

B. W. van der Grinten
16-1-87

DE NEDERLANDSE GENEESMIDDELENMARKT IN OBSERVATIE:
onderzoek, diagnose en voor te schrijven medicijn

DE NEDERLANDSE GENEESMIDDELENMARKT IN OBSERVATIE:
onderzoek, diagnose en voor te schrijven medicijn

Drs. A.F. Mantel (eindredacteur)
Prof.dr.ir. B. Wierenga (projektleider)
Drs. P. de Wolf
Prof.dr. C.P. Veerman

met medewerking van
mw. drs. S.J.T. Jong
drs. J.C. Groen

Wetenschappelijk onderzoek, verricht in opdracht van het
Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

januari 1987

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Nederlandse

De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie :
onderzoek, diagnose en voor te schrijven medicijn /
A.F. Mantel (red.) ... [et al.]. - Delft : Eburon. - Ill.
ISBN 90-70879-64-6
SISO 612.8 UDC 615.2(492) NUGI 731
Trefw.: geneesmiddelen ; Nederland.

© 1987 Mantel/Wierenga/de Wolf/Veerman

Uitgeverij Eburon
Postbus 2678
2601 CW Delft

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, micro-film or any other means without prior permission of the publisher.

ISBN 90-70879-64-6

<u>Paragraaf III.2</u> Marktgedrag (op basis van openbare bronnen)	97
III.2.1 Inleiding	97
III.2.2 Marketingkosten en -instrumenten van de innoverende industrie	98
III.2.3 Marketing-strategie t.a.v. nieuwe producten	108
III.2.4 De rol van de industriële eigendom	112
III.2.5 Regulering van promotie-activiteiten	116
<u>Paragraaf III.3</u> Empirische analyse m.b.t. structuur en werking van de markt met behulp van IMS-gegevens	118
III.3.1 Gegevensverzameling	118
III.3.2 Onderzoeksresultaten op basis van IMS-data	121
III.3.2.1 Deelmarktombang en -groei	121
III.3.2.2 Concentratie en concurrentie binnen deelmarkten	125
III.3.2.3 Innovatie	141
III.3.2.4 De positie van parallel-import en loco's	156
III.3.2.5 Prijsconcurrentie	180
III.3.2.6 Beleids-effecten	187
III.3.2.7 Bepalingen van de groothandelsmarge	199
<u>Paragraaf III.4</u> Empirische analyse m.b.t. structuur en werking van de markt op basis van ziekenfondsgegevens	202
III.4.1 Onderzoeksmethode	202
III.4.2 Samenvatting resultaten	208
III.4.2.1 Kosten-ontwikkeling	209
III.4.2.2 Marktconcentratie en -verdeling	209
III.4.2.3 Prijsstijgingen	210
III.4.2.4 Volume-veranderingen	211
III.4.2.5 Positie loco-preparaten	212
III.4.2.6 Positie parallel-ingevoerde specialité's	213
III.4.2.7 Prijsconcurrentie	214
III.4.2.8 Beleids-effecten	216
III.4.3 Kosten-effecten ten gevolge van verschuivingen in het gebruik	217

Hoofdstuk IV : EMPIRISCHE ANALYSE MET BETREKKING TOT DE ROL VAN DE APOTHEKER IN DE GENEESMIDDELENVORZIENING	224
<u>Paragraaf IV.1</u> Inleiding	224
<u>Paragraaf IV.2</u> Opzet en uitvoering van de enquête	226
<u>Paragraaf IV.3</u> Representativiteit van de enquête- steekproef	227
<u>Paragraaf IV.4</u> Belangrijkste resultaten van de apothekers- enquête	230
IV.4.1 Antwoorden op de categorie "algemene vragen"	230
IV.4.2 Farmacotherapie-overleg	232
IV.4.3 Inkoopbeleid	237
IV.4.4 Marktpositie en perceptie van loco-preparaten	247
IV.4.5 Marktpositie en perceptie van parallel-geïmpor- teerde specialité's	250
IV.4.6 Substitutie	253
IV.4.7 Oordeel met betrekking tot een aantal aspecten van de geneesmiddelenvoorziening	259
Hoofdstuk V : EMPIRISCHE ANALYSE MET BETREKKING TOT HET VOOR- SCHRIJFGEDRAG VAN DE HUISARTS	265
<u>Paragraaf V.1</u> Literatuuronderzoek	266
<u>Paragraaf V.2</u> Probleemstelling	271
V.2.1 Het beslissingsmodel van Engel & Blackwell	272
V.2.1.1 De informatie-verwerking	277
<u>Paragraaf V.3</u> De opzet en uitvoering van het veldonderzoek	279
<u>Paragraaf V.4</u> De resultaten van het veldonderzoek	283
V.4.1 Fase 1: probleemverkenning	283
V.4.2 Fase 2: het zoeken	283
V.4.2.1 Het externe zoeken	288

V.4.2.2	Conclusie	292
V.4.3	Fase 3: de evaluatie-criteria	293
V.4.3.1	Inleiding	293
V.4.3.2	De perceptie van geneesmiddelen	294
V.4.3.3	Het resultaat uit MDSCAL	295
V.4.3.4	De resultaten uit PROFIT en faktor-analyse	298
V.4.3.5	De resultaten uit de hiërarchische cluster-analyse	308
V.4.3.6	Samenvatting en conclusies	311
V.4.3.7	Get resultaat uit het conjunct meten	312
V.4.3.7.1	Inleiding	312
V.4.3.7.2	Het principe van de techniek van het conjunct meten	313
V.4.3.7.3	De data-verzameling	315
V.4.3.7.4	Een interpretatie-voorbeeld van de door MONANOVA berekende uitkomsten	317
V.4.3.7.5	Analyse van de bijdrage tot voorschrift-geneigdheid van de attributen produkt-soort, bijwerking, effectiviteit en prijs, gemeten m.b.v. de conjuncte meettechniek.	320
V.4.3.7.6	Analyse van de samenhang tussen de individuele preferenties en de praktijk- en/of persoonlijke kenmerken van de arts.	332
V.4.4	Fase 4: de keuze	338
V.4.4.1	Inleiding	338
V.4.4.2	Het resultaat uit de vragen m.b.t. loco's	338
V.4.5	fase 5: het resultaat	342
<u>Paragraaf V.5</u>	Invloedsfactoren uit de sociale omgeving	343
<u>Paragraaf V.6</u>	Samenvatting en eindconclusie	345
Hoofdstuk VI : DE INTERNATIONALE OMGEVING VAN DE NEDERLANDSE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE		
		349
<u>Paragraaf VI.1</u>	Internationale handel	350
<u>Paragraaf VI.2</u>	Bedrijfstak-gedragcode	352

