

Het geneesmiddelen vergoedings systeem:  
materiële en immateriële gevolgen voor de consument

September 1992

J.J. Kerssens  
Stichting Nivel  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT

 NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

 NIVEL



Inhoudsopgave	pagina
Voorwoord	iii
Inleiding	2
Achtergrond	3
Andere mogelijke besparingsvarianten	4
Vraagstelling	5
Methode	6
Resultaten	7
De kosten van de gezondheidszorg	7
De kosten van geneesmiddelen	8
Besparingsvarianten in de geneesmiddelen voorziening	8
Bekendheid met het geneesmiddelen vergoedingssysteem	9
Verzekeringsvorm	10
Het gebruik van medicijnen en anticonceptiva	10
De financiële consequenties	11
De immateriële consequenties	12
Medicijngebruikers en gevolgen van het GVS	13
Conclusie	14

#### Literatuur

#### Tabellen en figuren:

Figuur 1	De verdeling van medicijngebruikers naar de gevolgen van het geneesmiddelen vergoedingssysteem
Tabel 1	Relatieve verdeling van consumenten naar uitspraken over de kosten van de gezondheidszorg.
Tabel 2	Relatieve verdeling van consumenten naar uitspraken over de kosten van geneesmiddelen.
Tabel 3	Relatieve verdeling van consumenten naar maatregelen om de kosten van geneesmiddelen te beteugelen.
Tabel 4	Relatieve verdeling van consumenten naar bekendheid met het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem



## Inhoudsopgave (vervolg)

Tabel 5	Relatieve verdeling van - met het GVS bekende - consumenten naar informatiebron
Tabel 6	Frequentie verdeling van het gebruik van medicijnen en/of orale anticonceptiva van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis
Tabel 7	Relatieve verdeling van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis die medicijnen gebruiken naar globale aard van medicijn.
Tabel 8	Verdeling van het aantal ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis naar bijbetaling
Tabel 9	Relatieve verdeling van bijbetalende consumenten naar informatie vooraf over bijbetaling
Tabel 10	Relatieve verdeling van consumenten die vooraf op de hoogte waren van bijbetaling naar redenen voor bijbetaling
Tabel 11	Relatieve verdeling van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis naar eventuele overstap op andere medicijnen
Tabel 12	Relatieve verdeling van op andere medicijnen overgestapte consumenten naar informatie over werking en bijwerking
Tabel 13	Relatieve verdeling van op andere medicijnen overgestapte consumenten naar oordeel over nieuwe medicijnen
Bijlage 1	Enquête over Geneesmiddelen vergoedingssysteem
Bijlage 2	Kerssens, J.J. Het geneesmiddelen vergoedingssysteem: gevolgen voor de patiënt. <u>Medisch Contact</u> , 47, 1992, 1028-1030
Bijlage 3	Persbericht



## Voorwoord

Dit is het eerste werkverslag van het 'Consumentenpanel Gezondheidszorg', een samenwerkingsproject van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) en de Consumentenbond dat wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ten behoeve van dit project is een programmacommissie ingesteld die verantwoordelijk is voor de keuze van de te bestuderen onderwerpen en toeziet op de voortgang van het project. In de programmacommissie hebben, naast ondergetekende, de volgende personen zitting: de heer P. Verhaak (voorzitter) en de heer L. Peters, beide van het Nivel, mevrouw M. Andela, de heer A. Luiten (tot medio 1992), de heer A. Kruizinga (vanaf medio 1992) van de Consumentenbond, de heer A. Zengerink, de heer J. Becker Hof en de heer G. Plessius (vanaf medio 1992) van WVC, alsmede de heer J. van der Wilk van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Het project is zodanig opgezet dat de Consumentenbond verantwoordelijk is voor het beheer van het panel en de materiaalverzameling en het Nivel verantwoordelijk is voor de meetinstrumenten, de analyse van de onderzoeksgegevens en de rapportage. In dit verband wil ik mevrouw M. Linders, mevrouw M. van Gool en de heer R. Schuñselaar, allen van de Consumentenbond, hartelijk bedanken voor het verzamelen van de gegevens die in dit verslag zijn verwerkt.

Met dit werkverslag wordt verantwoording afgelegd van een onderzoek naar de gevolgen van het geneesmiddelen vergoedingssysteem voor de consument. Op basis hiervan kunnen andere publicaties, bijvoorbeeld in de Consumentengids of vaktijdschriften samengesteld worden. Mevrouw B. Kamphuys (Nivel) wil ik bedanken voor de tekstverwerking en vormgeving van dit document.

september 1992

J.J. Kerssens





## Inleiding

In de afgelopen tien jaar zijn er verschillende pogingen ondernomen om de steeds stijgende kosten van de geneesmiddelen voorziening om te buigen. De 'medicijnenknaak' -de eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden- is een van de meest bekende voorbeelden.

Kostenbeheersing is noodzakelijk in verband met de geneesmiddelenvoorziening op lange termijn, en bovendien is dit noodzakelijk omdat financiële middelen moeten worden aangewend voor het oplossen van andere problemen (zoals wachtlijsten en toegenomen werkdruk).

De kosten van de totale gezondheidszorg stijgen met ongeveer 3% per jaar, ongeveer evenveel als de kosten van levensonderhoud. De kosten van geneesmiddelen echter stijgen veel meer. Tussen 1989 en 1990 was dit 11% (Tweede Kamer 1991-1992). Daarmee dreigt de voorziening onbetaalbaar te worden. De overheid houdt de farmaceutische industrie verantwoordelijk voor de hoge kosten van geneesmiddelen vanwege de voortdurende verschuiving naar nieuwe en duurdere geneesmiddelen.

Tot nog toe is men er niet in geslaagd de kosten voor geneesmiddelen aan banden te leggen. Per 1 juli 1991 is het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) ingevoerd. Dit systeem beoogt een kwalitatief goede geneesmiddelenvoorziening te realiseren tegen beheersbare kosten. Het GVS biedt, anders dan thans bij de farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden het geval is, impulsen tot prijsafweging aan consumenten en artsen bij de keuze van het geneesmiddel. Ook verwacht de overheid dat fabrikanten de duurdere middelen in prijs zullen verlagen, zodat consumenten alle geneesmiddelen kunnen verkrijgen zonder enige bijbetaling. Dit laatste is zelfs het expliciete uitgangspunt van het systeem.



## Achtergrond

De kosten van geneesmiddelen stijgen voortdurend. Dit komt onder andere omdat de farmaceutische industrie telkens nieuwe en duurere middelen introduceert. De meeste van deze middelen leveren slechts een onbetekenende of geen enkele meerwaarde aan bestaande therapieën. De Food and Drug Administration, een overheidsinstantie die toeziet op de kwaliteit van voedings- en geneesmiddelen op de Amerikaanse markt, becijferde dat vijf van de zes nieuwe geneesmiddelen een heel geringe of geen enkele therapeutische meerwaarde heeft (FDA 1990). De prijs van deze nieuwe geneesmiddelen is echter vaak hoger dan die van het oude, dat over het algemeen net zo goed is. Vervolgens stijgt het oude geneesmiddel ook in prijs. Zo komen de kosten in een opwaartse spiraal terwijl de kwaliteit niet of nauwelijks toeneemt (Tweede Kamer 1990-1991). In andere sectoren van de maatschappij, in een marktsituatie met concurrerende prijzen, komt een iets dergelijks niet voor. Integendeel, want om een deel van de markt te veroveren zullen nieuwkomers goedkoper (of beter) moeten zijn dan hun concurrenten.

