

**ZELFZORGMIDDELEN UIT HET ZIEKENFONDSPAKKET:
Beleidsvaluatie maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen**

december 2000

M.C.J. Biermans
S.G.M. Adam
D.H. de Bakker



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

ISBN 90-6905-496-5

Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Probleemstelling	7
2 METHODE	10
2.1 Opzet	10
2.2 Interviews onder zorgverzekeraars	10
2.3 Analyse prescriptiegegevens van huisartsen	11
2.3.1 Inleiding	11
2.3.2 Representativiteit	11
2.3.3 Analyses	12
2.4 Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)	14
2.5 Opbouw rapport	15
3 UITVOERINGSTECHNISCHE CONSEQUENTIES VAN DE 1-SEPTEMBER- MAATREGEL	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Invoering van de 1-septembermaatregel	16
3.2.1 Problemen rond de invoering van de 1-septembermaatregel	16
3.3 Uitvoering van de 1-septembermaatregel	17
3.3.1 Consequenties van de 1-septembermaatregel	17
3.3.2 Controlemogelijkheden van zorgverzekeraars	19
3.3.3 Problemen rond de uitvoering van de 1-septembermaatregel	21
3.4 Oordelen van de zorgverzekeraars over de 1-septembermaatregel	24
3.4.1 Algemene oordelen over de 1-septembermaatregel	25
3.4.2 Effecten van de 1-septembermaatregel	25
3.4.3 Belangrijkste problemen rond de 1-septembermaatregel	26
4 EFFECTEN OP HET VOORSCHRIJFGEDRAG VAN HUISARTSEN	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen voor en na invoering van de 1-septembermaatregel	27
4.3 Substitutie naar WTG-middelen	31
4.4 Effecten voor patiënten met een chronische aandoening	35
4.5 Effecten voor chronische gebruikers	36
5 EFFECTEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Gebruik van medicijnen	38
5.3 Gemaakte kosten voor medicijnen	40
6 CONCLUSIE	43
6.1 Uitvoeringsaspecten bij zorgverzekeraars	43
6.2 Effecten op het voorschrijfgedrag van huisartsen	44
6.3 Effecten voor chronisch zieken	45
6.4 Eindconclusie	46
LITERATUUR	47

BIJLAGEN:

- Bijlage 1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg
- Bijlage 2 Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)
- Bijlage 3 Zorgverzekeraars en hun geïnterviewde contactpersonen
- Bijlage 4 Interviewprotocol voor het interview over de 1-septembermaatregel
- Bijlage 5 Verschillen tussen praktijken
- Bijlage 6 Indicaties van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik
- Bijlage 7 Indicaties van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik
- Bijlage 8 Totale prescriptie en prescriptie van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik naar indicatiegroep (ICPC-cordes), per 1000 patiënten
- Bijlage 9 Gebruik van bepaalde middelen per inkomensklasse

VOORWOORD

Per 1 september 1999 is de maatregel om kortdurend gebruik van buiten-WTG-geneesmiddelen (zelfzorgmiddelen voor de behandeling van zelfzorgindicaties) van de ziekenfondsvergoeding uit te sluiten in werking getreden. Aan de betreffende maatregel wordt gerefereerd als de '1-septembermaatregel'. De maatregel houdt in dat een substantieel aantal geneesmiddelen voortaan van vergoeding wordt uitgesloten, dan wel dat de vergoeding aan de voorwaarde wordt verbonden dat sprake moet zijn van chronisch gebruik bij een chronische aandoening. Daarnaast is ook het eerste recept van een zelfzorggeneesmiddel uitgesloten van vergoeding (dat wil zeggen de eerste 15 dagen).

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen. Doel van het onderzoek is nagaan welke problemen zich voordeden en nog voordoen bij de uitvoering van de maatregel, wat de effecten zijn geweest op het voorschrijfgedrag van de huisarts en wat de gevolgen zijn voor individuele verzekerden en met name chronisch zieken. Het onderzoek naar de uitvoering is gebaseerd op interviews bij zorgverzekeraars. Op deze plaats worden de geïnterviewden bedankt voor hun bereidwillige medewerking. Het onderzoek naar de effecten op het voorschrijfgedrag van huisartsen is gebaseerd op gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, een samenwerkingsverband van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Nivel. Het derde deelonderzoek naar de gevolgen voor chronisch zieken is gebaseerd op gegevens uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken die verzameld worden door het Nivel.

Utrecht, december 2000

Marion Biermans
Susan Adam
Dinny de Bakker

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Het hanteerbaar houden van de kosten van geneesmiddelen is een belangrijke doelstelling in het gezondheidszorgbeleid van de rijksoverheid. Een middel om dat doel te bereiken is verkleining van het verzekerde pakket van geneesmiddelen. In dit kader moet de 'maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen' worden gezien. Omdat de maatregel per 1 september 2000 is ingegaan wordt er ook wel aan gerefereerd als de 1-septembermaatregel.

Buiten-WTG-middelen zijn geneesmiddelen waarop de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) niet van toepassing is. Er behoeft namelijk geen vast tarief voor te worden vastgesteld. Geneesmiddelen krijgen deze status als de indicatie en veiligheid ze geschikt maakt voor zelfzorg. Dit wordt beoordeeld door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De geneesmiddelen kunnen zonder recept worden afgeleverd door zowel de apotheek als de drogist. Concurrentie op de afleverkosten is dus mogelijk.

Het doel van uitsluiting van de buiten-WTG-middelen is reductie van het beslag dat geneesmiddelen leggen op de collectieve middelen. De Ziekenfondsraad (inmiddels College voor Zorgverzekeringen geheten) becijferde dat de maatregel uitgaande van de kosten in 1997 maximaal een kleine 150 miljoen gulden op jaarbasis zou kunnen opleveren. Daarbij is echter geen rekening gehouden met mogelijke substitutie naar WTG-geneesmiddelen die wel worden vergoed. Ook is geen rekening gehouden met het uitsluiten van identieke WTG-geneesmiddelen (Ziekenfondsraad, 1999).

Op verzoek van de Tweede Kamer is de maatregel zodanig vormgegeven dat patiënten met chronische klachten worden ontzien. Een en ander heeft consequenties voor de uitvoering van de maatregel omdat tot dusver alleen het middel bepalend was voor het al dan niet in aanmerking komen van vergoeding. Zorgverzekeraars als controlerende instantie en afleveraars kunnen in hun systemen in het algemeen niet controleren of een geneesmiddel is geleverd aan een chronische patiënt. Alleen de voorschrijvers beschikken over deze informatie. Er moesten daarom aparte uitvoeringstechnische maatregelen worden genomen om de maatregel uitvoerbaar en controleerbaar te maken. Wegens tijdgebrek was het echter niet mogelijk om in het voorbereidende stadium gesprekken te voeren met beroepsgroepen, patiëntenorganisaties of zorgverzekeraars.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de evaluatie van de 1-septembermaatregel, die binnen een jaar zou plaatsvinden. Onderhavig onderzoek richt zich op de vraag of ongewenste substitutie is opgetreden, op uitvoerbaarheid van de maatregel met name door de zorgverzekeraars en de effecten voor chronische patiënten die zouden moeten worden ontzien. Het effect op de kosten van geneesmiddelen wordt vastgesteld op basis van gegevens uit het Geneesmiddelen Informatie Project en valt daardoor buiten het bestek van dit onderzoek.

1.2 Probleemstelling

De 1-septembermaatregel ziet er als volgt uit (Ziekenfondsraad, 1999):

- Buiten-WTG-middelen voor uitsluitend niet-chronische indicaties voor kortdurend gebruik (minder dan drie maanden) en qua werkzame stof, sterkte en toedieningsvorm vergelijkbare WTG-middelen ('identieke WTG-middelen') zijn uitgesloten van vergoeding; dit op basis van een door de Ziekenfondsraad opgestelde lijst. Duidelijkheidshalve, worden deze middelen in dit rapport aangeduid als **zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik**.

- De overige buiten-WTG-geneesmiddelen en identieke WTG-middelen zijn op bijlage 2 van de Regeling Farmaceutische hulp geplaatst met als voorwaarde voor verstrekking dat het geneesmiddel is voorgeschreven voor uitsluitend niet-chronische indicaties. Dit laatste is ter beoordeling aan de behandelend arts die dat door vermelding van de afkorting 'c.g.' (=chronisch gebruik) op het recept kenbaar maakt. Alleen recepten met deze aanduiding worden door de verzekeraar vergoed. Ook van deze middelen is door de Ziekenfondsraad een lijst opgesteld. Duidelijkheidshalve, worden deze middelen in dit rapport aangeduid als **zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik**.
- Voor deze groep zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik geldt tevens dat iedere eerste medicatie (recept voor maximaal 15 dagen) wordt uitgesloten van vergoeding. Dit draagt er naar verwachting toe bij dat niet te lichtvaardig wordt besloten tot chronische indicaties.

Uit publicaties is inmiddels gebleken dat in het veld vragen zijn gerezen over de toepasbaarheid van de maatregel (Loonen e.a., 2000; Verest en Pelikan, 1999):

- Gaat het bij 'chronisch gebruik bij chronische medicatie' om een èn-èn-voorwaarde?
- Wanneer wordt herhaald gebruik chronisch en op welk moment kan de voorschrijvend arts dat beoordelen?
- Wat te doen bij intermitterend gebruik zoals bijvoorbeeld bij allergiepatiënten voorkomt?

Door dit soort van 'grijze gebieden' ontstaat handelingsruimte voor voorschrijvers en afleveraars die in twee richtingen ingevuld zou kunnen worden. Aan de ene kant zou de groep die wordt ontzien omvangrijker kunnen worden dan gepland. Dat zou bij de middelen bij kortdurend gebruik bijvoorbeeld kunnen door substitutie naar duurere WTG-middelen met dezelfde werkzame stof maar met een grotere sterkte. De Ziekenfondsraad wees er in haar advies al met klem op dat bij het beperken in de aanspraak op buiten-WTG-geneesmiddelen substitutie kan optreden naar WTG-geneesmiddelen die wel worden vergoed. Bij de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik kan een zodanig ruime toepassing van 'c.g.' op het recept plaatsvinden dat de beoogde besparing niet wordt gehaald.

Aan de andere kant kan het ertoe leiden dat chronisch zieken mogelijk toch moeten betalen, bijvoorbeeld doordat vergeten wordt om 'c.g.' op het recept te vermelden of bij intermitterend gebruik. Het bespaarde bedrag wordt dan weliswaar groter maar de doelstelling om de chronisch zieken te ontzien wordt dan niet gehaald. Met name bij de laagste inkomens zou dit kunnen betekenen dat men afziet van noodzakelijke medicatie. De vraag is dus in hoeverre de beoogde effecten inderdaad bij de beoogde groepen optreden.

Een en ander heeft geleid tot een drietal door het onderzoek te beantwoorden vraagstellingen. In eerste instantie is het van belang om de uitvoering te bezien. De maatregel wijkt af van eerdere maatregelen gericht op pakketverkleining in de zin dat de aanspraak niet alleen afhankelijk is van middel maar ook van de patiënt. Daarom is de constructie bedacht waarbij voorschrijvers 'c.g.' op het recept moeten schrijven bij chronische indicaties en wordt een middel de eerste 15 dagen niet vergoed. De vraag is in hoeverre een en ander controleerbaar is voor zorgverzekeraars die daartoe een wettelijke taak hebben. Daar vloeit de volgende vraagstelling uit voort:

- 1 *Wat zijn de uitvoeringstechnische consequenties van de maatregel?*
 - 1a *In hoeverre treden problemen op bij het hanteren van de maatregel bij het onderscheiden van chronische patiënten en/of chronische gebruikers?*
 - 1b *In hoeverre kunnen zorgverzekeraars controleren of de maatregel conform de bedoeling wordt gehanteerd door voorschrijvers en afleveraars?*

De volgende vraagstelling behelst de effecten op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Hierbij zijn de kernvragen of er inderdaad minder zelfzorgmiddelen voorgeschreven worden, of substitutie plaatsvindt naar andere, wel vergoede middelen en of chronisch zieken nu inderdaad ontzien worden.

- 2 *Wat zijn de effecten van de 1-septembermaatregel op het voorschrijfgedrag van huisartsen?*
- 2a *In hoeverre heeft een afname plaatsgevonden van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik voor ziekenfonds-verzekerden per indicatiegroep?*
- 2b *In hoeverre is deze eventuele afname gepaard gegaan met een toename van het voorschrijven van WTG-geneesmiddelen? Bij welke indicaties heeft deze toename plaatsgevonden?*
- 2c *In hoeverre verschillen bovengenoemde effecten voor patiënten met een chronische aandoening dan wel voor chronische gebruikers?*

De laatste vraag richt zich specifiek op de groep chronisch zieken. Nagegaan wordt of deze groep inderdaad is ontzien. Daartoe wordt onderzocht of er veranderingen zijn opgetreden in het gebruik van geneesmiddelen, dan wel in de uitgaven die chronisch zieken voor geneesmiddelen hebben gemaakt. In het bijzonder wordt hierbij gekeken naar de laagste inkomensgroepen die het meest kwetsbaar zijn.

- 3 *Wat zijn de gevolgen voor chronisch zieken, met name degenen met de laagste inkomens?*
- 3a *In hoeverre zijn de uitgaven en het gebruik van geneesmiddelen (zowel op recept als niet op recept) van ziekenfondsverzekerde chronisch zieken gestegen na de 1-septembermaatregel?*
- 3b *In hoeverre hangt dit samen met de inkomenssituatie van die chronisch zieken?*

De antwoorden op deze vragen komen aan de orde in hoofdstuk 3 tot en met 5 en worden in hoofdstuk 6 nog eens samengevat. Daaraan voorafgaand wordt in hoofdstuk 2 de gevolgde methode beschreven.

2 METHODE

2.1 Opzet

De globale opzet van het onderzoek is als volgt. De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord op basis van interviews met zorgverzekeraars. De tweede onderzoeksvraag wordt beantwoord op basis van een secundaire analyse van gegevens verzameld in het kader van het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (zie bijlage 1). En de derde onderzoeksvraag wordt beantwoord met behulp van enquêtegegevens uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (zie bijlage 2). De analyses van gegevens van LINH en het patiëntenpanel zijn gebaseerd op een vergelijking van gegevens voor en na de maatregel. Probleem hierbij is dat versturende ontwikkelingen van invloed kunnen zijn geweest op de cijfers (bijvoorbeeld de autonome prijsontwikkeling, andere maatregelen). Overwogen is om de particulier verzekerden als referentiegroep te hanteren. Dit bleek echter niet mogelijk omdat een groot deel van de particuliere maatschappijen de maatregel heeft overgenomen en binnen de betreffende bestanden onbekend is bij welke verzekeraar men is verzekerd. De drie onderdelen zullen nu nader worden uitgewerkt.

2.2 Interviews onder zorgverzekeraars

In het kader van deze rapportage zijn met contactpersonen van tien zorgverzekeraars semi-structureerde interviews gehouden. Begin mei 2000 zijn tien aselekt gekozen zorgverzekeraars aangeschreven over het onderzoek. Omdat op voorhand niet duidelijk was welke persoon het meest geëigend was om over het onderwerp te spreken zijn zowel de medisch adviseur als de account-manager farmacie aangeschreven. De zorgverzekeraars zijn vervolgens telefonisch benaderd met de vraag met wie een afspraak gemaakt zou kunnen worden voor een interview over de uitvoeringstechnische consequenties van de 1-septembermaatregel. Bij alle tien zorgverzekeraars was men bereid om mee te werken aan het interview. Bijlage 3 bevat een lijst met de namen van de zorgverzekeraars en van de personen die geïnterviewd zijn.

Nadat er een afspraak gemaakt was met de respondenten, kregen zij een bevestigingsbrief en een lijst met onderwerpen voor het interview toegestuurd. De respondenten konden zich hiermee voorbereiden op het gesprek door voorafgaand aan het interview de nodige informatie te verzamelen. Gespreksonderwerpen waren onder andere de (problemen rond) invoering van de 1-septembermaatregel, de uitvoering van de maatregel, de consequenties van de maatregel en de mogelijkheden om te controleren of de maatregel wordt nageleefd. De interviews zijn gehouden aan de hand van een interviewprotocol (zie bijlage 4).

De interviews hebben in mei, juni en juli 2000 plaatsgevonden. De interviews duurden gemiddeld ruim een uur. Tijdens het gesprek werden schriftelijke notities gemaakt. Van ieder interview is een verslag gemaakt dat ter beoordeling naar de respondenten werd gestuurd. De respondenten konden eventuele wijzigingen en/of aanvullingen aangeven die in een definitieve versie werden verwerkt. Met de respondenten werd afgesproken dat als er binnen 14 dagen geen reactie werd ontvangen, er vanuit werd gegaan dat men akkoord ging met de inhoud van het verslag. Alle interviewverslagen zijn geautoriseerd.

De omvang van het aantal verzekerden van de zorgverzekeraars die geïnterviewd zijn varieert. Het totaal aantal verzekerden varieert van 83.500 tot 1.800.000. Het aantal ziekenfonds-verzekerden varieert van 82.000 tot 1.300.000 en het aantal particulier verzekerden van 1.500 tot 769.000. Bij de zorgverzekeraars die geïnterviewd zijn, zijn in totaal 8.651.500 personen verzekerd.

2.3 Analyse prescriptiegegevens van huisartsen

2.3.1 Inleiding

LINH is een samenwerkingsverband van de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit en het Nivel. Het doel van LINH is het verzamelen van representatieve monitoring-informatie omtrent de door huisartsen verleende zorg. LINH bestaat uit een landelijk netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken waarin continue gegevens omtrent contacten, medicijnvoorschriften, aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek en verwijzingen worden verzameld. In 1998 bestond het netwerk uit 77 huisartspraktijken en in 1999 uit 83 huisartspraktijken.

De gegevens voor LINH worden door huisartsen en hun praktijkassistenten met behulp van Huisarts Informatie Systemen (HIS) vastgelegd in de computer. Een Huisarts Informatie Systeem is een computerprogramma speciaal ontwikkeld voor de huisartspraktijk. Met behulp van de medische module van het HIS ofwel het 'Elektronisch Medisch Dossier' (EMD) kunnen onder andere voorschriften voor geneesmiddelen gegenereerd worden.

Per voorschrift worden zowel kenmerken van de patiënt als van het geneesmiddel geregistreerd. Kenmerken van de patiënt zijn bijvoorbeeld geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm. Er zijn ook gegevens over het totaal aantal patiënten dat bij een huisartspraktijk is ingeschreven (de patiëntenpopulatie). Hierdoor kunnen aantallen voorschriften per 1000 patiënten worden berekend.

Kenmerken van het geneesmiddel zijn onder meer de ATC-code en de Generieke Productcode. De ATC-code geeft aan in welke anatomische (A), therapeutische (T) en chemische (C) groep een geneesmiddel valt. In het ATC-classificatiesysteem hebben middelen met dezelfde werkzame stof - ongeacht sterkte, toedieningsvorm, producent of leverancier - dezelfde code. De Generieke Productcode is een meer gedetailleerd codeersysteem dan de ATC-code. Deze code omvat de werkzame stof (bijvoorbeeld Paracetamol), de toedieningsvorm (bijvoorbeeld tablet) en de sterkte van een geneesmiddel (bijvoorbeeld 500mg).

Andere kenmerken van het geneesmiddel zijn de prijs, de Defined Daily Dose (DDD) en het aantal voorgeschreven eenheden. De prijs van zowel WTG-middelen als van buiten-WTG-middelen wordt geregistreerd. Hierdoor is eenvoudig te achterhalen of een geneesmiddel vergoed wordt (i.e. een WTG-prijs heeft). De DDD (standaarddagdosering) is een waarde voor de hoeveelheid werkzame stof, die een volwassene gemiddeld per dag krijgt, wanneer het geneesmiddel voor de hoofdindicatie wordt gebruikt. Aan de hand van informatie over de DDD van een geneesmiddel en het aantal voorgeschreven eenheden, kan het aantal dagen worden geschat dat een geneesmiddel is voorgeschreven.

Per voorschrift kan ook een diagnose geregistreerd worden in de vorm van een code uit de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts e.a., 1987). Deze code wordt door een beperkt, maar toenemend aantal LINH-huisartsen geregistreerd. Bij 15% van de voorschriften in 1998 (n=212.827) en bij 18% van de voorschriften in 1999 (n=282.399) is door de LINH-huisartsen een ICPC-code toegekend. Naast gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen, worden in LINH ook gegevens over verwijzingen verzameld, waarbij aan vrijwel elke verwijzing een ICPC-code wordt toegekend. Aan de hand van de ICPC-codes kan naar indicaties voor het voorschrijven van een geneesmiddel en naar patiënten met een chronische aandoening worden gekeken.

2.3.2 Representativiteit

Omdat alleen geautomatiseerde huisartspraktijken mee kunnen doen aan LINH, vormen de LINH-praktijken een selectie qua automatiseringsgraad. Uit onderzoek naar de representativiteit van onderzoeksresultaten afkomstig van geautomatiseerde huisartspraktijken blijkt echter dat er weinig verschillen zijn tussen geautomatiseerde en minder geautomatiseerde praktijken

(Hoonhout, 1999). Onderzoek op basis van geautomatiseerde huisartspraktijken (zoals in LINH) kan dus in redelijke mate representatief worden geacht voor de Nederlandse huisartspraktijk.

