

GEZONDHEIDSZORG: ORGANISATIE

FARMANET: EEN VENSTER OP DE KWALITEIT VAN HET VOORSCHRIJVEN VAN AMBULANTE GENEESMIDDELEN IN BELGIË¹

R. VANDER STICHELE^{2,3}

Inleiding

In België wordt 1,6% van het bruto binnenlands product (BBP) uitgegeven aan geneesmiddelen. Hiervan wordt 0,6% rechtstreeks door de burger betaald en 1,0% via de ziekteverzekering. Voor 1999 bedraagt de totale factuur voor geneesmiddelen 3.753 miljoen euro, wat neerkomt op 367 euro per jaar per Belg. Daarvan betaalt de ziekteverzekering gemiddeld 218 euro terug. De uitgaven in het ziekenhuis bedragen 19% van de totale uitgaven; zij worden nagenoeg volledig terugbetaald. Tabel 1 toont de verdeling van alle uitgaven voor geneesmiddelen in de ambulante sector. Het totaal hiervan in 1999 bedraagt 3.050 miljoen euro, waarvan 53,6% werd terugbetaald.

We kunnen een vergelijking maken met bv. Nederland. Daar bedroegen de totale uitgaven in 1999 3.225 euro voor 15,7 miljoen inwoners, aan een terugbetalingsgraad van bijna 90%. Ons land geeft dus veel uit aan geneesmiddelen, met een groei die flink de budgettaire restricties overschrijdt, en dit ondanks een treuzelend toelatingsbeleid inzake innoverende nieuwe geneesmiddelen, en ondanks een hoog persoonlijk aandeel voor de patiënten.

Typisch voor ons land is ook dat het aandeel van de patiënt hoog is: veel geneesmiddelen, al dan niet voorschrijfplichtig, worden niet terugbetaald; voor de terugbetaalde, ambulante farmaceutische specialiteiten bedraagt het remgeld gemiddeld 20,1%. Zo wordt van de totale factuur 39,7% door de patiënt zelf betaald. Dat is

Samenvatting

In ons land werd in 1999 per persoon gemiddeld 367 euro uitgegeven voor geneesmiddelen. 149 euro hiervan werd zelf betaald en 218 euro werd door de ziekteverzekering terugbetaald.

Sinds 1996 organiseert de overheid een inzameling van gegevens over het voorschrijven (Farmanet), waardoor de beleidsmakers nu een beter zicht hebben op de evolutie van het verbruik en de uitgaven, ook binnen de therapeutische klassen. De gegevens worden ook gebruikt om feedback te leveren aan de individuele voorschrijvers en de lokale kwaliteitskringen.

In dit artikel worden de historische, de werking en het toekomstperspectief van Farmanet geschetst, tegen de achtergrond van internationale gegevens over kwaliteitsindicatoren en over de doeltreffendheid van uiteenlopende interventies om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden.

een bedrag van 149 euro per jaar per Belg. Iedereen weet dat dit gemiddelde erg scheefgetrokken is. Veel Belgen zijn gezond en geven weinig uit aan geneesmiddelen, terwijl een belangrijke minderheid veel geneesmiddelen moet gebruiken. Hierdoor kan de privé-rekening voor geneesmiddelen een erg grote hap uit het persoonlijk budget wegnemen, en dit voor belangrijke groepen in onze samenleving, bv. de chronisch zieken en deze met een inkomen rond en onder het bestaansminimum.

Er worden nu nieuwe systemen uitgewerkt om dit bij te sturen, en men beseft dat de lasten niet verder op de patiënten kunnen worden

¹ Vereniging der Geneesheren, Oud-Studenten der Universiteit te Gent – 90^{ste} Reeks Avondcolloquia voor de Praticus (lente 2001).

² Heymans Instituut voor Farmacologie, Universiteit Gent.

³ Correspondentieadres: dr. R. Vander Stichele, Heymans Instituut voor Farmacologie, Universiteit van Gent, De Pintelaan 185, 9000 Gent; e-mail: Robert.VanderStichele@rug.ac.be

TABEL 1

Overzicht van de verdeling van de uitgaven voor ambulante geneesmiddelen in 1999 (in miljoen euro)

<i>Niet-terugbetaalde geneesmiddelen</i>	
Zonder voorschriftplicht	474
Op voorschrift, maar niet terugbetaald	367
Terugbetaalbaar, maar niet terugbetaald	145
<i>Terugbetaalde geneesmiddelen</i>	
Eigen bijdrage magistrale bereidingen	13
Terugbetaling magistrale bereidingen	55
Eigen bijdrage farmaceutische specialiteiten	416
Terugbetaling farmaceutische specialiteiten	1.580
TOTAAL	3.050

afgewenteld. Daardoor neemt de druk op de publieke uitgaven toe en klinkt de roep steeds luider om het voorschrijven van geneesmiddelen aan banden te leggen. Naast de economische zorg voor een ontsporend budget is er ook inhoudelijke kritiek op de kwaliteit van het voorschrijfgedrag van de artsen.

Soms wordt een karikaturaal beeld opgehangen van de uit de hand lopende uitgaven omdat de artsen elk jaar meer en meer slechte, onwerkzame, en veel te dure geneesmiddelen voorschrijven, dit alles onder druk van de farmaceutische industrie.

