

Rapportage

Beschikbaarheid & kosten van medicijnen in de gezondheidszorg

Cornelie Abrahams, Kirsty Verheggen & Rosalie van Miltenburg

8 september 2025

Inhoudsopgave

01 Management summary

02 Onderzoeksopzet

03 Resultaten

04 Bijlage



01

Management summary



Management summary (1)

Onderzoeksopzet

- In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van een kwantitatief onderzoek, in de vorm van een sentimentpeiling, die is uitgevoerd onder 1.128 leden van 5 verschillende patiëntenorganisaties: MS Vereniging, Borstkankervereniging Nederland, Hoofdpijnnet, Osteoporosevereniging en SchildklierNL. Daarnaast is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, waaraan ook leden van het Duchenne Parent Project deelnamen.
- De resultaten tonen nuance per patiëntenorganisatie, maar geven in de kern een consistent beeld.
- Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG).

Kwaliteit van leven is voor patiënten de belangrijkste maatstaf voor waarde

- De ondervraagde patiënten beoordelen medicijnen in de eerste plaats op hun impact op dagelijks functioneren en levenskwaliteit, niet alleen op genezing. Ook stabilisatie van ziekte, vermindering van klachten, behoud van zelfstandigheid en het kunnen blijven deelnemen aan betekenisvolle activiteiten (zoals werk, gezin of sociale rollen) worden als waardevol gezien.
- Deze bredere definitie van gezondheidswinst verklaart waarom deze patiënten bereid zijn hogere zorguitgaven te accepteren: als een middel aantoonbare meerwaarde heeft voor hun leven. Geneesmiddelen die ziekteprogressie vertragen of symptomen verlichten zijn daarbij net zo belangrijk als curatieve behandelingen.

Toegang en effectiviteit gaan vaak vóór kosten, zeker wanneer de baten overtuigen

- De meeste respondenten vinden beschikbaarheid van effectieve medicijnen belangrijker dan het beperken van zorguitgaven. Vooral bij ernstige of (nog) onbehandelbare aandoeningen is er bereidheid om extra kosten te accepteren, ook via premiebetaling. Men verwacht dan wél dat de middelen aantoonbaar bijdragen aan gezondheid en levenskwaliteit. Besparing op andere zorg (bijv. ziekenhuisopnames of langdurige zorg) speelt hierbij ook een rol. De prijs is pas acceptabel als die in verhouding staat tot wat het medicijn oplevert – voor henzelf én voor de samenleving. Andere factoren, zoals de duurzaamheid van productie of gebruiksgemak, zijn minder relevant bij het bepalen van de prijs.



Management summary (2)

Wachttijd op vergoeding wordt vaak als te lang en onbegrijpelijk ervaren

- De wachttijd van gemiddeld 15 maanden tot vergoeding wordt door veel respondenten als te lang ervaren – vooral door mensen met progressieve aandoeningen. Voor hen betekent elke maand uitstel gezondheidsverlies. De frustratie zit niet alleen in de duur, maar vooral in het gebrek aan transparantie over de reden. Waarom duurt het hier zo lang? En waarom gaat het in andere landen sneller? Men begrijpt dat procedures zorgvuldig moeten zijn, maar vraagt om duidelijke uitleg en betere communicatie.

De noodzaak van kostenbeperking wordt erkend, maar eigen gezondheid gaat voor

- De ondervraagde patiënten geven aan dat ze de noodzaak van keuzes in het zorgbudget begrijpen. Als burger steunen ze het idee van doelmatige besteding, prioritering en kostenbeheersing. Maar zodra het over hun eigen gezondheid gaat, of die van hun naasten, verschuift het perspectief. Dan krijgt toegang voorrang, en is men bereid om prijsstijgingen of premiebetaling te accepteren. Deze spanning tussen redelijkheid en noodzaak is menselijk en bepalend voor het draagvlak onder patiënten.

De patiënt wil niet alleen gehoord worden, maar ook invloed uitoefenen

- Een meerderheid van de respondenten vindt dat patiënten een grotere rol moeten krijgen in discussies over medicijnprijzen en vergoeding. Zij hebben het gevoel dat hun perspectief nu niet altijd voldoende wordt meegenomen, terwijl hun ervaringen en waarden essentieel zijn voor realistische en maatschappelijk gedragen beslissingen. Patiënten willen niet alleen geïnformeerd worden, maar ook betrokken zijn bij het definiëren van waarde. Over de vorm verschillen de meningen: sommigen zien directe betrokkenheid, anderen vinden patiëntenorganisaties geschikter als vertegenwoordiging. Maar de stem van de patiënt moet zeker worden gehoord.

Preventie is belangrijk om de zorg betaalbaar te houden

- Respondenten benadrukken dat investeren in preventie de meest logische manier is om zorgkosten beheersbaar te houden. Zij onderschrijven massaal het principe “voorkomen is beter dan genezen” en zien meerwaarde in maatregelen zoals gezonde voeding, beweging en vroege opsporing. Preventie wordt bovendien herkend als effectiever én goedkoper op de lange termijn dan het behandelen van chronische aandoeningen.



02

Onderzoeksopzet



Onderzoeksopzet

Kwantitatief online onderzoek

 Methode	• Invulduur: 10-15 min • Veldwerkperiode: juni-juli 2025	 Steekproef	• Totale steekproef van n=1.128 respondenten, geworven vanuit de achterban van vijf patiëntenorganisaties: • MS Vereniging n=94 • Hoofdpijnnet n=98 • Osteoporosevereniging n=131 • Borstkankervereniging NL (BVN) n=334 • SchildklierNL n=471
---	--	--	---

Kwalitatief onderzoek

 Methode	• Diepte-interviews van één uur • Veldwerkperiode: juli-augustus 2025	 Steekproef	• Totale steekproef van n=16 respondenten, geworven vanuit de achterban van zes patiëntenorganisaties: • MS Vereniging n=1 • Hoofdpijnnet n=3 • Osteoporosevereniging n=3 • Borstkankervereniging NL (BVN) n=4 • SchildklierNL n=2 • Duchenne Parent Project n=3
--	---	---	---



Legenda

-  Gewogen totaal (n=1.128)
-  MS Vereniging (n=94)
-  Hoofdpijnnet (n=98)
-  Osteoporosevereniging (n=131)
-  BVN (n=334)
-  SchildklierNL (n=471)

Vraagtypen

MR

'Multiple Response': een vraag waarop meerdere antwoorden mogelijk zijn (totaal > 100%).

SR

'Single Response': een vraag waarop slechts één antwoord mogelijk is (totaal = 100%).

Open

Open vraag waar respondenten zelf een antwoord kunnen ingeven.

Schaal

Respondenten kunnen van 1 tot 5 aangeven in hoeverre een vraag op hen van toepassing is.

Wanneer een specifieke groep in de tekst of grafiek wordt uitgelicht, betekent dit dat deze groep significant verschilt van tenminste één andere groep.

Disclaimer

Dit rapport presenteert bevindingen uit een kwantitatief marktonderzoek (sentimentpeiling) onder vijf afzonderlijke patiëntengroepen.

Beperkingen en interpretatiekaders

- 1) **Aggregatie van resultaten** – Zowel geaggregeerde uitkomsten als afzonderlijke resultaten per patiëntengroep worden gerapporteerd. De geaggregeerde waarden zijn uitsluitend bedoeld ter indicatieve weergave van het totaalbeeld. Samenvoegen van de vijf patiëntengroepen tot één analytische populatie is methodologisch niet gerechtvaardigd. Wanneer de uitkomsten per groep vergelijkbaar zijn, kan uitsluitend worden geconcludeerd dat dit geldt binnen de onderzochte populatie. Deze resultaten mogen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar alle patiënten met de betreffende aandoening of bredere patiëntengroepen.
- 2) **Statistische significantie** – Uitkomsten zijn niet statistisch getoetst, tenzij expliciet vermeld. Conclusies dienen daarom met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.
- 3) **Representativiteit** – Het betreft een peiling van percepties en ervaringen. De resultaten zijn niet representatief voor alle patiënten met de betreffende aandoening in Nederland, maar weerspiegelen uitsluitend de antwoorden van de onderzochte populaties.
- 4) **Weging** – De data zijn gewogen naar incidentie van de aandoening, geslachtsverdeling en leeftijdsgroep om de interne vergelijkbaarheid te verbeteren. Deze weging kan invloed hebben op absolute waarden en relatieve verschillen.
- 5) **Mogelijke steekproefbias** – Er kan sprake zijn van selectiebias, alle respondenten zijn geworven via de betrokken patiëntenverenigingen. Respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, kunnen een bovengemiddelde betrokkenheid of ervaring met het onderwerp hebben.
- 6) **Interpretatie van subgroepverschillen** – Waargenomen verschillen tussen subgroepen betekenen niet automatisch dat er inhoudelijk betekenisvolle verschillen bestaan. Dergelijke verschillen kunnen toeval zijn of het gevolg van steekproefvariatie.
- 7) **Vraagstelling en antwoordopties** – De interpretatie van de resultaten dient plaats te vinden binnen de context van de gebruikte vragen en antwoordcategorieën, zoals deze in het onderzoek zijn gehanteerd.
- 8) **Momentopname** – De gegevens weerspiegelen de situatie op het moment van afname. Houd rekening met mogelijke veranderingen in percepties of ervaringen in de tijd.
- 9) **Externe validiteit** – De bevindingen mogen niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar andere landen, zorgsystemen of patiëntpopulaties zonder aanvullend onderzoek.

Algemene methodologische overwegingen

- De gegevens zijn verkregen via zelfrapportage en kunnen beïnvloed zijn door interpretatie van vragen, herinneringsbias en sociale wenselijkheid.
- De grootte van de steekproef en de verdeling over de groepen kunnen de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de resultaten beperken.
- De omvang van de steekproef per groep bepaalt mede of en hoe snel verschillen significant worden gevonden.
- De studie is observationeel van aard; verschillen tussen groepen of trends impliceren geen causaal verband.
- Resultaten zijn afhankelijk van de gehanteerde vragenlijst, de dataverzamelingsperiode en de context van het onderzoek.
- Reproductie van dit onderzoek in andere populaties kan tot afwijkende uitkomsten leiden.



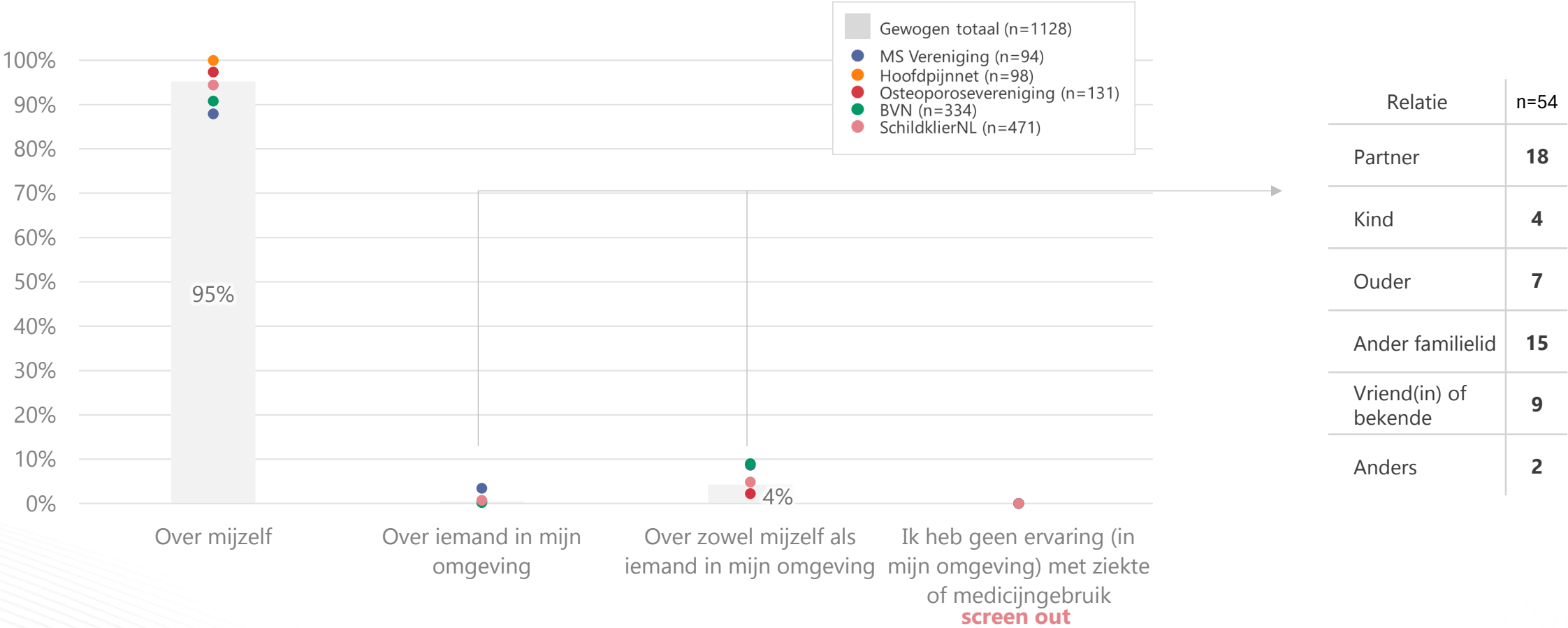
03

Resultaten



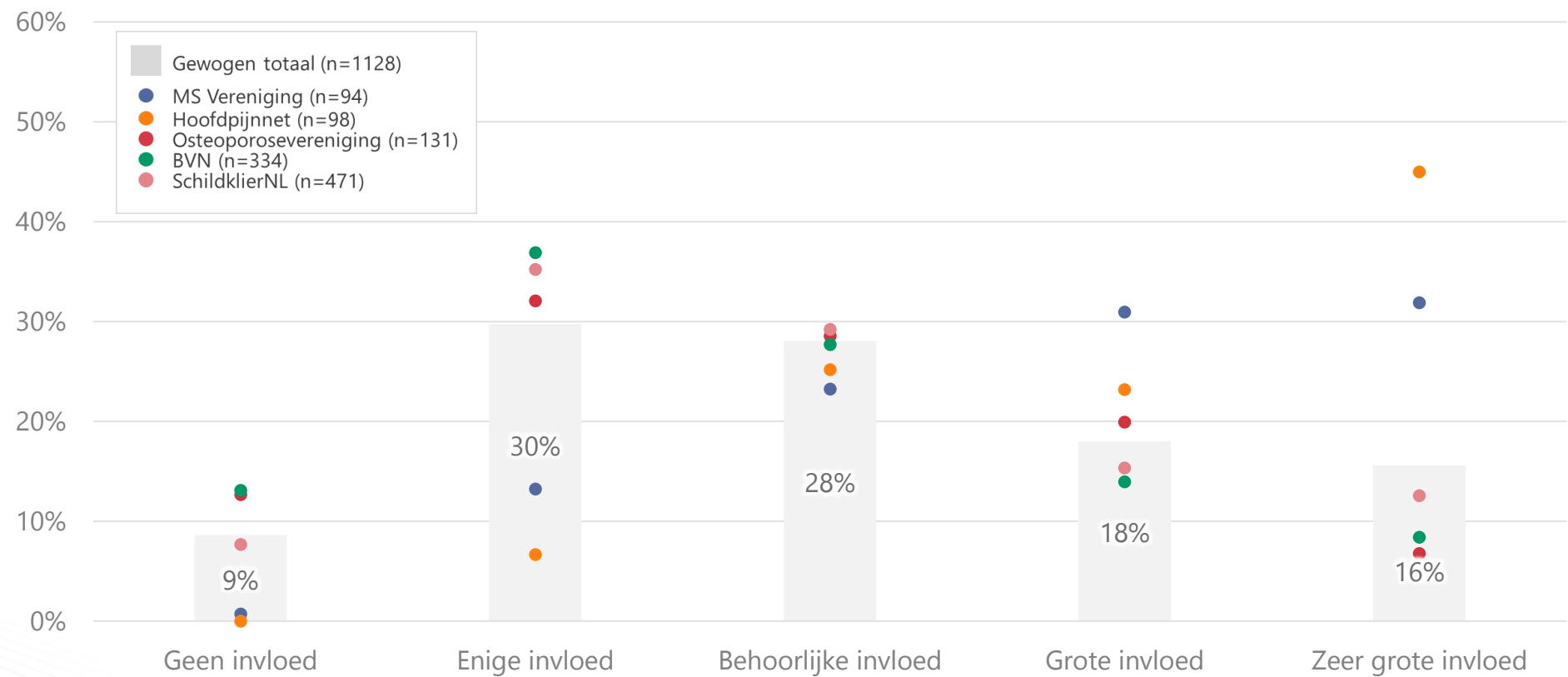
Achtergrond

De grote meerderheid spreekt uit eigen ervaring met hun ziekte, een klein deel namens een naaste.