<u>Paragraaf VI.3</u>	Internationale prijsverschillen	353
<u>Paragraaf VI.4</u>	Prijs/kosten beleid in de landen van de Europese Gemeenschap	362

OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

1. Brief met projekt-omschrijving
2. ATC classificatie geneesmiddelen
3. Groepsindeling geneesmiddelen volgens de Ziekenfondsraad
Kritiek op deze indeling
4. Research en innovatie in internationaal perspectief
5. Definitie "aflevering"
- 6a. Internationale omzet/winstcijfers van farmaceutische ondernemingen
- 6b. Omzet/winstcijfers van in Nederland gevestigde farmaceutische ondernemingen
7. Symbolenlijst markt-analyse
8. Farmaco-therapeutische eigenschappen en produkt-overzicht van de geselecteerde deelmarkten
9. Overzicht van produkten, voorkomend op het Besluit Farmaceutische Hulp Ziekenfondsverzekerden (ingaaude 01-10-1982) en behorend tot de geselecteerde deelmarkten
10. Vragenlijst apothekers-enquête
- 11a. Antwoorden apothekers-enquête
- 11b. Kruistabellen apothekers-enquête
- 12a. Resultaten prijsconcurrentie op produkt-niveau
- 12b. Resultaten prijsconcurrentie op toedieningsvorm-niveau
13. Uitgebreide beschrijving van de deelmarkten met behulp van ziekenfondsgegevens (tabellen)
14. Meetresultaten van de ziekenfondsgegevens
15. Kosten-effekten ten gevolge van verschuivingen in het gebruik
16. Vragenlijst huisarts-voorschrijfgedrag
17. Antwoorden huisarts-enquête

OVERZICHT VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ATC	Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch
CMPC	Centraal Medisch-Pharmaceutische Commissie (onderdeel van de Ziekenfondsraad)
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
IMS	Instituut voor Medische Statistiek
KLOZ	Kontakt-orgaan Landelijke Organisatie van Ziektekosten- verzekeraars
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
NEFARMA	Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie
PI	Parallel import
R&D	Research and Development
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
WHO	World Health Organization
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Z.F.	Ziekenfonds

VOORWOORD

Voor u ligt het resultaat van een analyse van de extramurale Nederlandse geneesmiddelenmarkt. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een kontrakt-research-overeenkomst tussen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Interfaculteit Bedrijfskunde van de Erasmus Universiteit.

Van de projectgroep maakten deel uit drs. A.F. Mantel (tijdelijk medewerker WVC), prof.dr. C.P. Veerman, drs. P. de Wolf en prof.dr.ir. B. Wierenga.

Wij dragen dit rapport op aan de nagedachtenis van prof.dr. H. ter Heide, die als hoogleraar aan de Interfaculteit Bedrijfskunde en als vice-voorzitter van het C.O.T.G. één van de grondleggers van dit onderzoek was.

Buiten de directe leden van de projectgroep hebben twee personen een aanzienlijke bijdrage geleverd aan onderdelen van dit onderzoek.

Dit betreft drs. J.C. Groen, die een groot aandeel had in de analyse van de ziekenfondsgegevens en drs. S.J.T. Jong, die in het kader van haar afstudeerproject het artsenonderzoek uitvoerde.

Gedurende de ruim twee jaren dat aan dit onderzoek is gewerkt, hebben we steun ondervonden van een groot aantal personen en instanties, die door ons zijn benaderd om medewerking en/of informatie. Dit betreft allereerst het ministerie zelf, waarbij met name de niet aflatende steun van drs. H.A.M. Suykerbuyk moet worden vermeld. Daarnaast heeft dit betrekking op vertegenwoordigers van organisaties in het geneesmiddelenveld, zoals NEFARMA, KNMP, Bond van Groot-handelaren, ziekenfondsen (VNZ), KLOZ, alsmede tal van vertegenwoordigers van individuele bedrijven, individuele apothekers en artsen.

Farmacologische informatie werd verkregen van de Rijks Universiteit Leiden en het Dijkzigt Ziekenhuis Rotterdam.

Het Instituut voor Medische Statistiek (IMS) leverde gegevens over de markt op fabrikantenniveau. De Stichting Overleg Limburgse Ziekenfondsen verschaftte data over geneesmiddelenverbruik door ziekenfondspatiënten.

De steekproef van adressen voor de artsenenquête werd verkregen van het NIVEL (Nederlands Instituut voor Eerstelijns Gezondheidszorg). Tweehonderd artsen en vierenzeventig apothekers waren gesprekspartners in het veldonderzoek.

Al deze personen willen wij hartelijk dank zeggen voor hun medewerking. Hierdoor heeft het onderzoek een grondige empirische basis kunnen krijgen. Ook hebben al

deze gesprekken de projektgroep ervan overtuigd dat de geneesmiddelenmarkt vanuit bedrijfskundige optiek een zeer boeiend onderwerp is.

Leeswijzer

Voor de lezer van dit rapport is wellicht de volgende toelichting nuttig.

De probleemstelling van het onderzoek wordt aangegeven in hoofdstuk I en de werkwijze wordt nader uiteengezet in hoofdstuk II.3.

Een verkenning van het probleemgebied op basis van beschikbare bronnen (literatuur) wordt aangetroffen in hoofdstuk II en de eerste onderdelen van hoofdstuk III.

De studie omvat vervolgens de analyse van de diverse schakels in het distributiekanaal van geneesmiddelen aan de hand van nieuw empirisch materiaal. Dit betreft de analyse van de schakels: fabrikant/importeur (III.3 en III.4); de apotheker (hoofdstuk IV) en de arts (hoofdstuk V). Tenslotte is een afzonderlijk hoofdstuk (VI) gewijd aan de internationale omgeving van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt. De hoofdstukken die op de afzonderlijke deelstudies betrekking hebben zijn door verschillende auteurs geschreven, zodat de lezer verschillen in stijl zal opmerken. Daarnaast is er soms sprake van enige herhaling, bijv. met betrekking tot gekozen deelmarkten, etc. Wij hebben gemeend dit zo te moeten laten om de verschillende deelstudies ook afzonderlijk leesbaar te maken.

In plaats van een totale integratie na te streven hebben wij de belangrijkste uitkomsten weergegeven in een tamelijk uitvoerige samenvatting. Deze is vóór in het rapport opgenomen. De aanleiding tot de studie is de behoefte vanuit het beleid. Daarom heeft de projektgroep zich, nadat de karakteristieken van de markt duidelijk waren, uitvoerig beziggehouden met een aantal beleidsopties. De overwegingen en aanbevelingen met betrekking tot het te voeren beleid zijn in dit rapport direkt na de samenvatting opgenomen.

De projektgroep hoopt met deze studie een bijdrage te hebben geleverd tot het inzicht in de werking van de Nederlandse geneesmiddelenmarkt en wegen te hebben aangegeven om het functioneren van deze markt te verbeteren.