De Nederlandse markt wordt beheerst door de producenten en de groothandel. Dit heeft er toe geleid dat de geneesmiddelen in Nederland duurder zijn dan in alle andere West-Europese landen. In Frankrijk bijvoorbeeld is de gemiddelde prijs van een geneesmiddel nog niet de helft van de prijs bij ons. Als argument voor het hoge prijspeil in Nederland wordt wel aangevoerd dat het gebruik hier zo laag is. Er blijkt echter, uit een internationale vergelijking, nauwelijks een verband tussen prijs en gebruik van geneesmiddelen (IWI, 1991). Lage prijzen in het buitenland worden over het algemeen veroorzaakt door overheidsingrijpen en zijn niet het gevolg van een hoog gebruik van medicijnen.

In een poging de kosten van geneesmiddelen te beheersen zijn de laatste jaren veel maatregelen genomen. Geen van deze maatregelen bleek effectief. Momenteel wordt van de invoering van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) verwacht een bijdrage te kunnen leveren aan kostenbeheersing. In dit systeem worden geneesmiddelen ingedeeld in groepen van therapeutisch onderling vervangbare middelen. Voor iedere groep vergoedt de verzekeraar 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 er derhalve geen eigen bijdrage.

Aan de keuze voor het GVS liggen de volgende overwegingen ten grondslag. Het systeem biedt, anders dan thans bij de farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden het geval is, impulsen tot prijsafweging aan consumenten en artsen bij de keuze van het geneesmiddel. Ook verwacht de overheid dat fabrikanten hun prijzen zullen aanpassen, zodat consumenten geneesmiddelen kunnen verkrijgen zonder enige bijbetaling.

Voorwaarde voor een goede werking van het GVS is, dat bij consumenten, artsen en apothekhouders een juist inzicht bestaat in de hoogte van de eventueel te betalen eigen bijdrage. Dit inzicht zou onder meer kunnen worden bereikt door de aanwezigheid van een GVS-gids voor consument bij arts en apotheek en door middel van de (telefonische) Geneesmiddelen Informatielijn.

#### **Andere mogelijke besparingsvarianten**

Uit onderzoek van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumenten Aangelegenheden blijkt - niet verwonderlijk - dat consumenten bij voorbaat weinig waardering voor het systeem zullen opbrengen (Van Zon, 1987)<sup>1</sup>. Consumenten verkiezen veel eerder alternatieven waarbij de huisarts en of de apotheek worden gedwongen hun keuze te beperken tot goedkope medicijnen. Oplossingen die geld kosten zijn uiteraard nooit erg populair.

Men kan vraagtekens zetten bij de veronderstelling dat binnen korte termijn na invoering van het systeem eigen betalingen voor ziekenfondsverzekerde consumenten niet meer zullen bestaan. Vooral vanuit de Tweede Kamer is veel aandacht voor dit aspect. Heel opmerkelijk is de prijsverhoging van de pil. Vanaf 1 augustus 1991 moet voor elk merk anticonceptiva (uitgezonderd twee) bijbetaald worden.

Mogelijke eigen bijdragen zijn niet de enige nadelen die kleven aan het systeem. Alhoewel er vanuit wordt gegaan dat gelijkwaardige geneesmiddelen dezelfde werking en bijwerking hebben is nog niet duidelijk of de consument dit ook als zodanig ervaart. Het zou best kunnen dat consumenten geen materiële nadelige consequenties ervaren maar wel immateriële. Daarom zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

---

1. In 1987 stond het geneesmiddelen vergoedingssysteem onder de naam ziekenfonds limietsysteem al op de politieke agenda (Ziekenfondsraad, 1988).



## Vraagstelling

- Wat vindt de consument van kostenbeheersing in de geneesmiddelen sector en van maatregelen die gericht zijn op kostenbeheersing?
- Is de consument bekend met het GVS en zo ja via welke kanalen heeft hij/zij er kennis van genomen?
- Hoeveel consumenten zijn persoonlijk geconfronteerd met de gevolgen van het GVS; Wat zijn de gevolgen in materiële en immateriële zin?





## Methode

In samenwerking met het Nivel heeft de Consumentenbond een 'consumentenpanel gezondheidszorg' opgezet, dat een signalerende en kritische functie vervult 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 Nederlands bevolking, voorzover 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 GVS. Van de 9839 aangeschreven personen toonde 1879 zich bereid voor deelname aan het panel. Het panel is zodanig opgezet dat het op belangrijke punten representatief is. Onder meer voor: gezinsinkomen, ziektekostenverzekering en prevalentie van bepaalde chronische ziekten. Na selectie in verband met representativiteit en beoogde omvang zijn uiteindelijk 1514 personen in het panel opgenomen. Eind november 1991, vijf maanden na de invoering van het GVS, is een schriftelijke vragenlijst gestuurd die door 1415 personen is ingevuld.



## Resultaten

De resultaten worden in de navolgende tekst besproken. Eerst wordt de vraag beantwoord wat de consument vindt van kostenbeheersing in de geneesmiddelen sector en van maatregelen die gericht zijn op kostenbeheersing. Vervolgens komt aan de orde of de consument bekend is met het Geneesmiddelen Vergoedings- Systeem en zo ja via welke kanalen er kennis van genomen is. Tenslotte volgt het antwoord op de vraag hoeveel consumenten persoonlijk zijn geconfronteerd met de gevolgen van het GVS: de financiële en immateriële consequenties.

### De kosten van de gezondheidszorg

Jaarlijks wordt in Nederland circa 50 miljard gulden aan de zorg voor onze gezondheid besteed. Momenteel is dat 9,4% van het Bruto Nationaal Produkt. Voldoende reden dus om daarover wat vragen te stellen (tabel 1).

tabel 1

De meerderheid van de consumenten is van mening dat geld besteed aan de gezondheidszorg altijd goed besteed geld is (72% van de panelleden is het geheel of gedeeltelijk met deze uitspraak eens). Men vindt dat de kosten van de gezondheidszorg niet verder mogen stijgen (68%) en men vindt niet dat de premie voor de ziektekostenverzekering eigenlijk best nog wel omhoog kan. (Slechts 16% is het geheel of gedeeltelijk met deze uitspraak eens.)

Ongeveer de helft van het panel is van mening dat je als patiënt weinig invloed kunt uitoefenen op de kosten van de zorg (54%). Men vindt echter wel dat je als patiënt moet weten wat je de gezondheidszorg kost (86%). Een (kleine) meerderheid is van mening dat nieuwe medische technieken ons best wat extra zouden mogen kosten (60%). Men vindt ook dat in de gezondheidszorg veel zuiniger gewerkt moet worden (64%). Over de vraag of het inkomen van artsen (specialisten, huisartsen en tandartsen) omlaag kan, is het panel verdeeld (56% voor) terwijl een minderheid van mening is dat patiënten zelf meer moeten bijdrage in de kosten van de zorg die zij gebruiken (30%).

Dat het niet uitmaakt wat het kost omdat de verzekering het toch wel betaalt is een uitspraak waarmee weinig consumenten het eens zijn: Slechts 7% van de panelleden is het met deze uitspraak geheel of gedeeltelijk eens.



### De kosten van geneesmiddelen

De kosten van de gezondheidszorg stegen de laatste jaren ongeveer net zo hard als de kosten van het levensonderhoud, zo'n drie procent per jaar. Met uitzondering echter van de kosten voor geneesmiddelen. Het laatste jaar (de meest recente gegevens zijn van 1990) kende die een groei van 11%. Het beleid is er op gericht dat de kosten van geneesmiddelen niet verder stijgen.

Dit vindt ook een meerderheid van de consumenten (tabel 2):

tabel 2

86% van de ondervraagden is het geheel of gedeeltelijk met deze uitspraak eens. De stelling dat de producenten van geneesmiddelen de prijzen opdrijven vindt eveneens veel ondersteuning van het panel (80%). De arts die geneesmiddelen voorschrijft moet rekening houden met de kosten (81%) en ditzelfde geldt, zij het in iets minder sterke mate, voor de apotheek die de geneesmiddelen verstrekt (73%).