2) Gaat deze vragenlijst over uw eigen ervaring met een ziekte of aandoening waar medicijnen voor nodig zijn, of zijn geweest, of over die van iemand in uw omgeving? (SR)
3) Wat is uw relatie tot de persoon over wie u vertelt in deze vragenlijst? (SR; indien V2 over (zowel mijzelf als) iemand in mijn omgeving)

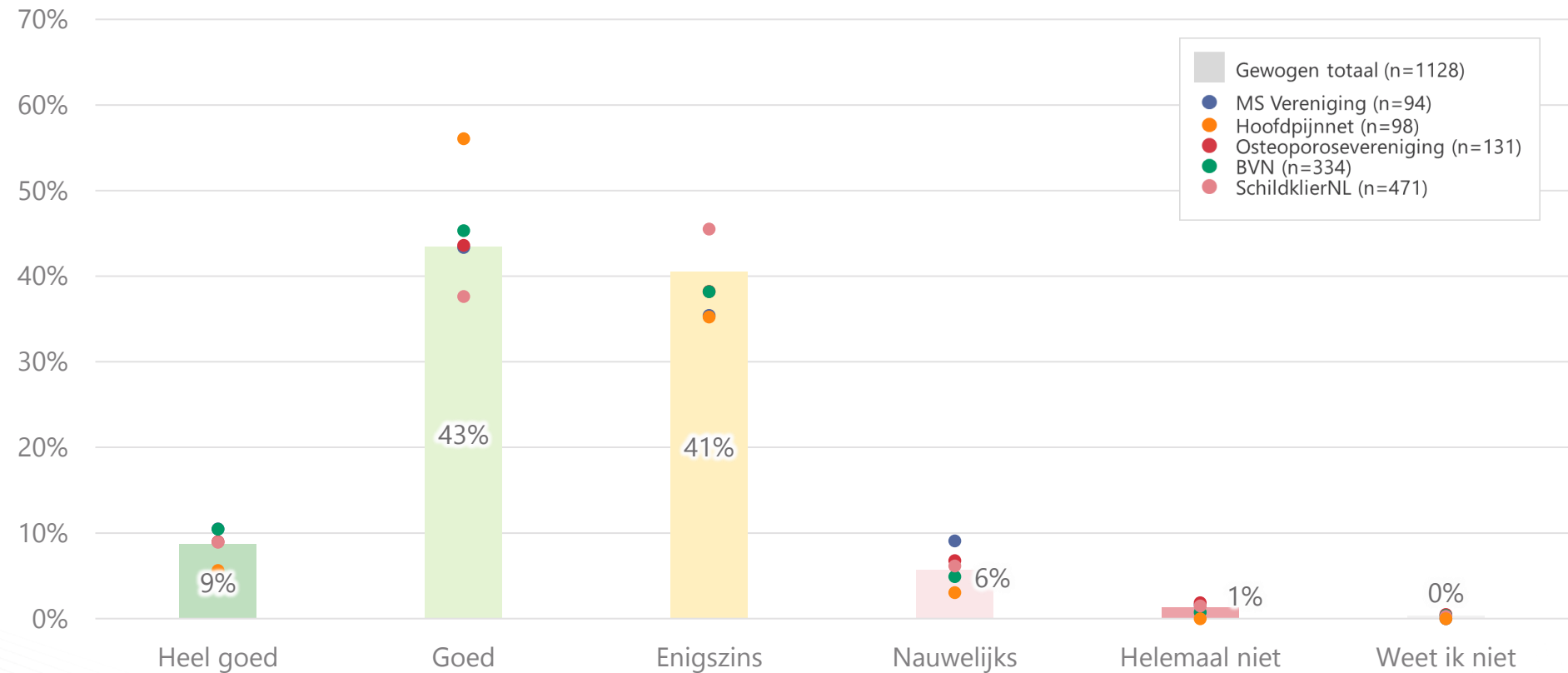
Respondenten met MS of hoofdpijn ervaren vaker een (zeer) grote invloed van hun aandoening op het dagelijks leven.



4) In hoeverre heeft een ziekte of aandoening (bij uzelf of iemand in uw omgeving) invloed op het dagelijks leven? (SR, n=1128)¹



De meerderheid geeft aan het Nederlandse zorgsysteem enigszins tot goed te begrijpen.



25) Hoe goed denkt u het Nederlandse zorgsysteem te begrijpen? (SR, Schaal)

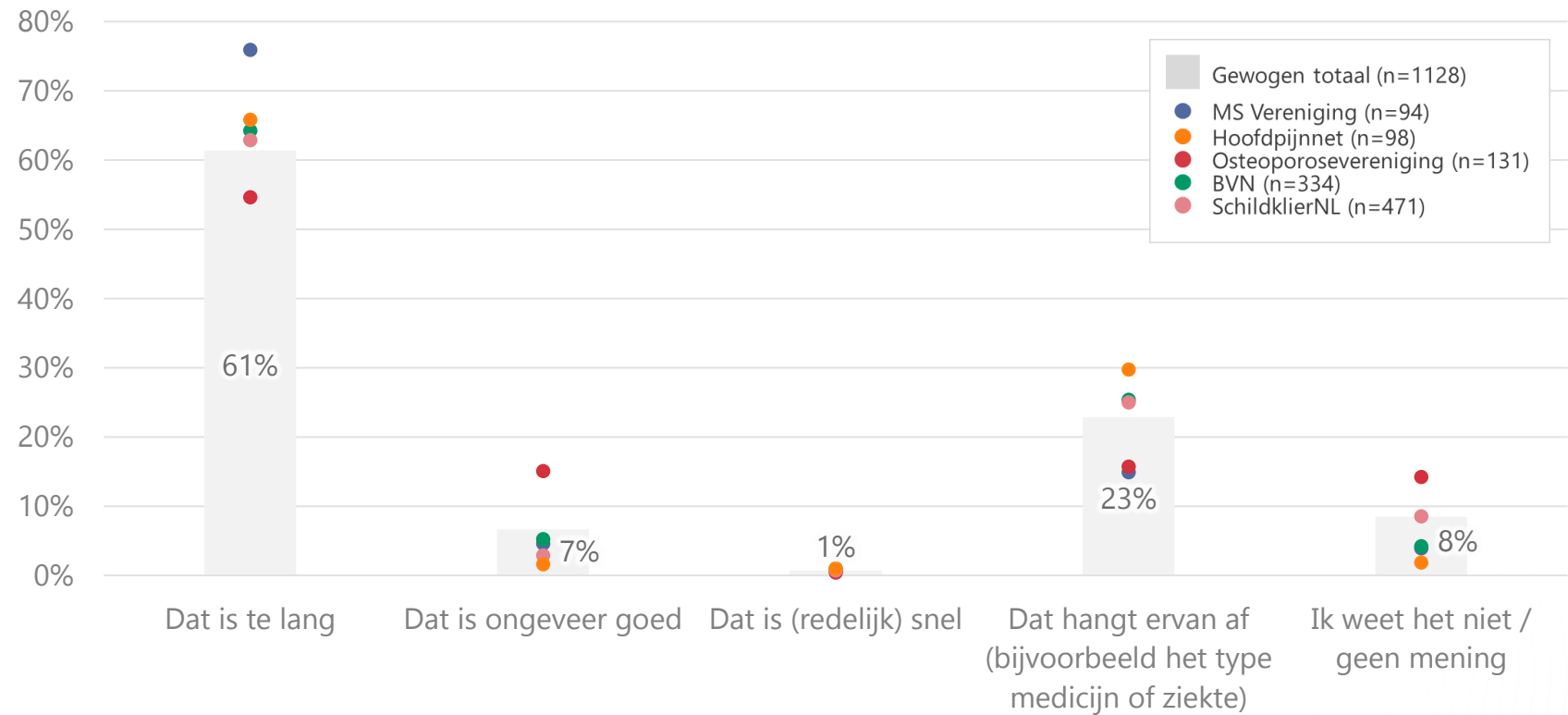


Houding ten opzichte van beschikbaarheid en vergoeding

De meeste respondenten vinden 15 maanden tot vergoeding te lang. Osteoporosepatiënten zijn hierin wat minder uitgesproken: zij vinden de periode vaker acceptabel of weten het niet.

Nadat een medicijn door het Europese geneesmiddelenbureau EMA is goedgekeurd, duurt het gemiddeld 15 maanden totdat het wordt vergoed voor patiënten in Nederland. In Denemarken is dat 11 maanden, in Duitsland 4 maanden en in België 18 maanden.

Bron: EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024, 5 januari 2025



5) Wat vindt u van deze periode van 15 maanden voordat een nieuw medicijn in Nederland wordt vergoed? (SR)²

Toelichting bij wachttijd tot vergoeding

Dat is te lang	Dat is ongeveer goed	Dat is (redelijk) snel	Dat hangt ervan af	Ik weet het niet / geen mening
Andere landen zijn sneller, waarom duurt het hier langer? (n=148)	Die tijd is nodig om het goed en zorgvuldig te kunnen doen (n=19)	15 maanden is te overzien (n=2)	Voor sommige ziektes is meer snelheid nodig dan voor andere (n=40)	Geen inzicht in wat reëel is (n=16)
EMA goedkeuring rechtvaardigt directe beschikbaarheid (n=116)	Het zou gelijk moeten zijn met de rest van Europa (n=2)	Zorgvuldigheid, en dus een langere termijn, zijn belangrijk (n=2)	Er moet zorgvuldig worden gekeken naar kosten en de waarde van het medicijn (n=33)	Tijd is nodig voor zorgvuldigheid en veiligheid (n=6)
De wachttijd heeft veel impact op de patiënt (n=80)	Iets sneller zou beter zijn (n=2)		Afhankelijk van de complexiteit van het medicijn en de doelgroep (n=28)	Kan het niet goed beoordelen (n=5)
Gezondheid is cruciaal en gaat voor (n=73)	Overig (n=6)		Er moet een goede overweging worden gemaakt tussen kosten en baten (n=20)	
Het komt ten goede aan de verzekeraar/overheid, niet de patiënt (n=48)			Ik heb te weinig kennis van het systeem (n=19)	
Bureaucratie en procedures (n=32)			Snelheid is vooral gewenst als er geen alternatieven zijn (n=17)	
Het moet in heel Europa hetzelfde zijn (n=25)			Gelijktrekken met Europa - waarom zijn er verschillen tussen landen? (n=16)	
Hoe sneller hoe beter (n=25)			Het zijn de procedures (n=15)	
Het Nederlandse systeem schiet tekort (n=15)			Er moet goed gekeken worden hoe groot de groep patiënten is (n=11)	
Als het echt beter is moet het sneller (n=13)			Het moet beschikbaar zijn voor de patiënt na EMA goedkeuring (n=8)	
Ik snap niet waarom we zo lang moeten wachten (n=6)			Overig (n=11)	
Overig (n=24)				



Wachttijd tot vergoeding: context vanuit kwalitatief onderzoek

De meningen zijn verdeeld over 15 maanden - De reacties op de 15 maanden wachttijd lopen flink uiteen. De meeste respondenten vinden het veel te lang, anderen zeggen dat het best meevalt en hadden eigenlijk nog langer verwacht. Die verschillende reacties hangen sterk samen met hun persoonlijke situatie en wat die wachttijd voor hen betekent. Respondenten zien de lange procedures niet alleen als hun eigen probleem. Ze wijzen erop dat langdurige ziekte ook geld kost door ziekteverzuim, dat families eronder lijden, en dat uiteindelijk de hele samenleving de prijs betaalt van trage medicijntoegang.

Aandoening bepaalt de urgentie - Respondenten met progressieve ziektes hebben veel minder geduld met lange procedures. Voor hen betekent elke maand uitstel letterlijk achteruitgang die niet meer terug te draaien is. Mensen met meer stabiele aandoeningen kunnen die tijd beter relativeren en hebben meer begrip voor zorgvuldige procedures.

Europa als vergelijkingsmaatstaf - Zodra men hoort dat het in Duitsland maar 4 maanden duurt, gaat het er niet meer alleen over of 15 maanden op zich redelijk is. Dan wordt het: waarom kan het daar wel en hier niet? Die vergelijking maakt mensen kritischer op Nederland, ook als ze de 15 maanden op zich nog wel acceptabel vonden.

Veiligheid versus snelheid - Er zijn duidelijk twee kampen. De ene groep zegt: het is al goedgekeurd door Europa, dus waarom moeten we het hier nog eens overdoen? De andere groep heeft zelf negatieve ervaringen gehad met medicijnen en vindt het juist belangrijk dat Nederland alles goed controleert, ook al duurt dat langer.

Onderliggende frustratie over onduidelijkheid - Wat veel respondenten vooral irriteert, is dat ze niet begrijpen wat er in die 15 maanden allemaal gebeurt. Ze vermoeden van alles (prijsonderhandelingen, bureaucratie, dubbel werk), maar eigenlijk weten ze het niet. Die onduidelijkheid maakt de wachttijd zwaarder dan hij misschien hoeft te zijn.



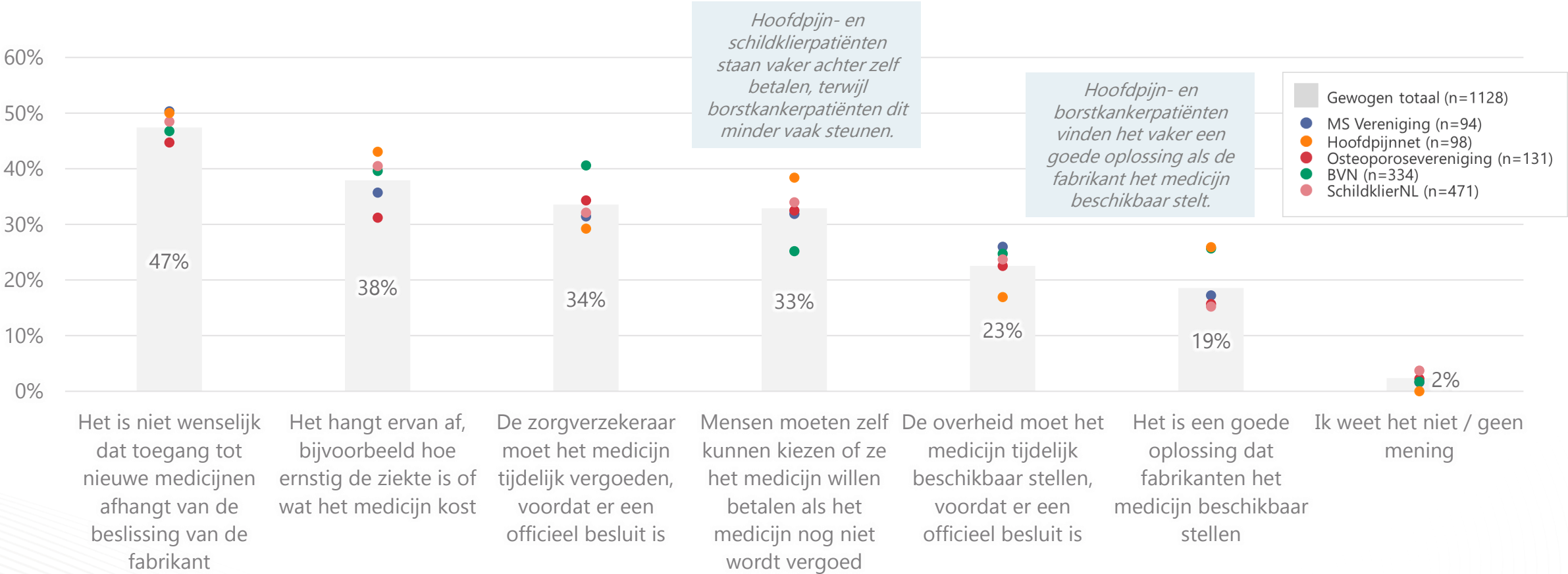
In ons geval is tijd gewoon achteruitgang. Elke dag dat een medicijn niet beschikbaar is, gaat ons kind verder achteruit. – Duchenne Parent Project

Als het dan geldt voor de hele bevolking, zoals corona, dan opeens gaan alle deuren open. Maar als het voor één patiëntengroep is, ook al is die patiëntengroep heel groot, dan mag je gewoon gaan wachten? In de realiteit gaan er mensenlevens verloren, gaat er sowieso kwaliteit van leven verloren. Dat vind ik echt wel jammer, want het kan wel, maar het gebeurt niet. – Hoofdpijnnet

En dat is aan de ene kant misschien ook wel begrijpelijk, hoor, want ja het is realistisch en ze kijken natuurlijk naar de kosteneffectiviteit. Aan de andere kant van ja. Je moet er maar wel een balans in zien te vinden tussen. Dat het niet te lang gaat duren of dat we zelfs misschien helemaal niet meer interessant zijn voor de leverancier. – SchildklierNL



Ongeveer de helft van de respondenten wil geen afhankelijkheid van de fabrikant voor beschikbaarheid van een medicijn vóór vergoeding.



