

Wisseling medicijnproducenten nadelig voor chronisch zieken

Preferentiebeleid kent bijwerkingen

Conny Bellemakers, patiënt

Correspondentieadres:
c.bellemakers@home.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De fabrikant die het goedkoopste geneesmiddel levert, mag de apotheken bevoorraden. Met dit preferentiebeleid wil de overheid geld besparen. Maar het is onduidelijk of dat ook lukt.

De overheid roept al jaren dat de kosten van zorg de pan uit rijzen. Eén manier om daar iets aan te doen, is zorgafhankelijke burgers besef bij te brengen van wat medische hulp nu eigenlijk kost. Zo besloot minister Hoogervorst onder meer dat medicijndoosjes moesten worden voorzien van een prijs. Patiënten zouden voortaan in één oogopslag kunnen zien wat hun geneesmiddel kost. Opvolger minister Klink voerde vervolgens een preferentiebeleid in. Zorgverzekeraars verlenen voortaan de fabrikant van het goedkoopste middel gedurende een bepaalde periode het alleenrecht om dat via apotheken aan patiënten te verstrekken.

Dure patiënt

Ik ben wat in de zorgsector een dure (want complexe) patiënt heet. Ik gebruik méér dan vijf verschillende geneesmiddelen per etmaal, heb verschillende chronische aandoeningen en ben aangewezen op een veelvoud aan hulpmiddelen en zorg. Mijn interesse in de financiële aspecten van chronische zorgafhankelijkheid is niet door Hoogervorst of Klink ingegeven, maar door het

fenomeen dat burgers met chronische ziektes of handicaps tot dusver niet als volwaardige partners mee mogen/kunnen doen op de markt van zorg, wonen en welzijn.

De introductie van de prijs van het recept op het medicijndoosje beschouwde ik daarom als een grote stap voorwaarts. Het preferentiebeleid

van Klink nam ik in eerste instantie voor lief. Zelfs het omslachtige neveneffect. Want elke zondagochtend als ik mijn medicijnen uitzet voor de komende week, moet ik extra zorgvuldig checken of ik het juiste geneesmiddel in het juiste vakje van mijn plastic 'medicijnfabriek' deponeer. Ik mag geen middel verwisselen, en medicijnen met dezelfde werkzame stof zijn nu eens rond, dan weer rechthoekig, nu eens grijs en dan weer wit. En de hulpstoffen verschillen per fabrikant van samenstelling. Dit maakt het bij meerdere chronische aandoeningen moeilijk om een nieuw verschijnsel of klacht aan één bepaald medicijn toe te schrijven. Zelfs daar deed ik niet moeilijk over, tot afgelopen zomer het noodlot helaas weer toesloeg. Bijna twee maanden kampte ik met koorts en ik had nagenoeg over mijn hele lichaam huiduitslag. Na drie consulten bij de huisarts, twee bloedonderzoeken en een digitale fotosessie, diagnosticeerde een dermatoloog deze verschijnselen als een zeldzame, goedaardige huidziekte – mogelijk veroorzaakt door medicijnen.

Argwaan

Pas toen begon ik kritisch naar het voorlichtings- en preferentiebeleid te kijken. Wie heeft er oog voor wat de voortdurende wisseling van fabrikanten doet met de kwetsbare conditie van mensen met multimorbiditeit en multifarmacie? Wie registreert dit en verricht hier langdurig onderzoek naar? Wie plaatst naast het kostenplaatje van het actuele preferentiebeleid de kostenplaatjes van schadelijke medische en economische bijeffecten? Hoe komen

Hoe komt de overheid erbij dat dit beleid miljoenen bespaart?

SAMENVATTING

- Apothekers mogen alleen de goedkoopste geneesmiddelen verkopen. Daardoor komt een middel nogal eens van een andere fabrikant.
- Dit levert problemen op voor chronisch zieken. Afwijkingen leiden soms tot onverwachte reacties daarvoor weer medisch ingrijpen nodig is.
- Zorgverzekeraars moeten geld storten in een onderzoekspot, zodat kan worden uitgezocht of de opbrengst van het preferentiebeleid opweegt tegen de schade die het aanricht.

zorgverzekeraars en overheid er eigenlijk toe te stellen dat door dit beleid miljoenen worden bespaard?