Alhoewel de meningen verdeeld zijn over de uitspraak dat de consument geen invloed heeft op de keuze van een geneesmiddel (54% geheel of gedeeltelijk mee eens) vindt wel bijna iedereen dat de consument prijsbewust moet worden (87%). Over de rechtvaardigheid van eigen bijbetalingen, daarentegen, zijn de meningen weer verdeeld (42% geheel of gedeeltelijk mee eens).

### Besparingsvarianten in de geneesmiddelen voorziening

In het verleden zijn er veel afspraken gemaakt en maatregelen bedacht om de kosten van de geneesmiddelen voorziening te beteugelen. Bijvoorbeeld het 'omni-partijen akkoord' en de 'medicijnenknaak'. Er zijn natuurlijk allerlei maatregelen denkbaar. Van zeven maatregelen hebben de consumenten aangegeven wat zij er van vonden (tabel 3).

tabel 3

In aflopende populariteit zijn dat de volgende: Een door de overheid vastgestelde maximum prijs per geneesmiddel (net als in sommige andere landen) krijgt het meeste ondersteuning door de consument. 70% van het panel vindt dit een goed of een heel goed idee. Men is erg verdeeld over een maatregel waarbij



de arts alleen medicijnen voorschrijft waarvoor je niet moet bijbetalen (46%). Nog minder ondersteuning krijgt de maatregel die de apotheek alleen de medicijnen laat afleveren waarvoor je niet moet bijbetalen (38%).

Maatregelen die van de consument een eigen bijdrage verlangen hebben het minste draagvlak: Het geneesmiddelen vergoedingssysteem vindt één derde (36%) van het panel een (heel) goed idee. Een eigen risico van f 125,- per jaar voor medicijnen en de medicijnknaak zijn maatregelen die ondersteund worden door 29% respectievelijk 25% van de consumenten. Het slechtste uit de bus komt het systeem zoals dat in de publiekrechtelijke verzekering gehanteerd wordt; slechts 12% van de ondervraagde vindt een procentuele bijbetaling van tien procent een (heel) goed idee. Het zijn vooral veel publiekrechtelijk verzekerden die wel wat in deze maatregel zien.

Al met al kan gesteld worden dat het overheidsbeleid dat er op is gericht de kosten van de gezondheidszorg te beheersen ondersteund wordt door de consument. Dit geldt zeer zeker voor de beteugeling van de kosten van de geneesmiddelen. De wijze waarop dit moet gebeuren zien de consumenten het anders. Eigen bijdragen zien zij uiteraard niet zitten. Liever ziet men prijsbesparingen van overheidswege.

#### **Bekendheid met het geneesmiddelen vergoedingssysteem**

In de zomer van 1991 is het GVS voor ziekenfondsverzekerden en de particulieren met een standaard(pakket)polis van kracht geworden. Door middel van spotjes op de televisie, advertenties in de krant en speciale brochures (postkantoor en bibliotheek) heeft het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur de burgers geïnformeerd. Omdat het een maatregel betreft die veel mensen aangaat hebben de media natuurlijk ook op eigen wijze over het GVS bericht.

Vijf maanden na de inwerkingtreding heeft ongeveer tweederde (65%) van de consumenten van het systeem gehoord (tabel 4).

tabel 4

Meestal verkreeg men de informatie via het journaal en de actualiteitenrubrieken van de televisie (door 54% genoemd) en journalistieke artikelen in de krant (49%). Het bereik van postbus 51 op de televisie bedraagt 41%, advertenties in de krant 28%. De speciale folders in postkantoor en bibliotheek,





en in de wachtkamer van de huisarts/specialist/apotheek hebben een bereik van 13%, respectievelijk 14%. Van de ondervraagden gaf 11% aan ook via familie en vrienden van het GVS gehoord te hebben, en 7% via voorlichting van huisarts, specialist of apotheek (tabel 5).

tabel 5

Meestal heeft men via meerdere wegen van het GVS vernomen. De mensen die met het systeem bekend zijn hebben gemiddeld 2,2 bronnen vermeld.

### Verzekeringvorm

Het vervolg van de resultaten gaat over de consequenties van het geneesmiddelen vergoedingssysteem. Ten tijde van de ondervraging gold dit systeem niet voor alle verzekerden. Wat hierna volgt heeft daarom alleen betrekking op de consumenten die bij het ziekenfonds zijn verzekerd of die particulier zijn verzekerd met standaardpolis of standaardpakketpolis. Zij vormden immers de eerste (en toen het onderzoek werd gehouden - enige) doelgroep.

De consumenten uit de doelgroep zijn niet meer of minder bekend met het GVS dan de andere. De resultaten wijken, per verzekeringvorm niet af van het totaal<sup>2</sup>. Dat wil zeggen dat de voorlichting over het GVS iedereen in gelijke mate heeft bereikt, ongeacht de wijze waarop iemand verzekerd is.

### Het gebruik van medicijnen en anticonceptiva

Wanneer men geen geneesmiddelen gebruikt zal men niet met het Geneesmiddel Vergoedingssysteem te maken hebben gehad, ook al ben je bij het ziekenfonds verzekerd. Het gebruik van medicijnen of anticonceptiva is een verdere restrictie. Er is dan ook gevraagd naar het gebruik van medicijnen en de pil op recept van een arts. Naar het laatste is apart gevraagd omdat de pil in de beleving van de mensen niet zo gauw tot een medicijn wordt gerekend. De volgende tabel laat de verdeling zien van de antwoorden als de informatie van beide vragen wordt gebruikt.

tabel 6

---

2. Ziekenfondsverzekerden en verzekerden met een standaard(pakket) polis zijn vergeleken met particulier verzekerden alsmede publiekrechtelijk verzekerden. De vergelijking toont een  $\chi^2$  van 2,17 met twee vrijheidsgraden ( $p > 0,05$ ).



Een krappe meerderheid (55%) gebruikt op het moment van ondervraging noch medicijnen, noch de pil. Iets meer dan een kwart (28%) gebruikt medicijnen, terwijl 9% alleen de pil gebruikt. Voorts gebruikt nog 8% van de panelleden, voorzover ze bij het ziekenfonds verzekerd zijn of een standaard (pakket) polis hebben afgesloten, de pil of medicijnen<sup>3</sup>. Van medicijngebruikers 77% aan waarvoor zij een geneesmiddel gebruiken. Het meest frequent zijn dat medicijnen tegen hart- en vaatziekten, inclusief medicijnen tegen hoge bloeddruk (23% van alle medicijn gebruikers). Op de tweede en derde plaats komen pijn- en koortswerende middelen (17%) en medicijnen voor de huid (16%) en . De precieze weergave van de andere antwoorden staat in tabel 7.

tabel 7

### De financiële consequenties

De financiële consequenties van het GVS worden niet alleen bepaald door het geneesmiddelengebruik op het moment van ondervraging. Vandaar dat, begin december, een vraag is gesteld naar bijbetaling sinds 1 juli 1991. Van alle ondervraagde panelleden met een ziekenfondsverzekering of een standaard(pakket)polis heeft 12% te maken gehad met bijbetaling voor medicijnen of de pil (tabel 8).

tabel 8

Voor vijf van de tien mensen (49%) kwam dit als een verrassing. Pas in de apotheek vernamen zij dat zij voor de medicijnen moesten bijbetalen (tabel 9). Nog geen kwart (24%) wist het al voordat zij bij huisarts of specialist kwamen. Bij de overigen (14%) bracht de huisarts of specialist de bijbetaling ter sprake.