Namens de projektgroep Geneesmiddelenmarkt,

Prof.dr.ir. B. Wierenga.

SAMENVATTING VAN HET RAPPORT

Aanleiding tot het onderzoek

In opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is, in het kader van het streven naar kostenbeheersing in de gezondheidszorg, door een projectgroep van de Interfaculteit Bedrijfskunde van de Erasmus Universiteit, Rotterdam een onderzoek uitgevoerd naar de structuur en de werking van de geneesmiddelenmarkt in Nederland.

Direkte aanleiding tot het onderzoek in deze sektor vormden de de gestadige groei van de kosten van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen en het feit dat, blijkens Europese onderzoeken, de prijsniveau's van geneesmiddelen in de meeste EG-landen beduidend lager zijn dan in Nederland.

Doelstelling van het onderzoek

Het verkrijgen van inzicht in de structuur van de geneesmiddelenvoorziening en de werking van het marktmechanisme teneinde op basis daarvan maatregelen te kunnen voorstellen, die kunnen bijdragen tot kostenbeheersing op het gebied van de extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen, zonder de kwaliteit en de continuïteit van de voorziening aan te tasten.

Onderzoeksopzet

De opzet van dit onderzoek is als volgt:

- literatuuronderzoek;
- eigen empirisch onderzoek met betrekking tot de rol van de belangrijkste partijen binnen de geneesmiddelenvoorziening:
 - ✱ fabrikanten/importeurs (marktconcentratie, prijsconcurrentie, innovatie);
 - ✱ openbare apothekers (tarievenopbouw, overleg met artsen, inkoopbeleid);
 - ✱ voorschrijvende huisartsen (beslissingsproces, produkt- en prijsperceptie, e.d.);
 - ✱ ziekenfondsen (prijs- en volumecomponenten van vergoedingenstijgingen, besparingsscenario's).

Voorts zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van een aantal onder-

nemingen en organisaties, die een rol spelen op het gebied van de geneesmiddelen-voorziening.

Met betrekking tot de schakels openbare apothekers en huisartsen is gebruik gemaakt van enquêtemethoden; m.b.t. de schakel fabrikanten/importeurs van databestanden van IMS (Instituut voor Medische Statistiek); m.b.t. de schakel ziekenfondsen van een databestand van de provincie Limburg (driekwart miljoen ziekenfondsverzekerden). De informatie over de schakel groothandel is verkregen uit gesprekken, jaarverslagen en indirect uit de apothekersenquête.

Beperking tot een aantal therapeutische deelmarkten

De geneesmiddelenmarkt als zodanig is te beschouwen als een verzameling van een groot aantal therapeutische deelmarkten (welke elkaar zoveel mogelijk uitsluiten), die elk afzonderlijk gevormd zijn op basis van medisch-therapeutische indicaties.

Aangezien het primair om onderzoek naar het functioneren van de markt gaat, menen we dat dit dient te geschieden aan de hand van een aantal goed geselecteerde therapeutische deelmarkten.

De keuze van de deelmarkten werd bepaald door de volgende overwegingen:

- de grootte van de omzet;
- de mate van groei;
- de aanwezigheid van generieke (of: merkloze) preparaten (loco's) en/of parallel-invoer;
- de introductie van nieuwe middelen;
- de mate van vergelijkbaarheid van de middelen.

Het spreekt vanzelf, dat wij omtrent de aspecten, waarop onze projectgroep geen deskundig oordeel kon vellen, adviezen hebben ingewonnen bij terzake deskundigen (farmacologen, apothekers, e.a.).

De geselecteerde deelmarkten, hun omzetaandelen in 1984 en gemiddelde jaarlijkse groeipercentages in de periode van 1978-'84 op basis van IMS-data zijn:

	Omzetaandeel '84	Gem. jaargroei
1. anti-rheumatica	6,0 %	6,4%
2. anti-astmatica	6,0 %	20,9 %
3. anti-maagzweerpreparaten	4,5 %	33,4 %
4. breedspectrum penicillinen	2,7 %	- 2,9 %
5. tetracyclines	1,8 %	- 1,6 %
6. smalspectrum penicillinen	0,9 %	3,9 %
7. enkelvoudige betablokkers	7,7 %	9,0 %
totaal aandeel	<u>29,6 %</u>	

Samenvatting van de resultaten van het onderzoek.

Te beginnen op het niveau van fabrikanten/importeurs.

Als één der indicaties voor de mate van (potentiële) concurrentie wordt gebruik gemaakt van het begrip marktconcentratie, dat aangeeft hoe de verdeling van de marktaandeelen over de aanbieders er uit ziet. Hoge marktconcentratie wordt als een eerste signaal gezien voor de mogelijke afwezigheid van scherpe concurrentie. Onderstaande tabel toont de C-4 waarden, d.w.z. de som van de marktaandeelen van de 4 grootste merken in de deelmarkt voor 1978 resp. 1984, berekend op basis van omzetgegevens (af-fabriek) van producenten/importeurs, zoals verstrekt door het IMS.

Marktconcentratie (C4-index)	1978	1984
1. antireumatica	74 %	56 %
2. anti-astmatica	75 %	69 %
3. anti-maagzweerpreparaten	97 %	97 %
4. breedspectrum penicillines	88 %	86 %
5. tetracyclines	90 %	60 %
6. smalspectrum penicillines	79 %	91 %
7. betablokkers	74 %	66 %

Nadere analyse van de stabiliteit van de individuele marktposities toonde aan dat de variaties in marktaandeelen over de hele periode bezien, veelal groter waren dan de gemiddelde marktaandeelen zelf, wat als een indicatie van concurrentiepotentieel gezien kan worden.

Innovatie, het op de markt komen van nieuwe middelen, is een andere vorm van mogelijke concurrentie, zeker wanneer er verschillende (of liever nog: nieuwe) ondernemingen bij betrokken zijn. In de beschouwde periode kwamen 55 nieuwe produkten op de markt; de helft daarvan bevatten andere chemische stoffen dan de bestaande produkten. Van alle ondernemingen die een nieuw produkt introduceerden was ca. de helft reeds actief op de desbetreffende deelmarkt; de markt voor maagzweerpreparaten leek het gemakkelijkst toetreedbaar en de markt voor anti-astmatica het moeilijkst. Gedurende de onderzoeksperiode is -voor zover het de onderzochte deelmarkten betreft- geen externe toetreding op bedrijfstakniveau gesignaleerd.

Andere belemmeringen in deze branche op producentenniveau zijn de hoge uitgaven aan research en ontwikkeling en aan verkoopbevordering, alsmede de octrooibeschermtijd (20 jaar). Na afloop van de octrooiperiode staat de weg in principe open voor de generieke (merkloze) preparaten of loco's, die aanmerkelijk goedkoper zijn dan de corresponderende toedieningsvormen van specialité's. Ook

gezien het feit dat in de nabije toekomst veel octrooien van specialité's aflopen, verdient de marktpositie van deze produkten bijzondere aandacht in het kader van het bezien van kostenbeheersingsmogelijkheden.

