 30 juni 2001).

Coronaire hartziekten

De tekst over geneesmiddelen is gebaseerd op De Graeff (2001) en de tekst over medische hulpmiddelen op Van Wijk et al. (2001).

Preventie

Bij preventie van coronaire hartziekten gaat het zowel om de fase waarin nog geen manifeste vaatschade is (primaire preventie) als de fase waarin dat wel het geval is (secundaire preventie). Hierbij is ook een belangrijke rol weggelegd voor niet-medicamenteuze leefregels, waaronder dieet, lichamelijke activiteit en stoppen met roken. Hypertensie (verhoogde bloeddruk) en verhoogd cholesterolniveau zijn belangrijke risicofactoren, zowel in het geval er nog geen manifestaties zijn van coronaire hartziekten, alsook wanneer dat al wel het geval is. Geneesmiddelengroepen voor de behandeling van hypertensie zijn: diuretica, b-blokkers, calciumantagonisten, ACE (Angiotensine Converting Enzyme)-remmers en, in mindere mate, α_1 -receptor antagonisten. De angiotensine II-antagonisten vormen de enige nieuwe groep antihypertensiva die zich in korte tijd een plaats verworven heeft. De overige groepen antihypertensiva zijn al geruime tijd op de markt. Verhoogd cholesterol wordt hoofdzakelijk behandeld met statines.

Diagnostiek

Diagnose en classificatie van coronaire hartziekten vindt plaats aan de hand van anamnese (typische pijnklachten), electrocardiogram (veranderingen passend bij myocardisch-aemie, zoals ST-elevatie) en enzymstijgingen.

Behandeling

De medicamenteuze behandeling van symptomen van *inspanningsgebonden angina pectoris* bestaat van oudsher uit nitraten, β -blokkers en calciumantagonisten. Kortwerkende nitraten worden toegepast ter coupering van een aanval van angina pectoris, terwijl langwerkende nitraten vooral worden gebruikt voor de onderhoudsbehandeling. Bij onvoldoende effect kunnen β -blokkers en calciumantagonisten ook gecombineerd worden. Antitrombotische behandeling is standaard geworden voor alle patiënten met manifeste ischemische hartziekte, en dus ook *stabiele angina pectoris*.

De basisbehandeling van *onstabiele angina pectoris* bestaat uit nitraten, β -blokkers, en antitrombotica (heparine en acetylsalicylzuur) en is enerzijds gericht op symptoombehandeling, anderzijds op voorkómen van een sterk verhoogde kans op cardiale sterfte, (recidief) hartinfarct en recidief klachten. Calciumantagonisten komen alleen in aanmerking in combinatie met β -blokkers. Acetylsalicylzuur is ook hier standaardbehandeling, maar de intraveneus toegediende heparine wordt in toenemende mate vervangen door de zogenaamde laagmoleculaire heparinen. Glycoproteïne IIb/IIIa receptor antagogenisten worden aanbevolen bij patiënten met ST-elevatie op het ECG of andere risicofactoren, en bij patiënten die een PTCA (ballonangioplastiek oftewel dotterbehandeling) ondergaan.

Bij de behandeling van het *myocardinfarct* gaat het in de acute fase vaak om de behandeling van symptomen, maar soms is het mogelijk om ook oorzakelijk te behandelen, zoals de stolseloplossende (thrombolytische) behandeling van het afgesloten bloedvat. Hieronder vallen ook niet-medicamenteuze interventies zoals coronaire bypass chirurgie en PTCA, al dan niet gevolgd door het plaatsen van een stent.

PTCA kent drie belangrijke problemen: het optreden van restenose (vaatvernauwing op dezelfde plaats), occlusie (vaatafsluiting) en recoil (terugveren van de vaatwand), die door coronaire stents kunnen worden opgelost. Een stent is een metalen kokertje met een fijnmazige structuur, die permanent in een vernauwd bloedvat wordt gebracht om deze open te houden. Stents kunnen worden ingedeeld in zelfontplooierende en ballonontploibare stents. Het gebruik van deze hulpmiddelen is gedurende het laatste decennium exponentieel toegenomen. Er zijn op dit moment een kleine veertigtal verschillende soorten verkrijgbaar. Om de problemen van restenose en acute trombose te verminderen worden er wel coatings op een stent aangebracht (bijvoorbeeld met heparine), zodat de endotheelcellen aan de binnenkant van het bloedvat minder snel hechten aan de stent en het oppervlak gladder blijft. Brachytherapie (ioniserende straling op korte afstand in de bloedvaten) wordt ook als aanvullende therapie gebruikt om de instent restenose te verminderen.