7) Tijdens het proces waarin besloten wordt of een nieuw medicijn vergoed wordt, is het medicijn niet beschikbaar voor alle patiënten. Het is dan alleen beschikbaar als de fabrikant het vrijwillig gratis verstrekt. Wat vindt u hiervan? (MR)³⁻⁹



Beschikbaarheid door fabrikant: context vanuit kwalitatief onderzoek

Afhankelijkheid van commerciële partijen - Respondenten voelen zich ongemakkelijk bij het idee dat een bedrijf bepaalt wie wel of niet toegang krijgt tot medicatie. Ze begrijpen dat fabrikanten niet alles gratis kunnen geven, maar vinden het vreemd dat zo'n belangrijke beslissing voor hun gezondheid bij een commerciële partij ligt in plaats van bij hun arts. Ze waarderen het dat sommige mensen eerder geholpen kunnen worden, maar vinden het tegelijkertijd oneerlijk dat het afhangt van toeval wie wel of niet in aanmerking komt.

Willekeur als grote zorg - Veel respondenten ervaren het als loterij wie toegang krijgt tot gratis medicijnen. Ze maken zich zorgen over hoe die selectie plaatsvindt – gaat het om wie je kent, welk ziekenhuis je bezoekt, of gewoon geluk hebben? Deze willekeur voelt onrechtvaardig, omdat iedereen met dezelfde aandoening eigenlijk dezelfde kansen zou moeten hebben.

Praktische voordelen versus principiële bezwaren - Hoewel ze er principieel moeite mee hebben, erkennen veel respondenten wel de praktische waarde. Voor mensen met progressieve ziektes kan zo'n programma letterlijk het verschil maken tussen achteruitgang en stabiliteit. Ze zijn blij dat de optie er is, ook al vinden ze het systeem niet ideaal.

Rol van de overheid - Verschillende respondenten vinden dat de overheid meer zou moeten doen om deze situaties te voorkomen. Ze suggereren dat de staat zou kunnen bijspringen om medicijnen tijdelijk te financieren, zodat patiënten niet afhankelijk zijn van de goodwill van fabrikanten. De verantwoordelijkheid voor volksgezondheid zou volgens hen niet bij bedrijven moeten liggen.

Angst voor stopzetting - Een belangrijk punt is de onzekerheid wat er gebeurt als zo'n gratis programma stopt. Patiënten die eenmaal gewend zijn aan een medicijn en daarvan profiteren, zitten in een kwetsbare positie als de fabrikant besluit te stoppen of als onderhandelingen mislukken.



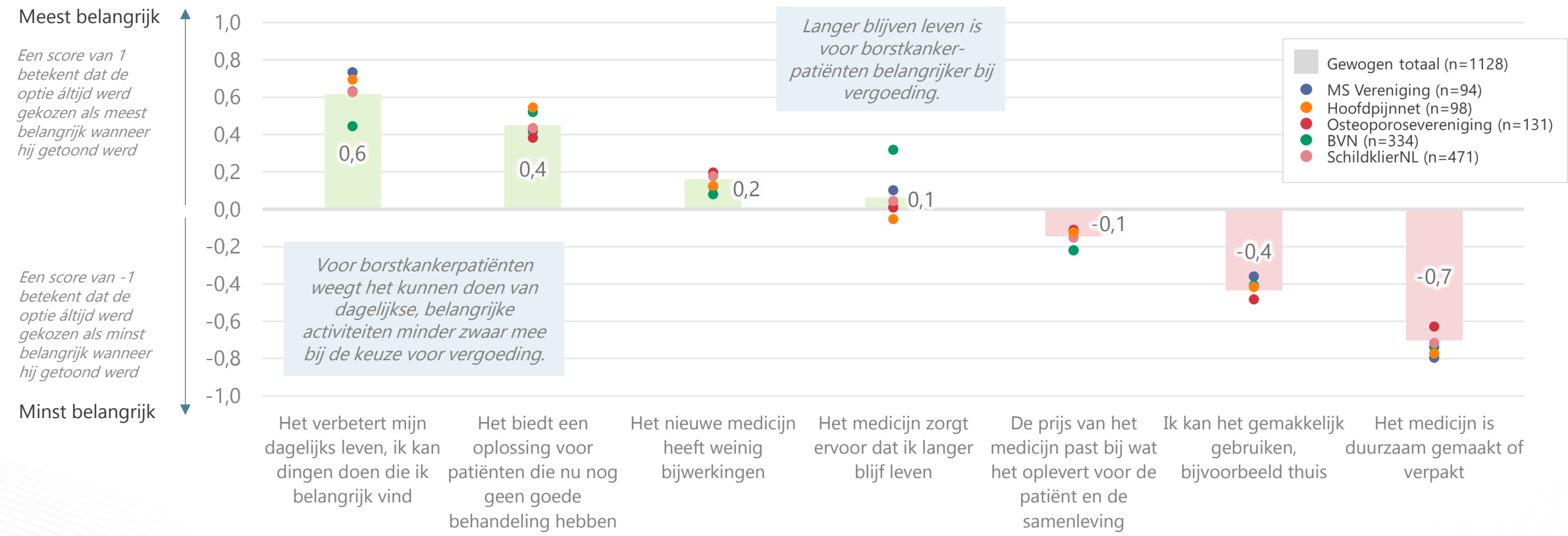
Van de ene kant heb ik daar wel enigszins iets begrip voor anders worden de prijzen denk ik exorbitant hoog. En van de andere kant is het. Het gaat in ons geval niet om geld, maar het gaat om mensenlevens. – Duchenne Parent Project

Wat dan als uiteindelijk de prijsonderhandelingen niet goed gaan. Het middel wordt dan niet vergoed. Mensen hadden er misschien wel veel baat bij. Maar opeens wordt het dan toch afgepakt. Dat vind ik wel lastig. – Hoofdpijnnet

Ik denk dat dat een mooie optie is als ze dat kunnen doen. Maar ja, dat gebeurt nooit als het hele grote patiëntengroepen betreft, lijkt mij. Dus dat zal echt alleen bij die bij hele kleine groepen zijn, want anders is het niet te overzien. Ik zal daar niet zo snel mee te maken krijgen. – SchildklierNL



Kwaliteit van leven en het bieden van nieuwe oplossingen wegen voor de patiëntgroepen zwaarder dan kosten of praktische aspecten zoals gemak of duurzaamheid.



8) Stel: er komt een nieuw medicijn voor uw ziekte of aandoening. Er kunnen verschillende redenen belangrijk zijn voor de beslissing of het medicijn wordt vergoed. We zijn benieuwd wat voor u hierbij belangrijk is. (MaxDiff)¹⁰⁻¹⁶

Redenen voor vergoeding: context vanuit kwalitatief onderzoek

Kwaliteit van leven staat bovenaan - Het meest opvallende patroon is dat respondenten kwaliteit van leven bijna altijd belangrijker vinden dan puur levensverlenging. Ze willen niet alleen langer leven, maar vooral beter leven. Het gaat ze om wat ze nog kunnen doen, niet hoeveel maanden ze erbij krijgen.

Persoonlijke situatie bepaalt prioriteiten - Respondenten die te maken hebben met progressieve ziektes, zoals Duchenne, hebben heel andere prioriteiten dan mensen met stabiele aandoeningen. Voor hen is elk medicijn dat achteruitgang kan stoppen belangrijk, ongeacht de kosten. Mensen met chronische maar stabiele klachten kijken kritischer naar prijs-kwaliteitverhoudingen.

Dilemma tussen eigen belang en maatschappij - Veel respondenten worstelen met hun dubbele rol. Als patiënt willen ze het beste medicijn, maar als burger begrijpen ze dat niet alles betaalbaar is. Sommigen geven toe dat ze vanuit hun eigen situatie heel anders zouden kiezen dan wat ze maatschappelijk verantwoord vinden.

Innovatie moet meerwaarde hebben - Respondenten zijn kritisch op medicijnen die niet echt iets nieuws brengen. Ze vinden het belangrijk dat nieuwe middelen een oplossing bieden waar nog geen goede behandeling voor bestaat, of duidelijk beter zijn dan wat er al is. Me-too medicijnen zonder echte voordelen vinden ze verspilling.

Bijwerkingen in perspectief - De meeste respondenten accepteren bijwerkingen als het medicijn maar genoeg oplevert. Ze denken in termen van balans – als iets hun dagelijks leven enorm verbetert, nemen ze daar best wat ongemak voor. Het gaat om een goede verhouding tussen voor- en nadelen.

Praktische aspecten vallen weg bij echte nood - Wat opvalt is dat dingen zoals duurzame verpakking, gebruiksgemak thuis, en zelfs prijs ineens onbelangrijk worden als er echt veel op het spel staat. Respondenten met ernstige aandoeningen geven aan dat ze wel elke week naar het ziekenhuis willen als het medicijn maar helpt. Bij echte medische nood verdwijnen de praktische bezwaren naar de achtergrond.



Het belangrijkste is hoeveel de impact van het medicijn is. Wat het toevoegt. Dat is natuurlijk moeilijk meetbaar, maar bijvoorbeeld de levenskwaliteit, de levensjaren, et cetera. In verhouding tot wat de prijs van het medicijn is.
– Hoofdpijnnet

Dat het mijn dagelijks leven verbetert en ik dingen kan doen die ik belangrijk vind. Die staat voor mij bovenaan, omdat het alles zegt over wat belangrijk is in het leven. De lengte van het leven is uiteindelijk niet zo heel belangrijk, maar de dingen die je erin kunt doen wel. En hoe je je daaronder voelt is, dat is denk ik het allerbelangrijkste. – Duchenne Parent Project

Die over duurzaamheid vond ik heel lastig om in te vullen, omdat ik op alle gebieden heel erg gefocust ben op duurzaamheid. Maar hierin komt hij toch wel op een hele lage plek.
– MS Vereniging



Voor de verschillende patiëntengroepen zijn beschikbaarheid en snelheid belangrijker dan lage kosten voor de maatschappij.

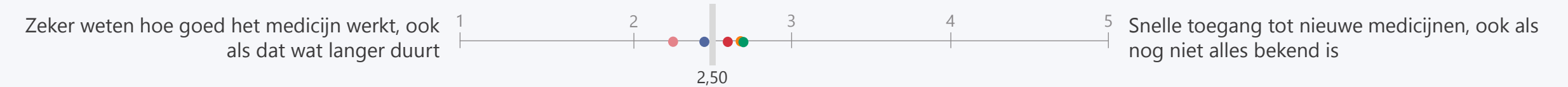
Alle patiëntengroepen vinden beschikbaarheid belangrijker dan kosten. MS-patiënten leggen hier relatief de meeste nadruk op.



9) Bij de vergoeding van nieuwe medicijnen kijkt de overheid naar meerdere dingen tegelijk. Ze wil de kosten voor de samenleving laag houden, medicijnen snel beschikbaar maken, zeker weten dat een medicijn goed werkt, en ook dat het iets oplevert voor patiënten en de maatschappij. Maar meestal is het niet mogelijk om álle doelen tegelijk te halen. Daarom moeten er keuzes worden gemaakt. We zijn benieuwd wat u het belangrijkste vindt. Schuif per regel naar de optie die het beste bij u past. (Slider)
Score loopt van 1 t/m 5. Respondenten zagen geen cijfers; slider startte neutraal (positie 3).¹⁷⁻²⁰

Zekerheid over werking is iets belangrijker dan snelheid. Hoge kosten van medicijnen zijn acceptabel als ze andere kosten besparen.

Zekerheid over werking weegt voor alle patiëntgroepen zwaarder dan snelle toegang. Schildklierpatiënten leggen hier zelfs nóg meer nadruk op.



Alle patiëntengroepen vinden dat dure medicijnen acceptabel zijn, mits ze andere zorgkosten besparen. Hoofdpijnpatiënten zijn daarin het meest uitgesproken.



9) Bij de vergoeding van nieuwe medicijnen kijkt de overheid naar meerdere dingen tegelijk. Ze wil de kosten voor de samenleving laag houden, medicijnen snel beschikbaar maken, zeker weten dat een medicijn goed werkt, en ook dat het iets oplevert voor patiënten en de maatschappij. Maar meestal is het niet mogelijk om álle doelen tegelijk te halen. Daarom moeten er keuzes worden gemaakt. We zijn benieuwd wat u het belangrijkste vindt. Schuif per regel naar de optie die het beste bij u past. (Slider)
Score loopt van 1 t/m 5. Respondenten zagen geen cijfers; slider startte neutraal (positie 3).¹⁷⁻²⁰

Gewogen totaal (n=1128)

MS-vereniging (n=94)

Hoofdpijnnet (n=98)

Osteoporosevereniging (n=131)

BVN (n=334)

SchildklierNL (n=471)

Beschikbaarheid, snelheid, zekerheid en kosten: context vanuit kwalitatief onderzoek

Beschikbaarheid gaat boven veel - Vrijwel alle respondenten kiezen uiteindelijk voor beschikbaarheid boven lage kosten, maar niet zonder worsteling. Ze beseffen dat het systeem grenzen heeft, maar als het hun eigen leven of dat van hun kind betreft, valt die rationele overweging weg. Patiënten met progressieve ziektes hebben hierin geen geduld – voor hen is elke dag uitstel letterlijk achteruitgang.

Snelheid weegt zwaar bij urgente ziektes - De meeste respondenten kiezen voor snellere toegang, ook al kost dat meer. Ze zien die extra kosten als tijdelijk en geloven niet dat snelheid per se veel duurder hoeft te zijn. Voor mensen met progressieve aandoeningen is dit geen discussie – tijd hebben ze gewoon niet.

Veiligheid als ondergrens - Deze afweging splitst patiënten het meest. Over werkzaamheid zijn ze bereid om wat onzekerheid te accepteren, maar niet over ernstige bijwerkingen. De EMA-goedkeuring geeft genoeg vertrouwen. Cruciaal vinden ze wel dat ze weten waar ze aan beginnen – geen proefkonijn zijn zonder dat te weten.

Bredere kostenbenadering - Alle respondenten snappen het argument dat dure medicijnen acceptabel zijn als ze elders kosten besparen. Ze zien dagelijks hoeveel ziekenhuisbezoeken, thuiszorg en ziekteverzuim hun aandoeningen kosten. Ze ergeren zich aan kortzichtig denken waarbij alleen naar de medicijnprijs wordt gekeken.



Ik neig natuurlijk naar de rechterkant beschikbaarheid voor elke patiënt die het nodig heeft, ook als het duur is. Maar ik zou toch wel een voorbehoud willen maken. Ik vind het wel belangrijk dat de behandeling dan echt zinvol is, dat het iets oplevert. – Hoofdpijnnet

Ik vind dat een leven van iemand belangrijker is dan geld. – Duchenne Parent Project

Ik denk dat in dit geval veiligheid het belangrijkste is. Maar als de veiligheid bekend is, dan mag het wel snel gaan van mij. – SchildklierNL

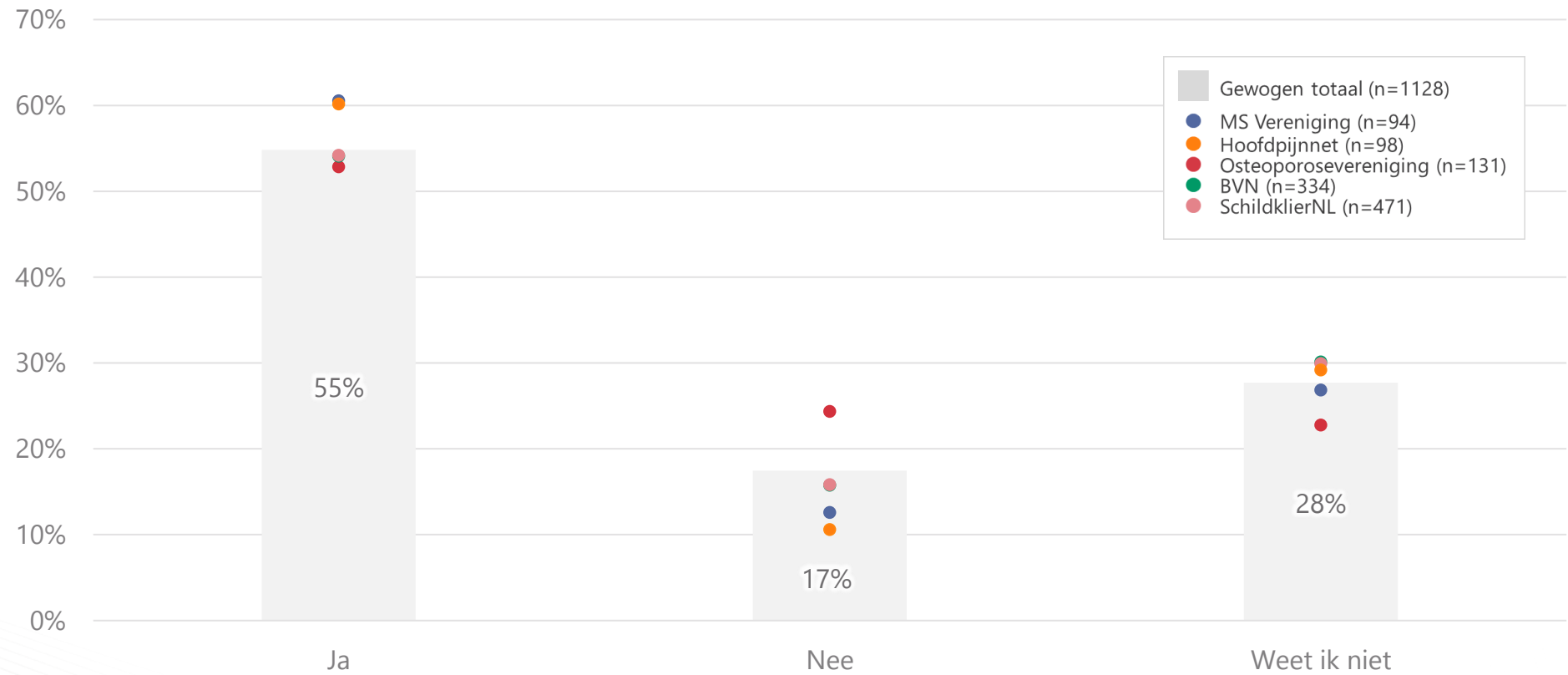
Ik vind het wel belangrijk dat je niet een duur medicijn gaat geven, wat dan niet blijkt te werken. Dus het is wel belangrijk dat het goed is uitgezocht. – BVN

Ik vind het medicijn mag veel kosten met de voorwaarde dat het kosten verlaagt op andere vlakken. Ik kan me wel voorstellen dat er een evenwicht moet blijven, dus dat medicijnen best wel wat mogen kosten. – BVN



Kosten van medicijnen

Meer dan de helft vindt dat patiënten een grotere rol moeten krijgen in de discussie over medicijnkosten.



