

De farmaceutische markt in internationaal perspectief

Sicco Scherjon



Opgewaaide zandduinen in Zandvoort, september 2012

Tot veler verbazing zijn we het afgelopen jaar meermaals geconfronteerd met het gegeven dat voor de verloskunde essentiële geneesmiddelen - zeer plotseling - niet beschikbaar zijn.

Enkele maanden geleden was er geen *betamethason* (i.m.) beschikbaar voor de foetale longrijping, iets wat een aantal jaren geleden ook al eens het geval was.

Een paar weken geleden ontbrak het aan *Ketanserin* voor intravenueuze behandeling van ernstige pre-eclampsie.

Op dit moment zijn de 25 mcg *misoprostolcapsules* voor het inleiden van de bevalling, niet beschikbaar.

Opvallend daarbij is dat het geen dure of zeldzame medicamenten zijn. Het zijn weliswaar geneesmiddelen die buiten de verloskunde niet veel gebruikt worden, maar wij schrijven ze wel zeer regelmatig voor.

We zijn erg op deze medicamenten ingesteld, en dat komt de veiligheid in de behandeling van de patiënten enorm ten goede.

Alternatieven voor deze - voor velen voorkeurs - medicaties of in landelijke en regionale protocollen vastgelegde medicatie zijn er wel, maar zeer beperkt. Daar zijn echter ook wel, met name voor dexamethason, bezwaren tegen gerezen. Ten aanzien van dat laatste medicament bestaat er onzekerheid over mogelijke nadelige ontwikkelings-neurologische consequenties op de lange termijn. Het wordt de beroepsgroep, door mondiale markt-economische verhoudingen, onmogelijk gemaakt om het geneesmiddel van (eigen) voorkeur of het middel waarvan de voorkeur als zodanig in de richtlijn wordt aangegeven, te gebruiken.

We gaan weer terug naar het veel duurdere *Propess* als tweedekeus prostaglandinepreparaat, terwijl we juist aannamen dat het gebruik van dat middel minimaal zou worden. Zeker nu ook na de Probaat-studie het inleiden met een Foley-balloncatheter te verkiezen is boven *Propess*.

Niet alle ziekenhuizen hebben een protocol voor intraveneuze behandeling van een zwangere met pre-eclampsie met een ander medicament dan *Kentanerin*. Voor de niet-verloskundige patiënte met hypertensie zijn er voor de intraveneuze behandeling met *Kentanerin* overigens wel veel alternatieven voorhanden.

Te laat komen (ziekenhuis)-apothekers er achter dat een geneesmiddel niet leverbaar is. Immers, zij gaan pas bij de leverancier bestellen vlak voordat de voorraad op de afdeling is verbruikt.

Ook dan pas wordt de voorschrijver gewaarschuwd en ook dan pas kan er naar alternatieven worden gezocht.

Er is geen systeem dat maakt dat de fabrikant een waarschuwing doet uitgaan naar zijn afnemers als er een medicament dreigt niet meer geleverd te kunnen worden.

De farmacotherapeutische industrie getroost zich veel moeite bij het communiceren en in de markt zetten van een nieuw geneesmiddel. Maar bij stagnatie in de continuïteit van levering, iets wat voor de kwaliteit van de zorg van essentieel belang is, is er geen communicatie, geen waarschuwing. Hooguit incidenteel gebeurt het, vooral bij die medicatie die wordt gebruikt bij fertiliteitsbehandelingen.

Zo kan het voorkomen dat op vrijdagmiddag naarstig een vervangende behandelingsstrategie moet worden overeengekomen en een behandelingsprotocol moet worden geschreven. Op afdelingen worden veel medicamenten gegeven via protocollen en daarbij horen ook afspraken over bewaking van de patiënt: moeder en kind.

Het probleem van tekorten aan bepaalde geneesmiddelen op de wereldmarkt lijkt de laatste jaren toe te nemen. Soms wordt een geneesmiddel nog maar op één plaats in de wereld gemaakt en bij een kleinere productie, een plotselinge toename van de vraag of een afgekeurde batch, is er direct een leveringsprobleem. Soms koopt een land een hele voorraad op of verkoopt de leverancier zijn voorraad in een keer om daarmee een betere prijs te krijgen.

Bovenstaande laat zien dat de marktwerking in de geneesmiddelenindustrie niet geleid heeft tot verbreding en diversificatie - meer bedrijven die zich met een bijzonder product of productiewijze proberen te onderscheiden - maar tot onderlinge overnames en concentratie van de productie op een beperkt aantal locaties. Daardoor is de concurrentie afgenomen en zijn de afnemers veel kwetsbaarder geworden. Door deze globalisering staan de afnemers min of meer buitenspel.

Toenemende marktwerking heeft op meer gebieden geleid tot - althans voor mij - ongewenste concentratie. Zo wordt de markt van de ziektekostenverzekeringen in Nederland gedomineerd door drie à vier grote spelers. De diversiteit neemt af omdat de andere, kleinere ziektekostenverzekeraars een steeds marginalere rol spelen.

Deze grote nadelen zijn ook zichtbaar in andere organisaties met grote publieke verantwoordelijkheden. Neem de woningbouwverenigingen die zijn verworpen tot bolwerken met bestuurders die ruim boven de Balkenendenorm verdienen. Of het bankwezen, waarvan we ook nu pas de belangrijke publieke taak erkennen als beheerder van het bancaire verkeer en het aan hen toevertrouwde geld. We zijn als afnemers, doordat we onze voorkeuren niet meer voldoende kunnen aangeven, laat staan afdwingen, binnen deze gebieden enorm kwetsbaar geworden.

Om op het eerste probleem terug te komen: er moet voor geneesmiddelen toch een systeem ontwikkeld kunnen worden waarbij, als de productie dreigt te stagneren, een tijdige waarschuwing - eventueel in overleg met de andere ziekenhuizen - kan leiden tot een vroegtijdige (eventueel tijdelijke) aanpassing van onze landelijke protocollen.

Dat zou de patiënt minder kwetsbaar maken. En dat is een verantwoordelijkheid van de producenten.