Door de betere behandeling van het myocardinfarct blijven meer patiënten (langer) in

leven. Hierdoor neemt het aantal patiënten met angina pectoris, ritmestoornissen en hartfalen toe. Deze patiënten hebben een verhoogd risico op een recidief vasculaire gebeurtenis. De vervolgbehandeling van het myocardinfarct na de acute situatie is gericht op het behandelen van pijn en van eventuele complicaties (ritmestoornissen) en op het voorkómen van erger. Nitraten (intraveneus, oraal, transdermaal) zijn geschikt voor pijnbestrijding, maar beïnvloeden de uitkomst niet. β -blokkers verbeteren beide en behoren vooral bij hoogrisicopatiënten tot de standaardbehandeling. Van een groot aantal ACE-remmers is inmiddels aangetoond dat toediening van deze middelen in geval van aanwezigheid van linkerventrikeldysfunctie, al of niet gepaard gaand met symptomen, tot een aanzienlijke verbetering leidt van de mortaliteit met afname van de kans op hartfalen. Acetylsalicylzuur is standaard en dient zo snel mogelijk aangevangen te worden. Thrombolytische therapie wordt in de meeste gevallen gecombineerd met heparine. Onderhoudsbehandeling met orale anticoagulantia wordt, in plaats van acetylsalicylzuur, gegeven wanneer er een verhoogd risico bestaat op stolselvorming.

Astma en COPD

De tekst over geneesmiddelen is gebaseerd op Putman (2001) en de tekst over geneesmiddeltoedieningssystemen op Peters-Volleberg et al. (2001).

Preventie

De belangrijkste (exogene) determinant voor het ontstaan van astma en COPD is roken. Hiernaast speelt blootstelling aan luchtverontreiniging en allergenen een belangrijke rol. Preventie vindt plaats door het ontmoedigen van roken, het voorkomen van blootstelling aan luchtverontreiniging en allergenen (sanering en allergeenbehandeling thuis, op school en op het werk).

Diagnostiek

Diagnostiek vindt plaats met behulp van longfunctietesten: piekstroommetingen voor astma en spirometrie voor COPD.

Behandeling

De huidige beschikbare geneesmiddelen voor astma en COPD zijn grofweg in te delen in drie groepen: luchtwegverwijders (β -sympathicomimetica, xanthinderivaten, antihistaminica en parasympathicolitica), ontstekingsremmers (inhalatie-corticosteroiden en orale corticosteroiden, en antileukotriënen), en overige middelen (cromoglicinezuur en verwante verbindingen). De behandeling kan worden onderscheiden in symptomatische en profylactische therapie. Bij de symptomatische therapie staat de luchtwegverwijding op de voorgrond; hiervoor zijn de meest toegepaste middelen de β 2-sympathicomimetica. Deze middelen ontspannen de gladde spieren van de luchtwegen en bieden bescherming tegen luchtwegvernauwende prikkelingen. Zij zijn vooral geschikt voor het couperen van een aanval van benauwdheid. Bij de profylactische therapie of onderhoudstherapie staat de ontstekingsremming op de voorgrond, waarvoor de inhalatie-corticosteroiden de meest toegepaste middelen zijn.

Voor de behandeling van astma wordt gebruik gemaakt van een ‘stappenplan’. Bij intermitterende klachten of minder dan één keer per week inspanningsastma wordt een kortwerkend β 2-sympathicomimeticum voorgeschreven. Bij licht persisterende astma, meer dan één keer per week inspanningsastma of meer dan twee keer per dag inhalatie nodig gedurende 2-4 weken wordt aan het kortwerkend β 2-sympathicomimeticum een inhalatiecorticosteroid toegevoegd. Bij matig persisterende of aanhoudende klachten wordt de dosis van de inhalatiecorticosteroid verhoogd of een langwerkend β 2-sympathicomimeticum gegeven. Bij ernstig persisterende astma bestaat de behandeling uit een verhoogde dosis inhalatiecorticosteroid plus een langwerkend β 2-sympathicomimeticum of ipratropiumbromide en eventueel een oraal corticosteroid.