In 1998 is onderzoek verricht naar de representativiteit van de LINH-huisartspraktijken en de patiëntenpopulatie van deze praktijken. Hieruit bleek dat de LINH-praktijken een redelijk goede afspiegeling vormen van de Nederlandse huisartsenpopulatie. Dit geldt met name voor de gemiddelde praktijkomvang en de verdeling over geslacht, leeftijd, vestigingsperiodes en regio's. Ook het percentage apotheekhoudende huisartsen komt goed overeen met het landelijk beeld. Huisartsen in solopraktijken zijn in LINH ondervertegenwoordigd ten opzichte van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra. Het percentage part-timers ligt iets hoger in LINH dan landelijk. De verdeling over de urbanisatiegraden wijkt ook enigszins af van het landelijk beeld. De gezamenlijke patiëntenpopulaties van de LINH-huisartspraktijken vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking qua geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (De Bakker e.a., 1998).

2.3.3 Analyses

Alle analyses zijn alleen uitgevoerd voor ziekenfondspatiënten, omdat een groot deel van de particuliere verzekeringsmaatschappijen de 1-septembermaatregel heeft overgenomen en binnen LINH onbekend is bij welke verzekeraar een patiënt is verzekerd.

De berekeningen zijn steeds gebaseerd op praktijken die tijdens de onderzochte periode volledig geregistreerd hebben en waarvan de praktijkpopulatie bekend is. Hierdoor zijn de gegevens over het laatste kwartaal van 1998 gebaseerd op 73 praktijken en een populatie van 173.499 ziekenfondspatiënten, en in het laatste kwartaal van 1999 op een populatie van 175.237 ziekenfondspatiënten. De gegevens over heel 1998 en 1999 zijn gebaseerd op 67 praktijken en respectievelijk 159.921 en 162.031 ziekenfondspatiënten.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn steeds de aantallen voorschriften per 1000 ingeschreven ziekenfondspatiënten berekend. Deze aantallen zijn berekend door het aantal voorschriften (van bijvoorbeeld het aantal zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik onder ziekenfondspatiënten in de periode oktober t/m december '99) te delen door de patiëntenpopulatie (de totale populatie van ziekenfondspatiënten in de periode oktober t/m december '99) en dit getal te vermenigvuldigen met 1000. De eenheid van analyse is het voorschrift van een geneesmiddel; indien de huisarts aan dezelfde patiënt meerdere geneesmiddelen heeft voorgeschreven, is elk geneesmiddel afzonderlijk meegenomen in de analyse.

Aantallen voorschriften

Voor het beantwoorden van vraagstelling 2a, zijn gegevens over het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik over het laatste kwartaal van 1998 (voor de maatregel) vergeleken met de gegevens over het laatste kwartaal van 1999 (na de maatregel). De gegevens zijn apart voor mannen, vrouwen en verschillende leeftijdscategorieën berekend. Het verschil in het aantal zelfzorgmiddelen per 1000 patiënten tussen het laatste kwartaal van 1998 en het laatste kwartaal van 1999, is ook per praktijk berekend. Van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik zijn de absolute aantallen over het laatste kwartaal van 1998 en 1999 berekend. Op basis van het Farmacotherapeutisch Kompas 1999 zijn de indicaties bij deze tien zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik bepaald.

Tevens zijn de indicaties bij de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik in het laatste kwartaal van 1998 en het laatste kwartaal van 1999 beschreven aan de hand van de ICPC-codes bij deze middelen. (Vanwege de kleine aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik, was het niet mogelijk om de ICPC-codes bij de zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik te beschrijven). Hierbij zijn alleen praktijken geselecteerd die de ICPC-code volledig registreren,

(deze praktijken gebruiken het computerprogramma MacHIS). In totaal zijn van tien praktijken met 15.305 ziekenfondspatiënten in 1998 en 15.784 ziekenfondspatiënten in 1999, de indicaties aan de hand van ICPC-codes beschreven.

Het aantal zelfzorgmiddelen is berekend op basis van de Generieke Productcode. Bij 20% van het aantal voorschriften in het laatste kwartaal van 1998 en bij 27% van het aantal voorschriften bij ziekenfondspatiënten in het laatste kwartaal van 1999, is de Generieke Productcode onbekend. Bij de berekening van het aantal zelfzorgmiddelen, zijn deze voorschriften buiten beschouwing gelaten. Hierdoor zijn de berekende aantallen zelfzorgmiddelen per 1000 patiënten, een mogelijke onderschatting van de werkelijke aantallen. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat deze onderschatting effect heeft op de gevonden verschillcores. Met andere woorden: hierdoor veranderen de conclusies niet.

Substitutie

Vraagstelling 2b heeft betrekking op substitutie van zelfzorgmiddelen. Mogelijke substitutiemiddelen zijn gedefinieerd als WTG-middelen met dezelfde werkzame stof (dat wil zeggen dezelfde ATC-code) als de zelfzorgmiddelen, maar in een andere toedieningsvorm of sterkte. Deze middelen worden vergoed door de zorgverzekeraars. Voor het beantwoorden van vraagstelling 2b zijn gegevens over het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen over het laatste kwartaal van 1998 vergeleken met de gegevens over het laatste kwartaal van 1999. De gegevens zijn apart voor mannen, vrouwen en verschillende leeftijdscategorieën berekend. Tevens is het aantal zelfzorgmiddelen, mogelijke substitutiemiddelen, WTG-middelen en alle middelen per 1000 patiënten berekend over alle maanden van 1998 en 1999.

Evenals bij de zelfzorgmiddelen is het denkbaar dat het berekende aantal afwijkt van het werkelijk aantal mogelijke substitutiemiddelen. Enerzijds kan de mogelijke onderschatting van het aantal zelfzorgmiddelen leiden tot een overschatting van het aantal mogelijke substitutiemiddelen. Anderzijds kan ontbrekende informatie over de vergoeding van een geneesmiddel (deze informatie ontbreekt bij 15% van het aantal voorschriften in het laatste kwartaal van 1998 en bij 23% van het aantal voorschriften bij ziekenfondspatiënten in het laatste kwartaal van 1999) leiden tot een onderschatting van het aantal mogelijke substitutiemiddelen. Ook bij deze berekeningen is er geen reden om te veronderstellen dat hierdoor de conclusies, die gebaseerd zijn op verschillcores, zouden veranderen.

Ook is per indicatiegroep nagegaan in hoeverre substitutie heeft plaatsgevonden. Deze analyses hebben plaatsgevonden bij praktijken waar de indicaties vrijwel volledig bekend waren (de eerder genoemde groep MacHIS-praktijken). De analyse kent twee stappen. Ten behoeve van vraagstelling 2a is bekend bij welke specifieke indicaties veel zelfzorgmiddelen worden voorgeschreven. Voor die indicaties waar dit getalsmatig zinvol was, is vervolgens nagegaan of er een verschuiving is opgetreden naar andere middelen die wel worden vergoed.

Chronische patiënten

Voor het beantwoorden van vraagstelling 2c, is een groep patiënten met een chronische aandoening en een groep chronische gebruikers gedefinieerd. De groep patiënten met een chronische aandoening is geselecteerd op basis van een lijst van aandoeningen die per definitie als chronisch kunnen worden beschouwd (chronische aandoeningen die op dit moment niet zijn te genezen) van de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995). Deze lijst bestaat uit ICD-10 codes. Omdat in LINH met ICPC-codes wordt gewerkt, zijn de ICD-10 codes omgecodeerd naar ICPC-codes. Als een patiënt tijdens een jaar bij een voorschrift of een verwijzing een ICPC-code voor een chronische aandoening toegekend heeft gekregen, is deze patiënt ingedeeld in de groep patiënten met een chronische aandoening.

Van deze patiënten kan met zekerheid worden gesteld dat zij een chronische aandoening hebben. Het op deze manier berekende aantal patiënten is echter een onderschatting van het werkelijk aantal patiënten met een chronische aandoening. Slechts een beperkt aantal LINH-

huisartsen registreert immers een ICPC-code bij een voorschrift. Dit is deels ondervangen door ook ICPC-codes bij verwijzingen mee te tellen. Deze verwijzingen geven echter ook geen volledig beeld van het aantal patiënten met een chronische aandoening, omdat niet alle patiënten met een chronische aandoening door de huisarts verwezen worden. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat hierdoor de conclusies, die gebaseerd zijn op verschilscores, zouden veranderen.

De groep chronische gebruikers is geselecteerd aan de hand van informatie over de DDD van een geneesmiddel en het aantal voorgeschreven eenheden. Op basis van deze informatie is het aantal dagen geschat dat een geneesmiddel is voorgeschreven. Als een patiënt in een jaar tijd meer dan drie maanden (dat wil zeggen meer dan 90 DDD's) een middel voorgeschreven heeft gekregen, is deze patiënt ingedeeld in de groep chronische gebruikers.

Bij een aantal huisartspraktijken bleek de informatie over het aantal voorgeschreven eenheden onbruikbaar. Deze praktijken zijn niet meegeteld bij het berekenen van de aantallen onder de groep chronische gebruikers. Hierdoor zijn de gegevens over het laatste kwartaal van 1998 en 1999 gebaseerd op respectievelijk 49 en 66 praktijken en 111.905 en 141.467 ziekenfondspatiënten. Verder zijn de berekende aantallen zelfzorgmiddelen en substitutiemiddelen onder chronische gebruikers een kleine onderschatting van de werkelijke aantallen. Voorschriften waarbij informatie ontbrak over de DDD van het geneesmiddel of het aantal voorgeschreven eenheden, zijn namelijk niet meegeteld. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat deze onderschatting effect heeft op de gevonden verschilscores. Van alle voorschriften van geneesmiddelen van patiënten met een chronische aandoening zijn gegevens over het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik over het laatste kwartaal van 1998 vergeleken met de gegevens over het laatste kwartaal van 1999. Ook zijn gegevens over het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen over het laatste kwartaal van 1998 vergeleken met de gegevens over het laatste kwartaal van 1999. Dezelfde analyses zijn uitgevoerd bij alle voorschriften van geneesmiddelen van chronische gebruikers.

2.4 Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)

Een voorwaarde van de 1-septembermaatregel is dat chronisch zieken ontzien worden. Op basis van secundaire analyses van gegevens van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) is nagegaan in hoeverre de uitgaven voor geneesmiddelen (zowel op recept als niet op recept) voor ziekenfondsverzekerde chronisch zieken zijn gestegen in 1999 ten opzichte van 1998. Tevens is nagegaan in hoeverre dit samenhangt met de inkomensituatie van de chronisch zieken.

Het PPCZ is een panel van chronisch zieken waarbij periodiek door schriftelijke en mondelinge enquêtering gegevens worden verzameld (zie bijlage 2). Het al dan niet hebben van een chronische aandoening is op basis van medisch bevestigde diagnoses (door de huisarts) vastgesteld. Jaarlijks worden de chronisch zieken gevraagd naar het gebruik en de kosten die zij hebben gemaakt voor geneesmiddelen, zowel de kosten van op recept verkregen als de kosten van niet op recept verkregen geneesmiddelen. Daarnaast zijn achtergrondkenmerken van de patiënten, zoals het inkomen, bekend.

De huisartspraktijken, waaruit de chronisch zieken afkomstig zijn, vertonen een geringe afwijking naar regio en urbanisatiegraad van de vestigingsplaats ten opzichte van de patiëntenpopulatie van huisartspraktijken in Nederland. Daarom worden de gegevens van de panelleden hiervoor gecorrigeerd door middel van poststratificatie. Daarmee kunnen landelijk representatieve cijfers gepresenteerd worden.

Voor beantwoording van de derde onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van de gegevens van de voorjaarspeiling van 1999 en die van 2000. Het gaat hierbij om de gegevens over respectievelijk 1998 en 1999.

Er is nagegaan wat er tussen 1998 en 1999 veranderd is in het gebruik van medicijnen en in de gemaakte kosten voor medicijnen. Daarbij is steeds een onderscheid gemaakt naar medicijnen die op recept verstrekt worden en medicijnen die zonder recept verstrekt worden. De analyses zijn gebaseerd op de gegevens van 1013 chronisch zieken die ziekenfondsverzekerd zijn en die in beide jaren aan de peiling hebben meegewerkt.

Ten eerste is berekend hoeveel procent van de chronisch zieken geneesmiddelen met recept en geneesmiddelen zonder recept gebruikten. Ten tweede is geanalyseerd hoeveel chronisch zieken kosten hebben gemaakt voor medicijnen op recept en voor medicijnen die zonder recept verstrekt worden en hoe hoog deze kosten zijn. Beide (gebruik en kosten) zijn berekend voor alle ziekenfondsverzekerde chronisch zieken, per inkomensklasse van de chronische zieke in 1999 en naar de mate van intermitterend zijn van de aandoening. Het gebruik is ook nog apart bekeken voor een aantal zelfzorgmiddelen.

Er is naar het gebruik per inkomensklasse gekeken, omdat lage inkomensgroepen als gevolg van de kosten die de zelfzorgmiddelen met zich meebrengen mogelijk afzien van gebruik. Bij het berekenen van het gebruik van geneesmiddelen per inkomensklasse, zijn de netto maandinkomen van de huishoudens van de chronisch zieken in drie categorieën ingedeeld. Chronisch zieken met een netto maandinkomen van het huishouden lager dan f 2.018,00 werden ingedeeld in de inkomenscategorie 'onder het sociaal minimum', met een inkomen tussen f 2.018,00 en f 3.845,00 werden ingedeeld in de categorie 'tussen sociaal minimum en de ziekenfondsgrens' en chronisch zieken met een inkomen hoger dan f 3.845,00 werden ingedeeld in de categorie 'boven de ziekenfondsgrens'. Hierbij dient opgemerkt te worden dat bij de chronisch zieken die ingedeeld zijn in de laatste inkomenscategorie het netto maandinkomen van het *huishouden* boven de ziekenfondsgrens ligt, maar dat de chronisch zieke zelf ziekenfondsverzekerd is.

Ook is een uitsplitsing gemaakt naar de mate dat de huisarts de aandoening van de betreffende patiënt intermitterend acht. Hier is naar gekeken, omdat er signalen zijn dat juist patiënten die intermitterend geneesmiddelen nodig hebben het slachtoffer zijn van de 1-septembermaatregel. Nu moet intermitterend gebruik van geneesmiddelen niet verward worden met intermitterend karakter van de aandoening. Een aandoening die intermitterend is hoeft nog geen intermitterend gebruik van geneesmiddelen te impliceren (denk aan astma, ziekte van Crohn). Aan de andere kant zal een aandoening die niet intermitterend is in de regel geen intermitterend gebruik van geneesmiddelen met zich meebrengen. Met andere woorden de groep intermitterende geneesmiddelengebruikers moet gezocht worden in de groep met een intermitterende aandoening. De uitsplitsing naar intermitterend karakter van de aandoening zal daarom een indicatie kunnen geven of intermitterende geneesmiddelengebruikers extra zwaar zijn getroffen.

2.5 Opbouw rapport

In de volgende hoofdstukken worden de resultaten beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de uitkomsten van de interviews onder zorgverzekeraars over problemen rond de uitvoering van de maatregel. De effecten op het voorschrijfgedrag van huisartsen op basis van gegevens uit LINH komen aan de orde in hoofdstuk 4.

In hoofdstuk 5 worden de effecten op het gebruik en de kosten van medicijnen voor chronische zieken beschreven. Ten slotte komen in hoofdstuk 6 de conclusies aan de orde.

3 UITVOERINGSTECHNISCHE CONSEQUENTIES VAN DE 1-SEPTEMBERMAATREGEL

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitvoeringstechnische consequenties van de 1-septembermaatregel. Deze maatregel, waarbij kortdurend gebruik van zelfzorgmiddelen van ziekenfondsvergoeding wordt uitgesloten, is per 1 september 1999 in werking getreden. In dit hoofdstuk zal allereerst gekeken worden naar problemen rond de invoering van de 1-septembermaatregel (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3 komt de uitvoering van de 1-septembermaatregel aan bod. Hier zal ingegaan worden op de consequenties van de 1-septembermaatregel voor de betrokken partijen, de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraars en de problemen rond de uitvoering van de 1-septembermaatregel. In paragraaf 3.4 worden de oordelen van de zorgverzekeraars over de 1-septembermaatregel beschreven.

De resultaten zijn afkomstig uit interviews met tien zorgverzekeraars. Er werd gebruik gemaakt van een interviewprotocol (zie bijlage 4). Het interviewprotocol bestaat uit open vragen. Dit betekent dat de antwoorden die door de respondenten gegeven werden, spontaan genoemd zijn. Als een respondent bijvoorbeeld een bepaald probleem noemde en een andere respondent niet, dan betekent dit niet dat het probleem bij de andere respondent niet speelt. Het is door deze respondent alleen niet genoemd. Tussen haakjes staat het aantal zorgverzekeraars dat het betreffende antwoord gegeven heeft.

3.2 Invoering van de 1-septembermaatregel

In deze paragraaf wordt ingegaan op de invoering van de 1-septembermaatregel. Bij negen van de tien geïnterviewde zorgverzekeraars zijn zowel ziekenfondswet-gerechtigden als particulieren verzekerd. Bij zes zorgverzekeraars heeft de 1-septembermaatregel voor alle verzekerden, zowel ziekenfonds als particulier, dezelfde consequenties. Eén respondent had geen zicht op de invloed van de 1-septembermaatregel op de particuliere verzekering, bij één zorgverzekeraar zijn zelfzorgmiddelen opgenomen in de aanvullende verzekering van de particuliere verzekering en bij één zorgverzekeraar heeft de 1-septembermaatregel geen invloed op de particuliere verzekering.

3.2.1 Problemen rond de invoering van de 1-septembermaatregel

Tijdens de interviews is gevraagd welke problemen zich hebben voorgedaan rond de invoering van de 1-septembermaatregel. De problemen die het vaakst werden genoemd staan in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Problemen rond de invoering van de 1-septembermaatregel (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Slechte informatievoorziening	6
informatie was onduidelijk	4
interpretatie van de maatregel	3
voorschrijvers en afleveraars werden geïnformeerd, zorgverzekeraars niet	2
Basis voor maatregel was niet goed	2
belanghebbenden hadden bij de voorbereiding betrokken moeten zijn	1
belanghebbenden stonden niet achter maatregel	1
Aanpassen van computersysteem	3
Geen problemen	1

Volgens zes zorgverzekeraars was de informatievoorziening rond de 1-septembermaatregel niet optimaal. Voorschrijvers en aflevereers zijn door het ministerie van VWS persoonlijk over de maatregel geïnformeerd, de zorgverzekeraars echter niet (2). Zij werden al door voorschrijvers en aflevereers over de maatregel benaderd voordat zij ervan op de hoogte waren gebracht. Er is over de maatregel geïnformeerd, maar de informatie was niet altijd duidelijk (4) of was summier en onvolledig (1) en bovendien volgde er informatie op informatie (2) en werd de maatregel op het laatste moment nog aangepast (1). Dit leidde tot onduidelijkheden. Bovendien was niet duidelijk hoe de 1-septembermaatregel en de 15-dagenregeling geïnterpreteerd moesten worden (3) en hoe met eigen bereidingen van apotheken (magistrale bereidingen) omgegaan moest worden (2). Eén zorgverzekeraar is van mening dat de regeling rond magistrale bereidingen de regelgeving omzeilt en in strijd is met de wet. Magistrale receptuur die naast middelen die sinds 1 september 1999 niet meer vergoed worden, ook vergoedbare middelen bevat, wordt namelijk wel vergoed. Daarnaast is volgens zorgverzekeraars de basis voor de 1-septembermaatregel niet goed geweest. Eén van de zorgverzekeraars is namelijk van mening dat belanghebbenden betrokken hadden moeten worden bij de voorbereidingen voor de maatregel en dat de maatregel getoetst had moeten worden in het veld. Volgens de andere zorgverzekeraar stonden belanghebbenden zoals voorschrijvers niet achter de maatregel en was er daardoor geen goede basis om de maatregel in te voeren. Een correcte uitvoering van de maatregel is namelijk afhankelijk van hoe voorschrijvers er mee omgaan. Drie zorgverzekeraars hebben het aanpassen van het computersysteem als een probleem ervaren. Bij twee zorgverzekeraars kon het systeem waarmee gewerkt werd niet vóór de invoering van de maatregel aangepast worden. Eén van deze zorgverzekeraars wilde het systeem aanpassen om de maatregel te kunnen controleren maar dat was niet op korte termijn te realiseren. De andere zorgverzekeraar gaf aan dat chronisch gebruik ('c.g.') aangegeven zou moeten worden op de elektronische declaratie van aflevereers, zodat zorgverzekeraars kunnen controleren op 'c.g.'. Aflevereers werken echter met een landelijk systeem waardoor dit niet eenvoudig is aan te passen. De derde zorgverzekeraar, die het systeem wel heeft aangepast, heeft het ontwikkelen van een (selectie)programma voor het computersysteem als een probleem ervaren. Ten slotte heeft één zorgverzekeraar aangegeven geen problemen te hebben ervaren bij de invoering van de 1-septembermaatregel.

3.3 Uitvoering van de 1-septembermaatregel

Deze paragraaf gaat over de uitvoering van de 1-septembermaatregel. In deze paragraaf wordt ingegaan op de consequenties die de 1-septembermaatregel, volgens de zorgverzekeraars, heeft voor voorschrijvers, aflevereers en zorgverzekeraars (paragraaf 3.3.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.3.2 ingegaan op de controlemogelijkheden van zorgverzekeraars op het naleven van de 1-septembermaatregel en in paragraaf 3.3.3 worden de problemen van voorschrijvers, aflevereers, specifieke categorieën patiënten en de problemen bij specifieke middelen beschreven.

