

Plaatsing van bijdragen in de rubriek 'Brieven' houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten. Om dit te voorkomen worden schrijvers verzocht zich in hun ingezonden brieven tot hoofdzaken te beperken.

Medisch Contact nr. 45 // 06.11.1992 // p. 1309

GVS: GEVOLGEN VOOR DE PATIËNT (1)



Onvolledig, tegenstrijdig en ongenuan-  
ceerd

Het artikel 'Geneesmiddelenvergoedings-systeem: gevolgen voor de patiënt' door J. J. Kerssens van het Nivel (MC nr. 36/1992, blz. 1028) munt uit door onvolledigheid, tegenstrijdigheid en ongenuanceerdheid. De Consumentenbond baseert helaas haar publikatie van september 1992 zonder enig voorbehoud op Kerssens resultaten. Daardoor houdt de bond zijn 600.000 leden een onjuist beeld voor. Jammer.

Mijn oordeel richt zich niet op het inventariserende gedeelte van het onderzoek, dat het Nivel in opdracht van de Consumentenbond heeft verricht. Wel had de desbetreffende onderzoeker minstens kunnen bedenken dat als van 10.000 aangeschreven personen er uiteindelijk 1.415 (= 14,5%) 'slechts' de vragenlijst invullen, dat het dan waarschijnlijk om een gemotiveerde groep moet gaan. Het panel kan zeker niet representatief worden genoemd. Consumenten die weinig geneesmiddelen gebruiken of vanwege hun inkomen (verzekeringpremies), of die zich nauwelijks bekommeren over de prijsveranderingen, zullen meestal geen moeite nemen om aan een dergelijk panel hun medewerking te verlenen.

Ook verzuimt de onderzoeker na te gaan in hoeverre er sprake is van een afspiegeling van de bevolking. Maakt een voldoende representatief aantal grootgebruikers van medicijnen - zoals ouderen en chronisch zieken - van dit panel deel uit? De onder-  
vraagde personen zijn dus zeker geen afspiegeling van de samenleving, want deze groep is niet aselekt. De conclusie uit een dergelijk onderzoek moeten dan ook met grote zorgvuldigheid worden getrokken; deze conclusies vertekenen dus de werkelijkheid.

In zijn conclusie en beschouwing blijft Kerssens onvolledig. Hij probeert zijn gevonden resultaten niet te verbinden aan de voortdurende protesten van allerlei patiëntengroeperingen aan de staatssecretaris over het GVS. Juist de chronisch zieken lijken het meest getroffen door eventuele bijbetalingen; in dat geval had hij eens contact kunnen zoeken met de Addison-, Astma-, Epilepsie-, Migraine- of Diabetesvereniging om te ervaren dat enige chronisch zieken tot f 250,- per maand aan eigen bijdragen betalen. Zelfs het onlangs verschenen artikel van Van Luijn over de eigen bijdrage voor geneesmiddelen (MC

nr. 29-30/1992, blz. 889) wordt nergens geciteerd. Ongenuanceerd en tegenstrijdig is J. Kerssens in zijn conclusies.

De opening en het slot van het artikel zijn tegenstrijdig. Opent hij zijn artikel door te zeggen, dat de extra uitgaven voor de geneesmiddelen vooral te wijten zijn aan de industriële politiek. In zijn conclusie daarentegen is hij het echter eens met H. van Gerven (MC nr. 20/1991, blz. 621) dat het GVS de patiënt verantwoordelijk maakt voor de geneesmiddelenprijsstijging. De ongenuanceerdheid van Van Gerven werd reeds eerder door mij aan de kaak gesteld (zie 'GVS-paradox: kwaliteitstoename bij lagere kosten'; MC nr. 13/1991, blz. 408). Tenslotte lijkt de onderzoeker weinig kennis van de medicijnenmarkt te hebben, hetgeen niet alleen naar voren komt uit het voorgaande, maar ook uit de literatuurlijst bij zijn artikel. Jammer, dat Medisch Contact dergelijk onvolledig, tegenstrijdig en ongenuanceerd onderzoek zonder meer publiceert. De redactie had de auteur toch minstens kunnen informeren over bovengenoemde MC-artikelen?