tabel 9

Één van de grondslagen van het GVS is dat goede medicijnen niet (te) duur hoeven te zijn. Waarom zouden consumenten dan toch bijbetalen? Degene die wisten dat zij zouden moeten bijbetalen gaven het volgende aan (tabel 10): Bij 30% was er

---

3. Onbekend is het aantal personen dat de pil als een medicijn heeft opgevat.



volgens de arts geen goed alternatief en voor nog eens 15% raadde de arts de consument aan het duurdere middel te blijven gebruiken. Iets meer dan de helft van de goed ingelichte consumenten (57%) koos er zelf voor de duurdere medicijnen te gebruiken.

tabel 10

Voor de consument die in de periode juli-december 1991 heeft bijbetaald bedroeg de hoogte van het bedrag gemiddelde f 42,-

### De immateriële consequenties

De immateriële consequenties van het GVS komen voort uit de overgang naar andere geneesmiddelen om bijbetaling te voorkomen. Dit gebeurde bij 8% van de consumenten waarvoor het GVS gold. Deze groep telt 77 consumenten en meer dan de helft (58%) ging over op nieuwe medicijnen op aanraden van de huisarts of specialist. Een veel kleiner deel (19%) nam hiertoe zelf het initiatief. Van de rest (ook 19%) is niet bekend wie het initiatief nam (tabel 11).

tabel 11

Over de bijwerking of de gevaren van het gebruik van de nieuwe geneesmiddelen is 34% van de overgestapte consumenten door de huisarts of specialist geïnformeerd. De apotheek vervulde deze rol in 16% van de gevallen. De meeste nieuwe gebruikers echter (39%) verkregen deze informatie via de bijsluiter. Nog eens 14% bleef geheel onwetend over bijwerking en gevaren van het gebruik<sup>4</sup> (tabel 12).

tabel 12

Hoe beoordelen consumenten de nieuwe medicijnen? Voor de meerderheid (68%) bracht de overstap naar nieuwe medicijnen geen nadelige gevolgen (tabel 13).

tabel 13

Zowel de werking als de bijwerking zijn, naar het oordeel van de consument, hetzelfde. 12% gaf geen mening, 21% ondervond

---

4. Het kan natuurlijk zijn dat aan de nieuwe geneesmiddelen geen andere bijwerking en of gevaren zijn verbonden dan aan de oude geneesmiddelen.



wel problemen. Dit zijn 19 consumenten, die 1,2% van het panel vormen. Ondanks de problemen zijn vijf mensen het nieuwe medicijn blijven gebruiken. Vier consumenten zijn met het medicijn gestopt, terwijl er zes teruggingen naar hun oude medicijn. Één consument is naar een tweede middel zonder bijbetaling overgestapt. Drie mensen bleven het antwoord op de vraag schuldig.

Indien het oude geneesmiddel weer zonder bijbetaling verkregen zou kunnen worden, zou desondanks 41% van degene die zijn overgestapt, het nieuwe geneesmiddel blijven gebruiken omdat het minstens net zo goed werkt of minder bijwerkingen heeft. De keerzijde hiervan is dat 33% het oude geneesmiddel prefereert omdat het beter werkt of minder bijwerkingen kent.

### Medicijngebruikers en gevolgen van het GVS

Tot nog toe zijn de gevolgen van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem betrokken op alle consumenten, ongeacht of zij medicijnen gebruikte of niet. In deze paragraaf worden de resultaten betrokken op de gebruikers van medicijnen.

De groep medicijngebruikers telt 444 patiënten (dit is 45% van alle ziekenfondsverzekerden en houders van de standaard(pakket) polis). Figuur 1 brengt de gevolgen van het GVS voor deze groep in beeld.

figuur 1

Van alle medicijngebruikers (ziekenfonds en standaard (pakket) polis) is 22% geconfronteerd met bijbetalingen. En in dezelfde periode is 13% overgestapt op andere medicijnen om bijbetaling te voorkomen. Voor 3% van de medicijngebruikers gold dat zij zowel bijbetaalde voor oude, als ook overstapte op nieuwe medicijnen.

Tenslotte is gezocht naar eventuele verschillende gevolgen (bijbetalen/overstappen/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 onderscheiden zich niet of nauwelijks naar de gevolgen. Ook is onderscheid gemaakt tussen medicijngebruikers met meerdere, met één, of zonder chronische aandoening. Het is immers aannemelijk dat chronische patiënten eerder zullen overstappen in verband met het, 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<sup>5</sup>.

Voorts is bepaald of patiënten uit verschillende inkomenscategorieën zich onderscheiden naar de gevolgen die het GVS met zich meebracht. 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<sup>6</sup>. Tenslotte bestaat er wel een verschil naar leeftijd: Jongere patiënten betalen vaker bij dan oudere patiënten<sup>7</sup>. Dit heeft weer te maken met de orale anticonceptiva.

- 
5. Van de patiënten met meerdere, met één of zonder chronische aandoening is respectievelijk 18%, 12% en 8% (orale anticonceptiva) overgestapt op nieuwe medicijnen ( $\text{Chi}^2=11,99$  met 4 vrijheidsgraden,  $p<0,05$ )
  6.  $\text{Chi}^2 = 8,49$  met 4 vrijheidsgraden,  $p > 0,05$
  7. Patiënten tot 45 jaar, van 45 tot 65 jaar of 65 jaar en ouder betalen in respectievelijk 28%, 20% en 10% bij ( $\text{Chi}^2=13,75$  met 4 vrijheidsgraden,  $p<0,05$ ).



## Conclusie

Het Geneesmiddelen vergoedingssysteem heeft, vanuit het perspectief van de patiënt, 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, men weet vaak überhaupt niet dat 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 over gelaten. 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, sommige 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.

Vanuit het perspectief van de consument die premie betaalt voor de geneesmiddelenvoorziening (het perspectief van de kostenbeheersing), lijkt het GVS ten dele geslaagd. Volgens 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 verschoven, opwaarts, richting vergoedingslimieten (Consumentengids, september 1992). Hoe per saldo de kosten beheerst zijn, zal blijken met het uitkomen van het nieuwe Financieel Overzicht Zorg.

Het is al eerder beweerd dat het Geneesmiddelen vergoedingssysteem, het probleem van kostenstijging aan de verkeerde kant aanpakt omdat niet de consument maar de producent in belangrijke mate verantwoordelijk is (Van Gerven 1991). Ofschoon het nog te vroeg voor een eindoordeel is, dragen de in het onderzoek gevonden feiten wel bij 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 toch niet de dupe worden van een beleidsinstrument dat tot doel heeft de fabrikanten tot lagere prijzen aan te zetten. Wellicht zou het farmacotherapeutisch overleg een rol kunnen gaan spelen in de medische beoordeling van de '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 patient hierdoor gesteund, de medische adviseur van de ziektekostenverzekeraar om ontheffing van bijbetaling kunnen verzoeken.

Consumenten ervaren wel de noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. En dit geldt zeer zeker voor de kosten van de geneesmiddelen voorziening. Over de wijze waarop dit moet gebeuren verschilt de gemiddelde consument van mening met de ontwerpers van het nieuwe systeem.