Soms is de kritiek gedetailleerder en raker. Hoge bloeddruk wordt in ons land nog maar beperkt behandeld met de klassieke vochtafdrijvende middelen en bètablokkers. Deze zijn verdrongen door nieuwe, dure klassen, vooral deze hun sporen op het gebied van langetermijneffecten op de mortaliteit hebben verdiend. Het aantal banale infecties behandeld met antibiotica ligt in ons land hoog. Daarin bevindt zich een buitensporig hoog aandeel breedspectrumantibiotica. Het percentage chronisch gebruikers van benzodiazepinen in ons land ligt hoog. Patiënten met maagzweren of depressie krijgen telkens weer de nieuwste en duurste geneesmiddelen voorgeschreven. Het aantal generische geneesmiddelen onder de voorgeschreven geneesmiddelen is relatief klein in ons land. Er zijn aanwijzingen dat wij een hoge prijs betalen voor de gevolgen van bijwerkingen van geneesmiddelen (bv. maagbloedingen door anti-inflammatoire middelen), door onvoldoende zorg in het vermijden van interacties, door medicatiefouten in het voorschrift of in de aflevering, door onvoldoende aandacht

voor het probleem van de therapieontrouw. In ons land worden nog te veel geneesmiddelen voorgeschreven die na zoveel jaar gebruik hun werkzaamheid nog niet hebben bewezen, en beter als onwerkzame producten zouden worden afgevoerd. Anderzijds wijzen epidemiologische studies er op dat bv. diabetes, hoge bloeddruk en astma misschien wel onderbehandeld zijn, alsook dat onze preventieve inspanningen, ook op het vlak van verandering van levensstijl, tekortschieten.

Toch is er een ontstellend gebrek aan cijfers over het voorschrijven van geneesmiddelen. Dat geldt zowel voor de overheid, als voor de voorschrijvers zelf. Het is dan ook niet verwonderlijk dat karikaturale voorstellingen lang standhouden en dat gefundeerde kritiek niet altijd met harde cijfers onderbouwd kan worden.

De farmaceutische industrie heeft voor zichzelf al jaren een gesloten circuit van informatie-inwinning uitgebouwd via gespecialiseerde bedrijven voor marktonderzoek, zoals International Medical Statistics (IMS). Dit circuit is vooral gericht op de eigen noden van de industrie (nauwgezette opvolging van de verkoop per regio). De laatste tijd zijn deze systemen toch ook meer en meer naar gesofisticeerde marketing (in de zin van de studies van behoeften) uitgebouwd.

De overheid en de zorgverzekeraars hadden tot voor kort als enig gegeven de omvang van de jaarlijkse factuur aan terugbetalingen voor geneesmiddelen. Wat er juist was voorgeschreven, en door wie, was niet bekend.

Het is moeilijk een goed doordacht gezondheidsbeleid uit te bouwen zonder correcte cijfers. Ook werd het door de beleidsmakers als zeer frustrerend aangevoeld dat zij over geen cijfers beschikten, terwijl de industrie wel redelijk goed op de hoogte was van het reilen en zeilen in de markt. Dat verklaart voor een stuk de verbeterde vastberadenheid waarmee de overheid in de laatste twaalf jaar gewerkt heeft aan de uitbouw van een inzamelsysteem voor gegevens over voorschriften.

Artsen voelden lang niet de nood aan om het eigen voorschrijfgedrag kritisch te bekijken, ontkenen de problemen en bekampten soms de pogingen tot inzameling van gegevens als een poging tot inmenging in de vrijheid van therapie.

Aangezien informatie macht is, werd de uitbouw van de inzameling van de gegevens al snel een onderdeel in een ingewikkeld machtsspel

tussen zorgverstrekkers, zorgverzekeraars en overheid.

De ontwikkeling van de informatietechnologie heeft ook in het voorbije decennium de uitbouw van de gegevensinzameling vergemakkelijkt. Dit heeft anderzijds ook de druk op de persoonlijke levenssfeer doen toenemen. Hierbij moet de wetgever de belangen van het individu en de zorg voor het medisch geheim afwegen tegen de honger naar gegevens van wetenschappers en managers.

Historiek van Farmanet

De eerste voorbereidende studies voor het opstarten van een systeem voor continue opvolging van het voorschrijven werden uitgevoerd in het begin van de jaren negentig door het studie-bureau Bekaert-Stanwick. Die opdracht was er gekomen na een reis van de toenmalige minister Busquin in de Canadese provincie Saskatchewan, met een bevolking van 1 miljoen burgers en een oppervlakte bijna 20 maal zo groot als België. Daar had de minister kennisgemaakt met een databank waarin alle voorschriften aan alle inwoners van dit dunbevolkte land werden verzameld.

In 1994 viel reeds de naam „Farmanet” (maar pas veel later geofficialiseerd), toen een eerste stap gezet werd met de invoering van de barcode op het geijkte voorschriftformulier. Daarop volgde een hevige confrontatie tussen geneesheren, apothekers, ziekenfondsen en regering, resulterend in een compromis.

Hierbij aanvaardden de artsen dat hun voorschrijfgedrag zou geregistreerd worden, mits een gescheiden inzameling van de gegevens op twee sporen. Een eerste spoor bevatte enkel financiële gegevens en de naam van de patiënt, om het ziekenfonds toe te laten facturen van derde betaler uit te betalen aan de apotheker. Een tweede spoor bevatte niet de naam van de patiënt, maar wel de identiteit van de voorschrijver en van het voorgeschreven geneesmiddel. Die laatste gegevens werden dan doorgestuurd naar het RIZIV voor verwerking tot statistisch materiaal over het voorschrijfgedrag. Ook werd een „Peer Review Comité” opgericht (het Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen – CEG). Hierdoor werd deze gegevensinzameling buiten het kader van de sanctionerende controle gehouden, met een expliciete klemtoon op kwaliteitsbevordering.

De ziekenfondsen vroegen de mogelijkheid de terugbetalingsfacturen te controleren. De overheid waarborgde de vergoeding voor de inzameling van de gegevens aan de apothekers, maar verwachtte van de voorschrijvers een merkbaar resultaat in de evolutie van het budget.