Een recente ervaring maakte mijn argwaan nog groter. Toen ik onlangs naar de apotheek ging met een herhaalrecept voor sotalol, lag het middel niet klaar. De zorgverzekeraar had ondertussen weer een andere fabrikant aangewezen, en de voorraad van deze fabrikant was nog niet binnen. In de week die hierop volgde, zijn mijn PGB-hulp en ik in totaal zes uur in de weer geweest om het geneesmiddel te bemachtigen. Vergelijking van de prijzen op het nieuwe en oude etiket leerde mij dat we zes uur hadden geïnvesteerd voor een verschil in prijs van 29 eurocent voor 270 tabletten. Ik stelde vast dat wat de zorgverzekeraar aan de curekant bezuinigde met dit preferentiebeleid, ik inmiddels in veelvoud aan de carekant had uitgegeven (uurtarief PGB-hulp).

Richtprijs

Gefrustreerd schreef ik een brief aan de afdeling klachtenmanagement van mijn zorgverzekeraar. Enkele weken later kreeg ik een schriftelijke reactie: (...) *U hebt de prijs gezien op het doosje van het preferentiemiddel en bent ervan uitgegaan dat de prijs weinig verschilt van het geneesmiddel dat u eerder kreeg. De prijs die wij met de fabrikant hebben afgesproken ligt vaak lager dan de prijs die op uw doosje staat. Ik kan me dan ook voorstellen dat de prijs op het doosje bij u tot verwarring leidt.* (Brief 14 augustus 2009)

Het wordt steeds belangrijker om te checken of het juiste geneesmiddel in het juiste vakje terecht komt.


beeld: iStockphoto



Blijkbaar denkt de zorgverzekeraar dat het niet zo nauw komt wat betreft het informeren van verzekerden. Verzekerden moeten tevreden zijn met een richtprijs waarvan de oorsprong niet helder is. De kosten/nadelen daarvan – huidziekte en verplicht eigen risico betalen op basis van richtprijzen – zijn voor mij. Per brief verzocht ik mijn zorgverzekeraar dringend mij de werkelijke prijs van mijn medicijnen mee te delen. Het antwoord: (...) *Naar aanleiding van uw vraag heb ik contact opgenomen met de afdeling Zorginkoop. Zij lieten me weten dat de prijsafspraken die gemaakt zijn met leveranciers niet openbaar zijn. (...) Het voordeel is exclusief voor onze verzekerden. (...) Al onze verzekerden die gebruikmaken van preferente medicijnen zullen gecompenseerd worden. Momenteel zijn we nog aan het onderzoeken wat hiervoor technisch en administratief de beste oplossing is. (...)* (brief 20 augustus 2009)

Geoormerkte onderzoekspot

Patiënten/verzekerden worden beslist niet voor vol aangezien op de zorgmarkt. Volgens mij komen de baten van het preferentiebeleid terecht bij de zorgverzekeraar(s), de overheid en incidentele patiënten. Deze patiënten zullen te horen krijgen dat hun verplicht eigen risico (gedeeltelijk) wordt gecompenseerd. Burgers met multimorbiditeit zijn die 155 euro in ieder geval al in januari kwijt. Juist zij ervaren aan den lijve de overige kosten van het huidige financiële geneesmiddelenbeleid.

Daarom stel ik voor dat bij wijze van collectieve compensatie iedere zorgverzekeraar wordt verplicht om jaarlijks bijvoorbeeld één miljoen euro in een geoormerkte onderzoekspot te deponeren. Met dat geld moeten onafhankelijke onderzoekers vervolgens nagaan wat de effecten zijn van het preferentiebeleid. Heeft het wisselen van geneesmiddelfabrikant invloed op het optreden van nieuwe klachten, bijkomende medicijnconsumptie, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? Alleen met integrale kosten-batenanalyses vanuit patiëntperspectief kan preferentiebeleid werkelijk worden getoetst. 



Eerdere MC-artikelen over het preferentiebeleid vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.