## Literatuur:

Consumentengids, september 1992

Zon, I. van, Goedkoper beter: Consumentenwaardering van besparingsvarianten in de geneesmiddelensector. 's-Gravenhage: SWOKA, 1987

Ziekenfondsraad. Advies verstrekkingenbeleid geneesmiddelen. Amstelveen; Ziekenfondsraad, 1988, nr. 414

Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2 Financieel Overzicht Zorg

Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22 311, nrs. 1-2 Financieel Overzicht Zorg

Food and Drug Administration. New Drug Evaluation. Statistical reports: Ranking drugs by therapeutical potential. Washington; FDA, 1989

IWI-studien, band II, Die Östereichische Pharmawirtschaft: Ihre rolle im gesundheitswesen und stellung im internationale vergeleich. Wenen, 1991

Gerven, H.J.P. van, Geneesmiddelen vergoedingssysteem: verkeerde methode voor een goed doel. Medisch Contact, 46, nr. 20, p. 621-623

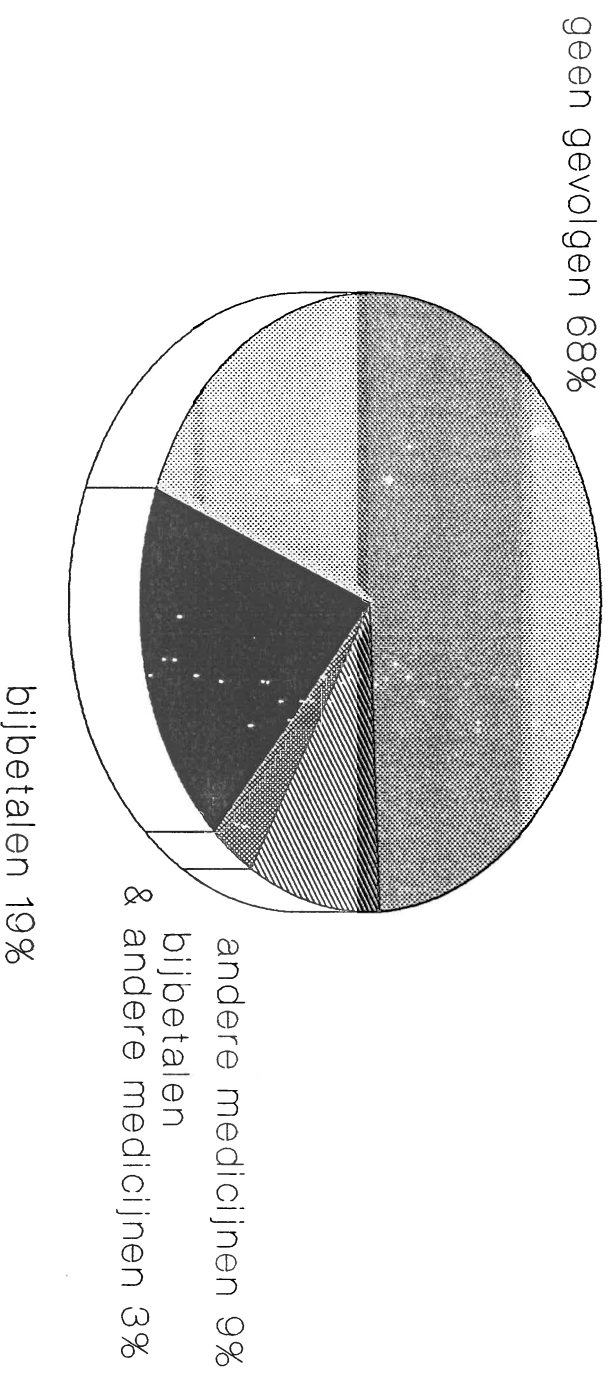




Figuur 1 De verdeling van medecijngebruikers naar de gevolgen van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (december 1991)



# Geneesmiddelen Vergoedingssysteem gevolgen voor medicijngebruikers





Tabellen

Geneesmiddelen Vergoeding Systeem

Tabel 1 Relatieve verdeling van consumenten naar uitspraken over de kosten van de gezondheidszorg.

	% hele- maal mee eens	% ge- deel- telijk mee eens	% neu- traal	% ge- deel- telijk mee oneens	% hele- maal mee oneens	N
De premie voor ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekering kan eigenlijk best nog wel omhoog	2,3	13,9	18,4	21,5	43,8	1393
De kosten van de gezondheidszorg mogen niet verder stijgen	41,7	26,6	13,4	11,9	6,4	1400
Geld besteed aan gezondheidszorg is altijd goed besteed geld	39,4	32,2	8,6	14,6	5,2	1402
Als patiënt moet je weten wat je de gezondheidszorg kost	69,2	17,2	8,6	3,1	1,9	1398
In de gezondheidszorg moet veel zuiniger gewerkt worden	26,4	37,1	15,5	11,6	9,5	1402
Het inkomen van artsen (specialisten, huisartsen en tandartsen) kan omlaag	23,8	32,4	27,1	10,5	6,1	1401
Patiënten moeten zelf meer bijdragen in de kosten van de zorg die zij gebruiken	5,3	24,2	11,7	22,6	36,1	1400
Nieuwe medische technieken mogen ons best wat extra kosten	16,1	43,7	16,7	12,9	10,7	1398
Het maakt niet uit wat het kost want de verzekering betaalt toch wel	2,2	5,1	6,6	16,0	70,2	1402
De patiënt kan zelf weinig invloed uitoefenen op de kosten van de zorg	27,4	27,1	6,8	25,1	13,6	1404

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991



Tabel 2. Relatieve verdeling van consumenten naar uitspraken over de kosten van geneesmiddelen.

	% he- maal mee eens	% ge- deel- telijk mee eens	% neu- traal	% ge- deel- telijk mee oneens	% he- maal mee oneens	N
De kosten van geneesmiddelen mogen niet verder stijgen	62,3	24,1	7,9	3,8	2,0	1401
De producenten van geneesmiddelen drijven de prijzen op	54,7	25,6	16,6	1,6	1,4	1396
De consument van geneesmiddelen moet prijsbewust worden	62,2	24,8	7,0	2,6	3,4	1396
De consument heeft geen invloed op de keuze van een geneesmiddel	19,7	34,3	9,5	23,7	12,9	1395
De arts die geneesmiddelen voorschrijft moet rekening houden met de kosten	56,1	25,3	4,9	5,6	8,1	1399
Het is rechtvaardig dat de consument van geneesmiddelen zelf wat bijbetaalt	12,6	29,4	11,3	16,8	29,9	1400
De apotheek die geneesmiddelen verstrekt moet rekening houden met de kosten	50,8	21,7	11,2	5,1	11,2	1398

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991





Tabel 3. Relatieve verdeling van consumenten naar maatregelen om de kosten van geneesmiddelen te beteugelen.

	% heel goed idee	% goed idee	% neu- traal	% slecht idee	% heel slecht idee	N
Per voorgeschreven geneesmiddel betaalt de consument een vast bedrag van f 2,50 (medicijnenknaak)	7,5	17,6	16,6	27,3	31,1	1388
Van elk voorgeschreven geneesmiddel betaalt de consument 10% van de prijs zelf	4,0	8,4	10,4	35,6	41,6	1398
De arts schrijft alleen medicijnen voor waarvoor je niet moet bijbetalen	20,5	25,4	18,5	19,8	15,9	1400
De apotheek verkoopt alleen medicijnen waarvoor je niet moet bijbetalen	17,9	19,9	21,0	22,5	18,7	1398
Voor duurdere geneesmiddelen moet de consument het verschil bijbetalen	11,2	24,7	18,0	26,1	20,0	1397
Voor geneesmiddelen geldt een eigen risico van f125,- per jaar daarboven worden alle kosten vergoed	10,3	18,5	15,0	26,2	30,0	1398
De overheid stelt, net als in sommige andere landen, per geneesmiddel een maximum prijs vast	37,0	32,5	15,7	7,3	7,5	1401