Nijmegen, oktober 1992  
L. van der Hoeven



GVS: GEVOLGEN VOOR DE PATIËNT (2)

Naar aanleiding van het artikel van J. J. Kerssens over het GVS en de gevolgen voor de patiënt (MC nr. 36/1992, blz. 1028) hebben wij in onze apotheek onderzocht hoeveel er moest worden bijbetaald in dezelfde periode (juli t/m december 1991).

Wij kwamen tot een aanzienlijk lager percentage. Bij ons moest voor 1,15% van de voorschriften worden bijbetaald door ziekenfondspatiënten. De particulieren zijn buiten beschouwing gelaten, omdat voor de meeste particulieren het GVS pas per 1 januari 1992 inging (behalve voor de houders van een standaard-pakketpolis). Het gemiddelde bijbetaalde bedrag was f 9,33 per voorschrift.

Gemiddeld kreeg een ziekenfondspatiënt 3,3 voorschriften in deze periode, dus maximaal  $1,15 \times 3,3 = 3,8\%$  van de ziekenfondspatiënten die geneesmiddelen kregen voorgeschreven, werd geconfronteerd met

bijbetalen (maximaal, omdat naar alle waarschijnlijkheid één patiënt meer dan één voorschrift heeft gehad waarvoor moest worden bijbetaald, immers geneesmiddelen mogen maar voor drie maanden worden afgeleverd). Veel lager dus dan de 22% die in het artikel wordt genoemd!

De vraag is waar dit grote verschil vandaan komt. Het zou natuurlijk het gevolg kunnen zijn van ons goedlopende FTO, in combinatie met het ver doorgevoerde substitutiebeleid van de apotheek. Echter, het verschil met de bevindingen van Kerssens lijkt ons te groot om het hiermee te kunnen verklaren.

We hebben de indruk dat het 'm zit in de onderzoeksmethode. De 10.000 aangeschreven personen zijn dan wel aselekt gekozen, maar de 1.950 mensen die hebben gereageerd op het verzoek om mee te werken aan een enquête over het GVS waren wellicht juist die mensen die hier negatieve ervaringen mee hadden.

Kortom, naar onze mening geeft dit onderzoek een onjuist beeld van de situatie.

Amsterdam, oktober 1992

A. K. Brand, huisarts,  
H. A. M. van der Velde, apotheker,  
Gezondheidscentrum Reigersbos

Naschrift

De heer Van der Hoeven vindt mijn artikel, over de gevolgen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor de patiënt, onvolledig, tegenstrijdig en ongenuanceerd. Waar is zijn oordeel op gebaseerd?

Het artikel zou ongenuanceerd zijn omdat het Van Gervens stellingname ondersteunt. Maar die ondersteuning wordt gedragen door feiten; een deel van de medicijngebruikers is geconfronteerd met negatieve gevolgen van het GVS. En wat je verder ook van Van Gerven vindt, in dit opzicht hebben de feiten hem gelijk gegeven.

Voorts zou het artikel tegenstrijdig zijn omdat erin gesteld wordt dat, volgens de overheid, de farmaceutische industrie verantwoordelijk is voor de steeds stijgende kosten van de geneesmiddelenvoorziening, terwijl dezelfde overheid met het GVS de patiënt verantwoordelijk maakt voor de kostenbeheersing. Maar er is geen logische tegenstrijdigheid tussen zijn en maken. De uitspraak geeft de inconsistentie weer tussen het gewenste doel (kostenbeheersing door prijsverlaging) en het gekozen middel (vermijdbare bijbetaling).