Voor het verminderen van de bronchusobstructie bij COPD worden anticholinergica en kortwerkende β 2-sympathicomimetica en eventueel theofylline ingezet. Langwerkende β 2-sympathicomimetica worden geadviseerd bij COPD-patiënten met nachtelijke klachten van kortademigheid en benauwdheid (dyspnoe). Bij aanhoudende klachten kunnen theofyllinepreparaten worden gebruikt. Een proefbehandeling met inhalatiecorticosteroiden kan worden gegeven aan patiënten bij wie de COPD het gevolg is van progressief astma en voor patiënten met een snelle longfunctiedaling.

Lokale toediening (door middel van inhalatie) van corticosteroiden heeft belangrijke voordelen boven systemische (orale) toediening, omdat het mogelijk is veel lagere doseringen dan bij systemische toediening te gebruiken. Van oudsher zijn poederinhalatie (een vaste stof die via een droog poeder geïnhaleerd wordt), dosisaërosol (waarbij het geneesmiddel in oplossing is gebracht en verneveld wordt) en vernevelaar (bijvoorbeeld de Metered Dose Inhaler waarbij de stof opgelost is in een gas, waarbij het gas verdampt en het geneesmiddel als kleine deeltjes met de luchtstroom meegaat) de drie bekende toedieningssystemen. Betrekkelijk nieuw zijn het gebruik van hulpstukken, verlengstukken en gezichtsmaskers. Veel preparaten zijn inmiddels verkrijgbaar in ‘multidose’-inhalatoren. Tevens worden elektronische onderdelen in de inhalatoren aangebracht die het apparaat gebruikersvriendelijk maken. Zo zijn er draagbare ‘multidose’ vernevelaars ontwikkeld, die een fijne nevel produceren zonder het gebruik van dragergassen zoals CFK en HFA. Voorlopige studies geven aan dat dergelijke inhalatoren zeer goede ‘drug delivery’-eigenschappen hebben. In een recent onderzoek omschreven patiënten dit type inhalatoren als erg gebruikersvriendelijk.

Belangrijk is een goede instructie aan de patiënt en/of zijn ouders. In de praktijk blijkt dat het gebruik van de verschillende toedieningssystemen nog steeds op veel problemen stuit. Dit zou een belangrijke reden zijn voor de niet optimale therapietrouw.

Reumatoïde artritis

De tekst over geneesmiddelen is gebaseerd op Nab & Breedveld (2001) en de tekst over kraakbeenvervangende op Wassenaar & Geertsma (2000).

Preventie

Door het chirurgisch verwijderen van de ontstoken synoviaalmembranen kan de gewrichtsschade geremd worden. Dit kan gezien worden als secundaire preventie, en wordt voornamelijk toegepast bij het ellebooggewricht (Nelissen et al., 1998).

Diagnostiek

De diagnose berust op anamnese en lichamelijk onderzoek, aangevuld met serologisch onderzoek en radiologisch onderzoek van de gewrichten. Dit laatste gebeurt nog veelal via conventionele röntgenfoto's. Volgens de nu gangbare classificatiecriteria van de American College of Rheumatology (ACR) zijn vier van de volgende zeven criteria vereist: ochtendstijfheid, ontsteking van drie of meer gewrichten/gewrichtsgroepen, gewrichtsontsteking van handen of polsen, symmetrische gewrichtsontsteking, onderhuidse verdikkingen, reumafactor in het serum, gewrichtsbeschadiging op röntgenfoto's.

Behandeling

Behandeling van RA richt zich op het tegengaan van het ziekteproces en het bestrijden van de symptomen. Therapie is verder gericht op behoud van functie. Naast farmacotherapie kan de behandeling onder meer bestaan uit fysiotherapie en chirurgie. Chirurgie kan behalve het verwijderen van het ontstoken synoviaalmembraan ook bestaan uit het aanbrengen van kunstgewrichten. Voor de heup en knie zijn inmiddels goede kunstgewrichten ontwikkeld. Voor de overige gewrichten (bijvoorbeeld vinger, schouder, elleboog, enkel en pols) zijn er ook prothesen, maar ze kennen nog de nodige tekortkomingen (onder andere de levensduur).

