

# **Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening**

## **Achtergrondstudie**

N.F. Wieringa  
Sociale Farmacie en Farmaco-epidemiologie

L.T.W. de Jong-van den Berg  
Sociale Farmacie en Farmaco-epidemiologie

F.M. Haaijer-Ruskamp  
Gezondheidswetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen  
Noordelijk Centrum voor Gezondheidswetenschappen/  
Groningen Institute for Drug Studies

Achtergrondstudie geschreven in opdracht van de Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Farmaceutische zorg

Zoetermeer, maart 1998



# Inhoudsopgave

<b>1 Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen-voorziening</b>	<b>5</b>
1.1 Vraagstelling	5
1.2 Samenvatting	8
<b>2 Het geneesmiddelengebruik in cijfers</b>	<b>13</b>
2.1 Extramuraal gebruik in cijfers	13
2.2 Intramurale afleveringen in cijfers	17
2.3 Invloed van demografie	18
2.4 Zelfmedicatie	19
2.5 Geneesmiddelengebruik in Nederland in internationaal perspectief	19
<b>3 Kwaliteit en kostenbeheersing van voorschrijven en afleveren</b>	<b>21</b>
3.1 De eerste lijn	22
3.2 De tweede lijn	42
3.3 Afstemming eerste en tweede lijn	50
<b>4 De patiënt als partner in de gezondheidszorg</b>	<b>58</b>
4.1 Erkenning van de patiënt als partner in de gezondheidszorg	59
4.2 Verbetering van het geneesmiddelengebruik door de patiënt	68
<b>5 Distributiekolom</b>	<b>87</b>
5.1 Concentratie van de markt en internationalisering	87
5.2 Differentiatie in afleverpunten	92
<b>6 Zorgverzekeraars en geneesmiddelenvoorziening</b>	<b>101</b>
6.1 Marktwerking of solidariteit?	102
6.2 Sturing van de vraagzijde	105
6.3 Sturing van de aanbodzijde	108
6.4 Randvoorwaarden	116
Bijlagen	
1 Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen	119
2 Literatuur	121



# 1 Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

## 1.1 Vraagstelling

In deze achtergrondstudie bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de geneesmiddelenvoorziening worden belangrijke ontwikkelingen op dit terrein beschreven aan de hand van de literatuur. De geneesmiddelenvoorziening is sterk in beweging. Dit is onder meer het gevolg van het op de markt komen van nieuwe geneesmiddelen en daarmee nieuwe therapeutische zorgvormen, aanzetten tot veranderingen in de distributiewijze van geneesmiddelen en wijzigingen in de zorg, bijvoorbeeld transmuralisatie. Mede uit het oogpunt van kostenbeheersing heeft het ministerie van VWS in de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen. In dit kader kunnen onder meer worden genoemd de introductie van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS), de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en maatregelen die voortvloeien uit het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG). Daarnaast is op 1 april 1996 het Tripartite Overleg Farmacie (TOF) gestart, waarin de KNMP, verzekeraars en het ministerie van VWS participeren. Binnen het TOF worden de taak en de functie van de apotheker in de gezondheidszorg bezien.

Literatuurstudie

In mei 1997 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg advies uitgebracht aan de minister van VWS over beleidsvragen met betrekking tot de bepaling van de relatieve waarde van geneesmiddelen. In het tweede advies over de geneesmiddelenvoorziening wordt met name ingegaan op de rollen en verantwoordelijkheden van de actoren die bij de geneesmiddelenvoorziening een rol spelen. Deze actoren zijn: de patiënt, voorschrijver, apotheekhoudende, groothandelaar, producent/importeur, zorgverzekeraar, zorginstelling en overheid. Ontwikkelingen op velerlei gebied leiden ertoe dat actoren zich opnieuw bezinnen op hun rol of door externe impulsen gedwongen worden hun functie opnieuw te bezien. Gedoeld wordt op ontwikkelingen op het gebied van:

- de zorgverlening, met name transmuralisatie, die een goede samenwerking tussen verschillende zorgverleners, waaronder openbare en ziekenhuisapotheker, huisarts, specialist en verpleegkundige noodzakelijk maakt, en transmurale zorg en disease management, waarvan de farmaceutische hulpverlening deel uitmaakt;

RVZ-adviezen:

- waardebepaling geneesmiddelen;
- functies in de geneesmiddelenvoorziening

- de farma/biotechnologie: de ontwikkeling van nieuwe generaties geneesmiddelen die gezondheidswinst kunnen opleveren voor patiëntengroepen maar hoge kosten met zich meebrengen;
- de mondige patiënt: in toenemende mate organiseren patiënten zich in lotgenoten- en belangenorganisaties, terwijl ook de wettelijke positie van de patiënt is versterkt;
- de sociaal-economische situatie: de noodzaak om de collectieve uitgaven aan farmaceutische hulp te beheersen en de premielasten voor de burger te beperken, terwijl nieuwe generaties hoog geprijsde geneesmiddelen op de markt komen, terwijl rekening dient te worden gehouden met demografische ontwikkelingen;
- de informatietechnologie, die mogelijkheden biedt tot andere communicatiepatronen tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverlener en patiënt, bijvoorbeeld door het gebruik van netwerken en chipcards, en mogelijkheden biedt voor het optimaliseren van de logistiek;
- de internationalisering: het fuseren van grote farmaceutische ondernemingen, het opheffen van handelsbelemmeringen binnen Europa en het toenemend registreren van geneesmiddelen op Europees niveau.

Bovengenoemde ontwikkelingen maken het gewenst te bezien welke functies er binnen het farmaceutisch proces onderscheiden dienen te worden en welke actoren deze functies het meest doelmatig kunnen vervullen, dat wil zeggen met de hoogste kwaliteit tegen de laagste kosten. Samengevat zijn de te beantwoorden beleidsvragen:

Drie beleidsvragen

- a. Welke functies en verantwoordelijkheden dienen de te onderscheiden actoren in het farmaceutisch proces te vervullen om de voor de farmaceutische hulp beschikbare financiële middelen zo doelmatig mogelijk te besteden?
- b. Welke incentives dienen ter beschikking te staan om dit te bereiken?
- c. Welke activiteiten dient de rijksoverheid hiertoe te ondernemen?

In deze achtergrondstudie worden ontwikkelingen in de geneesmiddelensector beschreven. Allereerst volgt een korte beschrijving van de thema's die in deze studie worden belicht. In het vervolg van hoofdstuk één worden de belangrijkste discussiepunten belicht die in deze achtergrondstudie naar voren zijn gekomen. Hierbij worden dwarsverbanden gelegd tussen de onderwerpen die in de afzonderlijke hoofdstukken aan de orde komen.

Dwarsverbanden

<p>Hoofdstuk twee belicht het geneesmiddelengebruik in Nederland cijfermatig. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen het geneesmiddelengebruik in de extra- en intramurale zorgverlening. Gedurende de afgelopen jaren is een stabilisatie opgetreden in de stijging van de uitgaven voor de farmaceutische hulp. In vergelijking met andere landen blijft het gemiddelde geneesmiddelengebruik in Nederland laag.</p>	Geneesmiddelengebruik cijfermatig
<p>Hoofdstuk drie gaat in op de kwaliteit en de kostenbeheersing van het voorschrijven en het afleveren van geneesmiddelen. Om tot veranderingen in het voorschrijven te komen kunnen verschillende stappen worden onderscheiden, namelijk de vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis, implementatie van bruikbare kennis in de praktijk, monitoring van patiënten en effecten. Bovendien kan regelgeving van invloed zijn. Aan de hand van deze indeling wordt beschreven op welke wijze door de beroepsgroepen wordt samengewerkt ter verbetering van de kwaliteit van het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen in de eerste en de tweede lijn. Ingegaan wordt op de resultaten uit onderzoek naar de doelmatigheid van professionele interventies.</p>	Voorschrijven en afleveren
<p>In hoofdstuk vier staat de geneesmiddelengebruiker centraal. De ontwikkeling van de patiënt als partner in de gezondheidszorg wordt beschreven. Tevens wordt ingegaan op knelpunten in het geneesmiddelengebruik en interventies gericht op de verbetering ervan. De doelmatigheid van interventies wordt beschreven aan de hand van resultaten uit onderzoek.</p>	Geneesmiddelengebruiker
<p>Hoofdstuk vijf beschrijft de ontwikkelingen in de farmaceutische distributiekolom. Aan de orde komen de concentratie en internationalisering van de farmaceutische industrie en de groothandelsmarkt. De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenvoorziening heeft voorstellen gedaan voor het wegnemen van belemmeringen voor nieuwe toetreders in de farmaceutische distributiekolom. In dit kader worden ontwikkelingen in de markt geschetst.</p>	Distributiekolom
<p>Hoofdstuk zes behandelt de veranderende positie van de zorgverzekeraar. In de situatie dat de verzekeraar de farmaceutische budgetten risicodragend beheert, is er meer behoefte aan sturing van het voorschrijven, de distributie, de aflevering en het gebruik van geneesmiddelen. Eerst wordt ingegaan op het vraagstuk van gewenste en ongewenste marktwerking. Daar waar samenwerking</p>	Zorgverzekeraar

en solidariteitsprincipes aan de basis staan van het beleid, is marktwerking niet gewenst. Mogelijkheden voor sturing door zorgverzekeraars van de vraagzijde, de patiënt, en de aanbodzijde, voorschrijver en partijen in de distributiekolom, worden toegelicht.

## 1.2 Samenvatting

Vanaf 1992 is in Nederland sprake van een stabilisering van de stijging van de kosten voor de extramurale geneesmiddelenvoorziening. De uitgaven voor de farmaceutische hulp per persoon zijn in 1995 en 1996 gelijk gebleven. Ook de kosten per voorschrift zijn sinds 1994 niet gestegen. Eerdere kostenstijgingen werden vooral toegeschreven aan de substitutie van goedkopere door duurere, nieuwe middelen. Het percentage met farmacotherapie behandelde diagnoses is in de periode 1990 t/m 1996 gelijk gebleven.

Stabilisering kostenstijging

In vergelijking met andere Europese landen neemt Nederland met betrekking tot het geneesmiddelengebruik een bescheiden plaats in. Dit komt onder meer tot uiting in het aandeel dat de geneesmiddelenvoorziening binnen de gezondheidszorg inneemt. Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen een laag geneesmiddelengebruik per persoon en hoort bij de landen met de laagste kosten voor geneesmiddelen per persoon. Vanuit macro-economisch oogpunt dient het beleid erop gericht te zijn dat deze relatief gunstige positie ook in de toekomst wordt gehandhaafd en de geneesmiddelenvoorziening goed, toegankelijk en betaalbaar dient te zijn voor iedereen. Ondanks deze relatief gunstige situatie dient het beleid erop gericht te zijn dat ook in de toekomst de geneesmiddelenvoorziening goed, toegankelijk en betaalbaar dient te zijn voor iedereen.

Geneesmiddelengebruik in Nederland bescheiden

Beleid is gewenst om ontwikkelingen binnen de geneesmiddelensector in goede banen te leiden. Als eerste worden genoemd het toenemend geneesmiddelengebruik vanwege het groeiend aantal mensen met chronische ziekten bij een vergrijzende bevolking en de toenemende druk van de farmaceutische industrie op het voorschrijven van (nieuwe) geneesmiddelen. De demografische ontwikkelingen in Nederland gaan gepaard met een toenemende behoefte aan zorg, waaronder farmaceutische zorg. Dit vraagt om goede medicatiebegeleiding van de individuele patiënt en afstemming en samenwerking tussen de betrokken beroepsgroepen. Dit

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



geldt ook bij het gebruik van complexe medicatie in de thuissituatie. Op het terrein van geneesmiddelengebruik, met name bij chronisch gebruik, kan veel verbetering worden bereikt, onder meer met een verdere ontwikkeling van de transmurale zorg. De nieuwe wettelijke kaders, met name de WGBO, Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet BIG en de Mededingingswet, dienen door de overheid, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties nader ingevuld te worden voor het verbeteren van de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening.

Samenwerking noodzakelijk

Met de introductie van nieuwe, vaak dure geneesmiddelen zijn grote financiële belangen gemoeid. De farmaceutische industrie maakt, naast beïnvloeding van de voorschrijver, in toenemende mate gebruik van directe beïnvloeding van de patiënt om de vraag naar het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen te bevorderen. Hierbij maakt de industrie onder meer gebruik van de publieke media en patiëntenorganisaties. Ook zoekt de farmaceutische industrie steeds nieuwe wegen om invloed te krijgen op het farmacotherapie overleg (FTO) tussen arts en apotheker. Onder de nieuwe Mededingingswet is het niet mogelijk dat de farmaceutische industrie met apothekers contracten afsluit over het exclusief afleveren van bepaalde producten.

Toenemende invloed farmaceutische industrie

Vanuit het oogpunt van kostenbeheersing alsmede kwaliteitsbewaking is sturing van het gebruik van nieuwe geneesmiddelen wenselijk. Een probleem bij de bepaling van de therapeutische waarde van veel oudere geneesmiddelen is dat onderzoeksgegevens, die de huidige toets der kritiek kunnen weerstaan, vaak ontbreken. Daarnaast zijn nieuwe middelen soms nog niet lang genoeg in de praktijk gebruikt om uitsluitsel te geven over de langetermijneffectiviteit. Dergelijke aspecten geven de grenzen van 'evidence based medicine' aan. Een ander discussiepunt betreft de vraag in hoeverre vernieuwingen klinisch relevant zijn en hogere kosten rechtvaardigen. De rol van de specialisten is groot bij de introductie van nieuwe middelen op de markt en deze beroepsgroep dient betrokken te worden in beleidsontwikkelingen op dit vlak.

Is vernieuwing verbetering?

Door de beroepsgroepen zijn veel initiatieven genomen ter verbetering van het verlenen van patiëntgerichte en doelmatige farmaceutische zorg. Deze omvatten onder meer samenwerking in FTO, de ontwikkeling van formularia, standaarden en richtlijnen, ontwikkeling van medicatiebewaking en -begeleiding, patiëntgerichte voorlichting en de ontwikkeling van transmurale

Ontwikkelingen vanuit beroepsgroepen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

zorg.

De samenwerking tussen artsen en apothekers, onder meer in FTO, blijkt in de praktijk een gewaardeerd forum te zijn voor het bespreken van het eigen voorschrijfbeleid, plaatsbepaling van nieuwe geneesmiddelen, implementatie van NHG-standaarden en formulariumafspraken. De eerste resultaten uit evaluatiestudies van het FTO laten zien dat er gewenste veranderingen in het voorschrijven optreden. Intensieve samenwerking tussen huisarts en apotheker kan ook leiden tot minder en goedkopere voorschriften. Een belangrijke conclusie is dat het FTO als kwaliteitsverbeterende interventiestrategie haar vruchten lijkt af te werpen.

De ontwikkeling van NHG-standaarden en implementatie ervan in de praktijk is een belangrijk instrument om de kwaliteit van het voorschrijven in de eerste lijn te verbeteren. In de tweede lijn wordt gebruik gemaakt van richtlijnen die tot stand komen in consensusbijeenkomsten georganiseerd door het CBO. Het gebruik hiervan is echter minder geïmplementeerd dan dat van de NHG-standaarden. In de praktijk is behoefte om tot een betere afstemming van het voorschrijven in de eerste en tweede lijn te komen.

Betere afstemming eerste en tweede lijn noodzakelijk

Naast het belang dat wordt toegekend aan het werken volgens standaarden en richtlijnen, dient tevens erkend te worden dat er grenzen zijn aan het geprotocolleerd werken. Medische terreinen die sterk in ontwikkeling zijn of moeilijk definieerbaar, zijn slecht te protocolleren. Bovendien kunnen omstandigheden in relatie tot de patiënt betekenen dat van de standaarden afgeweken dient te worden. Standaarden en protocollen vormen een hulpmiddel bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Essentieel in de samenwerking tussen arts en apotheker, zoals in het FTO, is het gemeenschappelijk draagvlak waarop afspraken kunnen worden gemaakt. De beroepsgroepen spelen hierin een belangrijke rol en nemen deze ook op zich.

Gezamenlijk draagvlak

De mogelijkheden van informatisering zullen in toenemende mate een stempel drukken op de farmaceutische zorg en een grote rol spelen in de ontwikkelingen in de samenwerking tussen arts en apotheker. Dit geldt zowel in de eerste als in de tweede lijn, als in de afstemming in het kader van de transmurale zorg. Overigens is de derde lijn, de zorgverlening in verpleeghuizen, niet expliciet aan de orde gekomen in deze achtergrondstudie. Gewenst is deze

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

gespecialiseerde zorg verder te betrekken in de transmurale ontwikkelingen. Voor toekomstige ontwikkelingen is afstemming in gegevensverzameling en -uitwisseling in de gezondheidszorg van belang. Hierbij spelen privacyaspecten en beveiliging van systemen een grote rol. Tevens is duidelijkheid over het beheer en gebruik van gegevens noodzakelijk.

Het waarborgen van de kwaliteit in de farmaceutische zorgverlening is een terrein waar momenteel veel ontwikkelingen plaatsvinden. In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden normen ontwikkeld waaraan de aflevering van geneesmiddelen dient te voldoen. Hierbij worden tevens eisen gesteld aan de uitvoering van medicatiebewaking en informatieverstrekking aan de patiënt. Protocollering van de zorgverlening, zoals vastgelegd in de Nederlandse Apotheek Normen (NAN), vormt een belangrijk onderdeel. Met behulp van certificering is een proces in gang gezet waarmee de farmaceutische zorg over de hele linie verbetert en breder toetsbaar kan worden gemaakt. Ook nieuwe distributievormen in de farmaceutische zorgverlening dienen aan de gestelde eisen te voldoen, onder meer op het terrein van medicatiebewaking en patientvoorlichting. Afspraken over de kwaliteit en kostenbeheersing in de geneesmiddelenverstrekking kunnen een sturingsinstrument zijn voor zorgverzekeraars om een goede kosten-baten verhouding te bereiken.

Wettelijke normen voor kwaliteit

De ziekenfondsen zijn per 1-1-'98 risicodragend in het beheer van onder meer de farmaceutische budgetten. Dit houdt in dat zij in toenemende mate belang hebben om instrumenten te ontwikkelen waarmee de geneesmiddelenvoorziening in kwaliteit en kosten gestuurd kan worden. Ontwikkelingen zoals managed care, disease management en output-pricing, die in de Verenigde Staten veel worden toegepast, staan momenteel sterk in de belangstelling. Centrale elementen zijn protocollering van de (farmaceutische) zorg en kostenbeheersing. Bij de discussies dient niet uit het oog te worden verloren dat er grote verschillen bestaan in uitgangspunten en uitvoering van de gezondheidszorg tussen de VS en Nederland. Eén van de pijlers in het Nederlandse systeem is het solidariteitsprincipe waarmee voor allen toegankelijkheid en betaalbaarheid in de zorgverlening wordt nagestreefd. Het is van belang te erkennen dat solidariteit en marktwerking zich niet goed laten combineren in beleid. Onder meer in de farmaceutische zorgverlening dienen keuzes te worden gemaakt op welke terreinen marktwerking tot doelmatiger zorg

Ziekfondsen zijn risicodragend geworden

Solidariteit of marktwerking?

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

kan leiden en op welke terreinen het argument van de solidariteit voorop dient te staan.

Marktwerking in de zorg versterkt de positie van de patiënt als consument. Een grotere verantwoordelijkheid van de patiënt in de zorg heeft als keerzijde dat er sprake kan zijn van een toename in de individuele zorgbehoefte. Dit geldt onder meer op het terrein van het geneesmiddelengebruik. Vanwege de diversiteit van de invloeden waaraan de patiënt bloot staat, hoeft marktwerking in de geneesmiddelenvoorziening niet te leiden tot een toename van doelmatig geneesmiddelengebruik.

De introductie van concurrentie in de geneesmiddelen distributie leidt niet automatisch tot lagere kosten. Bepaalde onderdelen van de zorg, zoals het verstrekken van chronische medicatie, kan goedkoper worden uitgevoerd, maar dit betekent dat de andere zorgverlening duurder wordt. Het is de vraag of kostendifferentiatie in de aflevering van geneesmiddelen wenselijk is uit het oogpunt van transparantie, beheersbaarheid en controleerbaarheid.

## 2 Het geneesmiddelengebruik in cijfers

Een eerste beschrijving van het geneesmiddelengebruik is goed mogelijk aan de hand van cijfermatige overzichten. In het hier beschreven overzicht is onderscheid gemaakt in extramuraal gebruik en gebruik in de tweede lijn. Over het eerste zijn veel meer gegevens voor handen dan over intramuraal gebruik. Dit is voornamelijk een gevolg van het feit dat medicatie in ziekenhuizen in het totaalbudget en in de totale verpleegprijs is opgenomen. Er wordt apart aandacht besteed aan zelfmedicatie. Met de toenemende invloed van 'Europa' is het interessant het geneesmiddelengebruik in Nederland ook in internationaal perspectief te plaatsen.

### 2.1 Extramuraal gebruik in cijfers

#### *Volumeontwikkelingen*

Meer dan de helft van de diagnoses bij huisartsen en specialisten (extramuraal) eindigt in een medicamenteuze therapie (tabel 2.1). Dit patroon is in de afgelopen jaren stabiel gebleven.

*Tabel 2.1 Percentage medicamenteus behandelde diagnoses*

Behandelde diagnoses in %	1990	1995	1996
Medicamenteus behandeld	56	58	57
Niet medicamenteus behandeld	44	42	43

(IMS, 1997)

Ondanks dit stabiele patroon per diagnose is er wel een stijging in totaalvolume en kosten van gebruik. In 1996 zijn in totaal 113 miljoen voorschriften verstrekt, waarvan 103 miljoen via de openbare apotheken en 10 miljoen via apotheekhoudende huisartsen. Hiermee is een totaal bedrag van f 5.636 miljoen gemoeid (inclusief btw, Ziekenfondsraad, 1997). De kostenstijging in de periode 1993 t/m 1996 laat een veel gematigder beeld zien dan in de periode daarvoor, van 1989 t/m 1992: 3,5% versus 10,5%. De Ziekenfondsraad concludeert dat het door de overheid gevoerde kostenbeheersingsbeleid duidelijk haar vruchten begint af te werpen.

Kostenbeheersingsbeleid  
effectief

Het gemiddeld aantal voorschriften per ziekenfondsverzekerde in 1996 afgeleverd door de apotheek bedraagt 8,39 en 8,36 afgeleverd door de apotheekhoudende huisartsen. Hiervan betreft

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

6,40 resp. 6,55 voorschriften voor WTG-geneesmiddelen en 1,51 en 1,54 voorschriften voor buiten-WTG-artikelen. Het resterende deel van de voorschriften betreft magistrale receptuur en overige middelen (ZFR, 1997).

De continue stijging in volume (tabel 2.2) tot 1993 wordt in 1994 doorbroken omdat in januari 1994 een maatregel van kracht werd, op grond waarvan een groot aantal buiten-WTG- middelen van vergoeding wordt uitgesloten. De na 1994 te constateren stijging komt vrijwel geheel op conto van de buiten-WTG artikelen. Het relatieve aandeel van WTG-artikelen neemt toe van 70% in 1993 tot 76% in 1996.

Uitsluiting geneesmiddelen van vergoeding

*Tabel 2.2 Gemiddeld aantal voorschriften per ziekenfondsverzekerde*

Jaar	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Aantal verzekerden (mln)	1,83	1,86	1,76	1,84	1,86	1,86	1,86	2,01
WTG-artikelen	4,66	5,16	5,73	6,15	6,37	6,37	6,53	6,41
Buiten-WTG artikelen	1,16	1,53	1,77	1,94	1,91	1,21	1,27	1,51
Magistrale bereidingen	0,68	0,76	0,76	0,78	0,78	0,45	0,43	0,43
Overige artikelen	0,45	0,18	0,19	0,11	0,08	0,06	0,05	0,05
Totaal	6,95	7,63	8,45	8,98	9,13	8,08	8,29	8,39

(ZFR, 1997)

Cijfers uit de openbare apotheek laten zien dat in 1996 aan ziekenfondsverzekerden gemiddeld 7,1 voorschriften voor WTG-geneesmiddelen werden afgeleverd en 4,8 WTG-voorschriften voor particulier verzekerden. Het hogere geneesmiddelengebruik binnen de ziekenfondssector is volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen niet alleen toe te schrijven aan de afwijkende leeftijdsopbouw van beide sectoren, omdat verschillen in geneesmiddelengebruik in alle leeftijdsklassen voorkomen. Een andere factor die van belang is voor het geneesmiddelengebruik is de sociale achtergrond. Personen die tot een hogere sociale klasse behoren hebben in het algemeen een betere gezondheidsbeleving dan personen die tot een lagere sociale klasse behoren (SFK, 1997).

Verschillen in geneesmiddelen-gebruik

#### *Kostenontwikkelingen*

Ziektenfondsverzekerden hebben in totaal gemiddeld hogere geneesmiddelenkosten dan particulier verzekerden (tabel 2.3), hetgeen in overeenstemming is met het gemiddeld groter aantal voorschriften per persoon. De gemiddelde kosten per WTG-voorschrift bedragen voor particulier verzekerde patiënten f 43,40 en voor ziekenfondsverzekerden f 40,41. Gemiddeld krijgen particulier verzekerden voor 41,5 dagen geneesmiddelen afgeleverd en ziekenfondsverzekerden voor 42,9 dagen (SFK,

Verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

1997).

Tabel 2.3 *Geneesmiddelenkosten in guldens per verzekerde, apotheekgegevens*

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenfonds-verzekerden	353	379	399	415	400
Particulier verzekerden	249	285	273	269	285

(SFK, 1997)

De verschillen in geneesmiddelenkosten tussen ziekenfonds en particulier verzekerden worden door de Ziekenfondsraad voor een belangrijk deel toegeschreven aan verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen de groepen en daaraan gerelateerde factoren, zoals sociale achtergrond. De ziekenfondsen verzekerden verhoudingsgewijs meer ouderen dan de particuliere verzekeraars doen.

De stijging van de kosten in 1996 in de particuliere sector houdt mogelijk verband met de introductie van het naturasy-steem en daardoor een verminderd kostenbewustzijn bij de particuliere verzekerden. De tegelijkertijd optredende daling bij de ziekenfondspatiënten kan worden verklaard door de uitdunning van het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket, de invoering van maximumprijzen en de toename van de generieke substitutie door apothekers (SFK, 1997).

De kosten per voorschrift laten een patroon van voortgaande stijging zien. Als gevolg van de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) in 1991 en de invoering van de Wet op de Geneesmiddelenprijzen (WGP) in 1996 wordt de jaarlijkse stijging onderbroken. De Ziekenfondsraad stelt dat deze stijging wordt veroorzaakt door substitutie van goedkopere naar duurdere middelen. Daarnaast is het zo dat door het verwijderen van relatief goedkope geneesmiddelen, zoals onder meer zelfzorgmiddelen, de kosten per voorschrift toenemen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, JOZ 1997).

Kosten per voorschrift stijgen

Tabel 2.4 *Kosten (in guldens) per voorschrift voor ziekenfonds-verzekerden*

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Totale kosten	39,9	40,8	39,6	41,7	43,7	48,9	49,8	49,5

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

(ZFR, 1997)

De ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten per WTG-voorschrift is de belangrijkste factor binnen de toename van de uitgaven aan farmaceutische hulp. In vier jaar tijd zijn de gemiddelde geneesmiddelenkosten per WTG-voorschrift gestegen met f 7,80, ofwel een procentuele stijging van 23%. De Stichting Farmaceutische Kengetallen noemt deze stijging des te opmerkelijker, wanneer men bedenkt dat in 1994 en 1996 de geneesmiddelenprijzen beduidend omlaag zijn gegaan. Per 1 juni 1994 zijn de geneesmiddelenprijzen op initiatief van de farmaceutische bedrijfskolom verlaagd met 5%. De invoering van de maximumprijzen leidde tot een prijsverlaging van 12% in de loop van 1996. Bij het vaststellen van maximumprijzen voor de derde en laatste groep geneesmiddelen per 1-2-1997 heeft de invoering van de Wet op de Geneesmiddelenprijzen geresulteerd in een gemiddelde prijsverlaging van 15%. De hogere kosten per voorschrift zijn het gevolg van een verschuiving in het gebruik naar nieuwere, veelal duurdere middelen (SFK, 1997).

Verschuiving in gebruik naar nieuwe, duurdere geneesmiddelen

Tussen apothekers en apotheekhoudende huisartsen zijn nauwelijks verschillen ten aanzien van het aantal voorschriften per ziekenfondsverzekerde. Apotheekhoudende huisartsen leveren minder magistrale receptuur en meer WTG-artikelen, in vergelijking met de voorschriften die door apothekers worden afgeleverd. Wel zijn er verschillen in kosten. De apotheekhoudende huisarts levert goedkoper af (ZFR, 1997). In 1996 is het verschil f 77 per ziekenfondsverzekerde. De Ziekenfondsraad verklaart dit verschil voor ruim de helft door de verschillen in honoreringsstructuur: apotheekhoudende huisartsen ontvangen een vast abonnementshonorarium per verzekerde, ongeacht het aantal afleveringen, terwijl apothekers per voorschrift (receptregel) een vaste WTG-opslag vergoed krijgen. In beide gevallen dient de vergoeding om de praktijkkosten te dekken. Het resterende deel in het verschil in kosten tussen apotheekhoudende huisartsen en apotheken verklaart de Ziekenfondsraad uit het feit dat apotheekhoudende huisartsen vooral gevestigd zijn in minder verstedelijkte gebieden, waar het geneesmiddelengebruik relatief laag is en doordat een deel van de specialistenreceptuur en magistrale bereidingen bij de openbare apotheker terecht komt. Hierdoor komen extra kosten bij de apotheker terecht.

Verskil in kosten apotheekhoudende huisartsen en apothekers

Voortbordurend op het verschil in geneesmiddelengebruik tussen stad en platteland heeft de KNMP met de gegevens van het Geneesmiddelen Informatie Project van de Ziekenfondsraad een vergelijking gemaakt tussen geneesmiddelenkosten bij

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



afleveringen verstrekt door de apotheekhoudende huisarts en de plattelandsapotheek. Hieruit blijkt dat de kosten per afleveraar gelijk zijn en dat de apotheekhoudende huisarts gemiddeld iets meer recepten voorschrijft, maar voor iets kortere duur dan de gemiddelde huisarts. Geconcludeerd kan worden dat het verschil in geneesmiddelenkosten tussen apotheekhoudende huisartsen en apotheken voor een belangrijk deel verklaard kan worden door verschillen in geneesmiddelengebruik tussen stad en platteland. Gelet op het grotere aandeel in de specialistenreceptuur bij de apotheken is het mogelijk dat er eerder sprake is van lagere geneesmiddelenkosten per ziekenfondsverzekerde voor verstrekkingen uit plattelandsapotheken, dan voor verstrekkingen door apotheekhoudende huisartsen (KNMP, 1996).

## 2.2 Intramurale afleveringen in cijfers

In tabel 2.5 is de ontwikkeling in de intramurale geneesmiddelenkosten weergegeven (omzetten af-fabriek). Ter vergelijking is tevens de ontwikkeling in de extramurale geneesmiddelenkosten vermeld (tabel 2.5). De afname van het aandeel van de intramurale geneesmiddelenkosten op het totaal is in 1995 omgebogen tot een stijging.

Kosten geneesmiddelen in ziekenhuizen

Tabel 2.5 Ontwikkeling in geneesmiddelenkosten (x 1000 guldens)

	1992	+/-	1993	+/-	1994	+/-	1995	+/-	1996	+/-
		%		%		%		%		%
Intramuraal	422	13	449	6	465	3	507	9	536	6
Extramuraal	2689	12	2987	11	3151	6	3327	5	3357	1
Intramuraal als % van totale kosten	13,6		13,1		12,9		13,2		13,8	

(IMS, 1997)

## 2.3 Invloed van demografie

De CBS-bevolkingsprognose uit 1996 schat dat de totale bevolking zal toenemen van 15,5 miljoen in 1996 tot 16,7 miljoen in 2015. Ook de vergrijzing van de bevolking blijft toenemen, een stijging van het percentage van personen van 65 jaar en ouder van 13,1% in 1994 tot 17,3% in 2015. Het RIVM schat dat daardoor de kosten voor farmaceutische zorg jaarlijks zullen stijgen met 1,1%, van 5,3 miljard gulden in 1994 tot 6,7 miljard gulden in 2015 (Ruwaard, 1997).

Ouderen gebruiken veel meer geneesmiddelen dan de rest van de populatie. Het aantal WTG-voorschriften per persoon per jaar is voor de verschillende leeftijdsklassen weergegeven in tabel 2.6. Personen ouder dan 65 jaar gebruiken gemiddeld 2,9 keer zoveel geneesmiddelen als de gemiddelde Nederlander. Bij personen ouder dan 75 jaar is dit 4 keer zoveel als het gemiddelde.

Geneesmiddelengebruik is leeftijdsgebonden

Tabel 2.6 Aantal WTG-voorschriften per persoon in 1996 naar leeftijdsklassen

	0-9 jaar	10-19 jaar	20-39 jaar	40-64 jaar	≥ 65 jaar
WTG-voorschriften per persoon	2,3	2,0	3,9	7,0	18,0

(SFK, 1997)

Vanaf de leeftijd van 15 jaar gebruiken vrouwen meer geneesmiddelen dan mannen. Uitgesplitst per leeftijdsklasse is het aantal voorschriften voor ziekenfondsverzekerde mannen en vrouwen als weergegeven in tabel 2.7. In de leeftijdsklassen tussen 15 en 44 jaar is een belangrijk verschil het gebruik van anticonceptie door vrouwen. Vrouwen tussen de 35 en 64 jaar krijgen anderhalf keer zoveel recepten voorgeschreven als mannen. Vrouwen overtreffen mannen ruim in het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen, antidepressiva, plaspillen, laxeremiddelen, middelen tegen allergie en schildklierpreparaten. Mannen krijgen vaker cholesterolverlagende middelen, maagmiddelen, middelen voor de luchtwegen en antistollingsmiddelen. Boven de 65 jaar verandert er weinig aan dit patroon, zij het dat voor de totale receptuur de verschillen tussen mannen en vrouwen kleiner worden (Lagro-Janssen, 1997).

Sexeversillen in geneesmiddelen-gebruik

Tabel 2.7 Aantal voorschriften per ziekenfondsverzekerde per leeftijdsklasse

	mannen	vrouwen
0-4 jaar	4,8	4,0
5-14 jaar	2,2	2,2
15-24 jaar	2,2	5,5
25-44 jaar	4,0	7,3
45-64 jaar	9,5	12,2
65-74 jaar	17,2	19,4
≥ 75 jaar	24,6	28,9

(ZFR, 1997)

## 2.4 Zelfmedicatie

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Een deel van de farmaceutische zorg gebeurt in de vorm van zelfzorg. 28% Van de bevolking heeft een medicijn gebruikt zonder recept als gevraagd wordt naar het gebruik van zelfzorgmiddelen over de achterliggende twee weken (CBS, 1997). Hierbij gaat het om een omzet in 1996 van 335,9 miljoen gulden, uitgedrukt in af-fabrieksprijzen (IMS, 1997). De consument betaalt bij de aanschaf meer dan tweemaal deze prijzen. Ter vergelijking: in 1995 is f 855 miljoen aan OTC-producten (over-the-counter) uitgegeven, uitgedrukt in consumentenprijzen. Hiervan is f 437 miljoen niet, en f 418 miljoen wel declareerbaar via de WTG (MarketScan, 1997). Verder wordt jaarlijks ook ruim f 220 miljoen uitgegeven aan zelfzorgproducten die niet zijn geregistreerd als geneesmiddel en onder de Warenwet vallen.

Het merendeel van de verkoop van zelfzorgproducten verloopt via de drogist: f 235,5 miljoen in vergelijking met f 96,4 miljoen via de apotheker en f 4,0 miljoen via andere kanalen (af-fabrieksprijzen; IMS, 1997). Uitgedrukt in procenten: 70% van de totale omzet loopt via drogisten, 19% via apotheken en 11% via overige kanalen, zoals supermarkt, reformhuis en warenhuis.

## 2.5 Geneesmiddelengebruik in Nederland in internationaal perspectief

Nederland staat bekend als een land dat terughoudend is als het gaat om geneesmiddelengebruik. Dit komt tot uiting in volume en in kosten per hoofd van de bevolking (tabel 2.8). De groei van de geneesmiddelenkosten is sinds 1994 in Nederland steeds lager dan in de overige Europese (EU) landen (Tweede Kamer der Staten-Generaal, JOZ 1997).