3.3.1 Consequenties van de 1-septembermaatregel

De invoering van de 1-septembermaatregel heeft voor de betrokkenen verschillende consequenties gehad. In tabel 3.2 worden de belangrijkste consequenties voor voorschrijvers, voor aflevereers en voor zorgverzekeraars weergegeven. Het gaat hierbij om de perceptie van de zorgverzekeraars.

Consequenties voor voorschrijvers

Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft aan dat de belangrijkste consequentie voor voorschrijvers is dat zij bij recepten voor zelfzorgmiddelen na moeten gaan of er sprake is van chronisch gebruik en als dat het geval is, moet er 'c.g.' (chronisch gebruik) op het recept aangegeven worden (7).

Drie zorgverzekeraars zijn van mening dat voorschrijvers door de 1-septembermaatregel vaker in discussie raken met patiënten. Voorschrijvers vertellen hun patiënten namelijk dat een recept voor een zelfzorgmiddel dat niet voor chronisch gebruik is, niet meer vergoed wordt. Patiënten begrijpen vaak niet dat middelen die ze voorheen vergoed kregen na de invoering van de maatregel niet meer vergoed worden of dat ze de ene keer wel vergoed worden en de andere keer niet. Hierdoor ontstaan discussies tussen voorschrijver en patiënt. Dit kost de voorschrijver extra tijd en leidt tot irritaties. Het vermoeden bestaat dat voorschrijvers zelfzorgmiddelen voorschrijven die wel vergoed worden (3) en onterecht 'c.g.' op een recept schrijven (2) om discussies en problemen met patiënten te voorkomen. De indruk bestaat dat sommige voorschrijvers standaard c.g op recepten voor zelfzorgmiddelen schrijven of dat ze het er juist nooit op schrijven.

Tabel 3.2 Consequenties van en werkzaamheden ten behoeve van de 1-septembermaatregel (n=10) (meerdere antwoorden mogelijk)

<i>Voor voorschrijvers</i>	
nagaan of er sprake is van 'c.g.' en 'c.g.' aangeven op recept	7
discussie met patiënt	3
<i>Voor afleveraars</i>	
bij zelfzorgmiddelen nagaan of het voor chronisch gebruik is	4
patiënt erop wijzen dat zelfzorgmiddelen voor niet chronisch gebruik niet vergoed worden	4
discussie met patiënt	2
<i>Voor zorgverzekeraars</i>	
moet controleren of maatregel wordt nageleefd	6
informereren van betrokkenen	8
informereren van afleveraars	7
informereren van voorschrijvers	6
informereren van eigen personeel	5
informereren van verzekerden	2
toename van aantal papieren nota's	4
aanpassen computersysteem	3
weinig veranderd	2

Consequenties voor afleveraars

Afleveraars moeten bij recepten voor zelfzorgmiddelen nagaan of het een recept voor chronisch gebruik is (4) en of de 15-dagenregeling van toepassing is (1). Als het namelijk een recept voor chronisch gebruik is en de eerste 15 dagen zijn reeds betaald dan kan het recept bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden. In de andere gevallen moet de patiënt de medicatie zelf betalen. De afleveraar moet de patiënt uitleg geven over de 1-septembermaatregel en erop wijzen dat recepten voor zelfzorgmiddelen, die niet chronisch gebruikt worden, niet meer vergoed worden (4). Dit kan tot discussies leiden met patiënten (2).

Consequenties voor zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren of de 1-septembermaatregel wordt nageleefd (6). Vijf zorgverzekeraars geven aan dat zij moeten controleren of er 'c.g.' is aangegeven op de recepten voor zelfzorgmiddelen die bij hen gedeclareerd worden. In paragraaf 3.3.2 wordt verder ingegaan op de controlemogelijkheden van zorgverzekeraars, de manier waarop dat mogelijk is en in hoeverre dat in de praktijk gedaan wordt.

Eén van de werkzaamheden die zorgverzekeraars hebben verricht ten behoeve van de invoering van de 1-septembermaatregel is dat zij degenen die met de maatregel te maken zouden krijgen hierover geïnformeerd hebben (8). Zeven zorgverzekeraars hebben de afleveraars over de maatregel geïnformeerd en uitleg gegeven over hoe zij de maatregel interpreteren, zes zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de voorschrijvers over de maatregel hebben geïnformeerd, vijf

zorgverzekeraars geven aan het eigen personeel te hebben geïnformeerd en twee zorgverzekeraars zeggen de verzekerden te hebben geïnformeerd over de maatregel door een artikel te plaatsen in een door hen uitgebrachte (informatie)krant.

Verder zijn er vier zorgverzekeraars die aangeven dat het aantal papieren nota's dat bij hen gedeclareerd wordt, is toegenomen. Patiënten die een recept voor een zelfzorgmiddelen zelf hebben moeten betalen proberen het alsnog vergoed te krijgen door de rekening op te sturen naar de zorgverzekeraar. Bij drie zorgverzekeraars worden deze nota's handmatig gecontroleerd en verwerkt. Eén zorgverzekeraar heeft dit in eerste instantie ook gedaan, maar het bleek dat dit veel tijd en extra menskracht kostte waarna besloten is om de papieren nota's standaard af te wijzen en om te controleren als het 'piep-systeem' in werking treedt, dat wil zeggen als een verzekerde opnieuw aangeeft dat hij het er niet mee eens is dat hij een recept niet vergoed krijgt.

De respondenten van drie zorgverzekeraars geven aan dat hun computersysteem aangepast is. Bij twee zorgverzekeraars is het op zo'n manier aangepast dat het systeem een signaal geeft als het om een declaratie van een zelfzorgmiddel gaat. Bij één zorgverzekeraar is er een selectieprogramma ontwikkeld zodat gegevens van verschillende niveaus met elkaar in verband gebracht kunnen worden ten behoeve van het controleren van de maatregel.

Tenslotte geven twee zorgverzekeraars aan dat er door de invoering van de 1-septembermaatregel wel wat is veranderd, maar dat het voor de zorgverzekeraar geen vergaande consequenties heeft gehad en dat men zich nog steeds voornamelijk bezig houdt met het betalen van declaraties.

3.3.2 Controlemogelijkheden van zorgverzekeraars

Eén van de taken van zorgverzekeraars is om te controleren of de 1-septembermaatregel wordt nageleefd. Tijdens de interviews is aan de respondenten gevraagd of het mogelijk is om de maatregel te controleren. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de controlemogelijkheden van zorgverzekeraars op het naleven van de 1-septembermaatregel en het toepassen van de 15-dagenregeling. Tabel 3.4 laat zien op welke manier volgens de zorgverzekeraars de maatregel gecontroleerd kan worden en in hoeverre dat in de praktijk gedaan wordt.

Tabel 3.3 Controlemogelijkheden van zorgverzekeraars (n=10)

<i>1-septembermaatregel (c.g.' op recepten)</i>	
controle is mogelijk	10
controle is niet mogelijk	0
<i>Recept voor de eerste 15 dagen in rekening is gebracht</i>	
controle is mogelijk	6
controle is niet mogelijk	4
<i>Recept eerst intramuraal en daarna extramuraal verstrekt is</i>	
controle is mogelijk	1
controle is niet mogelijk	9
<i>Substitutie naar WTG-geneesmiddelen</i>	
controle is mogelijk	0
controle is niet mogelijk	10

Tabel 3.4 Controle-activiteiten die mogelijk zijn en de mate waarin ze in de praktijk worden uitgevoerd (n=10)

<i>1-septembermaatregel ('c.g.' op recepten)</i>	
door steekproefsgewijs opvragen en inzien van recepten	10
controle wordt uitgevoerd	5
controle wordt niet uitgevoerd	5
<i>Recept voor de eerste 15 dagen in rekening is gebracht</i>	
door recept voor de eerste 15 dagen op te vragen	3
controle wordt uitgevoerd	1
controle wordt niet uitgevoerd	2
door gegevensbestand van de afleveraar na te gaan	1
controle wordt niet uitgevoerd	1
<i>Recept eerst intramuraal en daarna extramuraal verstrekt is</i>	
door inzage in ziekenhuisdossier of ontslagbrief	1
controle wordt niet uitgevoerd	1
<i>Substitutie naar WTG-geneesmiddelen</i>	
controle is niet mogelijk, onderzoek is wel mogelijk	7
onderzoek wordt gedaan	1

Uit tabel 3.3 blijkt dat alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat het in principe mogelijk is om te controleren of er 'c.g.' op de recepten voor zelfzorgmiddelen staat die bij hen gedeclareerd worden. Zorgverzekeraars ontvangen echter alleen de rekening van middelen die door de afleveraar verstrekt zijn. Het recept krijgen ze niet zien. Zorgverzekeraars kunnen dus niet direct controleren of er 'c.g.' op de recepten staat. Daarvoor moeten ze recepten opvragen bij de afleveraar en nagaan of daar 'c.g.' op staat. De helft van de geïnterviewde zorgverzekeraars doet dit door steekproefsgewijs recepten op te vragen en in de reguliere controle te controleren of de maatregel wordt nageleefd (tabel 3.4). Drie van deze zorgverzekeraars die op 'c.g.' controleren, gaan niet na of het terecht is dat er 'c.g.' op de recepten staat. Van de overige twee zorgverzekeraars die wel op 'c.g.' controleren, is niet bekend of er nagegaan wordt of het terecht is dat er 'c.g.' op het recept staat. De vijf andere zorgverzekeraars controleren er nog niet op, bij drie van deze zorgverzekeraars staat het wel op de planning om dit in de nabije toekomst te gaan doen.

Het aangeven van 'c.g.' op de recepten voor zelfzorgmiddelen is slechts een van de aspecten van de 1-septembermaatregel. Hieronder wordt aangegeven in hoeverre het mogelijk is om te controleren op andere onderdelen van de 1-septembermaatregel.

Controle of recept voor de eerste 15 dagen in rekening is gebracht bij de patiënt

Bij het merendeel van de zorgverzekeraars is men van mening dat het mogelijk is om te controleren of het recept voor de eerste 15 dagen in rekening is gebracht bij de verzekerde (6). Zorgverzekeraars hebben daar niet direct zicht op, omdat een recept voor de eerste 15 dagen door de patiënt zelf betaald wordt en de zorgverzekeraar de rekening hiervan niet te zien krijgt. Zorgverzekeraars kunnen toch op twee manieren controleren, namelijk door het opvragen van het recept voor de eerste 15 dagen (3) en door het napluizen van het gegevensbestand van de afleveraar om na te gaan of er een recept is geweest voor de eerste 15 dagen of dat er een eerder recept is geweest voor chronisch gebruik (1). De afleveraar heeft echter niet altijd een compleet medisch overzicht van een patiënt. Een patiënt kan namelijk ook medicatie verkregen hebben via een andere apotheek. Slechts één zorgverzekeraar vraagt het recept voor de eerste 15 dagen op. Het napluizen van het gegevensbestand van de afleveraar wordt in de praktijk niet gedaan.

Controle of een recept eerst intramuraal verstrekt is geweest en daarna extramuraal

De meeste zorgverzekeraars zijn van mening dat het niet mogelijk is om na te gaan of een recept intramuraal verstrekt is geweest (9). Zorgverzekeraars en afleveraars hebben geen zicht op de middelen die intramuraal verstrekt worden. Deze middelen worden namelijk niet bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, omdat ze tot het ziekenhuisbudget behoren.

Volgens één zorgverzekeraar is het mogelijk om na te gaan wat er intramuraal verstrekt is door inzage in het ziekenhuisdossier of door inzage in de ontslagbrief aan de huisarts. De zorgverzekeraar heeft wel het recht om inzage te vragen, maar in de praktijk wordt het niet gedaan.

Controle op substitutie naar WTG-middelen

Controle op substitutie naar WTG-middelen is volgens alle zorgverzekeraars niet mogelijk. Zeven zorgverzekeraars geven aan dat het wel mogelijk is om daar onderzoek naar te doen. Op die manier kan een beeld gevormd worden van de veranderingen die zich als gevolg van de 1-septembermaatregel hebben voorgedaan in de middelen die worden voorgeschreven. Het is echter moeilijk na te gaan of een verandering het gevolg is van de invoering van de 1-septembermaatregel of dat (ook) andere factoren hierop van invloed zijn. Bovendien is het niet mogelijk om voorschrijvers op een verandering aan te spreken, omdat niet bekend is in hoeverre de verschuiving in het voorschrijven van WTG-middelen terecht dan wel onterecht is. Slechts één zorgverzekeraar doet onderzoek naar substitutie-effecten.

3.3.3 Problemen rond de uitvoering van de 1-septembermaatregel

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens aangegeven welke problemen er zich volgens de zorgverzekeraars voordoen bij voorschrijvers, afleveraars, specifieke categorieën patiënten en specifieke middelen.

Specifieke uitvoeringsproblemen bij voorschrijvers

In tabel 3.5 wordt een overzicht gegeven van de specifieke uitvoeringsproblemen bij voorschrijvers.

Volgens de meeste zorgverzekeraars heeft het onderscheid dat voorschrijvers moeten maken tussen chronisch gebruik en chronische aandoening niet tot problemen geleid (7). Bij drie zorgverzekeraars is niet bekend of het tot problemen geleid heeft. De zorgverzekeraars die aangeven dat het maken van het onderscheid niet tot problemen leidt geven aan dat de 15-dagenregeling ook geen problemen geeft. Bij twee zorgverzekeraars weet men niet of de 15-dagenregeling tot problemen leidt. Volgens één zorgverzekeraar heeft de 15-dagenregeling wel tot onduidelijkheden/problemen bij voorschrijvers geleid. Dit blijkt uit de telefonisch contacten die men daarover had met voorschrijvers.

Vijf zorgverzekeraars hebben geen signalen van voorschrijvers ontvangen over problemen rond de 1-septembermaatregel. Twee zorgverzekeraars hebben wel vragen over de 1-septembermaatregel gehad.

Tabel 3.5 Specifieke uitvoeringsproblemen bij voorschrijvers (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Onderscheid tussen chronisch gebruik en chronische aandoening leidt niet tot problemen	7
Onbekend of onderscheid tot problemen leidt	3
15-dagenregeling leidt niet tot problemen	7
15-dagenregeling leidt wel tot problemen	1
Onbekend of 15-dagenregeling tot problemen leidt	2
Zorgverzekeraar krijgt vragen over de 1-septembermaatregel	2
Geen signalen over problemen	5

Specifieke uitvoeringsproblemen bij afleveraars

Tabel 3.6 laat de specifieke uitvoeringsproblemen zien die zich volgens de zorgverzekeraars voordoen bij afleveraars.

Volgens de helft van de zorgverzekeraars is het voor afleveraars niet altijd mogelijk om de uitvoering van de 1-septembermaatregel te controleren (5). Afleveraars hebben er geen zicht op of een eerste recept intramuraal of door een andere apotheek verstrekt is. Hierdoor is het niet mogelijk om de toepassing van de 15-dagenregeling te controleren en om na te gaan of de 1-septembermaatregel wordt nageleefd.

Een ander probleem volgens de zorgverzekeraars is dat het informeren van patiënten over de 1-septembermaatregel en de discussies die hierover ontstaan met patiënten, extra inspanning vraagt van de afleveraars (6). Verder zijn huisartsen niet altijd duidelijk in het aangeven van 'c.g.' op het recept (3). Het komt namelijk voor dat afleveraars een recept voor een zelfzorgmiddel krijgen waar geen 'c.g.' op aangegeven is terwijl de afleveraar wel het vermoeden heeft dat het voor chronisch gebruik bedoeld is. De afleveraar moet dan nagaan (door bijvoorbeeld contact op te nemen met de huisarts) of het niet toch een recept voor chronisch gebruik is. Ook dit vraagt extra inspanning van de afleveraar. Bovendien komt het voor dat huisartsen standaard 'c.g.' op een recept voor zelfzorgmiddelen zetten, dat er standaard 'c.g.' staat afgedrukt, of dat 'c.g.' ja/nee staat afgedrukt maar dat er niets is omcirkeld. Het probleem van de huisarts, namelijk aangeven of het wel of geen recept voor chronisch gebruik is, verschuift hierdoor naar de afleveraar. De afleveraar bevindt zich op een beslismoment en moet beslissen of de medicatie bij de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden of dat er met de patiënt afgerekend moet worden (2). Daarvoor moet duidelijk zijn of het een recept voor chronisch gebruik is of niet.

Daarnaast is het voor afleveraars niet duidelijk hoe er met magistrale receptuur omgegaan moet worden (3).

Ten slotte hebben vijf zorgverzekeraars aangegeven dat ze weinig reacties van afleveraars hebben gehad over problemen rond de 1-septembermaatregel.

Tabel 3.6 Specifieke uitvoeringsproblemen bij afleveraars (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Controle van de uitvoering van de 1-septembermaatregel is niet altijd mogelijk	5
Informeren van en discussies met patiënten vragen extra inspanning	6
Huisartsen niet altijd duidelijk in het aangeven van 'c.g.' op recepten	3
Afleveraar op beslismoment, moet patiënt betalen of zorgverzekeraar	2
Onduidelijkheid over magistrale receptuur	3
Weinig reacties/signalen van afleveraars over problemen	5

Problemen bij specifieke categorieën patiënten

De zorgverzekeraars is ook gevraagd naar problemen die zich bij specifieke categorieën patiënten voordoen. In tabel 3.7 worden de categorieën patiënten genoemd die volgens de zorgverzekeraars door de maatregel getroffen zijn en wordt aangegeven welke klachten zorgverzekeraars van patiënten krijgen en hoe daar mee omgegaan wordt.

Tabel 3.7 Problemen bij specifieke categorieën patiënten (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Onbekend welke categorieën patiënten vooral met de maatregel te maken hebben gekregen	6
<i>Categorieën patiënten die door de maatregel getroffen worden</i>	
Patiënten met een allergie	2
Patiënten met hooikoorts	1
Patiënten met een huidaandoening	1
Patiënten met een maag-/darmprobleem	1
Patiënten met een infectie	1
Patiënten die een middel de ene keer wel en de andere keer niet vergoed krijgen	2
<i>Klachten van patiënten</i>	
Klachten komen telefonisch, schriftelijk of via de balie binnen	8
Klacht is vaak gebrek aan informatie, wordt afgehandeld door uitleg over maatregel te geven	7
Brochure over de 1-septembermaatregel wordt verstrekt	3

Zes zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze er geen zicht op hebben welke categorieën patiënten in negatieve zin met de maatregel te maken hebben gekregen. Door de andere zorgverzekeraars worden verschillende categorieën patiënten genoemd. Volgens deze zorgverzekeraars worden patiënten met een allergie (2), hooikoorts (1), een huidaandoening (1), een maag-/darmprobleem (1) of een infectie (1) door de maatregel getroffen. Daarnaast worden volgens twee zorgverzekeraars de patiënten getroffen die een middel de ene keer wel vergoed krijgen en de andere keer niet. Dat kan voor hen erg verwarrend zijn. Dit is eigenlijk ook het probleem dat zich bij de patiënten met de hierboven genoemde aandoeningen voordoet. Geneesmiddelen voor deze aandoeningen zijn zelfzorgmiddelen geworden. Zelfzorgmiddelen voor niet chronisch gebruik worden niet meer vergoed. De bovengenoemde aandoeningen zijn vaak wel chronisch, maar het gebruik van de geneesmiddelen is niet altijd chronisch. Patiënten met deze aandoeningen gebruiken een middel de ene keer wel chronisch (langer dan drie maanden per jaar) en de andere keer niet. De ene keer wordt het dus wel vergoed en de andere keer niet.

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat de 'klachten' die ze binnen krijgen, meestal een vraag naar informatie zijn (7). Voor verzekerden is namelijk niet altijd duidelijk waarom een middel dat ze voorheen vergoed kregen nu niet meer vergoed wordt. De 'klacht' wordt dan afgehandeld door de verzekerde te informeren over de maatregel. Drie zorgverzekeraars geven aan dat zij tevens de brochure over de 1-septembermaatregel verstrekken.

Problemen bij specifieke middelen

In tabel 3.8 wordt aangegeven welke problemen zich bij specifieke middelen voordoen als gevolg van de invoering van de 1-septembermaatregel. Vanzelfsprekend hangt dit samen met de problemen die zich voordoen bij specifieke categorieën patiënten (tabel 3.7).

Vier zorgverzekeraars hebben geen zicht op problemen die zich bij specifieke middelen voordoen.

Volgens twee zorgverzekeraars is het een probleem dat vaak onduidelijk is voor welke periode middelen, zoals zalf en druppels, worden voorgeschreven. De ene patiënt kan een jaar met een tube zalf doen en de andere een maand. Dit is afhankelijk van hoe groot een wond/plek is en hoe dik de zalf erop gesmeerd wordt. Ook bij druppels is niet duidelijk voor hoelang ze voorgeschreven worden. Vaak is wel bekend hoe vaak en hoeveel druppels er gedruppeld moeten worden, maar dan is nog niet duidelijk hoelang daar mee gedaan kan worden (aantal druppels in het flesje is onbekend).

Verder bestaan er problemen rond de magistrale receptuur, omdat niet duidelijk is hoe daar mee omgegaan moet worden (3).