10) Vindt u dat de patiënt een grotere rol moet krijgen in de discussie over medicijnkosten? (SR)²¹



Toelichting rol patiënt

Ja	Nee	Weet ik niet
Patiëntenorganisaties moeten standaard worden betrokken (n=111)	Patiënten missen medische kennis (n=41)	Patiënten hebben te weinig kennis van het systeem (n=38)
Patiëntervaring is een expertise (n=109)	Eigenbelang conflicteert met maatschappelijk belang (n=34)	Patiëntenorganisaties moeten een grotere rol krijgen (n=21)
Patiënt moet centraal staan in besluitvorming (n=80)	Experts moeten beslissen (n=31)	Eigenbelang conflicteert met maatschappelijk belang (n=21)
Medicatie moet toegankelijk zijn voor elke patiënt (n=46)	Patiëntenorganisaties moeten een grotere rol krijgen (n=29)	Patiënten missen medische kennis (n=13)
Patiënt moet zelf meer in de lead zijn (n=45)	Teveel meningen leiden tot chaos (n=26)	Complexiteit overstijgt individuele invloed (n=9)
De farmaceutische industrie heeft nu te veel macht (n=41)	Te emotioneel betrokken voor objectieve beslissingen (n=16)	Twijfel aan toegevoegde waarde patiëntenperspectief (n=9)
Goedkopere alternatieven zijn niet altijd hetzelfde (n=36)	Prijzen worden niet bepaald door de patiënt, maar door de farmaceutische industrie (n=8)	Experts moeten beslissen (n=8)
Prijsvorming is niet transparant (n=29)	Patiënten kunnen kosten-baten niet overzien (n=8)	Het is voor iedereen anders (n=8)
Patiënten maken andere afwegingen (n=22)	Medicijnen moeten meer beschikbaar komen (n=6)	Procedurele onduidelijkheid (n=6)
Kwaliteit van leven moet meer worden meegenomen (n=21)	Overig (n=17)	Teveel meningen leiden tot chaos (n=6)
Patiënten kunnen kiezen voor een eigen bijdrage (n=18)		Onduidelijkheid over hoe de prijzen bepaald worden (n=6)
Financiële situatie maakt het lastig om medicijnen zelf te betalen (n=17)		Het is lastig voor patiënten om objectief te blijven (n=5)
Maatschappelijke kosten moeten ook worden meegenomen (n=16)		Patiëntervaring moet worden meegenomen, maar twijfel over hoe (n=5)
Het systeem moet fundamenteel veranderen (n=11)		Overig (n=22)
Overig (n=6)		



Rol van de patiënt: context vanuit kwalitatief onderzoek

Verdeelde meningen over directe betrokkenheid patiënt - Respondenten zijn verdeeld over hun eigen rol in kostendiscussies. Velen willen graag meepraten, anderen vinden zichzelf niet geschikt, omdat ze de complexiteit niet overzien. Bijna iedereen vindt wel dat hun ervaringen en perspectief gehoord moeten worden, maar niet iedereen wil de verantwoordelijkheid van meebeslissen.

Patiëntenorganisaties als brug - De meeste respondenten zien patiëntenorganisaties als de juiste weg om hun stem te laten horen. Zij hebben meer kennis, kunnen objectiever kijken en spreken namens een bredere groep. Individuele patiënten zouden te emotioneel betrokken zijn en alleen hun eigen belang nastreven.

Ervaringskennis heeft waarde - Wat patiënten wel kunnen bijdragen is hun dagelijkse realiteit – wat een ziekte werkelijk betekent voor hun leven en dat van hun familie. Die impact wordt volgens hen vaak onderschat door mensen die alleen naar tabellen en cijfers kijken. Ze kunnen laten zien waarom bepaalde medicijnen zo belangrijk zijn en wat het kost als ze er niet zijn.

Timing en vorm zijn cruciaal - Respondenten die wel betrokkenheid willen, benadrukken dat dit moet gebeuren in het voortraject (bij het vormgeven van beleid en criteria), niet tijdens concrete onderhandelingen. Ze kunnen helpen met het opstellen van kaders, maar moeten wegblijven van de onderhandelingstafel zelf.



Daar ben ik natuurlijk als patiënt ook heel erg voorstander van, dat je niet gaat praten over iets wat raakt aan de patiënt zonder de patiënt. – Hoofdpijnnet

De rol van de patiënt is wel belangrijk, alleen als je er veel patiënten bij betreft, dan krijg je dus van die discussies op heel divers niveau. En ik denk wel dat je dan wat selectief moet zijn in je keuzes van wie je daar dan bij betreft, want ik herinner mij ook heel veel discussies over medicijnen waarbij iedereen maar wat roept en dat het dan niet meer realistisch is. – Osteoporosevereniging

Ik vind eigenlijk niet dat de patiënt een grotere rol moet krijgen. Je moet er toch ook gewoon zakelijk naar kunnen kijken, en dat is lastiger voor een patiënt. – Hoofdpijnnet

Ik zou het wel heel fijn vinden als er ook ouders bij betrokken worden. Dat je jouw verhaal kan laten zien. Ik wil zo dolgraag laten zien wat zo'n medicijn nou wel kan doen. In plaats van dat er alleen naar tabellen gekeken wordt. Dat een kind weer een trap op kan lopen bijvoorbeeld. – Duchenne Parent Project



Belangrijkst bij het bepalen van de hoogte van een prijs zijn de effecten voor patiënten (kwaliteit van leven, werking, duur, brede toepasbaarheid) én de maatschappelijke baten zoals kostenbesparing.



Het verbetert hoe iemand zich voelt (kwaliteit van leven)



n=1119

Kosten die bespaard worden voor de samenleving doordat de patiënt het medicijn gebruikt, zoals minder ziekenhuisopnames of kunnen blijven werken



n=1118

Het medicijn werkt beter dan andere medicijnen die er al zijn



n=1120

Het medicijn is bedoeld voor veel patiënten die er baat bij kunnen hebben



n=1113

12) Hoe belangrijk vindt u elk van de onderstaande punten bij het bepalen van de hoogte van de prijs van een nieuw medicijn? 1=helemaal niet belangrijk, 5=heel belangrijk; weet niet / geen mening. (SR, Schaal)²²⁻²⁹



Patiënten hechten weinig waarde aan nieuwheid of investeringskosten van de fabrikant als reden voor de prijs.



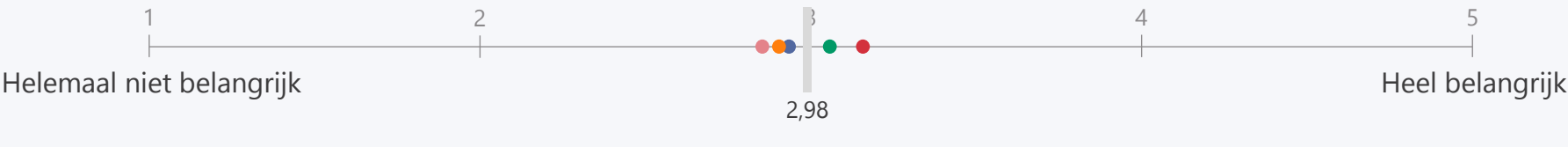
Hoe lang het effect van het medicijn aanhoudt



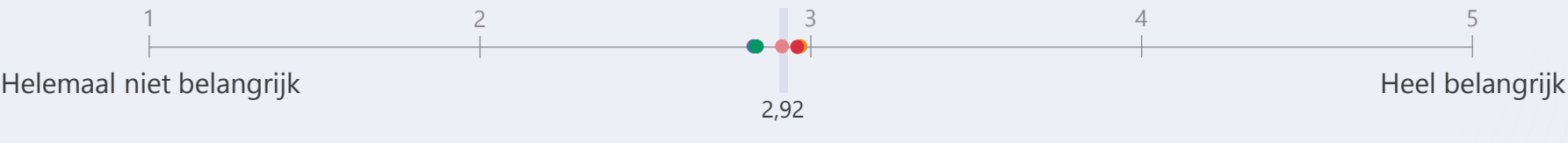
Het medicijn is bedoeld voor mensen met een zeldzame ziekte



Hoe nieuw of bijzonder het medicijn is



De fabrikant heeft veel tijd en geld geïnvesteerd in het ontwikkelen van het medicijn, en mag daar ook winst op maken



12) Hoe belangrijk vindt u elk van de onderstaande punten bij het bepalen van de hoogte van de prijs van een nieuw medicijn? 1=helemaal niet belangrijk, 5=heel belangrijk; weet niet / geen mening. (SR, Schaal) ²²⁻²⁹



Hoogte van de prijs: context vanuit kwalitatief onderzoek

Impact op dagelijks leven staat centraal – De patiënten uit dit onderzoek vinden kwaliteit van leven en werkzaamheid van medicijnen de belangrijkste factoren voor prijsbepaling. Ze begrijpen dat een medicijn dat beter werkt of meer impact heeft op hun dagelijks leven ook meer mag kosten. Dit vindt men belangrijker dan de andere overwegingen.

Maatschappelijke voordelen rechtvaardigen hogere prijzen - Vrijwel alle respondenten vinden dat medicijnen meer mogen kosten als ze elders kosten besparen – minder ziekenhuisopnames, langer kunnen werken, minder thuiszorg. Ze zien dit als win-win situatie waar iedereen baat bij heeft. Deze logica spreekt hen veel meer aan dan discussies over ontwikkelkosten.

Zeldzame ziektes verdienen bescherming - Hoewel deze patiënten economisch begrijpen dat medicijnen voor kleine groepen duurder worden, vinden ze dit moreel problematisch. Ze willen niet dat mensen met zeldzame ziektes de dupe worden van marktmechanismen. Men denkt aan Europese samenwerking of speciale regelingen om deze kosten te spreiden.

Nieuwheid is geen waarde op zich - Het feit dat iets nieuw is, vinden respondenten geen reden voor een hogere prijs. Het moet wel echte meerwaarde bieden. Ze zijn kritisch op me-too medicijnen die alleen nieuw zijn om patenten te verlengen, maar weinig toevoegen.

Winst mag, maar met grenzen - De gesproken respondenten hebben geen principiële bezwaren tegen winst voor farmaceuten – ze snappen dat bedrijven moeten kunnen investeren in nieuw onderzoek. Maar ze willen wel dat dit redelijk blijft en niet ten koste gaat van toegankelijkheid. Ze ergeren zich aan verhalen over exorbitante winstmarges.



Ik denk helaas dat de verbetering van kwaliteit van leven niet echt wordt meegenomen in de prijsbepaling. Terwijl dat voor mij juist heel belangrijk is.
– MS Vereniging

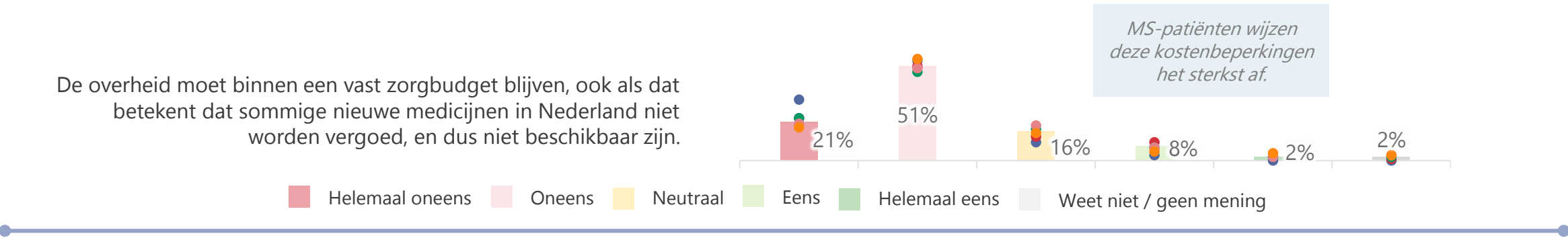
Ze maken natuurlijk kosten door nieuwe medicijnen te ontwikkelen en daar zijn we allemaal helemaal blij mee dat dat gebeurt op het moment dat we ze nodig hebben. Winst klinkt altijd als een vies woord bij farmaceuten. Ik vind heus niet dat zij helemaal geen winst mogen maken, ze mogen best winst maken. Moet wel in proportie zijn, vind ik ja. – BVN

Ja ik denk als mensen maatschappelijk bezig kunnen blijven. Dat vind ik wel belangrijk, dus dan mag het voor mij wel wat hoger zijn in de prijs.
– Osteoporosevereniging

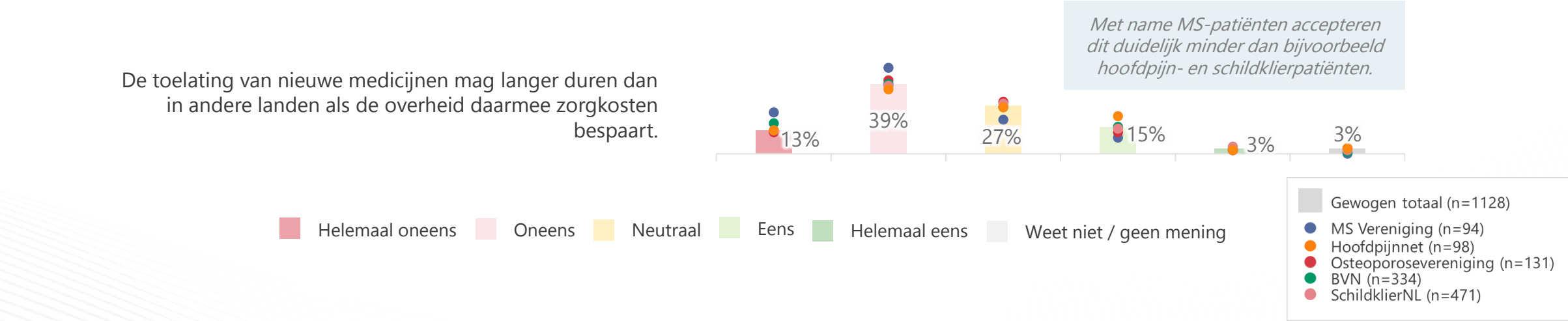
Een zeldzame ziekte maakt het duurder. Dan hebben ze minder mogelijkheden om het terug te verdienen. Dus dat zal wel invloed hebben op de prijs. – Duchenne Parent Project

Zorgkosten en premie

De patiëntengroepen vinden vergoeding en beschikbaarheid belangrijker dan strikt binnen het zorgbudget blijven.