Tenslotte zou het artikel onvolledig zijn, omdat geen aandacht is besteed aan degenen die het meest lijken te zijn getroffen door eventuele bijbetalingen: chronisch zieken. Maar het doel van het beschreven onderzoek is niet de gevolgen van het GVS voor chronisch zieken in kaart te brengen; integendeel, het gaat juist om de gevolgen voor de doorsnee medicijngebruiker. En bij doorsnee medicijngebruikers zijn de chronisch zieken (wier problemen natuurlijk ook serieus genomen dienen te worden) gelukkig in de minderheid.

Het punt van de doorsnede brengt mij op de veronderstelde vertekening van de onderzoeksresultaten, waar ook de dames Brand en Van der Velde op ingaan. Hun calculatie resulteert in 4% bijbetalende ziekenfondsverzekerden (en niet bijbetalende *medicijngebruikers*, want het produkt van bijbetalen per voorschrift en voorschrift per ziekenfondsverzekerde vormt de grootheid bijbetalen per ziekenfondsverzekerde). Die 4% moet je dan vergelijken met 13% bijbetalende ziekenfondsverzekerden in het Consumentenpanel. Daarbij in ogenschouw nemend dat er grote verschillen bestaan tussen huisartsen in het voorschrijven – sommigen schrijven wel vijf tot zes keer zo veel voor dan anderen – zou het aangetroffen verschil best het gevolg kunnen zijn van een goedlopende FTO en een ver doorgevoerd substitutiebeleid.

Ik vermeldde in het gekritiseerde artikel reeds, dat het Consumentenpanel zodanig is opgezet dat het onder meer representatief is voor inkomen, ziektekostenverzekering en de prevalentie van bepaalde (24 nader genoemde) chronische ziekten. Daar kan ik aan toevoegen dat dit ook geldt voor leeftijd, gezinssituatie, opleiding en ervaren gezondheid, al kwamen deze kenmerken nog niet aan de orde.

Ik ben mij terdege bewust van het feit dat de representativiteit van een panel veel aandacht behoeft, omdat praktisch nooit iedereen die wordt gevraagd ook wil meewerken. Dit neemt niet weg dat een panel een betrouwbare bron van informatie kan zijn. De afgelopen twintig jaar heeft een grote groei gekend van dergelijke panels (Kasprzyk et al., eds., Panel Surveys, New York: Wiley & Sons, 1989). Vooralsnog zie ik geen reden om een vertekening van de onderzoeksresultaten te veronderstellen, al ontbreekt weliswaar een volledige garantie.

Utrecht, oktober 1992  
J. J. Kerssens

## VERWIJLSKAARTEN

Het artikel 'Het nieuwe verwijskaartensysteem' van Prof. Dr. D. Post in MC nr. 37/1992, blz. 1059, heeft ons pijnlijk duidelijk gemaakt dat we een jaar lang met de illu-

sie hebben geleefd een instrument in handen te hebben waarmee we het onnodig gebruik van tweedelijns voorzieningen konden beperken. Vooral voor huisartsen die niet 'het hoofd in de schoot' hebben gelegd, maar geduldig aan de patiënten 'op de stoep' en de collegae specialisten zijn blijven uitleggen dat een verzoek om een aanvullende kaart schriftelijk dient te worden onderbouwd, is de informatie van Post over het geringe verschil in waarde tussen de 'korte' en de 'lange' kaart ontvullend. Deze gegevens hadden van aanvang af bekend moeten zijn!

Wij zijn het met Post eens, dat de aanvullende kaart moet verdwijnen en de korte kaart een advieskaart moet worden, zoals al in 1978 door Leerling is voorgesteld. Verder hebben naar ons idee de ziekenfondsen de taak hun verzekerden erop te wijzen dat ze zich niet met ongemotiveerde verzoeken om (vervolg)verwijskaarten op pad moeten laten sturen, bijvoorbeeld door de verwijskaarten te voorzien van patiëntinformatie over de werking van het systeem.

Amsterdam, oktober 1992  
Gerrit Salemink  
Hetty Wemekamp

## WELVAART EN CARITAS

Bijgaand de tekst van een brief die ik onlangs ontving en het antwoord dat ik daarop verzond:

Geachte heer Van Soest,  
Uw brief met acceptgiro d.d. 04.09.1992 heb ik ontvangen.

Ik ben zeer geraakt door de afschuwelijke toestanden die zich in landen als Joegoslavië en Somalië afspelen. Ik heb grote bewondering voor de acties die u onderneemt. Tot mijn spijt leiden de overheidsmaatregelen tot geregelde tariefsdalingen en dus inkomensdalingen van de specialisten, binnenkort mogelijk zelfs 10%. Tot mijn grote spijt zal ik voorlopig dus niet aan uw actie deelnemen. Zodra de overheid weer bereid is redelijke inkomens te verstrekken, zal ik gaarne deelnemen aan acties zoals de uwe.

Veel succes toegewenst,

Geachte heer,  
Uw brief van 15 september heeft mij met stomheid geslagen en uit het feit dat hij vier weken onbeantwoord is blijven liggen, kunt u al afleiden hoeveel moeite het heeft gekost om de juiste woorden te vinden voor een reactie.

Begrijpt u mij goed: wij benaderen honderdduizenden mensen om hen te attenderen op de noden in de wereld, van de oorlog in het voormalig Joegoslavië tot de hongersnood in Somalië. Wie besluit om niet daarop te reageren, hoeft zich tegenover

ons niet te verantwoorden. Er zijn talloze eerbare motieven om af te zien van een bijdrage op dit moment, via deze organisatie, voor dit bepaalde doel. Toch zijn er velen die ons schrijven. De een heeft jarenlang het programma voor kinderen in de derde wereld gesteund, maar moet helaas hiermee stoppen omdat hij naar een bejaardenhuis gaat en dan vrijwel niets meer overhoudt van zijn AOW. Een ander kan deze keer niet geven, omdat ongelukkige omstandigheden haar in de bijstand hebben gebracht en dat is met een aantal kleine kinderen geen vetpot; maar – voegt ze er aan toe – zodra het weer wat beter gaat, mogen die arme drommels in Somalië weer op haar hulp rekenen.

Twee voorbeelden slechts uit een dikke stapel. Maar ik heb nog niet meegemaakt, dat iemand weigert nú in acute nood te helpen, omdat hij mogelijk in de toekomst enige inkomenssteruggang moet vrezén. Nog afgezien van het feit dat een rijk versierde taart met misschien een kers minder erop niet mag worden gesteld naast een kom maïsapp uit een gaarkeuken of een korst brood uit een vuilnisbak.

Kortom, tegenover ons hoeft u zich niet te verontschuldigen voor het feit dat u niet geeft. Maar tegenover uw eigen geweten moet u zich toch een beetje generen voor het excuus dat u hier heeft gebruikt?

U behoort tot een van de hoogst opgeleide en meest welgestelde beroepsgroepen van Nederland; dat zou uw brief extra schrijnend maken, ware het niet, dat wij in ons werk dagelijks meer doordrongen worden van de relatieve betekenis van het begrip 'welvaart'. Er zijn mensen die onder buitengewoon armoedige omstandigheden geloof in de toekomst houden, die in diepe ellende hun menselijke waardigheid bewaren. Geld is belangrijk, ook voor hen, maar spreekt gelukkig niet het laatste woord.

's-Hertogenbosch, oktober 1992  
J. J. van Soest, directeur Mensen in Nood/  
Caritas Neerlandica

## Olma-fractiewaarde

De Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen U.A. (Olma) sluit verzekeringen in de vorm van fractieverzekeringen en in de vorm van guldensverzekeringen. Voor de fractieverzekeringen wordt eens per kwartaal een fractiewaarde vastgesteld. De fractiewaarde wordt berekend conform de artikelen 23 en 24 van de statuten en op basis van de beurskoersen ultimo laatstverstreken kalenderkwartaal. Voor het 4e kwartaal 1992 bedraagt deze fractiewaarde f 2,11.