De huidige medicamenteuze therapie kan onderverdeeld worden in enerzijds middelen die primair de symptomen verminderen, met name pijn en ontsteking (symptom modifying antirheumatic drugs, SMARD's) en anderzijds in middelen waarvan aangenomen wordt dat ze het onderliggende ziekteproces beïnvloeden en mogelijk de gewrichtsschade beperken (disease modifying antirheumatic drugs, DMARD's). Daarnaast worden vaak glucocorticoïden gebruikt, die soms tot de SMARD's en soms tot de DMARD's worden gerekend.

Bij geringe ontstekingsactiviteit kan een middel dat alleen de pijn stilt, zoals paracetamol, voldoende zijn. Verder worden frequent niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (NSAID's) gebruikt. De NSAID's zijn de meest gebruikte geneesmiddelen bij RA. In lage doseringen zijn ze voornamelijk pijnstillend, in hoge doseringen hebben ze ook een ontstekingsremmend effect. Recent zijn NSAID's op de markt gekomen, de COX-2 remmers, met minder bijwerkingen dan de oude NSAID's.

DMARD's remmen het ziekteproces en bewerkstelligen daardoor vermindering van symptomen, zoals pijn. Het therapeutische effect treedt pas in na enkele weken tot maanden. Het werkingsmechanisme van de meeste DMARD's is niet geheel bekend. Tot voor kort was het gebruikelijk om DMARD's in te zetten wanneer NSAID's onvoldoende effect hebben. Tegenwoordig worden ze ook wel vroeg ingezet omdat de irreversibele schade van de gewrichten vooral in het eerste stadium van de ziekte optreedt. Tot deze groep kunnen worden gerekend:

- de chinolinederivaten (chloroquine en hydroxychloroquine);
- de goudverbindingen (auranofine en aurothioglucose);
- de immunosuppressiva (methotrexaat, ciclosporine, leflunomide, azathioprine en cyclofosfamide);
- overige middelen (sulfasalazine en penicillamine).

Glucocorticoïden, zoals prednison, zijn snelwerkende ontstekingsremmende middelen. Zij worden al decennialang toegepast in de behandeling van RA. Ze beïnvloeden vrijwel alle cellen en orgaansystemen en onderdrukken onder andere de reactiviteit van lymfocyten en remmen de productie van prostaglandinen en cytokinen. Ze zijn vanwege de frequente bijwerkingen geen middelen van eerste keuze. Een korte kuur met glucocorticoïd wordt vaak gebruikt bij actieve ziekte bij de start van de therapie met een DMARD. Dit gebeurt om de symptomen onder controle te houden voordat het effect van de DMARD inzet. Ook worden ze vaak gebruikt om een acute opleving van de ziekte op te vangen, met name wanneer DMARD-therapie gefaald heeft.