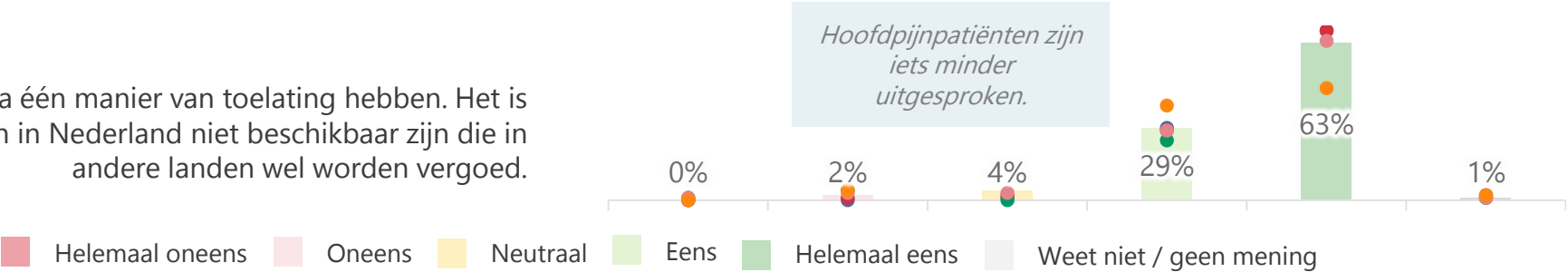
Een kleine meerderheid is het er niet mee eens dat de toelating in Nederland langer mag duren als daarmee kosten worden bespaard.



13) In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen over de manier waarop Nederland keuzes maakt rondom de vergoeding, beschikbaarheid en ontwikkeling van medicijnen?
1=helemaal oneens, 5=helemaal eens. (SR, Schaal)³⁰⁻³³

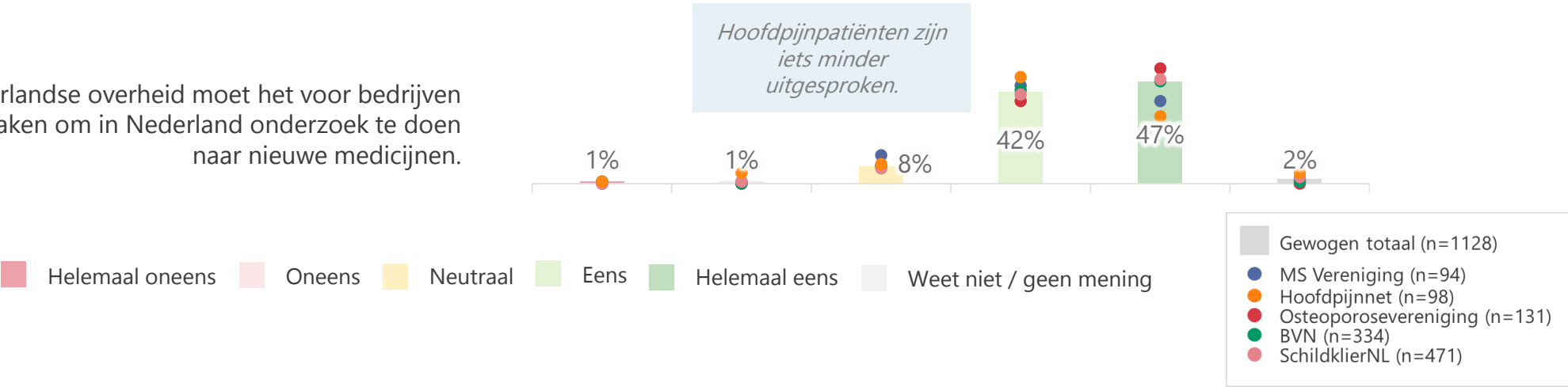
Grote meerderheid vindt dat er binnen Europa één manier van toelating moet komen.

We moeten binnen Europa één manier van toelating hebben. Het is oneerlijk als medicijnen in Nederland niet beschikbaar zijn die in andere landen wel worden vergoed.



Ook brede steun voor het aantrekkelijk maken van medicijnonderzoek in Nederland.

De Nederlandse overheid moet het voor bedrijven aantrekkelijk maken om in Nederland onderzoek te doen naar nieuwe medicijnen.



13) In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen over de manier waarop Nederland keuzes maakt rondom de vergoeding, beschikbaarheid en ontwikkeling van medicijnen?
1=helemaal oneens, 5=helemaal eens. (SR, Schaal)³⁰⁻³³



Stellingen over keuzes vergoeding, beschikbaarheid en ontwikkeling: context vanuit kwalitatief onderzoek

Stelling 1: Vast zorgbudget - Patiënten kiezen voor flexibiliteit - Bijna alle respondenten wijzen strikte budgetgrenzen af. Ze vinden het onacceptabel dat mensen geen medicijnen zouden krijgen, omdat het budget op is. Men heeft veel suggesties voor alternatieve besparingen – minder bureaucratie, efficiëntere zorgorganisatie, bezuinigingen op andere beleidsterreinen. Men snapt dat geld niet oneindig is, maar willen dat gezondheid prioriteit krijgt.

Stelling 2: Langere toelating voor kostenbesparing - Verdeeld per situatie - Sommige respondenten wijzen dit af: zij hebben geen tijd voor vertragingen. Anderen kunnen het accepteren als het echt betekenisvolle besparingen oplevert die uiteindelijk meer medicijnen mogelijk maken. Veel patiënten vinden het afhangen van het type medicijn – voor levensreddende behandelingen geen vertraging, voor lifestyle medicijnen wel acceptabel.

Stelling 3: Europese eenheid - Brede steun - Dit krijgt de meeste steun van alle stellingen. Respondenten vinden het onbegrijpelijk dat ze 10 minuten over de grens wel medicijnen kunnen krijgen die in Nederland niet vergoed worden. Ze zien dit als fundamenteel oneerlijk en pleiten massaal voor Europese samenwerking. Zorgen dat Nederland dan invloed verliest over het eigen zorgbudget worden door de meesten weggewuifd.

Stelling 4: Nederlands medicijnonderzoek - Praktische steun - Men steunt dit vooral vanuit praktische overwegingen – minder afhankelijkheid van het buitenland, mogelijk lagere kosten, snellere beschikbaarheid. Ze maken zich zorgen over teveel afhankelijkheid van landen zoals China. Nederland als kennisland past ook bij dit idee.

Onderliggende frustratie - Door alle stellingen heen speelt frustratie over de huidige situatie. Men begrijpt dat keuzes gemaakt moeten worden, maar vinden de Nederlandse aanpak te traag en te bureaucratisch vergeleken met andere landen. Ze willen meer solidariteit binnen Europa en minder nationale eigenwijsheid als het om gezondheid gaat.



Stelling 1: Je kan een vast zorgbudget hebben. Maar als je niet daarvan kan afwijken, kan je dus ook nooit de keuze maken voor nieuwe medicijnen die op de markt komen en misschien iets anders opleveren voor het zorgbudget. Ik zou dat niet logisch vinden, als er geen plek is voor wat nieuws. – Osteoporosevereniging

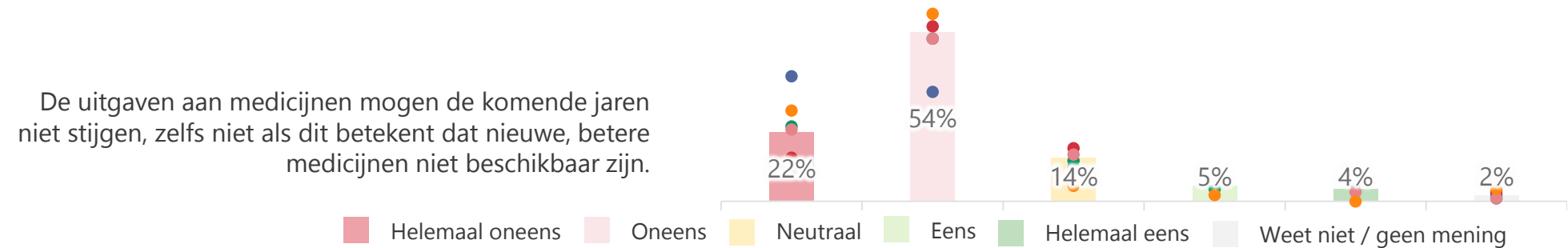
Stelling 2: Ik ben het hier niet mee eens, ook oneens dus, want dat zou bijna betekenen dat mensen betere zorg kunnen krijgen in andere landen dan in Nederland. En zeker ook binnen het verhaal van de EU zou het gewoon niet langer mogen duren. – MS Vereniging

Stelling 3: Dat is wel eerlijker. Wij wonen 10 minuten van de grens van Duitsland. Ik heb al wel eens over nagedacht om te gaan verhuizen puur voor deze reden. Omdat daar meer is. – Duchenne Parent Project

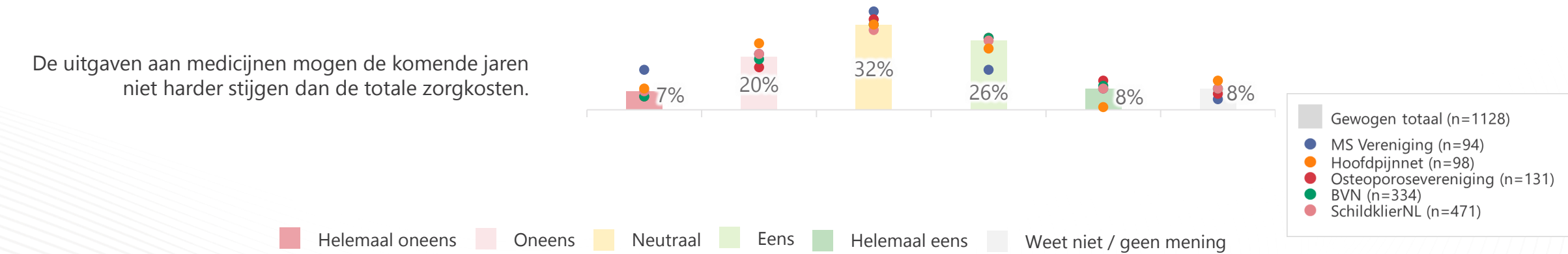
Stelling 4: Heel veel farmaceuten zijn weggegaan uit Nederland en naar Amerika gegaan. Maar we worden ook steeds afhankelijker van China. Veel productie van medicijnen vindt ook daar plaats. Wil je eigenlijk helemaal niet meer. Je bent afhankelijk van andere continenten, dat wil je niet. – BVN



Respondenten van alle patiëntengroepen vinden beschikbaarheid van nieuwe en betere medicijnen belangrijker dan het beperken van de totale uitgaven aan medicijnen.



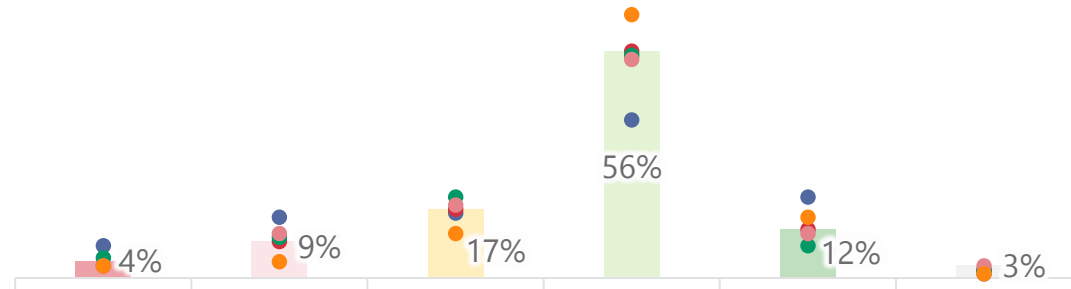
Respondenten zijn verdeeld over de vraag of medicijnguitgaven harder mogen stijgen dan de totale zorgkosten. Waar MS- en hoofdpijnpatiënten hier vaker voor openstaan, zijn osteoporose- en borstkankerpatiënten kritischer.



14) In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen ten aanzien van de kosten die worden uitgegeven aan medicijnen in Nederland? 1=helemaal oneens, 5=helemaal eens. (SR, Schaal)³⁴⁻³⁶

De meeste patiënten vinden het redelijk dat medicijnuitgaven meestijgen als alles duurder wordt.

Als alles duurder wordt (inflatie), mogen de uitgaven aan medicijnen ook iets stijgen.



Helemaal oneens Oneens Neutraal Eens Helemaal eens Weet niet / geen mening

- Gewogen totaal (n=1128)
- MS-vereniging (n=94)
- Hoofdpijnnet (n=98)
- Osteoporosevereniging (n=131)
- BVN (n=334)
- SchildklierNL (n=471)

14) In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen ten aanzien van de kosten die worden uitgegeven aan medicijnen in Nederland? 1=helemaal oneens, 5=helemaal eens. (SR, Schaal)³⁴⁻³⁶

Stellingen over kosten die worden uitgegeven aan medicijnen: context vanuit kwalitatief onderzoek

Verdeelde meningen over budgetverhoging - Respondenten zijn verdeeld over het simpelweg verhogen van medicijnuitgaven. Sommigen pleiten voor meer investeringen vanwege medicijntekorten en beperkte toegang tot nieuwe behandelingen. Anderen zijn terughoudend, omdat ze niet weten wat het huidige budget is of vrezen dat meer uitgeven zonder gerichte strategie weinig oplost. "Simpelweg meer uitgeven" spreekt hen minder aan dan "slimmer uitgeven".

Innovatie en onderzoek als investering - Veel respondenten zien uitgaven aan nieuwe medicijnen als noodzakelijke investering in de toekomst. Ze pleiten voor meer onderzoek naar bredere toepassingen van bestaande medicijnen en "out of the box" denken. Ze begrijpen dat doorbraken geld kosten, maar verwachten wel dat dit leidt tot betere behandelopties voor meer patiëntengroepen.

Voorwaarden - De respondenten stellen voorwaarden: medicijnen moeten bewezen meerwaarde hebben, werkelijk het leven van mensen verbeteren, en er moet kritisch gekeken worden naar welke medicijnen wel en niet vergoed worden.

Inflatie wordt geaccepteerd - De meeste respondenten vinden het redelijk dat medicijnprijzen meestijgen met inflatie – dit zien ze als onvermijdelijk economisch gegeven. Wel willen ze dat er tegenover staat dat er gezocht wordt naar efficiëntere productie en dat grondstofkosten realistisch worden doorberekend, niet kunstmatig opgehoogd.



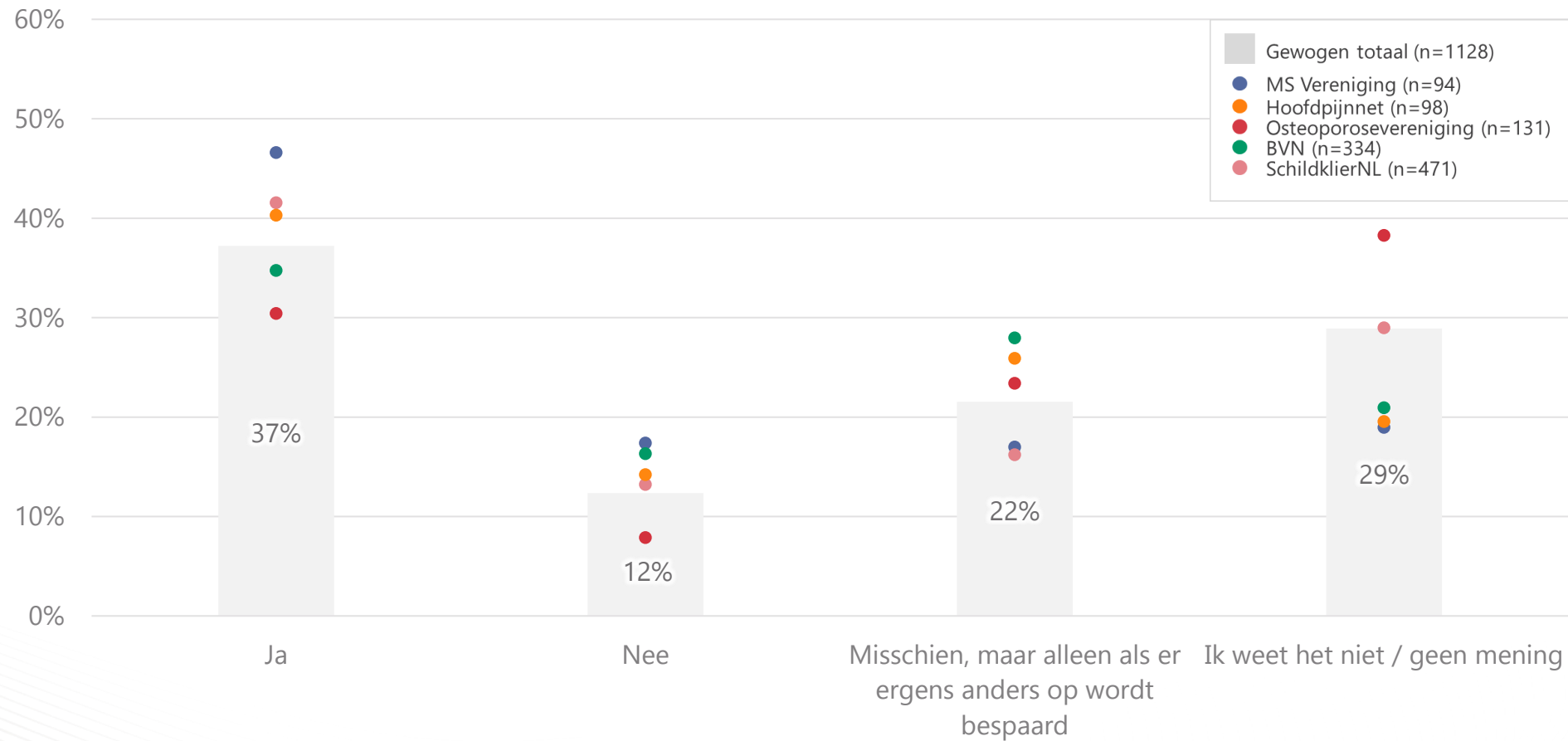
Inflatie ontkom je niet aan. Dat betekent niet dat je niet permanent moet gaan blijven kijken of je het efficiënter kan doen. Maar dat staat denk ik een beetje los van de inflatie. – Hoofdpijnnet

De betaalbaarheid van de zorg staat enorm onder druk. Tegelijkertijd groeit de bevolking en mensen worden ouder, met meerdere aandoeningen. Dus meerdere behandelingen, dus meerdere ziekenhuisbezoeken en noem maar op. Dus die kosten lopen al exponentieel op. Om dan die zorgbegroting überhaupt te houden zoals die is, is al een uitdaging. Want we moeten al meer uitgeven. Dus simpelweg zeggen we moeten meer uit gaan geven is te makkelijk. – BVN

Ik denk dat het wel mee moet stijgen, omdat de grondstoffen en alle benodigdheden die er ingekocht moeten worden door de fabrikanten ook duurder worden. Ja, kijk, als zo een fabrikant om zeep geholpen wordt dat hij in het rood komt te staan of zijn hoofd niet meer boven water kan houden, hebben we er ook niks aan, want dan is er niks. Dus inflatie, ik denk dat je daar niet onderuit komt. – SchildklierNL



De meningen lopen uiteen over de mogelijkheid om meer medicijnen beschikbaar te maken zonder extra kosten voor de overheid, met enige verschillen tussen de patiëntengroepen.