De zorgverzekeraars hebben verschillende middelen genoemd waarbij zich volgens hen problemen voordoen als gevolg van de invoering van de 1-septembermaatregel. Dit zijn de volgende middelen: maagmiddelen (1), laxantia (1), klyasma's (1) en pijnstillers (1). Het probleem dat zich voordoet bij maagmiddelen is dat maagmiddelen duur zijn. Er wordt gestimuleerd om bij maagproblemen te beginnen met antagel. Dit middel is echter een zelfzorgmiddel geworden dat niet meer vergoed wordt. Het probleem met laxantia en pijnstillers is dat er geen goede alternatieven voor bestaan.

Er hebben zich ook problemen voorgedaan met betrekking tot klyasma's. De klyasma's op de lijst van zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (lijst 1) worden niet vergoed en de klyasma's van de lijst van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (lijst 2) worden vergoed bij chronisch gebruik. Op een gegeven moment ontstonden er productieproblemen bij de fabrikant van de klyasma's van lijst 2, doordat huisartsen massaal overgingen op het voorschrijven van klyasma's van lijst 2. Eén zorgverzekeraar heeft toen besloten om tijdelijk, tot de productieproblemen opgelost waren, de klyasma's van lijst 1 te vergoeden. Daarnaast bleek ook dat de klyasma's van lijst 2 voor sommige patiënten niet effectief genoeg waren. Daarom worden incidenteel de klyasma's van lijst 1 door de zorgverzekeraar vergoed. Dit is tot nu toe bij ongeveer tien verzekerden gebeurd.

Ook bij twee andere middelen wordt in sommige gevallen een uitzondering gemaakt en wordt een middel toch vergoed (2). Een zorgverzekeraar vergoed bepaalde anti-herpes middelen. Herpes aandoeningen zijn divers van aard. Zowel een koortslip als gordelroos zijn herpes aandoeningen. Een koortslip is vrij onschuldig en daardoor zijn anti-herpesmiddelen door de 1-septembermaatregel zelfzorgmiddelen geworden en worden dus niet meer vergoed. Gordelroos is echter een vrij ernstige en vervelende aandoening en kan niet met een koortslip vergeleken worden. Daarom wordt er bij één zorgverzekeraar voor gordelroos een uitzondering gemaakt.

Een andere zorgverzekeraar maakt individuele uitzonderingen. Een zelfzorgmiddel wordt dan vergoed uit de aanvullende verzekering. Dit wordt met name voor vitaminepreparaten gedaan en voor patiënten die al hoge kosten hebben. De middelen worden dan vergoed om aan de patiënt tegemoet te komen. Uitzonderingen worden gemaakt op verzoek van de huisarts of naar aanleiding van klachten van de patiënt.

Tabel 3.8 Problemen bij specifieke middelen (n=10) (meerdere antwoorden mogelijk)

Onbekend bij welke specifieke middelen zich problemen voordoen	4
Onduidelijkheid voor welke periode middel is voorgeschreven (zalf, druppels)	2
Onduidelijkheid over magistrale receptuur	3
<i>Specifieke middelen waarbij zich problemen voordoen</i>	
Maagmiddelen	1
Laxantia	1
Klyasma's	1
Pijnstillers	1
<i>Middelen waarvoor uitzonderingen gemaakt worden</i>	
Klyasma's	1
Anti-herpesmiddelen	1
Vitaminepreparaten	1

3.4 Oordelen van de zorgverzekeraars over de 1-septembermaatregel

In deze paragraaf wordt ingegaan op de oordelen van de zorgverzekeraars over de 1-septembermaatregel. Het oordeel van de zorgverzekeraars kan van invloed zijn op de wijze waarop de maatregel wordt uitgevoerd. Tijdens de interviews kwamen de meningen van zorgverzekeraars

over de 1-septembermaatregel naar voren. In paragraaf 3.4.1 worden deze meningen beschreven. Verder is ook gevraagd of de maatregel volgens de zorgverzekeraars het gewenste effect zal hebben wat betreft lagere kosten en wat betreft het ontzien van patiënten met chronische klachten. Hier wordt in paragraaf 3.4.2 op ingegaan. In paragraaf 3.4.3 wordt vervolgens ingegaan op de belangrijkste problemen die zorgverzekeraars hebben ervaren als gevolg van de invoering van de 1-septembermaatregel.

3.4.1 Algemene oordelen over 1-septembermaatregel

In tabel 3.9 worden de oordelen die het vaakst werden genoemd weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat de respondenten van drie zorgverzekeraars van mening zijn dat er vooraf onvoldoende over de maatregel is nagedacht. Drie andere zorgverzekeraars geven aan dat het veld te weinig betrokken is geweest bij de voorbereidingen. Eén van deze zorgverzekeraars vindt dat er vooraf met het veld te weinig overleg is geweest over praktische zaken en dat er hierdoor veel onduidelijkheden waren bij de invoering van de 1-septembermaatregel.

Drie zorgverzekeraars vinden de 15-dagenregeling complex. Eén van deze zorgverzekeraars vindt zelfs dat de maatregel afgeschaft zou moeten worden. De drie zorgverzekeraars die aangeven dat ze de 15-dagenregeling complex vinden en één andere zorgverzekeraar zijn van mening dat de 1-septembermaatregel transparant moet zijn. Zij stellen voor om de maatregel eenvoudiger te maken. Bepaalde middelen moeten helemaal niet meer vergoed worden en andere middelen moeten voor zowel chronische gebruikers als niet chronische gebruikers vergoed worden. Hiermee wordt voorkomen dat een middel in het ene geval wel vergoed wordt en in het andere geval niet of de ene keer wel en de andere keer niet.

Tabel 3.9 Algemene oordelen van zorgverzekeraars over de 1-septembermaatregel (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Vooraf is onvoldoende over de maatregel nagedacht	3
Veld is te weinig betrokken geweest bij voorbereidingen	3
15-dagenregeling is complex	3
Maatregel moet vereenvoudigd worden	4

3.4.2 Effecten van de 1-septembermaatregel

De zorgverzekeraars zijn ook gevraagd naar wat volgens hen de effecten van de 1-septembermaatregel zijn. De bedoeling van de maatregel was kostenbesparing, waarbij patiënten met chronische klachten zouden worden ontzien. De zorgverzekeraars hebben geen onderzoek verricht naar de effecten van de maatregel, maar ze hebben hier wel een indruk over. De indrukken en verwachtingen van de zorgverzekeraars over deze effecten worden weergegeven in tabel 3.10.

De meeste zorgverzekeraars verwachten dat patiënten die chronische klachten hebben en die chronisch medicatie gebruiken door de maatregel worden ontzien (8). Twee zorgverzekeraars vinden dat chronisch medicijngebruik door de maatregel wordt gestimuleerd en dat de maatregel tot 'medicijnvernietiging' leidt. Chronisch gebruik wordt gestimuleerd omdat de patiënt de medicatie anders zelf moet gaan betalen. Daarnaast is er sprake van 'medicijnvernietiging' omdat patiënten op tijd een herhaalrecept vragen, ook al hebben ze nog een voorraadje medicijnen in huis. Hierdoor lijkt het alsof de patiënt chronisch medicijnen gebruikt, waardoor de patiënt de medicijnen niet zelf hoeft te betalen.

De meeste zorgverzekeraars hebben de indruk dat de 1-septembermaatregel niet tot lagere kosten zal leiden (9). Drie van deze zorgverzekeraars hebben zelfs de indruk dat de maatregel tot hogere kosten zal leiden. Twee van deze zorgverzekeraars zijn van mening dat de kosten hoger zullen zijn door de administratieve rompslomp die de maatregel met zich meebrengt. De andere zorgverzekeraar denkt dat de kosten hoger zullen zijn doordat er gesubstitueerd wordt

naar duurdere WTG-middelen. In het vervolg van deze paragraaf wordt hier verder op ingegaan. Eén zorgverzekeraar laat zich er niet over uit of de maatregel wel of niet tot lagere kosten zal leiden.

Alle zorgverzekeraars verwachten dat er substitutie plaats vindt naar duurdere WTG-middelen. Vier zorgverzekeraars zijn van mening dat de besparingen die de maatregel op zou moeten leveren hierdoor wegvallen. Twee zorgverzekeraars denken dat de besparingen wegvallen door zelfzorgmiddelen voor chronische gebruikers te blijven vergoeden en twee zorgverzekeraars hebben de indruk dat de besparingen niet opwegen tegen de administratieve kosten die gemaakt moeten worden om de maatregel uit te kunnen voeren.

Tabel 3.10 Indrukken en verwachtingen van zorgverzekeraars (n=10)
(meerdere antwoorden mogelijk)

Patiënten met chronische klachten worden ontzien	8
Chronisch medicijngebruik wordt gestimuleerd	2
Maatregel leidt niet tot lagere kosten	9
Substitutie naar duurdere WTG-middelen	10
Besparing valt weg door substitutie naar duurdere WTG-middelen	4
Besparing valt weg door medicatie voor chronisch gebruik te vergoeden	2
Besparing valt weg door hogere administratieve lasten a.g.v. de maatregel	2

3.4.3 Belangrijkste problemen rond de 1-septembermaatregel

Tenslotte is de zorgverzekeraars gevraagd een top-3 van problemen te geven die ervaren worden als gevolg van de invoering van de 1-septembermaatregel. De belangrijkste problemen staan in tabel 3.11.

De meeste zorgverzekeraars vinden dat de maatregel moeilijk controleerbaar is (6). Voor een deel ontbreken de gegevens om dit te doen en voor een deel is het erg arbeidsintensief en ingewikkeld om de maatregel te controleren. De zorgverzekeraars geven aan dat hun systeem gericht is op het verwerken en betalen van declaraties en niet op het controleren van de correcte uitvoering van een maatregel.

Daarnaast ervaren drie zorgverzekeraars het als een probleem dat de maatregel administratief-technisch erg complex is. De maatregel heeft veel administratief werk tot gevolg en het aanpassen van het automatiseringssysteem om de maatregel te kunnen controleren wordt als een probleem ervaren. Verder vinden drie zorgverzekeraars het een probleem dat de maatregel relatief gemakkelijk te omzeilen is. Er kan door zowel de voorschrijver, de afleveraar als de verzekerde 'c.g.' op een recept voor een zelfzorgmiddel gezet worden terwijl er geen sprake is van chronisch gebruik. De maatregel kan bovendien omzeild worden door een middel voor te schrijven dat wel vergoed wordt in plaats van een zelfzorgmiddel dat niet meer vergoed wordt. Verder ervaren drie zorgverzekeraars het als een probleem dat de maatregel onduidelijk is. De maatregel is complex en daardoor voor verzekerden niet meer begrijpbaar. Voor de ene persoon wordt een bepaald middel wel vergoed en voor de andere persoon niet en het kan ook nog zo zijn dat het de ene keer wel vergoed wordt en de andere keer niet. Dit maakt de maatregel onduidelijk.

Tabel 3.11 Belangrijkste problemen rond de 1-septembermaatregel volgens de zorgverzekeraars (n=10) (meerdere antwoorden mogelijk)

Maatregel is moeilijk controleerbaar	6
Maatregel is administratief-technisch erg complex	3
Maatregel is relatief gemakkelijk te omzeilen	3
Maatregel is onduidelijk	3

4 EFFECTEN OP HET VOORSCHRIJFGEDRAG VAN HUISARTSEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de effecten van de 1-septembermaatregel op het voorschrijfgedrag van huisartsen. In paragraaf 4.2 wordt het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik voor en na invoering van de 1-septembermaatregel bekeken. Ook worden de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik en de indicaties bij deze middelen beschreven. In paragraaf 4.3 wordt onderzocht in hoeverre er substitutie heeft opgetreden naar WTG-middelen met dezelfde werkzame stof als de zelfzorgmiddelen, maar in een andere toedieningsvorm of sterkte. In paragraaf 4.4 worden de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen en mogelijke substitutiemiddelen voor en na invoering van de 1-septembermaatregel voor patiënten met een chronische aandoening en in tabel 4.5 voor chronische gebruikers beschreven.

4.2 Aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen voor en na invoering van de 1-septembermaatregel

In de tabellen 4.1 zijn de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik en in tabel 4.2 bij langdurend gebruik per 1000 patiënten weergegeven. Bij het vergelijken van deze tabellen wordt duidelijk dat het totaal aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (4,1 per 1000 in 1999) veel kleiner is dan het totaal aantal zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (119,7 per 1000 in 1999). Ook is te zien dat het aantal voorschriften voor zelfzorgmiddelen voor vrouwelijke patiënten hoger is dan het aantal voorschriften voor mannelijke patiënten. Dit komt overeen met gegevens uit ander onderzoek, waaruit blijkt dat vrouwen vaker naar de huisarts gaan dan mannen (Van der Velden, 1999).

Tabel 4.1 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik naar geslacht, per 1000 patiënten

geslacht	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
mannen	4,8	2,8	-2,0	(-41,7)
vrouwen	10,0	5,3	-4,7	(-47,0)
totaal (n)	7,6 (1318)	4,1 (723)	-3,5	(-46,1)

Tabel 4.2 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik naar geslacht, per 1000 patiënten

geslacht	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
mannen	116,4	85,8	-30,6	(-26,3)
vrouwen	200,9	149,1	-51,8	(-25,8)
totaal (n)	161,7 (28.052)	119,7 (20.982)	-42,0	(-26,0)

Zowel bij de zelfzorgmiddelen bij kortdurend als bij de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik is een aanzienlijke afname van het aantal voorschriften te zien. Bij de zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik is het aantal voorschriften over het laatste kwartaal van 1999 (4,1 per 1000) bijna de helft van het aantal voorschriften in 1998 (7,6 per 1000). Bij de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik is het aantal voorschriften met een kwart afgenomen (van 161,7

per 1000 in 1998 naar 119,7 per 1000 in 1999). Deze afname is ongeveer even groot voor mannen als voor vrouwen.

In tabel 4.3 zijn de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend en in tabel 4.4 bij langdurend gebruik per 1000 patiënten, uitgesplitst naar leeftijd. Tabel 4.3 laat zien dat de afname van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik ongeveer gelijk is over de verschillende leeftijdsgroepen, met uitzondering van de groep 75-plussers. In deze leeftijdsgroep is het aantal voorschriften met een kwart afgenomen, terwijl het aantal voorschriften in de jongere leeftijdsgroepen met ongeveer de helft is afgenomen. Uit tabel 4.4 blijkt dat de afname van de voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik kleiner wordt naarmate de leeftijd van de patiënt vordert (van 39,6% onder de groep van 24 jaar en jonger tot 15,5% onder de groep 75-plussers).

Tabel 4.3 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik naar leeftijd, per 1000 patiënten

geslacht	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
≤ 24	5,6	3,2	-2,4	(-42,9)
25-44	7,8	4,3	-3,5	(-44,9)
45-64	9,4	4,3	-5,1	(-54,3)
65-74	8,1	3,6	-4,5	(-55,6)
≥ 75	8,3	6,0	-2,3	(-27,7)

Tabel 4.4 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik naar leeftijd, per 1000 patiënten

leeftijd	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
≤ 24	71,5	43,2	-28,3	(-39,6)
25-44	102,3	70,9	-31,4	(-30,7)
45-64	177,9	132,5	-45,4	(-25,5)
65-74	306,2	239,9	-66,3	(-21,7)
≥ 75	579,1	489,2	-89,9	(-15,5)

De daling van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik verschilt van praktijk tot praktijk. Het verschil in het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen per 1000 patiënten, tussen het laatste kwartaal van 1998 en het laatste kwartaal van 1999, is per praktijk weergegeven in figuur 1 in bijlage 5. Hieruit blijkt dat er tussen praktijken grote verschillen bestaan in de mate waarin het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen is gedaald. In sommige praktijken is het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen zelfs toegenomen. Deze gegevens wijzen erop dat er tussen praktijken grote verschillen bestaan in de manier waarop de huisartsen op de 1-septembermaatregel gereageerd hebben.

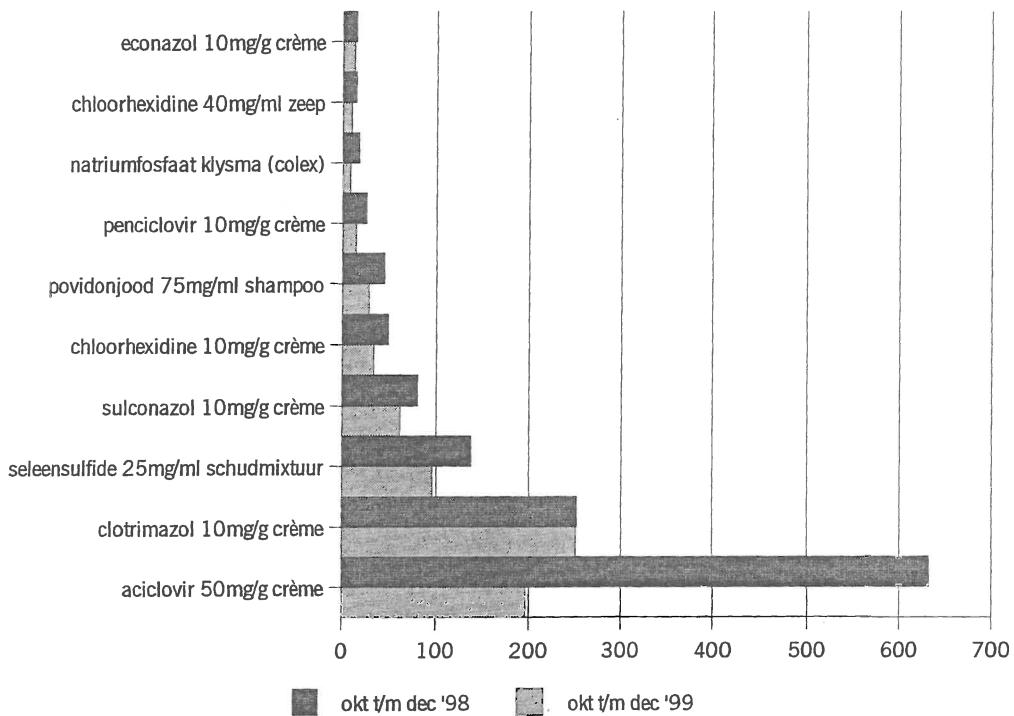
Figuur 4.1 geeft een overzicht van de daling van het aantal voorschriften van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik en figuur 4.2 bij langdurend gebruik.

De tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik nemen samen 94,5% (n=557) van de daling van alle zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik voor hun rekening. De tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik nemen samen 70,9% (n=4998) van de daling van alle zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik voor hun rekening.

Uit figuur 4.1 blijkt dat de daling van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik voor een groot deel veroorzaakt wordt door het minder vaak voorschrijven

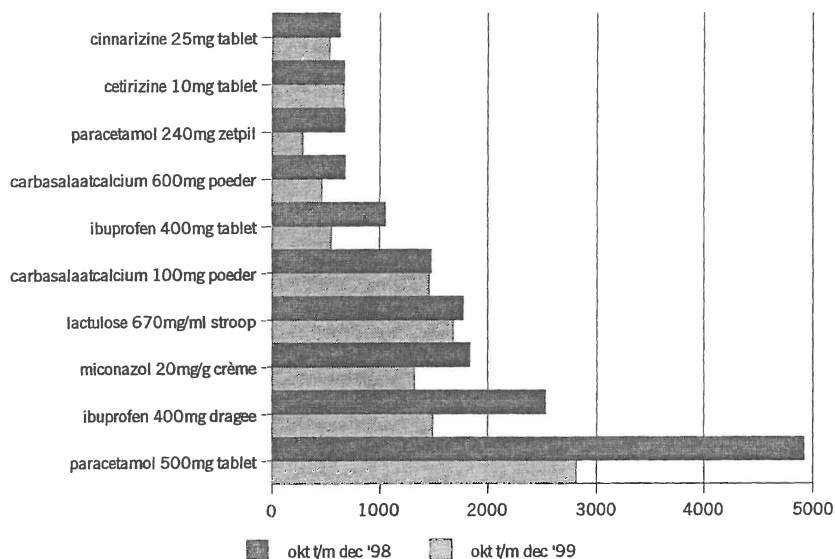
van aciclovir 50mg/g crème (een middel tegen herpes-simplex infectie van de huid). Het minder vaak voorschrijven van dit middel veroorzaakt 73,4% van de daling van het totaal aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik.

Figuur 4.1 Top-10 van het absoluut aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik



Op basis van het Farmacotherapeutisch Kompas is een overzicht gemaakt van de indicaties bij de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (zie bijlage 6). De daling van het aantal voorschriften van deze tien zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik wordt voor 94,5% veroorzaakt door middelen die voorgeschreven worden bij de volgende indicaties: herpes simplex (80,5%), seborroe van de hoofdhuid (7,5%) en huid- en wondontsmetting (6,5%).