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991



Tabel 4 Relatieve verdeling van consumenten naar bekendheid met het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (N=1376)\*

gehoord van GVS?	aantal	percentage
Ja	884	64,2%
Nee	492	35,8%
totaal	1376	100,0%

\* 39 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 5 Relatieve verdeling van - met het GVS bekende - consumenten naar informatiebron (N=877)\*

informatiebron (meer dan één mogelijk)	percentage
Televisie (Postbus 51)	41,4%
Televisie (Journaal/actualiteitenrubrieken)	54,4%
Krant (Advertenties)	27,8%
Krant (Journalistieke artikelen)	49,2%
Speciale folders/brochures (bijv postkantoor/bibliotheek)	15,4%
Wachtkamer huisarts/specialist/apotheek	14,4%
Voorlichting huisarts/specialist/apotheek	6,9%
Familie/vrienden/kennissen	10,7%

\* 7 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991



Tabel 6. Frequentie verdeling van het gebruik van medicijnen en/of orale anticonceptiva van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis (N=1130)

gebruik	aantal	percentage
alleen medicijnen	305	27,0%
alleen de pil	102	9,0%
medicijnen en/of de pil	86	7,6%
geen	637	56,4%

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 7 Relatieve verdeling van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis die medicijnen gebruiken naar globale aard van medicijn. (N=459)\*

globale aard medicijn (meer dan één mogelijk)	percentage
Pijn- en koortswerende middelen	15,5%
Medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn enz.	10,2%
Versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen, tonicum	8,1%
Medicijnen voor het hart, de bloedvaten, of de bloeddruk	27,5%
Plaspillen	11,3%
Laxeermiddelen (voor de stoelgang)	3,5%
Medicijnen voor maag- en darmklachten: spijsverteringsmiddelen	9,4%
Slaap- en kalmeringsmiddelen; middelen tegen de zenuwen	14,6%
Antibiotica zoals penicilline en sulfa-preparaten	5,2%
Medicijnen voor de huid (bij acne, eczeem, jeuk, roos, wonden)	18,1%
Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen enz.	10,9%
Medicijnen tegen allergie	5,7%
Medicijnen tegen astma	9,6%
Hormonen	6,3%
Medicijnen tegen suikerziekte	3,9%
Medicijnen voor de ogen (zalf, druppels)	8,1%
Andere medicijnen	16,6%

\* 31 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991



Tabel 8 Verdeling van het aantal ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis naar bijbetaling (N=1130)\*

bijbetaald	aantal	percentage
ja	134	12,8%
nee	912	87,2%
totaal	1046	100,0%

\* 84 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 9 Relatieve verdeling van bijbetalende consumenten naar informatie vooraf over bijbetaling (N=130)\*

wist vooraf van bijbetaling	aantal	percentage
ja, al bij arts op de hoogte	49	37,7%
nee, pas in apotheek	81	62,3%
totaal	130	100,0%

\* 4 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 10 Relatieve verdeling van consumenten die vooraf op de hoogte waren van bijbetaling naar redenen voor bijbetaling (N=49)

redenen (meer dan één antwoord mogelijk)	%
arts ziet geen alternatief voor duurder middel	18,6
arts raadt duurder middel aan	7,0
patiënt kiest zelf voor duurder middel	46,5
geen reden opgegeven	32,6

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991





Tabel 11 Relatieve verdeling van ziekenfondsverzekerden en houders van een standaard(pakket) polis naar eventuele overstap op andere medicijnen (N=1130)\*

overgestapt	aantal	percentage
ja, op initiatief van arts	49	4,3%
ja, op initiatief van patiënt	19	1,7%
ja, initiatief onbekend	19	1,7%
nee	1043	92,3%

\* 87 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 12 Relatieve verdeling van op andere medicijnen overgestapte consumenten naar informatie over werking en bijwerking (N=82)\*

informatie over werking en bijwerking	%
door arts	31,7%
door apotheek	15,9%
gelezen in bijsluiter	39,0%
helemaal geen	13,4%

\* 5 ontbrekende gegevens

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991

Tabel 13 Relatieve verdeling van op andere medicijnen overgestapte consumenten naar oordeel over nieuwe medicijnen (N=87)

oordeel over nieuwe medicijnen	%
positief	65,5
negatief	21,8
geen mening	12,6

evaluatie van nieuwe medicijnen	%
oude medicijn werkte beter	21,3%
oude medicijn kende minder bijwerkingen	12,0%
nieuwe medicijn werkt minstens niet zo goed	38,7%
nieuwe medicijn kent minder bijwerking	2,7%
weet niet	28,0%

Bron: Consumentenpanel, peiling december 1991



## **Geneesmiddelen en kosten van de gezondheidszorg**

Wij willen graag uw mening horen over de kosten van de zorg voor onze gezondheid. En speciaal van de kosten van geneesmiddelen. Ook willen wij weten of u al iets gemerkt heeft van de gevolgen van een nieuw systeem om geneesmiddelen te vergoeden.

Dit nieuwe systeem heet: Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. En het draait om de kosten. Verantwoord omgaan met de kosten van geneesmiddelen die echt te duur zijn geworden. En waarvoor goedkope en minstens even goede alternatieven zijn. Het werkt zo: alle medicijnen worden ingedeeld in groepen. In elke groep zijn de geneesmiddelen gelijkwaardig. Dat wil zeggen dat ze dezelfde werking hebben, maar ook dezelfde bijwerking. Dit betekent dat uw arts uit zo'n groep, net zo goed het ene als het andere medicijn voor u kan kiezen. Het enige onderscheid is meestal alleen maar dat het ene merk stukken duurder is dan het andere; verder ontlopen zij elkaar weinig tot vrijwel niets. Als u een duurder geneesmiddel gebruikt moet u het verschil zelf bijbetalen.



---

Het invullen van de enquête.

Hieronder staat een aantal punten waarvoor wij nog even uw aandacht vragen.

- Het is van belang dat u de vragenlijst volledig invult. De meeste vragen hebben betrekking op uw mening, goede of foute antwoorden zijn er niet. Wanneer een vraag niet op uw situatie van toepassing is, kunt u dit aangeven.
- Bij de meeste vragen kunt u volstaan met het omcirkelen van het cijfer dat voor (of achter) uw antwoord staat. Bijvoorbeeld:

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

- 1 ja
- 2 nee

Wat betekent dat u op dit moment geen medicijnen gebruikt.

Of:

---

De kosten van geneesmiddelen  
mogen niet verder stijgen

1 2 3 4 5

---

Wat betekent dat u het met deze uitspraak gedeeltelijk eens bent.

- Achter sommige antwoorden staat een doorverwijzing naar een vraag verderop in de vragenlijst. De tussenliggende vragen kunt u dan natuurlijk overslaan.
- U kunt de ingevulde vragenlijst direct naar de Consumentenbond sturen. Gebruikt u de bijgesloten antwoordenvolp. Een postzegel is dan niet nodig.
- Als u bij het invullen van de vragenlijst onduidelijkheden tegenkomt of als de vragenlijst vragen bij u oproept, kunt u telefonisch contact opnemen met mevrouw M. Linders 070-3847573, bereikbaar van maandag tot en met donderdag.



---

Deze vragenlijst begint met het onderwerp van de kosten van de gezondheidszorg. Jaarlijks wordt in Nederland circa 50 miljard gulden aan de zorg voor onze gezondheid besteed. Momenteel is dat 9,4 procent van wat we met elkaar verdienen.