Vanuit die optiek zijn eveneens de marktposities van parallel ingevoerde specialité's interessant. Parallel-invoer betreft buiten de exclusieve importeur omgaande handel, die is uitgelokt door de zich handhavende substantiële prijsverschillen met overige EG-landen.

De marktaandelen van de loco's en parallel-ingevoerde specialité's in de geselecteerde deelmarkten, zoals berekend op basis van IMS-data, zijn in onderstaande tabel weergegeven, met de kanttekening van het IMS dat de aandelen van parallel ingevoerde specialité's enigszins onderschat kunnen zijn.

Marktaandelen van loco's en parallel-ingevoerde specialité's 1984

	<u>loco-aandeel</u>	<u>parallel-aandeel</u>
1. antireumatica	12 %	4 %
2. anti-astmatica	1 %	2 %
3. anti-maagzweer	0 %	4 %
4. breedspectrum penicillines	2 %	0 %
5. tetracyclines	12 %	0 %
6. smalspectrum penicillines	2 %	0 %
7. betablokkers	0 %	7 %

Bij het bezien van de posities van loco's en parallel-ingevoerde specialité's en hun mogelijkheden tot het prijsdrukkend effect op de gewone specialité's, zijn een aantal overwegingen van belang:

- 1) De informatie over welke loco's op het moment beschikbaar zijn is onvolledig bij voorschrijvende artsen. Deze produkten zijn niet allemaal opgenomen in het Farmacotherapeutisch Kompas vanwege eisen betreffende de verkrijgbaarheid bij de reguliere groothandel, terwijl tevens de promotie van loco's naar huisartsen toe op een zeer bescheiden peil ligt, in vergelijking met die voor specialité's.
- 2) De erkenning van de gelijkwaardigheid qua relevante produkteigenschappen (chemische samenstelling, therapeutische effectiviteit, farmaceutische kwaliteit) is deels uitgebelevd. Voor artsen en gebruikers slaat dit met name op loco's.
- 3) De kwaliteit van de distributie is relatief gering (trage levering, geen continu produkt-uiterslijk). Tevens wordt het kleinere assortiment als nadeel gezien, wat mede tot verlies aan kwantumkortingen leidt bij de afnemers.
- 4) Er zijn relatief weinig positieve prikkels voorhanden die het gebruik van goedkopere middelen bevorderen (de waarden van de vergoedingen zijn mogelijk

relatief laag) eerder negatieve prikkels, zoals een afwijkende administratieve afhandeling binnen het vergoedingensysteem voor apothekhoudenden.

5) De generieke preparaten worden vaak alleen in de meest gebruikte produkten qua *chemische samenstelling en toedieningsvorm* aangeboden. Bij een analyse op het niveau van de stofmarkten binnen de genoemde deelmarkten blijken de marktposities van generica in een aantal stofmarkten veel hoger te zijn dan op de deelmarkten.

Het belang van dit soort overwegingen kwam met name uit de enquête onder apothekers en huisartsen naar voren.

Wanneer we ons nu tot de prijsconcurrentie op basis van de IMS-data beperken, dan bleek dat slechts binnen de deelmarkten anti-maagzweerpreparaten en beta-blokkers een aantoonbare prijsgevoeligheid bestond, in die zin dat prijsveranderingen van specialité's samengingen met tegengestelde volumeveranderingen van de betrokken produkten. Voor de overige deelmarkten kwam geen prijsgevoeligheid van betekenis naar voren. Wat betreft de invloed van veranderingen van de relatieve prijzen van loco's en parallel-ingevoerde produkten voor hun marktposities, kon worden geconstateerd, dat slechts voor één derde van de onderzochte gevallen een negatieve prijsgevoeligheid bestond.

Uit de analyse met behulp van het ziekenfondsbestand kwam onder meer naar voren, dat er noch op het niveau van de deelmarkten, noch op het niveau van produktgroepen van middelen met dezelfde toedieningsvorm en (dosis) werkzame stof, in het algemeen gesproken kan worden van negatieve verbanden tussen marktaandeel en relatieve prijzen, zoals in een goed werkende markt verwacht mag worden. Slechts in 5 van de 18 stofmarkten bleek een zodanig verband aanwezig.

Opmerkelijk genoeg kwam een significant positief verband tussen marktaandeel en gemiddelde relatieve prijs van een loco naar voren, zodat niet anders dan geconcludeerd kon worden, dat artsen slechts bij uitzondering met relatieve prijsverschillen rekening houden en dat de keuze tussen specialité en loco mede gebaseerd wordt op andere gronden dan de prijs.

Dit werd bevestigd door de resultaten uit de enquête onder 200 huisartsen, die ten doel had het beslissingsproces met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen te doorgronden.

Uit de resultaten van de artsenenquête kwam een beeld naar voren van een tamelijk rationeel beslissingsproces met betrekking tot geneesmiddelen.

Daarin bleken de namen van specialité's te fungeren als oriëntatiepunten als gevolg van een voortdurend leerproces, met name gevoed door informatie vanuit de industrie: artsenbezoekers en andere communicatie-inspanningen. De relatieve onbekendheid met generieke preparaten die naar voren kwamen (uitgezonderd op het al oudere terrein van de antibiotica) werd deels toegeschreven aan de lange en moeilijk te onthouden namen.

De voornaamste criteria, die gehanteerd werden bij de beoordeling van geneesmiddelen, bleken: chemische samenstelling, de werking en de effectiviteit, het al of niet van Nederlands fabrikaat zijn en de prijs.

Gegeven de chemische samenstelling, bleken de belangrijkste toegeschreven produktattributen in volgorde van afnemend belang te zijn: 1) bijwerkingen; 2) werkzaamheid; 3) prijs en 4) produktsoort (loco of specialité).

Daar kwam tevens naar voren dat er onder artsen nogal wat reserve m.b.t. de kwaliteit en werkzaamheid van loco's bestaat en dat de marktaandelen van loco's niet in alle deelmarkten tot substantiële niveau's doorbreken, ondanks het feit dat vele octrooien van specialité's zijn verlopen (wat een noodzakelijke voorwaarde voor de beschikbaarheid van loco's is) en ondanks het feit, dat de artsen toegeven dat loco's onmisbaar zijn voor het omlaag brengen van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening. Zo wees een exercitie op het Limburgse ziekenfondsbestand uit dat, uitgaande van het toen bestaande gebruik van loco's, alleen al in de bestudeerde deelmarkten additioneel minimaal 38 miljoen gulden in 1984 bespaard had kunnen worden bij verdergaande substitutie van loco's voor specialité's (ceteris paribus).