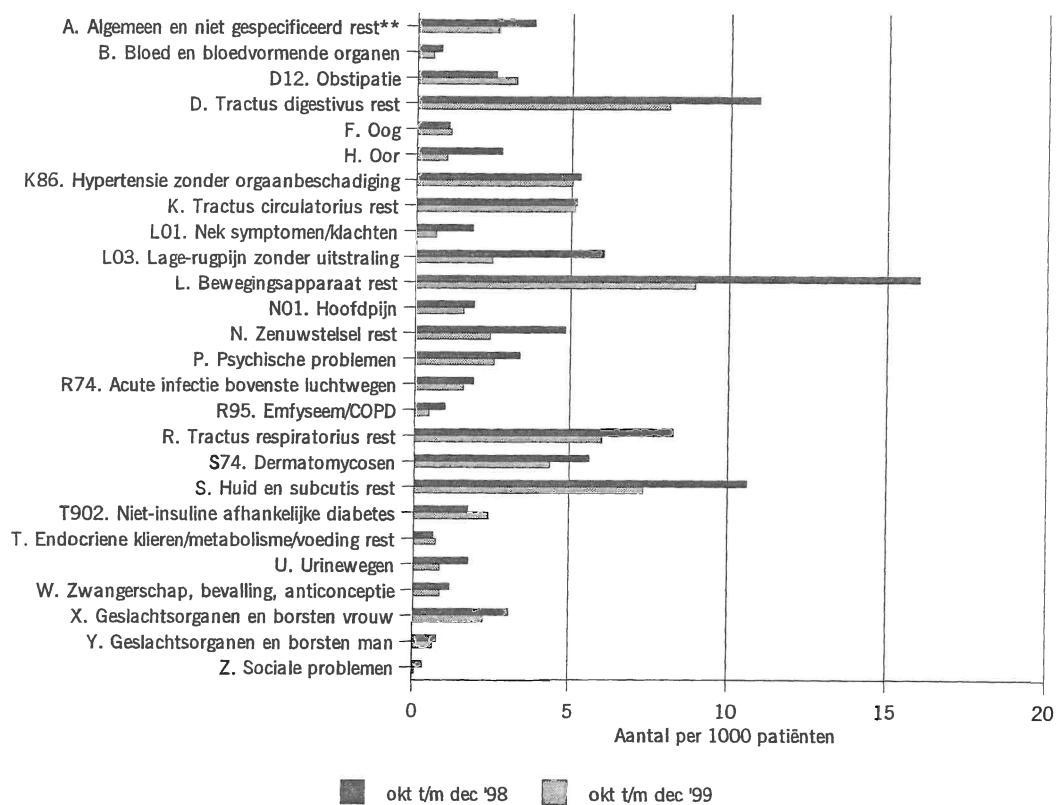
Figuur 4.2 Top-10 van het absoluut aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik



In figuur 4.2 is te zien dat de daling van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik grotendeels worden veroorzaakt door het minder vaak voorschrijven van de pijnstillers paracetamol (500mg tablet en 240mg zetpil) en ibuprofen (400mg dragee en 400mg tablet). Een gevolg hiervan is een daling van 57,2% van het totaal aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik.

In bijlage 7 wordt een overzicht gegeven van de indicaties bij de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik. De daling van het aantal voorschriften van deze tien zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik wordt voor 96% veroorzaakt door middelen die voorgeschreven worden bij de volgende indicaties: koorts en pijn bij griep, verkoudheid en na vaccinatie (85,5%) en dermatomycosen (10,3%).

Figuur 4.3 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik naar indicatiegroep (ICPC-code), per 1000 patiënten



- * De letters A t/m Z geven de desbetreffende ICPC-hoofdstukken weer. De cijfers bij de letters geven afzonderlijke diagnoses binnen een ICPC-hoofdstuk weer. Afzonderlijke diagnoses zijn alleen opgenomen indien ze meer dan 1,0% van het totaal aantal in 1998 of 1999 uitmaken.
- * * De categorie A99 'andere gegeneraliseerde/niet-gespecificeerde ziekten' is buiten de grafiek gehouden; de grote omvang van deze groep, resp. 48 en 34 per 1000 in 1998 en 1999 zou het zicht op de rest van de grafiek verstoren; het betreft hier vaak herhaalreceptuur waarvan de ICPC-code niet bekend is voor de assistente die dit in de computer registreert.

Voor tien praktijken die de ICPC-code volledig registreren, zijn de indicaties bij de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik beschreven aan de hand van de ICPC-codes (zie figuur 4.3 en bijlage 8 voor de bijbehorende cijfers). De afname van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik bij deze tien praktijken, namelijk van 153,5 per 1000 in 1998 naar 105,8 per 1000 in 1999, lag in dezelfde orde van grootte als het gemiddelde voor alle geanalyseerde praktijken.

Er zijn aanmerkelijke verschillen tussen de onderscheiden indicatiegroepen. Aan de ene kant zien we indicaties waar het aantal voorgeschreven middelen meer dan halveert. Hieronder zijn de specifieke indicaties nek symptomen/klachten, lage rugpijn, hoofdpijn en emfyseem/COPD en de ICPC-hoofdstukken oor, zenuwstelsel (exclusief hoofdpijn) en urinewegen weergegeven. Deze afnames zijn in verband te brengen met de al eerder beschreven afnames van de aantallen voorschriften paracetamol en ibuprofen.

Aan de andere kant zien we zelfs toenames van de aantallen voorschriften van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik voor diabetes mellitus, obstipatie en oogproblemen. Bij diabetes mellitus gaat het om een chronische aandoening en was afname dus niet te verwachten. Bij obstipatie zagen we al eerder dat het aantal voorschriften van lactulose nauwelijks was afgenomen.

4.3 Substitutie naar WTG-middelen

In tabel 4.5 zijn de aantallen voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend en in tabel 4.6 bij langdurend gebruik per 1000 patiënten weergegeven. In het laatste kwartaal van 1998 is het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik (7,8 per 1000 in tabel 4.5) ongeveer gelijk aan het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (7,6 per 1000 in tabel 4.1). Het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik (42,6 per 1000 in tabel 4.6) is ongeveer een kwart van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (161,7 per 1000 in tabel 4.2) in deze periode. Hieruit is af te leiden dat de mogelijkheid tot substitutie - door het voorschrijven van middelen met dezelfde werkzame stof, maar in een andere toedieningsvorm of sterkte - verhoudingsgewijs groter is bij de voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik dan bij de voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik.

Tabel 4.5 Aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik naar geslacht, per 1000 patiënten

geslacht	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
mannen	3,8	4,8	+1,0	(+26,3)
vrouwen	11,2	11,3	+0,1	(+0,9)
totaal (n)	7,8 (1348)	8,3 (1452)	+0,5	(+6,4)

Tabel 4.6 Aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik naar geslacht, per 1000 patiënten

geslacht	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
mannen	32,2	36,4	+4,2	(+13,0)
vrouwen	51,6	54,6	+3,0	(+5,8)
totaal (n)	42,6 (7389)	46,2 (8089)	+3,6	(+8,5)

Zowel bij de mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik als bij langdurend gebruik is een kleine toename van het aantal voorschriften te zien. Deze toenames (6,4% en 8,5%) zijn veel kleiner dan de afnames van de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen (46,1% en 26,0%) (tabellen 4.1 en 4.2). Na ingang van de maatregel hebben de LINH-huisartsen dus veel minder zelfzorgmiddelen en iets meer mogelijke substitutiemiddelen voorgeschreven.

Net als bij de zelfzorgmiddelen, worden mogelijke substitutiemiddelen absoluut gezien vaker aan vrouwen dan aan mannen voorgeschreven. De *toename* van het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen is relatief gezien voor mannen echter hoger dan voor vrouwen. Dit geldt met name voor de mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik.

In de tabellen 4.7 en 4.8 zijn de aantallen voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend respectievelijk langdurend gebruik per 1000 patiënten, uitgesplitst naar leeftijd weergegeven. In tabel 4.7 is te zien dat de procentuele toename van het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik min of meer gelijk verdeeld is over de verschillende leeftijdsgroepen.

Uit tabel 4.8 blijkt dat het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik toeneemt voor alle leeftijdsgroepen met uitzondering van de groep 75-plussers. In deze leeftijdsgroep is het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik juist afgenomen. Dit komt overeen met de bevinding dat de afname van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik kleiner wordt naarmate de leeftijd van de patiënt vordert (zie tabel 4.4). Het effect van de 1-septembermaatregel is blijkbaar groter voor de jongere dan voor de oudere leeftijdsgroepen. Gezien de samenhang tussen leeftijd en chronische klachten, kan dit erop wijzen dat patiënten met chronische klachten inderdaad zijn ontzien.

Tabel 4.7 Aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik naar leeftijd, per 1000 patiënten

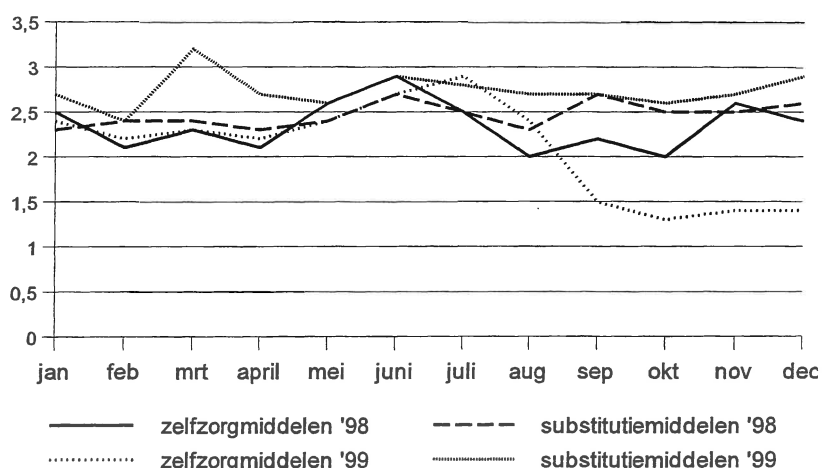
leeftijd	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
≤ 24	1,1	1,2	+0,1	(+9,1)
25-44	2,5	2,6	+0,1	(+4,0)
45-64	10,0	10,6	+0,6	(+6,0)
65-74	21,2	23,8	+2,6	(+12,3)
≥ 75	39,1	41,5	+2,4	(+6,1)

Tabel 4.8 Aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik naar leeftijd, per 1000 patiënten

leeftijd	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
≤ 24	9,1	10,0	+0,9	(+9,9)
25-44	30,2	35,7	+5,5	(+18,2)
45-64	59,1	64,2	+5,1	(+8,6)
65-74	86,6	94,7	+8,1	(+9,4)
≥ 75	139,3	136,0	-3,3	(-2,4)

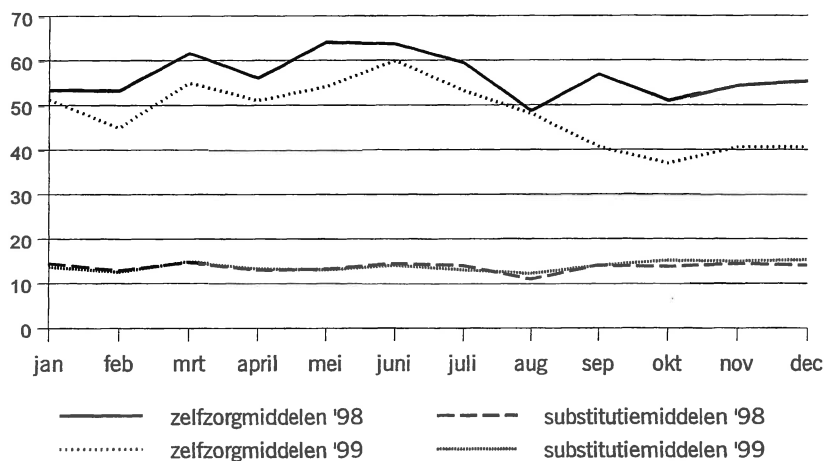
Om te onderzoeken of bovenstaande bevindingen inderdaad het gevolg zijn van de 1-septembermaatregel, is het aantal middelen per 1000 patiënten over alle maanden van 1998 en 1999 berekend. In figuur 4.4 is het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik en het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen per 1000 patiënten, uitgezet tegen de tijd. Voor invoering van de 1-septembermaatregel is het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik in 1998 en 1999 ongeveer gelijk gebleven. Na deze maatregel daalt het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik aanzienlijk. (Deze daling zet zich in feite al in juli/augustus in, maar dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de vakantieperiode.) Bij het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik is er voor en na deze datum geen duidelijk verschil te zien. Het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik is in 1999 over alle maanden iets hoger dan in 1998.

Figuur 4.4 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik, per maand per 1000 patiënten



In figuur 4.5 is het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik en mogelijke substitutiemiddelen per 1000 patiënten, uitgezet tegen de tijd. Hoewel het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik in 1999 over alle maanden iets lager is dan in 1998, is er na de maatregel een duidelijke daling van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik te zien. (Deze daling zet zich in feite al in juli/augustus in, maar dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de vakantieperiode.) Het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik is in 1998 en 1999 ongeveer gelijk.

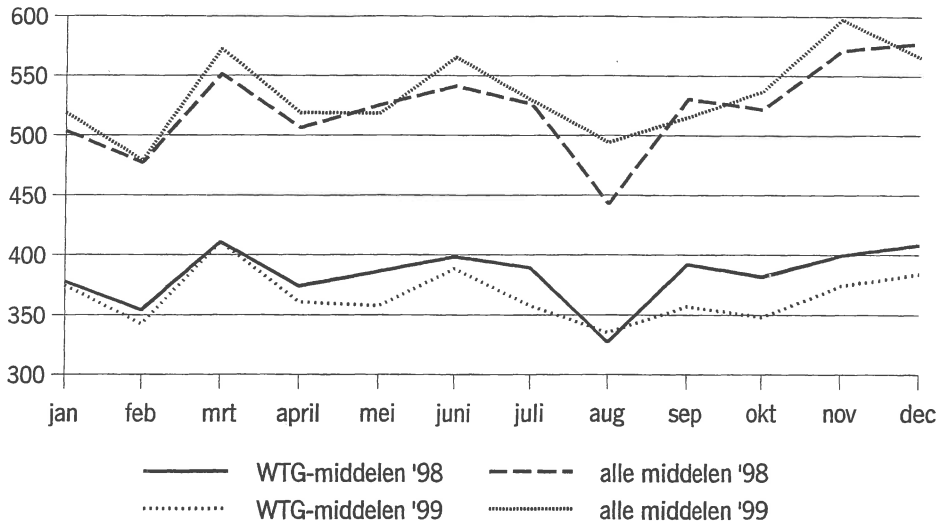
Figuur 4.5 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik, per maand per 1000 patiënten



In figuur 4.6 is het totaal aantal geneesmiddelen en het aantal WTG-middelen per 1000 patiënten, uitgezet tegen de tijd. Het totaal aantal middelen is over vrijwel alle maanden van 1999 iets hoger dan in 1998. Dit komt overeen met de trend dat het totaal aantal voorgeschreven middelen elk jaar toeneemt. Rond augustus is een daling te zien, die waarschijnlijk aan de vakantieperiode toegeschreven kan worden. De 1-septembermaatregel lijkt niet van invloed te zijn op het totaal aantal voorgeschreven middelen. In tegenstelling tot het totaal aantal middelen, is het aantal WTG-middelen over vrijwel alle maanden van 1999 iets lager dan in 1998. Rond de invoering van de 1-septembermaatregel is een klein effect te zien: het

aantal WTG-middelen neemt na deze maatregel enigszins af in vergelijking met dezelfde periode in 1998. Het voorgaande wijst erop dat de 1-septembermaatregel een kleine daling van het aantal WTG-middelen tot gevolg heeft gehad. Verder zijn er geen aanwijzingen dat er op grote schaal substitutie zou zijn opgetreden (in dat geval zou het aantal WTG-middelen na 1 september gelijk zijn gebleven).

Figuur 4.6 Alle middelen en WTG-middelen, per 1000 patiënten



Bovenstaande figuren bevestigen de bevindingen uit tabellen 4.1 tot en met 4.4 dat het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik en bij langdurend gebruik is afgenomen als gevolg van de 1-septembermaatregel. Deze figuren ontkrachten echter de bevindingen uit tabellen 4.5 tot en met 4.8 dat het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik enigszins zou zijn toegenomen als gevolg van de maatregel. In geen enkele figuur is rond 1 september 1999 een duidelijke verandering van het aantal voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen zichtbaar.

In tabel 4.9 is het percentage zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik van het totaal aantal voorgeschreven middelen per indicatiegroep weergegeven (zie bijlage 8 voor de bijbehorende cijfers per 1000 patiënten). Tevens is het percentage groei of afname van 1998 ten opzichte van 1999 voor de zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik en voor de overige middelen berekend. Hierdoor kan bekeken worden of er mogelijk substitutie per indicatiegroep is opgetreden. Indien het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik is afgenomen, terwijl de overige prescriptie is toegenomen bij eenzelfde indicatiegroep (dat wil zeggen ICPC-code), zou dit op het voorschrijven van substitutiemiddelen kunnen wijzen. Uit de tabel blijkt dat het percentage zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik van de totale prescriptie is afgenomen van 8,1% naar 6,0%. De afname van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik van 31% is niet gepaard gegaan met een toename van het aantal voorschriften van andere middelen. Integendeel, het aantal voorschriften van andere middelen is ook iets afgenomen (met 4%).

Per indicatiegroep treden verschillen op vergeleken met dit algemene beeld. Bij drie indicatiegroepen is een patroon te zien dat op mogelijke substitutie wijst: 'dermatomycosen' en de ICPC-hoofdstukken 'bloed en bloedvormende organen' en 'sociale problemen'. Beide laatsgenoemde groepen zijn echter zeer klein qua omvang van de prescriptie van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (zie bijlage 8). De afname van 22% van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik voor dermatomycosen, bij een gelijktijdige toename van 29% van andere prescriptie bij dezelfde aandoening, is de enige echte aanwijzing dat substitutie is opgetreden.

Tabel 4.9 Ontwikkeling aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (lzz) vergeleken met de totale prescriptie 1998/1999

ICPC-codes*	lzz als % totale prescr. 1998	lzz als % totale prescr. 1999	% groei/ afname lzz 1998/1999	% groei/afname overige prescr. 1998/1999
A99. Andere tegen./niet-gespec.ziekten	10,8	7,7	-30	2
A. Algemeen en niet gespecificeerd rest	6,7	4,7	-31	1
B. Bloed en bloedvormende organen	5,7	3,3	-33	18
D12. Obstipatie	43,8	48,1	26	6
D. Tractus digestivus rest	13,2	10,6	-26	-5
F. Oog	4,9	5,8	6	-12
H. Oor	6,7	3,1	-64	-20
K86. Hypertensie z. orgaanbeschadiging	4,7	5,5	-5	-20
K. Tractus circulatorius rest	6,3	5,4	-1	16
L01. Neksymptomen/-klachten	18,2	7,6	-64	-3
L03. Lage-rugpijn zonder uitstraling	23,0	12,7	-59	-15
L. Bewegingsapparaat rest	11,0	7,2	-44	-12
N01. Hoofdpijn	15,4	13,3	-17	-2
N. Zenuwstelsel rest	14,8	9,7	-50	-19
P. Psychische problemen	3,5	2,8	-25	-6
R74. Acute infectie bovenste luchtwegen	9,4	3,1	-75	-18
R95. Emfyseem/COPD	5,8	2,6	-53	7
R. Tractus respiratorius rest	2,7	2,1	-27	-7
S74. Dermatomycosen	40,6	29,2	-22	29
S. Huid en subcutis rest	8,5	6,2	-31	-2
T902.Niet-insuline afhankelijke diabetes	4,3	4,8	37	22
T. Endocr.klieren/metab./voeding rest	3,5	3,8	10	2
U. Urinewegen	5,3	2,9	-52	-8
W. Zwangerschap, bevalling, anticoncep.	3,2	2,5	-28	-8
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	7,9	6,7	-17	-1
Y. Geslachtsorganen en borsten man	6,2	4,9	-30	-9
Z. Sociale problemen	2,8	0,5	-80	19
Totaal	8,1	6,0	-31	-4

* De letters A t/m Z geven de desbetreffende ICPC-hoofdstukken weer. De cijfers bij de letters geven afzonderlijke diagnoses binnen een ICPC-hoofdstuk weer. Afzonderlijke diagnoses zijn alleen opgenomen indien ze meer dan 1,0% van het totaal aantal in 1998 of 1999 uitmaken.

4.4 Effecten voor patiënten met een chronische aandoening

Op basis van de ICPC-codes bij de voorschriften en bij de verwijzingen, is een groep patiënten met een chronische aandoening geselecteerd. Als een voorschrift is voorgeschreven aan één van deze patiënten, is het voorschrift ingedeeld bij het aantal voorschriften voor patiënten met een chronische aandoening. Met andere woorden: indien een patiënt meerdere voorschriften voor verschillende aandoeningen heeft gekregen en één van deze aandoeningen op de gebruikte lijst van chronische aandoeningen staat, zijn al deze voorschriften meegeteld. Op deze manier berekend is het totaal aantal voorschriften voor patiënten met een chronische aandoening 19.666 in het laatste kwartaal van 1998 en 23.172 in het laatste kwartaal van 1999.

In deze selectie van voorschriften voor patiënten met een chronische aandoening, zijn de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend en bij langdurend gebruik en substitutiemiddelen per 1000 patiënten berekend. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.10. De daling van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (50,0%) is vergelijkbaar met de daling in de totale patiëntenpopulatie (46,1% in tabel 4.1). De daling van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (14,0%) is minder sterk dan de daling in de totale patiëntenpopulatie (26,0% in tabel 4.2). Dit komt

overeen met de verwachting: het is immers de bedoeling dat patiënten met een chronische aandoening ontzien worden.

De stijging van het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik (40,0%) is sterker dan de stijging in de totale patiëntenpopulatie (6,4% in tabel 4.5). Dit zou erop kunnen wijzen dat de huisartsen een ander beleid hanteren - dat wil zeggen meer substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik voorschrijven - bij patiënten met een chronische aandoening dan bij andere patiënten. Hierbij dient echter wel opgemerkt te worden dat de aantallen voorgeschreven mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik bij patiënten met een chronische aandoening relatief klein zijn. De stijging van het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik (6,5%) komt ongeveer overeen met de stijging in de totale patiëntenpopulatie (8,5% in tabel 4.6).