Bij de uitvoering van het compromis bleek dat de anonimisering van de gegevens niet op het niveau van de apotheker maar op het niveau van het ziekenfonds werd uitgewerkt, wat nog niet direct praktische implicaties had, aangezien de informatisering van het financiële spoor werd uitgesteld tot na de invoering van de SIS-kaart.

In 1995 ging het CEG aan het werk en in 1996 startte de inzameling van gegevens. Er werd een communicatieplan uitgewerkt met de aflijning van rapporten, die gericht waren op verschillende niveaus. Vooreerst „Boordtabellen” met algemene gegevens ten behoeve van de studiediensten van het beleid en de partners in de gezondheidszorg. Ten tweede individuele rapporten die naar de voorschrijvers persoonlijk zouden worden gestuurd. Ten derde rapporten, bestemd voor de voorzitters van de lokale kwaliteitskringen (LOK's), die in het kader van het systeem van de accreditering functioneren.

In 1998 werden de eerste resultaten (over het tweede trimester van 1996) beschikbaar. Sindsdien zijn ook de gegevens van 1997 en 1998 gepubliceerd. De cijfers van 1999 en 2000 zijn onlangs vrijgegeven.

Beschrijving van de Farmanet-gegevens

Het gaat over gegevens van iets meer dan 90 miljoen terugbetaalde verpakkingen (gemiddeld 9 verpakkingen per Belg per jaar), voorgeschreven door artsen in de ambulante sector (huisartsen en poliklinisch of privé werkende specialisten). Die geneesmiddelen worden voorgeschreven door 38.000 artsen, verdeeld langs 5.200 apothekers, getarifeerd langs een veertigtal tarifieringsdiensten en door 6 verzekeringsorganismen terugbetaald, met verrekening aan de centrale administratie van het RIZIV.

De aard van de gegevens beperkt zich momenteel tot wie (identiteit van de voorschrijver, specialiteit) wat (verpakkingsnummer, terugbetalingsbedrag), waar (plaats van praktijk van de voorschrijver), wanneer (maand van aflevering) heeft voorgeschreven. Van de uitgaven wordt 82% gegeneerd door de voorschriften

van huisartsen, 17% door deze van de verschillende medische specialismen aan ambulante patiënten, 1% door deze van tandartsen.

Wanneer men een bepaalde drempelactiviteit vooropstelt en dus niet-specialisten met een andere activiteit of natuurgeneeskundigen uitsluit, kan men de groep actief voorschrijvende huisartsen selecteren. Naargelang de definitie van die drempelactiviteit schommelt dan de groep actief voorschrijvende huisartsen (die zoals vermeld 82% van de uitgaven genereren) rond de 10.000 in België.

De gegevens over de voorschrijver worden achteraf aangevuld met het LOK-nummer (het registratienummer van de lokale kwaliteitsgroep waartoe de arts behoort), het aantal patiëntcontacten per jaar, en recentelijk ook met patiëntgegevens. Dat zijn gegevens over de grootte van de jaarlijkse contactgroep van de arts, met ook demografische gegevens (geslacht en leeftijd) van de patiënten die de (huis)arts in dat jaar hebben bezocht.

De gegevens over het aantal verkochte verpakkingen van geneesmiddelen worden eerst gekoppeld aan een gegevensbestand met prijzen. In ons land zijn de prijzen (en de marges van de apotheker en groothandel) en de terugbetalingstarieven vast bepaald. Hierdoor wordt omrekening vanuit het aantal verkochte verpakkingen mogelijk naar de omzet, het remgeld en de terugbetalingskost. Wat men inzamelt is informatie over het aantal afgeleverde verpakkingen. In ons land heeft elke geneesmiddelenverpakking een uniek nummer. Dat unieke nummer wordt dan gekoppeld aan een internationale classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie, de Anatomische Chemische Therapeutische Classificatie (ATC). Ook kan het verbruik van de geneesmiddelen worden uitgedrukt in een meer objectieve maat van verpakkingen, namelijk via de internationaal aanvaarde techniek van de „Defined Daily Dose” (DDD) (1). Hierdoor wordt het mogelijk los te komen van het aantal verpakkingen als meeteenheid (2). In een poging om de informatie-inhoud van de analyse te verhogen is er gewerkt met zogenaamde „kwaliteitsindicatoren” bij de verwerking en presentatie van de gegevens. Dit is te vergelijken met een systeem van knipperlichten, elementen die aanduiden dat er mogelijk een probleem is met de kwaliteit van het voorschrijven, zonder daarvan een objectief bewijs te vormen. Vanuit een consensus over de juiste aanpak van een bepaald

klinisch probleem kunnen een aantal indicatoren worden gekozen. Een indicator wordt gedefinieerd als een meetbaar element van praktijkuitoefening waarvoor er evidentie of consensus is dat deze kan gebruikt worden om de kwaliteit (en verandering in de kwaliteit) van geleverde zorg te beoordelen (3).

Indicatoren hebben derhalve niet dezelfde waarde en kracht als kwaliteitscriteria, die de systemen van Integrale KwaliteitsZorg (IKZ) worden gebruikt. Er zijn evenwel nog geen valide criteria uitgebouwd op het vlak van het voorschrijven. Veel problemen van meetbaarheid en relevantie blijven op te lossen, ook in internationale context (4-14).

Indicatoren hebben het voordeel dat zij de analyse en presentatie kunnen richten naar specifieke problemen. Ze houden geen waardeoordeel in maar kunnen een basis vormen voor interne discussie en wetenschappelijke studie. Sommige indicatoren kunnen op termijn uitgroeien tot echte criteria.

