

Marktwerving

• A. van Zijl

“De farmaceutische bedrijfskolom in Nederland is oligopolistisch van structuur, gekoppeld aan een onderontwikkelde vraagzijde van de markt”, aldus een citaat uit het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie. Het gevolg is dat in het rapport een lawine van voorstellen en mogelijkheden wordt opgesomd die daar een eind aan moeten maken. Het Hoofdbestuur is doende een diepgaand commentaar op te stellen op voornoemd rapport en dan met eigen voorstellen te komen waarmee de politiek verder kan en de apotheker in Nederland zijn ‘zorgfunctie’ optimaal kan uitvoeren met een goede prijs/prestatieverhouding. In onderstaande zal ik alleen ingaan op de kapstok van het rapport; het sleutelwoord: ‘marktwerving’.

Marktwerving is een fenomeen dat in de bedrijfskolom goed bekend is. Er is marktwerving tussen de specialitéfabrikanten onderling, specialitéfabrikanten versus leveranciers van generieke middelen, leveranciers van generieke middelen onderling, groothandels onderling en volgesorteerd versus parallel, rugzakkers enz. Kennelijk niet voldoende of niet effectief?

Marktwerving houdt marktprijsvorming in, die tot stand komt via vraag en aanbod, maar de gezondheidszorg in Nederland is in die zin geen markt. Cliënten zijn vrij in hun aankoop, patiënten bevinden zich daarin in een afhankelijke positie; in de gezondheidszorg wordt – in het gunstigste geval in overleg met de betrokkenen – bepaald wat ‘het beste’ is. De vraagzijde moet dientengevolge op een andere manier totstandkomen, want de individuele patiënt wil datgene wat is voorgeschreven, want (...) en dan volgt er een vloedgolf van argumenten die meestal inhouden dat men niet voor niets verzekerd is en premie betaalt.

Als de patiënten het individueel niet teweeg kunnen brengen, wie dan wel? Een groepering namens hen? Landelijk Patiënten- en Consumenten Platform, Consumentenbond of Zorgverzekeraar?

Deze groeperingen zouden de deskundigheid van de apotheker kunnen aangrijpen om dit te effectueren en een algemeen substitutierecht te laten invoeren. De apotheker kan dan afgerekend worden op dat onderdeel van zijn verantwoordelijkheid, in casu zijn substitutiegraad. De cijfers wijzen uit dat met name sinds de introductie van de ‘stimulans’ de groei van de substitutiegraad toenam, maar stagneerde toen specialitéfabrikanten te veel pijn begonnen te lijden; de parallelimport kent eenzelfde verloop. De margeconcurrentie eist haar tol. Ik citeer dr. P. de Wolf (Elsevier 9 april 1994;50/14:24): “een generieke omzet van 920 miljoen gulden in 1996 zou haalbaar kunnen zijn; het omzetaandeel generieke geneesmiddelen, nu 18%, zou dan op 25% uitkomen”.

Druk vanuit het veld – maar ook van dezelfde overheid die, evenals de KNMP, prijsconcurrentie wil – kan faciliterend werken, door simpelweg te stellen dat een voorschrift juridisch opgevat zou moeten worden als ‘een aanwijzing nopens de bereiding’. Wat bedoelen wij hiermee?

Zeker na de laatste octrooiduurverlenging – die de specialitéfabrikanten door middel van de Brusselse lobby hebben bewerkstelligd – is er geen reden meer specialités af te leveren tegen de oorspronkelijke prijsstelling, dus wordt het óf een generiek middel, óf er wordt een prijsdaling nagestreefd. De merknaam die de afgelopen jaren in de pen is gaan zitten, is dan – nog meer dan gedurende de octrooiperiode – een aanwijzing. Nemen we bijvoorbeeld Lasix[®] als aanwijzing en zeggen we dat de voorschrijver bedoelt (citaat bijsluiter): “een middel dat de water- en zoutuitscheiding via de urine bevordert en waarbij ...” enz., en de samenstelling van het middel is een tablet van 40 mg furosemide. De apotheker volgt deze aanwijzing op en levert een tablet furosemide 40 mg af. De voorschrijver heeft dan reeds zijn werk gedaan, namelijk een juiste diagnose gesteld en een passende therapie [voor de farmacotherapie na overleg met de collegae en apotheker(s)] bepaald.

Flankerend beleid is hier tevens van toepassing, want ook patiënten kunnen lezen en zijn mondig. Hier komt dan de zorgverzekeraar om de hoek kijken, door de cliënt een zogeheten generieke polis aan te bieden; premiereductie en vraagzijde zijn hierbij voor een deel geschapen.

Blijft de margeconcurrentie?

Het antwoord hierop is tweeledig:

- een reëel kostendekkend tarief voor de volledige farmaceutische hulp en een reëel maximumtarief voor verzekeraars die alleen in ‘moeilijke gevallen’ van de diensten van de huidige openbare apotheker gebruik wensen te maken;
- inzichtelijkheid in de materiaalprijsberekening vanuit de declarant.

In dit kader wil ik alleen ingaan op het onder het tweede punt gestelde, waarmee het bovenmatig genieten van B+K (bonussen en kortingen) kan worden aangepakt. Het genieten wordt daarmee beperkt tot maatschappelijk aanvaardbare B+K. De situatie ten tijde van 1988/1989, de tijd van de onderzoeken door de Economische Controle Dienst bij apothekers, willen we niet terug, maar wel een duidelijk afspraken-circuit, waarin op grond van ‘accountantsverklaringen’ afstand genomen wordt van extravagante B+K, inkopen via rugzak-groothandels en dergelijke.

Door bovenstaande maatregelen komt de apotheker weer volledig terug in het zorgveld, alwaar hij ten dienste van de volksgezondheid zijn werk naar eer en geweten kan doen en zijn salaris dienovereenkomstig kan verdienen. !!



A. van Zijl