Komen we nu toe aan de schakels in de distributie: groothandel en openbare apothekers. Aangezien betrekkelijk weinig rechtstreekse informatie over de groothandel werd ingewonnen, doch deze grotendeels werd afgeleid uit de informatie uit een enquête onder 74 apothekers, worden allereerst de resultaten daarvan besproken.

In de apothekersenquête werd ondermeer aan het inkooppatroon van apothekers veel aandacht besteed. De apothekersschakel is een zeer dure schakel; de apothekersmarge bedraagt ongeveer 35% van de publieksprijs. Deze apothekersmarge moet niet verward worden met een winstmarge, omdat deze marge staat voor de vergoeding van alle kosten, inclusief het honorarium van de apotheker/ondernemer zelf. Dit wordt gedeeltelijk op basis van een abonnementensysteem vergoed, vergelijkbaar met de methodiek bij huisartsen. De apothekers-inkoopkosten worden echter vergoed volgens een forfaitair systeem op grond van het inkoop-

beleid van een panel apothekers, waarbij de prijslijsten van de 'reguliere' groothandel als referentie gelden. Inzicht hierin is niet eenvoudig te verkrijgen, zodat de verdeling van de werkelijke apothekers-inkoopkosten per apotheker rondom de forfaitair bepaalde kosten onbekend is. Reden voor ons om naar de verkregen kortingspercentages te vragen in de enquête onder 74 apothekers. Een minimum schatting van het totale kortingenbedrag, dat behaald werd in de ziekenfondssector, wijst in de richting van 50 miljoen gulden, terwijl een maximum schatting op 110 miljoen gulden uitkomt. Inclusief de inkoopvoordelen in de particuliere sector, komen we dan uit op een minimumbedrag van 70 en een maximumbedrag van 150 miljoen gulden, dat aan extra-inkomsten boven het abonnementenhonorarium bij de apotheekhoudenden terecht komt.

Het inkoopbeleid van apotheekhoudenden blijkt naast het aantal verzekerden dus van groot belang voor de totale inkomenspositie.

De voornaamste criteria, die door de apothekers werden genoemd m.b.t. de leveranciers-keuze, waren: snelheid/kwaliteit en lage prijs/hoge korting. De volledig gesorteerde groothandel blijkt de belangrijkste leveranciersgroep te zijn (omzetaandeel: 83%), op grote afstand gevolgd door generica-fabrikanten (5%), parallel-importeurs (4%) en specialité-fabrikanten (3%).

Hoewel de genoemde kortingspercentages van de 'reguliere' groothandel lager waren dan die van de overige leveranciers, dient ook rekening gehouden te worden met anderssoortige financiële prikkels, die deze ondernemingen bieden aan de apothekers, bijv. obligaties met rente-niveau's, die gekoppeld zijn aan de omvang van de omzet.

Tevens moet bedacht worden dat de Onderlinge Pharmaceutische Groothandel (OPG) als grootste groothandelsonderneming (marktaandeel ca. 35%) kollektief eigendom is van de afnemende apothekers. Deze hebben dus ook direkt belang bij de winst van deze onderneming. Brocacef is de tweede in grootte met een aandeel van ca. 25%. Daarna volgen Interpharm en Medicopharma (vnl. gericht op apotheekhoudende huisartsen). De fabrikanten/importeurs en de reguliere groothandel hebben het niet begrepen op de parallel-importeurs, die inkopen bij goedkopere groothandelaren buiten Nederland en zodoende de exclusieve positie van de reguliere importeurs doorbreken. Het bestaan van parallel-invoer is een symptoom van voortdurende grote prijsverschillen met andere landen; het beperkte succes van parallel-invoer kan verklaard worden door een mindere acceptatie bij detailisten en gebruikers, door administratieve barrières in samenhang met de vergoedingssystematiek of distributieproblemen, e.d.

Tot slot een opmerking over de gemeten effecten van het overheidsbeleid m.b.t. geneesmiddelen, zoals dat in de afgelopen jaren gevoerd is.

In de analyse van de veranderingen in de ziekenfondsvergoedingen is een onderscheid gemaakt tussen volumeveranderingen en prijsveranderingen. Uit de voor de geselecteerde deelmarkten gemaakte berekeningen bleek, dat met name de prijsstijgingen in de tweede helft van 1982 beduidend lager lagen dan die in de eerste helft van dat jaar. Ook het jaar 1983 liet lage stijgingspercentages zien. Er lijkt van de (door het Europese Hof afgekeurde) sectorprijismaatregel een drukkende invloed uitgegaan te zijn. Wat de volumebeheersing aangaat, hebben wij van de gecombineerde werking van negatieve lijst en eigen-bijdrage maatregel geen volume-effecten kunnen waarnemen. Vooral de volume-groei van de anti-astmatica en anti-maagzweerpreparaten blijkt niet te stuiten door zulke maatregelen. Alleen in de structureel stagnerende antibiotica-markten bleken de volume-effecten en de prijseffecten de laatste jaren (1983 en 1984) in omvang aan elkaar gelijkwaardig. Voor de overige markten bleken de volume-stijgingen vaak vele malen groter dan de prijsstijgingen.

Een laatste kanttekening betreft het begrip kosten als gevolg van verschuiving in het gebruik, dat zowel door de Ziekenfondsraad als Nefarma gehanteerd wordt.

De macro-berekeningen, die men jaarlijks in het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg aantreft, nemen niet alleen de verschuivingen tussen vergelijkbare middelen binnen deelgroepen mee, maar tevens de veranderingen in aandelen van therapeutische groepen in het totale geneesmiddelengebruik. De vergelijking duur/goedkoop is dan zeer ruim opgevat.

Onze projectgroep heeft het verschuivingsprobleem vanuit de andere kant - de micro-kant - benaderd, door alleen naar de verschuiving in volume-aandelen van chemisch-therapeutische equivalenten (per identieke toedieningsvorm) te kijken. Dit zijn immers niet te ontkennen substituten voor de voorschrijver. Zo'n micro-analyse werd toegepast op 30 stofmarkten met uitsluitend identieke toedieningsvormen per markt, in de periode van 1979 t/m 1984.

De effecten die toe te schrijven waren aan de verschuiving waren overwegend negatief, d.w.z. zij werkten verlagend op de 'overall'-prijs.

Op grond van de bevindingen in dit onderzoek zijn door de onderzoekers een aantal beleidsopties geformuleerd en becommentarieerd.

Deze beleidsopties komen in het volgende aan de orde.

OVERWEGINGEN EN AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT HET TE VOEREN BELEID

De centrale vraag in verband met het te voeren beleid luidt: hoe kan in een markt met de in dit rapport besproken karakteristieken tot een lager niveau van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening worden gekomen? (Uiteraard onder voorwaarde van handhaving van het kwaliteitsniveau van deze voorziening.)