Geneesmiddelengebruik terughoudend

Tabel 2.8 *Volume en omzet aan geneesmiddelengebruik in EU*

	% medicamenteus behandelde diagnose 1995/1996 *	omzet/capita in f 1995 **
Spanje	79 %	327
Portugal	-	366
Nederland	58 %	372
Groot Britannië	74 %	376
Italië	94 %	401
Oostenrijk	100 %	527
Duitsland	70 %	557
België	86 %	558
Frankrijk	82 %	724

\* IMS/Selfmedication (geciteerd door Nephofarm)

\*\* SFK 1997. Gegevens betreffen alle middelen, UR plus niet-UR

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

### geneesmiddelen

Van het bruto nationaal product wordt ongeveer 9% betaald aan de gezondheidszorg in Nederland. In 1993 waren de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland per persoon f 3.799 (inclusief btw), waarvan 8,9% aan geneesmiddelen werd uitgegeven. Dit percentage komt overeen met dat in Duitsland, 8,4%, maar is veel lager dan dat in Spanje en Portugal, 20,9% resp. 26,4% (Schrijvers, 1997).

### 3 Kwaliteit en kostenbeheersing van voorschrijven en afleveren

In navolging van VTV 1997 kan kwaliteit van de farmacotherapie (gezondheidszorg met geneesmiddelen) omschreven worden als de resultante van werkzaamheid en effectiviteit. De werkzaamheid van geneesmiddelen wordt experimenteel aangetoond in zgn. 'randomized clinical trials'. In hoeverre werkzaam gebleken geneesmiddelen ook effectief zijn in de praktijk van alledag, wordt vastgesteld in farmaco-epidemiologische studies, waarbij naar de uitkomsten wordt gekeken van de therapie bij grote groepen patiënten die representatief zijn voor de alledaagse werkelijkheid. Vanwege de breedte van het terrein waarop geneesmiddelenonderzoek plaatsvindt, is het voor de individuele zorgverlener, arts of apotheker, niet (meer) mogelijk om alle informatie te verzamelen en af te wegen. Om de kwaliteit van de farmacotherapie te bevorderen zijn verschillende benaderingen ontwikkeld. Ze worden hier behandeld in de volgorde van:

- vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis;
- van bruikbare kennis naar toepassing in de praktijk;
- monitoring van patiënten;
- onderzoek naar doeltreffendheid van interventies.

Behalve deze faciliterende benaderingen wordt ook gebruik gemaakt van sturing door middel van regelgeving, met name ten aanzien van vergoeding en prijsstelling.

Uitkomsten uit onderzoek vertalen naar de praktijk

Met de nadruk die wordt gelegd op het voorschrijven van geneesmiddelen dient niet uit het oog te worden verloren dat in elke situatie een andere vraag als eerste beantwoord dient te worden, namelijk: is het gewenst dat een geneesmiddel wordt voorgeschreven in deze situatie? Vervolgens blijkt het voorschrijven een proces te zijn waarin verschillen typen overwegingen een rol spelen. Professionele afwegingen kunnen complex zijn, bijvoorbeeld op terreinen die medisch sterk in beweging zijn. Daarnaast is de patiënt steeds mondiger geworden en kan een grote invloed uitoefenen op het voorschrijven van de arts. Eén aspect hiervan is dat de farmaceutische industrie zich in toenemende mate via de publieke media rechtstreeks tot de patiënt richt, hetgeen tot een expliciete vraag voor een bepaald geneesmiddel kan leiden. Bovendien bevordert informatie van de industrie de beeldvorming dat bepaalde klachten altijd met geneesmiddelen behandeld dienen te worden (zie verder § 4.1).

Geneesmiddel niet altijd gewenst

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen van de benaderingen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

gericht op het verbeteren van de kwaliteit en kostenbeheersing van voorschrijven en afleveren apart beschreven voor de eerste en de tweede lijn. In het derde deel worden de ontwikkelingen op het gebied van de afstemming tussen eerste en tweede lijn beschreven.

### 3.1 De eerste lijn

#### *Vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis*

Het proces van kennisverzameling en interpretatie van wetenschappelijke kennis voor gebruik door de individuele zorgverlener wordt door verschillende organisaties ondersteund in de vorm van de ontwikkeling van formularia, standaarden, geneesmiddelencompendia en 'traditionele' nascholingsbijeenkomsten.

Ondersteuning individuele zorgverleners door beroepsorganisaties

In de jaren '70 werden de eerste geneesmiddelenformularia gezamenlijk ontwikkeld door huisartsen en apothekers ter verbetering en uniformering van de farmacotherapie.

Bijkomend voordeel van het maken van afspraken over een beperkt geneesmiddelenassortiment is dat de kosten voor het voorraadbeheer in de apotheek afnemen. Inmiddels zijn er in vele regio's formularia ontwikkeld en zijn sommigen al aan hun derde editie toe (Groninger Formularium, 1995). Bij een recent gepubliceerde vergelijking van zeven nog geldige formularia viel de grote diversiteit op, zowel wat betreft de opgenomen middelen als de behandelde gezondheidsproblemen (Kamps, 1997).

Standaarden op basis van 'evidence based medicine'

Binnen de huisartsenzorg is de ontwikkeling van standaarden al jaren aan de gang. Anno 1997 zijn er standaarden voor meer dan 60 aandoeningen en zijn er nog 40 in ontwikkeling. De standaarden formuleren het gewenste gedrag op basis van 'evidence based medicine'. Ze hebben tot doel huisartsen houvast te bieden in de dagelijkse praktijkvoering en de interdoktervariatie terug te dringen. Ook dienen de standaarden een opleidingsdoel, zowel voor de basisopleiding, als voor na- en bijscholing (Tweede Kamer der Staten-Generaal, JOZ 1997). Niet op elk terrein kunnen standaarden of protocollen worden ontwikkeld, bijvoorbeeld omdat er veel discussie plaatsvindt en weinig consensus bestaat over het te voeren beleid. Ook zijn er ziektebeelden die zich niet goed laten definiëren in medische termen. Een voorbeeld is myalgische encephalomyelitis, beter bekend als ME. De ontwikkeling van standaarden en protocollen is een bruikbaar hulpmiddel voor de praktijk, maar kent ook grenzen.

Bij de evaluatie van de effectiviteit van geneesmiddelen kan zich het probleem voordoen dat van oudere middelen onvoldoende gegevens aanwezig zijn, bijvoorbeeld over langetermijneffectiviteit, om een goede vergelijking met nieuwere geneesmiddelen mogelijk te maken. De uitvoering van dergelijk onderzoek met oudere middelen wordt om economische redenen niet uitvoerbaar geacht. Anderzijds kan het ook zijn dat juist van nieuwe geneesmiddelen onvoldoende gegevens zijn over de langetermijneffecten, waardoor de toepassing beperkt dient te blijven. Dergelijke aspecten geven de grenzen aan van 'evidence based medicine' (Köhler, 1997).

Aansluitend bij de standaarden heeft de NHG recent het Zakboekje Farmacotherapie voor de huisarts uitgegeven en het bijbehorende Farmacotherapie voor de Huisarts waarin nadere achtergronden worden gegeven (Rosmalen en Thomas, 1996). Hiermee is nu een nationaal formularium voor handen. Dit zou kunnen leiden tot meer uniformiteit en daarmee een antwoord kunnen vormen op de geconstateerde diversiteit in de regionale formularia. In hoeverre dit ook wenselijk is, is op voorhand niet te zeggen. Het voordeel van regionale formularia - directe betrokkenheid van de voorschrijvers bij het vaststellen van de keuzes - is komen te vervallen. Zonder vertaling op regionaal niveau kan dit de toepassing van de keuzes in de praktijk belemmeren door het ontbreken van draagvlak.

Vertaling formularia naar regionale/lokale situatie gewenst

Formularia en ook de standaarden worden steeds meer gedigitaliseerd en ontwikkeld tot zgn. beslissingsondersteunende middelen voor de voorschrijver. Na een aarzelende eerste stap gaan steeds meer huisartsen over tot computersystemen waarbij aan een diagnose (ICPC-code) de voorkeursmedicatie is gekoppeld. Op langere termijn zal de waarde van dit soort systemen sterk bepaald worden door de mate waarin de informatie up to date wordt gehouden.

Gedigitaliseerde formularia

In Nederland zijn diverse bulletins, gericht op arts en apotheker, waarin onafhankelijke geneesmiddeleninformatie wordt verstrekt. Het Geneesmiddelenbulletin en Pharma Selecta worden op landelijk niveau verspreid. Verder zijn er regionale en lokale bulletins zoals de 'Betuwe Circulaire' gezamenlijk opgesteld door ziekenhuis- en openbare apothekers en de 'geneesmiddelenrapporten' van Amsterdamse apothekers naar aanleiding van het gezamenlijk ontvangen van artsenbezoekers van de farmaceutische industrie.

Nascholing is een verplicht element in de beroepsuitoefening van

Nascholing verplicht

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

arts en apotheker. Elk jaar dient een bepaalde tijd aan nascholing te worden besteed. Hiertoe zijn door verschillende beroepsorganisaties programma's opgesteld. Ook de farmaceutische industrie is actief in het aanbieden van nascholing, waarbij vaak gebruik wordt gemaakt van deskundigen in het veld, waarmee de suggestie van onafhankelijkheid wordt gewekt.

Geneesmiddelencompendia zoals het door de Ziekenfondsraad uitgegeven Farmacotherapeutisch Kompas en het door Nefarma ondersteunde Repertorium worden vooral gebruikt als naslagwerken. Het eerder genoemde Farmacotherapie voor de Huisarts van het NHG heeft eenzelfde functie.

De verschillende bronnen van informatie waarmee zorgverleners in de praktijk van kennis worden voorzien, worden in toenemende mate gedigitaliseerd. Dit geldt voor het Farmacotherapeutisch Kompas en Geneesmiddelenbulletin, maar ook de medisch en farmaceutische wetenschappelijke literatuur wordt steeds meer toegankelijk via Internet. Behalve de professionele organisaties zijn ook commerciële instellingen literatuurservices aan het ontwikkelen waarbij snel en gericht elektronische informatie wordt gestuurd over verschenen literatuur, geïntegreerd met een papieren literatuurservice. Zorgverleners worden zo ondersteund bij het opbouwen van een eigen databank van literatuur. Overigens hebben ook patiënten in toenemende mate toegang tot dergelijke informatiebronnen.

Toegankelijkheid literatuur

#### *Van bruikbare kennis tot toepassing in de praktijk*

Het hebben van voldoende praktisch bruikbare informatiebronnen is een eerste stap, maar niet voldoende om deze kennis in de praktijk te doen toepassen. Een aantal strategieën wordt in Nederland toegepast met als doel het verbeteren van de kwaliteit van het voorschrijven. Besproken worden het farmacotherapieoverleg (FTO) en deskundigheidsbevordering in het kader van het NHG-standaardenbeleid. Tevens wordt ingegaan op de rol van de farmaceutische industrie bij het voorschrijven in de eerste lijn.

#### ➤ Samenwerking huisarts en apotheker; FTO

Nederland onderscheidt zich van veel van de haar omringende landen door de goede samenwerking tussen huisarts en apotheker. Naast het ad hoc overleg over individuele recepten, is er behoefte om meer gestructureerd van gedachten te wisselen over het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen. De term 'farmacotherapieoverleg' (FTO) raakt in de 70'er jaren ingeburgerd en in 1982 nam 35% van de huisartsen deel aan

Gestructureerd overleg tussen huisartsen en apothekers

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



structureel overleg met apothekers. In 1985 kwamen de toenmalige staatssecretaris van WVC, de LHV, de LSV en de KNMP met een intentieverklaring met als belangrijkste punt dat de totstandkoming van regionale medisch-farmaceutische commissies zou worden bevorderd. Daarnaast moeten plaatselijke medisch-farmaceutische overleggroepen worden ingesteld. Hiervan is echter in de praktijk weinig terechtgekomen.

In 1991 wordt het plan voor plaatselijke medisch-farmaceutische overleggroepen nieuw leven ingeblazen. Het GVS wordt ingevoerd en als flankerend beleid wordt het nationale farmacotherapie overleg-project geïnitieerd. In de Landelijke Stuurgroep FTO hebben de LHV, NHG, VNZ, KNMP, de toenmalige Stichting O&O en het toenmalige Ministerie van VWS zitting. Inhoudelijke ondersteuning aan FTO-groepen wordt gegeven door de Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening, waarin de Stichting O&O is opgenomen en de industrie-gesponsorde Stichting FTO verstrekt schriftelijke informatie. Als doelstelling voor farmacotherapieoverleg wordt geformuleerd: het bevorderen van rationele farmacotherapie. Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan het doelmatig en kostenbewust voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen. Het percentage aan FTO deelnemende huisartsen en apothekers ligt in veel regio's boven de 90% (DGV, 1997a). De huisartsen ontvangen tot nu toe een vergoeding voor deelname aan FTO, in tegenstelling tot de apothekers.

Bevordering doelmatig en kostenbewust voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen

Binnen het overleg kunnen verschillende doelstellingen worden geformuleerd om tot een verbetering van het voorschrijfgedrag te komen (tabel 3.1). In het lagere percentage FTO-groepen dat kiest voor het maken van bindende afspraken komt tot uiting dat huisartsen verschillende aspecten laten meespelen bij de uiteindelijke geneesmiddelenkeuze, waaronder de omstandigheden van de individuele patiënt. Bij de vaststelling van voorkeursbeleid is het van belang tevens vast te stellen welke marges of overwegingen er kunnen zijn om van het beleid af te wijken.

*Tabel 3.1 Doelstellingen van FTO-groepen*

Geformuleerde doelstellingen FTO-groepen	percentage van 545 huisartsen
Informatie uitwisselen over geneesmiddelen	58 %
Elkaar adviseren over voorkeursbeleid	54 %
Niet-bindende afspraken maken over voorkeursbeleid	76 %
Bindende afspraken maken over voorkeursbeleid	18 %

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

(De Vries, 1997)

Het FTO is een typisch voorbeeld van een interventiestrategie waarin verschillende methoden voor kwaliteitsverbetering worden gecombineerd. Vaak is er sprake van een casus die besproken wordt, is er aandacht voor terugkoppeling van geïndividualiseerde gegevens over feitelijk voorschrijven, wordt expliciet aandacht besteed aan de implementatie van standaarden en aan nieuwe geneesmiddelen. Cruciaal voor het FTO is de benadering in kleine, min of meer constante groepen waarin men elkaar goed leert kennen. Kernpunt van het FTO is het creëren van een omgeving waarin het eigen voorschrijven kan worden geëvalueerd.

Verskillende methoden voor kwaliteitsverbetering

Het feitelijk voorschrijfgedrag bespreken van individuele artsen kan leiden tot bewuster voorschrijven en wordt positief gewaardeerd. Voor de toepassing van deze 'feedback'-methode is als onderdeel van het nationale FTO project een methode ontwikkeld waarmee apothekers medicatiegegevens uit hun eigen praktijk zodanig kunnen verzamelen en bewerken dat zij geschikt worden voor farmacotherapieoverleg met huisartsen. Het computerpakket onder de naam Analyse farmacotherapieoverleg (AFTO) wordt door de KNMP verspreid. Anno 1997 hebben ongeveer 600 apothekers AFTO bij de KNMP aangeschaft. De PAO-cursus die ter ondersteuning van het gebruik is ontwikkeld, is door ongeveer 300 apothekers gevolgd. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van gegevens van de ziekenfondsen, die modellen voor terugkoppeling hebben ontwikkeld. In ongeveer 65% van de FTO-groepen wordt gesproken over prescriptiegegevens.

Terugkoppeling gegevens over feitelijk voorschrijven

FTO is een belangrijk instrument bij het helpen implementeren van standaarden en formularia in de praktijk van alledag (tabel 3.2). Het gebruik van formularia binnen het FTO kan discussies over geneesmiddelenkeuzes stimuleren en leiden tot het formuleren van eigen standpunten. Omgekeerd is voor het opstellen van een nieuwe versie van het Groninger Formularium ook gebruik gemaakt van voorstellen tot wijziging uit lokale FTO-groepen (Groninger Formularium, 1995).

Bespreking en implementatie van standaarden en formularia

*Tabel 3.2 Informatiebronnen bij FTO*

Informatiebronnen	percentage
NHG standaarden	94 %
Uitgaven Stichting DGV	82*
Farmacotherapeutisch Kompas	79
Geneesmiddelenbulletin	74
Uitgaven Stichting FTO	66

(De Vries 1997; DGV, 1997a)

Een ontwikkeling die samenhangt met de toepassing van formularia bij het voorschrijven, is het zogenaamde digitale formularium. Parallel hieraan worden ook digitale versies van de NHG-standaarden ontwikkeld, waarmee het diagnostische proces wordt ondersteund. Bij het digitale formularium bepaalt de huisarts de geneesmiddelenkeuze met behulp van een computerprogramma met indicatie- en therapiegerichte vragen. Voorschrijven van geneesmiddelen buiten het formularium blijft altijd mogelijk. Vanwege de beperkte keuze van geneesmiddelen, hetgeen inherent is aan het gebruik van een formularium, is het gebruik van een digitaal formularium alleen mogelijk wanneer de huisarts er volledig mee instemt. Technische ondersteuning van het digitale formularium blijkt in de praktijk veelal door de betrokken apothekers te gebeuren, wat betekent dat er sprake moet zijn van een goede samenwerking tussen arts en apotheker.

In het FTO staat de plaatsbepaling van nieuwe geneesmiddelen hoog op de agenda. 75% Van de groepen besteedt er aandacht aan (De Vries, 1997). Bespreking van nieuwe geneesmiddelen kan tegenwicht bieden tegen de vaak grote inspanningen van de farmaceutische industrie om het nieuwe middel 'in de pen' te krijgen.

Informatie-uitwisseling over nieuwe geneesmiddelen en plaatsbepaling daarvan

Het belang van het beschikbaar komen van onderzoek naar het gebruik van nieuwe geneesmiddelen in de praktijk voor het afwegen van de plaatsbepaling ervan, is verwoord in het Groninger Formulierium. Hierin wordt gesteld dat bij de keuze van middelen in principe alleen middelen worden opgenomen die langer dan drie jaar in Nederland zijn geregistreerd (Groninger Formulierium, 1995). Uitzonderingen zijn middelen uit geheel nieuwe therapeutische groepen die duidelijk meerwaarde bieden ten opzichte van beschikbare middelen. In sommige FTO-groepen is afgesproken dat artsenbezoekers uitsluitend door de apothekers worden ontvangen. Deze rapporteren de informatie in het FTO. Ook dit is een manier om informatie over nieuwe geneesmiddelen, die het belang van de industrie vertegenwoordigt, in een breder kader af te kunnen wegen.

In de praktijk doen zich knelpunten voor bij de bespreking van prescriptiegegevens en bij de implementatie van afspraken gemaakt tijdens het FTO. Hier worden besproken de medicatie van de specialist en de grote hoeveelheid herhaalreceptuur. Ook loopt men nogal eens op tegen het ontbreken van gegevens over de indicatie, waardoor het problematisch is bepaalde afspraken te evalueren (De Vries, 1997).

Knelpunten

Medicatie die wordt ingesteld door de specialist, wordt vaak gecontinueerd door de huisarts. Bij het bespreken van de prescriptie tijdens het FTO, is het soms moeilijk om onderscheid te maken tussen de prescriptie waar de huisarts zelf, dan wel de specialist verantwoordelijk voor is. Dit speelt met name in situaties waar de voorschriften van de specialist afwijken van de voorkeursmedicatie zoals vastgesteld in het FTO. Een andere situatie is die waarbij de arts nieuwe geneesmiddelen voorschrijft, waarover in het FTO afspraken zijn gemaakt om terughoudend mee te zijn.

Specialistenreceptuur

Met betrekking tot de substitutie van specialité naar generieke preparaten hebben specialisten soms andere inzichten dan huisartsen en apothekers. Op deze wijze wordt het beleid van de FTO-groep doorkruist door het voorschrijfbeleid van de specialist. Een geneesmiddelengroep waarbij deze problematiek speelt, is die van de hart- en vaatmiddelen. Voor de complexere ziektebeelden worden patiënten vaak verwezen naar de specialist, die vervolgens medicatie instelt. In een onderzoek is vastgesteld dat gemiddeld voor alle typen hart- en vaatmiddelen 65% van de voorschriften door de specialist was geïnitieerd (De Vries, 1996). Dit betekent dat er bij deze geneesmiddelgroep een aanzienlijke invloed van de specialist op het handelen van de huisarts uitgaat.

Bij de keuze van formulariumgeneesmiddelen is sprake van verschillende en soms tegengestelde belangen voor de eerste en de tweede lijn. Dit geldt onder meer voor de wijze waarop de prijs een grote rol speelt bij geneesmiddelenkeuzes in het ziekenhuis (Tempelaar, 1995). Echter, huisartsen zijn soms terughoudend in het veranderen van specialistenreceptuur. De specialist is verantwoordelijk voor de voorgeschreven medicatie en de huisarts is terughoudend om te interfereren in de patiënt-specialistrelatie. Een onderzoek naar de prescriptie bij verwijzing van de eerste naar de tweede lijn laat zien dat specialisten zowel veranderingen in de voorgeschreven medicatie aanbrengen, als geneesmiddelen toevoegen. Ervan uitgaande dat de voorgestelde wijzigingen alleen worden gecontinueerd wanneer de patiënt weer wordt ontslagen uit het ziekenhuis, leiden de veranderingen tot een kostenverhoging van 23%. Ongeveer 14% zou op de kosten bezuinigd kunnen worden indien huisarts en specialist alle generieke substitutie toepassen die mogelijk is (Bijl, aangeboden voor publicatie).

Verschillende afwegingen bij geneesmiddelenkeuzes in eerste en tweede lijn

Bij het optimaliseren van de farmacotherapie is het zaak stil te staan bij de herhalingsreceptuur (Dijkers, 1997). In 1990 betrof

Betere coördinatie in herhalingsreceptuur wenselijk

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

33% van de voorschriften in de huisartsenpraktijk herhalingsreceptuur die door de praktijkassistent wordt afgehandeld waarbij geen contact tussen patiënt en huisarts is. Herhalingsreceptuur komt veel voor bij chronische aandoeningen. Vanwege de toename van chronisch zieken bij de toenemende vergrijzing, is mogelijk het aandeel van de herhalingsreceptuur toegenomen sinds 1990. De belangrijkste geneesmiddelengroepen die op herhaling worden voorgeschreven zijn hart- en vaatmiddelen, psychofarmaca, middelen bij aandoeningen aan de ademhalingsorganen en huidpreparaten. Herhalingsreceptuur kan leiden tot ongewenste overprescriptie, onnodige kosten en risico's voor de patiënt, maar over het daadwerkelijk voorkomen van deze problemen is betrekkelijk weinig bekend.

Het Geneesmiddelenbulletin (Dijkers, 1997) beveelt aan een structuur op te zetten waarin duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de herhalingsreceptuur, huisarts of specialist. Het is van belang afspraken te maken zodat een goede controle op de kwaliteit van de prescriptie kan plaatsvinden (protocolleren). De huisarts heeft een coördinerende rol wanneer voorschriften van meerdere specialisten aan een patiënt worden voorgeschreven. De apotheker heeft een rol bij de evaluatie van de medicatie en kan de huisarts adviseren wanneer zich problemen voordoen, bijvoorbeeld op het gebied van interacties of contra-indicaties.

➤ Deskundigheidsbevordering in het kader van het NHG-standaardenbeleid

Ten behoeve van de implementatie van de NHG-standaarden zijn pakketten voor deskundigheidsbevordering ontwikkeld en worden bijeenkomsten voor huisartsen georganiseerd. De farmacotherapie komt hierbij ook aan bod, naast anamnese en onderzoek.

Belangrijke belemmeringen bij het handelen volgens de richtlijnen zijn gebrek aan tijd, ingeslepen routines en gebrek aan vaardigheden. Ook de praktijkvoering, bijvoorbeeld het hebben van veel telefonische consulten en hoge werkdruk kunnen een belemmering vormen voor het handelen volgens de standaarden.

Belemmeringen voor toepassen richtlijnen

➤ De farmaceutische industrie, nascholing en FTO

De farmaceutische industrie oefent op verschillende manieren haar invloed uit op het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen:

- sponsoring van onder meer nascholing en congressen;
- financiering van onderzoek;
- marketingactiviteiten gericht op arts en apotheker;
- directe invloed op patiënten, onder meer via patiëntenorganisaties en via publieke media (zie verder § 4.1).

Al vele jaren is de farmaceutische industrie zeer actief bij het sponsoren van diverse nascholingactiviteiten. Dit loopt uiteen van door het bedrijf gesponsorde reizen naar het buitenland voor symposiumbezoek tot het sponsoren van activiteiten, zoals symposia, georganiseerd door derden.

Farmaceutische industrie actief

Sinds nascholing van huisartsen verplicht is heeft het LHV de taak aangeboden activiteiten al dan niet van accreditering te voorzien. In de eerste anderhalf jaar van de inwerkingtreding van deze regeling toetste de LHV de door de farmaceutische industrie aangeboden activiteiten mede op handhaving van het Reclamebesluit geneesmiddelen. Dit hield in dat er werd gekeken of er al dan niet sprake was van gunstbetoning in strijd met de artikelen 14 t/m 17 van het Reclamebesluit. Sinds mei 1997 is de LHV daarmee opgehouden wegens onvoldoende duidelijkheid van het Reclamebesluit in deze kwestie. Nu wordt voor de accreditering uitsluitend op inhoudelijk en onderwijskundige aspecten getoetst.

In het FTO worden artsenbezoekers veelvuldig gemeenschappelijk ontvangen. In andere situaties worden artsenbezoekers uitsluitend door de apothekers ontvangen. In Amsterdam gebeurt dit al tien jaar lang. De apothekers stellen vervolgens een voorschrijfadvis op dat schriftelijk aan de huisartsen wordt gestuurd (Tien jaar advies van apothekers in Amsterdam-Noord boekt duidelijk resultaat, 1997).

Een randvoorwaarde voor constructief overleg tussen arts en apotheker is onafhankelijkheid van de belangen van de farmaceutische industrie. De industrie blijkt creatief in hun manieren om toch invloed te krijgen op het FTO. Zo is gebleken dat apothekers contracten afsluiten met een bedrijf waarmee zij zich verplichten de FTO-agenda en 'FTO-behoefte' met een medewerker van het betreffende bedrijf te bespreken, die vervolgens ondersteuning aanbiedt in de vorm van themapresentaties en literatuur. Tevens wordt contractueel vastgelegd dat uitsluitend bepaalde generieke en specialitéproducten van het bedrijf worden afgeleverd (Vrij Nederland 18-10-'97). Dergelijke contracten ondermijnen het vertrouwen dat tussen huisartsen en apothekers is opgebouwd.

Belang van onafhankelijkheid artsen en apothekers

#### *Monitoring van patiënten: medicatiebewaking*

Onder medicatiebewaking wordt verstaan de monitoring van medicatie van patiënten en naar aanleiding van waarschuwingssignalen zo nodig met de arts en/of patiënt in overleg te treden. Uitkomsten hiervan kunnen zijn verandering van de medicatie of

Geprotocolleerde afhandeling signalen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

advisering van de patiënt. Medicatiebewaking is ontwikkeld in de 80'er jaren met de introductie van de computer in de apotheek. Een belangrijk element om medicatiebewaking tot ontwikkeling te brengen, was dat ziekenfondspatinten een vaste apotheek hadden. Na het loslaten hiervan reageerden apothekers door clustering tot stand te brengen, waarbij meerdere apotheken van een centrale computer gebruik maken. Een belangrijk bijkomend voordeel van clustering is dat ook tijdens de dienst medicatiebewaking kan worden uitgevoerd. Een volgende stap in de ontwikkeling waar momenteel aan gewerkt wordt, is het protocolleren van de afhandeling van medicatiebewakingssignalen (Noordhollandse apotheken protocolleren medicatiebegeleiding, 1997). Elektronische gegevensregistratie daarbij is in ontwikkeling. Het analyseren van medicatiebewakingssignalen kan aanleiding geven tot het bespreken van algemene aspecten van het voorschrijfbeleid in het FTO.

Medicatiebewaking wordt uitgevoerd met behulp van receptgegevens. Bij de controle van het recept wordt gelet op over- of onderdosering, interacties met andere geneesmiddelen, contra-indicaties, dubbelmedicatie (dat wil zeggen overlap in voorschrijven van hetzelfde middel, hetgeen onder andere bij verslavende middelen voor kan komen), pseudo-dubbelmedicatie (voorschrijven van middelen uit dezelfde therapeutische klasse), aansluitend of afwijkend daggebruik bij chronische medicatie waarbij o.a. therapie-ontrouw aan het licht kan komen. In het geval er medicatiebewakingssignalen worden gemeld, dient hierop actie te worden ondernomen. De eerste actie zal in de regel zijn het raadplegen van de medicatiehistorie, om een gegeven signaal in het perspectief van de gehele medicatie te kunnen plaatsen. Vervolgens kunnen in principe drie typen acties worden onderscheiden:

Overleg met patiënt en/of arts

- De patiënt wordt gevraagd of datgene wat geconstateerd wordt bij de medicatiebewaking klopt en bedoeld is. Immers, de apotheek heeft niet dezelfde informatie als de arts en er kan een goede verklaring zijn voor het signaal.
- De arts dient te worden geraadpleegd omdat de patiënt onvoldoende toelichting kan geven of het een inhoudelijk probleem betreft dat met de arts opgelost dient te worden.
- De signalering leidt tot specifieke informatieverstrekking over het af te leveren geneesmiddel, bijvoorbeeld over innametijden, of het optreden van bepaalde effecten bij combinatie van geneesmiddelen.

Nu ook de huisartsen hun praktijk veelal hebben geautomatiseerd, wordt medicatiebewaking ook uitgevoerd als onderdeel van het

voorschrijfproces. De computer wordt veel gebruikt bij het genereren van recepten en medicatiehistories van patinten. De software voor de meeste huisartsinformatiesystemen (HIS) heeft medicatiebewakingssignalen in het pakket geïntegreerd. Daarnaast is ook het gebruik van zogenaamde elektronisch medisch dossiers waarin patiëntgegevens worden opgeslagen toegenomen.

Sinds het begin van de 90' er jaren zijn in een aantal plaatsen netwerken ontstaan waarbij koppeling van (bepaalde) apotheekbestanden aan patiëntgegevens in de huisartsenpraktijk worden gerealiseerd. Huisartsen maken hierbij gebruik van medicatiegegevens die in de apotheek worden geregistreerd. Een belangrijk voordeel is dat de huisarts ook een actueel inzicht krijgt in de afgeleverde specialistenreceptuur, door andere huisartsen voorgeschreven receptuur en diverse anderen. Dit is een niet onaanzienlijk deel van de totale medicatie, naar schatting respectievelijk 17%, 6% en 4% van de dagelijkse receptuur van patinten (Herings, 1997). Indien gewenst, kan het recept elektronisch worden doorgegeven aan de apotheek van keuze, zodat wachttijden in de apotheek bekort kunnen worden. Een ander voordeel van koppeling van gegevensbestanden uit verschillende praktijken is dat het bijwerken en opschonen van programmatuur en bestanden efficiënter kan plaatsvinden.

Koppeling gegevens arts en apotheek

Met de toenemende mogelijkheden in de informatisering ontstaan nieuwe mogelijkheden voor registraties, koppelingen en gebruik van gegevens. Geregistreerde gegevens in huisartsen- en apotheekpraktijken worden in toenemende mate gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De gegevens zijn een belangrijke bron voor evaluatie van de farmacotherapie in de praktijk van alledag.

In de huisartsenpraktijk is verdere uitbouw mogelijk naar signalen die mede gebaseerd zijn op de indicatie. Hiermee wordt een elektronisch patiëntendossier (EPD) ontwikkeld. Op dit moment is nog veel onduidelijk over de voorwaarden waaronder en de mate waarin het EPD de individuele patiëntenzorg en de beroepsmatige sturing kan ondersteunen. Er zijn grote verschillen tussen de beroepsgroepen in ontwikkeling en gebruik van het EPD. Veel medici werken nog niet met een EPD in het primaire zorgproces. De juridische implicaties van het EPD zijn nog onduidelijk, zoals privacybescherming, medisch beroepsgeheim en inzage- en correctierecht. Voor alle vormen van automatisering in de gezondheidszorg geldt dat ontwikkelingen zich dienen te verhouden tot het juridisch kader van de privacybescherming van de patiënt.

Ontwikkeling elektronisch patiëntendossier



De ontwikkelingen op de markt van de geneesmiddelenvoorziening leiden ertoe dat de patiënt zijn geneesmiddelen in toenemende mate langs verschillende kanalen zal betrekken. Van belang is ervoor zorg te dragen dat de medicatiebewaking ook in deze situatie kan plaatsvinden.

Afstemming registratie van medicatiegegevens

Verschillende mogelijkheden zijn hiervoor beschikbaar, waaronder:

1. Invoering van de chipcards in de zorg. Er is een grote kans op invoering van de chipcard in de gezondheidszorg volgens Zorgverzekeraars Nederland (Vaartjes, 1996). Apothekers, huisartsen en specialisten hebben in Limburg aan een succesvol gezamenlijk chipcardproject deelgenomen. Voorwaarde voor invoering van een chipcard is landelijke of zelfs internationale afspraken en standaardisatie.
2. Verder uitbouw en organiseren van lokale of regionale netwerken tussen apotheken en/of huisartspraktijken.
3. Coördinatie van de receptuur en medicatiebewaking door de huisarts. Hierover heeft de LHV recent een discussienota opgesteld (LHV, 1997). Hierin wordt gesteld dat het primaat van de medicatiebewaking in de huisartsenpraktijk dient te liggen. De gedachte is te komen tot een medisch-farmaceutische eenheid waarbij de apotheker de rol van adviseur op zich neemt. In het voorstel wordt de medische en farmaceutische zorg losgekoppeld van de handelsfunctie. Voorgesteld wordt uitsluitend medicatie te vergoeden die is gezien en gecontroleerd door de huisarts.

#### *Doeltreffendheid van interventies*

➤ Doeltreffendheid van educatief materiaal, standaarden en nascholing

De belangrijkste schriftelijke educatieve materialen in Nederland zijn formularia, het Geneesmiddelenbulletin en het Farmacotherapeutisch Kompas. Deze worden over het algemeen zeer gewaardeerd en veel gebruikt. Het effect van schriftelijke geneesmiddelenbulletins op het voorschrijfgedrag komt tot uiting in de toename van de kennis over effectiviteit en bijwerkingen en de perceptie van de bruikbaarheid van het middel door de arts. Afhankelijk van de relevantie voor de arts en de complexiteit van het onderwerp kan schriftelijke informatie, zoals verstrekt door het Geneesmiddelenbulletin, het voorschrijfgedrag van artsen beïnvloeden (Denig, 1990).

Toename kennis over geneesmiddelen

Bij de adoptie van nieuwe geneesmiddelen in de praktijk blijkt in de fase van eerste kennismaking de informatie van het Geneesmiddelenbulletin en bulletins zoals de Betuwe Circulaire een

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

minder belangrijke rol te spelen dan informatie van de farmaceutische industrie. Echter, in de fases waarin kennis over nieuwe middelen wordt verzameld en een arts afweegt om het middel voor te schrijven, wordt informatie verstrekt door onafhankelijk bulletins juist meer gebruikt dan informatie van de industrie (Blom, *et al.*, 1994).

In Amsterdam is tien jaar geleden ingesteld dat de apothekers artsenbezoekers van de farmaceutische industrie ontvangen. Op basis van de gegevens wordt een eenduidig voorschrijfadvis opgesteld en aan huisartsen in de regio gezonden. Recent heeft ZAO, de regionale zorgverzekeraar, de effecten van de adviezen op het voorschrijfgedrag geëvalueerd. In alle gevallen dat een positief voorschrijfadvis werd gegeven, werden de middelen vaker voorgeschreven door de huisartsen die de geneesmiddelinformatie ontvingen. De negatief geadviseerde middelen werden twee- tot driemaal minder vaak voorgeschreven (Tien jaar advies van apothekers in Amsterdam-Noord boekt duidelijk resultaat, 1997).

Voorschrijfadvis apothekers aan huisartsen boekt resultaat

Uit een evaluatie van Dalhuijsen, *et al.*, (1994) van 10 NHG-standaarden blijkt dat 67% van de aanbevolen handelingen werden verricht en 24% van de niet-aanbevolen handelingen, met aanzienlijke variatie tussen de verschillende standaarden. Farmacotherapie vormt slechts een klein onderdeel van deze handelingen. Er lijkt minder overeenstemming te zijn met de standaarden bij het gevoerde farmacotherapiebeleid en de patiëntvoorbereiding in vergelijking met de overeenstemming op het gebied van de anamnese en onderzoek. Zo kwam bij evaluatie van de standaard otitis media naar voren dat antibiotica vaak werden voorgeschreven als dat volgens de standaard niet nodig was en ook dat antibiotica *niet* werden voorgeschreven als daar de omstandigheden wel naar waren (Dalhuijsen, 1993).

