



## Onderzoek Goudriaan heeft vervolg nodig

**Auteur(s):**

W. Groot

*De auteur is hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit Maastricht. [w.groot@beoz.unimaas.nl](mailto:w.groot@beoz.unimaas.nl)***Verschenen in:**

ESB, 89e jaargang, nr. 4447, pagina 574, 26 november 2004

**Rubriek:**

reactie

**Trefwoord(en):**

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, was de uitgavenstijging bij geneesmiddelen tussen 1994 en 2002 minder dan de totale gemiddelde uitgavenstijging in de gezondheidszorg (vergelijk bijvoorbeeld toez, 2004). Afgezien van de vraag of de uitgaven aan geneesmiddelen de pan uit rijzen, is misschien nog wel belangrijker of deze kostenstijging maatschappelijk ongewenst is. Twee vragen spelen hierbij een rol. De eerste is hoe de toename in de uitgaven aan geneesmiddelen zich verhoudt tot de waarde van de gezondheidswinst die hiermee wordt bereikt. De tweede is of uitgaven aan geneesmiddelen elders binnen de gezondheidszorg tot besparingen leiden. Dit laatste aspect staat centraal in het artikel van Goudriaan.

Inzicht in de besparingen op de kosten voor intramurale zorg als gevolg van uitgaven aan geneesmiddelen is van belang voor een efficiënte verdeling van het macrobudget voor de gezondheidszorg. Het biedt verder een antwoord op de vraag of een toename van de kosten van geneesmiddelen maatschappelijk gewenst is. In dit licht bezien zijn de bevindingen in het artikel van Goudriaan waardevol. Dit neemt niet weg dat er kanttekeningen zijn te maken bij het artikel.

### Het model van Lichtenberg

Goudriaan gebruikt coëfficiënten uit een onderzoek van Lichtenberg (2000) om besparingen in intramurale ziekenhuiszorg als gevolg van veranderingen in de hoeveelheid en samenstelling van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen te bepalen. Dit onderzoek is uitgevoerd in de vs op basis van inmiddels enigszins verouderde data die betrekking hebben op de periode 1980-1991.

Een eerste kanttekening bij het onderzoek van Lichtenberg betreft de definitie van de variabelen, die de veranderingen in de kwantiteit en de samenstelling van geneesmiddelen reflecteren. Lichtenberg construeert hiervoor twee variabelen. De eerste is de ratio van de totale hoeveelheid geneesmiddelen, die zijn voorgeschreven voor een bepaalde aandoening in 1991 ten opzichte van de corresponderende hoeveelheid in 1980. De tweede variabele meet innovatie in het geneesmiddelengebruik. Deze variabele is gebaseerd op het aandeel in het totale gebruik van een bepaald geneesmiddel in 1980 en 1991. De innovatie-index is hoger naarmate de verschillen in het aandeel in het totale gebruik tussen de twee jaren groot is. Als het aandeel in het gebruik tussen 1980 en 1991 niet is veranderd, is de innovatie-index nul.

Het is de vraag of de innovatie-index wel een valide maatstaf is voor farmaceutische innovaties. De innovatiemaatstaf is gebaseerd op veranderingen over de tijd in de aard van de geneesmiddelen die voor een bepaalde aandoening wordt voorgeschreven. Veranderingen in voorschrijfgedrag van artsen worden echter niet alleen bepaald door farmaceutische innovaties, maar bijvoorbeeld ook door de marketing van geneesmiddelen door fabrikanten. Verder kan afgeraagd worden in hoeverre een deel van de kwaliteitsverbetering in geneesmiddelen tot uitdrukking komt in de volumevariabele. Vaak komen kwaliteitsverbeteringen tot uitdrukking, doordat een nieuw middel minder bijwerkingen heeft dan het oude. Een middel dat minder bijwerkingen heeft, kan vaker worden voorgeschreven. Het middel kan aan meer patiënten worden voorgeschreven. Een kwaliteitsverbetering gaat dan ook meestal gepaard met een toename in het volume.

Een tweede opmerking betreft de vraag of Lichtenberg de vergelijking wel goed specificeert. Hij neemt vier variabelen op: de ratio van de voorgeschreven hoeveelheid in 1991 en 1980, de innovatie-index, een variabele voor innovaties in chirurgische ingrepen en een variabele voor de ratio van het aantal poliklinische bezoeken in 1991 en 1980. Belangrijke andere factoren, zoals demografische veranderingen en veranderingen in de incidentie van een bepaalde aandoening, ontbreken hierin. Zo stijgt door leefstijlveranderingen en door de vergrijzing, de prevalentie van diabetes, wat tot meer geneesmiddelengebruik en meer ziekenhuisopname leidt. Door hier geen rekening mee te houden, wordt het effect van de toename van de incidentie en prevalentie van aandoeningen in de vergelijking opgenomen door de volumevariabele van het geneesmiddelengebruik.