Basisgegevens hierbij is het hoge prijspeil voor geneesmiddelen in Nederland. Dit hoge prijspeil wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de fabrikantenprijzen: deze zijn in Nederland bijna het dubbele van die in Frankrijk en liggen ca. 50 % hoger dan in België. In de tweede plaats wordt het hoge prijspeil veroorzaakt door de distributiekosten; het verschil tussen de eindprijs (consumentenprijs) en de fabrikantenprijs. In Nederland zijn deze distributiekosten ca. 3 keer zo hoog als in Frankrijk en $2\frac{1}{2}$ keer zo hoog als in België (zie hoofdstuk I en VI). De distributiekosten zijn in Nederland ongeveer even hoog als de fabrikantenprijs. Hoge fabrikantenprijzen en hoge distributiekosten leiden beiden uiteraard tot hoge consumentenprijzen.

De beleidsopties die worden besproken zijn:

- A. Maatregelen gericht op het verlagen van de fabrikantenprijzen (de zogenaamde eerstelijns-prijzen);
- B. Maatregelen gericht op het sturen van het verbruik in de richting van de goedkopere producten binnen de verschillende therapeutische deelmarkten;
- C. Maatregelen gericht op het verlagen van de distributiekosten.

In het nu volgende zullen van elke categorie een aantal mogelijkheden worden besproken en kort becommentarieerd.

De argumenten voor en tegen een bepaalde beleidsoptie zijn gebaseerd op het inzicht in het functioneren van de geneesmiddelenmarkt, zoals ze in dit onderzoek zijn verkregen. Op een aantal plaatsen zal tussen haakjes worden verwezen naar de onderdelen van het rapport waar de betreffende resultaten zijn vermeld.

Uiteraard komen de hier besproken beleidsopties en het erbij vermelde commentaar alsmede de prioriteitsuitspraken voor rekening van de projectgroep. Deze hoopt de opdrachtgever tot het onderzoek, het Ministerie van WVC, hiermee materiaal te hebben verstrekt om zelf tot een nadere beleidsbepaling te komen.

A. Het verlagen van fabrikantenprijzen

A1. Het streven naar een geharmoniseerde EG-markt.

Nederland behoort met West-Duitsland tot de landen met de hoogste geneesmiddelenprijzen van de EG (I, VI.3). Daarom mag worden aangenomen dat in een volledig geharmoniseerde gemeenschappelijke markt de prijzen lager zullen liggen dan thans in Nederland.

Nederland moet dus krachtig deze verdergaande harmonisering van de EG-markt bevorderen. Gegeven de gecompliceerde vraagstukken die er liggen; bijv. de verschillen in toelatings- en verstrekingsbeleid van geneesmiddelen tussen landen (VI) en de grote verschillen m.b.t. de organisatie van de gezondheidszorg, moet deze gemeenschappelijke markt echter worden beschouwd als een kwestie van lange adem.

A2. Prijzmaatregelen m.b.t. fabrikantenprijzen, c.q. het koppelen van toestemming tot vergoeding aan prijslimieten.

Gezien de niet buitensporige prijsstijging van geneesmiddelen (III.3, III.4) en gelet op de beperkte effectiviteit m.b.t. ingevoerde produkten (die het leeuwendeel van het Nederlandse verbruik vormen), lijkt een sluitende onderbouwing voor het invoeren van een sektorprijzenbeschikking op die gronden niet goed te leveren. De argumenten zullen moeten liggen op het vlak van de - in vergelijking met de meeste West-Europese landen - hoge prijsniveau's van geneesmiddelen in ons land. De hoge prijsniveau's van 'regulier' ingevoerde geneesmiddelen mochten, volgens een uitspraak van het Europese Hof van Justitie, niet middels een specifiek op de invoer gerichte prijzenbeschikking aan banden worden gelegd wegens discriminatie van producenten uit de overige EG-landen. Blijft over de mogelijkheid een beroep te doen op de Wet Economische Mededinging. De afloop van de zaak betreffende de prijzen van Valium en Librium van Hoffmann-La Roche heeft echter geleerd dat het aantonen van 'overwegende invloed op de markt' verre van eenvoudig is en zeker niet een zaak van korte termijn.

De weg van het koppelen van toestemming tot vergoeding aan prijslimieten lijkt niet uitgesloten, gezien de niet verboden hantering van het prijs criterium bij de samenstelling van de zogenaamde negatieve lijst (Duphar-arrest 7-2-'84). Tevens wordt deze vorm van indirecte prijsregulering in andere Europese landen ook toegepast.

A3. Het opstarten van een fabrikage- en groothandelseenheid voor geneesmiddelen door de overheid.

De overheid zou via een goed toegeruste overheidsonderneming met hoog-technologische produktietechniek (bijv. DSM), zèlf de produktie en het op de markt brengen van geneesmiddelen ter hand kunnen nemen en met lager prijzen aldus een concurrentiefaktor in de markt vormen.

Dit lijkt een dure beleidslijn met als belangrijkste bezwaar dat het uitgesloten moet worden geacht om binnen afzienbare tijd op alle substantiële deelmarkten met produkten te komen.

Verder lost dit niet een wezenlijk probleem op, omdat in het onderzoek werd geconstateerd dat er binnen de verschillende deelmarkten in het algemeen voldoende aanbieders zijn om op fabrikantenniveau concurrentie te garanderen. Zou een dergelijke overheidsonderneming zich niet op eigen merkprodukten (specialité's) maar op generieke produkten richten, dan kan worden geconstateerd dat ook in dit vlak er in Nederland voldoende aanbod (en concurrentie) is (III).

Tenslotte staat een dergelijke overheidsonderneming voor geneesmiddelen haaks op het alom toenemende streven naar privatisering.

B. Het sturen van het verbruik in de richting van goedkopere produkten.

Binnen vrijwel alle deelmarkten bestaan er meerdere produkten die in het verbruik onderling substitueerbaar zijn. Sommige specialité's hebben een vrijwel identieke chemische samenstelling, vaak hebben produkten met verschillende samenstellingen toch een vrijwel identieke werking en tenslotte zijn er van veel specialité's generieke preparaten met dezelfde samenstelling, dan wel parallel-geïmporteerde versies van hetzelfde merk. Deze produkten verschillen onderling vaak aanmerkelijk in prijs en daardoor zijn er voordelen te behalen door het sturen van het verbruik in de richting van de goedkopere alternatieven.

B1. Het stimuleren van het gebruik van generica en parallel-geïmporteerde produkten.

Op basis van de exercitie op de Limburgse data, kan worden geschat dat - uitgaande van het reeds bestaande gebruik van loco's - verdergaande vervanging van specialité's door loco's in de beschouwde deelmarkten tot een bedrag van minimaal f 38 miljoen had kunnen besparen voor de gezamenlijke ziekenfondsen (III.4).