REGISTER

- A**
- Aanspraak 118-120, 186, 203
- Aanvullende ziektekostenverzekering 182
- Actoren 15, 17, 21, 23-25, 105-106, 127-128, 130-131, 179-190
- Afleververgoeding 15, 51, 56, 112, 129, 134, 211-212
- AIDS 21, 32, 184
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 23, 119, 206
- Allergieën 41
- Allochtonen 17-19, 24, 83, 94-98, 129, 133, 135, 147, 151-154, 156, 158
- Apotheekhoudende huisarts 52, 56-57, 70, 151
- Apotheker 23, 51-52, 54-57, 60, 62-63, 67, 73, 112, 114, 121, 130-133, 203
- Astma 20-21, 24, 37, 41, 71-72, 75, 96, 148-149, 159, 173-175, 184, 226-227
- Attitude 10, 25, 83, 85-94, 97-98, 155, 183
- Auditieve hulpmiddelen: zie Hoorhulpmiddelen
- B**
- Bandagist 60-61
- Beeldvormende technieken 148, 161, 163-164, 204
- Beleidswijzigingen 17, 21, 105, 179, 184
- Besluit Medische Hulpmiddelen 118
- Biotechnologische geneesmiddelen 34, 177
- Bloeddruk 41, 96, 170, 224
- Bloedglucosemeters 18, 48, 143, 167
- Bonussen 15, 52-55, 112-113, 132, 182
- Borstkanker 159-164, 220
- Buiten-WTG-middelen 131
- C**
- Cholesterol 69, 170, 172, 224
- Clusterbare geneesmiddelen 108, 110
- College Tarieven Gezondheidszorg 115
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen 107-108, 116, 206
- College voor zorgverzekeringen 40, 72, 127, 133, 201-202, 206, 210
- Consumenten 15, 17, 24, 38-39, 44, 57, 64, 83-104, 106, 122, 151, 183, 204
- COPD 20-21, 24, 37, 71, 148-149, 159, 173-175, 184, 206, 226-227
- Coronaire hartziekten 24, 159, 170-172, 224-225
- CVZ-ramingen 135-138, 210-216
- D**
- Darmkanker 159-164, 220-221
- Demografische ontwikkelingen 18, 131, 133, 149, 153
- Depressie 20, 24, 32, 41, 148-149, 159, 167-170, 223-224
- Deregulering 57, 105, 121-123, 180, 192
- Diabetes 18, 20-21, 24, 45, 64, 75, 97, 100, 110, 120, 123, 128-129, 137-145, 147-149, 153-154, 159, 165-167, 184, 215-217, 221-222
- Diabeteshulpmiddelen 18, 24, 47-48, 59-61, 64, 77-78, 129, 136, 143-145, 159, 221
- Diabetesteststrips 23, 30, 44, 50, 63
- Diagnose Behandel Combinatie 183, 206
- Discounters 52
- Distributeurs 15, 24, 51-66, 106, 185
- Doelmatigheid 15-17, 21, 54, 67, 72, 81, 105-106, 113-115, 120-121, 179-180, 185-188, 203
- Dossierbeschermingsperiode 33-34, 203-204
- Driejarenakkoord 55
- E**
- Economisch model 130
- Elastische kousen 45, 60-61, 64, 77-78, 80-81, 100, 120, 123, 136-137, 215-216
- Electronisch Voorschrift Systeem 81, 114-115
- European Medicines Evaluation Agency 107, 206
- Europese beleidswijzigingen 21, 184
- Evidence-based medicine 10, 158, 187
- Extramuralisatie 120, 129, 133, 203
- F**
- Farmaceutische deelmarkten 29, 32-33, 37
- Farmaceutische hulp 15, 18, 23-25, 51, 56, 68, 108-109, 115, 119, 167, 182, 185, 203-206, 210-211, 213
- Farmaco-economisch onderzoek 109
- Farmaco-Therapeutisch Overleg 72
- Farmaco-Therapeutisch Transmuraal Overleg 67, 72
- Formularium 70-72, 74, 80, 114, 182, 186, 203, 206
- Fusies 35, 44-46, 74, 179, 185-186
- G**
- Gebitsprothesen 64, 99, 136-137, 215-216
- Gedragscode 47, 49
- Geneesmiddelenbeleid 105-106
- Geneesmiddelenkosten 40, 115, 128
- Geneesmiddelenprijzen 41, 53, 111-112, 207
- Geneesmiddelenvergoedingensysteem 53, 108
- Geneesmiddelspecifieke raming 128
- Generieke geneesmiddelen 29, 33, 37, 112-113
- Gentherapie 19, 148, 162, 172, 174, 177, 203-204
- Gezichtshulpmiddelen: zie Visuele hulpmiddelen
- Gezondheidsboulevard 65
- Groothandel 51-54, 59-61, 63, 105, 112, 115, 131-133, 187
- Grotestedenbeleid 17