Toepassing NHG-standaarden in de praktijk

Over de invloed van nascholingactiviteiten in Nederland op het voorschrijven is weinig bekend. In het algemeen lijkt een element in het succes of gebrek daaraan te zijn, de mate waarin artsen overtuigd zijn van het belang van verbetering door aantoonbare onvolkomenheden in hun voorschrijfgedrag (Haaijer-Ruskamp, 1996, Davis, 1992). In Nederland is de methode in het verleden wel toegepast door enkele ziekenfondsen, maar nooit goed geëvalueerd.

Invloed nascholing op voorschrijver onbekend

Uit de internationale literatuur blijkt dat het verstrekken van informatie alleen, niet leidt tot wezenlijke veranderingen in voorschrijfgedrag. Om dit wel te bereiken zijn meer actieve

Een individuele benadering van de huisarts

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

strategieën met een individuele benadering nodig, alhoewel deze methoden nog onvoldoende zijn geëvalueerd (Freemantle, 1996b).

In een nog lopend onderzoek in Noorwegen, Zweden en Nederland wordt gekeken naar de mate waarin men volgens de nationale standaarden (guidelines) schrijft op het gebied van astma en ongecompliceerde urineweginfecties. Op beide terreinen lijken huisartsen in Nederland zich goed aan de richtlijnen te houden. In tabel 3.3 zijn de eerste resultaten weergegeven (Diwan, *et al*, 1998).

Internationale vergelijking

Tabel 3.3 Voorschrijven in het licht van standaarden

	Nederland	Noorwegen	Zweden
Astma			
% Astmapatinten met inhalatie corticosteroden	57%	46%	45%
% Stootkuren corticosteroden bij patinten met exacerbaties	30%	-	15%
Urineweginfecties			
% Eerste keus middelen	84%	99%	54%

(Drug Education project, 1998)

➤ Doeltreffendheid van FTO

Op dit moment is de mate waarin FTO-bijeenkomsten het voorschrijven daadwerkelijk beïnvloeden nog onderwerp van studie in diverse plaatsen. De eerste afgeronde evaluatie in de praktijk is net verschenen (De Vries, 1997). Uit de studie komt naar voren dat huisarts en apotheker het FTO zeer waarderen. Uit een enquête onder 545 huisartsen blijkt dat 85% van deze groep zegt te zullen blijven deelnemen aan FTO, ook wanneer dit niet financieel beloond zou worden of met nascholingspunten. Opvallend is dat over het algemeen de apotheker als 'trekker' naar voren komt. Sommige huisartsen vinden dit een vanzelfsprekende taak voor de apotheker, terwijl anderen dit eigenlijk niet goed vinden, maar wel gemakkelijk. In andere FTO-groepen is de apotheker degene die de groep bewust niet trekt, waardoor de huisartsen actief initiatieven moeten nemen.

Waardering FTO hoog

Het merendeel van de huisartsen rapporteert in dit onderzoek voor te schrijven volgens de landelijke richtlijnen. Uit ander onderzoek is echter bekend dat men vaak denkt dit te doen. De opvattingen over wat die richtlijnen inhouden, is niet altijd in overeenstemming is met die richtlijnen (Veninga, aangeboden voor publicatie). Vooral eenduidige adviezen die kleine veranderingen betekenen ten opzichte van de bestaande prescriptie, kunnen effect hebben.

Stapsgewijze, kleine veranderingen in prescriptie sorteren effect

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Dit betekent dat grote veranderingen stapsgewijs ingevoerd moeten worden en goede planning vergen. Soms betreffen veranderingen kleine groepen patiënten die de niet-wenselijke therapie al lange tijd gebruiken. In dergelijke situaties kan de apotheker lijsten uitdraaien van patiënten om de huisarts te ondersteunen bij de verandering in prescriptie (De Vries, 1997).

Uit de evaluatie komt naar voren dat directe effecten op algemene indicatoren van voorschrijfpatronen vaak moeilijk meetbaar zijn. Slechts bij 5 van de 17 geëvalueerde bijeenkomsten is een direct effect meetbaar. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Al eerder is genoemd het probleem van de herhaalreceptuur, in het bijzonder de specialistenreceptuur. In een aantal gevallen gaat het bij het FTO meer om bestending van optimaal voorschrijven dan om een verandering. Ook zijn sommige besproken onderwerpen niet direct vertaalbaar in algemene prescriptiecijfers. Het ontbreken van gegevens over de bij de medicatie behorende indicatie bemoeilijkt de evaluatie ervan. Er lijkt duidelijk behoefte te zijn aan een verdere ontwikkeling van indicatoren voor het meten van de kwaliteit van voorschrijven en voor het opvolgen van gemaakte afspraken. Tenslotte zijn er effecten zoals betere communicatie tussen arts en apotheker die wel genoemd zijn maar moeilijk direct af te lezen zijn uit prescriptiecijfers (De Vries, 1997).

Veel invloeden op prescriptie

In een andere studie zijn de uitkomsten van samenwerking tussen arts en apothekers uitgedrukt in volume- en kostenmaten. Dit onderzoek naar het voorschrijf- en afleverpatroon van geneesmiddelen is uitgevoerd in Nederlandse gezondheidscentra met een apotheker in loondienst (Gerritsen en Heerdink, 1997). Uit het onderzoek wordt geconcludeerd dat intensieve samenwerking tussen huisarts en apotheker in de praktijk leidt tot een verlaging van het prescriptievolume en bijbehorende kosten, maar dat tevens een additief kostenverlagend effect wordt bereikt. Ziektefondsverzekerden met de huisarts in het gezondheidscentrum krijgen gemiddeld 6% minder voorschriften voor WTG-geneesmiddelen. De kosten van WTG-middelen zijn op jaarbasis voor 1000 ziektefondsverzekerden bijna f 11.000 lager.

Verlaging prescriptievolume en kosten

In de internationale literatuur wordt regelmatig verslag gedaan van de effecten van interventies gericht op verandering van het voorschrijfgedrag. In de UK hebben groepen huisartsen van wie de praktijk gebudgetteerd is, een apotheker in dienst genomen die als enige taak heeft hen te adviseren hoe zij meer kostenbewust kunnen voorschrijven. In individuele gevallen is gebleken dat deze apothekers hun salaris twee tot drie keer terugverdienen (De Vries,

Individuele nascholing huisartsen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

1997). Daarnaast zijn bij zorgverzekeraars apothekers in dienst die huisartsen bezoeken en in tweegesprekken diens voorschrijfgedrag onder de loep nemen. Dit wordt ook wel individuele nascholing of 'academic detailing' genoemd (Harris, 1994).

Een andere studie betreft een systematische review uitgevoerd door de Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice (CCEPP). 78 Studies die 95 interventies beschrijven, zijn geselecteerd, zij voldeden aan de inclusiecriteria: een gerandomiseerde gecontroleerde opzet, of een gecontroleerde voor- en nameting met als maat van uitkomst het voorschrijven van artsen. De CCEPP onderscheidt in deze studie de volgende professioneel georiënteerde strategieën (Bero, geaccepteerd voor publicatie):

- schriftelijke educatie;
- nascholing, groepseducatie;
- individuele instructie in de praktijk ('outreach' of academic detailing);
- audit en feedback (intercollegiale toetsing, terugkoppeling prescriptiegegevens);
- reminders/computerised decision support;
- patiënteninbreng (interventies gericht op de arts op basis van informatie verstrekt aan patiënten).

Internationale vergelijking effecten van interventies

De interventies in de studies betreffen het voorschrijven door artsen in de eerste en de tweede lijn. Uit de resultaten blijkt dat in ongeveer de helft van de studies significante veranderingen in het voorschrijven konden worden vastgesteld. Tevens blijkt dat de interventies alle ongeveer even effectief zijn (Gill, nog niet gepubliceerd).

### *Regelgeving*

Verschillende overheidsmaatregelen zijn ingevoerd om de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik te bevorderen. In deze paragraaf worden de belangrijkste regelingen en hun effecten besproken.

Het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is in 1991 ingevoerd. Met behulp van dit systeem zijn vergoedingslimieten voor clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen opgesteld. Een effect van het GVS is dat fabrikanten hun prijzen afstellen op de vergoedingslimieten. Na aanscherping van de regeling, - met name door nieuwe, niet in bestaande geneesmiddelengroepen in te delen, middelen van vergoeding uit te sluiten en verlaging van de vergoedingslimieten - wordt geconcludeerd dat er per saldo sprake is van een prijsverlaging en een minder sterke stijging van de kosten (ZFR, 1997). Bij een evaluatie van het GVS is berekend dat

Besparingen door het GVS

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

door de regeling in 1995 ongeveer f 225 miljoen is bespaard (KPMG, 1995).

De substitutie van specialités door generieke preparaten als kostenbeheersende maatregel is in de loop van de jaren aanleiding geweest voor heftige discussies, die soms voor de rechtbank werden beslecht. Sinds 1988 is er een stimuleringsregeling die de substitutie beoogt van overwegend dure specialités naar goedkopere generieke producten en parallel-import. Hiertoe zijn de geneesmiddelen naar hun aard geclusterd en wordt per cluster een referentieprijs vastgesteld. De apotheek mag een derde van het prijsverschil tussen de prijs van het afgeleverde middel en de referentieprijs behouden, wanneer de referentieprijs hoger is dan die van het afgeleverde middel. De besparing voor de zorgverzekeraar is dus tweemaal zo hoog als de stimuleringsopbrengst voor de apotheek.

Generieke substitutie

In het kader van de substitutieregeling heeft zorgverzekeraar ZAO met de apothekers contractueel vastgelegd dat deze 70% van de maximaal te behalen stimulans zullen halen. Wordt dit niet gehaald, dan wordt het verschil bij de apothekers in rekening gebracht. Dit beleid heeft ertoe geleid dat de geneesmiddelenkosten flink zijn omgebogen. De kosten voor Amsterdam lagen in 1991 nog 25% boven het landelijk gemiddelde en liggen daar anno 1997 iets onder. Uit analyses blijkt dat de kostenstijgingen vooral zijn toe te schrijven aan volumegroei: nieuwere en duurere middelen worden vaker voorgeschreven (Van Dijk, 1997).

Afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers over substitutie

In de praktijk worden vaak tussen apothekers en huisartsen afspraken gemaakt over de wijze waarop gesubstitueerd wordt in de apotheek. Daarbij kan ook een afspraak worden gemaakt over de wijze waarop de arts op het recept kan aangeven dat het specialité afgeleverd dient te worden. In 1995 heeft de minister van VWS afspraken gemaakt met de LHV om het voorschrijven van generieke geneesmiddelen te bevorderen. De LHV heeft hiertoe een implementatieprogramma ontwikkeld. In de 1997 editie van het Farmacotherapeutisch Kompas van de Ziekenfondsraad is de stofnaam opgenomen. Dit komt tegemoet aan de vraag naar generiek voorschrijven en het gebruik voor FTO-doeleinden (Van der Beek, 1997). Het voorschrijven op stofnaam gebeurt in ongeveer 30% van de gevallen, zo blijkt uit een onderzoek onder 129 huisartsen (Schuller, 1997). Specialisten zijn in het algemeen terughoudend bij het voorschrijven van generieke preparaten.

Bevorderen generiek voorschrijven

De nettokostenbesparing voor de zorgverzekeraars als gevolg van generieke substitutie over de periode 1992-1996 is in tabel 3.4 weergegeven. Substitutie wordt in vergelijkbare mate gerealiseerd in de ziekenfondssector als in de particuliere sector.

Tabel 3.4 Kostenbesparing als gevolg van generieke substitutie 1992-1996

	1992	1993	1994	1995	1996
Netto kostenbesparing	102 milj.	112 milj.	126 milj.	142 milj.	119 milj.

(SFK, 1997)

De oorzaak van de teruggang in substitutiebesparingen hangt samen met de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen medio 1996. Op grond van deze wet stelt de overheid voor bepaalde geneesmiddelengroepen maximumprijzen vast, waarmee de prijsverschillen tussen Europese landen teniet worden gedaan. Als gevolg van het lagere prijsverschil tussen specialité, parallelimport en generiek is de stimulansbesparing evenredig kleiner geworden. Bij generiek is het onderlinge prijsverschil met specialité 37% kleiner geworden, met een afname van het gemiddeld prijsverschil van -19% naar -12%, terwijl dit tussen parallelimport en specialité meer dan gehalveerd is, van -15% naar -6%. Als gevolg van dit kleinere prijsverschil tussen specialité en parallelimport is de omzet van parallelimport in 1996 met 11% gedaald, naar een marktaandeel van ongeveer 10%, berekend op de omzet. Het aandeel van de generieke verstrekkingen is in 1996 toegenomen met 4% en beslaat ongeveer 10% van de totale omzet in geneesmiddelen (IMS, 1997). Wordt een indeling gemaakt naar het aandeel in de afgeleverde voorschriften per productgroep in 1996, dan is het aandeel specialités 51%, parallelimport 12%, generiek 31% en apotheekbereidingen 6% (SFK, 1997). Vergelijking van deze cijfers leert dat 51% van de voorschriften goed is voor ongeveer 80% van de omzet in geneesmiddelen.

Wet Geneesmiddelenprijzen

Toename generieke verstrekkingen

Ter illustratie van de mate waarin generieke preparaten specialités vervangen, is in de tabel 3.5 aangegeven welk aandeel specialités hebben bij de aflevering van de tien belangrijkste medicamenteuze therapieën voor ambulante patiënten in 1990, 1995 en 1996. Hierbij is de volgorde van de top-10 in 1996 aangehouden. In alle productgroepen, behalve antidepressiva en neusdecongestiva, vindt een afname plaats van het percentage voorgeschreven, dan wel afgeleverde specialités. Dit betekent dat in acht van de tien belangrijkste medicamenteuze therapieën duidelijk sprake is van een verschuiving van specialités naar generieke preparaten.

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Tabel 3.5 Aandeel van specialités in procenten in voorgeschreven therapieën

Omschrijving	1990 aantallen therapieën (x 1000)	1990 % specialité	1995 aantallen therapieën (x 1000)	1995 % specialité	1996 aantallen therapieën (x 1000)	1996 % spécialité
Anti-reumatica	3095	60	3690	40	4164	37
Niet-narcotische analgetica	2890	25	3384	12	3682	11
Tranquillizers	1831	55	2363	41	2777	38
Enkelv. bèta- blokkers	1990	93	2346	73	2636	69
Antidepressiva	1063	90	2032	88	2377	90
Hormonale anticonceptiva	2003	100	2166	100	2352	97
Diuretica	2420	81	2237	62	2325	58
Hypnotica en sedativa	1289	73	1815	57	2078	55
Neusdecongestiva	2038	37	1852	55	1865	59
Locale cortico- steroiden	1334	50	1806	48	1862	46
Totaal	60998		71057		75542	

(IMS, 1997)

Een onbedoeld effect van overheidsmaatregelen is ongewenste substitutie. De introductie van de maatregel waarbij een groot aantal zelfzorgmiddelen van vergoeding werd uitgesloten, beoogt de kosten op rekening van de gebruiker te brengen. Echter, om patiënten ter wille te zijn om niet te hoeven betalen voor geneesmiddelen, zijn in voorkomende gevallen middelen voorgeschreven die wel worden vergoed en hogere kosten met zich meebrengen. Voorbeelden waarbij dit effect heeft plaatsgevonden zijn onder meer eenvoudige pijnstillers en verkoudheidsmiddelen (Perquin, 1997). De pijnstillers zijn inmiddels weer op de lijst van te vergoeden middelen geplaatst.

### 3.2 De tweede lijn

De situatie met betrekking tot de aflevering in de intramurale zorg verschilt op belangrijke punten van die in de eerste lijn. Twee systemen worden gehanteerd in Nederlandse ziekenhuizen. In de ene situatie wordt in de ziekenhuisapotheek dagelijks de medicatie op patiëntnaam klaargemaakt, waarna het op de afdeling door de verpleegkundige wordt toegediend. In deze organisatiestructuur is medicatiebewaking mogelijk. In de andere situatie levert de apotheek geneesmiddelenvoorraden af aan de verpleegafdelingen, waarna de medicatie ter plekke wordt uitgezet voor de patiënten. Toezicht op de verstrekkingen vindt plaats vanuit de apotheek. In

Medicatiebewaking in ziekenhuizen  
in ontwikkeling

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



deze situatie wordt in het algemeen geen geautomatiseerde medicatiebewaking toegepast.

Vanwege de betrokkenheid van zowel specialist, ziekenhuisapotheker en verpleegkundige bij de aflevering en toediening van geneesmiddelen is er momenteel sprake van een complexe mix van verantwoordelijkheden. Momenteel wordt overleg gevoerd met als doel om een nadere definiëring en afbakening van taken te bewerkstelligen. Het is de bedoeling dat de ziekenhuisapotheker een grotere verantwoordelijkheid zal krijgen in dit proces.

Ook in deze paragraaf wordt de indeling gehanteerd die overeenkomt met het proces van de verbetering van de kwaliteit en kostenbeheersing in het voorschrijven, namelijk de vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis en de toepassing van bruikbare kennis in de praktijk, gevolgd door regelgeving.

#### *Vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis*

Voor de vertaling van wetenschappelijke kennis in bruikbare kennis op het gebied van de farmacotherapie wordt ten behoeve van specialisten gebruik gemaakt van schriftelijke informatieoverdracht en mondelinge communicatie, evenals in de eerste lijn het geval is. Vakliteratuur is een belangrijke kennisbron voor specialisten. Verder zijn congressen en nascholingsprogramma's van belang. De invloed van de farmaceutische industrie komt onder meer tot uiting in sponsoring van dergelijke bijeenkomsten.

Specialisten komen vaak met nieuwe ontwikkelingen op het gebied van geneesmiddelen in aanraking doordat zij betrokken zijn bij klinisch geneesmiddelenonderzoek, waaronder de zgn. 'seeding trials'. Bij dit laatste type onderzoek is het voornaamste doel dat het geneesmiddel in de praktijk wordt geïntroduceerd door deelname van patiënten. Onderzoek heeft aangetoond dat de adoptie van semi-innovatieve geneesmiddelen beïnvloed wordt door betrokkenheid bij klinisch geneesmiddelenonderzoek. Juist bij deze middelen is een belangrijke vraag of de kleine verbeteringen klinisch relevant zijn en opwegen tegen de vaak hogere kosten (Denig, 1991).

Betrokkenheid specialisten bij trials

Een probleem bij de vertaling van wetenschappelijk kennis naar bruikbare kennis is dat er sprake is van een 'publicatie bias'. Doordat positieve resultaten uit onderzoek gemakkelijker te publiceren zijn dan negatieve resultaten, ontstaat een vertekend beeld van de werkelijke situatie. Ook wordt veel genees-

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

middelenonderzoek gesponsord door de farmaceutische industrie. Het gevolg hiervan is dat er veel onderzoek wordt uitgevoerd met geneesmiddelen die economisch relevant zijn, terwijl niet meer geïnvesteerd wordt in middelen die medisch wel relevant zijn, maar financieel oninteressant. Ook is er bij oudere geneesmiddelen vaak sprake van onderzoek dat volgens de huidige standaarden de toets der kritiek niet kan doorstaan. Hierdoor kan het zijn dat effectieve en veel gebruikte geneesmiddelen in het kader van de 'evidence based medicine' te licht worden bevonden.

Een belangrijk instrument voor de standaardisatie van de plaatsbepaling van geneesmiddelen in de tweede lijn zijn consensusbesprekingen. Deze vinden op internationaal en nationaal niveau (CBO) plaats. Verder wordt in veel ziekenhuizen met een eigen of regionaal formularium gewerkt om het geneesmiddelengebruik te standaardiseren. In 1995 is een 'nationaal formularium' verschenen dat als raamwerk kan dienen voor het antibioticabeleid bij kinderen. Dit is opgesteld door vertegenwoordigers van 6 academische ziekenhuizen en 1 perifere ziekenhuis (Janknegt, 1995).

Opstellen en toepassen  
ziekenhuisformularia

Peay heeft de rol van professionele, commerciële en overige bronnen bestudeerd bij de adoptie van nieuwe geneesmiddelen door specialisten. Professionele bronnen, zoals tijdschriften en collegae, spelen de grootste rol bij de eerste kennismaking met nieuwe geneesmiddelen en zijn zeer belangrijke en bruikbare bronnen van kennis. Dit geldt in het bijzonder voor de behandeling van ernstige ziektes en bij het voorschrijven van nieuwe, risicovolle geneesmiddelen (Peay, 1990). Ook uit het onderzoek van Blom, *et al.* (1994) blijkt dat commerciële informatiebronnen een minder grote rol spelen dan professionele bronnen. Boerkamp (1995) heeft het belang van mondelinge informatiebronnen over geneesmiddelen bij complexe problemen, waaronder informatie verstrekt door de ziekenhuisapotheker, voor de specialist geëvalueerd. Zij stelt eveneens dat het belang van de farmaceutische industrie als een geneesmiddeleninformatiebron bij klinische problemen is afgenomen in de laatste jaren. Ziekenhuisapothekers richten zich in toenemende mate op hun taken in het verstrekken van geneesmiddeleninformatie binnen de kliniek (Van der Meer, 1997, De Wolf, 1996). Bij complexe medicatieproblemen blijken internisten zich voor informatie in eerste instantie te wenden tot collega-internisten en superspecialisten, met name omdat men bij hen de gezochte gespecialiseerde kennis verwacht (Boerkamp, 1995).

Professionele informatiebronnen van  
groot belang

*Van bruikbare kennis naar toepassing in de praktijk*

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

➤ Ziekenhuisformularen en protocollen

De implementatie van een ziekenhuisformularium is een belangrijk instrument om te komen tot standaardisatie en kostenbeheersing van het intramurale geneesmiddelengebruik. Afstemming van afdelingsprotocollen en het formularium is een belangrijke voorwaarde voor succesvolle implementatie van het formulariumbeleid in het ziekenhuis. In toenemende mate wordt gebruik gemaakt van farmaco-economische gegevens. Voor een breed draagvlak bij de medische staf is het van groot belang klinici nadrukkelijk te betrekken bij de formulering van het geneesmiddelenbeleid. Hiertoe bestaat in de meeste ziekenhuizen een farmacotherapiecommissie, waarin zowel specialisten als ziekenhuisapothekers zitting hebben. In regio's waar het geneesmiddelenbeleid in de tweede en eerste lijn op elkaar wordt afgestemd, kunnen ook openbare apothekers en huisartsen deel uitmaken van de therapiecommissie. In de praktijk voeren specialisten in de polikliniek nogal eens een ander farmacotherapeutisch beleid dan zij binnen het ziekenhuis doen, waar zij vaak gebonden zijn aan formulariumafspraken. Van afstemming met de eerste lijn over een te voeren farmacotherapiebeleid is onvoldoende sprake (Tempelaar, 1995).

Standaardisatie intramuraal voorschrijven

Betere afstemming prescriptie in eerste en tweede lijn nodig

In sommige ziekenhuizen is er een aparte antibioticacommissie vanwege de specifieke problematiek die een stringent beleid met behulp van formularen en/of protocollen wenselijk maakt. Toenemende resistentieontwikkeling en de noodzaak tot kostenbeheersing zijn van belang. In Nederlandse ziekenhuizen bedragen de kosten van antibiotica 10-20% van de totale geneesmiddelenkosten. In een ziekenhuis van 500 bedden wordt per jaar gemiddeld f 500.000 tot f 800.000 aan antibiotica uitgegeven (Janknegt, 1995). Geconstateerd wordt dat er een grote diversiteit bestaat in het antibioticabeleid in de Nederlandse ziekenhuizen. Aanbevolen wordt dat er op lokaal niveau meer gegevens beschikbaar moeten komen om het beleid af te stemmen op gevoeligheidspatronen.

Kwaliteitsverbetering en kostenbesparing door protocollering

In een onderzoek in 34 ziekenhuizen onder ziekenhuisapothekers, managers en specialisten naar de problematiek van nieuwe, dure geneesmiddelen, antwoordt de helft van de specialisten dat zij vinden dat zij zich aan het formularium moeten houden. Bij afwijkingen ervan dient dit beargumenteerd te worden. De meeste specialisten vinden ook dat budgettaire redenen geen argument mogen zijn om de verstrekking van dure geneesmiddelen te weigeren. Ook al wordt inspraak van de patiënt bij de behandeling als een positieve ontwikkeling gezien, de meeste specialisten vinden dat de patiënt niet het recht heeft een beslissing van de

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

specialist aan te vechten, wanneer een negatief oordeel wordt gegeven over de toepassing van dure geneesmiddelen (Van Soest, 1997). Geconcludeerd kan worden dat vanuit het oogpunt van de specialist het formularium een wenselijk instrument is voor de sturing van het voorschrijven van geneesmiddelen. Zij zien echter ook de prescriptievrijheid van de arts als een belangrijk gegeven.

#### ➤ Budgettering

Geneesmiddelenprijzen spelen een relatief grote rol in het keuzeproces dat leidt tot opname van middelen in het ziekenhuisformularium. De situatie met betrekking tot inkoop en kostenvergoeding van geneesmiddelen in de tweede lijn verschilt van die in de eerste lijn. Waar in de eerste lijn op voorschriftniveau wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, worden voor de intramurale zorg jaarlijkse budgetten vastgesteld. Dit systeem is in 1983 ingevoerd en in 1988 verfijnd met behulp van een model van functiegerichte budgettering. Voor de onderhandelingen over de jaarbudgetten met de zorgverzekeraars worden verschillende typen parameters gebruikt, o.a. capaciteitsgebonden parameters, beschikbaarheids- en productieparameters en locatiegebonden kosten. In steeds meer ziekenhuizen wordt gewerkt met interne deelbudgetten per zorggroep. Voordeel hiervan is dat het kostenbewustzijn verder in de organisatie doordringt. Voor geneesmiddelen die uitsluitend intramuraal worden gebruikt zijn tot nu toe geen vergoedingslimieten vastgesteld, omdat zij tot het intramurale budget worden gerekend.

Geneesmiddelenbudgetten in ziekenhuis vs. declaraties in tweede lijn

Een ander verschil met de geneesmiddelenvoorziening in de eerste lijn betreft de inkoop. Om de groothandelsmarges te omzeilen, maken de meeste ziekenhuizen deel uit van een inkoopgroep. Een voordeel hiervan is dat rechtstreekse prijsafspraken met de farmaceutische industrie worden gemaakt. Hierdoor kunnen zeer grote kortingen worden bedongen. Binnen een groep vervangbare middelen kan de prijs in sterke mate bepalend zijn voor de keuze (Tempelaar, 1995). Voor de farmaceutische industrie kan het ondanks deze kortingen toch lucratief zijn om het geneesmiddel te leveren, omdat het via de tweede lijn in de eerste lijn terecht komt, en daar op veel grotere schaal toegepast wordt dan in het ziekenhuis vanwege het uitstralingseffect.

Inkooponderhandelingen

Voor kostenbeheersing in de geneesmiddelensector spelen verschillende factoren een rol. Met betrekking tot de volume-component ligt het belang van het ziekenhuisformularium in het vergroten van het volume van gestandaardiseerde receptuur, waardoor hogere kortingen kunnen worden verkregen. Voor de kostenelementen zijn de mogelijkheden om specialités te

Meer generieke substitutie in ziekenhuizen

vervangen door generieke preparaten soms beperkter dan in de eerste lijn. Uit onderzoek blijkt dat voor de top-40 geneesmiddelen in de intramurale zorg geen generieke vervangers beschikbaar zijn (Ziekenhuisapotheek Medisch Centrum Alkmaar, 1995).

In de praktijk leiden de beperkingen van het ziekenhuisbudget tot het exploreren van nieuwe wegen om kosten op de extramurale zorg af te wentelen via de zgn. U-bochtconstructies. Dit houdt in dat in het ziekenhuis geneesmiddelen worden toegediend, veelal poliklinisch, die op recept uit de openbare apotheek zijn verkregen. De geneesmiddelenkosten komen hierbij niet ten laste van het ziekenhuisbudget. De grootte van het U-bochtbedrag wordt geschat op f 20 miljoen (Van Dam, 1997). Zowel de Ziekenfondsraad als het COTG zijn van mening dat het gewenst is de kosten, die met dergelijke verstrekkingen gemoeid gaan, over te hevelen naar de intramurale budgetten en de mogelijkheden voor U-bochtconstructies te dichten (Scheerder, 1997).

U-bochten ongewenst

➤ Voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen

In toenemende mate komen geneesmiddelen beschikbaar waarvan de toepassing zeer grote kosten met zich meebrengt. Hierbij zijn twee typen middelen te onderscheiden. De eerste groep omvat geneesmiddelen die duurder zijn dan de middelen die zij vervangen en doordat zij in groot volume worden voorgeschreven, een grote kostenpost vormen. Een voorbeeld hiervan is Losec®, een middel dat de maagzuurvorming zeer sterk remt. De tweede groep omvat middelen die betrekkelijk weinig worden voorgeschreven, maar vanwege de zeer hoge prijs tot hoge kosten leiden. Een voorbeeld hiervan is Taxol®, dat tegen bepaalde typen kanker wordt gebruikt.

Hoge kosten bij voorschrijven nieuwe geneesmiddelen

Daarnaast kan een indeling worden gemaakt van nieuwe geneesmiddelen die uitsluitend in de tweede lijn worden gebruikt en middelen die via de tweede lijn hun weg naar de eerste lijn vinden. Bij deze laatste groep wordt door de farmaceutische industrie gebruikgemaakt van het uitstralingseffect dat het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen door specialisten op de huisarts heeft. Dit effect speelt vooral bij de introductie van de eerste vertegenwoordigers van nieuwe geneesmiddelengroepen. Eerst wordt het middel gepositioneerd als 'specialistenmiddel', om langzaam maar zeker ook als 'huisartsenmiddel' te worden opgenomen. Voorbeelden hiervan zijn de ACE-remmers bij verhoogde bloeddruk en statines bij verhoogde cholesterolspiegels.

Uitstraling voorschrijven tweede naar eerste lijn

Nieuwe geneesmiddelen zijn in het algemeen duurder omdat de

Beheersing kosten nieuwe geneesmiddelen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

kosten voor onderzoek toenemen. Daarnaast zijn de productie-kosten soms zeer hoog, zoals bij biotechnologische preparaten het geval is en bijvoorbeeld bij Taxol®. De verwachting is dat deze groep middelen de komende tijd sterk zal uitbreiden. Feitelijk betreft het hier chronische patiënten met een niet te verzekeren risico voor geneesmiddelenkosten. Overwogen zou kunnen worden deze subgroep als onverzekerbaar risico binnen het regime van de AWBZ te houden. Belangrijk is dat landelijk met fabrikanten een prijsvolumebeleid kan worden afgesproken per geneesmiddel, omdat het goed is te schatten om hoeveel patiënten het gaat. Bij toename van het volume kan de prijs worden aangepast (Tempelaar, 1995).

In verband met beleidsontwikkelingen ten aanzien van de toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het te verzekeren pakket heeft de RVZ in 1997 een advies aan de minister van VWS uitgebracht. Hierin wordt aangegeven op welke wijze het ontwikkelingsgeneeskundige traject het best georganiseerd kan worden en onder welke voorwaarden nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket zouden kunnen worden toegelaten. De methodiek en betekenis van farmaco-economisch onderzoek voor de praktijk worden in het advies beschreven (RVZ, 1997). Overigens speelt de problematiek van dure zorg zeker niet alleen op het gebied van de geneesmiddelen. Op het gebied van diagnostica (gen-diagnostiek) en kunst- en hulpmiddelen brengen de toenemende mogelijkheden eveneens hoge kosten met zich mee.

RVZ-advies Waardebepaling geneesmiddelen

De problematiek van de nieuwe, dure geneesmiddelen is recent geëvalueerd met behulp van een onderzoek waarbij gegevens zijn verzameld in 34 ziekenhuizen (Van Soest, 1997). Ruim de helft van de onderzochte ziekenhuizen zegt te maken te hebben met kostenstijgingen in de geneesmiddelensector. Middelgrote en grote ziekenhuizen hebben hier het meeste mee te maken. Bovendien zijn er regionale verschillen; in het zuiden van Nederland kampen ziekenhuizen met grotere kostenstijgingen dan in het noorden het geval is. Kostenstijgingen worden veroorzaakt door het duurder worden van geneesmiddelen in het algemeen, de introductie van zeer dure geneesmiddelen, volumetoename, afname van substitutiemogelijkheden en verkorting van de opnameduur. In de academische ziekenhuizen speelt de problematiek van de nieuwe, zeer dure geneesmiddelen (nog) geen grote rol, omdat hier vaak geneesmiddelenonderzoek plaatsvindt, waardoor de geneesmiddelen gratis worden verstrekt. Op termijn zien zowel de ziekenhuisapothekers, managers en medisch specialisten grotere problemen ontstaan met betrekking tot nieuwe en dure

Toenemende problemen door kostenstijging geneesmiddelen in ziekenhuizen

geneesmiddelen. Van belang is procedures en protocollen te ontwikkelen hoe er met nieuwe geneesmiddelen om wordt gegaan in het ziekenhuis, waarbij ziekenhuisapothekers een sturende rol zouden dienen te krijgen. Een goede structuur in het geneesmiddelenbeleid en de ontwikkeling van behandelprotocollen zijn belangrijke instrumenten daarbij.

Vanuit de ziekenhuisapotheek is er meer behoefte aan monitoring van nieuwe geneesmiddelen en onderzoek naar de kosteneffectiviteit met behulp van farmaco-economisch onderzoek. De toenemende automatisering in de ziekenhuisfarmacie geeft hierbij inzicht in het geneesmiddelengebruik (Hekster, 1997). In de Taxol®-discussie is de vraag naar de kosteneffectiviteit op dit moment niet goed te beantwoorden omdat er nog maar beperkt onderzoek mee gedaan is. Belangrijke vragen zijn welke kwantitatieve, levensverlengende effecten het middel heeft, maar ook hoe het daarbij met de kwaliteit van leven is gesteld (De Blaey, 1997). De minister van VWS heeft medio '97 besloten f 35 miljoen te besteden aan het beschikbaar stellen van Taxol®. Dit beleid volgt op het eerder beschikbaar stellen van f 50 miljoen voor interferonpreparaten bij de behandeling van kanker en f 130 miljoen voor nieuwe HIV-remmers (Scheerder, 1997). Hiermee is echter de principiële vraag (nog) niet beantwoord hoe verantwoord en gewenst het is om patinten met een dodelijk ziekte zeer dure geneesmiddelen voor te schrijven, met hooguit beperkte levensverlenging (Dupuis, 1997). In haar brief 25 juni 1997 benadrukt de minister van VWS dat de verantwoordelijkheid voor de toepassing van (dure) geneesmiddelen bij de specialist en het ziekenhuis dient te blijven en dat voor typisch intramurale geneesmiddelen geen aparte regelgeving wordt opgesteld.

Monitoring kosteneffectiviteit  
geneesmiddelengebruik

#### *Maatregelen*

Een door de overheid voorgestelde maatregel is erop gericht de financiering en bekostiging van de ziekenhuizen op een andere leest te gaan schoeien. Het toekomstmodel zou het stelsel van 'output-pricing' moeten gaan worden. In de nota Prijsbeleid uit 1995 is voorgesteld dit systeem in 1998 te introduceren, maar dit tijdstip zal niet worden gehaald. Output-pricing houdt in dat er geïntegreerde producten moeten worden gedefinieerd die vervolgens een prijskaartje krijgen. Het product omvat diagnose en behandeling, inclusief geneesmiddelen. Ziekenhuisapotheker en specialist moeten nauw met elkaar samenwerken voor de ontwikkeling van de producten, de diagnose-behandelcombinaties. In het kader van de output-pricing dient ook het honoreringstelsel van specialisten vervangen te worden door een uurvergoedingssysteem dat voor iedere specialist gelijk zou

Nieuw model financiering zieken-  
huizen: output-pricing

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

moeten zijn (Scheerder, 1997).

### 3.3 Afstemming eerste en tweede lijn

De ontwikkelingen op het terrein van de afstemming tussen de eerste en de tweede lijn zijn volop gaande, waarbij het gaat om lokale samenwerking tussen huisartsen, thuiszorg, specialisten en apothekers, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Ook vindt afstemming plaats met de zorg die wordt verleend in derdelijnsinstellingen, zoals verpleeghuizen. Op de ontwikkelingen in deze richting wordt in dit rapport niet verder ingegaan.

Ontwikkelingen in de afstemming tussen de eerste en tweede lijn zijn zeer relevant voor de kwaliteit van de farmacotherapie en de farmaceutische zorg die aan de individuele patiënt wordt verleend, alsook voor de kostenbeheersing.