15) Denkt u dat het mogelijk is dat patiënten in Nederland meer verschillende medicijnen tot hun beschikking krijgen, zonder dat de overheid daar extra geld aan hoeft uit te geven? (SR)³⁷



Meer medicijnen beschikbaar zonder extra uitgaven: context vanuit kwalitatief onderzoek

Scepticisme over kostenvrije uitbreiding - De meeste respondenten zijn sceptisch over de mogelijkheid om meer medicijnen beschikbaar te maken zonder extra kosten. Ze begrijpen dat medicijnen simpelweg geld kosten en zien dit als realiteit waar je niet omheen kunt. Het huidige zorgsysteem wordt door velen als redelijk functionerend ervaren, waardoor radicale veranderingen niet voor de hand liggend lijken.

Verspilling als kostenpost - Een opvallende bevinding is dat de respondenten medicijnverspilling als groot probleem zien. Ze wijzen op medicijnen die weggegooid worden na korte proefperiodes en suggereren dat betere benutting van bestaande voorraden ruimte kan creëren voor meer variatie. Dit praktische perspectief komt voort uit directe ervaring met het systeem.

Europese samenwerking als kans - Sommige respondenten denken aan Europese samenwerking om kosten te delen en voorraden beter te benutten. Ze zien dat Nederlandse patiënten soms naar Duitsland gaan voor medicijnen en vragen zich af of dit systeem efficiënter georganiseerd kan worden om kosten te besparen en beschikbaarheid te vergroten.

Realisme over budgetbeperkingen – Men toont begrip voor budgetbeperkingen en erkent dat het Nederlandse medicijnbudget mogelijk niet toereikend is voor alle wensen. Ze zijn realistisch over de spanning tussen meer beschikbaarheid en kostenbeheersing, vooral bij dure behandeling.



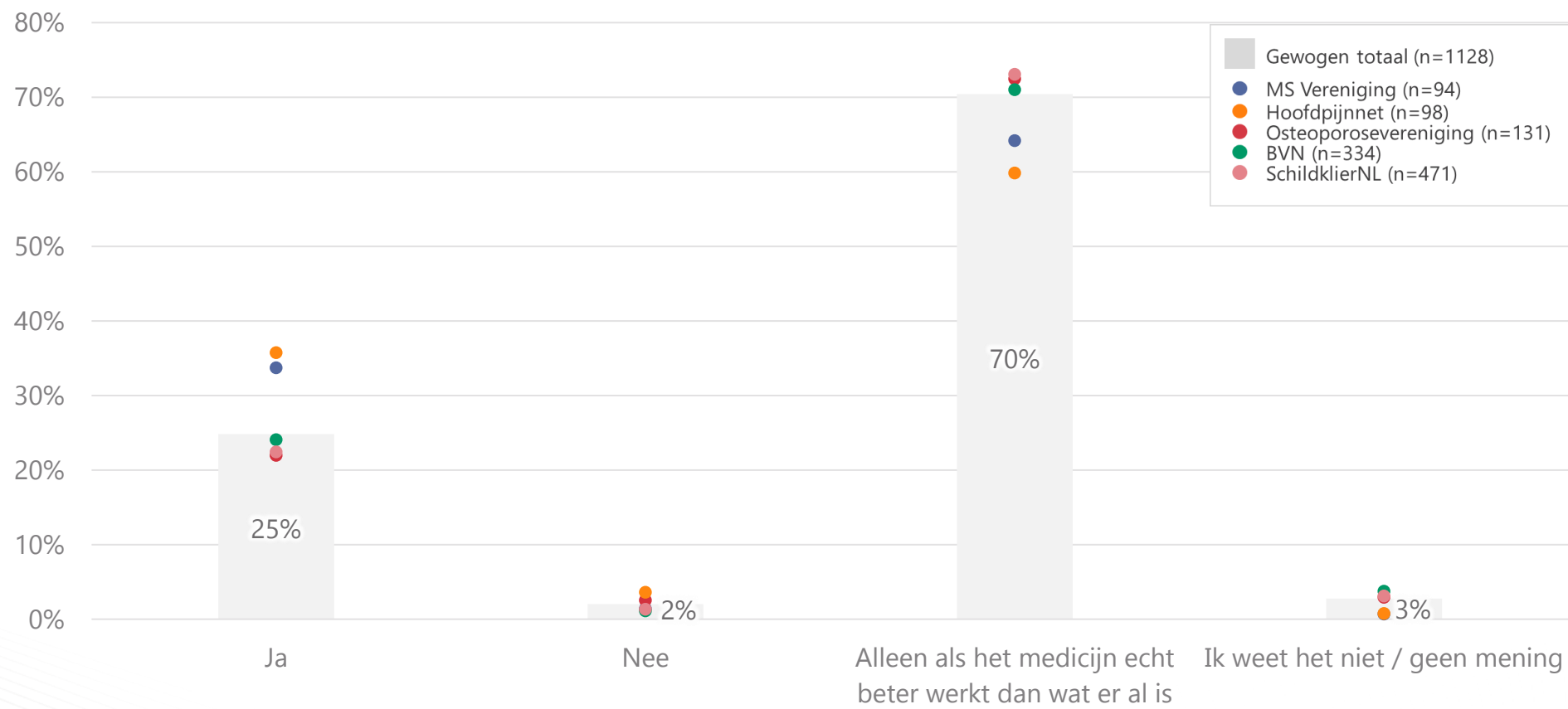
Dat zal alleen kunnen als de farmaceuten nu prijzen verlagen of als patenten eerder afgaan en de meer generieke middelen komen. – Hoofdpijnnet

Er is natuurlijk heel veel verspilling. Medicijnen die worden weggegooid, dat is zo zonde. Maar dat gaat vaak over goedkope middelen. En ik denk, als ze dat ook in Europa met elkaar zouden kijken. Dat je dat je daar nog heel wat mee kan winnen. – SchildklierNL

Ik denk niet dat dat mogelijk is. Medicijnen zijn nou eenmaal duur. Het budget dat we in Nederland hebben, is gewoon niet toereikend. – BVN



De respondenten denken grotendeels hetzelfde: extra geld voor medicijnen alleen als die echt beter werken dan bestaande middelen.



16) Vindt u dat er meer geld besteed moet worden aan medicijnen, zodat meer nieuwe en soms duurdere medicijnen worden vergoed? (SR)³⁸



Meer geld besteden aan medicijnen: context vanuit kwalitatief onderzoek

Meerwaarde als harde eis - Men stelt duidelijke voorwaarden aan hogere medicijnuitgaven: medicijnen moeten bewezen toegevoegde waarde hebben en het dagelijks leven van mensen werkelijk verbeteren. Ze willen dat elke Euro die extra wordt uitgegeven, ook daadwerkelijk resulteert in betere behandeling.

Medicijntekorten als bewijs van onderinvestering - Respondenten benoemen zelf medicijntekorten van zelfs de goedkoopste medicijnen zoals cholesteroltabletten. Dit versterkt hun gevoel dat er structureel te weinig wordt geïnvesteerd. Ze begrijpen niet waarom Nederland zo afhankelijk is van het buitenland voor essentiële medicatie en pleiten voor betere onderhandelingen of eigen productie.

Investering in innovatie wordt gewaardeerd - De respondenten zien uitgaven aan nieuwe medicijnen als noodzakelijke investering in de toekomst, maar willen wel dat er creatief wordt gekeken naar alternatieve benaderingen.

Transparantie over kosten ontbreekt - Veel respondenten voelen zich niet competent om te oordelen over medicijnbudgetten, omdat ze geen inzicht hebben in de werkelijke kosten en uitgaven. Ze willen meer transparantie over waar het geld naartoe gaat voordat ze kunnen beoordelen of er meer nodig is.

Kostenbesparing op andere vlakken rechtvaardigt investering - Men begrijpt de logica dat meer uitgeven aan medicijnen kan leiden tot besparingen elders in de zorg (minder operaties, kortere opnames, langer zelfstandig blijven).



Er mag van mij meer geld worden uitgegeven, omdat je ook meer andere kosten kunt besparen, wellicht. Dus er moet verder worden gedacht. – Duchenne Parent Project

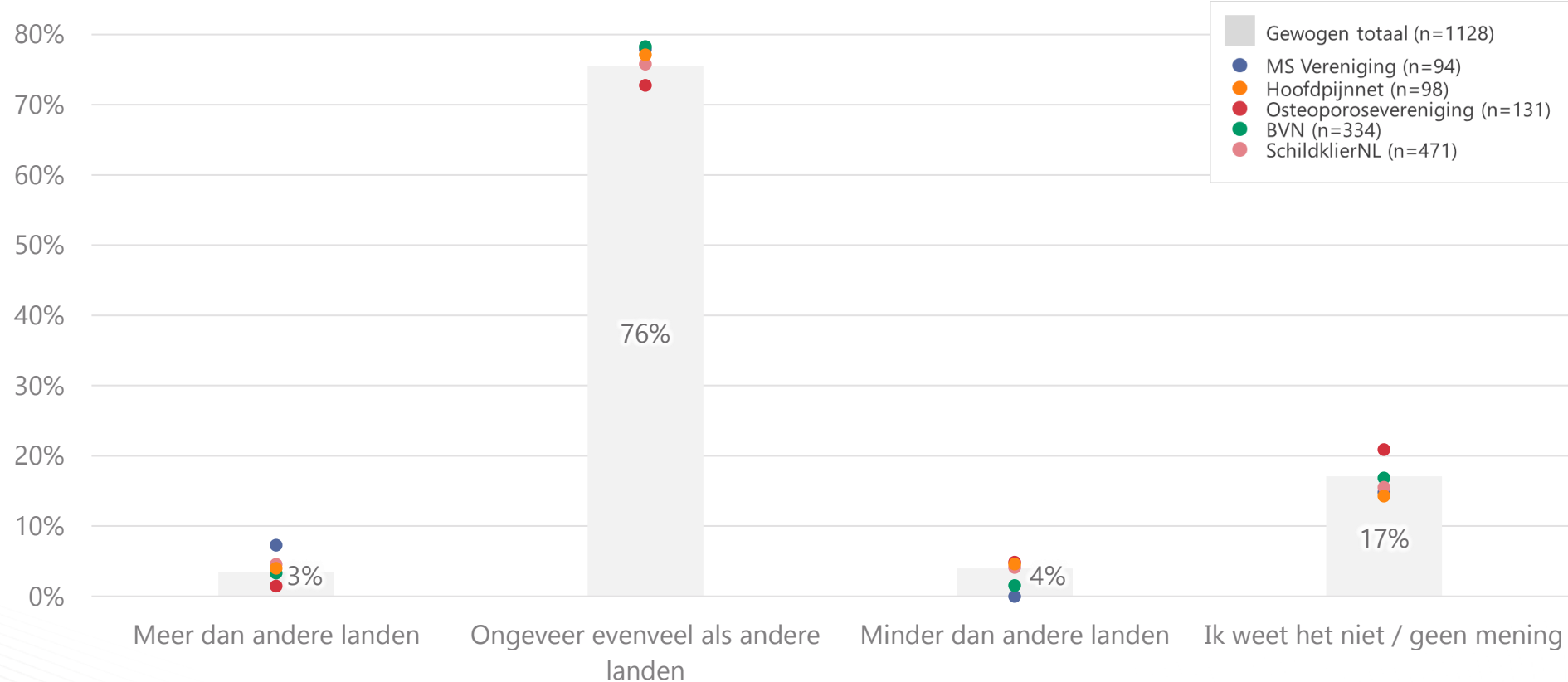
Ik schrik er wel van dat Nederland zo weinig geld uitgeeft aan medicijnen. Als we meer geld zouden uitgeven aan medicijnen, dan kunnen daardoor andere kosten in de zorg dalen. – MS Vereniging

Het is wel belangrijk dat er goed onderzoek wordt gedaan, niet dat je er na 2 jaar achter komt dat iets verschrikkelijke bijwerkingen heeft. Dus dan krijg je ook dat het medicijn wat duurder wordt, als je het goed onderzoekt. – BVN

Ik vind het lastig, want ik weet niet wat we nu uitgeven, en waarom het zo laag is. En dat is ook meteen wat ik bedoel, dat er zo weinig uitgelegd wordt wat de kosten zijn. – BVN



De meeste respondenten vinden dat Nederland ongeveer evenveel aan medicijnen zou moeten uitgeven als andere Europese landen.



17) Hoeveel vindt u dat Nederland aan medicijnen zou moeten uitgeven ten opzichte van andere Europese landen? (SR)³⁹

Uitgaven Nederland t.o.v. andere Europese landen: context vanuit kwalitatief onderzoek

Voorkeur voor Europese harmonisatie - Veel respondenten pleiten voor gelijke uitgaven tussen vergelijkbare Europese landen, waarbij rekening gehouden wordt met economische draagkracht. Ze zien het als eerlijk dat landen met vergelijkbare welvaartsniveaus ook vergelijkbare percentages van hun zorgbudget aan medicijnen besteden. Dit zou leiden tot meer gelijke toegang voor patiënten ongeacht hun woonland.

Verrassing over lage Nederlandse medicijnguitgaven - Wanneer men hoort dat Nederland bijna de laagste medicijnguitgaven heeft relatief aan totale zorgkosten, reageert men verrast. Ze koppelen dit direct aan de medijntekorten die ze in de praktijk ervaren. Deze informatie versterkt hun gevoel dat er structureel te weinig prioriteit wordt gegeven aan medicijnbeschikbaarheid, zelfs voor goedkope, essentiële medicijnen.

Frustratie over Nederlandse zuinigheid - Men herkent de Nederlandse neiging tot kostenbeheersing en zijn daar vaak kritisch over. Ze zien dit als "typisch Nederland" en ervaren het als pietluttig, vooral wanneer het leidt tot constante merkwisselingen van medicijnen om enkele centen te besparen. Deze praktijk frustriert hen, omdat het hun behandeling verstoort zonder substantiële besparingen.

Nuanceren mogelijk positief - Sommige respondenten opperen dat de lage Nederlandse uitgaven mogelijk ook positieve redenen kunnen hebben – betere preventie, bewuster voorschrijfgedrag, of efficiëntere zorgorganisatie. Ze waarschuwen ervoor om niet automatisch te concluderen dat meer uitgeven altijd beter is, zonder te begrijpen waarom Nederland anders zit.