### Kanttekeningen bij Goudriaan

Een beperking van het onderzoek van Goudriaan is dat (noodzakelijkerwijs) bij de scenario's voor de middellange termijn slechts zeer gedeeltelijk rekening wordt gehouden met andere factoren die het geneesmiddelengebruik en de intramurale ziekenhuiszorg beïnvloeden. Naast prijzen, tarieven en vergoedingen zijn er andere belangrijke beïnvloedende factoren die buiten beschouwing blijven. Er wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met veranderingen in de omvang en de aard van ziektes en aandoeningen (bijvoorbeeld als gevolg van de vergrijzing en de relatieve toename van chronische aandoeningen zoals diabetes) of veranderingen in indicatiestelling en voorschrijfgedrag. Dergelijke factoren hebben ook een invloed op het gebruik van geneesmiddelen en intramurale ziekenhuiszorg. Als deze factoren niet constant zijn, maar veranderen over de tijd, zijn dergelijke trendbreuken van invloed op de uitkomst van de

scenarioanalyse.

Bij de scenario's wordt aangenomen, dat de volumegroei van geneesmiddelen door demografische ontwikkelingen 1,3 procent per jaar is. Door morbiditeitontwikkelingen stijgt het volume met 1 procent per jaar en door veranderingen in het voorschrijfgedrag stijgt het volume met nog eens 0,5 procent per jaar. Slechts de helft van de volumestijging wordt toegeschreven aan substitutie van intramurale zorg door geneesmiddelen. Hierbij zijn een aantal kanttekeningen te maken. Zo kunnen de eerder genoemde factoren (zoals veranderingen in ziektepatronen of voorschrijfgedrag) niet alleen van invloed zijn op de geneesmiddelenconsumptie, maar ook een directe invloed hebben op het gebruik van de intramurale ziekenhuiszorg. Nu wordt verondersteld dat deze factoren alleen indirect - via het geneesmiddelenvolume - een effect hebben op de intramurale ziekenhuiszorg. Daarnaast kunnen veranderingen in demografie, morbiditeit en voorschrijfgedrag de komende jaren wel eens een groter effect op het geneesmiddelenvolume hebben dan in de afgelopen periode. Dit kan ook gelden voor veranderingen in de samenstelling van het geneesmiddelenpakket. Ontwikkelingen zoals de zogenoemde *half-way technologies* (bijvoorbeeld aids-remmers) en *life-style technologies* (zoals Prozac en Viagra) hebben niet altijd een eenduidig effect op intramurale ziekenhuiszorg. Ten slotte kunnen de omvang en de invloed van demografie, morbiditeit en voorschrijfgedrag op het geneesmiddelenvolume in de vs wel eens anders zijn dan in Nederland, terwijl Goudriaan zijn onderzoek baseert op een Amerikaanse studie.

Een tweede beperking is dat zowel bij het berekenen van de besparingen in de periode 1990-2000, als bij de scenario's voor het bereiken van beddenreductie in de ziekenhuizen alleen wordt gekeken naar het effect van de volumegroei in het geneesmiddelengebruik. Van het tweede belangrijke aspect van het model van Lichtenberg - het effect van de geneesmiddeleninnovatie en de verbetering van de kwaliteit van geneesmiddelen - wordt verondersteld dat het eenzelfde effect heeft als het volume-effect. Dit is in tegenstelling tot het onderzoek van Lichtenberg zelf waarin de afzonderlijke invloed van beide wordt gemeten.

## **Conclusie**

Elk onderzoek kent zijn beperkingen. Goed onderzoek werpt ook nieuwe vragen op en nodigt uit tot vervolgonderzoek. Onderzoek naar de kosten-baten van uitgaven aan geneesmiddelen en naar de macro-economische besparingen die door uitgaven aan geneesmiddelen zijn te bereiken, is waardevol en verdient een vervolg. Bijvoorbeeld aan de hand van Nederlandse data.

**Wim Groot**

## *Literatuur*

Lichtenberg, F.R. (2000) The effects of pharmaceutical utilisation and innovation on hospitalisation and mortality. In B. van Ark, S.K. Kuipers en G.H. Kuper, Productivity, technology and economic growth, Boston: Kluwer Academic Publishers, 317-344.

Rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (tcoz).

Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 28 852, nrs. 2-3.