Afstemming voor kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing

In het kader van de afstemming tussen zorgverleners zijn ontwikkelingen in de informatisering onontbeerlijk. Afstemming van systemen is daarbij een voorwaarde voor uitwisseling in patiëntgebonden informatie. Koppeling van systemen met grote hoeveelheden patiëntgegevens zijn kwetsbaar en dit geldt ook voor het gebruik van persoonlijke chipcards. Regelgeving voor privacybescherming, maatregelen tegen inbraak en controle op naleving van de regelingen is noodzakelijk.

#### *Vertaling wetenschappelijke kennis: afstemming formularia*

In de praktijk blijkt een duidelijke behoefte te bestaan om eerste- en tweedelijnsformularia op elkaar af te stemmen. Zoals eerder vermeld, maken in sommige plaatsen huisartsen en openbare apothekers deel uit van de farmacotherapiecommissie in het ziekenhuis. In 1997 is een prototype van een regionale ziekenhuisformularium verschenen dat aansluit op het regionale formularium dat in de eerste lijn wordt gebruikt (Martini Formularium, 1997). Regionaal FTO waaraan ook specialisten en ziekenhuisapothekers deelnemen, is de volgende noodzakelijke stap in de afstemming van de prescriptie tussen eerste en tweede lijn (Tempelaar, 1995).

Transmurale formularia

#### *Afstemming in de praktijk*

##### ➤ Koppelingen tussen eerste en tweede lijn

Vergelijkbaar met de huisartsenkoppeling aan de computer van de openbare apotheek, is het ook mogelijk om specialistenpraktijken aan de apotheekcomputer te koppelen. Een internistenpraktijk in Venray kan, na toestemming van de patiënt, gebruik maken van gegevens over de medicatiehistorie die aanwezig is in de apotheek.

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



Deze gegevens blijken een waardevolle aanvulling te leveren bij de evaluatie van de effectiviteit van het geneesmiddelengebruik, onder meer wanneer er sprake is van therapie-ontrouw (Boon, 1996).

➤ Transmurale zorg

In de discussies in de Nederlandse gezondheidszorg hebben een aantal nieuwe begrippen hun intrede gedaan zoals transmurale zorg, 'managed care' en 'disease management'. In alle gevallen gaat het erom schotten tussen verschillende vormen van zorg weg te nemen. Transmurale zorg wordt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als volgt gedefinieerd (1995):

"Transmurale zorg omvat vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden."

De begrippen managed care en disease management zijn afkomstig uit de Verenigde Staten en kunnen worden opgevat als bijzondere vormen van transmurale zorg. De betekenis die aan managed care wordt gegeven is het organiseren en besturen van de zorg rondom de patiënt met de nadruk op het beheersen van de kosten. Deze organisatievorm staat vooral in de belangstelling van de zorgverzekeraars (zie hoofdstukken 5 en 6 voor verdere discussie). Disease management richt zich op de beïnvloeding van het zorgproces, maar dan gericht op de behandeling van een specifiek ziektebeeld en niet zozeer op de beheersing van de kosten. Vanwege het feit dat het geneesmiddelengebruik een belangrijk onderdeel vormt van de behandeling, wordt dit concept veel gebruikt door de farmaceutische industrie en apothekers (De Bruijn, 1996, Rolloos, 1997). De ontwikkelingen van output-pricing, managed care en disease management tonen de veranderende visies met betrekking tot het beleid en de organisatie van de gezondheidszorg.

Managed care en disease management in VS ontwikkeld

➤ Transmurale farmacie

De ontwikkeling van transmurale farmacie heeft zowel inhoudelijke als financiële achtergronden. Op inhoudelijk vlak bleek de overdracht van de farmaceutische zorg bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis te wensen over te laten. Dit aspect in de kwaliteit van de zorg speelt een grotere rol bij de toenemende verschuiving van intramurale naar extramurale zorg als gevolg van het overheidsbeleid om de kosten te willen beheersen. Ook de aangekondigde doorhaling van artikel 13 WOG zou idealiter

Verbetering farmaceutische zorg bij opname en ontslag uit ziekenhuis

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

dienen te leiden tot een intensivering van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

Het onderdeel van de zorg dat de afstemming van de geneesmiddelenvoorziening van de patiënt betreft, valt onder de term transmurale farmacie. Een definitie luidt (Venema en Paalman, 1997):

"Transmurale farmacie is de verzameling van al de activiteiten die erop gericht zijn de farmaceutische zorg van de patiënt bij zijn overgang van de eerste naar de tweede lijn en omgekeerd te garanderen."

Ter ondersteuning van lokale initiatieven met betrekking tot transmurale farmacie heeft de Stichting DGV een ontwikkelings- en implementatieprogramma geïnitieerd. Met behulp van dit project wil men hulpverleners in de praktijk ondersteunen bij de operationalisatie van doelstellingen en het zichtbaar maken de resultaten van de transmurale zorg. Hierbij sluit men aan bij reeds ontwikkelde farmacotherapeutische kwaliteitsmaten die gangbaar zijn in de informatiesystemen van de apotheker (AFTO) en die van de zorgverzekeraars (PTM) (DGV, 1997b).

Ontwikkeling en implementatie ondersteund

Sinds de introductie van het begrip transmurale farmacie in 1988 zijn diverse organisatievormen ontstaan waarin de samenwerking tussen eerste en tweede lijn tot uiting komt. De Stichting Farmaceutische Thuiszorg is in 1988 door de KNMP opgericht waarbinnen een landelijk netwerk van 30 stichtingen of verenigingen van farmaceutische thuiszorg momenteel actief is. Een tweede organisatievorm van de transmurale farmacie betreft de oprichting van farmaceutische steunpunten binnen het ziekenhuis, ook wel farmaceutische overdrachtsbalies genoemd, waar apothekersassistenten en verpleegkundigen werken. Begin 1997 zijn in ziekenhuizen in 19 plaatsen farmaceutische overdrachtsbalies opgezet en in 15 plaatsen zijn de eerste initiatieven genomen (Venema en Paalman, 1997). Een bijkomend voordeel van deze structuur is dat het steunpunt fungeert als aanspreekpunt voor vragen uit openbare apotheken over specialistenreceptuur. Dit blijkt voor beide partijen in een behoefte te voorzien (Van Golen, 1996). Een derde organisatievorm is die van de poliklinische apotheken, de transmurale apotheek of politheek. Deze richten zich in het bijzonder op het afleveren van geneesmiddelen aan poliklinische patiënten en verzorgen van optimale farmacotherapie bij ontslag uit het ziekenhuis. De ziekenhuisapotheek coördineert de afleveringen. Oprichting van politheken hangt samen met de afschaffing van artikel 13 WOG. De ontwikkeling van de politheek wordt gezien als een uitvloeisel

Verschillende organisatievormen transmurale farmacie

van het conflictmodel in de farmacie, omdat het primair op concurrentie is gebaseerd en niet op samenwerking (Van Golen, 1996).

Transmurale farmacie komt bij opname in het ziekenhuis tot uiting door het genereren van een actueel medicatieoverzicht uit de openbare apotheek. Een nieuwe ontwikkeling is dat de computer op het farmaceutische steunpunt in het ziekenhuis directe toegang heeft tot bepaalde bestanden van de computers in de openbare apotheken. Een speciaal ontwikkeld programma, het zgn. ADIS-systeem, maakt het mogelijk om de gekoppelde apotheeksystemen vanuit het steunpunt te raadplegen. Een voordeel van dit systeem is dat het 24 uur per dag geraadpleegd kan worden, onafhankelijk van de fysieke medewerking in de apotheek. Dit betekent dat ook bij spoedopnames in het ziekenhuis over relevante medicatiegegevens kan worden beschikt. Vanwege de privacy zijn diverse beveiligingen in het systeem ingebouwd (Gudde, 1997).

Farmaceutisch steunpunt in ziekenhuis

Het belang van transmurale farmaceutische zorg bij ontslag komt onder meer tot uiting bij tijdig faxen van recepten naar de openbare apotheek. Eventuele bestellingen en machtigingen kunnen zodanig worden verzorgd dat continuïteit in de geneesmiddelenvoorziening is gewaarborgd.

Drie groepen patiënten kunnen worden onderscheiden naar hun behoefte aan transmurale farmaceutische zorg (Rasker-Prins, 1996): (1) patiënten die uitsluitend geneesmiddelen en/of verbandmiddelen op recept nodig hebben; (2) patiënten die naast geneesmiddelen ook medische hulpmiddelen (incontinentiemateriaal, stomamateriaal, catheters en toebehoren) nodig hebben, waarvoor bij ontslag uit het ziekenhuis ook een gespecialiseerde verpleegkundige is betrokken (diabetes, stoma, CARA-verpleegkundigen); (3) patiënten die bijzondere toedieningsvormen met daarbij behorende hulpmiddelen krijgen (epidurale pijnbestrijding, antibiotica of cytostatica per infuus), waarbij de farmaceutische bereidingen het meest complex zijn.

Complexe medicatie in de thuissituatie

Op dit moment lijken apotheekhoudende huisartsen niet actief betrokken te zijn in initiatieven rond transmurale farmacie.

#### *Doeltreffendheid van transmurale farmacie*

Er zijn weinig onderzoeken gepubliceerd waarin specifiek is gekeken naar de waarde van transmurale farmacie, in farmacotherapeutische en financiële zin. Een evaluatie van de kosten van de behandeling van kystische fibrose laat zien dat de behandeling bij ziekenhuisopname circa f 19.000 kost en bij thuisbehandeling

Effecten transmurale farmacie nog nauwelijks onderzocht

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

f 10.000 tot f 11.000. Een andere bevinding is dat thuisbehandeling met antibiotica in therapeutische zin succesvol kan verlopen. Chemotherapie in de thuissituatie is technisch gezien moeilijker te realiseren vanwege het toepassen van gevaarlijke stoffen. Door het voormalig ministerie van WVC werd een onderzoek ondersteund naar de vraag of de behandeling met oncolytica in de thuissituatie effectief en acceptabel is. Resultaten uit dit onderzoek worden in 1998 verwacht (De Smidt, 1994).

Een belangrijk aspect bij de uitvoering van transmurale farmacie is de juistheid van de medicatiegegevens die bij opname in het ziekenhuis worden verstrekt. Een recent onderzoek bij het Apotheek Servicepunt van twee Amsterdamse ziekenhuizen toont aan dat 75% van de aangeleverde medicatieoverzichten bij opname volledig is. Van de overzichten die niet volledig zijn, bestaat het grootste deel uit overzichten waarop een deel van de medicatie ontbreekt. Een deel hiervan is niet meer actueel en een deel is gehaald bij een andere apotheek of drogist. Door koppeling van apotheekcomputers kan een deel van deze problematiek worden ondervangen (Fransens, 1997).

Driekwart van medicatieoverzichten bij opname is juist en volledig

Behalve deze specifiek op de farmacie gerichte initiatieven zijn er veel meer algemene transmurale projecten gestart die relevant zijn voor de kwaliteit van het geneesmiddelenbeleid. Het Nivel heeft de transmurale zorgverlening in Nederland geëvalueerd. In de periode 1990 tot medio 1996 zijn door het Nivel 235 transmurale voorzieningen in de algemene gezondheidszorg opgespoord, waarbij in 25 (11%) voorzieningen apothekers betrokken zijn. De belangrijkste doelgroepen van patinten naar medische diagnose zijn diabetes (17% van de voorzieningen), kanker en reuma (beide 14% van de voorzieningen). Thuiszorginstellingen, algemene ziekenhuizen en huisartsenpraktijken participeren het meest in transmurale zorg, zij zijn resp. bij 87%, 87% en 40% van de geïnventariseerde voorzieningen een samenwerkingspartner. De zorgverleners die de transmurale zorgvoorzieningen inhoud geven zijn meestal wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, medisch specialisten, ziekenhuisverpleegkundigen en huisartsen, zij zijn resp. bij 87%, 86%, 77% en 57% van de geïnventariseerde voorzieningen betrokken (Persoon, *et al.*, 1996). In de praktijk blijkt dat wijkverpleegkundigen graag zien dat zij voorschrijfbevoegdheid zouden krijgen wat betreft het voorschrijven van verbandmiddelen, inclusief incontinentiemateriaal en stomaverzorgingsmiddelen, vanwege hun grote deskundigheid op dit terrein (persoonlijke mededeling Hoofdwijkverpleegkundige Joure).

Transmurale zorg is samenwerking tussen groot aantal instellingen en zorgverleners

Het Nivel heeft eveneens onderzocht welke resultaten effect- en

Geld en tijd belangrijke belemmeringen in uitvoering

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

processtudies van transmurale voorzieningen laten zien. Opgemerkt wordt dat de effectstudies over het algemeen methodologisch zwakke studies zijn en hoogstens een indicatie zijn dat transmurale zorg een gunstige uitwerking heeft. Relatief vaak wordt als gunstig effect genoemd de 'verbetering van de samenwerking tussen hulpverleners', 'verbetering van het praktijkgedrag van hulpverleners' en 'verbetering van de kwaliteit van zorg' zonder nadere specificatie. Belemmerende factoren hebben veelal betrekking op personele en financiële randvoorwaarden (Persoon, *et al.*, 1996).

In een evaluatie van vijf transmurale projecten geven Van Diermen en Huijsman (1996) aan dat huisartsen bereid zijn te investeren in transmurale samenwerking, maar dat tijd en geld veelal ontbreken. De LHV noemt in haar Discussienota 1995 een zodanige aanpassing van de honoreringsstructuur van huisartsen dat zij gedeeltelijk van werkzaamheden voor de praktijk kunnen worden vrijgesteld en ondersteunend personeel kunnen aanstellen, een andere optie om te bereiken dat huisartsen in de toekomst meer gaan samenwerken (Van Diermen, 1996). De knelpunten tijd en geld komen ook naar voren uit een zeer recente Nivel-onderzoek naar samenwerkingsprojecten tussen huisartsen en specialisten waarin 30 projecten nader werden bekeken. Een ander knelpunt is dat huisartsen en specialisten niet gewend zijn samen te werken. De onderzoekers stellen dat transmurale zorg theoretisch wel gedeelde verantwoordelijkheid inhoudt, maar in werkelijkheid de traditionele verdeling wordt aangehouden van zorg thuis en zorg in het ziekenhuis.

Ondanks deze problemen lijkt transmurale zorg toch aan te slaan; het komt tegemoet aan een behoefte in beide beroepsgroepen. Hoewel het geneesmiddel niet centraal staat bij deze projecten is het veelal onderdeel ervan, zoals bij de diabetes zorg of CVA-zorg. De apotheker wordt niet expliciet genoemd.

Transmurale zorg voorziet in behoefte

#### *Regelgeving*

Een maatregel die op termijn mogelijk afgeschaft zal worden, is artikel 13 WOG (IWG-rapport, 1994). In dit artikel is vastgelegd dat ziekenhuisapothekers uitsluitend mogen afleveren aan klinische patiënten. Wordt dit artikel opgeheven, dan staat het ziekenhuisapothekers vrij om geneesmiddelen aan poliklinische en thuisverblijvende patiënten af te leveren. Door het wegnemen van de strikte scheiding tussen de echelons tracht men de efficiency te bevorderen en een kostenreductie te bewerkstelligen door het vergroten van de concurrentie. Volgens dr. C. de Vos van het ministerie van VWS tijdens een bijeenkomst over transmurale farmacie in 1995 (Peeters-Udding, 1996) is de overheid

Effecten van doorhaling artikel 13 WOG nog onduidelijk

terughoudend met het opheffen van artikel 13 vanwege het risico dat intra- en extramurale financiering door elkaar gaan lopen als er ook extramurale verstrekkingen, en dus inkomsten, in het ziekenhuis komen. Intramurale budgetten dienen strikt gescheiden te blijven van de extramurale financiering. Een oplossing voor de situatie kan zijn om op het ziekenhuisterrein een transmurale apotheek te vestigen (politheek), die (mede) vanuit het ziekenhuis bevoorradt zou worden. De minister heeft eveneens aangegeven dat de introductie van de ziekenhuisapotheker in de extramurale hulpverlening niet mag leiden tot een verlaging van het normaantal receptregels. Met andere woorden: de minister heeft een voorschot genomen op de discussie over de hoogte van de receptregelvergoeding. Bij een toenemende concurrentie ziet de minister geen aanleiding eventueel omzetverlies te compenseren via een verlaging van het normaantal receptregels en er komt dus geen verhoging van de vergoeding per receptregel (Scheerder, 1997).

In het kader van het verwijderen van de schotten tussen de extra- en intramurale farmacie is het van belang op te merken dat onduidelijk is welke effecten dit op de totale geneesmiddelenkosten zal hebben. Het inkoopbeleid van de ziekenhuisapotheker is in het algemeen gericht op zo laag mogelijke inkooprijzen. Op het moment dat ook buiten het ziekenhuis een centraal geleid inkoopbeleid ontstaat, zullen via de wet van de communicerende vaten de prijzen van geneesmiddelen voor intramuraal gebruik waarschijnlijk hoger worden. Ziekenhuizen hebben vandaag dus geen belang bij regionale inkoop van geneesmiddelen voor gebruik in de extramurale zorg (Tempelaar, 1995).

Ook de effecten van andere transmurale zorgprojecten op geneesmiddelenkosten zijn nog onduidelijk. Tegelijkertijd ontbreekt goed inzicht in de kosten van deze projecten. Regelgeving ten aanzien van de financiering ervan ontbreekt nog. Duidelijkheid op dit terrein is van groot belang voor de verdere ontwikkeling van transmurale zorg.

## 4 De patiënt als partner in de gezondheidszorg

Gedurende de laatste decennia heeft een fundamentele verandering plaatsgevonden van de positie van de patiënt/consument in de gezondheidszorg. Werd in het verleden de patiënt benaderd als 'lijdend voorwerp', in ons huidige beeld past de consument die zelf in staat is om beslissingen te nemen ten aanzien van ziekte en gezondheid. Patiënten zijn mondig geworden en organiseren zich in lotgenoten- en belangengroepen. Hierdoor tekent zich een professionalisering van de patiëntenrol af. Het aantal patiëntenorganisaties groeide vooral in de jaren zeventig en tachtig. Momenteel zijn er zo'n 300 patiëntenorganisaties. Deze zijn onder te verdelen in ± 200 categorale patiëntenorganisaties die zijn georganiseerd rondom een bepaalde ziekte, algemene patiëntenorganisaties en patiënten/consumentenplatforms. Regionaal en nationaal opererende patiënten/consumentenplatforms treden op voor de belangenbehartiging van patiënten in de organisatie van en beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg (Schrijvers, 1997).

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de ontwikkelingen rond de erkenning van de patiënt als partner in de gezondheidszorg, specifiek op terrein van geneesmiddelengebruik. Hierbij komen ook aan de orde de verwachtingen van patiënten en knelpunten van gebruik van geneesmiddelen. Verder wordt ingegaan op strategieën die worden toegepast om het geneesmiddelengebruik te verbeteren. Dit wordt beschreven aan de hand van dezelfde opbouw die is gebruikt in het hoofdstuk over het verbeteren van de kwaliteit van het voorschrijven, namelijk:

- ontwikkeling van standaarden voor zelfzorg en het geven van voorlichting aan de patiënt;
- interventies: mondelinge en schriftelijke voorlichting, praktische interventies;
- implementatie van interventies: afstemming tussen arts en apotheker, protocollair werken, farmaceutische patiëntenzorg, verbetering van de communicatie met de patiënt;
- doeltreffendheid van de effectiviteit van interventies.

Aan het einde van dit hoofdstuk wordt ingegaan op overheidsmaatregelen ter verbetering van het geneesmiddelengebruik.

#### 4.1 Erkenning van de patiënt als partner in de gezondheidszorg

Het gebruik van voorzieningen voor gezondheidszorg en dienstverlening staat volop in de maatschappelijke belangstelling. Over het algemeen heerst de opvatting dat vooral culturele determinanten het gebruik van medische voorzieningen in sterke en toenemende mate beïnvloeden, hetgeen zich uit in:

- medicalisering: toenemende mate waarin zaken in de samenleving tot de bevoegdheid van de medische professie worden gerekend;
- consumentisme: de wens van de patiënt en niet de medische noodzaak bepaalt het handelen van de arts;
- protoprofessionalisering: leken definiëren hun problemen in dezelfde terminologie als professionals.

Medicalisering, consumentisme en protoprofessionalisering

Een studie van het Sociaal Cultureel Planbureau laat zien dat waarden, opvattingen en verwachtingen ten aanzien van ziekte en gezondheid wel een rol spelen bij het gebruik van medische voorzieningen, maar deze rol lijkt geringer dan verondersteld. De groei van de medische consumptie in Nederland is slechts voor een gering deel toe te schrijven aan culturele factoren. Andere factoren zijn belangrijker, vooral de toegenomen medisch-technische mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling die leiden tot een grotere medische noodzaak voor gebruik (Kooiker en Mootz, 1996). Met betrekking tot het geneesmiddelengebruik is het van belang bij een aantal ontwikkelingen specifiek stil te staan:

Ontwikkelingen in geneesmiddelen-gebruik

- de verwachtingen van de patiënt;
- toenemende verantwoordelijkheden: uitbreiding van zelfzorgpakket;
- gebruik volgens voorschrift?
- de rol van de media: reclame versus voorlichting.

##### *Verwachtingen van de patiënt*

Het voorschrijven van een geneesmiddel is de meest toegepaste medische handeling in Nederland. Toch is het vaak onduidelijk of dit ook is wat de patiënt wil, welke verwachtingen de patiënt heeft bij het gebruik van geneesmiddelen en hoe ze deze gebruikt. In de thuissituatie komt het besprokene met de arts in een ander daglicht te staan en kan leiden tot ander gedrag dan was 'afgesproken'. Uit onderzoek blijkt dat geneesmiddelengebruikers overwegen en onderhandelen met de voorschrijver om vast te stellen welke mate van congruentie er bestaat tussen hun eigen visie en hun opvatting over de medische visie. Hoe meer er sprake is van discrepantie tussen beide visies, hoe problematischer de voorgeschreven behandeling wordt (Verbeek-Heida, 1992).

Overeenkomsten/verschillen in visies voorschrijver en gebruiker



Patiënten interpreteren hun klachten tegen de achtergrond van hun eigen medische kennis en hun verwachtingen ten aanzien van gezondheid en hun dagelijks functioneren. Deze interpretatie komt niet altijd overeen met die van artsen, die de klachten volgens het medisch model interpreteren. Over het voorschrijven van geneesmiddelen lijken huisartsen en patiënten ook nogal verschillend te denken. Op de stelling "Bij gezondheidsklachten heb je meestal meer aan een recept, dan aan goede uitleg" reageren huisartsen allemaal ontkennend, 15% van de patiënten is het hiermee eens en de helft van de huisartsen denkt dat de patiënt het hier mee eens is. De stelling "De huisarts van mijn voorkeur schrijft snel medicijnen voor" wordt door alle huisartsen ontkennend beantwoord, 19% van de patiënten is deze mening toegedaan en 46% van de huisartsen denkt dat de patiënt dit denkt (Huisarts en patiënten denken nogal eens verschillend, 1995). Uit onderzoek blijkt dat 40-60% van de patiënten een recept van de dokter verwacht, terwijl een hoger percentage daadwerkelijk een recept krijgt (Britten, 1994).

Minder patiënten verwachten een recept dan het percentage dat recept krijgt

Aangenomen kan worden dat huisartsen hun patiënten niet bewust verschillend behandelen, maar dat het verschil dat artsen maken tussen (groepen) patiënten voor een deel toe te schrijven is aan de wijze waarop patiënten hun invloed doen gelden tijdens het consult. Resultaten uit onderzoek wijzen erop dat vrouwen, hoog opgeleiden, allochtonen en jongeren in sterke mate invloed uitoefenen op wat in het contact gebeurt. Vrouwen en hoog opgeleiden stellen meer vragen en tonen zich bezorgder, hetgeen kan verklaren dat zij relatief vaak voorlichting en informatie krijgen. Vrouwen en allochtonen krijgen vaker een recept mee, hetgeen niet geldt voor hoger opgeleiden (Kooiker en Mootz, 1996). Turken en Marokkanen blijken ruim tweemaal vaker geneesmiddelen op recept te krijgen dan Nederlandse patiënten. Zij gebruiken onder andere meer geneesmiddelen tegen CARA en maag- en darmaandoeningen (Dettingmeijer, 1996).

Invloeden van patiënten op voorschrijven

Bij allochtone patiënten kunnen communicatieproblemen medicatie in de hand werken. Het gaat hierbij niet alleen om concrete taalproblemen, maar ook om interpretatieverschillen en verschillen in opvattingen. Hier valt een parallel te trekken met de laag opgeleide patiënt, die eveneens relatief snel een recept krijgt. In grote lijnen kunnen hier dezelfde mechanismen een rol spelen: patiënten presenteren hun klacht vooral in somatische termen en verwachten van hun arts een concrete oplossing in de vorm van een medicijn. Bij deze groepen heeft de huisarts meer moeite om duidelijk te maken dat een recept niet nodig is (Kooiker en Mootz,

Communicatieproblemen tussen arts en patiënt

1996).

De toenemende verantwoordelijkheid van de patiënt in de gezondheidszorg wordt over het algemeen positief gewaardeerd. Als keerzijde kan worden opgemerkt dat er ook een trend is waarbij de patiënt vindt op alles recht te hebben en het niet accepteert wanneer de huisarts geen geneesmiddel voorschrijft, of geen verwijzing voor de specialist geeft. Patiënten kunnen een sterke mening hebben over wat zij de beste oplossing vinden in hun situatie en staan dan niet open voor een anders luidend medisch advies van een zorgverlener. Voorbeelden zijn onder meer het vragen om Prozac® voorgeschreven te krijgen en de druk van patiënten om Vasolastine® op de markt te houden, een bekende kwestie die in de jaren tachtig speelde. Ook worden adviezen over leefregels vaak niet opgevolgd. Uit onderzoek blijkt dat de grote waarde die men hecht aan de gezondheid ertoe leidt dat mensen zeggen hier in hun leefstijl rekening mee te houden, maar dat in werkelijkheid niet of nauwelijks doen (Kooiker en Mootz, 1996). Soms gaan patiënten net zo lang op zoek totdat zij een hulpverlener hebben gevonden die de gewenste behandeling wel voorstelt. Ook blijkt dat particulier verzekerde patiënten bereid zijn extra te betalen voor een aanvullende verzekering waarmee bijvoorbeeld homeopathische geneesmiddelen of GVS-bijdragen worden vergoed, ook al zijn deze middelen op grond van onvoldoende bewezen effectiviteit of te hoge kosten uit het pakket geschrapt (KNMP en VWS stechelen over geldterug-acties, 1997).

Toenemende verantwoordelijkheid van patiënten heeft positieve en negatieve aspecten

#### *Toenemende verantwoordelijkheid met zelfzorg*

Bij het gebruik van zelfzorgproducten en zelf-diagnostica ligt de verantwoordelijkheid voor de keuze en de wijze van gebruik geheel bij de patiënt, daarbij ondersteund door informatie en/of voorlichting. Een belangrijk argument voor verruiming van de mogelijkheden op dit terrein is de kostenbesparing. Mensen kunnen hun kleine kwalen zelf diagnosticeren en behandelen en hoeven daarvoor niet naar de huisarts. 'Selfcare' zou een belangrijk onderdeel van managed care dienen te zijn; huisartsenbezoek moet op rationele keuze berusten volgens Hamilton van Zorgverzekeraars Nederland (Hamilton, 1997a).

Verschuiving kosten bij toename zelfzorg

Voor de zelf-diagnostica wordt momenteel gewerkt aan een geharmoniseerde wetgeving voor de EU-lidstaten. Door de EU worden hoge eisen gesteld aan de etikettering en gebruiksaanwijzing van zelf-diagnostica en wordt geëist dat een test bij oordeelkundig gebruik volgens voorschrift de beweerde werking heeft. De interpretatie van testresultaten kan een probleem zijn bij

Toename zelf-diagnostica verwacht

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

doe-het-zelf-tests. Het gevaar bestaat dat een patiënt onnodig ongerust raakt en een arts raadpleegt, of ten onrechte besluit dat verder medische hulp niet noodzakelijk is. De verwachting is dat in de toekomst een grote toename zal komen van het aantal zelf-diagnostica dat in de handel is (Langenberg, 1995).

Het geneesmiddelenpakket dat in aanmerking komt voor zelfzorg, otc-middelen, is recent uitgebreid bij de opheffing van de UA-status. De overheid heeft hiertoe besloten om de farmaceutische zorg overzichtelijker te maken en de marktwerking te verbeteren. Het College ter beoordeling van geneesmiddelen heeft criteria opgesteld op grond waarvan wordt vastgesteld of een middel de UR-status krijgt. Is geen van de criteria van toepassing, dan komt het middel voor zelfzorg in aanmerking. Naar aanleiding van de beslissing om terfenadine, een antihistaminicum, in de vrije verkoop te plaatsen, merkt het College op dat verkeerd gebruik en misbruik van geneesmiddelen een universeel probleem vormt en niet alleen betrekking heeft op zelfzorgmiddelen. De overheid kan geen verantwoordelijkheid nemen voor een verkeerd gebruik van geneesmiddelen, op voorwaarde dat de informatievoorziening adequaat is (Lekkerkerker, 1996).

Op dit moment is in Nederland zelfbediening bij de aankoop van zelfzorgproducten niet toegestaan, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Zweden, Finland en voor sommige geneesmiddelen in UK. Uit een onderzoek in UK blijkt dat de vrijheid van zelf uitzoeken de vraag om advies juist doet toenemen. Ook neemt de verkoop van zelfzorgmiddelen toe bij een grotere toegankelijkheid van de middelen, in vergelijking met de situatie waar de producten achter de balie staan (Consument wil producten kunnen zien en pakken, 1997). Voorwaarde voor het toestaan van zelfbediening voor zelfzorgmiddelen zou moeten zijn dat er meer gekwalificeerd personeel in de apotheek aanwezig zou moeten zijn. Uitbreiding van het zelfzorgpakket zou parallel moeten lopen aan het proces van invoer van kwaliteitswaarborgen en certificering in de drogisterijbranche (Van Vliet, 1997).

Advisering bij aankoop zelfzorgproducten

Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen genieten een ruime belangstelling in Nederland. In 1980 is door de Commissie Alternatieve Geneeswijzen geconcludeerd dat het vooral aandoeningen van het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel zijn waarvoor patiënten een alternatieve therapeut raadplegen, naast klachten waarbij in sterke mate psychologische aspecten meespelen. Meestal zijn de klachten van chronische aard en zijn het "uitgedokterde" patiënten die bij de alternatieve therapeut terecht komen.

Veel uitgedokterde patiënten gaan naar alternatieve therapeuten

De effectiviteit van alternatieve geneesmiddelen blijkt moeilijk wetenschappelijk te onderbouwen. Je 'geloof' in alternatieve geneesmiddelen, of niet. Dit geldt zowel voor patiënten als voor artsen (Knipschild, 1990). Het aantal homeopathische artsen daalt in Nederland, hetgeen wordt toegeschreven aan de opkomst van het meer gestandaardiseerd werken van de huisartsen (Venema, 1995b). Vooral de voorlichting over bijwerkingen van allopathische geneesmiddelen zou ertoe leiden dat de consument op zoek gaat naar middelen die 'veilig' zijn. In een NIPO-publieksenquête over homeopathie, gehouden in 1995, bleek dat 40% van de respondenten meldde het afgelopen jaar wel eens een homeopathisch middel te hebben gebruikt (Venema, 1995b). Het gebruik van alternatieve geneesmiddelen waarvan in de werkzaamheid geloofd moet worden, onderstreept het heersende gezondheidsconcept dat voor elke klacht of ziekte een geneesmiddel een oplossing biedt.

'Geloof' in alternatieve middelen van belang bij gebruiker

#### *Gebruik volgens voorschrift?*

De mate waarin het geneesmiddelengebruik afwijkt van wat is voorgeschreven, is niet eenvoudig rechtstreeks vast te stellen. Een indirecte maat is bijvoorbeeld het percentage voorschriften dat niet wordt 'verzilverd'. Uit een Engels onderzoek blijkt dat 14% van de patiënten geneesmiddelen niet ophalen; het betreft 5% van de voorschriften. Een geneesmiddelengroep die hier uitspringt, is de anticonceptiepil. Verder betreft het vooral KNO-middelen, oogpreparaten en hart- en vaatmiddelen (Beardon, 1993). Van de geneesmiddelen die wel worden opgehaald in de apotheek wordt een deel niet gebruikt. In een Nederlands onderzoek is vastgesteld dat op jaarbasis 4,8% van de door de apotheek afgeleverde geneesmiddelenvoorschriften terugkomt in de apotheek. Geneesmiddelen die relatief veel terugkomen zijn middelen voor het skelet/spierstelsel (7,7%), ademhaling (6,3%) en de zintuigen (7,9%). Bij deze laatste groep waren de meeste teruggebrachte middelen verlopen. Om verspilling te voorkomen is een kleinere verpakkingsgrootte te overwegen, gezien de korte houdbaarheidstermijn na openen (Blom, De Bruijn en De Jong, 1995).

Niet-opgehaalde geneesmiddelen

Het gebruik van geneesmiddelen volgens voorschrift wordt wel aangeduid met de term therapie-trouw of compliantie (volgzaamheid). In principe zijn er twee type oorzaken voor het niet volgen van het voorschrift: redenen gerelateerd aan de motivatie, opvattingen en capaciteiten van de patiënt en onvoldoende aandacht van de zorgverlener voor het begrip en de houding van de patiënt waardoor de patiënt niet optimaal wordt begeleid bij de medicatie. Een goede patiënt-artscommunicatie heeft een positieve

Redenen voor therapie-ontrouw

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

invloed op de klinische uitkomsten van het ziekteproces (Partnership in medicine taking, 1996).

Het niet volgens voorschrift gebruiken van geneesmiddelen uit zich op verschillende manieren, namelijk niet innemen of in een verkeerde dosis; te kort, te langdurig of intermitterend gebruik, of toediening op de verkeerde plaats of wijze (Buurma 1996, De Smet, 1996). In het algemeen leidt onjuist gebruik van geneesmiddelen tot ineffektieve therapie die tot een hoger gebruik van medische zorg kan leiden, bijvoorbeeld omdat ziekenhuisopname nodig is. Een voorbeeld van non-compliance met ernstige gevolgen betreft het gebruik van geneesmiddelen die het immuunsysteem onderdrukken na transplantaties. In een onderzoek bleek dat 18% van de getransplanteerde patiënten hun geneesmiddelen niet volgens voorschrift gebruikt. Hiervan kreeg 91% te maken met afstoting of afsterving van het orgaan, terwijl dit bij 18% van de patiënten gebeurde die hun immuunsysteem onderdrukkende geneesmiddelen wel innamen. Non-compliance bleek de grootste oorzaak voor afstoting te zijn (Rovelli, 1989).

Onjuist gebruik leidt vaak tot ineffektieve therapie

In een Nederlands onderzoek naar het gebruik van CARA-medicatie gedurende de periode van één jaar werd geconstateerd dat slechts 13% van de 249 patiënten continu de dagelijks voorgeschreven medicatie gebruikte. De overige patiënten gebruikten hun medicatie dagelijks te weinig (24%), te veel (5%), alleen af en toe (28%) of helemaal niet meer (31%) (Blom en Paes, 1992).

Het niet volgens voorschrift gebruiken van geneesmiddelen komt relatief veel voor bij patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Dit is vooral het geval bij ouderen. Ook zijn ouderen gevoeliger voor het optreden van bijwerkingen. Bijwerkingen zijn een belangrijke reden om het geneesmiddelengebruik te staken, ook zonder daarvoor de arts te raadplegen. In een Nederlandse studie onder oudere patiënten is aangetoond dat 78% van de geneesmiddelen juist werd gebruikt, 14% te weinig, 2,4% te veel en 5,7% helemaal niet (Lau, 1996).

Ouderen en afwijkend geneesmiddelengebruik

Een specifiek probleem met het gebruik van geneesmiddelen betreft middelen die potentieel verslavend zijn. Vooral slaap- en kalmeringsmiddelen, laxeremiddelen en pijnstillers zijn bekende geneesmiddelengroepen die tot verslaving kunnen leiden. Indien het gebruik is geïnitieerd door een voorschrift van een arts blijkt het in de praktijk moeilijk te zijn de spiraal van herhalingsvoorschriften te doorbreken. De voorwaarden waaronder gestopt kan worden met het chronisch gebruik van

Doorbreken van geneesmiddelenverslaving moeilijk

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

benzodiazepinen, de meest gebruikte slaap- en kalmeringsmiddelen, is recent onderzocht. Het blijkt dat een derde persoon vaak vereist is om de spiraal van voorschriften en verslaving te doorbreken. Hierbij gaat het er letterlijk om het probleem van chronisch geneesmiddelengebruik bespreekbaar te maken (Haafkens, 1997).