Via een rondvraag bij de partners van Farmanet is een eerste lijst met indicatoren opgesteld (tabel 2) en ingebouwd in de analytische procedures (een voorbeeld van een constructieve

TABEL 2

Indicatoren in het kader van de evaluatie van de kwaliteit van het voorschrijven zoals gebruikt in Farmanet (België) 1996-2000

Percentage (in DDD*) bètalytica en diuretica in totaal van cardiovasculaire middelen
Percentage van ACE-remmers en van calciumantagonisten in totaal van cardiovasculaire middelen
Percentage (in DDD) van protonpompremmers in totaal van middelen tegen pepticum ulcus
Percentage (in DDD) corticoidinhalatoren in totaal van anti-astmatische inhalatoren
Percentage (in EUR) nieuwe geneesmiddelen (NCE's) gecommmercialiseerd sinds 3 jaar in totaal bedrag aan voorgeschreven geneesmiddelen
Percentage (in EUR) van generics in totaal van voorgeschreven geneesmiddelen
Percentage (in DDD) van penicillines, ampicillines, tetracyclinen in totaal van voorgeschreven antibiotica
Percentage (in DDD) van SSRI's in totaal van voorgeschreven antidepressiva

*DDD = „Defined daily dose” of doorsnee dagdos, een meeteenheid, gebaseerd op een schatting van de meest aangewezen dagdos voor een geneesmiddel, bij de behandeling van een volwassene met gemiddeld gewicht, voor de belangrijkste indicatie van het geneesmiddel

dialogoog tussen de zorgenverstrekkers, de ziekenfondsen en de universitaire instellingen).

Ten slotte wordt het individueel voorschrijfgedrag ook vergeleken met relevante referentiegroepen. Voor de huisartsen kan men vergelijkingen opzetten met de lokale kwaliteitskring, de huisartsen uit de regio (arrondissement, provincie, gewest of rijk). Bij de specialisten zijn er ook kwaliteitskringen, maar daar zal terdege moeten worden rekening gehouden met het bestaan van subspecialisaties die relevant zijn voor het voorschrijfgedrag.

De inhoud van de boordtabellen

In de boordtabellen wordt de verdeling van volume en kost over de grote therapeutische klassen gegeven, alsook de verdeling over de verschillende soorten voorschrijvers.

Voor elk van de relevante groepen voorschrijvers wordt dan de rangorde gegeven (in kost en volume) van de therapeutische subklassen die 90% uitmaken van de totale uitgaven. Deze subklassen situeren zich op het vierde niveau van de ATC. Dat is het niveau waarop de actieve bestanddelen met ongeveer dezelfde indicatie worden gegroepeerd. De presentatie van de gegevens is gebaseerd op de techniek die in Zweden is ontwikkeld (15).

Ten slotte worden de gegevens over de kwaliteitsindicatoren gepresenteerd aan de hand van „Box Plot”-diagrammen (16).

De inhoud van het individueel schrijven naar de huisartsen

In het kader van de feedback naar de individuele voorschrijver wordt elk jaar een schrijven met persoonlijke gegevens naar de voorschrijvende huisartsen gestuurd. Eerst krijgt de voorschrijver cijfers over het volume en de kost van de voorschriften die hij heeft gegenereerd, met aanduiding van hoe de individuele voorschrijver zich situeert ten overstaan van zijn collega's. Het betreft hier gegevens die niet gewogen zijn naar praktijkenmerken (grootte van de praktijk, leeftijds- en geslachtsverdeling van de patiënten). Dan volgt de uitsplitsing van het voorschrijfvolume (en de kost) over de 14 voornaamste ATC-klassen (niveau 1) met aanduiding van de absolute en de relatieve verdeling. Ook wordt de mogelijkheid geboden dit te ver-

gelijken met de situatie in de eigen LOK-groep, het arrondissement en het land. Voor de 20 actieve bestanddelen met de grootste individuele omzet worden telkens de kost en het volume gegeven, met de absolute en de relatieve verdeling en de rangorde, en ook weer de mogelijkheid om dit te vergelijken met de cijfers van de LOK-groep, het arrondissement en het land.

Tot slot worden de individuele gegevens voor de kwaliteitsindicatoren gegeven, weer in vergelijking met de LOK-groep, het arrondissement en het land.

Individuele feedback wordt tot nog toe enkel naar huisartsen gestuurd, niet naar specialisten.

In 1999 en 2000 werden er individuele gegevens opgestuurd over de voorschriften van resp. 1997 en 1998. Met de individuele zendingen over het voorschrijfgedrag van 1999 liep in 2001 een en ander mis, vanwege een nog niet opgehelderde fout in de presentatie van de gegevens. Ondertussen werden de validatieprocedures verscherpt en zullen eind 2003 wellicht de gegevens tot 2001 beschikbaar zijn.

De inhoud van het schrijven naar de LOK-groep

Elk jaar wordt ook aan de voorzitter van de LOK-groep een analoog schrijven gestuurd met details over het voorschrijven van de LOK-groep, zonder dat hierin herkenbare individuele gegevens zijn opgenomen. Ze zijn bedoeld om te bespreken in groep, waarbij het de deelnemers vrij staat hun eigen individuele gegevens mee te brengen en al dan niet in de discussie te brengen.

Voor de specialisten zijn er afzonderlijke presentaties van de gegevens verzonden die zijn opgestuurd naar de wetenschappelijke verenigingen van de verschillende specialisten, met de vraag bedenkingen en commentaar terug te sturen.

Verdere wetenschappelijke analyses

In het kader van de consensusvergaderingen van het CEG zijn ook een aantal toegespitste deelanalyses gemaakt over antihypertensiva, middelen bij perifeer vaatlijden, antibiotica, antidepressiva en middelen bij astma, en ter beschikking gesteld in de reeds gepubliceerde verslagen.

Tevens werd een procedure uitgewerkt waarbij aan onderzoekers van buiten het RIZIV de

mogelijkheid wordt geboden subsets van gegevens aan te vragen, mits aanvaarding van het onderzoeksprotocol door een Commissie van het CEG. Na een wat stroeve start van de procedure, vinden nu toch meer en meer onderzoekers uit de universiteiten en de beleidsdepartementen deze weg naar de gegevens.