Vraag 1 Hieronder volgen enkele uitspraken over de kosten van onze gezondheidszorg. Wilt u, per uitspraak, aangeven in hoeverre u het er mee eens bent? (omcirkel het antwoord van uw keuze)

- 1 = helemaal mee eens  
2 = gedeeltelijk mee eens  
3 = neutraal  
4 = gedeeltelijk mee oneens  
5 = helemaal mee oneens
- 

De premie voor ziekenfonds- en particuliere ziektekostenverzekering kan eigenlijk best nog wel omhoog	1	2	3	4	5
De kosten van de gezondheidszorg mogen niet verder stijgen	1	2	3	4	5
Geld besteed aan gezondheidszorg is altijd goed besteed geld	1	2	3	4	5
Als patiënt moet je weten wat je de gezondheidszorg kost	1	2	3	4	5
In de gezondheidszorg moet veel zuiniger gewerkt worden	1	2	3	4	5
Het inkomen van artsen (specialisten, huisartsen en tandartsen) kan omlaag	1	2	3	4	5
Patiënten moeten zelf meer bijdragen in de kosten van de zorg die zij gebruiken	1	2	3	4	5
Nieuwe medische technieken mogen ons best wat extra kosten	1	2	3	4	5
Het maakt niet uit wat het kost want de verzekering betaalt toch wel	1	2	3	4	5
De patiënt kan zelf weinig invloed uitoefenen op de kosten van de zorg	1	2	3	4	5





---

De kosten van de gezondheidszorg stegen de laatste jaren ongeveer net zo hard als de kosten van levensonderhoud, zo'n 3 procent per jaar. Met uitzondering echter van de kosten voor geneesmiddelen. De laatste jaren kenden die een groei van 7,5 procent.

Vraag 2 Hier volgen enkele uitspraken over de kosten van geneesmiddelen. Wilt u, per uitspraak, aangeven in hoeverre u het er mee eens bent? (omcirkel het antwoord van uw keuze)

- 1 = helemaal mee eens  
2 = gedeeltelijk mee eens  
3 = neutraal  
4 = gedeeltelijk mee oneens  
5 = helemaal mee oneens

---

De kosten van geneesmiddelen mogen niet verder stijgen	1	2	3	4	5
De producenten van geneesmiddelen drijven de prijzen op	1	2	3	4	5
De consument van geneesmiddelen moet prijsbewust worden	1	2	3	4	5
De consument heeft geen invloed op de keuze van een geneesmiddel	1	2	3	4	5
De arts die geneesmiddelen voorschrijft moet rekening houden met de kosten	1	2	3	4	5
Het is rechtvaardig dat de consument van geneesmiddelen zelf wat bijbetaalt	1	2	3	4	5
De apotheek die geneesmiddelen verstrekt moet rekening houden met de kosten	1	2	3	4	5

---



---

In het verleden zijn er maatregelen bedacht om de kosten van geneesmiddelen niet verder te laten stijgen. En er zijn ook allerlei andere maatregelen denkbaar. We noemen enkele voorbeelden.

Vraag 3 Kunt u aangeven of u onderstaande maatregelen een goed idee vindt, of juist niet? (omcirkel het antwoord van uw keuze)

- 1 = heel goed idee  
2 = goed idee  
3 = neutraal  
4 = slecht idee  
5 = heel slecht idee

---

Per voorgeschreven geneesmiddel betaalt de consument een vast bedrag van f 2,50 (medicijnenknaak)	1	2	3	4	5
Van elk voorgeschreven geneesmiddel betaalt de consument 10% van de prijs zelf	1	2	3	4	5
De arts schrijft alleen medicijnen voor waarvoor je niet moet bijbetalen	1	2	3	4	5
De apotheek verkoopt alleen medicijnen waarvoor je niet moet bijbetalen	1	2	3	4	5
Voor duurdere geneesmiddelen moet de consument het verschil bijbetalen	1	2	3	4	5
Voor geneesmiddelen geldt een eigen risico van f 125,= per jaar daarboven worden alle kosten vergoed	1	2	3	4	5
De overheid stelt, net als in sommige andere landen, per geneesmiddel een maximum prijs vast	1	2	3	4	5

---



---

Per 1 juli is een nieuw systeem van kracht. Het heet Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Op het voorblad van deze enquête staat wat het inhoudt.

Vraag 4 Heeft u al eerder van Geneesmiddelen Vergoeding Systeem gehoord?

- 1 Ja
- 2 Nee (Indien nee, verder naar vraag 6)

Vraag 5 Indien u al eerder van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem heeft gehoord, via welke bron was dit? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Televisie (Postbus 51)
- 2 Televisie (Journaal/actualiteitenrubrieken)
- 3 Krant (Advertenties)
- 4 Krant (Journalistieke artikelen)
- 5 Speciale folders/brochures (bijv postkantoor/bibliotheek)
- 6 Wachtkamer huisarts/specialist/apotheek
- 7 Voorlichting huisarts/specialist/apotheek
- 8 Familie/vrienden/kennissen
- 9 Niet van toepassing/niet eerder van GVS gehoord

Nu volgen enkele vragen over het gebruik van medicijnen die u op recept van huisarts, specialist of tandarts via de apotheek heeft verkregen.

Vraag 6 Gebruikt u op dit moment medicijnen?

- 1 Ja
- 2 Nee (Indien nee, verder naar vraag 8)

Vraag 7 Zo ja, wat voor medicijn? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk, maar het gaat om medicijnen die u op recept heeft gekregen)

- 1 Pijn- en koortswerende middelen
- 2 Medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn enz.
- 3 Versterkende middelen zoals vitaminen, mineralen, tonicum
- 4 Medicijnen voor het hart, de bloedvaten, of de bloeddruk
- 5 Plaspillen
- 6 Laxeermiddelen (voor de stoelgang)
- 7 Medicijnen voor maag- en darmklachten: spijsverteringsmiddelen
- 8 Slaap- en kalmeringsmiddelen; middelen tegen de zenuwen
- 9 Antibiotica zoals penicilline en sulfa-preparaten
- 10 Medicijnen voor de huid (bij acne, eczeem, jeuk, roos, wonden)
- 11 Medicijnen voor reuma, gewrichtspijnen enz.
- 12 Medicijnen tegen allergie
- 13 Medicijnen tegen astma
- 14 Hormonen
- 15 Medicijnen tegen suikerziekte
- 16 Medicijnen voor de ogen (zalf, druppels)
- 17 Andere medicijnen, namelijk: .....
- ..... (omschrijf)



---

De volgende vragen gaan over de gevolgen die u (eventueel) heeft ondervonden van het nieuwe systeem.

Vraag 8 Gebruikt u een anticonceptie pil ("de pil")?  
(alleen voor vrouwen)

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Niet van toepassing

Vraag 9 Heeft u sinds 1 juli 1991 voor medicijnen op recept van huisarts, specialist of teandarts, of de pil, moeten bijbetalen?

- 1 Ja
- 2 Nee

(Indien nee, gaat u verder met vraag 14 op de volgende pagina)

Vraag 10 Was u, voordat u de medicijnen bij de apotheek afhaalde, ervan op de hoogte dat u voor het geneesmiddel moest bijbetalen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Ja, ik wist het al voordat ik naar de huisarts/specialist ging
- 2 Ja, ik las het in de wachtkamer bij de huisarts/specialist
- 3 Ja, de huisarts/specialist bracht het ter sprake
- 4 Ja, ik heb het zelf bij de huisarts/specialist ter sprake gebracht
- 5 Nee, ik vernam dat pas in de apotheek

Vraag 11 Indien u in de apotheek van de bijbetaling vernam, was dit vóórdat het recept werd bereid?

- 1 Ja
- 2 Nee
- 3 Niet van toepassing

Vraag 12 Wat is de reden waarom u heeft bijbetaald? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Volgens de arts is er voor mij geen goed alternatief
- 2 De arts raadde mij aan het duurdere middel te blijven gebruiken
- 3 Ik koos zelf om het duurdere middel te blijven gebruiken
- 4 Ik had geen zin in een discussie met de arts
- 5 Geen reden/het kwam als een verrassing

Vraag 13 Hoeveel heeft u sinds 1 juli in totaal bijbetaald .....  
..... (bedrag)





---

Vraag 14 Heeft u na 1 juli andere medicijnen gekregen dan voor die tijd omdat u anders moest bijbetalen?