#### *Reclame versus informatie*

In het Reclamebesluit Geneesmiddelen dat in 1994 in werking is getreden, is het verbod op publieksreclame voor UR-middelen vastgelegd. Voor zelfzorgmiddelen mag wel reclame worden gemaakt die is gericht op de consument. Ondanks deze regeling blijkt de farmaceutische industrie de patiënt goed te kunnen bereiken met berichtgeving over UR-geneesmiddelen en wel via de publieke media in de vorm van nieuws en geschreven artikelen (Doelgerichte actie, 1996). Een voorbeeld van berichtgeving op het 8 uur-Journaal is de introductie van Imigran® en Taxol®. Volgens een gynaecoloog zijn publiekstijdschriften zeer behulpzaam geweest bij de introductie van de sub-50 anticonceptie pil in Nederland. Uit onderzoek blijkt dat berichtgeving over geneesmiddelen via de media het gedrag van de patiënt beïnvloedt. Aangetoond is dat negatieve publiciteit over de pil in de 80' er jaren effect heeft gehad, in de zin dat veel vrouwen toen zijn gestopt met het gebruik ervan (Van Trigt, 1995). Een ander fenomeen is het kopen van zendtijd door farmaceutische bedrijven voor het bespreken van hun producten. Bekende voorbeelden zijn de 5 uur-Show en programma's als Medisch Centrum West.

Farmaceutische industrie en publieke media

Farmaceutische bedrijven kopen zendtijd

Een recente ontwikkeling is geneesmiddelenreclame op Internet. Omdat dit niet zo mag heten, vaart de commercie onder de vlag "Medische Vraagbaak Internet". Productnamen mogen niet worden genoemd, maar de toegenomen vraag om geneesmiddelen komt vooral terecht bij de marktleiders in de betreffende sector. De fabrikanten van deze producten dragen dan ook de kosten voor de website (Venema, 1996a). De verkoop van UR-geneesmiddelen via Internet is ook al geconstateerd, waarbij de aanbieders vanuit Nederland opereerden (Vehse, 1996). Het verhandelen van UR-middelen zonder tussenkomst van arts of apotheekhoudende valt buiten het normale systeem waardoor de normale wettelijke kwaliteitswaarborgen niet aanwezig zijn. Bovendien geldt dat UR-middelen uitsluitend op basis van een recept afgeleverd mogen worden en geldt er een verbod op het afleveren van ongeregistreerde geneesmiddelen. Veel geneesmiddelen die via Internet worden aangeboden, worden voor onbedoeld gebruik gepropageerd. Het gaat veelal om psychofarmaca, dopingmiddelen

Verkoop geneesmiddelen via Internet niet wenselijk

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

of middelen die hiermee in relatie staan, bijvoorbeeld middelen tegen acne, ter camouflage van het gebruik van sommige anabole steroïden. Voor de problematiek van reclame voor en het verhandelen van geneesmiddelen via Internet en het ontwikkelen van beleid is in Europees verband aandacht gevraagd (Lisman, 1997).

Ontwikkeling Europees beleid

Berichtgeving over geneesmiddelen in de media wordt om diverse redenen bekritiseerd. In de eerste plaats wordt gesteld dat soms valse hoop wordt aangewakkerd. Dit wordt deels veroorzaakt door publiciteit over voorlopige onderzoeksresultaten. Verder wordt gesteld dat de berichtgeving een eenzijdig beeld geeft van wetenschappelijke ontwikkelingen, omdat sommige onderwerpen meer aan bod komen dan andere. Tenslotte wordt gesteld dat de gegeven informatie eenzijdig is en bijdraagt aan een te enthousiaste beeldvorming over geneesmiddelen. Met name op het gebied van bijwerkingen wordt onvoldoende informatie verstrekt om een reële afweging over het betreffende middel te kunnen maken (Van Trigt, 1995).

Eenzijdige informatie

Een voorbeeld van geslaagde samenwerking tussen patiëntenorganisaties en zorgverleners bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen betreft de introductie van interferon bèta 1b, een middel dat bij multiple sclerose wordt gebruikt. Dit geneesmiddel valt in de categorie nieuwe, dure geneesmiddelen. Al voor de registratie van het middel in 1995 is overleg gestart tussen de MS-patiëntenvereniging, voorschrijvende specialisten en de Stichting DGV in de rol van coördinator. Dit heeft geresulteerd in voorlichtingsmateriaal waarin vanuit het patiëntenperspectief duidelijk wordt omschreven welk type MS-patiënten wel, en welke type MS-patiënten niet in aanmerking komt voor gebruik van interferon bèta 1b. Ook wordt ingegaan op de voor- en nadelen van het gebruik. Op deze wijze kan worden bereikt dat er tussen de patiëntenvereniging en artsen goede overeenstemming is over de wijze waarop het geneesmiddel doelmatig toegepast kan worden. Door de communicatie hierover aan patiënten kunnen valse verwachtingen worden voorkomen (Ziekenfondsraad, 1996).

Afstemming geneesmiddeleninformatie door samenwerking tussen patiënten, artsen en industrie

Voor de consument is het onderscheid tussen reclame en voorlichting soms moeilijk te maken. Een ontwikkeling waarbij van belangenverstrengeling sprake is, is de financiering van patiënten- en consumentenorganisaties door de farmaceutische industrie. Dergelijke sponsoring wordt niet altijd vermeld bij de organisatie van publieke bijeenkomsten of in publicaties. Aangetoond is dat het kan leiden tot het verstrekken van te positieve informatie over geneesmiddelen. Patiëntenorganisaties zijn in het algemeen gericht

Sponsoring activiteiten patiëntenorganisaties door industrie

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

op het vergaren en doorspelen van informatie aan hun leden. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen is daarbij een belangrijk aspect. Mede daardoor zijn zij voor de farmaceutische industrie bruikbare media om geneesmiddeleninformatie te verspreiden in een pre-marketing fase (Hayes, 1997). De door de farmaceutische industrie opgerichte organisatie Pharmaceutical Partners for Better Health- care heeft een patiëntennieuwsbrief geïnitieerd onder de naam The Patiënt's Network. Ook worden symposia voor patiëntenorganisaties georganiseerd (Nefarma, 1997).

Het Geneesmiddelenbulletin doet regelmatig verslag van reclame-uitingen die niet door de beugel kunnen. Steeds vaker stappen partijen (lees: elkaar beconcurrerende bedrijven) naar de rechter om tot bijstelling van de reclameboodschap te komen. Een recent voorbeeld van misleidende reclame gericht op de zelfzorgconsument betreft een crème waarvan werd geclaimd dat deze een koortslip zou voorkomen. De Reclame Code Commissie achtte de tekst te absoluut en misleidend (Zovirax®-crème voorkomt geen koortslip, 1997). In 1994 meldt het Geneesmiddelenbulletin publieksreclame voor geneesmiddelen op recept middels de huis aan huis verspreide 'Nationale Geneesmiddelenkrant'. Hierin werd voor diverse UR-middelen nuttige voorlichting verweven met reclame in de vorm van interviews en serieus ogende artikelen, die in werkelijkheid 'advertorials' zijn (Publieksreclame voor geneesmiddelen op recept, 1994).

Reclame-uitingen soms misleidend

#### **4.2 Verbetering van het geneesmiddelengebruik door de patiënt**

Het gebruik van geneesmiddelen brengt altijd risico's met zich mee. Health Action International stelt dat het niet zozeer de inherente farmacologische eigenschappen zijn die een geneesmiddel problematisch kunnen maken, maar de wijze waarop het wordt voorgeschreven en gebruikt (Chetley, 1993). Hiermee wordt een grote rol toegekend aan de informatie waarmee de patiënt in staat wordt gesteld een reële afweging te maken tussen de voor- en nadelen van het geneesmiddelengebruik en het juiste gebruik. Vele ontwikkelingen zijn gaande, zowel gericht op de inhoud van de voorlichting als op het proces van het geven van voorlichting. Ook komen de doeltreffendheid en de regelgeving aan bod.

Geneesmiddeleninformatie noodzakelijk voor goed gebruik

*Ontwikkeling van standaarden voor zelfzorg en het geven van voorlichting*

Op het gebied van de zelfzorg zijn de standaarden een belangrijke

Zelfzorgstandaarden

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



instrument om de consument tot een medisch en financieel verantwoorde keuze te laten komen. Beroepsorganisaties van apothekers als de KNMP en de Stichting Apothekers in Loondienst (SAL) hebben zelfzorgstandaarden ontwikkeld. Onderdeel van het advies zijn niet-medicamenteuze maatregelen.

Een nieuwe ontwikkeling is de zgn. 'nuldelijnsstandaard'. Een huisartsengroep heeft deze opgesteld en verstaat hieronder: richtlijnen voor het handelen van de patiënt bij veel voorkomende klachten, opgesteld door de eigen huisarts. Hieronder valt ook het 'praatje' van de huisarts, het verhaal dat hij steeds weer vertelt bij een bepaalde klacht. Het project heeft verschillende doelen, waaronder het terugdringen van onnodige medische consumptie en het aangeven van de eigen grenzen. Eigen verantwoordelijkheid impliceert dat men weet wanneer professionele hulp gewenst is (Van Dijk, 1996).

Om het proces van voorlichting geven te verbeteren, zijn zowel ten behoeve van de arts als de apotheker standaarden en normen opgesteld. In 1996 is de eerste 'horizontale standaard' van het NHG verschenen onder de titel 'Huisarts en patiënt. Uitgangspunten en richtlijnen'. De volgende uitgangspunten voor het arts-patiëntcontact zijn geformuleerd (Rutten, 1996):

- Het huisarts-patiëntcontact heeft een functioneel karakter. De huisarts is er voor de patiënt om voorwaarden te scheppen voor en bij te dragen aan het zoeken van een oplossing voor gezondheidsproblemen.
- Het huisarts-patiëntcontact wordt gekenmerkt door vertrouwen. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel en het vertrouwen in de eigen huisarts.
- Patiënt en huisarts dienen elkaar als mens in hun waarde te laten, met respect voor elkaars verantwoordelijkheden.
- Huisartsen behoren hun patiënten te benaderen als competente en autonome gesprekspartners.
- Aandacht voor de klacht alléén volstaat niet in het handelen van de huisarts. De aard van het huisartsgeneeskundig werk vraagt om een integrale benadering: aandacht voor de biomedische aspecten van de aandoening dient samen te gaan met aandacht voor de persoon van de patiënt, de betekenis die de klacht voor de patiënt heeft en de leefwereld van de patiënt.

Verbetering voorlichting door huisarts

De huisarts zou in het contact met de patiënt moeten proberen om overeenstemming te bereiken over (Rutten, 1996):

- de aard van het probleem;
- de aanpak van het probleem; en

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

- goede informatie geven, onder andere over de medicijnen en eventuele bijwerkingen;
- een klimaat scheppen waarin de eerste drie voorwaarden gerealiseerd kunnen worden.

Specifiek gericht op het geven van voorlichting in het kader van de farmaceutische zorg zijn in de Nederlandse Apotheek Normen (NAN) de volgende taken van de openbare apotheker gedefinieerd (Van der Vaart, 1997):

Patiëntenvoorlichting opgenomen in apotheeknormen

1. het leveren van informatie en medicatie op recept, inclusief medicatiebewaking;
2. gezondheidsbevordering en preventie;
3. advisering in het kader van vrij verkrijgbare geneesmiddelen;
4. beïnvloeding van voorschrijfgedrag en geneesmiddelengebruik.

In het kader van het geven van patiëntenvoorlichting ter verbeteren van het geneesmiddelengebruik en voor de afhandeling van medicatiebegeleiding is het Wetenschappelijk Instituut van de Nederlandse Apothekers (WINAp) bezig protocollen te ontwikkelen. In deze zgn. WINAp-standaarden wordt aangesloten bij andere standaarden van medische zorgverlening, zoals de NHG-standaarden en standaarden voor verpleegkundige en paramedische zorg. Onderdeel van de implementatie van de WINAp-standaarden is de registratie van relevante informatie over de aard van de medicatiebewakingssignalen, het gevoerde overleg en de genomen actie (De Smet, 1996). De introductie van de WINAp-standaarden wordt begeleid met de PAO-cursus 'Kwaliteit van medicatiebegeleiding'. Inmiddels hebben zo'n 1000 apothekers samen met één van hun assistenten deelgenomen aan deze cursus (Noordhollandse apotheken protocolleren medicatiebegeleiding, 1997).

WINAp-standaarden patiëntenvoorlichting

#### *Educatieve interventies*

##### ➤ Mondelinge en schriftelijke voorlichting

Voorlichting kenmerkt zich door het verstrekken van informatie in een zodanige vorm en omgeving dat de ontvanger in staat wordt gesteld voor zichzelf een afweging van voors en tegens te maken, op basis waarvan keuzes kunnen worden gemaakt. Zowel bij zelfzorg als bij geneesmiddelen op recept is de belangrijkste keuze of een geneesmiddel wordt gebruikt, en zo ja, hoe dit gebeurt. Of de patiënt keuzes maakt die uiteindelijk leiden tot een positief effect op de ervaren gezondheid en het welbevinden, hangt af van de volgende factoren (Buurma, 1996):

- voorlichtingsbehoefte en aandacht;
- begrijpelijkheid van de mondelinge of schriftelijke boodschap;
- het afwegingsproces van voor- en nadelen;

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

- subjectieve normen;
- gedrags(on)mogelijkheden;
- het effect en de interpretatie ervan (feedback).

Het belangrijkste onderscheid op het terrein van geneesmiddelenvoorlichting is het verstrekken van mondelinge dan wel schriftelijke voorlichting. Vanwege de individuele benadering en feedback kan mondelinge voorlichting beter op de behoeften en belevingswereld van de patiënt worden afgestemd. Versterking van de boodschap treedt op wanneer mondelinge en schriftelijke voorlichting op elkaar aansluiten. Dit geldt ook voor voorlichting die afkomstig is van verschillende bronnen, bijvoorbeeld arts, verpleegkundige en apotheker.

Mondelinge en schriftelijke voorlichting afstemmen

➤ **Individuele mondelinge voorlichting**

Bij het geven van mondelinge voorlichting en gebruiksinstructie kan op individuele vragen en overwegingen van de patiënt in worden gegaan. In de optimale situatie wordt bij de arts geneesmiddeleninformatie verstrekt, die wordt herhaald bij aflevering in de apotheek. In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is de informatieplicht van de arts vastgelegd. De NAN omvat normen voor de farmaceutische zorgverlening, waarbij wordt gesteld dat de verstrekte informatie en adviezen juist, helder, eenduidig, actueel en begrijpelijk voor de cliënt dienen te zijn. Voor een aantal veelvoorkomende aandoeningen, zoals astma/chronische bronchitis, diabetes mellitus, hartfalen, maagklachten, reumatische aandoeningen en depressie, heeft het WINAp standaarden ontwikkeld waarmee de farmaceutische patientenzorg verder kan worden ontwikkeld (De Smet, 1996).

Informatieplicht in WGBO vastgelegd

Signalen uit het medicatiebewakingssysteem kunnen een belangrijk handvat bieden om met de patiënt over de medicatie te spreken. Vooral bij de eerste aflevering en bij chronische medicatie kan medicatiebegeleiding leiden tot het geven van advies om bepaalde geneesmiddeleninteracties te voorkomen of de therapietrouw te bevorderen.

Medicatiebegeleiding

Voor het geven van mondelinge voorlichting aan allochtonen kan gebruik worden gemaakt van de Tolkentelefoon. Een andere ontwikkeling is dat in wijken waar relatief veel mensen uit een bepaalde bevolkingsgroep wonen, apothekersassistenten uit dezelfde bevolkingsgroep werken in de plaatselijke apotheken. Hierdoor is het mogelijk culturele en taalbarrières te overwinnen. Binnen het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en

Voorlichting aan allochtonen

Ziektepreventie (NIGZ) functioneert het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. Zij richten zich op een structurele aandacht voor buitenlanders in de gezondheidszorg. Door het verbeteren van de communicatie wil men gezond gedrag van buitenlanders bevorderen. Het instituut ontwikkelt onder andere materiaal op het gebied van geneesmiddelenvoorlichting. Op dit moment is het echter onduidelijk welke organisatie de verantwoordelijkheid zal nemen voor de verdere ontwikkeling en actualisering van geneesmiddeleninformatiefolders voor buitenlanders (DGV & NIGZ, 1995).

➤ Mondelinge voorlichting aan groepen

Op initiatief van de LHV en de KNMP zijn in 1995 de Stichting O&O en de GeneesmiddelenTeams samengevoegd in de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening. Een taak van de Stichting DGV is het verzorgen van voorlichtingsbijeenkomsten voor patinten. Gemiddeld worden 600 presentaties per jaar gegeven over uiteenlopende onderwerpen. Belangrijke doelgroepen van de DGV-lezingen zijn ouderen en patinten met chronische ziekten. Over geneesmiddelengebruik in het algemeen is een lezing onder de titel "Verslik u niet" (Van Wetten, 1995). De DGV werkt ook samen met andere organisaties in speciale projecten. Zo is tijdens de Ouderenweek in 1996, waarbij extra aandacht is gegeven aan voorlichting in de apotheek over geneesmiddelengebruik door ouderen, nauw samengewerkt tussen apothekers en de regioteams van de DGV.

Voorlichtingsbijeenkomsten

➤ Schriftelijke voorlichting

Volgens de wet dienen geneesmiddelen te worden voorzien van een etiket en bijsluiter. De bijsluiter heeft zich ontwikkeld van een document gericht op informatieverstrekking aan de voorschrijver, tot een patiëntgericht document dat de gebruiker in staat moet stellen het middel op de juiste wijze in te nemen en veel voorkomende vragen beantwoordt. Een aantal medicatiebewakingssystemen genereert geneesmiddeleninformatie die beter leesbaar is door eenvoudig taalgebruik en het relatief grote lettertype. Bovendien wordt de informatie op naam verstrekt waardoor er meer aandacht voor de informatie is. Wanneer bepaalde voorgeschreven geneesmiddelencombinaties daartoe aanleiding geven, kan specifieke informatie hierover worden toegevoegd. Deze ontwikkeling markeert het begin van geïndividualiseerde schriftelijke geneesmiddelenvoorlichting.

In het kader van de WGBO is vastgelegd dat de ziekenhuisapotheker informatie dient te verstrekken over de farmacotherapie aan

Schriftelijke voorlichting in ziekenhuizen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

opgenomen patiënten, waar nodig in de vorm van schriftelijke informatie. In een aantal ziekenhuizen wordt al schriftelijke voorlichting verstrekt (Moss, 1995).

Schriftelijke geneesmiddeleninformatie wordt onder meer verstrekt met behulp van het boekje 'Wat doe ik? Neem ik medicijnen?' (De Haan, 1995) waarin een groot aantal aandoeningen de revue passeert. Het initiatief voor de uitgave is ondersteund door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, NHG en KNMP. Verder zijn er vele patiëntgerichte boeken, folders, brochures en tijdschriften over geneesmiddelen, zelfzorg en de behandeling van klachten opgesteld door onder meer de KNMP, formuleorganisaties en patiëntenorganisaties die via apotheek en drogist worden verspreid.

#### ➤ Praktische interventies

Een belangrijke voorwaarde voor geneesmiddelengebruik volgens voorschrift is de uitvoerbaarheid van de instructies. Problemen kunnen zeer divers zijn, bijvoorbeeld moeite met verpakkingen of het niet tijdig signaleren dat nieuwe medicatie dient te worden gehaald. In het onderstaande worden mogelijke interventies genoemd die door arts en/of apotheker kunnen worden uitgevoerd (Vissers, 1997, Haynes, 1996, Partnerschip in medicine taking, 1996):

Uitvoerbaarheid geneesmiddeleninstructies verbeteren

1. Verbeteren van het gebruiksgemak, bijvoorbeeld door eenvoudige doseerschema's en het faciliteren van gebruik op de werkplek.
2. Het gebruik van doseerboxen.
3. Verpakkingsmateriaal aanpassen aan handicaps, bijvoorbeeld ten behoeve van reumapatiënten.
4. Gebruiksaanwijzingen ondersteund met audiovisueel materiaal.
5. Het sturen van herinneringsbrieven door arts of apotheek bijvoorbeeld voor het tijdig ophalen van chronische medicatie.
6. Wekelijkse consulten bij de arts, of het afleveren van geneesmiddelen in weekporties. Dergelijke interventies zijn o.a. van belang bij afbouwschema's van het gebruik van verslavende middelen.
  
7. Verhogen van de betrokkenheid van patiënten bij de therapie door zelfcontrole, bijvoorbeeld bij diabetes of verhoogde bloeddruk, of door het bijhouden van epileptische aanvallen of longcapaciteit.

8. Een interventie die geënt is op het Amerikaanse systeem is het instellen van een beloningssysteem voor therapie- trouw en/of bepaalde geneesmiddelenuitkomsten. Als beloning kan men denken aan minder controles of financiële bijdragen voor de aanschaf van apparatuur voor zelfcontrole.

➤ Nieuwe media

De techniek kan behulpzaam zijn bij het vervaardigen en gebruiken van doeltreffende en klantvriendelijke informatieondersteunende instrumenten. Videobanden die worden verstrekt via arts of apotheek zijn hier voorbeelden van. Ook zijn er voorbeelden van interactieve computerprogramma's waarmee patiënten informatie op maat kunnen vragen over uiteenlopende onderdelen van de behandeling, waaronder het geneesmiddelgebruik. Met dergelijke programma's wordt momenteel in een aantal Nederlandse ziekenhuizen geëxperimenteerd. Het nieuwe eraan is dat de patiënt zelf de informatie op maat kan selecteren en dat er combinaties mogelijk zijn van stilstaande en bewegende beelden en geluid. Tegelijkertijd wordt gesteld dat dergelijke methoden voor informatieverstrekking nooit in de plaats kunnen en mogen komen van de communicatie tussen patiënt en hulpverlener (Van Wijmen, 1997). Bij specifiek op het terrein van informatie over geneesmiddelen met interactieve, computergestuurde methoden dient te worden gerealiseerd dat een zeer belangrijk deel van de populatie van geneesmiddelengebruikers oudere patiënten zijn. Uitzonderingen daargelaten, ligt het niet voor de hand dat deze groep gemakkelijk toegang zal vinden tot informatie via de computer.

Interactieve computerprogramma's

*Implementatie van interventies*

➤ Afstemming tussen arts en apotheker

In het kader van de WGBO is vastgelegd dat informatie de patiënt in staat moet stellen zijn gezondheidstoestand te beoordelen en een beslissing te nemen over de medische verrichtingen en leefgedrag, ook wel genoemd 'informed consent'. Hieronder valt ook het voorschrijven van geneesmiddelen. Expliciet wordt vermeld dat bijwerkingen van geneesmiddelen door de arts aan de patiënt moeten worden vermeld, op risico van veroordeling door de rechter. Is de informatie ongunstig, dan zal de hulpverlener daarmee rekening moeten houden bij de manier waarop hij deze informatie verstrekt. Soms kan het aangewezen zijn de informatie te doseren en de informatie te verstrekken op de voor de patiënt passende wijze (Legemaate, 1995).

'Informed consent'

Ook mogelijke bijwerkingen toelichten

In de WGBO zijn nadrukkelijk niet begrepen "handelingen op het

Afstemming voorlichting door arts en apotheker nodig

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

gebied van de artsnijbereidkunst in de zin van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening indien deze worden verricht door een gevestigd apotheker in de zin van de wet". De motivering hiervoor is dat voor vrij verkrijgbare geneesmiddelen de WOG voldoende bescherming biedt en dat voor recept-geneesmiddelen de patiënt voldoende wordt beschermd door de behandelingsovereenkomst die hij heeft gesloten met de voorschrijver ervan (Arts, 1995). Deze situatie onderstreept in feite het belang van afstemming van de geneesmiddelenvoorlichting tussen arts en apotheker. Het FTO levert hiervoor een goede structuur. Een belangrijke doelstelling voor samenwerking op het gebied van patiëntenvoorlichting is het verbeteren van de therapietrouw.

➤ Protocollair werken

Het leveren van kwalitatief goede patiëntenzorg vereist planning, scholing van medewerkers, protocollair handelen, aanpassing aan de zorgvraag van de individuele patiënt, op basis van aantoonbare kennis en vaardigheden. Voor de communicatie tussen arts en patiënt en apotheker en patiënt worden momenteel protocollen ontwikkeld. In de arts-patiëntcommunicatie is van belang dat geneesmiddelengebruik een onderdeel kan zijn van de onderwerpen waarover informatie dient te worden verstrekt.

Ontwikkeling protocollen

De KNMG heeft een project 'informed consent' opgezet dat erop is gericht artsen behulpzaam te zijn bij het implementeren en toepassen van de WGBO bepalingen over informatie en toestemming. De volgende punten zijn van belang (Van Wijmen, 1997):

- De duidelijkheid van de informatie heeft te maken met de hoeveelheid tijd die de patiënt wordt gegund om de informatie tot zich te laten doordringen. Verder is belangrijk dat de hulpverlener checkt of de patiënt de informatie heeft begrepen.
- Informatie over te verwachten gevolgen en risico's is situationeel bepaald, maar een aspect is bijvoorbeeld dat het feit dat een behandeling onaangenaam is, moet worden meegedeeld. Zeldzame complicaties kunnen achterwege blijven.
- Alle reële alternatieven moeten met ins en outs worden besproken. Dit geldt ook als de patiënt een alternatief op voorhand afwijst.
- De staat van en vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid dienen te worden besproken.

In de praktijk wordt door artsen al gebruik gemaakt van informatieprotocollen. In een onderzoek zijn vijf van dergelijke hulpmiddelen opgespoord, deels gericht op het informatieproces als zodanig, deels (ook) op de vastlegging van

Informatie en toestemming vastleggen in patiëntendossier

informatie/toestemming in het dossier (Van Wijmen, 1997).

1. Communicatierichtlijn, een in samenwerking met de NP/CF op ziekenhuisniveau ontwikkelde vorm van protocollering van informatie over veel voorkomende ziekten.
2. Patiënteninformatiedossier (PID), een dossier bestemd voor de patiënt zelf. In een experimentele fase is dit voor enkele categorieën patiënten ontwikkeld. Met behulp van een PID lost men problemen in de continuïteit en afstemming van de informatie op en speelt in op een veel voorkomend probleem dat de patiënt relevante informatie vergeet.
3. Ingreepetiket, een voorbedrukte sticker die de arts op het dossier kan plakken. De sticker kan worden ingevuld met datum en paraaf wanneer men de patiënt heeft geïnformeerd, of de patiënt het heeft begrepen, of nadere informatie is gevraagd/gegeven en of de patiënt toestemming heeft gegeven.
4. Stempel, een variatie op het etiket zoals hierboven vermeld.
5. Toestemmingsformulier, een voor bepaalde ingrepen met vrij uitvoerige informatie voorbedrukt formulier met ruimte om specifieke patiëntgegevens in te vullen en de patiënt te laten ondertekenen.

Het in praktijk brengen van de Nederlandse Apotheek Normen (NAN), auditing en certificering is een belangrijke stap op weg naar de implementatie van goede zorg in de apotheek. De NAN zijn opgezet aan de hand van een structuur-proces-uitkomstmodel. Hierbij wordt gesteld dat kwaliteit in de gezondheidszorg niet uitsluitend kan worden gemeten op resultaatniveau (in termen van gezondheidswinst of toegenomen kwaliteit van leven voor de patiënt), maar dat ook het proces van zorgverlening moet worden getoetst (bijvoorbeeld de mate waarin volgens algemeen aanvaarde standaarden wordt gehandeld), alsmede de daarvoor noodzakelijke randvoorwaarden (bijvoorbeeld kwalificatie van zorgverleners en van materiaal).

Proces van zorgverlening door apotheek toetsen

Sinds de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen op 1 april 1996 is het verplicht een kwaliteitssysteem in de apotheek toe te passen en te laten certificeren. Voor het ontwerpen en implementeren van een kwaliteitssysteem in de apotheek zijn in heel Nederland kwaliteitskringen opgezet. Inmiddels participeert 95% van alle apothekers in een kring en is het proces van certificering in gang gezet (Van der Vaart, 1997).

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector is de overkoepelende organisatie voor de implementatie van kwaliteitseisen in de gezondheidszorg. Waar de toetsing in het

Implementatie kwaliteitseisen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



verleden door de eigen beroepsgroep, intercollegiaal, werd georganiseerd, is het van belang dat deze nu in een breed kader gebeurt, onder andere met inbreng van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.

Voor het implementeren van voorlichting in de apotheek zijn diverse handleidingen verschenen, zoals het stappenplan voor een systematische aanpak van voorlichting dat in een project van het toenmalige Ministerie van VWS tot stand is gekomen (Blom en Houweling, 1992). Ook wordt in de opleidingen voor apothekers en apothekersassistenten onderwijs gegeven over patiëntenvoorlichting (Elling, 1996, Dettingmeijer 96). Voor het doorlichten van de kwaliteit van de voorlichting en communicatie heeft de KNMP een handleiding voor zelfevaluatie ontwikkeld (Bakx, 1996).

➤ Farmaceutische patiëntenzorg

Geneesmiddelenvoorlichting en medicatiebegeleiding worden in de apotheek gezien als onderdeel van de farmaceutische patiëntenzorg, ook wel 'pharmaceutical care' genoemd. Een vernieuwend element hierin is het feit dat interventies ter verbetering van het geneesmiddelengebruik in de vorm van standaarden en protocollen worden ontwikkeld en in meerdere apotheken worden toegepast (De Smet, 1996). Centraal element in de aanpak van farmaceutische patiëntenzorg is de verslaglegging van activiteiten en uitkomsten. Hierdoor is het voor de apotheker mogelijk om inzicht te krijgen in het individuele voorlichtings- en medicatiebegeleidingsproces, maar tevens wordt een basis gelegd voor evaluaties op grotere schaal van de uitkomsten van farmaceutische patiëntenzorg (De Gier, 1996).

Evaluatie van uitkomsten  
farmaceutische patiëntenzorg

farma-

Farmaceutische zorgprojecten richten zich met name op patinten die chronische medicatie gebruiken of patiënten die voor preventieve maatregelen in aanmerking komen. Een voorbeeld van actieve participatie van apothekers in voorlichtingscampagnes over ziekte en gezondheid is de campagne voor het slikken van foliumzuur bij kindervens ter voorkoming van aangeboren afwijkingen (Fransens, 1994).

Diverse projecten die zich richten op chronische patinten worden momenteel uitgevoerd. Met behulp van onderzoek worden de effecten van de interventie op patintniveau bepaald (Van Mil, 1996). Belangrijke patiëntengroepen waar de projecten zich op richten zijn astmapatiënten, ouderen die vier of meer geneesmiddelen gebruiken en diabeten. Een belangrijk element in de interventies is patiënten te leren omgaan met zelfcontrole en te

beoordelen of de medicatie aangepast dient te worden.

➤ Communicatie

Communicatie tussen patiënt, arts en apotheker is erop gericht de patiënt een beter begrip en een gemotiveerdere houding voor de therapie te laten ontwikkelen, hetgeen uiteindelijk dient te leiden tot een verbetering van de therapietrouw. In feite omvatten interventies het gehele proces van voorschrijfgedrag, het geven van gebruiksinstructies, motivatie van de patiënt en het bieden van oplossingen bij uitvoeringsproblemen (Blom en Houweling, 1992). De communicatie tussen arts en apotheker over het voorschrijven van geneesmiddelen, waarvoor het FTO een belangrijke basis legt, is in hoofdstuk 3 aan de orde gesteld. Afstemming van de voorlichting over geneesmiddelen tussen arts en apotheker is een relevant onderwerp voor het FTO. In dit hoofdstuk ligt het accent op de communicatie van arts en apotheker met de patiënt.

Verbetering therapietrouw

Op het gebied van de arts-patiëntcommunicatie geeft de literatuur verschillende aanknopingspunten voor verbetering, bijvoorbeeld in de NHG-standaard 'Huisarts en patiënt'. De hier vermelde grondprincipes zijn, waar nodig, uitgebreid voor toepassing in de apotheker-patiëntrelatie (Roter, 1995):

1. Het perspectief van de patiënt op zijn/haar medische conditie en behandeling dient te worden beschouwd en gerespecteerd.
2. Wees ervan overtuigd dat een geneesmiddel niet wordt voorgeschreven om de patiënt tevreden te stellen.
3. Motiveer het recept met een diagnostische en therapeutische rationale en vertel dit aan de patiënt.
4. Bespreek of onderhandel over een behandelingsplan en anticipeer op eventuele problemen door oplossingen aan te reiken.
5. Artsen en apothekers dienen hun medische kennis zodanig over te brengen op de patiënt, dat de informatie relevant en bruikbaar is.
6. Effectieve communicatie maakt gebruik van rationele en emotionele elementen.
7. Wanneer patiënten op een niet-beschuldigende en niet-bedreigende manier worden gevraagd naar het feitelijk gebruik van hun geneesmiddelen, zijn zij in het algemeen bereid om over problemen te praten. Het bespreken van therapietrouw dient onderdeel te zijn van elk consult.
8. Wanneer problemen met het geneesmiddelengebruik ontstaan, dient een gezamenlijk proces in gang te worden gezet om te achterhalen waar problemen liggen en hoe deze kunnen worden opgelost.

Grondprincipes voor communicatie met patiënten

De KNMP heeft ter ondersteuning van het verbeteren van de communicatie in de apotheek uitgangspunten en richtlijnen laten ontwikkelen door het Nivel (Sluijs, 1995). Speciaal voor het geven van adviezen over zelfzorg in de apotheek heeft de KNMP de zgn. WHAM-vragen ontwikkeld. Met deze vragen wordt inzicht verkregen in **Wie** de klachten heeft (jong, oud), **Hoe lang** de klachten al bestaan, welke **Actie** al is ondernomen en welke andere **Medicatie** wordt gebruikt. Op basis van antwoorden op deze vragen dient te worden bepaald of de cliënt verwezen moet worden naar de huisarts, dan wel voor zelfzorg in aanmerking komt. Met behulp van de zelfzorgstandaarden kan vervolgens een goede geneesmiddelenkeuze worden gemaakt.

WHAM-vragen bij zelfzorg-advisering

#### *Doelmatigheid van de interventies*

➤ De effecten van voorlichting op het geneesmiddelengebruik. Het bepalen van de effecten van voorlichting bij de patiënt is niet eenvoudig en onderzoek hiernaar is betrekkelijk weinig voorhanden. Dit geldt onder meer het effect van het etiket als voorlichtingsbron. Uit het beschikbare onderzoek in Nederland blijkt dat men bijvoorbeeld de instructies over antibioticakuren en over doseringen niet altijd begrijpt, en dat men nogal eens van die instructies afwijkt. De gele waarschuwingsticker in verband met beïnvloeding van het reactievermogen, blijkt slechts in beperkte mate aanleiding te geven tot gedragsverandering. Vooral bij zelfzorgproducten is de informatie op de verpakking belangrijk, omdat een gebruiksetiket ontbreekt. Wat het effect is van op de verpakking aanwezige voorlichting is niet bekend (Buurma, 1996).

Effectmetingen niet eenvoudig en weinig uitgevoerd

De bijsluiter wordt in verschillende onderzoeken als één van de belangrijkste informatiebronnen genoemd. De bijsluiter wordt door het merendeel van de gebruikers gelezen en vaak ook bewaard. De meeste belangstelling gaat uit naar de aspecten 'bijwerkingen' en 'hoe het middel te gebruiken' (Van Trigt, 1990). In een onderzoek onder 764 Nederlanders van 18 jaar en ouder zegt 79% van de ondervraagden de bijsluiter bij UR-middelen te lezen en 67% doet dit bij zelfzorgproducten. Men let daarbij het meeste op bijwerkingen en alleenstaanden kijken vaker naar de wijze van gebruik (Venema, 1995a).

Bijsluiter veel gelezen; vaak bewaard

Het belang van goede uitleg blijkt uit een Nederlands onderzoek waarbij het aantal patiënten, dat inhalatoren op de juiste wijze gebruikte, na uitleg van de toedieningswijze op videoband, steeg van 2% naar 65%. Ook uit een ander Nederlands onderzoek is bekend dat een regelmatige, mondeling uitleg of demonstratie van inhalatoren een kennisverhogend effect heeft bij de gebruikers

Voorlichting bij astma effectief

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

(beide onderzoeken gerefereerd in Blom en Paes (1992). In een recent (kleinschalig) onderzoek in een huisartsenpraktijk naar verbetering van het gebruik van poederinhalatoren wordt geconstateerd dat de helft van de patinten ooit uitleg heeft gekregen over het gebruik van de middelen. De rest haalde informatie uit de bijsluiter. Geconcludeerd wordt dat er nog veel te doen is op het gebied van uitleg en instructie door de behandeld arts, door doktersassistenten en/of door apotheker(assistent) (Dreessen, 1997).