- H**
- Homeopathie 83, 88-90, 92, 98
 Hoorapparaten 23, 65, 188
 Hoorhulpmiddelen 19, 47, 78, 99, 119-120
 Hoortoestellen 30, 45, 47, 100, 120, 153-154
 Huisarts 16, 48, 52, 56-57, 60, 68, 70-71, 75-78, 87, 89-90, 92, 94-95, 97, 99, 119, 124, 129-133, 141, 151, 157, 164
 Hulpmiddelen Informatie Centrum 16, 67, 81, 103, 122, 206
 Hulpmiddelenkompas 16, 67, 80-81, 103, 123
 Humaan genoom 19, 148
- I**
- Immigratie 149, 151
 Incontinentiematerialen 30, 45, 48, 58, 60-64, 76-77, 80, 121, 123-124, 147
 Individualisering 19, 147, 155-156, 158, 183
 Inflatietempo 134
 Informalisering 155
 Informatisering 155
 Injectiepenen 45
 Inrichtingselementen (voor woningen) 59, 136-137, 215-216
 Inspectie voor de Gezondheidszorg 40, 116, 118, 206
 Insuline 20, 45, 48, 139, 141-143, 165-166, 217-219, 222-223
 Insuline-infuuspomp 100, 143
 Internationalisering 19, 147, 155-156, 158, 184
 Internet 57-59, 64, 81, 121-122, 180, 184-185
 Introductieprijs 134
- K**
- Kartelvorming 106, 124, 185
 Katheters 45, 62-63, 99, 118
 Keuzevrijheid 84, 103, 106, 183, 186-188
 Kortingen 15-16, 52-55, 63-64, 112-113, 123, 132, 182
 Kostenbeheersing 105-106, 120, 122
 Kostenontwikkeling 62, 108, 135-137, 187, 210-211, 215-216
 Kostenramingen 23, 128, 138
 Kostenstijging 18, 106, 112, 129, 133-136, 144-145, 211, 213
 Krukken 58, 65
- L**
- Lichamelijke inactiviteit 128, 221
 Longkanker 32, 148, 159-161, 163-164, 220
- M**
- Maagzweren 41, 97
 Marktfalen 15
 Medicatiebewaking 52, 55, 181
 Medicatieveiligheid 73
 Medische beeldvorming 24, 45, 159, 161, 220
- Medisch-technologische ontwikkelingen 19-20, 23, 25, 127-128, 147, 159-161, 178-179, 189, 203
 Middellange-termijnramingen 127, 130-145
 Monopolie macht 38
- N**
- Natuurlijke genezers 90-91
 No-nonsense gebruikers 17, 90-91
 Notified Bodies 44, 118
- O**
- Octrooi 29, 32-34, 37-38, 110, 132, 140, 203-205
 Octrooibescherming 32-33
 Octrooiperiode 33
 Octrooisysteem 32
 Odds-ratio 92, 98, 152, 204
 Openbare apotheken 51-52, 54-56, 61-62, 71, 113, 147, 151, 204, 210
 Opslag(percentage) 62-64
 Orale antidiabetica 139-143, 166, 217-219
 Orthesen 77-78, 80-81, 136-137, 215-216
 Orthopedische voorzieningen 45
 Osteoporose 69
 Overgewicht 18, 128, 141, 180, 221
 Overheid, 15, 20-21, 24, 46, 53, 72, 84, 102, 105-124, 131, 144, 179-180, 186-187, 203-204
 Overheidsbeleid 24, 29, 33, 37, 120, 150
 Overlevingsduur 128, 141, 164
- P**
- Pacemakers 45, 118
 Parallelimport 32, 53
 Perceived quality 41-42
 Polikliniek-apotheken 51, 55
 Post-marketing-research 43
 Postmarketing surveillance 116
 Postorderbedrijf 58, 61
 Preventie 19, 69, 120, 128, 148, 160, 163-165, 168, 170, 172-173, 175, 220-221, 223-224, 226, 228
 Prijs/kosten-marge 34, 39
 Prijsbeleid 35
 Prijselasticiteit 38-39, 41-43, 204, 208
 Prijsgevoeligheid 39, 42-43
 Prijsmaatregelen 112
 Prijsontwikkelingen 112, 127-128, 134-135, 213
 Prijsstijging 18, 42, 129, 134, 143, 212-213
 Prijsvorming 132, 181
 Producenten 15, 24, 29-52, 64, 105-106, 115, 118, 130, 179, 182, 187, 204
 Productgebonden budget 84, 102-103, 121, 184, 188, 206
 Productiekosten 34, 39, 46-47, 111, 133
 Promotie(invloed) 15-16, 29-30, 33-35, 38-43, 74, 127, 132, 204, 208-209
 Promotie-elasticiteit 39, 204