Validiteit en relevantie van de gegevens

Ondanks de ingewikkelde en complexe weg van de gegevens over apotheken, tarifieringsdiensten en zes landsbonden is het toch een wonder dat de gegevensverzameling nagenoeg volledig en valide geschiedt. Door controle met de boekhoudkundige cijfers van het RIZIV (die op een andere manier worden ingezameld) en door vergelijking met gegevens uit andere bronnen (bv. de inzameling van gegevens door de apothekers zelf) is het onderhand mogelijk de validiteit van de gegevens aan te tonen, de juiste correctiefactoren toe te passen en eventuele fouten in de gegevensverzameling te ontdekken.

Toch blijft het enkel mogelijk beperkte validatieprocedures op te stellen en kan er moeilijk gewaarborgd worden dat er nooit fouten sluipen in individuele feedbackgegevens.

Tot nog toe zijn er geen gegevens over het geslacht en de leeftijd van de patiënt aan wie het voorschrift is afgeleverd, wat de uitwerking van meer gesofisticeerde (en internationaal gevalideerde) indicatoren bemoeilijkt.

Het belangrijkste probleem is dat de weging van de gegevens voor praktijkkenmerken van de voorschrijver niet mogelijk is. In het RIZIV zijn binnen de Profielencommissie van de Huisartsen de gegevens aanwezig (de zgn. „patiënte”) die het mogelijk maken een schatting te maken van de kenmerken van de jaarlijkse contactgroep (de groep van patiënten die tijdens het afgelopen jaar de huisarts heeft bezocht). Gezien de afwezigheid van een formele inschrijving bij de huisarts in ons land, is dit de enige bron van informatie. De integratie van deze patiëntegegevens in het Farmanet-systeem is momenteel begonnen. De patiëntegegevens zijn ook eerder laat-tijdig (minstens 1 jaar) beschikbaar. De Farmanet-gegevens zelf zijn in de afgelopen jaren slechts na minstens 1 jaar beschikbaar.

Dat de gegevens pas zo laat beschikbaar zijn, betekent natuurlijk een belangrijke vertraging in de feedback.

De verwerking en de voorstelling van de gegevens van 1998 tot nu blijven lopen volgens hetzelfde stamien, dat nauwelijks gewijzigd is. Diepgaand onderzoek naar de validiteit van de kwaliteitsindicatoren is aan de gang, maar de resultaten zijn nog niet gepubliceerd.

Het is niet bekend in hoeveel LOK-groepen de Farmanet-gegevens daadwerkelijk zijn besproken, noch wat de impact van een dergelijke discussie was.

Er zijn anekdotische rapportages over moeilijkheden met de verstaanbaarheid van de gegevens en grafieken. De apothekersverenigingen hebben belangstelling betoond om hun leden op te leiden om plaatselijke artsverenigingen bij te staan in de interpretatie van de Farmanet-gegevens. De Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH) heeft een kritische handleiding uitgewerkt om de gegevens in de LOK-groepen te bespreken, in het kader van haar programma voor kwaliteitsbevordering.

Tot besluit kan men stellen dat de feedbackgegevens zoals ze nu beschikbaar zijn, wellicht goed bruikbaar zijn voor een eerste individuele reflectie en een groepsdiscussie over de kwaliteit van het voorschrift. De gegevens zijn evenwel te mager om die discussie blijvend te ondersteunen en te sturen in de richting van daadwerkelijke verandering.

Toekomstperspectieven

De wezenlijke bijdrage van Farmanet is dat de overheid nu ook beschikt, zij het met vertraging, over valide, gedetailleerde gegevens over terugbetaalde geneesmiddelen in de ambulante praktijk. Op dit ogenblik worden gegevens volgens een vast en beperkt stamien voorgesteld.

Het RIZIV zou in de toekomst zelf de nodige logistiek voor grondige analyse van de gegevens kunnen uitbouwen of hierover een contract met derden sluiten.

Hopelijk kan men daarbij ook een werkzame relatie ontwikkelen met de academische expertisecentra in ons land op het vlak van farmacotherapie, farmaco-epidemiologie, statistiek en geografie. Hoopgevend is dat er een procedure is vastgelegd om gegevens op te vragen voor externe wetenschappelijke studie, op basis van een voorgelegd protocol.

Presentatie van de gegevens (ook van beveiligde individuele feedbackgegevens) via het internet is momenteel technisch perfect mogelijk.

Uitbreiding van de kracht van de gegevensinzameling

Van zodra de overheid en de partners gewend zullen zijn geraakt aan de stroom gegevens die uit Farmanet komt, zal men zich snel realiseren hoe beperkt deze gegevens zijn en hoe laat ze tot ons komen.

Zonder een ingrijpende verandering in het systeem van gegevensverzameling is het niet waarschijnlijk dat kortere cycli van feedback (vier maanden i.p.v. 18 maanden) kunnen worden verwezenlijkt. Daarbij moet men zich afvragen wat de meerwaarde van de lange omweg van de gegevens langs de zorgverzekeraars betekent voor dit systeem. Een directe relatie met de tarifieringsdiensten houdt wel de belofte in om veel sneller tot even valide gegevens te komen.

Sinds 2000 is er overgegaan tot de veralgemeende invoering van de SIS-kaart, een elektronische „smart card”, die onder meer gebruikt wordt voor de tarifiering van elk voorschrift in de apotheken van ons land. Het is nog niet duidelijk in hoeverre de hiermee ingezamelde gegevens werkelijk de geslachts- en leeftijdskenmerken van de patiënt zullen weergeven.

Met het beschikbaar komen van de patiëntele moet het mogelijk zijn een begin te maken met een valide weging van de gegevens volgens praktijkkenmerken. Dat is een essentiële en primordiale opdracht voor het verder nuttig gebruik van de gegevens.