Tabel 4.10 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen en mogelijke substitutiemiddelen bij patiënten met een chronische aandoening, per 1000 patiënten

middelen	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (n)	0,4 (58)	0,2 (39)	-0,2	(-50,0%)
zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (n)	12,1 (1932)	10,4 (1680)	-1,7	(-14,0%)
mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik (n)	0,5 (84)	0,7 (108)	+0,2	(+40,0%)
mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik (n)	3,1 (488)	3,3 (533)	+0,2	(+6,5%)

4.5 Effecten voor chronische gebruikers

Patiënten die in een jaar tijd meer dan drie maanden (dat wil zeggen meer dan 90 DDD's) medicijnen voorgeschreven hebben gekregen, zijn ingedeeld in de groep chronische gebruikers. Als een voorschrift is voorgeschreven aan één van deze patiënten, is het voorschrift ingedeeld bij het aantal voorschriften onder chronische gebruikers. Op deze manier berekend is het totaal aantal voorschriften onder chronische gebruikers 101.210 in het laatste kwartaal van 1998 en 143.797 in het laatste kwartaal van 1999.

In deze selectie van voorschriften onder chronische gebruikers zijn de aantallen voorgeschreven zelfzorgmiddelen en mogelijke substitutiemiddelen per 1000 patiënten berekend. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.11.

Tabel 4.11 Aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen en mogelijke substitutiemiddelen bij chronische gebruikers per 1000 patiënten

middelen	okt t/m dec '98	okt t/m dec '99	verschil	(%)
zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (n)	3,7 (412)	2,4 (345)	-1,3	(-35,1%)
zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (n)	98,8 (11.051)	95,1 (13.451)	-3,7	(-3,7%)
mogelijke substitutiemiddelen bij kortdurend gebruik (n)	0,2 (22)	0,3 (34)	+0,1	(+50,0%)
mogelijke substitutiemiddelen bij langdurend gebruik (n)	29,1 (3.254)	35,2 (4.985)	+6,1	(+21,0%)

De daling van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (35,1%) is iets lager dan de daling in de totale patiëntenpopulatie (46,1% in tabel 4.1). De daling van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik (3,7%) is veel kleiner dan de daling in de totale patiëntenpopulatie (26,0% in tabel 4.2). Dit wijst erop dat chronische gebruikers zijn ontzien: de LINH-huisartsen zijn voor en na de maatregel ongeveer evenveel zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik blijven voorschrijven voor chronische gebruikers.

De stijging van het aantal voorschriften van mogelijke substitutiemiddelen is zowel bij de middelen bij kortdurend (50,0%) als bij langdurend gebruik (21,0%) sterker dan de stijging in de totale patiëntenpopulatie (6,4% en 8,5% in tabel 4.5 en 4.6). Dit zou erop kunnen wijzen dat huisartsen meer substitutiemiddelen voorschrijven bij chronische gebruikers dan bij andere patiënten.

5 EFFECTEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de effecten voor chronisch zieken als gevolg van de 1-septembermaatregel. Onderzocht is of patiënten met chronische klachten inderdaad zijn ontzien. Op basis van een secundaire analyse van de gegevens die verzameld zijn in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) is nagegaan wat de (financiële) effecten zijn voor chronisch zieken. Dit is gedaan aan de hand van gegevens die verzameld zijn over 1998 en 1999. Eerst wordt beschreven in hoeverre het gebruik van medicijnen met recept en het gebruik van medicijnen zonder recept is veranderd tussen 1998 en 1999 (paragraaf 5.2). Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 beschreven in hoeverre de kosten die chronische patiënten voor medicijnen gemaakt hebben, zijn veranderd tussen 1998 en 1999.

5.2 Gebruik van medicijnen

In deze paragraaf wordt het gebruik van medicijnen met recept en medicijnen zonder recept beschreven. In tabel 5.1 is het percentage patiënten weergegeven dat in 1998 en in 1999 over een periode van 14 dagen medicijnen gebruikt heeft.

Tabel 5.1 Aantal en percentage chronische patiënten dat over een periode van 14 dagen medicijnen gebruikt heeft, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Medicijnen met recept	1006	85	990	84
Medicijnen zonder recept	992	31	986	30

Uit deze tabel blijkt dat het percentage patiënten dat medicijnen met recept en het percentage dat medicijnen zonder recept gebruikt heeft, niet is veranderd tussen 1998 en 1999.

In tabel 5.2 is per geneesmiddelengroep het percentage patiënten dat een bepaald middel over een periode van 14 dagen gebruikt heeft voor 1998 en 1999 weergegeven. Deze percentages zijn zowel voor medicijnen met recept als voor medicijnen zonder recept weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat er tussen 1998 en 1999 voor de verschillende middelen nauwelijks enige verandering in het gebruik is opgetreden. In bijlage 9 is per inkomensklasse het percentage chronische patiënten weergegeven dat een bepaald middel gebruikt heeft.

In tabel 5.3 is een onderscheid gemaakt tussen patiënten waarvan de huisarts de aandoening minder, gemiddeld of meer intermitterend acht. Per categorie is nagegaan wat er tussen 1998 en 1999 veranderd is in het gebruik van medicijnen met recept en medicijnen zonder recept. Uit de tabel blijkt dat er voor alle drie de categorieën nauwelijks iets veranderd is.

Tevens is gekeken of er verschillen bestaan tussen de verschillende inkomensklassen wat betreft het gebruik van medicijnen in 1998 en 1999 (zie tabel 5.4). Hierbij is een onderscheid gemaakt in drie inkomensklassen waarvan het netto maandinkomen van het huishouden 1) onder het sociaal minimum inkomen, 2) tussen het sociaal minimum en de ziekenfondsgrens en 3) boven de ziekenfondsgrens ligt. Het gaat hierbij om het netto maandinkomen van het *huishouden*. Patiënten met een netto maandinkomen van het huishouden boven de ziekenfondsgrens, kunnen zelf ziekenfonds verzekerd zijn.

Tabel 5.2 Aantal en percentage chronische patiënten dat een bepaald middel over een periode van 14 dagen gebruikt heeft, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Pijn- en koortswerende middelen				
met recept	1006	23	996	24
zonder recept	992	22	987	18
Medicijnen tegen hoest, verkoudheid etc.				
met recept	1006	10	996	12
zonder recept	992	8	987	7
Versterkende middelen (zoals vitaminen)				
met recept	1006	7	996	7
zonder recept	992	9	987	9
Medicijnen voor hart, bloedvaten en -druk				
met recept	1006	36	996	38
zonder recept	992	1	987	1
Laxeermiddelen				
met recept	1006	4	996	5
zonder recept	992	1	987	1
Medicijnen voor maag- en darmklachten				
met recept	1006	16	996	16
zonder recept	992	1	987	1
Slaap- en kalmeringsmiddelen				
met recept	1006	17	996	16
zonder recept	992	1	987	2
Medicijnen voor de huid				
met recept	1006	13	996	11
zonder recept	992	2	987	2
Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen				
met recept	1006	17	996	18
zonder recept	992	1	987	3

Tabel 5.3 Aantal en percentage chronische patiënten dat over een periode van 14 dagen medicijnen gebruikt heeft, naar de mate van intermitterend zijn van de aandoening, 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
<i>Mate van intermitterend zijn van de aandoening</i>				
Minder				
medicijnen met recept	353	84	344	84
medicijnen zonder recept	352	30	350	27
Gemiddeld				
medicijnen met recept	417	87	412	86
medicijnen zonder recept	409	30	404	29
Meer				
medicijnen met recept	222	82	220	78
medicijnen zonder recept	218	36	219	37

Uit tabel 5.4 blijkt dat er binnen de inkomensklassen geen duidelijk verschil is in het gebruik van medicijnen in 1998 en in 1999. Het percentage patiënten in de inkomensklasse onder het sociaal minimum, dat medicijnen zonder recept gebruikt heeft, is tussen 1998 en 1999 enigszins toegenomen. Het percentage patiënten in de hoogste inkomensklasse dat medicijnen met recept gebruikt heeft, is in 1998 en in 1999 lager dan onder patiënten in de inkomensklassen onder de ziekenfondsgrens. Het percentage patiënten dat medicijnen zonder recept gebruikt heeft, is zowel in 1998 als in 1999 in de hoogste inkomensklasse hoger dan in de lagere inkomensklassen.

Tabel 5.4 Aantal en percentage chronische patiënten dat over een periode van 14 dagen medicijnen gebruikt heeft, per inkomensklasse, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
<i>Netto-maandinkomen van huishouden ligt:</i>				
Onder het sociaal minimum:				
medicijnen met recept	156	85	155	89
medicijnen zonder recept	154	23	154	30
Tussen sociaal minimum en ziekenfondsgrens:				
medicijnen met recept	621	87	610	84
medicijnen zonder recept	615	31	607	28
Boven ziekenfondsgrens:				
medicijnen met recept	193	77	190	80
medicijnen zonder recept	190	39	191	35

5.3 Gemaakte kosten voor medicijnen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de kosten die chronische patiënten in 1998 en 1999 gemaakt hebben voor medicijnen. Tabel 5.5 laat het percentage patiënten zien dat zelf kosten heeft gemaakt voor medicijnen. Uit de tabel blijkt dat het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen zonder recept ongeveer gelijk is gebleven. Het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen met recept, is afgenomen van 25% in 1998 naar 16% in 1999. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de vergelijking tussen de jaren wordt bemoeilijkt doordat per 1 januari 1999 de Algemene Eigen Bijdrageregeling is afgeschaft. Voor 1 januari 1999 moesten patiënten een eigen bijdrage betalen voor medicijnen die op recept werden verstrekt. Na 1 januari 1999 hoefde dit niet meer. Mogelijk is daardoor het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen met recept in 1999 lager dan in 1998. Het is dus niet helemaal duidelijk wat het effect van de 1-septembermaatregel is en wat het effect van de intrekking van de Algemene Eigen-bijdrageregeling is op de verandering in de gemaakte kosten.

Tabel 5.5 Aantal en percentage chronische patiënten dat zelf kosten heeft gemaakt voor medicijnen, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Medicijnen met recept	900	25	884	16
Medicijnen zonder recept	905	22	891	24

In tabel 5.6 wordt het percentage patiënten weergegeven dat een bepaald bedrag aan medicijnen met recept heeft uitgegeven en in tabel 5.7 wordt het percentage patiënten weergegeven dat een bepaald bedrag aan medicijnen zonder recept heeft uitgegeven. Uit tabel 5.6 blijkt dat het percentage patiënten dat een bedrag onder de 75 gulden aan medicijnen met recept heeft uitgegeven is toegenomen en dat het percentage patiënten dat tussen de 75 en 500 gulden aan medicijnen heeft besteed, is afgenomen tussen 1998 en 1999.

Dit betekent dat chronische patiënten wat betreft de kosten van medicijnen met recept erop vooruit zijn gegaan, omdat ze minder vaak hogere bedragen en vaker lagere bedragen aan medicijnen hebben uitgegeven. Dit wijst erop dat de 1-septembermaatregel wordt nageleefd. Zelfzorgmiddelen zijn relatief goedkoop. Deze middelen worden alleen voor chronisch gebruik vergoed en de patiënt moet het recept voor de eerste 15 dagen zelf betalen. Dit kan verklaren waarom het percentage patiënten dat kleine bedragen aan medicijnen heeft uitgegeven hoger is geworden. Een kanttekening hierbij is dat de zelfzorgmaatregel alleen op de laatste vier maanden van 1999 betrekking had. Opvallend is verder de sterke toename van de categorie onbekend. Hoewel deze toename moeilijk te verklaren is, kan aangenomen worden dat men hoge bedragen minder snel vergeet dan kleine bedragen.

Tabel 5.6 Percentage chronische patiënten dat voor een bepaald bedrag zelf kosten heeft gemaakt voor medicijnen met recept, in 1998 en 1999

	1998 n=225	1999 n=145
Medicijnen met recept (bedrag in guldens)		
1 - 75	26,4	39,7
76 - 150	30,7	11,6
151 - 500	20,1	10,1
>500	1,8	1,7
onbekend	21,1	37,1

Tabel 5.7 Percentage chronische patiënten dat voor een bepaald bedrag zelf kosten heeft gemaakt voor medicijnen zonder recept, in 1998 en 1999

	1998 (n=194)	1999 (n=214)
Medicijnen zonder recept (bedrag in guldens)		
1 - 75	30,8	24,5
76 - 150	27,2	20,7
151 - 500	21,1	16,9
>500	3,8	3,1
onbekend	17,2	33,3

Uit tabel 5.7 blijkt dat het percentage patiënten dat voor een bepaald bedrag kosten heeft gemaakt enigszins is afgenomen. Er zijn afnames te zien in alle categorieën behalve in de categorie onbekend. Blijkbaar worden chronische patiënten door de 1-septembermaatregel ontzien, omdat ze vaker lagere bedragen aan medicijnen uitgeven en niet duidelijk meer kosten zijn gaan maken voor medicijnen zonder recept.

In tabel 5.8 wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten waarvan de huisarts de aandoening minder, gemiddeld of meer intermitterend acht. Er vanuit gaande dat onder patiënten met een intermitterende aandoening verhoudingsgewijs meer patiënten zijn die ook intermitterend geneesmiddelen gebruiken, kan verwacht worden dat deze groep financieel het meest getroffen is door de maatregel. De tabel laat zien dat deze verwachting niet opgaat voor patiënten die medicijnen met recept gebruikt hebben. Patiënten met minder, gemiddeld en meer

intermitterende aandoening hebben in 1999 minder vaak kosten voor medicijnen op recept gemaakt dan in 1998. De verwachting gaat echter wel op voor medicijnen zonder recept. De groep met een gemiddelde en de groep met een meer intermitterende aandoening hebben in 1999 vaker bijgedragen in de kosten dan in 1998. Deze trend is afwezig bij de groep patiënten met een minder intermitterende aandoening. Deze gegevens wijzen erop dat patiënten die geneesmiddelen intermitterend gebruiken meer kosten zijn gaan maken. Misschien hebben deze patiënten zelfzorgmiddelen niet vergoed gekregen en vaker een zelfzorgmiddel zonder recept en op eigen kosten aangeschaft.

Tabel 5.8 Aantal en percentage chronische patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen, naar de mate van intermitterend zijn van de aandoening, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
<i>Mate van intermitterend zijn van de aandoening</i>				
<i>Minder</i>				
Medicijnen met recept	305	24	308	14
Medicijnen zonder recept	313	23	311	22
<i>Gemiddeld</i>				
Medicijnen met recept	376	21	362	19
Medicijnen zonder recept	372	18	363	22
<i>Meer</i>				
Medicijnen met recept	205	34	202	15
Medicijnen zonder recept	206	25	205	32

De kosten die patiënten hebben gemaakt in 1999 ten opzichte van 1998 zijn ook per inkomensklasse berekend. Tabel 5.9 laat zien dat het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen met recept voor alle inkomensklassen is afgenomen tussen 1998 en 1999. Het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen zonder recept is voor de laagste inkomensklassen, met een netto maandinkomen van het huishouden onder de ziekenfondsgrens, ongeveer gelijk is gebleven. Het percentage patiënten, met een netto maandinkomen boven de ziekenfondsgrens, dat kosten heeft gemaakt voor medicijnen zonder recept is toegenomen van 25% in 1998 tot 31% in 1999.

Tabel 5.9 Aantal en percentage chronische patiënten dat zelf kosten heeft gemaakt voor medicijnen, per inkomensklasse, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
<i>Netto-maandinkomen van huishouden ligt:</i>				
<i>Onder het sociaal minimum</i>				
Medicijnen met recept	136	21	133	12
Medicijnen zonder recept	136	17	132	19
<i>Tussen sociaal minimum en ziekenfondsgrens</i>				
Medicijnen met recept	558	24	548	17
Medicijnen zonder recept	566	22	550	24
<i>Boven ziekenfondsgrens</i>				
Medicijnen met recept	180	32	174	18
Medicijnen zonder recept	178	25	180	31

6 CONCLUSIE

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de effecten van de uitsluiting van zogenoemde buiten-WTG-middelen van de ziekenfondsvergoeding per 1 september 1999. Daarbij is antwoord gegeven op de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1:

1. *Wat zijn de uitvoeringstechnische consequenties van de maatregel?*
2. *Wat zijn de effecten van de 1-septembermaatregel op het voorschrijfgedrag van huisartsen?*
3. *Wat zijn de gevolgen voor chronisch zieken, met name degenen met de laagste inkomens?*

Achtereenvolgens wordt ingegaan op deze drie vragen.

6.1 Uitvoeringsaspecten bij zorgverzekeraars

De uitvoeringstechnische aspecten, met name de controleerbaarheid van de maatregel, is onderzocht door het houden van interviews onder zorgverzekeraars. De interviews zijn gehouden bij een aselechte steekproef van tien zorgverzekeraars die tezamen ruim de helft van de Nederlandse bevolking tot hun verzekerdenbestand rekenen.

Meer dan de helft van de geïnterviewden vond dat de informatievoorziening rond de 1-septembermaatregel te wensen overliet: de informatie over de maatregel was onduidelijk, er waren interpretatieproblemen en men vond het niet goed dat voorschrijvers en afleveraars wel maar zorgverzekeraars niet waren geïnformeerd.

Over de controleerbaarheid van de maatregel waren de geïnterviewden eensgezind.

Zorgverzekeraars kunnen op basis van de bij hen binnenkomende declaraties niet controleren of de maatregel is uitgevoerd zoals bedoeld. Zorgverzekeraars kunnen dit wel door het steekproefsgewijs opvragen van recepten bij de apotheek, waarbij gecontroleerd kan worden of 'c.g.' op de recepten staat en (tot op zekere hoogte) of de eerste 15 dagen in rekening zijn gebracht. Een aantal verzekeraars voert dit soort controles uit. Het is praktisch niet mogelijk om te controleren of 'c.g.' terecht op het recept staat en ook niet of een recept eerst intramuraal is verstrekt; dit wordt dan ook niet gedaan.

Zorgverzekeraars krijgen weinig signalen dat de uitvoering van de 1-septembermaatregel bij de voorschrijvers tot problemen leidt. Meer dan de helft van de zorgverzekeraars rapporteert wel over problemen bij de afleveraars waar de patiënt met betaling wordt geconfronteerd; patiënten die middelen onregelmatig gebruiken (bijvoorbeeld patiënten met allergieën, huidproblemen of maag/darmproblemen) worden genoemd als categorie die door de maatregel wordt getroffen. Het belangrijkste probleem is, naar het oordeel van de zorgverzekeraars, dat de maatregel moeilijk controleerbaar is. Controle is namelijk niet mogelijk op basis van de ingediende declaraties. Daarnaast denken de zorgverzekeraars dat de maatregel niet leidt tot kostenbesparing, omdat zij de indruk hebben dat substitutie plaatsvindt naar duurdere WTG-middelen en vanwege de administratieve kosten als gevolg van de maatregel.

Met nadruk dient erop gewezen te worden dat de interviews de perceptie van de zorgverzekeraars reflecteren. Met name de beschreven effecten bij voorschrijvers en afleveraars zijn gebaseerd op een indirecte vorm van meten, namelijk de signalen die hierover bij de zorgverzekeraars binnenkomen.

6.2 Effecten op het voorschrijfgedrag van huisartsen

Om de effecten op het voorschrijfgedrag van de huisartsen te onderzoeken is gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Nagegaan is wat de effecten zijn op de aantallen voorschriften, in hoeverre mogelijk substitutie naar andere, wel voor vergoeding in aanmerking komende WTG-middelen is opgetreden en in hoeverre chronisch zieken door de maatregel zijn ontzien. Daarbij zijn steeds de laatste kwartalen van de jaren 1998 en 1999 met elkaar vergeleken.

De 1-septembermaatregel heeft duidelijk effecten gehad op de aantallen voorschriften. Het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik, (die geheel van vergoeding zijn uitgesloten), is bijna gehalveerd. Het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik, (die van vergoeding zijn uitgesloten voor niet-chronische patiënten), is met een kwart afgenomen. Omdat zelfzorgmiddelen een klein deel van de totale prescriptie uitmaken, is de invloed van de maatregel op het totaal aantal voorgeschreven middelen in de huisartspraktijk klein. Er is wel sprake van verschillen tussen praktijken in de mate waarin een afname plaats heeft gevonden. Praktijken met een veel sterkere afname dan het gemiddelde staan tegenover praktijken waar het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen zelfs is toegenomen.

Het effect van de maatregel is in hoge mate middelspecifiek. Onder de middelen bij kortdurend gebruik zorgt aciclovir (50 mg/g crème) voor bijna drie kwart van de daling van het totaal aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik. Onder de middelen bij langdurend gebruik zijn het paracetamol (500 mg tablet en 240 mg zetpil) en ibuprofen (400 mg dragee en 400 mg tablet) die ruim de helft van de daling van het totaal aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik voor hun rekening nemen. De afname van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik verschilt ook per indicatie. De drie indicaties met de grootste afnames zijn nekklachten, lage rugpijn en acute infectie van de bovenste luchtwegen. Daartegenover staan duidelijke toenames van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik bij obstipatie en niet-insuline afhankelijke diabetes.

Duidelijke aanwijzingen dat substitutie naar wel vergoede WTG-middelen met eenzelfde werking is opgetreden zijn er nauwelijks. Nagegaan is of substitutie heeft plaatsgevonden naar middelen met eenzelfde werking (ATC-code), maar in een andere toedieningsvorm of sterkte. Het aantal voorschriften van deze 'substitutiemiddelen' is weliswaar iets toegenomen maar lang niet in die mate waarin het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen is afgenomen. Tevens is mogelijke substitutie onderzocht doordat per indicatiegroep (ICPC-code) is nagaan of de afname van het aantal voorschriften van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik gepaard is gegaan met een toename van het aantal voorgeschreven andere middelen. Bij de meeste indicaties is een dergelijk patroon niet waarneembaar. Alleen bij dermatomycosen is een afname te zien van 22% van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik bij een gelijktijdige toename van 29% van het aantal andere voorschriften.

Patiënten met een chronische aandoening zijn door de maatregel ontzien; bij een, op basis van indicaties bij verwijzingen en prescripties, samengesteld bestand van patiënten met een chronische aandoening kon worden geconstateerd dat slechts een geringe daling heeft plaatsgevonden van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik. Bovendien is bij deze groep mogelijk enige substitutie opgetreden naar wel vergoede middelen met eenzelfde werking. Ook onder chronische gebruikers (gebruiken een middel meer dan drie maanden in een jaar tijd) heeft een geringe afname van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen plaatsgevonden, die is gecompenseerd door een toename van het aantal wel vergoede middelen met eenzelfde werking.

Bij deze bevindingen kunnen een aantal kanttekeningen geplaatst worden. Hoewel het duidelijk is dat er significante effecten zijn van de 1-septembermaatregel, wijzen een aantal zaken erop dat de maatregel nog niet voor de volle 100% is geïmplementeerd. Het feit dat zelfzorg-

middelen bij kortdurend gebruik nog steeds worden voorgeschreven, terwijl die geheel van vergoeding zijn uitgesloten wijst erop dat de maatregel hier nog niet geheel is doorgevoerd. Overigens is het hierbij goed mogelijk dat de betreffende patiënten er in de apotheek op worden gewezen dat deze middelen niet meer worden vergoed. Of de afname van 26% bij de voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik het maximale is, is moeilijk te zeggen omdat chronisch zieken (met uitzondering van de eerste 15 dagen) zijn ontzien. Niettemin vormen de aanzienlijke verschillen in afname tussen soorten middelen en daaraan gerelateerde indicaties een aanwijzing dat er nog meer mogelijk is. Het effect bij paracetamol en ibuprofen met daaraan gerelateerde indicaties als hoofdpijn, nekklachten, lage rugpijn en acute infectie van de bovenste luchtwegen is zeer sterk en verklaart voor een belangrijk deel de totale afname. De afnames bij middelen als carbasalaatcalcium en lactulose zijn veel minder sterk. Daarnaast zijn de grote verschillen tussen praktijken een aanwijzing dat verdere implementatie mogelijk is.

Een tweede kanttekening sluit hier direct bij aan. De in dit rapport geanalyseerde gegevens zijn gebaseerd op een periode van slechts vier maanden na de invoering van de maatregel. Bepaalde effecten kunnen pas op langere termijn optreden. Zo zijn in sommige Huisarts Informatie Systemen pas medio 2000 programma-aanpassingen doorgevoerd die huisartsen erop attent maken dat de uitgesloten middelen niet meer mogen worden voorgeschreven. Met name bij kleinere geneesmiddelen groepen, waarvan de arts niet direct paraat heeft dat die niet meer worden vergoed, kan dit effecten hebben. Maar ook tegengestelde ontwikkelingen, zoals substitutie naar andere wel vergoede middelen, zouden pas op langere termijn kunnen optreden.

Enige voorzichtigheid is geboden met de interpretatie van de indicaties, omdat nog slechts een klein deel van de LINH-praktijken de ICPC-code consequent bij recepten registreert. De gegevens zijn hier gebaseerd op tien praktijken die dit tamelijk volledig deden. Deze tien wijken weinig van de overige praktijken af in de mate van afname van het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen. Daarom kan aangenomen worden dat de geconstateerde tendensen zich ook bij andere praktijken hebben voorgedaan.

6.3 Effecten voor chronisch zieken

De gevolgen van de 1-septembermaatregel voor chronisch zieken zijn onderzocht met behulp van gegevens uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Hierbij is een vergelijking gemaakt van het gebruik en de kosten van medicijnen met en zonder recept tussen de jaren 1998 en 1999. Het betreft kosten en gebruik over het hele jaar.

Uit deze analyses blijkt dat het gebruik van medicijnen nauwelijks is veranderd. Dit geldt zowel voor medicijnen die op recept verkrijgbaar zijn als voor medicijnen die niet op recept verkrijgbaar zijn. Het geldt ook voor patiënten in verschillende inkomensklassen en voor patiënten met een meer of minder intermitterende aandoening. Het percentage patiënten dat betaald heeft voor op recept verkregen medicijnen is afgenomen en áls men heeft betaald zijn de bedragen lager. Deze afname geldt ook voor patiënten in verschillende inkomensklassen en voor patiënten met een meer of minder intermitterende aandoening. Het percentage patiënten dat heeft betaald voor niet op recept verkrijgbare medicijnen is over de hele linie gelijk gebleven. Dat geldt ook voor de daarmee gemoeide bedragen. Bij het uitsplitsen naar patiëntencategorieën blijkt dat patiënten met een inkomen boven de ziekenfondsgrens en patiënten met een intermitterende aandoening iets vaker kosten hebben gemaakt dan andere patiënten.

Bij deze gegevens zijn drie kanttekeningen te maken. In de eerste plaats betreft het gegevens over een heel jaar, terwijl de maatregel in 1999 alleen in de laatste vier maanden van kracht is. Eventuele effecten worden daardoor gedempt. Ten tweede is de vergelijking tussen 1998 en 1999 verstoord doordat in 1998 de Algemene Eigen Bijdrageregeling nog van kracht was. De afname van het percentage patiënten dat kosten heeft gemaakt en de afname van de daarmee

gemoede bedragen is hierdoor te verklaren. Vanuit het oogpunt van evaluatie van beleidsmaatregelen verdient het aanbeveling minimaal een jaar in te lassen tussen twee zo sterk in elkaars verlengde liggende maatregelen. Ten derde is in dit onderzoek alleen gekeken naar 'algemene' effecten. Dit betekent dat er voor individuele chronisch zieken wel degelijk effecten kunnen zijn opgetreden.

Niettemin kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat de financiële effecten voor chronisch zieken over het algemeen uiterst gering zijn geweest. Dit valt op te maken uit het feit dat slechts 16% van de chronisch zieken überhaupt heeft betaald voor op recept verkregen medicijnen en dan nog vaak minder dan 75 gulden op jaarbasis. De enige echte aanwijzing voor een mogelijk effect van de maatregel is dat patiënten met een intermitterende aandoening iets vaker zijn gaan betalen voor niet op recept verkrijgbare medicijnen.

6.4 Eindconclusie

Dit onderzoek laat zien dat de 1-septembermaatregel aanmerkelijke effecten heeft gehad op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen is na invoering van de maatregel aanzienlijk afgenomen. Er zijn weinig aanwijzingen voor substitutie naar wel vergoede middelen met dezelfde werkzame stof en patiënten met chronische klachten lijken inderdaad te zijn ontzien. Deze effecten zijn opmerkelijk gezien het feit dat de zorgverzekeraars de 1-septembermaatregel moeilijk kunnen controleren. Mogelijk speelt hierbij een rol dat het uitsluiten van middelen als paracetamol en ibuprofen van ziekenfondsvergoeding voor voorschrijvers en patiënten redelijk acceptabel is.

Tot slot passen bij dit onderzoek in algemene zin nog een paar opmerkingen. Bij alle drie de onderdelen van het onderzoek speelt dat de maatregel nog 'vers' is. Eventuele effecten kunnen pas later optreden. Verder vallen, zoals in de inleiding van dit rapport is gesteld, de financiële effecten buiten het kader van dit onderzoek (die worden op basis van het Geneesmiddelen Informatie Project uitgezocht). Een getalsmatig geringe substitutie naar veel duurdere middelen kan een groot deel van de besparing teniet doen. Ten derde vallen voorschrijvers, afleveraars en patiënten eveneens buiten het bestek van dit onderzoek; de vraag waarom de waargenomen effecten zijn opgetreden kan daarom niet worden beantwoord.

De vraag in hoeverre de middelen rechtmatig zijn voorgeschreven is op basis van dit onderzoek niet eenduidig beantwoord. Het is duidelijk dat er effecten zijn, maar ook dat de effecten groter hadden kunnen zijn. Tevens blijkt dat zorgverzekeraars de rechtmatigheid zonder hoge extra kosten (men moet gaan controleren bij voorschrijvers en afleveraars zelf) niet kunnen vaststellen. Gegeven het ontbreken van effectieve controle bestaat het gevaar dat ongelijkheid voor de patiënt optreedt, omdat de ene voorschrijver veel coulanter kan zijn bij het voorschrijven van zelfzorgmiddelen en het bijschrijven van 'c.g.' dan de andere. De vraag is in hoeverre dit nadeel opweegt tegen het duidelijke effect van de maatregel, zeker als verdere implementatie nog kan worden bevorderd door bijvoorbeeld extra informatie te geven.

LITERATUUR

- Bakker, D.H. de, Abrahamse, H., Hoogen, H. van den, Braspenning, J., Althuis, T. van, Rutten, R. Jaarrapport LINH 1998. Utrecht: Nivel/WOK, 1999.
- Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1999. Amstelveen: Medisch farmaceutische voorlichting, 1982.
- Hoonhout, L. De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg. Scriptie Klinische Informatiekunde AMC, 1999.
- Hutten, J.B.F., Ros, C.C., Delnoij, D.M.J. Evaluatie algemene eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de algemene eigen-bijdrageregeling. Utrecht: Nivel, 1998.
- Lamberts, H., Woods, M. (Eds). International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Loonen, A., Sillevius Smit, J., Wassenberg, H. Chronische patiënten de dupe. Problemen bij uitvoering 1-septembermaatregel. Medisch Contact 55, 7, 239-240, 2000.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Standaardisatie van chroniciteitsbegrippen. Vooronderzoek naar het definiëren en specificeren van chroniciteit van gezondheidsproblemen ten behoeve van classificaties. Zoetermeer: NRV, 1995.
- Rijken, P.M., Foets, M., Peters, L., Bruin, A.F. de, Dekker, J. Patiëntenpanel chronisch zieken. Kerngegevens 1998. Utrecht: Nivel, 1999.
- Steultjens, M.P.M., Dekker, J., Bosveld, W. Financiële gevolgen van de voorstellen tot wijziging van de lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Utrecht: Nivel, 1997.
- Velden, K. van der. General practice at work. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- Verest, O., Pelikan, Z. Septembermaatregel miskent allergiepatiënt. Pharmaceutisch Weekblad 134, 46, 134, 1999.
- Ziekenfondsraad. Uitsluiten buiten-WTG-geneesmiddelen. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1999.

BIJLAGEN

- Bijlage 1: Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg
- Bijlage 2: Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)
- Bijlage 3: Zorgverzekeraars en hun geïnterviewde contactpersonen
- Bijlage 4: Interviewprotocol voor het interview over de 1-septembermaatregel
- Bijlage 5: Verschillen tussen praktijken
- Bijlage 6: Indicaties van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik
- Bijlage 7: Indicaties van de tien meest frequent voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik
- Bijlage 8: Totale prescriptie en prescriptie van zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik naar indicatiegroep (ICPC-codes), per 1000 patiënten
- Bijlage 9: Gebruik van bepaalde middelen per inkomensklasse

BIJLAGE 1 HET LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG

Doel LINH

Doel van LINH is het verzamelen van representatieve monitoring-informatie omtrent de door huisartsen verleende zorg. Deze informatie is van belang voor het landelijk beleid van beroepsgroep, verzekeraars en overheid omdat met cijfers onderbouwd kan worden laten zien welke bijdrage de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert. Daarnaast is inzicht in het huisartsgeneeskundig handelen van belang voor de kwaliteitsbevordering. Dit om inzicht te krijgen in de toepassing en haalbaarheid van NHG-standaarden.

Wat wordt in LINH verzameld?

- a. Op continue basis worden diagnosespecifieke gegevens over verwijzingen, contacten, medicijnvoorschriften en aanvragen van laboratoriumdiagnostiek verzameld alsmede enkele gegevens over de samenstelling van de praktijkpopulatie;
- b. Op periodieke basis worden gegevens rond specifieke onderwerpen verzameld als NHG-standaarden en preventieve programma's in de huisartspraktijk.

Werkwijze

De gegevens worden verzameld op basis van de geautomatiseerde registratie in de huisartspraktijk. Alleen huisartspraktijken die werken met de medische module van een Huisarts Informatie Systeem dat voldoet aan de eisen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap kunnen daarom meedoen aan LINH. Het uitgangspunt van LINH is dat de informatieverzameling het betrouwbaarst is als zo weinig mogelijk wordt geïnterfereerd met de praktijkvoering. Niettemin is extra programmatuur nodig om te zorgen dat de vereiste informatie consequent en op de juiste plek wordt ingevoerd. Daarnaast beschikt LINH over programmatuur om gegevens uit de computers van de huisartsen te extraheren. Tenslotte is in LINH deskundigheid aanwezig om op ad hoc-basis elektronische vragenlijsten rond specifieke onderwerpen in te bouwen in de computers van de huisartsen.

Deelnemers

LINH groeit toe naar 100 huisartspraktijken (stand oktober 1999: 85) met circa 160 FTE huisartsen en bijna 400.000 ingeschreven patiënten. De gezamenlijke praktijkpopulaties van de deelnemende huisartspraktijken vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking. De deelnemende praktijken zijn ook goed gespreid over Nederland naar regio en urbanisatiegraad. Wel vormen de LINH-praktijken een selectie qua automatiseringsgraad. De automatiseringsgraad van huisartsen in Nederland neemt echter snel toe, zodat de kans op vertekening van de resultaten van LINH hierdoor steeds geringer wordt. LINH werkt met huisartspraktijken van vijf van de zes Huisarts Informatie Systemen, te weten MicroHIS, Promedico, Elias, MacHIS en Arcos.

Participanten en financiers

LINH is een samenwerkingsverband van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht. LINH wordt gefinancierd door het ministerie van VWS, het NHG en de LHV.

Aanvragen van derden

LINH staat in beginsel open voor aanvragen van derden. De Stuurgroep LINH, bestaande uit vertegenwoordigers van de participanten, is verantwoordelijk voor de onderzoeksprogrammering en ziet toe op de correcte afhandeling van de afgesproken procedures.

Meer informatie

Gedetailleerd informatie over de opzet van LINH vindt u in:
De Bakker, D.H. e.a., Jaarrapport LINH 1998. Utrecht: Nivel/WOK 1999 of op
WWW.LINH.NL

BIJLAGE 2 HET PATIËNTENPANEL CHRONISCH ZIEKEN (PPCZ)

Doel

De doelstelling van het PPCZ is het verzamelen van beleidsrelevante informatie over de ervaringen, wensen, en opvattingen van chronisch zieken in Nederland vanuit een expliciet gebruikersperspectief: informatie over eigen preferenties, de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de effecten van beleidsmaatregelen, de maatschappelijke positie, et cetera. Het panel heeft een monitorfunctie, zodat verschuivingen in de tijd kunnen worden gesignaleerd. Naast deze monitoring, biedt het PPCZ ruimte voor het behandelen van actuele onderwerpen en verdiepingsstudies.

Wat wordt in het PPCZ verzameld?

Twee keer per jaar worden gegevens verzameld met betrekking tot de zorg (behoefte, gebruik, oordeel over de kwaliteit), de maatschappelijke positie (financiële situatie, arbeidsparticipatie, tijdsbesteding en sociale participatie) en de kwaliteit van leven van chronisch zieken. Op incidentele basis worden gegevens verzameld rond ad hoc (op dat moment vaak actuele) onderwerpen rond de positie van chronisch zieken.

Werkwijze

Gegevens worden verzameld door middel van schriftelijke en telefonische enquêtes. De schriftelijke enquête vindt twee keer per jaar plaats, in april en in oktober. De vragenlijst bevat een aantal vaste vragen die jaarlijks terugkeren in verband met de monitorfunctie, en een aantal incidentele vragen ten behoeve van aparte deelstudies, die door de programmacommissie worden vastgesteld.

Daarnaast vindt één keer per jaar een telefonische enquête plaats onder een deel van de panelleden. Het moment en onderwerp van de telefonische enquête staan niet vooraf vast, maar worden bepaald door de programmacommissie op grond van relevante onderwerpen in de actualiteit.

Deelnemers

Aan het panel wordt deelgenomen door circa 2500 chronisch zieken. Deze chronisch zieken zijn geselecteerd door huisartsen uit 56 huisartspraktijken afkomstig uit een landelijke steekproef. De huisartsen hebben uit hun praktijkpopulatie niet-geïnstitutionaliseerde patiënten van 15 jaar en ouder geselecteerd die aan een door de arts gediagnostiseerde somatische aandoening lijden waarbij sprake is van een pathologisch proces en die in principe irreversibel is. Omdat de deelnemende huisartspraktijken een geringe afwijking vertoonden naar regio en urbanisatiegraad van de vestigingsplaats ten opzichte van de populatie van huisartspraktijken in Nederland, worden de gegevens van de panelleden hiervoor gecorrigeerd door middel van poststratificatie. Daarmee kunnen landelijk representatieve cijfers worden gepresenteerd.

Participanten en financiers

Het patiëntenpanel is een initiatief van het Fonds voor Chronisch Zieken en wordt uitgevoerd door het Nivel. Het PPCZ wordt mede gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Aanvragen van derden

Het panel staat in beginsel open voor aanvragen van derden. Een breed samengestelde programmacommissie, waarin chronisch zieken zelf vertegenwoordigd zijn door het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken, is verantwoordelijk voor de onderzoeksprogrammering en ziet toe op de correcte afhandeling van de afgesproken procedures.

Meer informatie

Een gedetailleerde beschrijving van het panel vindt u in:
Rijken, P.M. e.a., Patiëntenpanel Chronisch Zieken; Kerngegevens 1998. Utrecht, Nivel 1999.

BIJLAGE 3 ZORGVERZEKERAARS EN HUN GEÏNTERVIEWDE CONTACT-PERSONEN

De volgende zorgverzekeraars en personen zijn geïnterviewd over de uitvoeringstechnische consequenties van de 1-septembermaatregel:

ANOVA Zorgverzekeringen	dhr. Kroon	adviserend apotheker
De Friesland Zorgverzekeraar	dhr. Wielinga	sectie hoofd aanspraken
	dhr. Westra	aanspreekpunt farmacie
Groene Land Verzekeringen	dhr. Salemink	adviserend geneeskundige
NUTS Verzekeringen	mw. van Rooij	beleidsmedewerker Zorgsturing en preventie
	dhr. van den Heuvel	teamleider declaraties
Salland Zorgverzekeringen	dhr. van der Most	beleidsmedewerker
Univé Verzekeringen	mw. Schenk	account-manager farmacie
VGZ Verzekeringen	dhr. Broeren	apotheker
ZAO Zorgverzekeringen	dhr. van Dijk	adviserend geneeskundige
Zilveren Kruis Verzekeringen	dhr. Krijnen	beleidsmedewerker farmacie
	dhr. Smeets	datamanager

Eén zorgverzekeraar wilde anoniem blijven.

BIJLAGE 4 INTERVIEWPROTOCOL VOOR HET INTERVIEW OVER DE 1-SEPTEMBERMAATREGEL

Algemeen

- Wat is uw functie?
- Hoeveel verzekerden zijn aangesloten bij de zorgverzekeraar waar u werkzaam bent?
- Is er ook een particuliere poot?
- Zo ja, wat is de invloed van de 1-septembermaatregel op de particuliere poot?

In- en uitvoering van de 1-septembermaatregel door zorgverzekeraars

- Kunt u in het kort het proces omschrijven van hoe een recept van de voorschrijver bij de afleveraar komt en hoe de rekening daarvan bij de zorgverzekeraar terecht komt?
- Wat zijn in het algemeen de consequenties van de 1-septembermaatregel voor de betrokkenen (voorschrijvers, afleveraars en zorgverzekeraars)?
- Kunt u een omschrijving geven van de werkzaamheden die door de zorgverzekeraar worden verricht ten behoeve van de uitvoering van de 1-septembermaatregel?
- Welke (andere) problemen heeft u ervaren met betrekking tot de invoering van de regeling?
- Welke (andere) problemen ervaart u met betrekking tot de uitvoering van de regeling?

Controle door zorgverzekeraars

- Hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om te controleren of de maatregel wordt nageleefd? Hoe? Bestaan daar richtlijnen voor?
- Is het mogelijk om te controleren op 'c.g.' (chronisch gebruik) op recepten?
- Is het mogelijk om te controleren of een eerste recept in rekening is gebracht?
- Is het mogelijk om te controleren of een recept eerst intramuraal en daarna extramuraal verstrekt is?
- Is het mogelijk om te controleren of er substitutie plaats vindt naar (duurdere) WTG-middelen?

Specifieke uitvoeringsproblemen bij voorschrijvers

- Er wordt in de 1-septembermaatregel een onderscheid gemaakt tussen chronische aandoeningen en chronisch gebruik. In hoeverre leidt dit tot problemen? Welke?
- Leidt de 15-dagenregeling tot onduidelijkheden en/of problemen bij de voorschrijvers? Welke?
- Welke signalen krijgt u als zorgverzekeraar van de voorschrijvers als er zich problemen voordoen?

Specifieke uitvoeringsproblemen bij de afleveraars

- Welke problemen doen zich bij de afleveraars voor m.b.t. de 1-septembermaatregel?
- Welke signalen krijgt u als zorgverzekeraar van de afleveraars als er zich problemen voordoen?

Specifieke problemen bij specifieke categorieën patiënten

- Welke categorieën patiënten hebben vooral met de 1-septembermaatregel te maken gekregen en bij wie heeft dat tot problemen geleid? Wat houden die problemen in?
- Krijgt u klachten van patiënten? Om wat voor klachten gaat het? Hoe bereiken die klachten u?

Specifieke problemen bij specifieke middelen

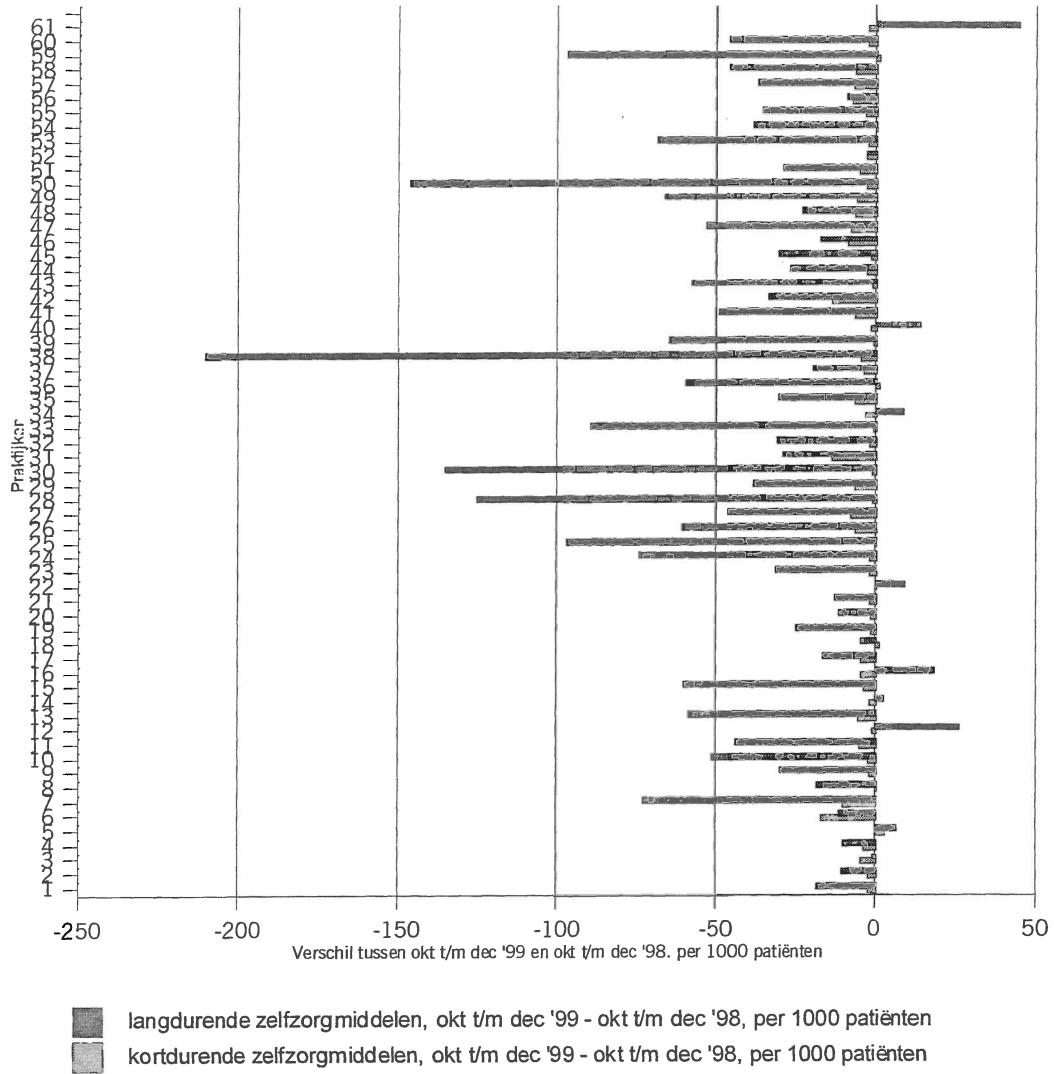
- Bij welke middelen doen zich problemen voor als gevolg van de invoering van de 1-septembermaatregel?
- Om welke problemen gaat het?

Algemeen oordeel over de regeling

- Heeft de regeling het gewenste effect?
 - wat betreft lagere kosten?
 - wat betreft het ontzien van patiënten met chronische klachten?
- Geef een top-drie van problemen die zich voordoen als gevolg van de 1-septembermaatregel

BIJLAGE 5 VERSCHILLEN TUSSEN PRAKTIJKEN

Figuur 1: Verschil in zelfzorgmiddelen, per praktijk, per 1000 patiënten*



BIJLAGE 6 INDICATIES VAN DE TIEN MEEST FREQUENT VOORGESCHREVEN ZELFZORGMIDDELEN BIJ KORTDUREND GEBRUIK

geneesmiddel	verschil tussen okt-dec.'98 en okt-dec.'99 (in absolute aantallen)	% daling van de top-10
TRACTUS DIGESTIVUS		
laxantia		
<u>natriumfosfaat klysma (colex):</u>		
Voor lediging van het rectum, het sigmoïd en het onderste gedeelte van het colon descendens bij incidentele obstipatie. Ter eliminatie van bariumimpacten. Ter voorbereiding van medische en diagnostische ingrepen en bij bevalling.	9	1,6%
DERMATOLOGICA		
antimycotica		
<u>clotrimazol 10mg/g crème:</u>		
Dermatomycosen veroorzaakt door dermatofyten (Trichophyton-, Epidermophyton-en Microsporumsoorten), gisten (Candida-soorten) en overige schimmels zoals Malassezia furfur (veroorzaakt pityriasis versicolor).	1	0,2%
<u>econazol 10mg/g crème:</u>		
Dermatomycosen veroorzaakt door dermatofyten (Trichophyton-, Epidermophyton-en Microsporumsoorten), gisten (Candida-soorten) en overige schimmels zoals Malassezia furfur (veroorzaakt pityriasis versicolor). Erythrasma.	2	0,4%
<u>sulconazol 10mg/g crème:</u>		
Dermatomycosen veroorzaakt door dermatofyten (Trichophyton-, Epidermophyton-en Microsporumsoorten), gisten (Candida-soorten) en overige schimmels zoals Malassezia furfur (veroorzaakt pityriasis versicolor).	19	3,4%
<i>subtotaal antimycotica</i>	22	4,0%
antivirale middelen voor lokaal gebruik		
<u>aciclovir 50mg/g crème:</u>		
Behandeling van herpes simplex-infecties van de huid, zoals initiële herpes genitalis en herpes labialis ('koortslip') in een vroeg stadium, bij immunocompetente patiënten.	437	78,5%
<u>penciclovir 10 mg/g crème:</u>		
Behandeling van recidiverende herpes labialis-infecties bij immunocompetente patiënten.	11	2,0%
<i>subtotaal antivirale middelen</i>	448	80,5%

- vervolg tabel bijlage 6 -

- vervolg tabel bijlage 6 -

geneesmiddel	verschil tussen okt-dec.'98 en okt-dec.'99 (in absolute aantallen)	% daling van de top-10
<u>chloorhexidine 40 mg/ml zeep:</u>		
Huid-en wondontsmetting. (Pre-operatieve) desinfectie van de handen.		
Desinfectie van operatiegebied. Desinfectie bij blaascatheterisaties, verwisseling van suprapubische catheters, resecties en andere handelingen waarbij catheterslijm zonder anaestheticum is gewenst (rectoscopie, protoscopie en het inbrengen van instrumenten zonder anesthesie).	5	0,9%
<u>povidonjood 75 mg/ml shampoo:</u>		
Desinfectie van huid en wonden. Profylaxe en behandeling van oppervlakkige infecties van beschadigde huid. Brandwonden.	16	2,9%
<i>subtotaal antiseptica en desinfectantia</i>	36	6,5%
overige		
<u>seleensulfide 25 mg/ml schudmixtuur:</u>		
Symptomatische behandeling van seborroe van de hoofdhuid.		
Pityriasis versicolor.	42	7,5%
totaal	557	100%

Bron: Farmacotherapeutisch Kompas/LINH

BIJLAGE 7 INDICATIES VAN DE TIEN MEEST FREQUENT VOORGESCHREVEN ZELFZORGMIDDELEN BIJ LANGDUREND GEBRUIK

geneesmiddel	verschil tussen okt-dec.'98 en okt-dec.'99 (in absolute aantallen)	% daling van de top-10
CENTRALE ZENUWSTELSEL (NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN)		
vertigomiddelen		
<u>cinnarizine 25 mg tablet:</u>		
Vertigo ten gevolge van een vastgestelde functionele stoornis van het vestibulaire systeem. Reiziekte. Allergische aandoeningen.	96	1,9%
BLOED		
Antithrombotica, trombocytenuwstelselremmers		
<u>carbasalaatcalcium 100 mg poeder:</u>		
Secundaire preventie na TIA en niet-invaliderend herseninfarct, mits intracerebrale bloedingen zijn uitgesloten. Secundaire preventie van myocardiinfarct. Preventie van cardiovasculaire morbiditeit bij stabiele angina pectoris. Instabiele angina pectoris. Preventie van graft-occlusie na aorta-coronaire bypass. [Preventie van trombose bij shunt voor nierdialyse].	17	0,3%
TRACTUS DIGESTIVUS		
Laxantia		
<u>lactulose 670mg/ml stroop:</u>		
Obstipatie. Portale systemische encefalopathie: ter behandeling en preventie van (pre)coma hepaticum.	92	1,8%
DERMATOLOGICA		
Antimycotica		
<u>miconazol 20 mg/g crème:</u>		
Dermatomyosen veroorzaakt door dermatofyten (Trichofyton-, Epidermofyton- en Microsporumsoorten), gisten (Candida-soorten) en overige schimmels zoals Malassezia furfur (veroorzaakt pityriasis versicolor).	515	10,3%
ANALGETICA		
prostaglandinesynthetaseremmers		
<u>carbasalaatcalcium 100 mg poeder:</u>		
Koorts en pijn bij griep en verkoudheid en na vaccinatie. Hoofdpijn, kiespijn, menstratiepijn, spit, spier-, zenuw- en reumatische pijn. Symptomatische behandeling van migraine-aanvallen in aanwezigheid van misselijkheid en braken in combinatie met metoclopramide. Acut en chronisch gewrichtsreuma.	17	0,3%

- vervolg tabel bijlage 7 -

- vervolg tabel bijlage 7 -

geneesmiddel	verschil tussen okt-dec '98 en okt-dec.'99 (in absolute aantallen)	% daling van de top-10
<u>ibuprofen 400 mg tablet:</u>		
Hoofdpijn. Koorts en pijn bij griep, verkoudheid en na vaccinatie. Postoperatieve pijn. Kiespijn en pijn na tandheelkundige ingrepen. Primaire dysmenorroe. De Retardtablet is niet geschikt voor de behandeling van acute pijn. Reumatoïde arthritis, spondylitis ankylopoetica; degeneratieve gewrichtsaandoeningen. Extra- articulaire aandoeningen zoals peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis, tendovaginitis, bursitis, synovitis en tendinitis.		
	500	10,0%
<u>ibuprofen 400 mg dragee:</u>		
Hoofdpijn. Koorts en pijn bij griep, verkoudheid en na vaccinatie. Postoperatieve pijn. Kiespijn en pijn na tandheelkundige ingrepen. Primaire dysmenorroe. De Retardtablet is niet geschikt voor de behandeling van acute pijn. Reumatoïde arthritis, spondylitis ankylopoetica; degeneratieve gewrichtsaandoeningen. Extra- articulaire aandoeningen zoals peri-arthritis humeroscapularis, epicondylitis, tendovaginitis, bursitis, synovitis en tendinitis.		
	1035	20,7%
<i>subtotaal prostaglandinesynthetaseremmers</i>	1767	35,4%
overige niet-opioïden		
<u>paracetamol 500 mg tablet:</u>		
Koorts en pijn bij griep en verkoudheid en na vaccinatie. Hoofdpijn, kiespijn, zenuwpijn, spit, spierpijn en menstratiepijn.		
	2109	42,2%
<u>paracetamol 240mg zetpil:</u>		
Koorts en pijn bij griep en verkoudheid en na vaccinatie. Hoofdpijn, kiespijn, zenuwpijn, spit, spierpijn en menstratiepijn.		
	400	8,0%
<i>subtotaal overige niet-opioïden</i>	2509	50,2%
<i>subtotaal analgetica</i>	4276	85,5%
ALLERGISCHE AANDOENINGEN		
antihistaminica (H₁-receptorantagonisten)		
<u>cetirizine 10mg tablet:</u>		
Seizoengebonden en niet-seizoengebonden rhinitis, seizoengebonden conjunctivitis, urticaria.		
	2	0,0%
totaal	4998	100%

Bron: Farmacotherapeutisch Kompas/LINH

BIJLAGE 8 TOTALE PRESCRIPTIE EN PRESCRIPTIE VAN ZELFZORGMIDDELEN BIJ LANGDUREND GEBRUIK NAAR INDICATIEGROEP (ICPC-CODES), PER 1000 PATIËNTEN

ICPC-code*	totale prescriptie '98	totale prescriptie '99	zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik '98	zelfzorgmiddelen bij langdurend gebruik '99
A99. Andere gegen./niet-gespec. ziekten	443,4	435,6	48,0	33,6
A. Algemeen en niet gespecificeerd rest	56,2	55,4	3,8	2,6
B. Bloed en bloedvormende organen	13,7	15,8	0,8	0,5
D12. Obstipatie	5,8	6,7	2,5	3,2
D. Tractus digestivus rest	82,7	76,0	10,9	8,0
F. Oog	21,4	19,0	1,0	1,1
H. Oor	40,8	31,4	2,7	1,0
K86. Hypertensie z. orgaanbeschadiging	113,7	91,4	5,3	5,0
K. Tractus circulatoris rest	82,2	94,6	5,2	5,1
L01. Nek symptomen/klachten	10,1	8,6	1,8	0,7
L03. Lage-rugpijn zonder uitstraling	26,1	19,6	6,0	2,5
L. Bewegingsapparaat rest	145,0	122,7	16,0	8,9
N01. Hoofdpijn	12,3	11,8	1,9	1,6
N. Zenuwstelsel rest	32,7	24,9	4,8	2,4
P. Psychische problemen	96,9	90,3	3,4	2,5
R74. Acute infectie bovenste luchtw.	46,5	35,5	4,4	1,1
R95. Emfyseem/COPD	16,8	17,4	1,0	0,5
R. Tractus respiratorius rest	307,7	285,4	8,2	6,0
S74. Dermatomyosen	13,9	15,0	5,6	4,4
S. Huis en subcutis rest	124,0	118,8	10,6	7,3
T902. Niet-insuline afhankelijke diabetes	41,4	50,7	1,8	2,4
T. Endocr. klieren/metab./voeding rest	18,6	18,9	0,7	0,7
U. Urinewegen	33,2	29,8	1,8	0,8
W. Zwangerschap, bevalling, anticonceptie	36,4	33,3	1,2	0,8
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	49,6	44,3	3,1	2,2
Y. Geslachtsorganen en borsten man	9,9	9,7	0,8	0,7
Z. Sociale problemen	11,6	13,6	0,3	0,1
Totaal	1892,4	1776,0	153,5	105,8

* De letters A t/m Z geven de desbetreffende ICPC-hoofdstukken weer. De cijfers bij de letters geven afzonderlijke diagnoses binnen een ICPC-hoofdstuk weer. Afzonderlijke diagnoses zijn alleen opgenomen indien ze meer dan 1,0% van het totaal aantal in 1998 of 1999 uitmaken.

BIJLAGE 9 GEBRUIK VAN BEPAALDE MIDDELEN PER INKOMENSKLASSE

Tabel 1 Aantal en percentage chronische patiënten met een gezinsinkomen onder het sociaal minimum in 1998 die een bepaald middel over een periode van 14 dagen gebruikt heeft, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Pijn- en koortswerende middelen				
met recept	156	30	155	30
zonder recept	154	16	154	19
Medicijnen tegen hoest, verkoudheid etc.				
met recept	156	9	155	12
zonder recept	154	8	154	8
Versterkende middelen (zoals vitaminen)				
met recept	156	8	155	6
zonder recept	154	7	154	6
Medicijnen voor hart, bloedvaten en -druk				
met recept	156	45	155	45
zonder recept	154	1	154	1
Laxeermiddelen				
met recept	156	5	155	7
zonder recept	154	1	154	1
Medicijnen voor maag- en darmklachten				
met recept	156	18	155	16
zonder recept	154	1	154	1
Slaap- en kalmeringsmiddelen				
met recept	156	26	155	24
zonder recept	154	1	154	1
Medicijnen voor de huid				
met recept	156	14	155	12
zonder recept	154	2	154	2
Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen				
met recept	156	27	155	25
zonder recept	154	2	154	3

Tabel 2 Aantal en percentage chronische patiënten met een 'gemiddeld' gezinsinkomen in 1998 die een bepaald middel over een periode van 14 dagen gebruikt heeft, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Pijn- en koortswerende middelen				
met recept	621	23	614	23
zonder recept	615	21	607	17
Medicijnen tegen hoest, verkoudheid etc.				
met recept	621	11	614	12
zonder recept	615	8	607	7
Versterkende middelen (zoals vitaminen)				
met recept	621	6	614	8
zonder recept	615	10	607	8
Medicijnen voor hart, bloedvaten en -druk				
met recept	621	39	614	42
zonder recept	615	1	607	1
Laxeermiddelen				
met recept	621	4	614	6
zonder recept	615	1	607	1
Medicijnen voor maag- en darmklachten				
met recept	621	16	614	16
zonder recept	615	1	607	2
Slaap- en kalmeringsmiddelen				
met recept	621	17	614	15
zonder recept	615	1	607	2
Medicijnen voor de huid				
met recept	621	13	614	11
zonder recept	615	2	607	1
Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen				
met recept	621	16	614	18
zonder recept	615	2	607	4

Tabel 3 Aantal en percentage chronische patiënten met een gezinsinkomen boven de ziekenfondsgrens in 1998 die een bepaald middel over een periode van 14 dagen gebruikt heeft, in 1998 en 1999

	1998		1999	
	n	%	n	%
Pijn- en koortswerende middelen				
met recept	193	19	191	25
zonder recept	190	32	191	20
Medicijnen tegen hoest, verkoudheid etc.				
met recept	193	8	191	13
zonder recept	190	7	191	9
Versterkende middelen (zoals vitaminen)				
met recept	193	8	191	8
zonder recept	190	10	191	16
Medicijnen voor hart, bloedvaten en -druk				
met recept	193	19	191	22
zonder recept	190	0	191	1
Laxeermiddelen				
met recept	193	3	191	4
zonder recept	190	1	191	1
Medicijnen voor maag- en darmklachten				
met recept	193	16	191	18
zonder recept	190	3	191	0
Slaap- en kalmeringsmiddelen				
met recept	193	12	191	11
zonder recept	190	2	191	2
Medicijnen voor de huid				
met recept	193	13	191	15
zonder recept	190	2	191	2
Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen				
met recept	193	14	191	15
zonder recept	190	0	191	2

Enkele NIVEL-rapporten:

Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Kerngegevens 1998
Auteurs: P.M.Rijken, M.Foets, L.Peters, A.F.de Bruin, J.Dekker
Utrecht: Nivel, 1999, 98 pag., fl 19,00

In dit rapport zijn de gegevens van 1998 met betrekking tot de kwaliteit van leven, gebruik en kwaliteit van zorg, en maatschappelijke positie van mensen met chronische aandoeningen beschreven. Daar waar mogelijk is een vergelijking gemaakt met gegevens afkomstig van de algemene bevolking. Enkele uitkomsten van het onderzoek zijn: mensen met een chronische aandoening ervaren een slechtere kwaliteit van leven dan de algemene bevolking, zij oordelen over het algemeen zeer positief over de zorg van de huisarts en de fysiotherapeut, qua inkomen verkeren zij in een slechtere positie dan de algemene bevolking. Voor meer specifieke uitkomsten zijn telkens enkele mogelijke determinanten in de beschrijving betrokken, zoals sekse, leeftijd, opleiding, voornaamste inkomensbron, verzekeringsvorm, indexziekte, ziekteduur, aantal chronische aandoeningen en aantal lichamelijke beperkingen.

Jaarrapport LINH 1998: contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.
Auteurs: D. de Bakker, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten
Utrecht: Nivel/WOK, 1999, 66 pag., fl. 14,00

In dit rapport vindt u cijfers over aantallen contacten met de huisartsenpraktijk, aantallen voorschriften van geneesmiddelen, aantallen verwijzingen naar de specialist en naar de eerste lijn over het jaar 1998. De cijfers zijn uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en (soms) naar diagnose en er wordt vergeleken met voorafgaande jaren. De cijfers zijn afkomstig uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, een samenwerkingsverband van de LHV, het NHG, het Nivel en de WOK. In dit landelijk representatieve netwerk worden gegevens geregistreerd in de computers van in 1998 circa 70 huisartsenpraktijken.