Ja kijk, het allerliefste heb je gewoon één Europese norm. Inberekend op je nationaal bruto product. Zeg maar dus hè je de draagkracht ook van een land.
– Hoofdpijnnet

Ik vind het geen goed idee dat Nederland voor een dubbeltje op de eerste rang wil zitten. Dat werkt lang niet altijd goed, want dan gaan farmaceuten zeggen: oké Duitsland geeft er meer voor. Daarom hebben wij ook tekorten nu.
– Hoofdpijnnet

Het is gewoon heel erg. Het Nederlands beleid. We zijn gewoon echt de zuinigste club van Europa. – Duchenne Parent Project

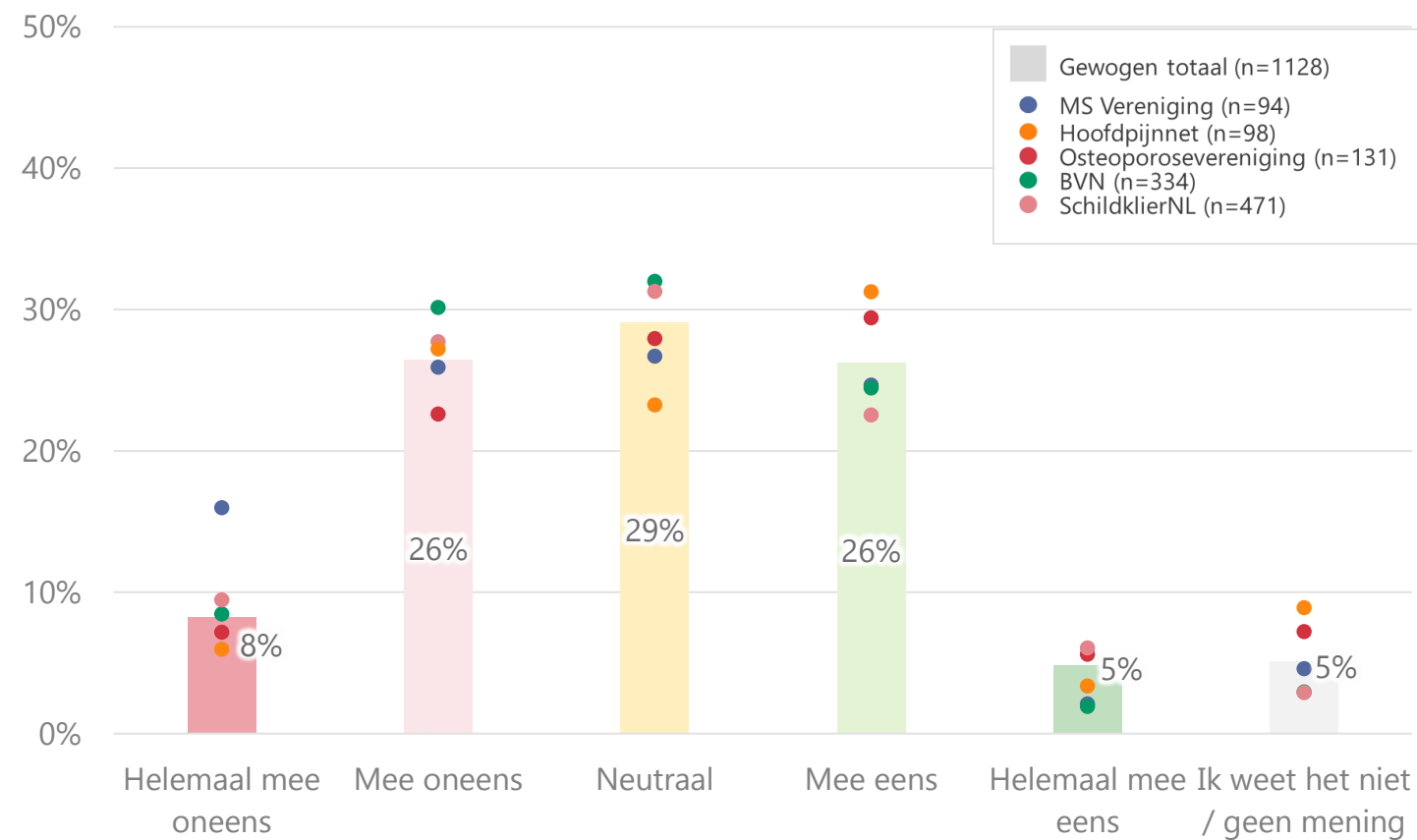
Misschien doen we het wel beter dan andere landen. Misschien zijn we wel gezonder dan andere landen. Dat kan ook, hè? – BVN



De meningen over de stelling dat Nederland als rijk land hogere prijzen zou mogen betalen voor medicijnen dan minder welvarende landen in Europa zijn verdeeld. Er is geen duidelijke meerderheid die het hiermee (on)eens is.

Stelling:

Ik vind het goed dat Nederland als rijk land wat hogere prijzen betaalt voor medicijnen dan minder welvarende landen in Europa.



18) Stelling: Ik vind het goed dat Nederland als rijk land wat hogere prijzen betaalt voor medicijnen dan minder welvarende landen in Europa. (SR, Schaal)⁴⁰



Stelling Nederland betaalt als rijk land meer dan minder welvarende landen: context vanuit kwalitatief onderzoek

Brede steun voor verschillen in prijzen - De meeste respondenten vinden het redelijk dat Nederland als welvarend land hogere prijzen betaalt voor medicijnen dan armere landen. Ze begrijpen dat dit noodzakelijk is om medicijnen überhaupt toegankelijk te maken in landen met lagere inkomens. Deze solidariteit wordt veelal gezien als ethische verplichting van rijke landen.

Wens tot proportionaliteit - Men pleit ervoor dat prijsverschillen in verhouding staan tot economische draagkracht. Ze willen niet dat verschillen kunstmatig worden opgeblazen, maar snappen wel dat absolute gelijke prijzen betekenen dat arme landen uitgesloten worden.



Je draagt dat ook toch weer met zijn allen. Het gebeurt nu natuurlijk op andere vlakken ook al dat je gewoon naar bruto nationaal product gewoon bepaalde uitgaven doet, ja. Want als er niet meer verdiend wordt, kan je het ook niet meer uitgeven. – Osteoporosevereniging

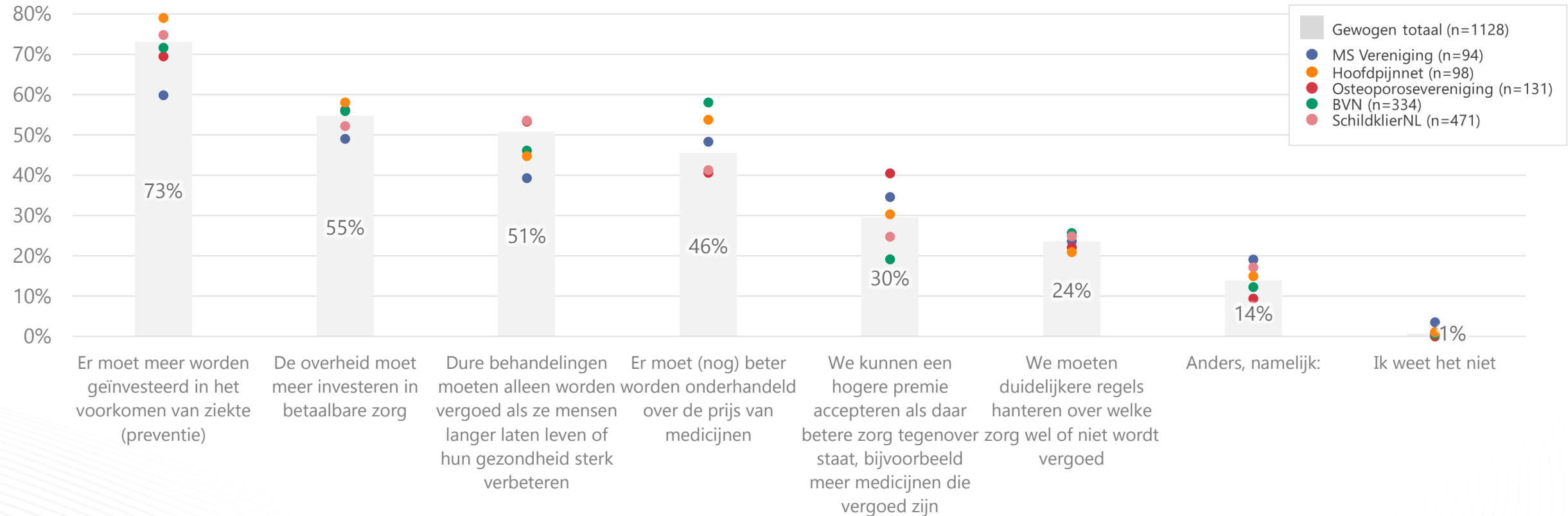
Ja ik denk dat dat heel realistisch is eigenlijk. Je kan niet van armere landen hetzelfde verwachten, anders hebben die helemaal geen toegang. Ja ik denk wel dat het logisch is dat bij arme landen de prijzen wat lager zouden zijn dan in de rijkere landen. – SchildklierNL

Ik denk het wel. Wij zijn welvarend. Wij kunnen met z'n allen meer ophoesten. Anders vind ik het niet ethisch, als mensen in arme landen het helemaal niet kunnen krijgen. – SchildklierNL

Het is een moeilijke afweging. Ik zou hem niet willen maken. Sommige dingen kosten nou gewoon eenmaal meer of minder in bepaalde landen. – Osteoporosevereniging



De meningen lopen uiteen over wat goede manieren zijn om de zorg betaalbaar te houden. Men lijkt veel belang te hechten aan preventie.



19) De zorgkosten stijgen, onder andere omdat er meer behandelmogelijkheden bijkomen. Wat vindt u goede manieren om de zorg betaalbaar te houden? (MR)⁴¹⁻⁴⁸

Antwoorden gegeven bij Anders, namelijk ...

Anders, namelijk: ...
Efficiency verhogen (n=21)
(Medicijn)verspilling tegengaan (n=21)
Onnodige zorg vermijden (n=20)
Kosteneffectiviteit optimaliseren (n=18)
Bureaucratie verminderen (n=17)
Zorgorganisatie verbeteren (n=16)
Inkomensafhankelijke bijdragen (n=15)
Winstmarges beperken (n=14)
Zorgstelsel hervormen (n=14)
Farmaceutische industrie aanpakken (n=13)
Behandelcriteria verscherpen (n=12)
Internationale samenwerking (n=12)
Meer focus op preventie (n=11)
Zorgverzekeraars hervormen (n=10)
Specifieke vergoedingen schrappen (n=10)
Management/bestuur verminderen (n=7)
Overig (n=21)



Zorg betaalbaar houden: context vanuit kwalitatief onderzoek

Sterke voorkeur voor preventie - De respondenten zien preventie als de meest logische manier om zorgkosten beheersbaar te houden. Ze onderschrijven massaal het principe "voorkomen is beter dan genezen" en willen meer investeringen in gezonde voeding, beweging en vroege opsporing. Ze begrijpen dat preventie op lange termijn veel goedkoper is dan behandelen van chronische aandoeningen.

Kritiek op bureaucratie en inefficiëntie - Velen wijzen op onnodige bureaucratie als belangrijke kostendrijver. Ze ergeren zich aan herhaalde beoordelingen voor progressieve ziektes, dubbel werk tussen instanties en landen, en administratieve lasten die artsen tijd kosten die ze aan patiëntenzorg zouden kunnen besteden. Ze zien hier substantiële besparingsmogelijkheden.

Nuanceren bij selectieve vergoeding - Respondenten staan open voor selectievere vergoeding, maar willen wel dat basisbehoeften gegarandeerd blijven. Ze accepteren dat luxe-varianten of lifestyle-medicijnen mogelijk eigen bijdragen vragen, maar vinden het onethisch om levensreddende behandelingen af te laten hangen van financiële draagkracht.



Preventie is altijd beter. Voorkomen is beter dan genezen. – BVN

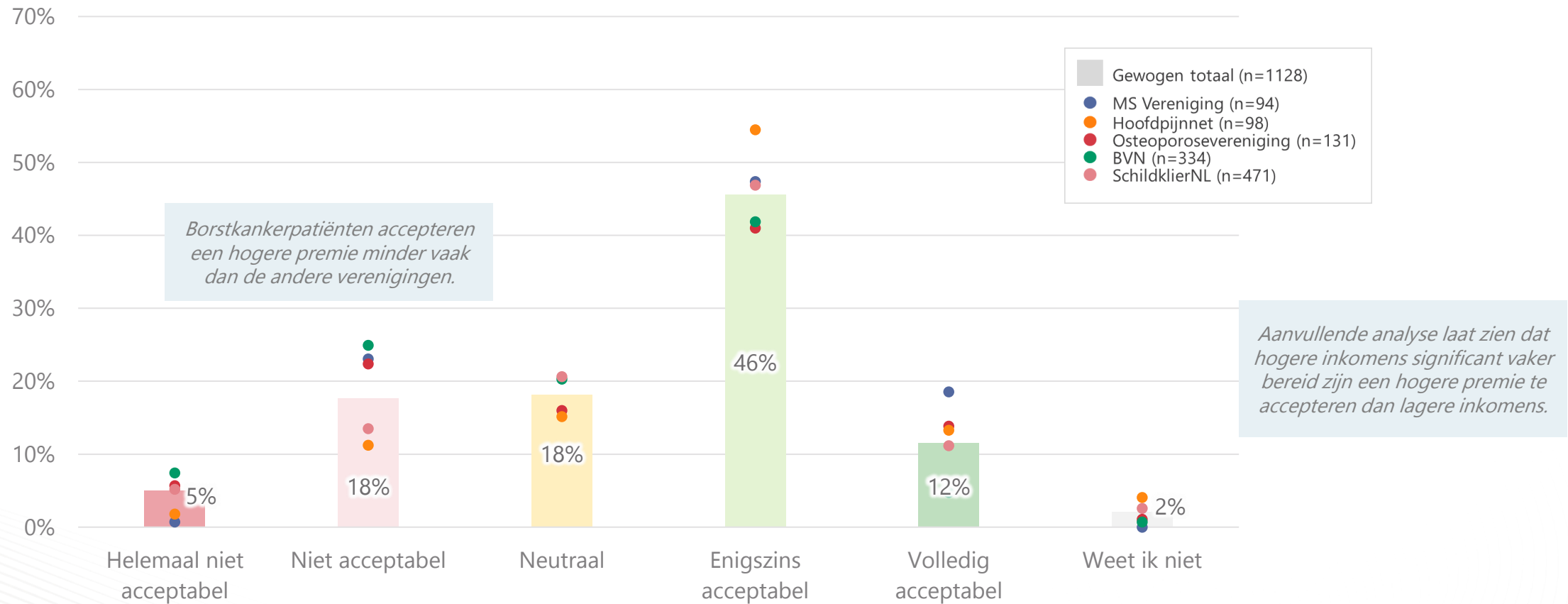
De bureaucratie in de zorg afschaffen. Er valt daar echt nog heel veel winst te behalen. – Duchenne Parent Project

Ik denk dat het met de medicijnen in Nederland wel goed gaat. Maar er kan bijvoorbeeld worden gekeken naar alle herhaalafspraken die er zijn. Zijn die wel van daadwerkelijk toegevoegde waarde? Ik denk dat het goed is om naar dat soort dingen te kijken. – Hoofdpijnnet

Ja, toch beter kijken naar wat je toch vergoed en wat niet. We moeten niet zomaar alles vergoeden. Een medicijn moet wel een meerwaarde hebben. – Hoofdpijnnet

De zorgpremies kunnen stijgen. Maar als die nog verder stijgen, dan zijn er toch wel mensen die dat weer niet kunnen betalen dus. Dat is wel lastig. – BVN

De meerderheid van de respondenten van alle groepen is bereid een hogere zorgpremie te accepteren voor vergoeding van nieuwe, betere medicijnen, al verschilt de mate van acceptatie per vereniging.



20) In hoeverre vindt u het in het algemeen goed dat de zorgpremies stijgen als dat zorgt voor vergoeding van nieuwe, betere medicijnen? (SR, Schaal)⁴⁹



Zorgpremies stijgen voor nieuwe, betere medicijnen: context vanuit kwalitatief onderzoek

Hoge bereidheid (afhankelijk van persoonlijke situatie) - De meeste respondenten zijn bereid meer premie te betalen voor betere medicijntoegang. Zij ervaren direct de beperkingen van het huidige systeem en zien hogere premies als investering in hun gezondheid en kwaliteit van leven. Voor levensreddende behandelingen accepteren zij substantiële kostenstijgingen.

Wantrouwen over effectiviteit - Respondenten zijn sceptisch over de relatie tussen hogere premies en daadwerkelijk betere zorg. Zij zien veel inefficiëntie in het systeem (bureaucratie, onnodige behandelingen, marktwerking die averechts werkt). Voordat premies zomaar omhoog gaan, moet eerst gekeken worden of het op een andere manier kan worden opgelost.

Onderscheid naar type behandeling - Respondenten maken duidelijke onderscheiding tussen wat wel en niet extra premie waard is. Voor levensreddende medicijnen, behandelingen voor chronische aandoeningen en zeldzame ziektes zijn zij bereid meer te betalen.



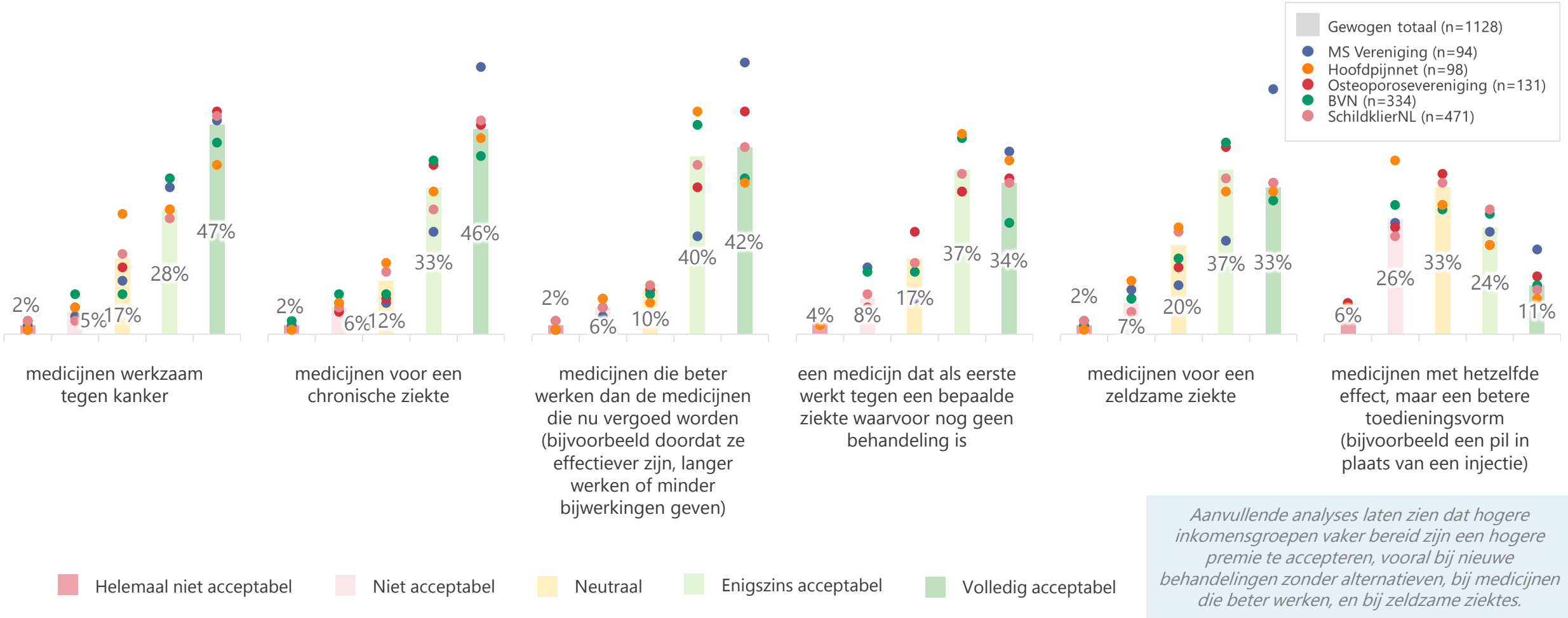
Voor mij zou dat prima zijn, ook al had ik niet in deze situatie gezeten. Want weet je, als je om je heen kijkt, iedereen kent in zijn privéleven wel iemand die een ziekte onder de leden heeft of heeft gehad, maar waar helaas niks aan te doen was. En waarvan je dan denkt, als daar maar wat voor geweest was, dan hadden we daar graag met zijn allen een klein steentje aan bijgedragen.
– Duchenne Parent Project

Ik denk dat we al lang over de bovengrens van premie heen zijn. Als premies nog meer zouden gaan stijgen, dan kom je in een gebied dat mensen letterlijk niet meer voor hun zorg kunnen betalen, waardoor zorg een goed is voor de rijken.
– MS Vereniging

Ik denk dat het voor heel veel mensen niet mogelijk is om meer premie te betalen. Ik denk dat we als mens ook meer moeten accepteren dat we gemaakt zijn dat we een leeftijd van nou ja pakweg 70, 75, 80 jaar kunnen halen. En daarboven ja gaat het lichaam het af laten weten. Dus ik denk niet dat je daar alles aan moet doen om het leven te verlengen.
– Osteoporosevereniging



Een hogere premie wordt vooral geaccepteerd als medicijnen echt iets toevoegen. Voor alleen een nieuwe toedieningsvorm is de bereidheid om meer premie te betalen het laagst.



21) Stel: de overheid besluit om meer soorten medicijnen te vergoeden dan nu het geval is. Daardoor stijgt de zorgpremie met ongeveer 10% (€ 15,- per maand) voor iedereen. Hoe acceptabel vindt u een premiestijging in onderstaande situaties? Als het gaat om ... ? (SR, Schaal)⁵⁰⁻⁵⁵

Mate van acceptatie premiestijging: context vanuit kwalitatief onderzoek

Brede acceptatie voor medische noodzaak - De meeste respondenten accepteren een premieverhoging van 15 Euro per maand als deze leidt tot beschikbaarheid van medicijnen voor ernstige aandoeningen. Zij zien dit als redelijke investering in collectieve gezondheid, vooral voor levensbedreigende ziektes zoals kanker, chronische aandoeningen, en zeldzame ziektes waar nu geen behandeling voor bestaat. Als medicijnen bewezen effectiever zijn, langer werken, of minder bijwerkingen hebben, is de acceptatie het grootst. Respondenten begrijpen dat vooruitgang in de geneeskunde geld kost en zien dit als investering in betere behandelresultaten. Innovatie zonder meerwaarde wordt afgewezen.

Afwijzing van “minimale” verbeteringen - Men maakt onderscheid tussen medische noodzaak en comfort. Voor betere toedieningsvormen (pil in plaats van injectie) zijn zij niet bereid extra premie te betalen. De meerwaarde moet substantieel zijn en het leven daadwerkelijk verbeteren, niet alleen gemakkelijker maken.

Zorgen over financiële toegankelijkheid - Hoewel veel respondenten persoonlijk bereid zijn meer te betalen, uiten zij zorgen over mensen met lagere inkomens. Zij vrezen dat verdere premiestijgingen leiden tot uitval van zorgverzekeringen, vergelijkbaar met wat nu gebeurt bij tandartszorg. Dit spanningsveld tussen betere zorg en betaalbaarheid vinden zij moeilijk op te lossen.

Solidariteit voor zeldzame aandoeningen - Opvallend is dat de respondenten bereid zijn bij te dragen aan medicijnen voor zeldzame ziektes, ondanks dat dit kleine patiëntengroepen betreft. Zij redeneren vanuit empathie: "het kan iedereen overkomen" en "het is ook iemands kind of ouder". Deze emotionele verbondenheid overstijgt economische overwegingen.



Je moet wel echt daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van leven, dus weet je, dat moet wel verbetering bieden. Of in ieder geval stabilisatie. Dat je zorgt dat wat je vandaag kan, dat je dat morgen en volgende week en over een maand nog steeds kunt. – Duchenne Parent Project

Ik vind dat gezondheid gaat altijd boven alles, dus als dat nodig zou zijn, dan zou dat acceptabel zijn. Maar waar ga je dat dan compenseren? – SchildklierNL

Voor een andere toedieningsvorm zeg ik nee. Dan moet je maar over je prikangst heen komen. Daar wordt iemand niet beter van, alleen maar comfortabeler. – Osteoporosevereniging

Ik dacht eigenlijk 'nee, de premie mag niet omhoog'. Maar nu je me deze situaties voorlegt denk ik wel dat ik daar meer premie voor zou willen betalen. – MS Vereniging



04

Bijlage



Overzicht statistische analyses

Voetnoot	Vraag	Analyse	Levene's F (df1, df2), p	Hoofdttest (statistiek, df), p	Post-hoc-analyse – significante verschillen
1	V4	One-way ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=0.537, p=.708	F(4,1123)=43.983, p<.001	BVN significant meer invloed dan MS Vereniging, Osteoporosevereniging, SchildklierNL Hoofdpijnnet significant meer invloed dan MS Vereniging, Osteoporosevereniging, SchildklierNL
2	V5	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(16)=66.243$, p<.001	Osteoporosevereniging significant vaker 'Dat is ongeveer goed' en 'Ik weet het niet / geen mening'
3	V7 - antwoord 1	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=17.703$, p=.001	Antwoordoptie significant vaker gekozen door Hoofdpijnnet en BVN, antwoordoptie significant minder vaak gekozen door Osteoporosevereniging en SchildklierNL
4	V7 - antwoord 2	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=1.163$, p=.884	—
5	V7 - antwoord 3	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=3.050$, p=.549	—
6	V7 - antwoord 4	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=8.241$, p=.083	—
7	V7 - antwoord 5	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=9.722$, p=.045	Antwoordoptie significant vaker gekozen door Hoofdpijnnet en SchildklierNL, antwoordoptie significant minder vaak gekozen door BVN
8	V7 - antwoord 6	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=4.902$, p=.297	—
9	V7 - antwoord 7	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=6.703$, p=.152	—
10	V8 - antwoord 1	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=1.896, p=.109	F(4,1122)=22.281, p<.001	BVN scoort dit antwoord significant lager dan MS Vereniging, Hoofdpijnnet en Osteoporosevereniging
11	V8 - antwoord 2	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=4.631, p=.001	Welch F(4,1122)=22.940, p<.001	BVN scoort dit antwoord significant hoger dan MS Vereniging, Hoofdpijnnet, Osteoporosevereniging en SchildklierNL
12	V8 - antwoord 3	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=5.132, p<.001	Welch F(4,1122)=4.986, p<.001	Osteoporosevereniging en SchildklierNL scoren dit antwoord significant hoger dan BVN
13	V8 - antwoord 4	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=3.728, p=.005	Welch F(4,1122)=2.537, p=.039	Geen significante verschillen in post-hoc analyse
14	V8 - antwoord 5	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=2.274, p=.059	F(4,1122)=5.658, p<.001	Hoofdpijnnet scoort dit antwoord significant hoger dan Osteoporosevereniging en BVN BVN scoort dit antwoord significant hoger dan SchildklierNL
15	V8 - antwoord 6	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=0.809, p<.519	F(4,1122)=1.665, p=.156	—
16	V8 - antwoord 7	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=3.014, p=.017	Welch F(4,1122)=4.345, p=.002	Osteoporosevereniging scoort dit antwoord significant lager dan MS Vereniging, Hoofdpijnnet en BVN
17	V9 - stelling 1	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=0.470, p=.758	F(4,1122)=5.066, p<.001	MS Vereniging scoort significant hoger dan Hoofdpijnnet, BVN en SchildklierNL
18	V9 - stelling 2	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=3.890, p=.004	Welch F(4,1122)=1.890, p=.110	—
19	V9 - stelling 3	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=4.208, p=.002	Welch F(4,1122)=10.064, p<.001	Hoofdpijnnet, Osteoporosevereniging en BVN scoren significant hoger dan SchildklierNL
20	V9 - stelling 4	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=2.124, p=.076	F(4,1122)=4.332, p=.002	Hoofdpijnnet scoort significant hoger dan Osteoporosevereniging en BVN
21	V10	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(8)=11.471$, p=.176	—
22	V12 - punt 1	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1112)=2.316, p=.055	F(4,1111)=1.305, p=.266	—
23	V12 - punt 2	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1103)=1.599, p=.172	F(4,1102)=1.146, p=.333	—
24	V12 - punt 3	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1115)=1.471, p=.209	F(4,1114)=0.803, p=.524	—
25	V12 - punt 4	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1115)=0.841, p=.499	F(4,1115)=5.656, p<.001	Hoofdpijnnet, Osteoporosevereniging en SchildklierNL scoren dit punt significant hoger dan BVN
26	V12 - punt 5	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1106)=0.871, p=.481	F(4,1106)=2.230, p=.064	—
27	V12 - punt 6	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1079)=0.125, p=.973	F(4,1078)=3.822, p=.004	Hoofdpijnnet scoort dit punt significant lager dan Osteoporosevereniging en SchildklierNL
28	V12 - punt 7	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1070)=2.081, p=.081	F(4,1069)=2.611, p=.034	Osteoporosevereniging scoort dit punt significant hoger dan SchildklierNL
29	V12 - punt 8	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1110)=0.514, p=.726	F(4,1109)=0.935, p=.443	—
30	V13 - stelling 1	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1099)=1.388, p=.236	F(4,1099)=3.174, p=.013	MS Vereniging is het significant vaker oneens met de stelling dan Hoofdpijnnet, BVN en SchildklierNL
31	V13 - stelling 2	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1101)=2.239, p=.063	F(4,1100)=3.286, p=.011	MS Vereniging is het significant vaker oneens met de stelling dan Hoofdpijnnet en SchildklierNL
32	V13 - stelling 3	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1111)=6.786, p<.001	Welch F(4,1111)=6.627, p<.001	Hoofdpijnnet is het significant minder vaak helemaal eens met de stelling dan MS Vereniging, Osteoporosevereniging, BVN en SchildklierNL



Overzicht statistische analyses

33	V13 - stelling 4	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1099)=0.097, p=.983	F(4,1099)=4.248, p=.002	Hoofdpijnnet is het significant minder vaak helemaal eens met de stelling dan Osteoporosevereniging, BVN en SchildklierNL
34	V14 - stelling 1	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1106)=4.645, p=.001	Welch F(4,1105)=4.002, p=.003	Hoofdpijnnet is het significant vaker helemaal oneens met de stelling dan Osteoporosevereniging, BVN en SchildklierNL
35	V14 - stelling 2	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1037)=0.320, p=.865	F(4,1037)=4.522, p=.001	Hoofdpijnnet en MS Vereniging zijn het significant vaker oneens met de stelling dan Osteoporosevereniging en BVN
36	V14 - stelling 3	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1094)=8.540, p<.001	Welch F(4,1093)=10.469, p=.025	Hoofdpijnnet is het significant vaker eens met de stelling dan BVN
37	V15	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(12)=42.332, p<.001$	Antwoord 'Ik weet het niet / geen mening' significant vaker gekozen door Osteoporosevereniging en SchildklierNL, antwoord 'Ja' significant minder vaak gekozen door Osteoporosevereniging
38	V16	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(8)=15.398, p=.052$	—
39	V17	ANOVA (Bonferroni)	F(4,938)=1.458, p=.213	F(4,938)=2.387, p=.050	Osteoporosevereniging kiest significant vaker 'Ik weet het niet / geen mening'
40	V18	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1077)=0.926, p=.448	F(4,1076)=2.010, p=.091	—
41	V19 - antwoord 1	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=26.977, p<.001$	Antwoord 1 is significant vaker gekozen dan verwacht door MS Vereniging
42	V19 - antwoord 2	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=1.389, p=.846$	—
42	V19 - antwoord 3	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=10.258, p=.036$	Antwoord 3 is significant minder vaak gekozen dan verwacht door Hoofdpijnnet
44	V19 - antwoord 4	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=2.945, p=.567$	—
45	V19 - antwoord 5	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=26.232, p<.001$	Antwoord 5 is significant minder vaak gekozen dan verwacht door MS Vereniging
46	V19 - antwoord 6	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=11.577, p=.021$	Antwoord 6 is significant vaker gekozen dan verwacht door Hoofdpijnnet
47	V19 - antwoord 7	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=8.128, p=.087$	—
48	V19 - antwoord 8	χ^2 (Crosstab)	n.v.t.	$\chi^2(4)=7.833, p=.098$	—
49	V20	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1103)=4.022, p=.003	Welch F(4,1102)=8.974, p<.001	BVN scoort significant lager dan MS Vereniging, Hoofdpijnnet en SchildklierNL
50	V21 - situatie 1	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=2.628, p=.033	Welch F(4,1122)=2.952, p=.019	Hoofdpijnnet scoort significant hoger dan BVN
51	V21 - situatie 2	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=0.996, p=.409	F(4,1122)=2.290, p=.058	—
52	V21 - situatie 3	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=1.988, p=.094	F(4,1122)=2.161, p=.071	—
53	V21 - situatie 4	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=0.314, p=.869	F(4,1122)=1.175, p=.320	—
54	V21 - situatie 5	ANOVA (Bonferroni)	F(4,1123)=1.342, p=.252	F(4,1123)=1.941, p=.101	—
55	V21 - situatie 6	Welch ANOVA (Games-Howell)	F(4,1123)=2.850, p=.023	Welch F(4,1123)=1.652, p=.159	—





samhealth

CONNECTS