Wanneer alleen mondelinge informatie wordt gegeven, moet rekening worden gehouden met geheugeneffecten. In een onderzoek bleek dat 37-54% van de door de arts mondeling verstrekte informatie, werd vergeten. Het is beter een beperkt aantal instructies te geven zodat deze ook kunnen worden onthouden. Ondersteuning met schriftelijke informatie voorkomt dit probleem gedeeltelijk, maar hieraan kan afbreuk worden gedaan doordat de inhoud verkeerd kan worden begrepen. Zo veroorzaken etiketinstructies nogal eens misverstanden indien er geen mondelinge uitleg bij wordt gegeven. Vooral voor ouderen kan het therapiebegrip worden bevorderd als de functie van het geneesmiddel (bijvoorbeeld 'schildkliertablet' of 'plastablet') op het etiket wordt vermeld (Blom en Paes, 1992).

Mondelinge en schriftelijke voorlichting samen vergroten therapiebegrip

Een combinatie van mondelinge instructies en schriftelijke informatie is het meest geschikt om patiënten te informeren over hun geneesmiddel. Regelmatig moeten vervolgfafspraken worden gemaakt. Bij langer durende therapie is mondelinge informatie en steun van de omgeving nodig om de therapietrouw ten positieve te beïnvloeden. Dit geldt ook voor de arts. Deze moet duidelijk laten blijken het belangrijk te vinden dat de medicatie wordt ingenomen. Patiënten blijken hun arts niet uit zichzelf te informeren over therapie-ontrouw, waardoor de beoordeling van de ingestelde therapie wordt bemoeilijkt. Indien de arts in het consult expliciet aandacht besteedt aan de mogelijkheid van therapie-ontrouw, leidt dit vaker tot een verbetering van de therapietrouw (Blom en Paes, 1992).

Arts dient therapie(on)trouw te bespreken

De introductie van interferon bèta 1b ging gepaard met een uitgebreide voorlichtingscampagne waarbij de multiple sclerose patiëntenvereniging, de specialisten, de Stichting DGV, de Coördinatiecentra Chronisch Zieken, de farmaceutische industrie en de Ziekenfondsraad betrokken werden. Bij de evaluatie van de campagne kwam naar voren dat 70% van de patinten hun mening over interferon hebben veranderd en 75% zegt dat zij door de informatie beter zijn voorbereid op een gesprek met de specialist.

Samenwerking bij informatie-verstrekking zinvol

Van de mensen, die volgens de criteria voor interferon in aanmerking komt, zegt driekwart dat de voorlichting invloed heeft gehad op de beslissing over het wel of niet behandeld worden met interferon (Coolen, 1997).

➤ De bijsluiter onderzocht

Regelmatig onderzoekt de Consumentenbond het meegeven van bijsluiters in de apotheek en de kwaliteit van de bijsluiters. Recent onderzoek onder leden van de Consumentenbond laat zien dat er nog steeds geneesmiddelen zonder bijsluiter worden afgeleverd. Verder zijn vrijwel alle bijsluiters geschreven in kleine lettertjes op dun papier en ontbreken functionele plaatjes. Veel klachten waren er ook over onduidelijke informatie; hoeveel is bijvoorbeeld 'een beetje zelf'? Sommige bijsluiters bevatten nog veel vakjargon en zijn daardoor moeilijk te begrijpen. Het onderzoek concludeert dat, hoewel sinds 1993 verbetering zichtbaar is, toch nog steeds onduidelijke bijsluiters worden verstrekt. Afstemming van bijsluiters van vergelijkbare producten is ook wenselijk (Goede bijsluiter, Een, houdt het simpel, 1997).

Ondanks verbeteringen nog steeds onduidelijke bijsluiters

Nederlandse bijsluiters van vier geneesmiddelen uit verschillende veel gebruikte geneesmiddelengroepen zijn vergeleken met Engelse, Finse en Zweedse bijsluiters. In vergelijking met veel gebruikte handboeken voor voorschrijvers in deze landen vertonen de bijsluiters grote verschillen. Op het gebied van het vermelden van bijwerkingen, interacties en contra-indicaties bevatten de Engelse en Nederlandse bijsluiters veel meer informatie dan de Zweedse en Finse exemplaren (Huijps, 1996).

➤ Wat vindt de klant of patiënt van de apotheek?

In 1994 heeft de Stichting apothekers in loondienst (Blom, De Jong en Sierens, 1995) een onderzoek laten uitvoeren onder ruim 5.000 patiënten uit 34 aangesloten apotheken naar de visies en de ervaringen van klanten. Van het thema 'persoonlijke aandacht' scoren alle aspecten hoog (4.5 op een score van 1-5). Met name 'de tijd nemen' en 'zich inspannen om te helpen' worden belangrijk gevonden. Geneesmiddeleninformatie is zeer belangrijk voor de klant, waarbij het altijd meegeven van bijsluiters, het leveren van begrijpelijke bijsluiters, het gelegenheid geven en het goed beantwoorden van vragen eveneens hoog scoren. Een balie met privacy wordt belangrijk gevonden (score 4.1), zeker wanneer klachten en geneesmiddelenamen worden genoemd. Ruimere openingstijden scoren tussen 3 en 4, waarbij vooral opening tot 6 uur van belang wordt geacht. Van de overige service-aspecten worden genoemd het direct meekrijgen van geneesmiddelen (4.5), de korte wachttijden (4.3) en de bezorgdienst (3.8).

Persoonlijke aandacht van groot belang in apotheek

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

In het onderzoek is ook gevraagd welke inschatting apothekermedewerkers maken van hetgeen de klanten belangrijk vinden. Op enkele punten komen opvallende zaken naar voren. De apothekermedewerkers overschatten het belang van een aparte spreekkamer, maar onderschatten het belang van ruimere openingstijden van de apotheek. Wat betreft het belang van de persoonlijke aandacht en de overige service-aspecten voor klanten schatten de apothekermedewerkers deze terecht hoog in. Met name mensen die meer geneesmiddelen op recept gebruiken, hechten meer belang aan persoonlijke aandacht in de apotheek. Ook beoordelen zij de eigen apotheek hier positiever op dan degenen die weinig of geen geneesmiddelen op recept gebruiken. Frequente apotheekbezoekers zijn over het algemeen meer tevreden over de aandacht die zij krijgen in hun persoonlijk contact met de apotheek, dan weinig frequente apotheekbezoekers.

Het belang van korte wachttijden bij de aankoop van zelfzorgproducten komt ook naar voren in een ander onderzoek. De drogist doet het wat dit betreft beter dan de apotheek. Gevraagd naar de meest geraadpleegde bron over zaken die de gezondheid en de geneesmiddelen aangaan, wordt door 80% de arts genoemd, op afstand gevolgd door de apotheker op 41%. Daarna volgen de deskundigen-in-de-familie met 29% en de drogist met 21% (Venema, 1995a).

In een onderzoek naar het toepassen van gespreksvaardigheden door apothekersassistenten komt naar voren dat de patiënt in het algemeen vriendelijk wordt bejegend, maar dat de aandacht in de apotheek vooral productgericht is. De patiëntgerichtheid kan worden verbeterd. Zo wordt de patiënt onvoldoende gestimuleerd om vragen te stellen of anderszins te praten over geneesmiddelen. Ook is de informatieverstrekking voor verbetering vatbaar. Zelden wordt op eigen initiatief door de apothekersassistent informatie gegeven. Het lijkt van belang de bereidheid tot het geven van informatie kenbaar te maken aan de patiënt. Op basis van de onderzoeksresultaten zijn richtlijnen opgesteld voor een betere communicatie met patiënten. Het realiseren van deze richtlijnen betekent vaak een uitbreiding van de adviserende en de begeleidende functies in de apotheek (Sluijs, 1995).

Patiëntgerichtheid kan verbeterd in apotheek

#### ➤ Geneesmiddeleninformatielijn

In 1990 is de Geneesmiddelen-Infolijn ingesteld. De lijn werd in het leven geroepen omdat er bij consumenten veel vragen leven over geneesmiddelen, ondanks de bestaande informatiekanalen via arts, apotheker en bijsluiter. Analyse van de vragen die worden

Geneesmiddelen-Infolijn voorziet in behoefte

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

gesteld bij de Geneesmiddelen-Infolijn levert inzicht in het soort vragen waar patiënten mee zitten. In 1996 werden er door 5.852 mensen in totaal 7.503 vragen gesteld. De belangrijkste geneesmiddelengroepen waar vragen over worden gesteld zijn de antidepressiemiddelen en de middelen tegen psychoses, waarover elk bijna 1.000 vragen werden gesteld (Rikken, 1997).

Bij nadere bestudering blijkt dat er vragen worden gesteld die hadden kunnen worden voorkomen door hieraan in de apotheek of bij de arts extra aandacht te besteden. Gerelateerd aan het geneesmiddel waarover de meeste vragen werden gesteld, betreffen dit vragen over het stoppen met gebruik van het middel, de relatie tussen de duur van het slikken en de werking, en het voorkomen van bijwerkingen. De analyse van dergelijke gegevens kan goed worden gebruikt om het geven van voorlichting te verbeteren (Rikken, 1997, Van der Toom, 1994).

Terugkoppeling gegevens geneesmiddel-Infolijn naar praktijk

### *Regelgeving*

De overheid heeft in de loop der tijd verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit en de doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik te verbeteren. De volgende regelingen worden kort besproken: het verbod op het meegeven van bijsluiters, de prescriptieregeling, de eigenbijdrageregelingen en de WGBO.

#### ➤ Bijsluiters

Een regeling die pas in 1975 werd afgeschaft, was het wettelijk verbod om een bijsluiter aan de patiënt mee te geven. Tot 1988 bevatte de fabrieksbijsluiter uitsluitend wetenschappelijke informatie. Sinds die tijd is de bijsluiter steeds verder ontwikkeld tot een belangrijke bron van informatie voor de geneesmiddelengebruiker. In 1994 zijn wettelijke eisen vastgelegd waaraan een bijsluiter en een etikettekst dienen te voldoen.

Bijsluiters steeds meer gericht op patiënten

#### ➤ Prescriptieregeling

In 1988 werd de prescriptieregeling ingesteld. Hiermee werd de hoeveelheid geneesmiddelen per voorschrift beperkt tot een gebruiksperiode van maximaal 3 maanden voor chronische gebruikers en maximaal 1 maand voor overige gebruikers. Nieuwe medicatie mag voor maximaal 15 dagen worden voorgeschreven. Juist in de eerste periode van het gebruik treden veelal bijwerkingen op en is er een relatief grote kans dat het middel wordt gestaakt. De regeling is bedoeld om verspilling en onnodige kosten te voorkomen (ZFR, 1997). Een (onverwacht) effect van de maatregel is dat de afgeleverde hoeveelheden per recept zijn afgenomen en een toename in het aantal recepten is ontstaan. De praktijkkosten in de vorm van de WTG-opslag zijn daardoor

Eerste recept voor maximaal 15 dagen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

toegenomen, wat heeft geleid tot een aanpassing van de tarieven. De prescriptiemaatregel heeft nog geen duidelijk zichtbare gevolgen op het voorschrijfgedrag te zien gegeven. Artsen blijken de regeling te kunnen omzeilen door patiënten bij nieuwe medicatie alvast twee recepten mee te geven (Buurma, 1996).

➤ Eigen bijdragen

De eerste eigenbijdragemaatregel gericht op geneesmiddelen was de invoering van de 'medicijnknaak' voor ziekenfondsverzekerden in 1983. In een evaluatie van de maatregel bleek dat het aantal voorschriften daalde, maar de hoeveelheid geneesmiddelen per voorschrift was toegenomen. In 1990 is de maatregel afgeschaft en zijn de wegvallende opbrengsten gecompenseerd in de nominale premie (Buurma, 1996). Op 1-1-1997 is een nieuwe eigenbijdrageregeling van kracht geworden voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden met een standaard(pakket)polis. De regeling bepaalt dat een deel van de kosten voor hulp van een specialist of van een fysiotherapeut, voor opname in het ziekenhuis, voor ambulancevervoer en voor geneesmiddelen voor eigen rekening van de verzekerde komen. Zij betalen 20% van de kosten zelf, tot een maximum van f 200 per persoon of gezinshoofd. Voor mensen met lage inkomens geldt een maximum van f 100 per jaar.

Diverse eigenbijdrageregelingen

De effectiviteit van eigenbijdrageregelingen om de geneesmiddelenkosten te controleren zijn omstrede (Van Berkestijn, 1997). Uit onderzoek blijkt dat minder kosten voor geneesmiddelen kunnen leiden tot verschuivingen naar andere vormen van zorg. In een Amerikaanse studie bleek dat vermindering van het gebruik van enkele essentiële middelen, zoals psychofarmaca, schildklier-, diabetes-, hart- en vaatmiddelen, leidde tot hogere kosten bij de acute psychiatrische hulpverlening en opnames in verpleeghuizen voor ouderen. Deze onderzoeksresultaten wijzen uit dat bepaalde groepen patiënten vooral kwetsbaar zijn bij het leggen van financiële drempels. Het betreft vooral oudere, chronisch zieken met lage inkomens en psychiatrische patiënten. Ook zijn er voorbeelden bekend waarbij verschuivingen optraden naar minder wenselijke geneesmiddelen. Geconcludeerd wordt dat de besparingen bij het heffen van eigen bijdragen voor geneesmiddelen in de praktijk meestal niet de gewenste toename van kosten-effectief geneesmiddelengebruik oplevert (Freemantle, 1996a).

Effectiviteit in kostenbeheersing omstrede

➤ WGBO

De wettelijke basis voor de verstandhouding tussen arts en patiënt

Patiëntenrechten nu wettelijk vastgelegd

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



is vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die op 1 april 1995 van kracht is geworden. Deze wet vormt het voorlopige eindpunt van een discussie over patiëntenrechten die meer dan 20 jaar heeft geduurd. De WGBO bundelt de rechten van patiënten die tot dat moment moesten worden afgeleid uit een sterk versnipperd geheel van regelingen en rechtspraak en bevat enkele nieuwe rechten. Naar verwachting zal de wet de duidelijkheid en rechtszekerheid ten goede komen, zowel voor patiënt als voor hulpverlener (Legemaate, 1995). De noodzaak voor het vastleggen van de rechten van de patiënt komt voort uit het feit dat de gezondheidszorg steeds dieper en met grotere gevolgen in het menselijk bestaan kan ingrijpen. De wijze waarop hierover beslist wordt, is voor de patiënt van het grootste belang. Daarbij is het zelfbeschikkingsrecht van de mens aan de orde. De patiënt moet goed geïnformeerd zijn en zelf toestemming geven voor de behandeling (Legemaate, 1995).

Zoals eerder vermeld, is de openbare apotheker niet expliciet vermeld in de WGBO. Hiermee wekt de wetgever de indruk niet voldoende oog te hebben voor de taak en de zelfstandige positie van de apotheker ten opzichte van de patiënt, óf deze bewust te negeren, aldus de KNMP (Arts, 1995). Ook de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie is het ermee eens dat er onduidelijke situaties kunnen ontstaan in de patiënt-apotheker relatie. De KNMP en NP/CF zijn dan ook bezig om een modelregeling op te stellen, waarin de gewenste afspraken over de relatie patiënt-apotheker kunnen worden opgenomen die in het kader van de WGBO worden gemist. Dit is een goed middel om de rechten en de plichten van patiënt en apotheker vast te leggen en om het begrip farmaceutische zorg nader in te vullen. Mogelijk is een dergelijke modelregeling de voorloper van aanpassing van de wetgeving op dit gebied (Frijlink, 1995).

Modelregeling voor relatie patiënt - apotheker

## 5 Distributiekolom

De ontwikkelingen in de geneesmiddeldistributiekolom worden beschreven aan de hand van twee thema's:

1. Concentratie van de markt en internationalisering.
2. Diversificatie van de afleverpunten.

### 5.1 Concentratie van de markt en internationalisering

#### *Farmaceutische industrie*

De innoverende farmaceutische industrie is bij uitstek een internationaal georiënteerde bedrijfstak. Een klein aantal bedrijven is van oorsprong Nederlands. Een aantal internationale bedrijven laat ook in Nederland innoverende research uitvoeren, namelijk AKZO-Pharma, MSD, Duphar en Yamanouchi (Impetus, 1996). Verder is Nederland in termen van kwaliteit en toegankelijkheid een relatief belangrijk land voor het uitvoeren van onderzoek, bijvoorbeeld ten behoeve van de registratie van geneesmiddelen.

Geneesmiddelenonderzoek in Nederland

Een belangrijke ontwikkeling binnen de farmaceutische industrie is een proces van concentratie door fusies en overnames waarmee wereldwijd opererende bedrijven ontstaan. Dit proces is sinds de jaren vijftig aan de gang. Eerst vooral op continentale schaal, later op globale schaal. Het betreft met name de innoverende farmaceutische industrie. Schut (1996) ziet voor de verdergaande globalisering drie oorzaken. In de eerste plaats dient een aanwezigheid in de Europese, de Amerikaanse en de Japanse markt om een omzetplatform te creëren dat R&D kan financieren waarmee innovatieve en verkoopbare producten worden ontwikkeld. Ten tweede tracht men de specifieke wetenschappelijke kennis van de drie continenten optimaal te benutten. In de derde plaats tracht men de afhankelijkheid van één markt en dus de kwetsbaarheid van de onderneming te verminderen.

Concentratie van de farmaceutische industrie

De ontwikkeling van orphandugs staat momenteel sterk in de belangstelling. Orphandugs zijn geneesmiddelen voor zeldzame ziektes zodat de investeringen voor de ontwikkeling ervan niet of nauwelijks kunnen worden terugverdiend. Inmiddels is in de VS een stimuleringsmaatregel van kracht, waardoor bedrijven die orphandugs ontwikkelen, financiële voordelen krijgen. Op dit moment wordt in verschillende Europese landen, waaronder Nederland, beleid ontwikkeld waarmee de R&D van orphandugs

Stimulering ontwikkeling van 'orphandugs'

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

kan worden gestimuleerd.

De farmaceutische industrie benadrukt dat concurrentie steeds intenser wordt, onder meer door wereldwijde overcapaciteit. Het wordt steeds moeilijker investeringen voor de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen terug te verdienen. Een belangrijke vraag in dit kader is hoe de concurrentieverhoudingen in werkelijkheid zijn. Een kenmerk van de farmaceutische markt is dat per therapeutische klasse, dus per submarkt, slechts enkele bedrijven een goede marktpositie hebben. Dit zijn industrieën die zich in een bepaalde therapeutische groep gespecialiseerd hebben. Slatter (geciteerd in Vos, 1990) laat dat al in 1977 zien voor de Engelse geneesmiddelenmarkt. In de belangrijkste therapeutische groepen, te weten antibiotica, hart- en vaatmiddelen en ontstekingsremmende middelen, zijn er slechts vier bedrijven per groep die bijna de gehele markt in handen hebben. Door het proces van concentratie, dat heeft plaatsgevonden binnen de farmaceutische industrie, zal dit aantal zijn afgenomen. Het is niet ondenkbaar dat een therapeutische groep uiteindelijk vrijwel geheel in handen is van één farmaceutische industrie. Een voorbeeld waarbij dit nu speelt, is de markt van de insulinepreparaten bij diabetes mellitus. Deze is in handen van het bedrijf Novo-Nordisk.

Op niveau van submarkten concurrentie beperkt

Op de geneesmiddelenmarkt speelt prijs vaak een beperktere marketing rol dan in andere markten. De industrie probeert vaak marktaandeel te winnen of te behouden door relatievorming met de groothandel, de apotheker, de huisarts en de specialist (Impetus, 1996).

In de discussies over de effectiviteit en de doelmatigheid van geneesmiddelen wordt steeds meer gebruikgemaakt van medical technology assessment, in het bijzonder farmaco-economie, als beleidsinstrument (RVZ, 1997). Voor de farmaceutische industrie speelt hierbij een aantal belangen. In de eerste plaats betreft dit de financiering van farmaco-economisch onderzoek. Indien het uitvoeren van farmaco-economisch onderzoek een voorwaarde wordt voor toelating van het geneesmiddel in het te vergoeden pakket, dan is de industrie van mening dat de kosten van deze investeringen in de geneesmiddelenprijzen dienen te worden verrekend. Verder is de industrie gebaat bij de ontwikkeling van internationaal aanvaarde methodologie voor farmaco-economisch onderzoek, zodat de resultaten van het onderzoek in meerdere landen kunnen worden gebruikt (Feenstra, 1997). Een kanttekening hierbij is dat er grote verschillen zijn tussen landen met betrekking tot de medische zorg en de bijbehorende kosten.

Toenemend belang farmaco-economisch onderzoek

De vraag is of onder deze omstandigheden resultaten te extrapoleren zijn naar andere landen. Verder is de farmaceutische industrie van mening dat indirecte kosten in de methodologie van farmaco-economisch onderzoek meegenomen dient te worden en een transparante beslissingsstructuur met vooraf vastgestelde criteria dient te bestaan (Feenstra, 1997).

De invloed van de farmaceutische industrie op de zorgmarkt neemt toe. Concepten als 'managed care' en vooral 'disease management' zijn voor de farmaceutische industrie interessant vanwege de prominente plaats die geneesmiddelen innemen bij de behandeling van chronisch zieken. Hierbij zien zij ook de potentieel aanwezige markt als gevolg van onderbehandeling. Waar de zorgverzekeraar uit het oogpunt van de kostenbeheersing de managed care omarmt, is de farmaceutische industrie vooral gericht op disease management (Van der Werf, 1997). Beide concepten worden momenteel in Nederland bediscussieerd en mogelijk zal het te ontwikkelen beleid in meer of mindere mate bij elementen van 'managed care' en 'disease management' aansluiten. Ook is door een farmaceutische industrie de intentie uitgesproken een aantal managed care-concepten in Europa te introduceren (De Ree, 1995). In de VS zijn inmiddels drie farmaceutische industrieën eigenaar van de drie grootste organisaties die managed care aanbieden. Hiermee hebben zij rechtstreeks belangen bij de geneesmiddelen die via formularia aan consumenten worden verstrekt en vergoed en hebben zij toegang tot gegevens over het geneesmiddelengebruik van zeer grote groepen consumenten.

Managed care en disease management interessant voor industrie

De farmaceutische industrie heeft haar activiteiten ten behoeve van de discussies over de gezondheidszorg gebundeld in de in 1993 opgerichte Pharmaceutical partners for better healthcare. De organisatie is opgericht door 40 president-directeuren van ongeveer 40 mondiaal opererende innovatieve farmaceutische bedrijven. De PPBH beoogt een bijdrage te leveren aan de discussies over de gezondheidszorghervormingen en beoogt aan te tonen dat de internationale farmaceutische industrie een waardevolle partner is in de gezondheidszorg (Nefarma, 1997).

Bundeling activiteiten industrie

De Nederlandse vereniging van de farmaceutische industrie voor zelfzorggeneesmiddelen, Nefarm, heeft het 'samenzorg' concept ('collaborative care') in Nederland geïntroduceerd. Hierbij wordt samengewerkt met de apotheker en de drogist om de consument niet onnodig de huisarts te laten raadplegen, maar te verwijzen naar zelfzorgmedicatie bij apotheek en drogist. De industrie heeft belang bij dit concept aangezien de zelfzorgmarkt groeit. De zorgverzekeraar heeft er belang bij nu ook zij

'Samenzorg' concept

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

gebudgetteerd worden (MarketScan, 1997).

#### *Groothandels*

Er zijn drie groothandels voor apothekhoudenden (openbaar, apothekhoudende huisartsen en ziekenhuizen) actief, met een landelijke dekking en een breed assortiment. Dit zijn de zogenaamde 'volgesorteerde' groothandels. Hiervan heeft de OPG het grootste marktaandeel, 38% en hebben ACF en Interpharm allebei ongeveer 20% marktaandeel, totaal 77% van de markt. Het overige marktaandeel van 23% wordt door een groot aantal andere groothandels gedeeld. Er is een aantal 'bijna volgesorteerde' groothandels, een aantal discounters met kleine tot middelgrote assortimenten en een aantal zeer gespecialiseerde inkoopcombinaties van apothekers, ook wel 'rugzakgroothandels' genoemd (Buurma, 1996). Het aandeel rechtstreekse leveringen van fabrikanten/importeurs aan apotheken heeft een min of meer stabiel aandeel van 9% (Impetus, 1996).

Verskillende typen farmaceutische groothandels

Uit onderzoek is gebleken dat voor een goede en volledige uitoefening van de groothandelsfunctie slechts voor een klein aantal bedrijven economische levensvatbaarheid is. De groothandels realiseren een hoger rendement op veelgevraagde geneesmiddelen, de hardlopers, dan op minder verkochte geneesmiddelen. De hardlopers zijn juist het terrein waarop de discounters en rugzakhandelaren zich richten. Zij zijn in staat om voor deze producten vaak zeer hoge kortingen te bedingen. Deze kortingen worden via het substitutiesysteem doorberekend aan apothekhoudenden. De totale post kortingen bedroeg in 1993 ongeveer f 200 miljoen (zie ook tabel 3.4). Iets meer dan de helft hiervan is afkomstig van de volgesorteerde groothandels, die echter een marktaandeel hebben van 77%. In ongeveer een kwart van de groothandelsmarkt gaat bijna de helft van de kortingen om (Buurma, 1996).

Kortingen doorberekend

Juist vanwege de concurrentiedruk op de hardlopers zijn de breedgesorteerde groothandels kwetsbaar. De breedgesorteerde groothandels hanteren een prijs- en conditiebeleid waardoor zij trachten het voor apothekers minder aantrekkelijk te maken om de hardlopers bij discounters en rugzakkers te kopen. Het marktaandeel van de volgesorteerde groothandels is onder invloed van deze ontwikkelingen teruggelopen van ongeveer 90% in het begin van de jaren tachtig, tot ongeveer 77% in 1995 (Buurma, 1996).

Ook binnen de groothandelsbranche treedt concentratie van de markt op, vooral door Europese fusies en overnames. Ook hier is de drijvende kracht de noodzaak tot kostprijsverlagingen. Van de drie volgesorteerde groothandels is OPG vooral bezig haar positie te versterken door overnames van groothandelsbedrijven en generieke producenten in andere Europese landen. Interpharm heeft een sterk accent op de distributie van geneesmiddelen in Nederland waarbij de drogisterijbranche een belangrijke afnemer is. Het bedrijf gaat zich opnieuw op de Europese markt richten. ACF, het vroegere Brocacef, is sinds 1995 onderdeel van een Duits concern. In Nederland is er ook een sterke band met de drogisterijbranche. Voor versterking van de positie in Nederland wordt vooral gestreefd naar een betere logistieke doelmatigheid en efficiëntie, ondersteund door ontwikkelingen in de informatisering.

Internationale concentratie van de groothandelsmarkt

Concentratie in de distributiekolom in Nederland vindt ook plaats binnen de groothandelsbranche. De drie volgesorteerde groothandels zijn tevens eigenaar van de grootste producenten van generieke geneesmiddelen in Nederland en de grootste parallelimporteurs (achterwaartse integratie). Onder invloed van de in 1996 ingevoerde Prijzenwet is er een verschuiving opgetreden in de markten van specialités, parallelimport en generieke producten. Hierdoor zijn nieuwe concurrentieverhoudingen tussen de producttypes ontstaan en is de economische positie van de groothandels momenteel aan verandering onderhevig. Door middel van productlijnen voor zelfzorgproducten wordt gewerkt aan profilering naar de consument. Ook zijn de drie bedrijven actief in de voorwaartse integratie, waarbij allen samenwerkingsverbanden hebben met franchiseformules. OPG en Interpharm zijn tevens eigenaar van de twee grootste farmaceutische softwarehuizen in Nederland. OPG heeft haar positie recent versterkt door de overname van apotheken. Op dit moment zijn bijvoorbeeld alle apotheken in Meppel eigendom van OPG. Met deze stap bestrijkt de groothandel de gehele distributiekolom en is in feite sprake van (lokale) kartelvorming.

Achterwaartse en voorwaartse integratie

## 5.2 Differentiatie in afleverpunten

Momenteel zijn er ongeveer 100 ziekenhuisapotheken en 1530 openbare apotheken. Het aantal apotheekhoudende huisartsen neemt gelijkmatig af en stijgt het aantal uitdeelposten van apotheken op het platteland. Momenteel zijn er 650 apotheekhoudende huisartsen. Verder zijn er ruim 4200 drogisterijen. In totaal is in 1995 aan otc-producten (over-the-counter producten, in het

Geneesmiddelenafleverpunten

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Nederlands meestal met zelfzorgmiddelen aangeduid) f 855 miljoen uitgegeven (consumentenprijzen). Hiervan is f 437 miljoen niet, en f 418 miljoen wel declareerbaar via de WTG (MarketScan, 1997).

De ontwikkelingen op het terrein van de afleverpunten van geneesmiddelen hangen samen met de wettelijke regelingen voor de geneesmiddelendistributie zoals momenteel vastgelegd in de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG) heeft in 1994 aanbevelingen gedaan voor aanpassing van een groot aantal maatregelen, waardoor ruimte komt voor de ontwikkeling van alternatieve kanalen voor de geneesmiddelendistributie. Voordat op deze ontwikkelingen wordt ingegaan, wordt eerst kort toegelicht welke voorstellen de IWG op dit punt heeft gedaan (IWG, 1994, Venema, 1996b).

Stimulering ontwikkeling  
alternatieve kanalen genees-  
middelendistributie

Om het efficiënt en doelmatig werken van apotheken te bevorderen, zijn de verplichting tot magistrale bereiding in elke apotheek, de wettelijke eisen die aan de inventaris en inrichting van een apotheek worden gesteld en de voorschriften met betrekking tot de openingstijden van de apotheek geschrapt. Uitdrukkelijk stelt het IWG-rapport dat de verplichting tot aflevering door terhandstelling en de minimale verhouding van één apotheker per apotheek, de postorderfarmacie, noch uitdeelposten in de weg staan. Overigens is de Inspectie van mening dat een rijdende apotheek niet mogelijk is (Venema, 1996b). Volgens het IWG-rapport dienen vier belangrijke toetredingsbarrières te worden opgeheven: het verbod voor de extramurale apotheker om in loondienst te zijn bij een niet-apotheker, het verbod op eigen instellingen van verzekeraars, het verbod voor apotheekhoudenden om de artseneibereidkunst slechts in één apotheek te mogen uitoefenen en het verbod op extramurale afleveringen door ziekenhuisapotheken. Tenslotte stelt het IWG-rapport dat bij de invoering van het beleid averechtse effecten, gezien de bestaande marktmachten, dienen te worden voorkomen. Overigens is een belangrijk discussiepunt op welke schaal de apotheker de artseneibereidkunst zou mogen uitoefenen; wanneer de één op één norm van apotheker op apotheek wordt losgelaten, betekent dit dat één toezichthoudend apotheker op een groot aantal apotheken of uitdeelposten mogelijk of wenselijk is?

Opheffen toetredingsbarrières

De beleidsvoorstellen van de IWG moeten leiden tot een versterking van het financiële belang bij kostenbeheersing en versterking van de countervailing power van de vraagzijde, patiënten en zorgverzekeraars, het faciliteren van nieuwe distri-

Meer onderhandelingsruimte voor  
zorgverzekeraars creëren

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

buteurs en prikkels tot concurrentie aan de aanbodzijde. Zorgverzekeraars hebben verschillende mogelijkheden om tot kostenbeheersing te komen. Met betrekking tot het gehele traject, inkoop, distributie en aflevering van geneesmiddelen, kunnen de zorgverzekeraars een sterke onderhandelingspositie ontwikkelen. Hierdoor kunnen grote verschuivingen in organisatie optreden. Drie belangrijke factoren die van invloed zijn op de keuze van de zorgverzekeraar is het totaal aantal contracten dat een zorgverzekeraar moet afsluiten, het totale aantal afleverpunten en het aantal afleveringen per punt per dag. Hierin dient een optimum te worden bereikt. Voor andere vormen van geneesmiddelendistributie stelt Suykerbuyk (Buurma, 1996) dat er tot nu toe, met uitzondering van de parallelhandel, geen bewijs is dat andere vormen van distributie de doelmatigheid van het systeem vergroten en tevens een gunstig effect op het prijsniveau hebben.

Als gevolg van de noodzaak tot het verhogen van de kwaliteit en de efficiency worden nieuwe geneesmiddelendistributiekkanalen geïntroduceerd op de Nederlandse markt. In de literatuur worden verschillende typen genoemd, die voor de volledigheid hier allen worden besproken.

Nieuwe geneesmiddelendistributiekkanalen

#### *Ketenvorming*

Ketenvorming binnen de geneesmiddelendistributie is ontstaan als reactie op de introductie van concurrentie als marktmechanisme. Momenteel zijn diverse franchiseformules voor apotheken te koop. Zij verschillen in 'hardheid', de mate waarin de apotheker zich dient te conformeren aan de formule. In totaal zijn ongeveer 400 apotheken aangesloten bij een keten. Daarnaast maken ongeveer 35 apotheken gebruik van het Service Instituut van de SAL (Stichting Apothekers in Loondienst). Een belangrijk aspect van aansluiting bij een kwaliteitsformule is verhoging van de efficiency, bijvoorbeeld bij de uitvoering van de Nederlandse Apotheeknormen in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Een ontwikkeling in de toekomst is mogelijk dat zorgverzekeraars bij het afsluiten van contracten voorwaarden stellen aan de uitoefening van de farmacie volgens vastgestelde normen en uitgereikte certificaten.

Verschillende typen apotheekketens ontwikkeld

Een belangrijk aspect van de hedendaagse ketens is dat op dit moment de apotheken nog in eigendom van de apotheker zijn. Dit zal veranderen wanneer de IWG-aanbevelingen worden doorgevoerd. Ketens van apotheken kunnen dan in eigendom zijn van bijvoorbeeld concernbouwers, groothandels, zorgverzekeraars, grootwinkelbedrijf. Tot nu toe lijkt het grootwinkelbedrijf zich

Nieuwe eigendomsverhoudingen apotheken mogelijk

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



vooral te interesseren in de zelfzorgmarkt. Supermarkten halen hun winsten vooral uit de zeer efficiënte logistiek, gekoppeld aan kleine marges en grote omzetten. Prijsconcurrentie wordt in de eerste plaats op de OTC-markt verwacht als bedrijven als Albert Heijn en Boots zich gaan inspannen. Ook is een verwachting dat drogisten geneesmiddelen op recept gaan afleveren, wanneer aanbevelingen van de IWG worden doorgevoerd. Voor drogistrijketens in eigendom van een groothandel is het distributienet hiervoor al aanwezig. Dit betekent wel dat drogistrijeten een (toezichhoudend) apotheker in dienst moeten nemen.

#### *Centrale apotheken en uitdeelposten*

Deze distributievorm is jaren geleden al door apothekers gepropageerd. Voordelen liggen onder meer op het terrein van centrale inkoop, kwaliteitscontrole op apotheekbereidingen, efficiënte logistiek en de farmaceutische zorg dicht bij de patiënt kunnen brengen. De werkzaamheden die op de uitdeelpost worden uitgevoerd, concentreren zich op voorlichting en medicatiebegeleiding bij receptgeneesmiddelen en zelfzorg. Een argument dat centrale apotheekbereidingen tegenhoudt, is het verbod op het verhandelen van magistrale receptuur die niet in de eigen apotheek is bereid. Momenteel valt dit wettelijk onder het verhandelen van niet-geregistreerde geneesmiddelen. Deze regeling zal dus dienen te veranderen wanneer centrale apotheken tot de mogelijkheden gaan behoren.

Verhoging efficiency, versterking patiëntgericht werken

#### *Apotheken in beheer van zorgverzekeraars, waaronder postorderfarmacie*

Deze constructie bestaat in Nederland al meer dan 100 jaar in de vorm van de Azivo Apotheek in Den Haag. De apotheek is de grootste in West-Europa met 63.000 patiënten, vijf apothekers en 130 medewerkers. In 1971 is met de KNMP contractueel vastgelegd dat de Azivo Apotheek alleen aan de eigen verzekerden mag afleveren. Dit contract is in 1994 door de toenmalige staatssecretaris van Economische Zaken, mede namens het ministerie van WVC, verboden, waarmee de apotheek ook mag leveren aan patiënten verzekerd bij andere ziekenfondsen en particuliere patiënten (Venema, 1994).

Zorgverzekeraars zijn in Nederland begonnen met de postorderfarmacie. De eerste initiatieven op dit gebied zijn in 1992 door Geové genomen, waarvoor Linea Pharma BV uitvoerende organisatie is, in 1994 gevolgd door Zilveren Kruis. Sinds 1996 wordt de levering uitgevoerd door Caremark Apotheken BV. Ook individuele apothekers hebben zich op de markt voor

Postorderfarmacie gestart

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

postorderfarmacie gemeld. Wanneer de postorderapotheek geneesmiddelen rechtstreeks bij de producent/importeur inkoop, wordt de groothandelsfunctie met bijbehorende kosten omzeild.

