

## **Opiniestuk n.a.v. Nederland betaalt de hoofdprijs / NRC Weekend, zaterdag 5 november 2011**

### **Nederland betaalt de hoofdprijs**

Prijsverschillen tussen Duitsland en Nederland voor wat betreft medische hulpmiddelen zijn voor mij niet nieuw. En als het goed is voor velen met mij, zowel instellingen als leveranciers niet. In het NRC van zaterdag 5 november zette Esther Rosenberg de feiten op een rij, helaas was er niets nieuws onder de zon.

#### **90/30 regel**

Al jaren geleden heeft onderzoek door enkele Nederlandse ziekenhuizen aangetoond dat voor de prijsverschillen tussen Nederland en Duitsland de 90/30 regel opgaat. Kortweg: 90% van de artikelen is in Duitsland gemiddeld 30% goedkoper. Uitschieters zijn vooral implantaten en die producten, waarvan de Nederlandse leveranciers beweren dat deze service behoeven. Opmerkelijk, want Duitse collega instellingen hebben kennelijk minder behoefte aan deze service. Of zou die service in Nederland wellicht opgedrongen worden door die leveranciers? Wordt het wellicht complexer voorgesteld dan het is?

#### **Wat is er werkelijk aan de hand?**

Er zijn in Nederland te veel inkoop Samenwerkingsverbanden, die elkaar ook nog eens vliegen trachten af te vangen. Dertig jaar ervaring in de zorgsector leert dat er tientallen inkoop Samenwerkingsverbanden zijn geboren en vaak ook een vroege dood zijn gestorven. Nieuwe Samenwerkingsverbanden komen nog steeds van de grond en toch.... Die 90/30 regel blijft gelden. In Nederland durven we niet door te pakken, we nemen geen besluiten, we trachten telkens opnieuw het wiel uit te vinden, we vinden onszelf vaak het beste jongetje van de klas. En vergeet niet de rol van de specialist, vakmensen die hoge eisen stellen aan de materialen en gereedschappen die zij gebruiken. En terecht, want wij als patiënt willen uitsluitend geholpen worden door de beste specialisten met de beste producten. Opmerkelijk is dan dat in de ruim 100 ziekenhuizen die Nederland rijk is er zo veel verschillende fabrikaten worden gebruikt, terwijl iedere instelling toch echt het beste met haar patiënten voor heeft. De specialist speelt een dominante rol bij de keus van producten. Het zijn vaak zelfstandig ondernemers die én het instrumentarium én de producten in ieder geval niet zelf hoeven te betalen. Daar zit dus geen enkele drive om die kosten te reduceren.

Vergeet ook niet de rol van de leveranciers, of beter gezegd: nemen. Je product en service groter voordoen dan zij werkelijk zijn. Onrust in de instellingen veroorzaken door te zeggen dat de service niet meer verleend kan worden, of naar een minimaal niveau toe gaat.

Logisch ook die beweegredenen, omdat zoals enkele leveranciers in genoemd artikel de spijker op hun kop slaan: hun organisatie is er niet op ingericht! Zij zijn een sales en marketing gedreven organisatie met eigen financiële targets. Zij hebben voor hun aandeelhouders maar twee hoofddoelstellingen: continuïteit en winstmaximalisatie. En daar is op zich niets mis mee.

#### **Een voorbeeld**

Als we in Nederland nieuwe ziekenhuisbedden aanschaffen, formeert iedere instelling telkens opnieuw een projectgroep. Die stellen programma's van eisen op en stellen vervolgens papieren tijgers op met informatie die zij van leveranciers willen hebben. Stellen productspecificaties op die soms kant noch wal raken. En eigenlijk hebben ze allemaal gewoon behoefte aan een kwalitatief goed, gebruiksvriendelijk en duurzaam product. Waarom zou het ene bed niet in het andere ziekenhuis gebruikt kunnen worden? Waarom moet hun bed net weer andere specificaties hebben dan dat van de burens?

Consequenties voor de Nederlandse leveranciers: zij moeten 100 verschillende offerteaanvragen beoordelen op soms 100 verschillende wijzen. Zij moeten 100 instellingen bezoeken, waarbij zij vaak met meer dan 4 of 5 contactpersonen bij die instelling te maken hebben. Variërend van een

afdelingshoofd tot hygiëniste en technische dienst. En ieder bezoek dat zij brengen kost die leverancier minimaal € 250, terwijl in het geval van bedden er vaak wel 10 of meer bezoeken moeten volgen voordat duidelijk is of je de order krijgt.

In Duitsland gaat dat net even anders. Daar spreekt een zo'n projectgroep namens tientallen ziekenhuizen, dat kost dus aanmerkelijk minder bezoeken, offertes, proefopstellingen en ga zo maar door. Gek dus dat die prijzen net even anders liggen?

### **De oplossing/de toekomst**

Ik heb de situatie nogal zwart wit geschetst, er zijn meer kleurschakeringen. Maar mijn punt is duidelijk. Instellingen moeten allereerst als bedrijven gaan opereren. Emotie is mooi, maar ratio moet leidend zijn. Zij zullen moeten samenwerken op inkoopgebied, zullen hun rug recht moeten houden. De NVZ kan en moet volgens mij hierin een leidende rol nemen. De rol van de specialist moet vooral de rol van vakman zijn, met eisen die hij vanuit zijn expertise mag en moet stellen aan apparatuur, producten en service. De rol van de instelling is om die eisen te toetsen op wenselijkheid, redelijkheid en billijkheid. Maar bovenal ook de vraag: moeten we dat nu ook in onze instelling uitvoeren? Vervolgens benader je leveranciers en kies die partij die dit het beste in kan vullen. En als dat een buitenlandse leverancier is, dan moet de keus daar op vallen. En problemen dan als taal en service? Larienkoek! Kijk naar alles om u heen waar u als consument mee te maken heeft. Veelal in het buitenland gefabriceerd en in Nederland door een dealerorganisatie verkocht met fabrieksgarantie en service en begeleiding als dat nodig is.

En de Nederlandse leveranciers? Ja, die moeten hun verkooporganisatie aanpassen, afspraken moeten maken binnen hun moedermaatschappij. Allemaal geen rocket science, kijk gewoon hoe autofabrikanten dat doen, Doe je dat niet, ook goed. Een concurrent ligt op de loer en trekt dan aan het langste eind. En de instellingen, als we zo door gaan, dragen we wat dit betreft niet echt bij aan het beperken van de kosten van de gezondheidszorg.

Kars Sterenborg  
Directeur  
Smeets'adviesgroep