- Promotiestroom 42
 Promotievoorraad 42
 Prothesen 77-78, 80-81, 136-137, 215-216, 228
 Protocollen 71, 80
- R**
- Receptregelvergoeding 53-56, 112-113, 132, 203-204, 213
 Regeling Farmaceutische Hulp 23, 108, 119, 182, 204-205
 Regeling hulpmiddelen 1996 23, 76, 78, 105, 118-123, 135, 144, 182, 204-205
 Regionaal Indicatie Orgaan 78, 206
 Restitutiesystemen 35
 Reumatoïde artritis 20, 24, 38, 117, 149, 159, 175-176, 178, 228
 Revalidatiehulpmiddelen 45, 58, 64, 81
 Risicoanalyse 118
 Risicofactoren 69, 128, 170-172, 224-225
 Risicoklassen 117-118
 Roken 128, 170, 224, 226
 Rollator 47, 58, 101-103
 Rolstoelen 45, 58, 76, 119
- S**
- Schoenvoorzieningen 76-78, 80, 136-137, 215-216
 Screening 128, 160, 164, 220
 Sociaal-culturele ontwikkelingen 19, 147, 154, 158-159
 Sociaal-culturele trends 24, 131, 154
 Sociaal-economische status 83, 90, 93, 98, 206
 Specialist 16, 68, 70-71, 76, 85, 130, 132, 183
 Specialités 33, 36, 53, 56, 71, 111-113, 131
 Sta-op-stoel 58
 Stents 24, 45, 118, 159, 171, 225
 Stichting Code Geneesmiddelenreclame 116
 Stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen 116
 Stimulansregeling 53, 56, 113, 132, 203-204
 Stomamaterialen 50, 59-60, 63-64, 78, 99, 101, 188
- T**
- Telecare 20, 24, 148, 159, 170, 205
 Telemedicine 20, 24, 148, 159, 169, 205
 Teststrips 18, 48-49, 61, 100, 143-144
 Thuiszorgwinkels 60, 65, 101
 Tissue Engineered Medical Products 20, 24, 148, 159, 177, 205
 Toedieningsvormen 19, 34, 111, 148, 163, 170
 Toedieningssystemen 173, 227
 Toegankelijkheid 102, 105-106, 184
 Toelating 44, 107, 109-111, 116-117, 156
 Traditioneel consumptie-geneigden 90-91, 155
 Transmurale farmacie 55
 Trendextrapolatie 127, 135, 210
 Tweede farmaceutische octrooi 29, 34, 205
- V**
- Vast-variabele kostensystematiek 55
 Vergrijzing 18-20, 24-25, 41, 120, 129, 133, 135, 140-141, 147-155, 158, 167, 169, 175, 178, 212
 Verzorgingsmiddelen 61, 136-137, 215-216
 Videoconferencing 169
 Vingerprikapparatuur 143-144
 Visuele hulpmiddelen 59, 136-137, 215-216
 Volume-ontwikkelingen 140, 213
 Volumestijging 62, 127, 129, 141, 212
 Voorschrijfgedrag 16, 38-41, 43, 67, 70-75, 77-78, 98, 113-114, 132-133, 208
 Voorschrijven op stofnaam 16, 114
 Voorschrijvers 15-16, 21, 24, 30, 39, 42, 49, 64, 67-82, 97, 106, 113, 115-116, 122-123, 127, 180, 186, 188
- W**
- Wachtkamer middelen 108-109
 Weesgeneesmiddelen 107, 109
 Werkdruk 16-18, 67, 70, 95, 97, 127, 129, 131, 133, 135
 Wet Geneesmiddelenprijzen 41, 53, 111, 207
 Wet op de Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst 84
 Wet op de Reïntegratie Arbeidsgehandicapten 23, 119, 206
 Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen 119, 207
 Wet Voorzieningen Gehandicapten 23, 78, 119, 135, 207
 Woningaanpassingen 23, 78, 119
 WTG-middelen 131-132
- Z**
- Zelftests 121
 Zelfzorgmiddelen 55, 61, 109-110, 131, 191, 203, 205, 211
 Ziekenfondswet 119, 138, 207, 212
 Ziektekostenverzekering 84, 103, 156, 182
 Ziektespecifieke raming 18
 Zorgmodel 127, 130-133, 135
 Zorgverzekeraars 43, 48, 50, 54, 56, 60, 62-64, 70, 99, 101, 106, 110, 112, 114-115, 119, 121-124, 130, 179-182, 185-188, 204, 207