Individuele apothekers, de KNMP en groothandels hebben middels rechtszaken getracht de aflevering van geneesmiddelen met behulp van postorderfarmacie te bestrijden, maar het ministerie van Economische Zaken heeft uit het oogpunt van de Wet op Economische Mededinging boycotacties niet rechtmatig genoemd uit het oogpunt van algemeen belang. In deze situatie zien andere groothandels hun financiële kansen waarmee de postorderfarmacie in Nederland, weliswaar schoorvoetend, toch van de grond komt. Met de introductie van Care-mark heeft een onderdeel van het Amerikaanse managed care-concept haar intrede op de Nederlandse markt gedaan.

Conflicten

Een belangrijk argument dat tegen de invoering van de postorderfarmacie pleit, is dat de medicatiebewaking en -begeleiding niet (voldoende) kan plaatsvinden (zie § 3.1). Gezien het feit dat de postorderfarmacie mikt op de markt van de herhaal- of chronische medicatie en daarmee op oudere patiënten, is dit een aspect dat een goede oplossing behoeft. De apotheker van Caremark zegt hierop dat medicatiebewaking geregeld kan worden omdat de patiënt bij aanlevering van een recept moet melden welke middelen allemaal worden gebruikt. Ook kunnen bijzonderheden worden opgegeven die relevant zijn voor de medicatiebewaking, zoals overgevoeligheden voor bepaalde geneesmiddelen. Bij de receptverwerking voert Caremark de gegevens in en drukt bij elke levering een zgn. Carecard af, waarop deze gegevens zijn vermeld (Venema, 1997b). Van belang is op te merken dat de verantwoordelijkheid voor de juistheid van de gegevens in deze situatie bij de patiënt ligt, hetgeen de mogelijkheden en de kwaliteit van de medicatiebewaking verminderen. Als oplossing is ook voorgesteld een chipkaart te introduceren waarop alle relevante gegevens zijn vermeld. Het is echter de vraag of het logistiek wenselijk en haalbaar is dat de chipkaart met elk recept wordt meegestuurd voor het kunnen uitvoeren van medicatiebewaking. Hier ligt een probleem dat (nog) niet is opgelost. Bij de medicatiebegeleiding en het geven van geneesmiddelenvoorlichting is duidelijk dat de postorderfarmacie zich beperkt tot schriftelijke informatie, die minder 'op maat' is te geven dan mondelinge voorlichting. Mogelijk kan een telefonische informatielijn worden ingesteld in het geval de patiënt behoefte heeft aan mondeling voorlichting. Wanneer de vergelijking met winkelen per postorder wordt gemaakt, worden verwachtingen uitgesproken dat de postorderfarmacie maximaal 5-10% van de

Waarborgen medicatie-bewaking en -begeleiding nodig

Schriftelijke en telefonische informatie via postorder- apotheek

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

markt zal kunnen overnemen.

#### *Transmurale apotheken*

Een nieuwe vorm van apotheek is die waarbij de ziekenhuis-apotheek geneesmiddelen levert aan poliklinische en extramurale patiënten. De achtergronden van deze ontwikkeling zijn toegelicht in paragraaf 3.3. Transmurale apotheken vallen onder de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisapotheker. Voor poliklinische patiënten is er een logistiek voordeel, namelijk dat men direct na het bezoek aan het ziekenhuis de voorgeschreven geneesmiddelen krijgt afgeleverd. Met de toenemende transmurale zorg zullen meer complexe geneesmiddeltoedieningen in de thuissituatie gaan plaatsvinden. Gezien de kwaliteit en doelmatigheid die de ziekenhuisapotheek op dit punt te bieden heeft, is de ontwikkeling van de transmurale apotheek wenselijk.

Transmurale apotheek biedt voordelen

Tot op heden bestaat er onduidelijkheid over de afrekening van geneesmiddelen die poliklinisch worden toegediend, waardoor ziekenhuizen op verschillende wijze met deze situatie omgaan. Een regeling op dit punt kan aan de ongewenste U-bochtconstructies een einde maken. De verwachting is dat de intramurale geneesmiddelenprijzen zullen stijgen wanneer ziekenhuisapotheken extramurale afleveringen gaan uitvoeren.

#### *Aflevering van geneesmiddelen bij de huisarts*

Het IWG-rapport vermeldt dat het weinig zinvol wordt geacht de beroepscheiding tussen arts en apotheker op te heffen. Hierdoor zouden kleine distributiepunten worden gecreëerd waarvan de nadelen van kleinschaligheid de voordelen zouden overtreffen. Inmiddels is de LHV bezig beleid te ontwikkelen voor landelijke invoering van het model van apotheekhoudende huisartsen. De LHV stelt in een discussienota voor een medisch-farmaceutische eenheid in te voeren waardoor een volledige scheiding tussen zorg en handel tot stand komt. Medicatiebewaking en -distributie ziet de LHV als een taak van de huisarts, waarbij de apotheker als farmaceutisch adviseur ondersteunend is aan de huisarts. Om dit mogelijk te maken dient de huisarts inzicht in alle medicatie te hebben, ook in de herhaalreceptuur en hetgeen via andere kanalen is afgeleverd. In de LHV-discussienota wordt voorgesteld dat geneesmiddelen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komen wanneer de huisarts het recept heeft gezien. Een inkoopcentrale voorziet apothekers, huisartsen, indien gewenst, en apotheekhoudende huisartsen van een geneesmiddelenvoorraad (LHV, 1997).

Medisch-farmaceutische eenheid bij de huisarts

#### *Veranderende functie van de groothandel*

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Een andere vorm van distributie is mogelijk door directe leveringen door geneesmiddelenleveranciers aan openbare en ziekenhuisapotheken. In het geval er sprake is van een inkoopcombinatie, kan deze bijvoorbeeld zelf eigenaar zijn van een groothandel, die de logistiek regelt. Ook zijn er distributie-arrangementen mogelijk waarbij de functie van de groothandel is beperkt tot die van logistiek dienstverlener voor opslag en transport. De goederen blijven eigendom van de leverancier. In de UK heeft een farmaceutisch bedrijf een dergelijk systeem ingevoerd, tegen de zin van groothandels en apothekers (Buurma, 1996).

Distributie-arrangementen

*Introductie van de zorgmakelaar, een model geënt op de VS*

De zorgmakelaar speelt een grote rol in de managed care zoals deze in de VS is georganiseerd. De zorgmakelaar is de verbindende schakel tussen zorgverzekeraar, aanbieders van zorg - in dit geval geneesmiddelen - en de afnemers van de zorg, voorschrijver en patiënt.

Cruciaal in de Amerikaanse situatie is de samenkomst van informatiestromen bij de zorgmakelaar, waardoor het beleid middels feedback op kosten en kwaliteit kan worden aangestuurd. Dit wordt door de zorgverleners vaak ervaren als "het moeten aanpassen" omdat er met repercussies wordt gewerkt (Tromp, 1996). Het relatieve overschot aan artsen en ziekenhuisbedden maakt dat de Amerikaanse artsen uit een oogpunt van concurrentie minder tegengas kunnen bieden tegen het beleid van de zorgverzekeraars (Van der Werf, 1997).

Zorgmakelaar registreert kosten en kwaliteit

Op het terrein van de geneesmiddelen zijn in de VS de 'prescription benefit management organisations' (PBMO's) werkzaam. Deze bieden op het terrein van de farmacotherapie feedback maar betrekken niet de economie van het hele zorgsysteem erbij. De PBMO's zijn voor de managed care-organisaties profijtelijke ondernemingen. De gemaakte kosten op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening konden met de helft worden verminderd, alhoewel onduidelijk is op welke manier de kostenbesparingen werden bereikt (Tromp, 1996). Omdat 59% van de Amerikanen via hun werkgevers voor ziektekosten zijn verzekerd, hebben vooral werkgevers in de VS belang bij goed functionerende managed care-organisaties. Hierdoor kunnen werkgevers hun gezonde werknemers diensten aanbieden voor lage premies en met goede toegankelijkheid. Chronisch zieken, die vaak niet werken, komen hiervoor niet in aanmerking (Tromp, 1996).

Besparingen op geneesmiddelenkosten in VS

Onderhandelingen van PBMO's over geneesmiddelenprijzen

Tweeslachtig prijsbeleid farmaceutische industrie in VS

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

hebben eind jaren tachtig tot een tweeslachtig prijsbeleid van de farmaceutische industrieën geleid. Uit vrees niet meer in (verplichte) formularia te worden opgenomen, ontbrandde een onderlinge wedstrijd in prijsverlagingen en trachtte men vervolgens de verliezen te compenseren door aan openbare apotheken, niet bij PBMO's aangesloten, hogere prijzen te berekenen. Het prijsverschil kan zodanig oplopen dat een consument in openbare apotheken voor bepaalde geneesmiddelen het tienvoudige moet betalen van hetgeen aan andere via managed care-organisaties in rekening wordt gebracht. Inmiddels hebben 4.000 openbare apothekers in een gezamenlijk proces 13 bedrijven aangeklaagd door hun ervan te beschuldigen door middel van kartelvorming te hoge prijzen in rekening te brengen. Een schikking van \$ 600 miljoen is in voorbereiding. Individuele apothekers en groepen groothandels proberen al jaren door processen een einde te maken aan de dubbele prijspolitiek. Daarbij ligt de nadruk op de nadelige gevolgen voor de Amerikaanse gezondheidszorg. Over de effecten op de geneesmiddelenprijzen bestaat nog onduidelijkheid. Vanuit de industrie wordt aangegeven dat Amerikanen die hun geneesmiddelen via managed care-organisaties krijgen voortaan 50% meer zullen gaan betalen, terwijl de patiënten van de openbare apotheken goedkoper uit zullen zijn. Maar het gevaar bestaat ook dat iedereen hogere prijzen moet betalen omdat de industrie de \$ 600 miljoen wil terugverdienen (De Ree 1995, Venema, 1996c).

Rechtszaken

De rol en de belangen van de farmaceutische industrie in managed care-organisaties zijn nog complexer geworden doordat drie grote bedrijven in een jaar tijd PBMO's hebben opgekocht. De Amerikaanse National Association of Chain Drug Stores heeft de Federal Trade Commission (FTC) gevraagd de laatste overname van een PBMO te blokkeren, vanwege de mogelijkheid dat de drie bedrijven de Amerikaanse markt gaan domineren. De FTC heeft na gesprekken met Eli Lilly, het betreffende bedrijf, drie voorwaarden gesteld aan de overname. De PBMO zou een 'open' formularium moeten blijven aanbieden en geen informatie zoals (toekomstige) prijsafspraken met andere industrieën mogen doorspelen aan Eli Lilly. Verder zou Eli Lilly bij overnames in de toekomst toestemming moeten vragen aan de FTC. Eli Lilly is met de voorwaarden akkoord gegaan en de FTC heeft vervolgens aangekondigd de overnames van de andere twee PBMO's door farmaceutische bedrijven nader te onderzoeken (De Ree, 1995).

Overnames managed care-organisaties door farmaceutische industrieën

De voorwaarde voor een 'open' formularium wordt gezien als een zware tegenslag voor aankopers van PBMO's. Farmaceutische industrieën zouden juist PBMO's kopen om geneesmid-

Overheid stelt voorwaarden aan overnames PBMO's

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

delengebruikers te kunnen identificeren en ze vervolgens 'om te zetten' op hun eigen producten. De voorwaarde dat prijzen van andere firma's niet mogen worden doorgespeeld, zou onredelijke concurrentie tegengaan. De noodzaak tot deze voorwaarde bleek toen een topman van een PBMO toegaf dat informatie van het farmaceutische bedrijf dat de PBMO in eigendom heeft, was doorgespeeld zodat concurrerende aanbiedingen konden worden uitgebracht (De Ree, 1995).

De FDA, de Amerikaanse geneesmiddelenregistratie-autoriteit, wil een discussie met de betrokken industrieën over de accuraatheid, betrouwbaarheid en de balans van de informatievoorziening over geneesmiddelen die via de PBMO's worden verstrekt. In een brief aan de betreffende industrieën heeft de FDA vragen gesteld over de volgende onderwerpen: hoe wordt door de PBMO de keuze gemaakt welke geneesmiddelen ze aanbeveelt of verkoopt?; wat is de werkwijze om geneesmiddelen toe te voegen of te verwijderen uit een formularium?; wat is de rol van de industrie in het verstrekken of het verkrijgen van informatie over formularia?; krijgen de industrieën beschikking over gebruikersinformatie? De mogelijke verstrekking van informatie over niet-geregistreerde doseringen en indicaties door een industrie wordt genoemd als aanleiding voor de FDA om deze discussie te starten (De Ree, 1995).

## 6 Zorgverzekeraars en geneesmiddelen-voorziening

In 1991 is een proces in gang gezet waarbij ziekenfondsen geleidelijk meer financieel risico gaan dragen bij de uitvoering van de Ziekenfondswet. Naast de al bestaande budgettering van beheerskosten zijn tevens de uitgaven voor verstrekkingen sinds dat jaar gebudgetteerd. Door de hoge mate van verevening en nacalculatie is het daadwerkelijke financiële risico voor de ziekenfondsen beperkt gebleven. Tot 1996 lopen zij slechts over 2,5% van hun budget financieel risico. Mede op initiatief van de ziekenfondsen is in deze situatie vanaf 1996 verandering gekomen door in de budgettering een onderscheid aan te brengen tussen wel en niet beïnvloedbare kosten en daarbij de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen voor de wel beïnvloedbare onderdelen te vergroten. De nacalculatie en verevening van de variabele budgetonderdelen van verstrekkingen, waaronder de farmaceutische zorg, is in de periode 1995 tot en met 1997 jaarlijks afgebouwd waarbij de ziekenfondsen in 1998 volledig risicodragend zijn (Tweede Kamer der Staten-Generaal, JOZ, 1997). Overigens blijft er een vaste component van 30-40% van het totale budget waarover ziekenfondsen geen risico hoeven te lopen, omdat zij de kosten niet zelf kunnen beïnvloeden (Kos, 1997a). Budgetten worden gedifferentieerd naar regio en arbeidsongeschiktheid (Buurma, 1996).

Ziekenfondsen in toenemende mate risicodragend

Wanneer de ziekenfondsen risicodragend worden, krijgen zij maximale financiële prikkels om kosteneffectief te werken. Een verschil met de particuliere zorgverzekeraars is de koppeling van ziekenfondsbudgetten aan de sociale wetgeving. Door de convergentiemaatregelen is afgesproken dat de aanspraken op geneesmiddelen (compartiment II)<sup>1</sup> voor ziekenfonds- en particulier verzekerden zoveel mogelijk op elkaar blijven afgestemd. Dit betekent onder meer dat het GVS ook van toepassing is voor particulier verzekerden (Buurma, 1996).

Afstemming aanspraken op geneesmiddelen ziekenfonds- en particulier verzekerden

De overheid heeft de laatste tien jaar beleid ontwikkeld waarmee marktwerking in de gezondheidszorg wordt gintroducteerd. De eerste aanzet werd gegeven met het rapport van de Commissie Dekker. Eind jaren tachtig werd het marktgericht denken in beleid voor de gezondheidszorg omgezet, conform het tijdsbeeld. De pogingen zijn gestrand vanwege de onverenigbaarheid van twee principes, namelijk marktwerking en solidariteit (Gerritsen en

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

Linschoten, 1997). Elke volgende stap die in het proces voor invoering van marktwerking wordt gezet, leidt tot heftige reacties onder patiëntenorganisaties en in de betrokken beroepsgroepen. Dit bleek onlangs in een themanummer van Medisch Contact (6 juni 1997) naar aanleiding van de in mei '97 aangenomen Mededingingswet die op 1-1-1998 van kracht is geworden.

Een andere beleidsdiscussie binnen de zorgverzekering betreft de financieringsstructuur. Momenteel vindt veel discussie plaats over de instelling van zorgbudgetten, onder meer voorgesteld in het kader van managed care en disease management. Verschillende onderdelen van de zorg, waaronder de farmaceutische hulpverlening, worden daarbij als totaalpakket gezien waarop de verzekering wordt afgestemd. Hierbij worden schotten tussen financiering van de eerste en de tweede lijn opgeheven. Vanuit de zorgverzekeraars wordt deze ontwikkeling gezien als een instrument voor een betere kostenbeheersing.

Financieringsstructuur ter discussie

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst wordt stilgestaan bij de vraag hoe marktwerking en solidariteit, een kernbegrip in het Nederlandse zorgstelsel, zich tot elkaar verhouden. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de sturingsmechanismen die de zorgverzekeraars momenteel ontwikkelen om de farmaceutische budgetten te beheren. Invloed kan worden uitgeoefend op de vraag- en aanbodzijde middels volume- en kostenbeheersing. Afhankelijk van het perspectief zijn artsen aan beide zijden in te delen. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar is de arts echter een zorgaanbieder. Aangezien dit hoofdstuk zich primair richt op de zorgverzekeraar, wordt voor de laatste indeling gekozen. De ontwikkelingen in deze sector worden beschreven aan de hand van de indeling waarbij de patiënt de vraagzijde vertegenwoordigt en arts, apotheker, groothandel en industrie de aanbodzijde vertegenwoordigen.

## 6.1 Marktwerking of solidariteit?

Voor veel sectoren van de economie is specifieke regelgeving totstandgekomen. Dit is vooral het geval wanneer markten niet perfect werken. Markten falen bijvoorbeeld wanneer het voor de individuele consument erg onzeker is of, wanneer en in welke omvang zij bepaalde goederen en diensten nodig hebben en het moeilijk te bepalen is hoe de kwaliteit ervan is. Het staat buiten kijf dat de gezondheidszorg een sector is waar het laten werken van het 'normale' marktmechanisme tot zeer ongewenste effecten zou leiden, in ieder geval het grote gevaar in zich zou bergen dat

Specifieke regelgeving in gezondheidszorg nodig

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



veel mensen die zorg nodig hebben niet aan adequate zorg zouden toekomen (Hamilton, 1997b).

In de Nederlandse ziektekostenverzekeringen spelen van oudsher solidariteitsprincipes een grote rol. Verzekeraars hebben een dubbele taak, namelijk het garanderen van essentiële voorzieningen voor iedereen en zich daarbij als marktpartij gedragen. Bij het eerste past geen selectie van verzekerden, terwijl dat voor het tweede noodzakelijk kan zijn. Bovendien hebben zij een probleem als gevolg van de prognostische geneeskunde, waardoor risico's bekend worden. Ook hierdoor blijkt verzekering van risico's een minder geschikt systeem voor de financiering van noodzakelijk geachte gezondheidszorg te worden. De commerciële verzekering met een maatschappelijke opdracht kan door het ontstaan van de Europese markt onder druk komen te staan en de vraag is of nationaal beleid nog wel mogelijk zal zijn (Gerritsen en Linschoten, 1997).

Dubbele taak verzekeraars

Sinds het rapport 'Dekker' is de overheid bezig een nieuw evenwicht te zoeken tussen de markt en de overheid, waarbij de overheid door middel van strikte spelregels concurrentie stuurt in een politiek of maatschappelijk gewenste richting. Vooralsnog zijn de instrumenten voor de zorgverzekeraars beperkt, omdat zij gebonden zijn aan vele verstrekingsbesluiten. Deze situatie gaat veranderen onder de nieuwe Mededingingswet. Hiermee lijkt de overheid een krachtig instrumentarium in handen te hebben om maatschappelijk ongewenste kartelvorming tegen te gaan, terwijl de wet voldoende garanties zou moeten bieden om nuttige kartelvorming in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Uitgangspunten van de wet zijn het verbod op mededingingsbeperkende afspraken en het verbod van misbruik van machtspositie. Van belang is dat de verzekeraars voldoende 'countervailing power' moeten krijgen om met de zorgaanbieders effectief te kunnen onderhandelen over de prijs, kwaliteit en organisatie van de zorg. Verder zou de overheid zodanige institutionele randvoorwaarden moeten creëren dat de verzekeraars worden gestimuleerd om als belangenbehartigers van de echte zorgvragers - de patiënten - op te treden (Schut, 1997).

Sturing concurrentie

Mededingingswet tegen ongewenste kartelvorming

Een belangrijke vraag die zich voordoet, is hoe de kwaliteitswetgeving zich verhoudt tot marktwerking, onder meer in het kader van de Mededingingswet. De grondgedachte achter de kwaliteitswetgeving, zoals vastgelegd in de Wet Klachtenrecht, Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG, is dat het zelfsturend vermogen van de beroepsgroep wordt ingezet om aan deze

Kwaliteitswetgeving vraagt om bindende afspraken

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen. Uitvoering geven aan de kwaliteitswetgeving leidt tot het maken van afspraken met bindende elementen, aldus de LHV. De organisatie van de huidige gezondheidszorg vraagt om afspraken tussen beroepsgroepen, verzekeraars en overheid (Van der Aa, 1997).

Minister Wijers stelde tijdens het kamerdebat over de Mededingingswet dat er op twee manieren een slot op de deur wordt gezet voor ongewenste marktwerking in de gezondheidszorg. In de eerste plaats door via wetgeving in de Kamer af te spreken hoe de politiek in Nederland wil omgaan met solidariteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Op basis van deze afspraken kunnen vervolgens ontheffingen op de Mededingingswet worden verleend voor onderlinge afstemming tussen ziekenfondsen om te voorkomen dat de wetgeving contraproductief zou zijn. Het lijkt reëel deze regelingen door te trekken naar afspraken tussen particuliere ziektekostenverzekeraars en afspraken tussen zorgaanbieders (Hamilton, 1997b).

De vraag is op welke terreinen binnen de gezondheidszorg marktwerking wel een reële optie is. Hiervoor komen volgens de overheid in aanmerking het tweede en derde compartiment van de zorg. In het tweede compartiment, de cure, is een deel noodzakelijke zorg die voor iedereen toegankelijk is en een deel particulier verzekeringssegment. Hier geldt een vrije markt van ziektekostenverzekeringen, zij het dat voor bepaalde risicogroepen, zoals ouderen en chronisch zieken, door middel van de wet toegang tot ziektekostenverzekering gewaarborgd. Aanvullende verzekeringen worden gezien als een taak voor de 'vrije markt'. Het kabinet kondigde aan om daar waar ruimte is voor marktwerking een krachtig antikartelbeleid te zullen voeren. Concreet noemt de minister: het vaststellen van de nominale premie, het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders, het aanbieden van aanvullende verzekeringen, het samenwerken met particuliere zorgverzekeraars (Hamilton, 1997b).

Marktwerking mogelijk in tweede en derde compartiment

De verzekeraars kunnen de doelmatigheid van de zorg vergroten door het faciliteren en stimuleren van het gebruik van protocollen, het verschaffen van spiegelinformatie, het bevorderen van communicatie tussen eerste- en tweedelijnszorg en door middel van disease management. Ook kunnen verzekeraars hun marktmacht aanwenden voor scherpe onderhandelingen over de prijzen van genees- en hulpmiddelen of de zorgaanbieders aansporen tot een kritisch inkoopbeleid (Schut, 1997).

Uit de discussie, zoals hier zeer beperkt weergegeven, kan worden

Breed draagvlak voor waarborgen solidariteit, toegankelijkheid, be-

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

geconcludeerd dat de principes van solidariteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit een breed draagvlak hebben bij de overheid, beroepsgroepen en verzekeraars. Op welke wijze marktwerking wordt gestructureerd, is nog onduidelijk. In welke mate de Mededingingswet van toepassing zal worden in de gezondheidszorg is momenteel niet te zeggen, omdat de minister duidelijk heeft gemaakt dat de deur voor ongewenste marktwerking dichtgaat. Echter, er zijn verschillende perspectieven om het begrip 'ongewenst' te definiëren. Vanuit het perspectief van betrokken beroepsgroepen leidt het uitvoering geven aan de kwaliteitswetgeving ertoe dat afspraken worden gemaakt met bindende elementen. Onder meer in de geneesmiddelensector zien partijen ruimte voor een betere verhouding tussen prijs en kwaliteit.

taalbaarheid en kwaliteit in de zorg

## 6.2 Sturing van de vraagzijde

### *Sturing van de vraagzijde: patiënten*

De patiënt of consument vertegenwoordigt de vraagzijde in de gezondheidszorg. In de gezondheidszorg is het in het algemeen de zorgverlener die bepaalt welke zorg in volume en kosten gegeven dient te worden. De geneesmiddelengebruiker heeft niet als vanzelfsprekend invloed op dit proces. Van oudsher is het traditionele ziekenfonds wel gezien als de belangenbehartiger voor de patiënt. Naarmate zorgverzekeraars meer financieel risico dragen, ontwikkelen zij echter andere belangen. Mede onder invloed van deze veranderingen is de patiënt mondiger geworden en dient voor zijn/haar eigen belangen in de gezondheidszorg op te komen. De zorgverzekeraar heeft een beperkt aantal mogelijkheden om de vraag naar zorg en specifieke geneesmiddelen bij de patiënt te sturen in de voor de verzekeraar gewenste richting.

Beperkte mogelijkheden zorgverzekeraars voor sturing vraag van patiënten

Dit zijn:

- verschillen in nominale premies;
- verschillen in aanvullende verzekeringen;
- heffen van eigen bijdragen;
- structurele en onafhankelijke informatie.

#### ➤ Verschillen in nominale premies

Introductie van marktwerking bij het vaststellen van de hoogte van verzekeringspremies leidt tot risicoselectie. Door alles aan particuliere verzekeraars over te laten komen de zwakkeren onvoldoende aan bod en moeten een veel hogere premie betalen dan de sterken (Van der Ploeg, 1997). Vanuit het oogpunt van solidariteit in de gezondheidszorg is dit niet wenselijk en is er

Verschillen in premies leiden tot patiëntenselectie

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

sprake van acceptatieplicht door zorgverzekeraars. Tot 1997 werden de verschillen in nominale premie beperkt door onderlinge prijsafspraken, hetgeen tot een aanzienlijke aanwas van de ziekenfondsreserves heeft geleid. Pas sinds 1997 is er sprake van een toenemende premieconcurrentie tussen de ziekenfondsen. De marge tussen de hoogste en de laagste nominale premie op de ziekenfondsmarkt is in 1997 bijna verdrievoudigd tot ongeveer f 100 per verzekerde per jaar (Schut, 1997). Verschillen in nominale premies kunnen ontstaan wanneer verzekeraars goedkopere prijzen voor zorg kunnen realiseren, bijvoorbeeld op het terrein van de farmaceutische zorg.

➤ Verschillen in aanvullende verzekeringen

De aanvullende verzekering, het derde compartiment, is vooral de verzekeringsvorm voor extra wensen vanuit consumenten-soevereiniteit. Volgens oud-staatssecretaris Dees zitten er in het tweede compartiment nog wel zaken die door de overheid naar het derde compartiment overgeheveld kunnen worden omdat deze zorg niet-evidence based is (Kos, 1997b). Het is echter de vraag of het wenselijk is dat verzekeraars concurrentie gaan voeren om klanten aan te trekken met zorg die op doelmatigheidscriteria juist uit het te vergoeden pakket is verwijderd.

Concurrentie in niet-noodzakelijke zorg

Zoals eerder aangegeven, is er een spanningsveld tussen de belangen van de zorgverzekeraar en die van de patiënt. Daar waar het in het belang van de patiënt is dat tegenwicht wordt geboden tegen informatie of reclame die overmatig of onnodige geneesmiddelgebruik bevordert, is het niet in het belang van de verzekeraar om te 'adverteren' met minder vergoedingen. Het is niet ondenkbaar dat concurrentie op het terrein van de aanvullende verzekeringen eerder een toename van het niet-noodzakelijke geneesmiddelengebruik zal bewerkstelligen, dan een beperking ervan: marktwerking kan nooit een middel zijn om de vraag in te dammen (Van Berkestijn, 1997).

➤ Heffen van eigen bijdragen

Het heffen van eigen bijdragen kan een manier zijn om de aankoop van geneesmiddelen te sturen in een gewenste richting. In 1997 is een regeling voor eigen bijdragen van kracht geworden waarbij de patiënt 20% van de kosten voor de zorg betaalt, tot een maximum van f 200. Voor mensen met lage inkomens is het maximumbedrag f 100. In de praktijk blijkt geen kostenverlagend effect aantoonbaar, zoals is bediscussieerd in § 4.2 en is de huidige regeling omstreden.

Eigenbijdrageregelingen omstreden

De instelling van de GVS-regeling is expliciet bedoeld om

Verzekering tegen eigen bijdragen in het kader van GVS

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

patiënten te stimuleren geneesmiddelen te vragen die volledig worden vergoed om zo het gebruik van onnodig dure geneesmiddelen terug te dringen. In dit kader is het opmerkelijk dat sommige particuliere verzekeraars ertoe zijn overgegaan de eigen GVS-bijdragen geheel of gedeeltelijk te vergoeden via de aanvullende verzekering. De functie van de eigen bijdrage, namelijk het prikkelen van de patiënt tot de keuze van een middel waarvoor geen bijbetaling nodig is, wordt op deze wijze gefrustreerd (KNMP en VWS stechelen over geldterug-actie, 1997).

➤ Structurele en onafhankelijke informatie

Het belang van structurele en onafhankelijke informatie op basis waarvan de patiënt of consument zelf keuzes kan maken, is evident. De term 'vraaggerichte zorg' plaatst de consument/patiënt duidelijk centraal, alhoewel er nog veel veranderd dient te worden voordat dit begrip in de praktijk is geïntegreerd. De Consumentenbond stelt dat er soms wordt gemeend dat als alles aan de klant wordt overgelaten er een ongebreidelde groei van zorg ontstaat, omdat de behoeften oneindig zijn. Dit is niet juist, omdat in de vraaggerichte aanpak de klant zich ook bewust zal kunnen zijn van hetgeen hij nodig heeft en wat hij zelf kan (Gerritsen en Linschoten, 1997). De informatieverstrekking waarmee interferon bèta 1b op de markt is geïntroduceerd, is een goed voorbeeld van het belang van informatie voor het maken van keuzes door de patiënt (zie § 4.1). Van belang is echter, dat het bij dit middel om potentieel grote risico's gaat. Informatieverstrekking over

Patiënt meer verantwoordelijkheid in bepalen zorg

middelen waaraan minder grote risico's zijn verbonden, kan ook leiden tot een grotere vraag naar deze middelen.

*Een nieuwe partij: de werkgever*

Op het gebied van de sociale zekerheid zijn diverse veranderingen doorgevoerd met als doel een verdere privatisering van de sociale zekerheid vanuit het oogpunt van kostenbeheersing door meer marktwerking. De (zorg)verzekeraar kan een steeds grotere rol gaan spelen in dit proces door zogeheten employee-benefitspakketten aan te bieden. Hierin zijn alle financiële voordelen verwerkt die de werkgever kan bieden, waaronder ziekteverzuimpolissen, aanvulling op de WAO, arbodiensten en ziektekosten. Voor de werkgever is het relevant de aanspraken hierop zo klein mogelijk te houden (Stigter, 1997). In de praktijk kan dit betekenen dat een werkgever bereid is meer te betalen dan de geldende vergoedingen om werknemers snel te laten helpen in het geval er wachtlijsten voor behandeling zijn. Voor de zorginstelling kan het aantrekkelijk zijn om hogere prijzen te

Employee-benefitspakketten voor zorg aan werknemers

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

berekenen in tijden van bezuinigingen. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat de wachtlijstproblematiek momenteel in een ander daglicht komt te staan. Het algemeen maatschappelijk gevoel is dat oplossingen voor de wachtlijstproblemen niet slechts beschikbaar mogen zijn voor bepaalde groepen uit de samenleving om een verdere tweedeling in de gezondheidszorg te voorkomen (De Jong, 1997).

### 6.3 Sturing van de aanbodzijde

#### *Nieuwe ontwikkelingen*

In het licht van de ontwikkelingen waarbij zorgverzekeraars in toenemende mate financieel risico dragen, is het van belang dat zij beter grip krijgen op de kosten en uitgaven in de zorg. De farmaceutische zorg vormt daarvan een onderdeel. In deze paragraaf worden eerst enkele algemene ontwikkelingen in sturingsmechanismen beschreven, waarna deze verder worden uitgewerkt op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening.

Een belangrijk sturingsinstrument voor de zorgverzekeraar ligt in de overeenkomsten die met de zorgaanbieders worden afgesloten. Recent is door de Werkgroep 'Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg' een aanbeveling gedaan de landelijke Uitkomst van Overleg (UVO's) af te schaffen. Dit houdt in dat meer differentiatie mogelijk is in het afsluiten van contracten met zorgverleners (Venema, 1997a). Differentiatie kan zich op verschillende aspecten richten, zoals kosten, volume en kwaliteit van voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen. Tevens worden nieuwe sturingsinstrumenten in de zorg geïntroduceerd zoals managed care en disease management. Een belangrijke vraag is in hoeverre dergelijke sturingsinstrumenten kunnen worden ingevoerd binnen de huidige financieringsstructuren, of ontwikkelingen in de richting van output-pricing noodzakelijk maken. Vragen op dit terrein blijven verder buiten beschouwing in dit rapport.

Sturing vastgelegd in overeenkomsten met zorgaanbieders

Managed care vindt haar oorsprong in Amerikaanse gezondheidszorg en wordt daar sinds de jaren tachtig door veel zorgverzekeraars toegepast. De omschrijving die het Amerikaanse Institute of Medicine eraan geeft is: "... a set of techniques used by or on behalf of purchasers of health care to manage health costs by influencing patient care decision making through case-by-case assessment of the appropriateness of care prior to its provision." (Van der Werf, 1997). Er is een derde partij betrokken bij het zorgproces tussen arts en patiënt. Deze partij neemt initiatieven

Managed care gericht op algemene kostenbeheersing

buiten de arts-patiëntrelatie om en tracht door invoering van onder meer financiële prikkels en protocollen het zorggebruik te beheersen. In veel gevallen is de derde partij de zorgverzekeraar, maar ook de geneesmiddelenbranche en met name de farmaceutische industrie speelt een belangrijke rol in disease management (zie ook § 5.2). Disease management is, net als managed care, gericht op beïnvloeding van het zorgproces, maar is met name van toepassing op patiënten met een specifiek ziektebeeld. Het betreft vooral chronische aandoeningen en medicatie speelt een belangrijke rol bij de behandeling.

Disease management ziekte-gerichte kostenbeheersing

Wat bij managed care opvalt, zijn elementen van controle en zelfsturing, alsmede de leidende rol die de zorgverzekeraars innemen. Concreet kan men hierbij denken aan toepassing van een machtigingssysteem, het verplicht volgen van protocollen en richtlijnen en het indicatiegebonden vergoeden van geneesmiddelen. Protocollen spelen een belangrijke rol bij de beheersing van uitgaven in de zorg omdat zij het beroepsmatig handelen van de arts beter voorspelbaar maken en kunnen kanaliseren. Ook kan toetsing van het medisch handelen plaatsvinden, in de vorm van het evalueren van opnames (duur en noodzaak) en het verrichten van utilization reviews, waarbij de zorgverzekeraars medisch ongepaste of niet-noodzakelijke, dure behandelingen en verwijzingen proberen op te sporen. De KNMG wijst erop dat bij de introductie van managed care het gevaar bestaat dat de uiteindelijke toegang tot de zorg kan worden beperkt. Dit kan gebeuren door controle op het medisch handelen of door middel van beperken van het zorgaanbod (Van der Werf, 1997).

Protocollen van belang voor sturing en toetsing zorgverlening

Voorbeelden uit de Amerikaanse praktijk zijn onder meer:

- financiële prikkels die artsen moeten stimuleren om beslissingen te nemen die passen in de bedrijfsvoering van de zorgverzekeraar/managed care-organisatie;
- indicatiegebonden vergoeding van geneesmiddelen;
- bonus-malusachtige honoreringsafspraken in relatie tot verwijzen voorschrijfgedrag;
- behandeltrajecten voor bepaalde chronische ziektebeelden die zijn vastgesteld door de zorgverzekeraar;
- het instellen van een keurmerk door de zorgverzekeraar waardoor zorgaanbieders verplicht worden volgens wetenschappelijk vastgestelde richtlijnen en protocollen te werken.

Voorbeelden uit Amerikaanse sturingsmechanismen op beperking aanbod

Sinds enige jaren zijn Nederlandse zorgverzekeraars ervaring aan het opdoen met managed care-methodieken. Veranderingen in het stelsel maken duidelijk dat de schadeverzekeraar transformeert tot zorgverzekeraar die de regiefunctie ten aanzien van de zorgsturing op zich wil nemen. Volgens Stigter vormen de preferenties van de verzekerden hierbij een belangrijke leidraad (1997), maar

In Nederland doelmatiger werken geïnitieerd door beroepsgroepen

onduidelijk is of het hier niet vooral werkgevers/werknemerspreferenties betreft. De regiefunctie beoogt het leveren van zorg op maat, kostenbeheersing door doelmatigheidsbevordering en het vergroten van de mogelijkheden voor substitutie. De KNMG wijst er echter op dat veel van de initiatieven die door het veld zijn ontwikkeld om de zorg meer patiëntgericht of doelmatiger te verlenen, stammen uit een tijd waarin managed care als begrip nog niet was doorgedrongen in de Nederlandse gezondheidszorg. Een belangrijk terrein waarvoor dit geldt, is de ontwikkeling van de transmurale zorg in Nederland (zie § 3.3). De neiging die bij sommigen bestaat om dergelijke ontwikkelingen toe te schrijven aan managed care is alleen al door de chronologische inconsistentie enigszins kunstmatig (Van der Werf, 1997).