- 1 Ja, op initiatief van de huisarts/specialist
- 2 Ja, op eigen initiatief
- 3 Nee

(Indien nee, gaat u verder met vraag 20)

Vraag 15 Indien u andere medicijnen heeft gekregen, bent u over bijwerking of gevaren van gebruik geïnformeerd?

- 1 Ja, door de huisarts/specialist
- 2 Ja, in de apotheek
- 3 Nee, maar ik las het in de bijsluiter
- 4 Nee

Vraag 16 Vindt u die nieuwe medicijnen evengoed als de oude (zelfde werking/zelfde bijwerking)

- 1 Ja
- 2 Nee

Vraag 17 Zo nee, wat mankeert er aan .....  
..... (omschrijf)

Vraag 18 Indien u van de nieuwe medicijnen problemen ondervond, bent u overgestapt op een ander middel? (één antwoord omcirkelen alstublieft)

- 1 Ja, dat wat ik voorheen gebruikte
- 2 Ja, weer een ander middel zonder bijbetaling
- 3 Nee, ik ben het blijven gebruiken
- 4 Nee, ik ben met het medicijn gestopt
- 5 Niet van toepassing/geen problemen

Vraag 19 Indien u uw oude geneesmiddel weer zonder bijbetaling zou kunnen verkrijgen, zou u het dan weer gaan gebruiken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- 1 Ja, het oude geneesmiddel werkt beter
- 2 Ja, het oude geneesmiddel heeft minder bijwerkingen
- 3 Nee, het nieuwe geneesmiddel werkt minstens net zo goed
- 4 Nee, het nieuwe geneesmiddel heeft minder bijwerkingen
- 5 Weet niet

Vraag 20 Biedt uw ziekenfonds/ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid om de eigen bijbetaling te verzekeren?

- 1 Ja, ..... (naam verzekering/ziekenfonds)
- 2 Nee
- 3 Onbekend

Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking!



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.<sup>1</sup> 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 gecijferd dat vijf van de zes nieuwe medicijnen niets of heel weinig toevoegen aan bestaande medicijnen.<sup>2</sup>

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 selecte 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%.)

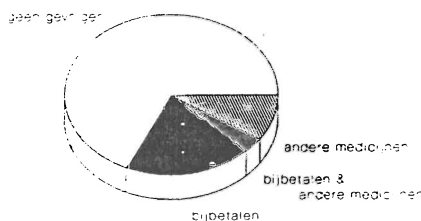
De werving van leden voor het panel is gecombineerd met de enquête over het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Van de ongeveer 10.000 aangeschreven personen toonden er 1.950 zich bereid om in het panel zitting te nemen. Het panel is zo opgezet dat het op belangrijke punten representatief is; dit geldt 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	
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	
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.<sup>3</sup>

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.

ok 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. Het is ook zo: vooral mensen met meerdere chronische aandoeningen zijn eerder dan de anderen overgestapt op nieuwe medicijnen.<sup>4</sup>

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) moeten bijbetalen dan patiënten met hogere inkomens. Dit bleek echter niet het geval te zijn.<sup>5</sup> Tenslotte bleek er wel een verschil naar leeftijd: jongere patiënten betalen vaker bij hun oudere patiënten,<sup>6</sup> 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 leiding genoemde belangrijke voorwaarden is niet voldaan:

Werkende dankzij het verschijnen van de GVS-lijsten, hebben patiënten onvoldoende zicht 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 verschillen van de verschillende middelen te vergelijken en elkaar af te wegen. De voorlichting aan de individuele patiënt heeft niet voldoende gewild te wensen overgelaten – iets wat artsen zich zouden moeten aantrekken. Vijf maanden na invoering is 10% van de medicijngebruikers geconfronteerd met bijbetalingen.

Van de tweede beoordelen niet alle commenten 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 menen de bijbetaling dan maar voor te moeten nemen. 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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 therapeutical potential. Washington; FDA, 1989.
3. Het kan natuurlijk zijn dat aan de nieuwe geneesmiddelen geen andere bijwerking en of gevaren zijn verboden 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.





## Medicijngebruikers maken extra kosten

**Utrecht - Het Geneesmiddelen vergoedingssysteem heeft geleid tot meer eigen bijdragen voor de gebruikers van medicijnen. Aldus worden de stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening deels verhaald op de beurs van de burger. Bovendien blijken niet alle patiënten en ook niet alle artsen van mening dat voor bepaalde dure medicijnen gelijkwaardige goedkopere alternatieven zijn. Dit zijn enige resultaten uit een landelijk onderzoek van de Consumentenbond en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel).**

### *Het geneesmiddelen vergoedingssysteem*

Vorig jaar is voor ziekenfondsverzekerden en een deel van de particulier verzekerden (standaard pakket polis) een nieuw systeem voor de vergoeding van geneesmiddelen ingevoerd. Hierbij worden medicijnen ingedeeld in -volgens WVC- gelijkwaardige groepen. Voor elk middel uit dezelfde groep betaalt het ziekenfonds niet meer dan een bepaald bedrag. Voor goedkopere medicijnen maakt het niets uit. Voor duurdere medicijnen moet de consument het verschil zelf bijbetalen of in overleg met de arts overstappen op een gelijkwaardig maar goedkoper geneesmiddel. De overheid rekende erop dat de producenten de prijzen van hun geneesmiddelen zouden aanpassen aan het vastgestelde bedrag om hun positie op de markt zeker te stellen. Op deze wijze zou niemand hoeven bijbetalen en de kostenstijging voor geneesmiddelen zou worden afgeremd.

### *Gevolgen voor de consument*

Uit een inventarisatie van het consumentenpanel gezondheidszorg bleek eind vorig jaar dat een deel van de medicijngebruikers (22%) voor hun medicijnen heeft moeten bijbetalen. In de periode juli-december 1991 was dit gemiddeld f 50,-. Er

waren echter ook uitschieters van meer dan f 500,-. Maar waarom zouden consumenten bijbetalen als er ook gelijkwaardige en goedkopere medicijnen zijn? Een kwart van de bijbetalers koos zelf voor het duurdere medicijn (dit betrof heel vaak 'de pil'); voor een 20% zag de arts geen goed alternatief of raadde aan het duurdere middel te blijven gebruiken. Voor het merendeel van de patiënten kwam de bijbetaling echter als een grote verrassing. De voorlichting aan deze groep is dus ernstig tekort geschoten.

Ook zijn patiënten overgestapt op nieuwe medicijnen om bijbetaling te voorkomen. Dit betrof 13% van de medicijngebruikers waarvoor het nieuwe systeem vorig jaar gold. Meestal gebeurde dit op aanraden van de arts, soms moest de consument hiertoe zelf het initiatief nemen. De helft van degene die zijn overgestapt, is tevreden met het nieuwe medicijn. Ontevreden is 27% : als hun oude medicijn weer zonder bijbetaling beschikbaar was zouden ze dit liever hebben.

Kortom: niet alle prijzen waren eind vorig jaar aangepast zodat eigen bijdragen van de consument nodig waren. Bovendien vinden niet alle artsen medicijnen die behoren tot dezelfde groep gelijkwaardig. En consumenten beoordelen niet alle gelijkwaardige medicijnen even positief.

### *Consumentenpanel gezondheidszorg*

De gegevens zijn afkomstig van het consumentenpanel gezondheidszorg. Met subsidie van het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur is dit panel door de Consumentenbond en het Nivel opgezet. Het panel bestaat uit een vaste groep van consumenten die in kritische zin de dienstverlening van (onder andere) de gezondheidszorg beoordeelt. Hiermee kunnen de verantwoordelijke instanties rekening houden met het oordeel van de consument over de kwaliteit van de gezondheidszorg.