Hierover bestaat richtinggevend internationaal onderzoek (17-20).

Het zou zeker nuttig zijn dat ook over de niet-terugbetaalde geneesmiddelen de nodige informatie wordt ingezameld op een geïntegreerde manier, via de apothekers of de groothandel.

Het is weinig waarschijnlijk dat in de nabije toekomst ook gegevens over de indicatie van de voorgeschreven geneesmiddelen zullen worden opgenomen. Daarvoor is de logistieke inspanning wellicht te groot, zijn er te veel vragen over de validiteit van dit gegeven en ook mogelijk te veel risico's voor inbreuken op het respect voor de persoonlijke levenssfeer. Wellicht is het aspect van indicatiestelling beter te

onderzoeken in kleinschalige onderzoeken met peilpraktijken.

Overgang van 2 sporen naar 1 spoor

Via een programmawet werd in 1999 de overgang naar een gegevensinzameling op één spoor opgedrongen. Dat betekent dat de gegevens over de voorschrijver, het voorschrift en de identificatie van de patiënt niet langer gescheiden zijn, maar op één band worden doorgegeven van apotheker aan het ziekenfonds. De technische uitwerking hiervan is nog niet helemaal rond. De start van de gegevensinzameling op één spoor wordt ten vroegste verwacht voor 2003 en de eerste resultaten zullen dus niet eerder dan 2004 beschikbaar zijn.

De regeling voor de vrijwaring van de privacy die hierbij wordt uitgewerkt vergt bijzondere aandacht, zowel voor de bescherming van de patiënt en het medisch geheim, als voor de wetenschappelijke relevantie van de gegevens.

Het is niet duidelijk of de komst van de gegevensinzameling op één spoor onmiddellijk een wezenlijke bijdrage zal betekenen voor de verdieping van de analytische mogelijkheden. Dat zal afhangen van de manier waarop de gegevens worden versleuteld in de overdracht van de gegevens van verzekeringsorganisatie naar het RIZIV. Er bestaan technologische oplossingen die toelaten de privacy te eerbiedigen en toch interessante wetenschappelijke toepassingen mogelijk te maken. Onomkeerbare codering (maar met behoud van een uniek nummer per patiënt) zou toelaten ook comediatie en interactieproblematiek te bestuderen en te betrekken in de kwaliteitsevaluatie. Ook zou hierdoor longitudinaal onderzoek met behulp van medicatiegeschiedenissen kunnen worden opgezet. Omkeerbare codering door „Trusted Third Parties” (21) zou in welbepaalde gevallen record-linkage (terugkeer naar het medische dossier bij een geselecteerde groep) mogelijk kunnen maken (22).

Wanneer het probleem van de privacy wordt opgelost door een eenvoudige verwijdering van de identiteit van de patiënt, gaat het onderlinge verband tussen de voorgeschreven geneesmiddelen verloren en blijft de waarde van de gegevens, ook in de toekomst, erg beperkt.

Verder inpassen van feedback over voorschrijven in integrale kwaliteitszorg

In het buitenland is reeds veel onderzoek gebeurd naar doelmatigheid van het voorschrijven in het algemeen (23, 24) en naar toepasbare indicatoren om voorschrijfgedrag te beoordelen op basis van gegevens uit databanken over geneesmiddelenverbruik (4-14).

Zorg voor de kwaliteit van het voorschrijven kan niet los gezien worden van zorg voor de kwaliteit van het medisch handelen in het algemeen en moet deel uitmaken van een algemene strategie voor kwaliteitsbevordering (25-29).

De eerste resultaten van kritisch onderzoek naar de invloed van feedback met individuele voorschrijfgegevens bevestigen de verwachtingen van een positief effect niet (30-32); ook is niet duidelijk of dit kan bijgeschaafd worden door de kwaliteit van de feedback te verbeteren.

Zorg voor de kwaliteit van het voorschrift kan zich uiteten in specifieke thema's, die elk jaar worden gekozen. In de toekomst kan meer aandacht besteed worden aan het proces om de prioriteiten in de communicatie te bepalen. In functie van de mankracht om topics uit te werken en van het vermogen van de doelgroep om de boodschappen te verwerken, kan men bijvoorbeeld een drietal thema's per jaar uitkiezen. Die keuze kan parallel lopen met de voorbereiding van de consensusvergaderingen. De groeiende ervaring met de methodiek van de voorbereiding, de uitvoering en de rapportage van de consensusvergaderingen kan verder uitgebouwd worden. Feedback over het voorschrijven kan beter ingebouwd worden in een implementatiestrategie voor aanbevelingen.

Ook moet het mogelijk zijn beter aparte doelgroepen te definiëren onder de totaliteit van de voorschrijvers en daarvoor een afzonderlijke communicatiestrategie uit te werken. De groepen van de internisten, pediaters, gynaecologen, NKO-artsen en dermatologen verdienen speciale aandacht, omwille van de vormende invloed die uitgaat op het voorschrijven van huisartsen.

Terecht is gepleit voor een pragmatische aanpak, gericht op de grote voorschrijvers. Voorzichtigheid is evenwel geboden zolang de absolute cijfers niet op een valide manier kunnen worden gewogen tegenover de praktijk-grootte. Een groep die speciale aandacht verdient is de verzameling artsen die in hoge mate

de marktintroducties opvolgt (en weer verlaat voor nieuwe introducties) (33).

Ondertussen kan er al een intensievere samenwerking en uitwisseling van informatie worden bewerkstelligd met de Profielencommissie voor de huisartsen en voor de ziekenhuizen, met de Accrediteringsstuurgroep, met de registratie van gegevens binnen Volksgezondheid, met de redactie van het Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium en Folia Farmacotherapeutica, met de nieuwe initiatieven die in het kader van onafhankelijke informatie en „evidence based medicine” worden ontwikkeld, met initiatieven van de zorgverzekeraars en, last but not least, met de universiteiten, belast met de opleiding van de toekomstige artsen.

Binnen het beleid is er nogal wat ongenoegen over de trage werking van Farmanet en het gebrek aan dynamisme binnen het Comité voor de Evaluatie van de Geneeskundige Praktijk inzake Geneesmiddelen (CEG). Daarom zijn er in de politiek stemmen opgegaan om de gegevens toe te vertrouwen aan een onafhankelijk instituut voor gegevensverwerking waar alle partners gezamenlijk over de informatie zouden beschikken, met een evenwaardige toegang. Ook de zorgverzekeraars (de mutualiteiten) krijgen nu de verantwoordelijkheid toegespeeld om meer gedetailleerde gegevens te verwerken.

De discussie over kwaliteit van het voorschrijven raakt verwickeld met de discussie over responsabilisering van de voorschrijvers voor budgettaire overschrijdingen.

Er zullen in de toekomst duidelijke keuzes moeten gemaakt worden. Ofwel kiest men voor een kwalitatieve ondersteuning van de „work force”, die gedragen wordt door de voorschrijvende geneesheren zelf. Ofwel kiest men voor simpele managementknepen, toevertrouwd aan de zorgverzekeraars, waarbij een niet al te goed opgeleide en amper nageschoolde dokter in een welbepaald keurslijf wordt gedwongen met dwingende elektronische ondersteuning, kleine beloningen voor gewenst gedrag en boetes voor afwijkend gedrag (34).

Tot slot moet er op gewezen worden dat ook andere initiatieven aandacht verdienen in de zorg voor de kwaliteit van het voorschrijven. „Medical audit”-projecten (met persoonlijke of bibliografische feedback) (35) en „academic detailing” (onafhankelijke vertegenwoordigers) (36-38) zijn andere methodes om feedback te verwezenlijken. De inbreng van de apotheker

kan versterkt worden in het bijhouden van de geneesmiddelengeschiedenis van patiënten (over terugbetaalde en niet-terugbetaalde geneesmiddelen) en in audit van het voorschrijfgedrag (39, 40). Er zal een beter begrip nodig zijn van de impact van het voorschrift van de initiërende specialist op het voorschrijven van chronische medicatie door de huisarts (41).

Bij de discussie over het elektronisch medisch dossier verdient de manier waarop daarin voorschrijfgegevens worden opgeslagen bijzondere aandacht. In kleinschalige projecten van continue registratie van morbiditeit en prescriptie (al dan niet episodegebonden) kan men een veel indringender beeld van het prescriptiegebeuren uitwerken, wat een welkome aanvulling zou betekenen bij de macrogegevens van Farmanet.

Besluit

De ontwikkeling van Farmanet is moeizaam verlopen, zonder veel aanmoediging vanuit het veld bij de start, en zonder applaus op de banken op het eind van de eerste etappe. In de eerste vijf jaar waren de gegevens niet voldoende rijk en werden ze te traag aangevoerd om echt nuttig te kunnen zijn. Toch zijn die jaren niet verloren geweest en hebben zij ongetwijfeld bij-

gedragen tot het moeizame proces naar bewustwording rond kwaliteitsbewaking bij het voorschrijven van geneesmiddelen.

Abstract

The Belgian Drug Utilisation Monitoring System for ambulatory care

In Belgium, annual expenditures for pharmaceuticals per person amounted to 367 euro in 1999, 149 euro of which was paid by the patient, and 218 euro by the National Health Insurance.

Since 1996, health and social security authorities have organised a data collection system called „Farmanet”. Thus policy makers have obtained a better insight into the consumption and expenditure trends of pharmaceuticals, also across the various therapeutic classes. Data are also used to procure feedback to individual prescribers and local quality circles.

In this article, the history, data flow and possible future of Farmanet is described, taking into account international data as well on validity of quality indicators as on effectiveness of various interventions to promote rational prescribing.

LITERATUUR

1. Website van de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology: <http://www.whocc.nmd.no/atcssystem.htm>
2. BOGLE SM, HARRIS CM. Measuring prescribing: the shortcomings of the item. *BMJ* 1994; *308*: 637-640.
3. LAWRENCE M, OLESEN F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997; *3*: 103-108.
4. AVERY AJ. Appropriate prescribing in general practice: development of the indicators. *Qual Health Care* 1998; *7*: 123.
5. AVERY AJ, HERON T, LLOYD D, HARRIS CM, ROBERTS D. Investigating relationships between a range of potential indicators of general practice prescribing: an observational study. *J Clin Pharm Ther* 1998; *23*: 441-450.
6. BATEMAN DN. Clearing „the fog on the Tyne”: can the quality of therapeutics be assessed? *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1996; *23*: 1005-1009.
7. BATEMAN DN, ECCLES M, CAMPBELL M, SOUTTER J, ROBERTS SJ, SMITH JM. Setting standards of prescribing performance in primary care: use of a consensus group of general practitioners and application of standards to practices in the north of England. *Br J Gen Pract* 1996; *46*: 20-25.
8. CAMPBELL SM, CANTRILL JA, ROBERTS D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 2000; *321*: 425-428.
9. COSTE J, VENOT A. An epidemiologic approach to drug prescribing quality assessment: a study in primary care practice in France. *Med Care* 1999; *37*: 1294-1307.
10. COSTE J, SENE B, MILSTEIN C, BOUEE S, VENOT A. Indicators for the automated analysis of drug prescribing quality. *Methods Inf Med* 1998; *37*: 38-44.
11. HOLDEN J, WILSON R. The quality of prescribing in general practice. *Int J Health Care Qual Assur* 1996; *9*: 17-23.
12. RIGUEIRA-GARCIA AI, GOMEZ-JUANES V. Selection de indicadores para evaluar la adhesion a una quia farmacoterapeutica por los medicos de un area de atencion primaria. *Rev Esp Salud Publica* 2000; *74*: 65-80.
13. SPOONER CH, PICKARD AS, MENON D. Edmonton Quality Assessment Tool for Drug Utilization Reviews: EQUATDUR-2: the development of a scale to assess the methodological quality of a drug utilization review. *Med Care* 2000; *38*: 948-958.
14. VENINGA CC, DENIG P, PONT LG, HAAIJER-RUSKAMP FM. Comparison of indicators assessing the quality of

- drug prescribing for asthma. *Health Serv Res* 2001; *36* (Pt1): 143-161.
15. BERGMAN U, POPA C, TOMSON Y, et al. Drug utilization 90% – a simple method for assessing the quality of drug prescribing. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; *54*: 113-118.
 16. MCGILL R, TUKEY GW, LARSEN WA. Variations of box-plots. *The American Statistician* 1978; *32*: 12-16.
 17. ANIS AH, CARRUTHERS SG, CARTER AO, KIERULF J. Variability in prescription drug utilization: issues for research. *CMAJ* 1996; *154*: 635-640.
 18. JENKINS C, CAMPBELL J. Catchment areas in general practice and their relation to size and quality of practice and deprivation: a descriptive study in one London borough. *BMJ* 1996; *313*: 1189-1192.
 19. LLOYD DC, HARRIS CM, ROBERTS DJ. Specific therapeutic group age-sex related prescribing units (STAR-PU): weightings for analysing general practices' prescribing in England. *BMJ* 1995; *311*: 991-994.
 20. WHYNES DK, BAINES DL, TOLLEY KH. Explaining variations in general practice prescribing costs per ASTRO-PU (age, sex, and temporary resident originated prescribing unit). *BMJ* 1996; *312*: 488-489.
 21. LEKKAS D, GRITZALIS S, KATSIKAS S. Quality assured trusted third parties for deploying secure internet-based healthcare applications. *Int J Med Inf* 2002; *65*: 79-96.
 22. LEUFKENS HG. Privacy issues in pharmacoepidemiology: the importance of weighing costs and benefits. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001; *10*: 659-662.
 23. APARASU RR, MORT JR. Inappropriate prescribing for the elderly: beers criteria-based review. *Ann Pharmacother* 2000; *34*: 338-346.
 24. STRAAND J, ROKSTAD KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract* 1999; *16*: 380-388.
 25. CAMPBELL SM, ROLAND MO, QUAYLE JA, BUETOW SA, SHEKELLE PG. Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Public Health Med* 1998; *20*: 414-421.
 26. HAYS R, MILLER G, BOOTH B, HARRIS J, STIRTON F. The development of general practice standards in Australia. *Royal Australian College of General Practitioners. Med Educ* 1998; *32*: 199-204.
 27. MCCOLL A, ROLAND M. Clinical governance in primary care: knowledge and information for clinical governance. *BMJ* 2000; *321*: 871-874.
 28. MCCOLL A, RODERICK P, SMITH H, et al. Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *Qual Health Care* 2000; *9*: 90-97.
 29. ROTHMICH SF. Beware of false wizards: the need for more research on quality and outcomes in primary care. *J Fam Pract* 1997; *44*: 257-259.
 30. SONDERGAARD J, ANDERSEN M, KRAGSTRUP J, HANSEN P, FRENG GRAM L. Why has postal prescriber feedback no substantial impact on general practitioner's prescribing practice? A qualitative study. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; *58*: 133-136.
 31. SONDERGAARD J, ANDERSEN M, VACH K, KRAGSTRUP J, MACLURE M, GRAM LF. Detailed postal feedback about prescribing to asthma patients combined with a guideline statement showed no impact: a randomised controlled trial. *Eur J Clin Pharmacol* 2002; *58*: 127-132.
 32. O'CONNELL DL, HENRY D, TOMLINS R. Randomised controlled trial of effect of feedback on general practitioners' prescribing in Australia. *BMJ* 1999; *318*: 507-511.
 33. INMAN W, PEARCE G. Prescriber profile and post-marketing surveillance. *Lancet* 1993; *342*: 658-661.
 34. RITZER G. *The McDonaldization of Society*. New Century Edition. London: Sage Publications, 2000.
 35. MANNING PR, LEE PV, CLINTWORTH WA, DENSON TA, OPPENHEIMER PR, GILMAN NJ. Changing prescribing practices through individual continuing education. *JAMA* 1986; *256*: 230-232.
 36. VAN EIJK ME. Effects of outreach strategies on quality of pharmacotherapy (thesis). Utrecht: Utrecht University, 2001.
 37. MAY FW, ROWETT DS, GILBERT AL, MCNEECE JI, HURLEY E. Outcomes of an educational-outreach service for community medical practitioners: non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Med J Aust* 1999; *170*: 471-474.
 38. BERINGS D, BLONDEEL L, HABRAKEN H. The effect of industry-independent drug information on the prescribing of benzodiazepines in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1994; *46*: 501-505.
 39. DE VRIES CS, TROMP TF, BLIJLEVEN W, DE JONG-VAN DEN BERG LT. Prescription data as a tool in pharmacotherapy audit (I). General considerations. *Pharm World Sci* 1999; *21*: 80-84.
 40. DE VRIES CS, VAN DEN BERG PB, TIMMER JW, et al. Prescription data as a tool in pharmacotherapy audit (II). The development of an instrument. *Pharm World Sci* 1999; *21*: 85-90.
 41. FEELY J, CHAN R, MCMANUS J, O'SHEA B. The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. *Pharmacoeconomics* 1999; *16*: 175-181.