In de volgende paragrafen wordt een nadere uitwerking gegeven van instrumenten voor zorgverzekeraars gericht op sturing van de aanbodzijde in de geneesmiddelenvoorziening. Bepaalde elementen die bij de bespreking van ontwikkelingen op het gebied van managed care en disease management zijn genoemd, komen hierbij eveneens aan de orde. Het is van belang op te merken dat ontwikkelingen in de geneesmiddelensector niet geheel los kunnen worden gezien van ontwikkelingen in andere sectoren van de zorg.

#### *Sturing van de aanbodzijde: voorschrijvers*

De volgende onderwerpen worden genoemd als mogelijkheden voor het sturen van zorgverlening door de arts:

- substitutiebeleid;
- uitsluiting van vergoeding;
- afspraken over volumebeheersing;
- differentiatie in tarieven;
- deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten: werken volgens standaarden en protocollen, deelname aan FTO, nascholing, intercollegiale toetsing;
- mogelijkheden voor controle.

#### ➤ Substitutiebeleid

Het substitutiebeleid kan zowel kostenbeheersing als kwaliteitsbevordering ten doel hebben. Afspraken over generieke substitutie is gericht op kostenbeheersing en is momenteel onderdeel van het beleid middels het stimuleren van het voorschrijven op stofnaam. Voor het bereiken van meer generieke substitutie is het van belang de specialistenreceptuur in de beleidsontwikkeling te betrekken (zie § 3.1).

Generieke substitutie

#### ➤ Uitsluiting van vergoeding

Vergoedingen koppelen aan  
Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening



Een maatregel waarmee het voorschrijven van ondoelmatige en te dure geneesmiddelen wordt teruggedrongen betreft het uitsluiten van geneesmiddelen voor vergoeding. Dit kan plaatsvinden op grond van kosten- en/of kwaliteitsaspecten. Het GVS is een dergelijke substitutiemaatregel. Verdergaande substitutie kan worden bereikt wanneer vergoedingen aan formularia worden gekoppeld. Het is echter de vraag of dergelijke maatregelen zullen worden geaccepteerd door de beroepsgroepen, omdat zij de professionele autonomie van de arts aantasten (Hulst, 1997).

➤ Afspraken over volumebeheersing

De prescriptieregeling is een voorbeeld van een maatregel die volumebeheersing en het voorkomen van verspilling ten doel heeft. Een andere maatregel zou kunnen zijn het vergoeden van geneesmiddelen op specifieke voorwaarden ten aanzien van de indicaties, voorschrijvers (huisarts of specialist) en de duur van de behandeling. De toepassing van deze maatregel zou kunnen worden uitgebreid, bijvoorbeeld voor het beperken van vergoeding van geneesmiddelen op bepaalde indicaties. Mogelijk liggen hier aanknopingspunten voor het geleiden van nieuwe geneesmiddelen in de markt.

Voorwaarden aan vergoedingen

➤ Differentiatie in product en tarieven

Ontwikkelingen in differentiatie van te leveren producten en bijbehorende tarieven zijn primair gericht op de zorgverstrekking. Vanwege de plaats die geneesmiddelen daarbij inneemt, wordt in dit kader op de ontwikkelingen ingegaan.

Bij de vaststelling van de tarieven van huisartsen wordt momenteel uitgegaan van een uniforme prestatie-eenheid. In een discussienota van de LHV uit 1995 worden de veranderingen in de omgeving van de huisarts belicht en de eventuele consequenties voor het takenpakket. Op basis hiervan kan differentiatie in het door de huisarts te leveren product ontstaan. Vanwege de noodzaak voor verstrekking van het totale zorgpakket, dient differentiatie op het samenwerkingsniveau te worden afgestemd. Naast het abonnement zijn er modules voorzien die bestaan uit een beloning of vergoeding die is gekoppeld aan een omschreven prestatie (outputmodule) of aan bepaalde randvoorwaarden van een adequate praktijkvoering (inputmodule). Op het gebied van de geneesmiddelen kan men denken aan differentiatie in het voorschrijven van bepaalde middelen of het uitvoeren van taken zoals medicatiebewaking. Een dergelijk modulair vergoedingssysteem is een eerste ontwikkeling van managed care gericht werken (Stigter, 1997).

Differentiatie in zorgverlening afstemmen op samenwerkingsniveau

Voor de zorgtarieven heeft Minister Borst recent aangegeven dat in de praktijk bijna nooit tarieven onder het maximum worden overeengekomen (Venema, 1997a). Hiertegenover stelt de LHV dat momenteel kostendekkende tarieven worden afgesproken. Pas wanneer het maximumtarief substantieel wordt verhoogd, zou er ruimte kunnen komen voor vrije contractering over tarieven (Van der Aa, 1997).

➤ Deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten

Momenteel zijn artsen verplicht aan nascholing deel te nemen. Het is mogelijk dat op dit terrein verplichtingen worden uitgebreid, bijvoorbeeld het deelnemen aan FTO en intercollegiale toetsing (of varianten hierop, ontwikkeld in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen). Andere afspraken kunnen zich richten op protocollair werken, gebruik van standaarden, of het uitvoeren van medicatiebewaking, coördinatie van herhalingsreceptuur en dergelijke (zie hoofdstuk 3).

Instrumenten voor kwaliteitsbevordering

De rol van zorgverzekeraars hierin is vooral een ondersteunende, waarbij onder meer het leveren van spiegelinformatie van belang is. Op het gebied van de geneesmiddelen hebben ziekenfondsen hier diverse methodieken voor ontwikkeld en een traditie opgebouwd met huisartsen om individuele gegevens te rapporteren. Ook kunnen verzekeraars investeren in de opzet van informatienetwerken tussen verschillende beroepsgroepen waardoor informatie over de zorgverlening voor afstemming en evaluatie beschikbaar komt.

➤ Mogelijkheden voor controle

Bij het afsluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en artsen is het van belang tot overeenstemming te komen over de wijze van controle en wat daarna komt. Dit is een terrein waarop veel beleid ontwikkeld zal moeten worden wanneer er contractueel meer geregeld zal worden. Bovendien zal binnen de beroepsgroepen van artsen en huisartsen discussie plaats dienen te vinden over de mate waarin en de wijze waarop de autonomie van het beroep zich dient te ontwikkelen. Het grotendeels ontbreken van controle in de huidige situatie is onlangs duidelijk geworden in een onderzoek naar de mate waarin patiënten zonder verwijsbrief van de huisarts een specialist bezoeken (Friele, 1997).

Controle en autonomie

*Sturing van afleveraars*

In contracten tussen zorgverzekeraars en afleveraars van geneesmiddelen gaat het erom de farmaceutische zorg in een optimale prijs-kwaliteit in te kopen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de processen die zich in de distributiekolom afspelen,

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

namelijk inkoop van geneesmiddelen bij de producent, distributie en aflevering van geneesmiddelen. Bij de bespreking van de sturingsmechanismen wordt zoveel mogelijk in het midden gelaten wie deze taken uitvoert, omdat andere organisatiestructuren in de bedrijfskolom dan de huidige, mogelijk zijn. Sturingsmechanismen richten zich op prijzen, substitutie en de kwaliteit van de zorg gericht op voorschrijver en gebruiker.

➤ Prijzen en substitutie

Momenteel stelt het COTG maximum geneesmiddelprijzen vast en wordt bij de inkoop onderhandeld over kortingen en bonussen. Indien de schaal waarop farmaceutische zorg wordt ingekocht, toeneemt bijvoorbeeld door, of in opdracht van zorgverzekeraars, zijn grotere kortingen mogelijk. Bovendien kan het gebruik van formularia leiden tot een beperkt assortiment.

In de huidige situatie vloeit tweederde van de besparingen als gevolg van generieke substitutie door de apotheker behaald, naar de zorgverzekeraar. Het apothekersdeel is onderwerp van veel discussie. Zoals in § 3.1 weergegeven, worden tussen verzekeraar ZAO en apothekers afspraken gemaakt over de te behalen kortingen en bonussen. Het financiële risico hiervoor ligt bij de apothekers. Er zijn vele mogelijkheden aan dergelijke afspraken verder invulling te geven. Een mogelijkheid is de inkoopkortingen door te berekenen aan de patiënten. Apothekers zouden op dit punt concurrentie kunnen gaan voeren. Overigens speelt hierbij nog een andere kwestie. Het is de bedoeling van de overheid om belemmeringen voor nieuwe toetreders in de distributiekolom weg te nemen. Door de differentiatie die daardoor kan ontstaan in afleverpunten (zie § 5.2) kan ook afzetdifferentiatie ontstaan. Een voorbeeld dat door de postorderapotheker werd genoemd, is het zich richten op de markt van de chronische medicatie. Het ligt voor de hand dat hier grote financiële voordelen zijn te behalen, maar het betekent tegelijkertijd dat door de verschuiving elders de farmaceutische zorg duurder wordt. Indien een dergelijke afzetdifferentiatie een gewenste ontwikkeling is, dient dit tot uiting te komen in differentiatie in de prijsopbouw van het product (Venema, 1997b). De vraag is of een dergelijke differentiatie in tarieven beheersbaar is en bijdraagt aan transparantie in het zorgstelsel.

Afspraken over substitutie

Voor de geneesmiddelenprijzen zijn door de overheid stappen gezet om deze te sturen. De recente Prijzenwet speelt hierbij een belangrijk rol. Op het gebied van de generieke producten liggen

Sturing geneesmiddelenprijzen

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

mogelijkheden voor prijsverlagingen. Volgens dr. J.M. Steinert, toenmalig voorzitter van Nefarma, liggen de prijzen voor generica in Nederland veel te hoog (Industrie wil actieve rol in politieke discussie over farmakolom, 1996). Mogelijk speelt hierbij een rol dat de prijs van het specialité in feite de generieke prijs bepaalt, omdat de marge tussen de twee meestal zo'n 20-30% is. Het ligt meer voor de hand de werkelijke kostprijs als richtsnoer te nemen voor de generieke prijsbepaling. Het is echter al een oud probleem dat in de praktijk kostprijzen van geneesmiddelen niet goed achterhaald kunnen worden.

De prijzen voor de distributie van geneesmiddelen staat heden ten dage ter discussie. Naast de vraag wie distribueert, de groothandel en/of de producent/importeur of een derde partij, speelt ook de vraag hoe de prijs voor de diensten wordt berekend. Momenteel wordt de distributieprijs bepaald als een percentage van de verkoopprijs van de te leveren goederen. Mogelijk is een tarief op basis van 'fee for service' een alternatief.

Prijzen voor geneesmiddelen-distributie ter discussie

➤ Kwaliteit van de farmaceutische zorg

Kwaliteitsaspecten van de farmaceutische zorg richten zich op de voorschrijver en op de gebruiker van geneesmiddelen. In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen is er een proces op gang gekomen waarmee de te leveren kwaliteit beter wordt gedefinieerd en gecontroleerd. Het ligt voor de hand dat zorgverzekeraars op deze ontwikkelingen inspelen en contractueel vastleggen met de afleveraars aan welke kwaliteitseisen dient te worden voldaan. In het geval er samenwerkingsverbanden zijn tussen apotheken, zoals in de situatie van een centrale apotheek met uitdeelposten, kan door middel van afspraken rekening worden gehouden met differentiatie in te leveren zorg. Op basis van ontwikkelingen in de informatietechnologie en organisatie van samenwerking tussen apotheekhoudenden en andere beroepsgroepen in de eerste, tweede en derde lijn, kunnen contractafspraken ook op lokaal of regionaal niveau plaatsvinden.

Kwaliteitseisen en -normen

Concrete terreinen waarop afspraken kunnen worden gemaakt over de kwaliteit van zorg gericht op de voorschrijver en de gebruiker van geneesmiddelen zijn onder meer:

- deelname aan FTO en het aanleveren van prescriptiegegevens;
- het gebruik van informatietechnologie voor receptverwerking, medicatiebegeleiding, informatievoorziening en het gebruik van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek;
- samenwerking met andere disciplines, onder meer in het kader van transmurale zorg;
- certificering.

Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening

## 6.4 Randvoorwaarden

Er wordt een steeds groter beroep gedaan op de informatie-technologie om de zorg inhoudelijk af te stemmen op behoeften en gemaakte afspraken en om deze te controleren in verband met de kostenbeheersing. Dit betekent dat aan de informatiseringsystemen randvoorwaarden dienen te worden gesteld aan de doelstellingen, de kwaliteit van het beheer en de privacybescherming. Het is van groot belang dat er een breed draagvlak is voor de ontwikkelingen, zowel bij patienten(organisaties) als bij de verschillende beroepsgroepen. Het is zaak een goed evenwicht te vinden tussen de toenemende bureaucratisering en kwaliteitsbevordering.

Afstemmen ontwikkelingen in informatietechnologie noodzakelijk

Noot:

1. Uit het eerste compartiment worden de 'onverzekerbare risico's' gefinancierd, zoals de ouderenzorg en de psychiatrische hulpverlening. Het tweede compartiment betreft de financiering van de zorg die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar dient te zijn. Hieronder vallen ook de geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen. Uit het derde compartiment wordt de zorg vergoed waarvoor men zich aanvullend kan verzekeren. het betreft bijv. de vergoeding van homeopathische geneesmiddelen.

# **Bijlagen**



## Bijlage 1

### Lijst van afkortingen en begripsomschrijvingen

AFTO	Analyse Farmaco Therapie Overleg
BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCEPP	Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
DGV	Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EU	Europese Unie
FTC	Federal Trade Commission
FTO	Farmaco Therapie Overleg
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem
HIS	Huisarts Informatie Systeem
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICPC	International Classification for Primary Care
IMS	Instituut voor Medische Statistiek
IWG	Interdepartmentale Werkgroep Geneesmiddelen-distributie
JOZ	JaarOverzicht Zorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNO	Keel-, Neus- en Oor
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
NAN	Nederlandse Apotheek Normen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Nivel	Nederlands instituut van de gezondheidszorg
NP/CF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
OTC	over the counter-producten
O&O	Ontwikkelings + Ondersteunings Instituut (Nederlandse stichting van huisartsen en eerstelijnszorg)
PID	Patiënteninformatiedossier
PBMO	Prescription Benefit Management Organisations
RIVM	Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SAL	Stichting Apothekers in Loondienst
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
TOF	Tripartite Overleg Farmacie
UR	Uitsluitend op recept (verkrijgbare geneesmiddelen)



UA	Uitsluitend apotheek
UVO	Uitkomst van overleg
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WINAp	Wetenschappelijk Instituut van de Nederlandse Apothekers
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
ZAO	Zorgverzekeringen Amsterdam en Omstreken
ZFR	Ziekenfondsraad

## Bijlage 2

### Literatuur

Aa, K.H. van der en Grunewold, N.J.L.H. van 't. Nieuwe Mededingingswet. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 716-718.

Arts, L.H.A.J. De apotheker en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 320-322.

Bakx, J.C.H. en Burg, A. van. *Voorlichting & communicatie in de apotheek. Een handleiding voor zelfevaluatie*. Den Haag; Woerden: KNMP; NIGZ, 1996.

Beardon, P.H., *et al.* Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *British Medical Journal*, 1993, 307, p. 846-848.

Beek, C.M.J.P. van der, *et al.* Farmacotherapeutisch Kompas 1997. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 138.

Berkestijn, Th.M.G. van. Kabinet-paars en KNMG-groen: complementaire kleuren? *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 87-89.

Bero, L., *et al.* Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions by health care professionals. *British Medical Journal*. Nog niet gepubliceerd.

Bijl, D., Sonderen, E. van en Haaijer-Ruskamp, F.M. *Prescription changes and drug costs at the interphase between primary and specialist care*. Nog niet gepubliceerd.

Blaey, C.J. de en Hielema, A.P. Taxoïden beperkt beschikbaar stellen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 214-215.

Blom, A.Th.G., Bruijn, J.C.M.J. de en Jong, J.G.A.M. de. *Verspilling? Wel voorgeschreven maar niet gebruikte geneesmiddelen*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.

Blom, A.Th.G. en Houweling I. *Voorlichting in de apotheek*. Meteren: Stimio Communicatieprojecten B.V., 1992.

Blom, A.Th.G., Jong, J.G.A.M. de en Sierens, J. *Klantbejegening in de apotheek*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.

Blom, A.Th.G. en Paes, A.H.P. De therapie-trouw kan worden verbeterd. *Geneesmiddelenbulletin*, 1992, 26, p. 40-43.

Blom, A.Th.G., *et al.* Pharmacist-physician co-operation at a regional level. *Pharmacy World & Science*, 1994, 16, p. 13-17.

Boerkamp, E.J.C. *Assessing professional services quality. An application in health care*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995. Proefschrift.

Boon, C.J.M., *et al.* Koppeling van een internistenmaatschap met de gezamenlijke computer van drie apotheken. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 1462-1463.

Britten, N. Patient demand for prescriptions: a view from the other side. *Pharmacy in Practice*, 1994, 11, p. 62-65.

Bruijn, E.M. de. De verleidingen van 'managed care' en 'disease management'. Ook een zaak van de dokter. *Medisch Contact*, 1996, 51, p. 934-936.

Buurma, H., Jong-van den Berg, L.T.W. de en Leufkens, H.G.M. (red). *Het geneesmiddel*. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1996.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek, 1997*. Voorburg/Heerlen: CBS, 1997.

Chetley, A. *Problem drugs*. Amsterdam: Health Action International Europe, 1993.

Consument wil producten kunnen zien en pakken. *ZelfZorg*, 1997, 9, september, p. 6-7.

Coolen, R. Patiëntenvoorlichting interferon-beta-1b beïnvloedt keuzeprocessen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 1394-1396.

Dalhuijsen, H. *Richtlijnen Effectiviteits Project*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.

Dalhuijsen, H., *et al.* Het handelen van huisartsen volgens de standaard Otitis media acuta van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1993, 137, p. 2139-2144.

Dam, J.G. van. Taxol, U-bochten en gesloten systemen. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 1135-1137.

Davis, D.A., *et al.* Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized clinical trials. *JAMA*, 1992, 268, p. 1111-1117.

Denig, P., *et al.* Impact of clinical trials on the adoption of new drugs within a university hospital. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 41, p. 325-328.

Denig, P., Haaijer-Ruskamp, F.M. en Zijlsling, D.H. Impact of a drug bulletin on the knowledge, perception of drug utility and prescribing behavior of physicians. *The Annals of Pharmacotherapy*, 1990, 24, p. 87-93.

Dettingmeijer, M. en Blom, A.Th.G. *Patiëntenvoorlichting in de apotheek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

DGV *Landelijke inventarisatie farmacotherapie-overleg 1996. Een beschrijvend onderzoek naar de stand van zaken in het FTO*. Utrecht: Stichting DGV, 1997a.

DGV. *Ontwikkelings- en implementatieprogramma voor transmurale afstemming farmacotherapie*. Utrecht: Stichting DGV, 1997b. (concept)

DGV & NIGZ. *Allochtonen & geneesmiddelgebruik: aanbevelingen expertmeeting 22 november 1995*. Meteren: Stimio Communicatieprojecten B.V., 1995.

Diermen, K. van, Huijsman, R. Huisartsen in de transmurale hoofdrol. (On)mogelijkheden in transmurale zorg. *Medisch Contact*, 1996, 51, p. 1347-1349.

Dijk, P. van en Sier, F. Van Leidschendam naar Amsterdam: het farmaciebeleid. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 379-380.

Dijk, P.A. van, *et al.* Nuldelijnsstandaarden. Het project 'Dokteren aan de Waal'. *Huisarts en Wetenschap*, 1996, 39, p. 69-74.

Dijkers, F.W. Herhaald voorschrijven in de huisartsenpraktijk. *Geneesmiddelenbulletin*, 1997, 31, p. 65-70.

Diwan, V., *et al.* *Drug Education Project*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.

Doelgerichte actie. *Geneesmiddelenbulletin*, 1996, 30, p. 38.

Dreessen, R.C.J.J. en Muris, J.W.M. Van inhalatietragiek tot inhalatietechniek. *Huisarts en Wetenschap*, 1997, 40, p. 48-50.

Dupuis, H.M. Ethische aspecten van de kostendiscussie in de farmacotherapie. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 782-785.

Elling, H. Voorlichting in de assistentenopleiding. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 466-470.

Feenstra, N. *MTA in Nederland*. Haarlem: Merck, Sharp & Dohme, 1997.

Fransens, R., Jong-van den Berg, L.T.W. de en Cornel, M.C. De rol van de apotheker bij de voorlichting over periconceptueel foliumzuurgebruik. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, 129, p. 932-934.

Fransens, R., *et al.* Grenzeloze zorg: transmurale farmacie. *Ziekenhuisfarmacie*, 1997, 13, p. 235-239.

Freemantle, N. en Bloor, K. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure: I. Influencing patients. *British Medical Journal*, 1996a, 312, p. 1469-1471.

Freemantle, N. en Bloor, K. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure: II. Influencing doctors. *British Medical Journal*, 1996b, 312, p. 1525-1527.

Friele, R.D. en Andela, M. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 1275-1277.

Frijlink, A. en Bakker, J. Relatie patiënt-apotheker en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 562.

Gerritsen, H.J. en Heerdink, E.R. *Geneesmiddelengebruik in gezondheidscentra*. Budel: Budelse Drukkerij BV, 1997.

Gerritsen, J.C. en Linschoten, C.P. van (red). *Gezondheidszorgbe-*

leid. *Evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorkum, 1997.

Gier, J.J. de. The Electronic Pharmaceutical Dossier®: an effective aid to documenting pharmaceutical care data. *Pharmacy World Science*, 1996, 18, p. 241-243.

Gill, P. en Haaijer-Ruskamp, F.M. *Changing doctor prescribing behavior*. Nog niet gepubliceerd.

Goede bijsluiter, Een, houdt het simpel. *Consumentengids*, 1997, juni, p. 52-53.

Golen, I.C. van. Transmurale gebiedsverkenning door een Amsterdamse bril. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 1222-1224.

Gudde, H.H.A.J. en Schepers, F.H.J.M. Automatisering bevordert transmurale gegevensuitwisseling. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 131, p. 130-132.

Haafkens, J. *Rituals of silence: long-term tranquillizer use by women in the Netherlands. A social case study*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997. Proefschrift.

Haaijer-Ruskamp, F.M. en Denig, P. New approaches to influencing physicians' drug choices: the practice-based strategy. In: Davis, P. (ed). *Contested Ground. Public purpose and private interest in the regulation of prescription drugs*. Oxford: University Press, 1996.

Haan, M. de en Jong-van den Berg, L.T.W., de. *Wat doe ik. Neem ik medicijnen?* Den Haag; Rotterdam: KNMP; Ketting Partners BV, 1995.

Hamilton, G.J.A. "Huisartsenbezoek moet op rationele keuze berusten". *Zelfzorg*, 1997a, 9, september, p. 20-21.

Hamilton, G.J.A. Zorg, verzekering en de nieuwe Mededingingswet. *Medisch Contact*, 1997b, 52, p. 719-722.

Harris, C.M. Better feedback on prescribing for general practitioners (editorial). *British Medical Journal*, 1994, 309, p. 356.

Hayes, L. en Mintzes, B. The ties that bind: drug industry sponsorship. *HAI-LIGHTS*, 1997, 2, p. 1-5.

Haynes, B.R, McKibbin, K.A. en Kanani, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, 1996, 348, p. 383-386.

Hekster, Y.A., *et al.* Evaluatie geneesmiddelengebruik en farmaco-economische rationalisatie. In: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde. *Pharmacoeconomics*. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1997. P. 95-62.

Herings, R.M.C. Medicatiebewaking is gebaat bij samenwerking. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 1030-1033.

Huijps, K.M.A. Geneesmiddeleninformatie in Kuopio. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 54-56.

Huisarts en patiënt denken nogal eens verschillend. *Geneesmiddelenbulletin*, 1995, 29, p. 19.

Hulst, E.H. en Tiems, I. Gentegreerde zorg en professionele autonomie. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 1251-1254.

Impetus. *Een kwalitatief onderzoek naar de structuur van de Nederlandse apothekersmarkt*. Eindhoven: Impetus, 1996.

IMS/Selfmedication. In: *De zelfzorgmarkt in 1996*. Utrecht: Nepharm, 1997.

IMS Nederland. *Farmaceutische Almanak Nederland 1996*. Den Haag: IMS Nederland, 1997.

Industrie wil actieve rol in politieke discussie over farmakolom. *Innovator*, 1996, 1, p. 6-9.

Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie. *IWG-rapport*. Rijswijk; Den Haag: Ministeries van WVC en Economische Zaken, 1994.

Janknegt, R., *et al.* Antibioticabeleid in Nederlandse ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139, p. 485-487.

Jong, N. de. Kleine stapjes in de gezondheidszorg. De visie van Zorgverzekeraars Nederland. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 93-95.

Kamps, G.B., Meyboom-de Jong, B. Regionale formularia voor huisartsen vergeleken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997, 141, p. 1002-1007.

Knipschild, P., Kleijnen, J. en Riet, G. ter. Belief in the efficacy of alternative medicine among general practitioners in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 1990, 31, p. 625-626.

KNMP Bedrijfsondersteuning. Zaken zijn zaken: apotheekhoudende huisarts versus plattelandsapotheek. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 1124-1125.

KNMP en VWS stechelen over geldterug-acties. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 1040-1041.

Köhler, W. Keiharde geneeskunde: evidence based medicine verdeelt medische wereld. *NRC Wetenschap & Onderwijs*, 1997.10.11.

Kooiker, S.E. en Mootz, M. (red.). *Patiënt en professie*. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1996.

Kos, A. en Meijer, A. "Goed dat het COTG er nog is". Interview met drs. R. Scheerder. *Zorgverzekeraars Magazine*, 1997a, augustus, p. 4-10.

Kos, A. en Meijer, A. "Patiënt niet langer de grote afwezige". Interview met drs. D. Dees. *Zorgverzekeraars Magazine*, 1997b, september, p. 4-10.

KPMG Management Consulting. *Effectiviteit van het GVS. Evaluatie van de effecten van het geneesmiddelenvergoedingssysteem*. Amstelveen: KPMG Management Consulting, 1995.

Lagro-Janssen, T. en Noordenbos, G. (red). *Sexeverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: Uitgeverij SUN, 1997.

Landelijke Huisartsen Vereniging. *Discussienota: Positie van de huisarts in de geneesmiddelenvoorziening*. Utrecht: LHV, 1997.

Langenberg, J.P. en Wissenburg, A.K. In-vitro-diagnostics. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 410-412.

Lau, H.S., *et al.* Non-compliance in elderly people: evaluation of risk factors by longitudinal data analysis. *Pharmacy World & Science*, 1996, 18, p. 63-68.



Legemaate, J. (red). *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

Lekkerkerker, J.F.F. en Broekmans, A.W. Terfenadine in de vrije verkoop? (II) *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 853-854.

Lisman, J. *Internet en geneesmiddelen, een inventarisatie. Notitie Ministerie VWS ten behoeve van de Tweede Kamer*. S.l., S.n., 1997.

MarketScan International. "Wat is er aan de hand in Farmland?" Tilburg: MarketScan International, 1997.

Martini Ziekenhuis. *Martini Ziekenhuis Formularium*. Groningen: Martini Ziekenhuis, 1997.

Meer, H.H. van der en Takx-Köhlen BCMJ. De ziekenhuisapothek als informatiebron. *Ziekenhuisfarmacie*, 1997, 13, p. 172-175.

Mil, J.W.F. van en Tromp, Th.F.J. Pharmaceutical care in the Netherlands. History, definition and projects. *Pharmacy World Science*, 1996, 18, p. 237-240.

Moss, F. Consequenties van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst voor ziekenhuisapothekers. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 336-338.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid/College voor ziekenhuisvoorzieningen. *Transmurale somatische zorg*. Zoetermeer, NRV, 1995.

Nefarma. *Jaarverslag 1996*. Utrecht: Nefarma, 1997.

Noord-Hollandse apotheken protocolleren medicatiebegeleiding. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 921-923.

Peay, M.Y., Peay, E.R. Patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs by specialists. *Social Science & Medicine* 1990, 31, p. 467-476.

*Partnership in Medicine Taking: a consultative document*. S.l.: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain / Merck Sharp &

Dohme, 1996.

Peeters-Udding, L.M. Transmurale farmacie. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 170-172.

Perquin, J. De kwaliteit van regelgeving. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 1255-1257.

Persoon, A., et al. *Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden*. Utrecht: NIVEL 1996.

Ploeg, R. van der. Concurrentie in de zorg. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 723-724.

Publieksreclame voor geneesmiddelen op recept. *Geneesmiddelenbulletin*, 1994, 28, p. 15-16.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument*. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Rasker-Prins, H.A. en Smidt, J.H. de. Overdracht van tweede naar eerste lijn. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 312-314.

Ree, M.M. de. 'Pharmacy benefit management: on the move!' *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 105-106.

Rikken, F. Geef extra uitleg bij paroxetine. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 846-847.

Rolloos, J. en Timmers, A.P. *Disease management applied to Dutch healthcare: lecture held at the symposium of the European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) in Lisbon*. S.l., S.n., 1996.

Rosmalen, C.F.H. en Thomas, S. (red). *Farmacotherapie voor de huisarts. Achtergronden*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.

Roter, D. Advancing the physician's contribution to enhancing compliance. In: Fincham, J.E. (ed.). *Advancing prescription medicine compliance. New paradigms, new practices*. Binghampton NY: Pharmaceutical Products Press, 1995. P. 37-48.

Rovelli, M., et al. Non-compliance in organ transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 1989, 21, p. 833-834.

Rutten, G.E.H.M. *Huisarts en patiënt: uitgangspunten en richtlijnen*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.

Ruwaard, D. en Kramers, P.G.N. (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997. De som der delen*. Bilthoven; Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne; Elsevier; De Tijdstroom, 1997.

Scheerder, R.L.J.M. Opwaartse druk maakt keuzen in de zorg noodzakelijk. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 773-778.

Schrijvers, A.J.P. (red.). *Health and health care in the Netherlands*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

Schuller, R. en Bakker, D.H. de. Voorschrijven op stofnaam: stimuleren via implementatieprogramma. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 307-308.

Schut, F.T. Marktwerking in de zorgsector en de nieuwe Mededingingswet. Voorwaarden voor gereguleerde concurrentie geleidelijk aan gerealiseerd. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 710-713.

Schut, H. Galenus-prijs 1994 voor Pfiizers Enablex. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 4-6.

Sijmons, R. *Glaxo biedt een lucratief contract aan*. Vrij Nederland, 1997.10.18.

Sluijs, E.M., et al. *Bejegening in de apotheek. Uitgangspunten en richtlijnen voor en goede bejegening van patiënten en cliënten in de apotheek*. Den Haag; Utrecht: KNMP; NIVEL, 1995.

Smet, P.A.G.M. de en Horssen, N. van. Farmaceutische patiëntenzorg: een nieuw speerpunt van een nieuw instituut. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 843-847.

Smidt, J.H. de. Praktische farmaceutische thuiszorg. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, 129, p. 667-668.

Soest, M.M. van en Steenhoek, A. *De introductie van en het omgaan met dure geneesmiddelen in de Nederlandse ziekenhuizen*. Groningen: Rijksuniversiteit, 1997.

Stichting Farmaceutische Dienstverlening. *Groninger Formularium*. Groningen: Stichting Farmaceutische Dienstverlening, 1995.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. *Data en feiten, 1997: kostenontwikkeling van de farmaceutische hulp*. 's-Gravenhage: SFK, 1997.

Stigter, E. Managed care. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 99-100.

Tempelaar, A.F. Een kans voor transmurale farmacie? Het juiste geneesmiddel op de juiste plaats. *Ziekenhuisfarmacie*, 1995, 11, p. 118-122.

Tien jaar advies van apothekers in Amsterdam-Noord boekt duidelijk resultaat. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 1261-1263.

Toom, E. van der, *et al.* De Geneesmiddelen-Infolijn. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, 129, p. 1131-1138.

Trigt, A.M. van, *et al.* Pharma-ROM-informatie of bijsluiter: is er verschil? *Pharmaceutisch Weekblad*, 1990, 125, p. 404-409.

Trigt, A.M. van. *Making news about medicines*. Groningen: Rijksuniversiteit, 1995. Proefschrift.

Tromp, T.F.J., Mil, J.W.F. van en Smet, P.A.G.M. de. De uitdagingen van 'managed care'. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 278-281.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Jaaroverzicht Zorg 1997*. 's Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. No. 25004-12,13.

Vaart, F.J. van der en Gerbrands E.E. Certificatie van openbare apotheken. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 913-920.

Vaartjes, J. Chipcards in de zorg: snelle standaardisatie nodig. *Zorgverzekeraars Magazine*, 1996.06, p. 32-33.

Vehse, W. Medicinal products: restriction on distribution. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996, 131, p. 1299-1301.

Venema, F.J. Contract Azivo-KNMP op de tocht. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1994, 129, p. 290-291.

Venema, F.J. Marktonderzoek: belang korte wachttijden toegenomen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995a, 130, p. 1282-1283.

- Venema, F.J. Omzet in homeopathica stagneert. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995b, 130, p. 768-769.
- Venema, F.J. Bijwerkingen van Internet. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996a, 131, p. 943.
- Venema, F.J. IWG-maatregelen: stand van zaken. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996b, 131, p. 941-942.
- Venema, F.J. Opruiming kartel: 600 miljoen dollar voor Amerikaanse apothekers. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1996c, 131, p. 127.
- Venema, F.J. Borst zet marktwerking in zorg door. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997a, 132, p. 1451-1452.
- Venema, F.J. De postorderapotheek is er en blijft er. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997b, 132, p. 215-218.
- Venema, F.J en Paalman, D. Transmuraal steunpunt Twente maakt ontslagvoorraadjes geneesmiddelen overbodig. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1997, 132, p. 88-91.
- Veninga, C.C.M., et al. *Denkbeelden van huisartsen over de behandeling van astma*. Nog niet gepubliceerd.
- Verbeek-Heida, P. *De eigen wijsheid van de patiënt*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.
- Vissers, F.H.J.A., et al. Interventies in de eerste lijn bij langdurig gebruik van benzodiazepinen: een literatuur onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 1997, 40, p. 244-247.
- Vliet, S. van. "Stapsgewijs kunnen we het zelfzorgassortiment uitbreiden". *ZelfZorg*, 1997, 9, september, p. 10.
- Vos, R., Jong-van den Berg, L.T.W. de en Trigt, A.M. van. *Farmacie & Samenleving: literatuurmap t.b.v. 2e jaars onderwijs*. Groningen: Afdeling Farmacie & Samenleving, Rijksuniversiteit Groningen, 1990.
- Vries C.S. de en Jong-van den Berg, L.T.W. de. *Farmacotherapie overleg in de praktijk*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.
- Vries, C.S. de, et al. Auditing GPs' prescribing habits: cardiovascular prescribing frequently continues medication initiated by

specialists. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1996, 50, p. 349-352.

Werf, W. van der. Managed care: een nadere nuancing vanuit zorgaanbieders perspectief. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 511-513.

Wetten, N.I.M. van. Voorlichting als ondersteuning bij farmacotherapie-overleg. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1995, 130, p. 709-711.

Wijmen, F.C.B. van. De patint als partner. *Medisch Contact*, 1997, 52, p. 728-731.

Wolf, P.J. de, Steenhoek, A. De ziekenhuisapotheker als informatiebron: weet men ons te vinden? *Ziekenhuisfarmacie*, 1996, 12, p. 143-142.

Ziekenfondsraad. *Geneesmiddelenverstrekking in ziekenhuizen: aanspraak interferon- $\beta$ -1b*. Amstelveen, ZFr, 1996.

Ziekenfondsraad. *Kengetallen farmaceutische hulp*. Amstelveen, ZFr, 1997. (GIPeilingen; 1997, nr. 9)

Ziekenhuisapothek Medisch Centrum Alkmaar. *Advies van de Geneesmiddelencommissie met betrekking tot de toepassing van kostbare geneesmiddelen*. Alkmaar: Ziekenhuisapothek Medisch Centrum Alkmaar, 1995.

Zovirax®-crème voorkomt geen koortslip. *Geneesmiddelenbulletin*, 1997, 31, p. 11.



**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,  
Dordrecht, omslag  
Uitgave: 1998  
ISBN: 90-5732-029-0

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,-  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer  
onder vermelding van publicatienummer 97/15*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg