

nasie en hulp bij zelfdoding uit het strafrecht te halen en daarvoor een geëigende toetsingsprocedure in het leven te roepen. In een dergelijke procedure zou het accent minder behoeven te liggen op het Openbaar Ministerie. Het Openbaar Ministerie zou zich dan vooral kunnen richten op gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek.

Literatuur

1. Richtlijnen meldingsprocedure euthanasie en hulp bij zelfdoding. Medisch Contact 1990; 45:1303-4.

2. Meldingsprocedure euthanasie. Brief aan alle artsen in Nederland. Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie, 1991 (GHI 29264).

3. Standpunt van het kabinet inzake medische beslissingen rond het levenseinde. Brief aan voorzitter Tweede Kamer. Minister van Justitie en staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Tweede Kamer 1991-1992, 20.383, nr 14.

4. Wal G van der, Eijk JThM van, Leenen HJJ, Spreeuwenberg C. De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding. Medisch Contact 1992; 47:43-7.

5. Maas PJ van der, Delden JIM van, Pijnenborg L. Medische beslissingen rond het levenseinde. 's Gravenhage: Sdu, 1991.

6. Wal G van der, Eijk JThM van, Leenen HJJ, Spreeuwenberg C. Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen. Onderzoek: opzet en methode. Medisch Contact 1991; 46:171-3.

7. Feber HRG. Euthanasiewetgeving: verder uitstel is ongewenst. Nederlands Juristenblad 1989; 40:1441-5.

Auteurs

G. van der Wal, geneeskundig inspecteur; Prof. Dr. J. Th. M. van Eijk, hoogleraar huisartsgeneeskunde;

Prof. Dr. H. J. J. Leenen, emeritus hoogleraar sociale achtergronden gezondheid en gezondheidszorg Universiteit van Amsterdam;

Dr. C. Spreeuwenberg, hoofdredacteur Medisch Contact.

Het hier beschreven onderzoek gaat uit van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Inventarisatie Consumentenbond

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem: gevolgen voor de patiënt

Om de steeds stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening om te buigen zijn in de afgelopen tien jaar verschillende maatregelen genomen; de bekende 'medicijnenknaak' is een sprekend voorbeeld. Geen van de maatregelen heeft tot succes geleid: in 1990 waren de kosten weer 11% hoger dan in het jaar daarvoor.¹ De overheid houdt de farmaceutische industrie verantwoordelijk voor dit euvel, vanwege de voortdurende verschuiving van oude naar nieuwe en duurdere geneesmiddelen, terwijl de meeste nieuwe medicijnen slechts een onbetekenende therapeutische meerwaarde hebben: de Food and Drug Administration (FDA), een overheidsinstantie die voedings- en geneesmiddelen op de Amerikaanse markt toelaat, heeft becijferd dat vijf van de zes nieuwe medicijnen niets of heel weinig toevoegen aan bestaande medicijnen.²

In een nieuwe poging de stijgende kosten een halt toe te roepen, is per 1 juli 1991 het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket)polis. In het GVS zijn geneesmiddelen ingedeeld in groepen van therapeutisch onderling vervangbare middelen.

J. J. Kerssens

Bezien vanuit het perspectief van de patiënt heeft het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn pretenties niet allemaal waargemaakt. Dit blijkt uit een inventarisatie, opgezet door de Consumentenbond in samenwerking met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Nivel-onderzoeker J. J. Kerssens doet er verslag van.

Voor iedere groep vergoedt de verzekering tot aan een bepaalde limiet. Voor geneesmiddelen (binnen de groep onderling vervangbare middelen) met een hogere prijs, betaalt de consument het verschil bij. Aldus ontstaat een gedifferentieerde eigen bijdrage, waarvan de hoogte overeenkomt met het verschil tussen de prijs van het afgeleverde geneesmiddel en de limiet. Bij aflevering van geneesmiddelen met een gemiddelde of lagere prijs is bijbetaling niet nodig. De overheid verwacht dat de stijging van de kosten wordt teruggebracht doordat de fabrikanten, om hun

marktaandeel te behouden, de duurdere middelen in prijs zullen verlagen. Als dit gebeurt, kunnen patiënten weer alle geneesmiddelen zonder enige bijbetaling krijgen. (In dit licht bezien is het opmerkelijk dat één maand na invoering van het GVS de prijs van de meeste orale anticonceptiva boven de limiet is gestegen.) Voorwaarde voor een goede werking van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is, dat bij patiënten, artsen en apothekhouders een juist inzicht bestaat in de hoogte van de eventuele bijbetalingen. Hiertoe is onder andere de GVS-gids voor de consument samengesteld. Een andere voorwaarde is, dat zowel arts als patiënt de in dezelfde groep ingedeelde geneesmiddelen ook daadwerkelijk onderling vervangbaar acht.

ONDERZOEK

De zojuist genoemde veronderstellingen en voorwaarden vragen om een empirische toetsing. Daarom is onderzocht welke gevolgen het invoeren van het GVS voor de gebruikers van medicijnen heeft gehad. Bij de leden van het consumentenpanel - waarover zo iets meer - is geïnventariseerd hoeveel patiënten zijn geconfronteerd

met eigen bijdragen en hoe hoog die dan waren. Ook is vastgesteld hoeveel patiënten zijn overgestapt op andere medicijnen om bijbetaling te voorkomen. In dat geval is ook gevraagd naar een oordeel over het nieuwe medicijn, te weten of het qua werking en bijwerking gelijkwaardig is aan het oude medicijn.

Het 'consumentenpanel gezondheidszorg' is opgezet door de Consumentenbond in samenwerking met het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel). Het vervult een signalerende en kritische functie ten aanzien van actuele zaken in de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de consument/patiënt. Het consumentenpanel komt voort uit een aselechte steekproef uit de Nederlandse bevolking, voor zover men een telefoonaansluiting heeft. Dit bestand is een geschikt steekproefkader, gezien de wenselijkheid ook telefonisch te peilen. (Het percentage van de Nederlandse huishoudens met een telefoon is erg hoog: 92%.)

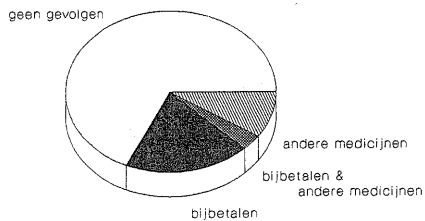
De werving van leden voor het panel is gecombineerd met de enquête over het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Van de ongeveer 10.000 aangeschreven personen toonden er 1.950 zich bereid om in het panel zitting te nemen. Het panel is zo opgezet dat het op belangrijke punten representatief is; dit geldt onder meer voor het gezinsinkomen, de ziektekostenverzekering en de prevalentie van bepaalde chronische ziekten. Na selectie in verband met representativiteit en beoogde omvang zijn uiteindelijk 1.514 personen in het panel opgenomen. De schriftelijke vragenlijst over het GVS is door 1.415 personen ingevuld.

RESULTATEN

Ten tijde van de ondervraging, december 1991, gold het Geneesmiddelenvergoedingssysteem alleen voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden met een standaardpolis of standaardpakketpolis (70% van het panel).

Consumenten die geen medicijnen gebruiken zullen weinig hebben gemerkt van het nieuwe systeem. Daarom is ook gevraagd het momentane gebruik van medicijnen, inclusief orale anticonceptiva. En natuurlijk is gevraagd naar de eventuele gevolgen van het GVS. Dat was dus vijf à zes

Figuur. De verdeling van medicijngebruikers naar de gevolgen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (december 1991).



maanden na de invoering van het systeem.

De groep medicijngebruikers telt 444 patiënten (45% van alle ziekenfondsverzekerden en houders van de standaard(pakket)polis). De figuur brengt de gevolgen van het GVS voor deze groep in beeld. Van alle medicijngebruikers (ziekenfonds en standaard(pakket)polis) is 22% geconfronteerd met bijbetalingen; 13% is overgestapt op andere medicijnen om bijbetaling te voorkomen.

Bijbetalingen

De groep bijbetalers bestaat uit 99 personen. Over het algemeen (80%) is de eigen bijdrage kleiner dan f 25, —. Bij 10% is het bedrag hoger dan f 100, —. Maar er zijn ook (drie) pa-

Tabel 1. Relatieve verdeling van bijbetalende patiënten naar redenen voor bijbetaling (N=99).

redenen	Percentage
arts raadt duurder middelen aan/ ziet geen alternatief	20,0%
patiënt kiest zelf voor duurder middel	27,4%
bijbetaling was een complete verrassing	52,6%

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991.

Tabel 2. Relatieve verdeling van op andere medicijnen overgestapte consumenten naar vergelijking oude-nieuwe medicijn (N=55).

vergelijking oude-nieuwe medicijn	Percentage
oude medicijn werkte beter	16,5%
oude medicijn kende minder bijwerkingen	10,3%
nieuwe medicijn werkt minstens net zo goed	49,8%
nieuwe medicijn kent minder bijwerking	2,1%
weet niet	21,3%

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991.

tiënten die meer dan f 500, — hebben moeten bijbetalen.

Eén van de grondslagen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is, dat goede medicijnen niet (te) duur hoeven te zijn. Waarom zouden consumenten dan toch bijbetalen? Ongeveer een kwart (27%) van de bijbetalers koos zelf voor gebruik van duurdere medicijnen; dit betreft in hoofdzaak het gebruik van orale anticonceptiva. Bij 20% was er volgens de arts geen goed alternatief of raadde de arts de consument aan het duurdere middel te blijven gebruiken (tabel 1). Maar meestal kwam de bijbetaling als een complete verrassing; ruim de helft (53%) van de bijbetalende patiënten vernam pas in de apotheek dat moest worden bijbetaald.

Overstap op andere medicijnen

De groep die op andere medicijnen is overgestapt om bijbetaling te voorkomen, telt 55 patiënten. Het merendeel, ongeveer tweederde, maakte de overstap op aanraden van de arts. Een veel kleiner deel (18%) nam hiertoe zelf het initiatief. Van de rest (15%) is niet bekend wie het initiatief nam. Over de bijwerking of de gevaren van het gebruik van de nieuwe geneesmiddelen is 35% van de consumenten door de huisarts of specialist geïnformeerd. De apotheek vervulde deze rol in 14% van de gevallen. Vervolgens kreeg 37% deze informatie via de bijsluiter. Nog eens 12% bleef geheel verstoken van informatie over bijwerking en gevaren van het gebruik.³

We vroegen patiënten naar een vergelijking van het oude en het nieuwe geneesmiddel. De helft (50%) van de overgestapte patiënten is van mening dat het nieuwe medicijn minstens net zo goed werkt als het oude; 17% vindt van niet (tabel 2).

Een heel klein deel (2%) rapporteert, dat het nieuwe medicijn minder bijwerkingen kent dan het oude; 10% vindt daarentegen dat het oude medicijn minder bijwerkingen heeft; voorts gaf 21% geen mening.

Patiëntencategorieën

Er is gezocht naar eventuele verschillende gevolgen (bijbetalen/overstapen/geen gevolg) voor verschillende groepen patiënten.

Allereerst is gekeken naar het soort medicijn. Voor orale anticonceptiva is meer bijbetaald dan voor enig ander medicijn. De rest van de medicijnen

onderscheidde zich niet of nauwelijks naar de gevolgen.

Ook is onderscheid gemaakt tussen medicijngebruikers met meer dan één, of zonder chronische aandoening. Het is immers aannemelijk dat chronische patiënten eerder op andere medicijnen zullen overstappen, in verband met hun naar verwachting langdurige gebruik van medicijnen. Dit is ook zo: vooral mensen met meerdere chronische aandoeningen zijn vaker dan de anderen overgestapt op nieuwe medicijnen.⁴

Voorts is bepaald of patiënten uit verschillende inkomenscategorïen zich onderscheiden naar de gevolgen die het Geneesmiddelenvergoedingssysteem voor hen heeft gehad. Men kan zich voorstellen dat patiënten met lagere inkomens relatief minder (vaak) kunnen bijbetalen dan patiënten met hogere inkomens. Dit bleek echter niet het geval te zijn.⁵ Tenslotte bestaat er wel een verschil naar leeftijd: jongere patiënten betalen vaker bij dan oudere patiënten;⁶ dit heeft weer te maken met de orale anticonceptiva.

CONCLUSIE

Vanuit het perspectief van de patiënt heeft het Geneesmiddelenvergoedingssysteem al zijn pretenties nog niet waargemaakt. Aan de twee in de inleiding genoemde belangrijke voorwaarden is niet voldaan:

Ondanks het verschijnen van de GVS-gids, hebben patiënten onvoldoende inzicht in de hoogte van de bij te betalen bedragen; sterker nog, ze weten vaak überhaupt niet dat er moet worden bijbetaald. Aldus wordt de patiënt de mogelijkheid ontnomen de prijzen van de verschillende middelen tegen elkaar af te wegen. De voorlichting aan de individuele patiënt heeft duidelijk te wensen overgelaten – iets wat artsen zich zouden moeten aantrekken. Vijf maanden na invoering is 22% van de medicijngebruikers geconfronteerd met bijbetalingen.

Ten tweede beoordelen niet alle consumenten geneesmiddelen die in dezelfde groep zijn geplaatst als onderling vervangbaar. Al zijn velen tevreden met het nieuwe medicijn, sommigen zijn dat niet; anderen kiezen voor het gebruik van hun oude medicijn en nemen de bijbetaling dan maar voor lief. Ernstiger is de conclusie, dat ook

niet alle voorschrijvers voor 100% achter de GVS-indeling staan. Een deel van de patiënten (één op de vijf) blijft duurdere middelen gebruiken op aanraden van de voorschrijvende arts – gespreksstof voor het farmacotherapeutisch overleg, zou men zeggen.

Vanuit het perspectief van de consument die premie betaalt voor de geneesmiddelenvoorziening (het perspectief van de kostenbeheersing) lijkt het Geneesmiddelenvergoedingssysteem ten dele geslaagd. Volgens een opgave van Nefarma zijn 700 van de 800 dure geneesmiddelen tot aan de limiet in prijs verlaagd. Andere geneesmiddelen zijn echter boven de limiet gestegen, bijvoorbeeld de orale anticonceptiva. Verder blijkt uit onderzoek van de Consumentenbond, dat de prijzen in het jaar voordat het GVS van kracht werd al opwaarts verschoven, richting vergoedingslimieten.⁷ Hoe per saldo de kosten beheerst zijn, zal blijken met het uitkomen van het nieuwe 'Financieel Overzicht Zorg'.

*

**

Het is al eerder beweerd, ook in Medisch Contact, dat met het Geneesmiddelenvergoedingssysteem het probleem van kostenstijging aan de verkeerde kant wordt aangepakt, omdat niet de consument maar de producent in belangrijke mate verantwoordelijk is.⁸ Ofschoon het nog te vroeg is voor een eindoordeel, mag worden gesteld dat de in het onderzoek gevonden feiten bijdragen aan de juistheid van deze bewering.

Hopelijk zijn de gesignaleerde problemen voor een belangrijk deel te wijten aan de overgang naar het nieuwe systeem. De toekomst zal uitwijzen of de problemen aanhouden. In dat geval verdient het aanbeveling maatregelen te treffen om te voorkomen dat individuele medicijngebruikers onevenredig zwaar door het systeem worden getroffen. Patiënten die om gezondheidsredenen niet op andere middelen kunnen overstappen, mogen niet de dupe worden van een beleidsinstrument dat tot doel heeft de fabrikanten aan te zetten tot lagere prijzen.

Wellicht zou het farmacotherapeutisch overleg een rol kunnen gaan spelen in de medische beoordeling van 'probleempatiënten' (of, zolang er

nog geen FTO-groep is, de plaatselijke huisartsengroep). Wanneer een dergelijk forum tot de conclusie komt dat er voor een bepaalde patiënt geen goed alternatief medicijn is, zou de patiënt, hierdoor gesteund, de medische adviseur van de ziektekostenverzekeraar om ontheffing van bijbetaling kunnen verzoeken.

Literatuur/Noten

1. Financieel Overzicht Zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22 311, nrs. 1-2.
2. Food and Drug Administration. New Drug Evaluation. Statistical reports: Ranking drugs by therapeutic potential. Washington; FDA, 1989.
3. Het kan natuurlijk zijn dat aan de nieuwe geneesmiddelen geen andere bijwerking en of gevaren zijn verbonden dan aan de oude geneesmiddelen.
4. Van de patiënten met meer dan één, of zonder chronische aandoening is respectievelijk 18%, 12% en 8% (orale anticonceptiva) overgestapt op nieuwe medicijnen (chi kwadraat = 11,99 met vier vrijheidsgraden, $p < 0,05$).
5. Chi kwadraat = 8,49 met vier vrijheidsgraden, $p > 0,05$.
6. Patiënten tot 45 jaar, van 45 tot 65 jaar, of 65 jaar en ouder betalen in respectievelijk 28%, 20% en 10% van de gevallen bij (chi kwadraat = 13,75 met vier vrijheidsgraden, $p < 0,05$).
7. Consumentengids september 1992.
8. Gerven HJP van. Geneesmiddelenvergoedingssysteem: verkeerde methode voor een goed doel. Medisch Contact 1991; 46: 261-3.