Dit betekent een besparingspercentage van bijna 10% op de uitgaven in deze deelmarkten bij de Limburgse ziekenfondsen. De besparingspercentages in andere deelmarkten zijn niet op voorhand te schatten daar deze afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van loco's, de prijsverschillen met specialité's en het bestaande marktaandeel van loco's.

Overigens geldt bij deze conclusie een 'ceteris-paribus'-conditie. Mochten de fabrikanten, om toch aan hun inkomsten te komen, in reactie op een grotere generieke/P.I.-omzet de prijzen van de specialité's verhogen, dan is het netto-effekt minder. Dergelijke prijsverhogingen kunnen overigens alleen ongestraft worden doorgevoerd als het volume niet reageert op de prijs (prijselasticiteit nul). Onder C2 worden maatregelen voorgesteld om de prijselasticiteit te vergroten.

De besparingsmogelijkheden bij meergebruik van parallel-ingevoerde geneesmiddelen zijn bij de huidige prijsverschillen in Europa in principe nog ruimer dan bij meergebruik van loco's, omdat deze een breder scala van toedieningsvormen kunnen bieden, zij het dat hier bij massaler gebruik door het beperkte aanbod van de produkten in het buitenland, volume-beperkingen zullen gelden (het aanbod van loco's is momenteel beperkt tot de meest voorkomende toedieningsvormen).

Het valt dan ook alleszins te overwegen voorlichtingscampagnes te ontwikkelen om het gebruik van generieke en parallel geïmporteerde produkten te stimuleren. Hierbij moet worden gedacht aan voorlichting aan artsen (V), maar ook vooral aan gebruikers zelf. Blijkens de resultaten uit de apothekersenquête (IV) zijn het immers vooral weerstanden bij de gebruikers zelf (wantrouwen tegen andere verpakking, kleur, enz.) die het gebruik remmen. Een dergelijke voorlichtingscampagne naar de gebruikers dient overigens wel door een grondig consumentenonderzoek onder deze groep vooraf gegaan te worden.

Ook kan worden gedacht aan financiële prikkels bij de consument om het gebruik te stimuleren.

Overigens moet worden aangetekend dat de effecten van het stimuleren van generica en P.I.'s door middel van voorlichting niet moeten worden overschat. Bij een aantal artsen en apothekers bestaan duidelijke weerstanden (IV, V) en bij het verder opvoeren van de afzet van deze produkten komt men in toenemende mate terecht bij die beroeps-beoefenaren met de grootste weerstanden.

Ook bij voorlichtingscampagnes onder artsen, t.b.v. goedkoop voorschrijven in het algemeen, moet worden gewaakt voor overtrokken verwachtingen ten aanzien van het effect. Artsen zijn redelijk goed op de hoogte van prijsverschillen tussen produkten, maar kennen nu eenmaal (vanuit hun positie gezien begrijpelijk) aan het element prijs een bescheiden gewicht toe t.o.v. elementen als bijwerkingen en

effektiviteit, hoewel ze blijkens het onderzoek de maatschappelijke druk om generica voor te schrijven sterk ervaren (V).

Voor de bevordering van het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde produkten is een voor deze produkten gunstiger infrastructuur nodig. Dit heeft in de eerste plaats betrekking op de distributie: apothekers vermelden leverings- en levertijdproblemen als belangrijke belemmeringen voor het verkopen van deze produkten (IV). In dit verband moet worden gememoreerd dat de reguliere groot-handel de generieke produkten afkomstig van de 'niet-reguliere' fabrikanten (bijv. Centrafarm) niet in haar assortiment opneemt. In de tweede plaats kan de infra-structuur van generieke en parallel-geïmporteerde produkten worden verbeterd door ze volledig in de apothekerstaxe op te nemen. Nu ontbreken daar veel produkten; dit leidt tot administratieve rompslomp bij de vergoeding en vormt dus een barrière bij de verstrekking.

Generieke preparaten hebben per definitie betrekking op slechts een deel van de produkten waarvan de specialité-octrooien zijn verlopen. Dit aandeel neemt overigens toe. De kostenvoordelen van parallel-import zijn afhankelijk van de onzekere toekomstige verhoudingen tussen de prijzen in de verschillende landen. Daarenboven ondervindt de parallel-import op dit moment reeds de beperking van het niet in voldoende hoeveelheden beschikbaar zijn van de betreffende specialité's bij buitenlandse groothandelaren.

Samenvattend: door toenemend gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde produkten kan een kostenbesparing worden bereikt. Dit moet dus zeker worden gestimuleerd. Men moet zich echter realiseren dat de genoemde factoren een beperking stellen aan de schaal van de hiermee bereikbare kostenverlaging.

B2. Het uitsluiten van duurdere produkten voor vergoeding door het ziekenfonds.

Dit is een maatregel die voor een beperkt aantal produkten is ingevoerd. Tot nu toe is het omstreden of deze maatregel tot de beoogde besparingen heeft geleid (III.3).

Dergelijke bepalingen vormen beperkingen voor artsen, terwijl in het Nederlandse systeem het toch in de eerste plaats de artsen zijn die de verantwoordelijkheid voor de gekozen therapie hebben.

In plaats van een negatieve lijst zou men ook een positieve lijst kunnen hanteren: een formularium met een beperkt aantal voor te schrijven produkten.

In dezelfde categorie valt de wel bepleite maatregel om beperkingen te stellen t.a.v. het opnemen van nieuwe produkten in het ziekenfondspakket ('me-too' produkten). Dit om o.a. verspilling van R&D-kosten tegen te gaan.

Afgezien van het feit dat hier wederom de verantwoordelijke arts in zijn keuzemogelijkheden wordt beperkt en dat de definitie van een 'me-too' produkt verre van eenvoudig is, moet hierbij worden aangetekend dat dit de concurrentie tussen fabrikanten zou beperken. Per definitie concurreren aanbieders meer met elkaar naarmate hun produkten sterker onderling substitueerbaar zijn. Het bestaan van meerdere vergelijkbare produkten naast elkaar mag dan het nadeel hebben van extra produkt-ontwikkelingskosten, daar staat het belangrijke maatschappelijke voordeel van concurrentie tegenover. 'Me-too's' vormen de brandstof voor de concurrentie. Uiteraard moet deze concurrentie dan wel leiden tot aanwijsbare prijsvoordelen voor de consument. Voor een situatie om dit te bereiken worden verderop (onder C.) voorstellen gedaan.

B3. Meer substitutiemogelijkheden voor de apothekers.

Aan de apotheker zouden ruimere mogelijkheden kunnen worden gegeven om het door de arts in het recept genoemde produkt te vervangen door een ander (goedkoper) produkt (IV).

Een dergelijke mogelijkheid heeft alleen zin als de zekerheid bestaat dat dit prijsvoordeel dan ook aan de consument ten goede zou komen. Dit is in het huidige systeem allerminst gegarandeerd.

Een bezwaar van een grotere substitutiemogelijkheid is dat de arts minder grip krijgt op het produkt dat zijn patiënt gaat gebruiken met mogelijke problemen t.a.v. de uiteindelijke verantwoordelijkheid.

Bovendien bestaat bij substitutie het gevaar van vermenging tussen de gezondheidsbelangen van de consument en de bedrijfseconomische belangen van de apotheek. Als motieven voor substitutie worden in het onderzoek door apothekers bedrijfseconomische motieven het meest genoemd (IV).

C. Het verlagen van de distributiekosten

Eerder werd al aangegeven dat de distributiekosten (groothandels- en detailhandelsmarge) de helft van de consumentenprijs van het geneesmiddel uitmaken. De hoge distributiekosten voor geneesmiddelen zijn voor een belangrijk deel te wijten aan het ontbreken van prijsconcurrentie tussen ondernemingen in het distributiekanaal. Het probleem zit vooral op het detailhandelniveau: de apotheker. Dit

ontbreken van concurrentie is een direkt gevolg van het vigerende vergoedingensysteem (II.1).

Voor een ander deel zijn de hoge distributiemarges een gevolg van het gebrek aan countervailing power bij de uiteindelijke consumenten. Beide mogelijke aangrijpingspunten voor verbetering zullen hier worden behandeld.

C1. Deregulering en de-institutionalisering van de detailhandelsschakel.

De positie van de apotheken in Nederland wordt in belangrijke mate bepaald door de vergoedingenregeling met de ziekenfondsen. Overeenkomstig deze regeling bestaan de inkomsten van de apotheker uit een drietal elementen: a) het honorarium; b) de vergoeding van de ingekochte produkten op basis van de lijstprijzen; c) de afleveringskosten (als vergoeding voor de exploitatie-kosten; II.1).

Deze vergoedingenregeling is tot stand gekomen in de jaren veertig, toen de functie van de apotheek nog een geheel andere was. O.a. nam de zgn. magistraal bereide receptuur toen nog een belangrijk plaats in, welke het noodzakelijk maakte tal van forfaitaire elementen in de vergoedingenregeling op te nemen.

Inmiddels hebben de verkopen van apotheken nu voor ca. 85% betrekking op kant-en-klaar door de fabriek bereide produkten, vaak in kleinverpakking (IV.4).

Bij de huidige vergoedingenregeling heeft de apotheker in principe geen enkele invloed op de prijzen van de produkten die hij aflevert. Voor de particulieren paitënten bestaat er evenals voor de ziekenfondsen een Taxe, die door alle apotheken worden gehanteerd. Daardoor zijn ook deze prijzen overal gelijk.

Het bovenstaande systeem impliceert dat de apotheker geen enkele prikkel heeft om ten behoeve van zijn afnemers lagere inkooprijzen te bedingen. Ook kan hij de voordelen van efficiënter werken dan zijn collega's niet doorgeven aan zijn afnemer, zodat deze daardoor een direkt kostenvoordeel zou realiseren. Zou dat wel het geval zijn, dan zou de apotheker zich met lagere prijzen naar zijn klanten kunnen profileren, daardoor meer klanten trekken en zijn marktpositie verbeteren. Dit is het mechanisme dat we in veel andere markten zien, bijv. de levensmiddelenhandel waar de detaillisten (-organisaties) fabrikanten onder vaak grote druk zetten om lage prijzen te realiseren. Ook de huidige geringe dichtheid van apothekers (1300 in heel Nederland) en het nauwelijks hanteren van marketing-instrumenten als assortiment en reclame, dragen ertoe bij dat er momenteel van concurrentie tussen apothekers en daardoor van de behoefte om zich actief te positioneren naar de afnemers toe, nauwelijks sprake is.

Dit wordt uiteraard alleen maar versterkt door de huidige gedwongen inschrijving

van ziekenfondsverzekerden bij een bepaalde apotheek.

Deze regelingen met betrekking tot de detailhandelsschakel vormen een institutionele drempel in het distributiekanaal, waardoor aanbodsfactoren als prijzen, assortiment en kwaliteit van dienstverlening niet hun economische werking hebben t.o.v. de afnemers.

De huidige Nederlandse apotheek vormt een combinatie van een organisatie ten behoeve van de volksgezondheid en een commerciële onderneming met winstdoelstelling (IV). Beide elementen vinden we terug in het apothekers-onderzoek, waarbij het accent op hetzij volksgezondheid, hetzij commercie verschilt van apotheker tot apotheker. Beide doelstellingen kunnen zeer wel tot tegenstellingen leiden binnen één apotheek.

Een mogelijkheid om tot lagere prijzen te komen is gelegen in deregulering en de-institutionalisering van de detailhandelsschakel. In deze visie worden apotheken gewone commerciële ondernemingen, die met elkaar concurreren met behulp van alle instrumenten die normaliter een detaillist ter beschikking staan: vestigingsplaats, prijsniveau, assortiment, winkelinrichting, mate van dienstbetoon, etc.

Dit betekent vrije vestiging van apotheken en vrijheid m.b.t. de te voeren producten. Aan te nemen valt dat in deze situatie apotheken hun assortiment zullen uitbreiden met zelf-medicatieproducten. Verder betekent het dat de binding tussen apothekers en ziekenfondsen volledig verdwijnt. Verzekerden rekenen zelf af met de detaillist en declareren (geheel of gedeeltelijk) bij hun verzekering.

Uiteraard moeten er, gezien de aard van de producten, zodanige overheidsvoorschriften van kracht blijven dat de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is.

Juist nu de producten in overgrote meerderheid fabrieksmatig zijn bereid is dit geen groot probleem.

Om goed te kunnen werken is er in dit systeem een prikkel nodig voor de consument om goedkoop in te kopen. Dit moet voor de apotheker de druk opleveren tot lage prijzen. Deze druk wordt in de eerste plaats uitgeoefend door de consumenten die momenteel zelf de producten direkt betalen. Aangezien dit een beperkt percentage is (10%)*, zijn daarnaast prikkels nodig voor hen die de producten vergoed krijgen (via ziekenfonds of particuliere verzekering). De eerste prikkel wordt gevormd doordat de consument zelf moet afrekenen (met deklaratie daarna).

* Van de ca. 30% particulier verzekerden heeft ca. 70% de huisarts/geneesmiddelen meeverzekerd. 10% betaalt dus zelf.

Daarnaast zou een systeem kunnen worden gehanteerd waarbij de prijs voor een groot deel wordt vergoed (bijv. 95%) en de consument aan het eind van het jaar een mogelijke bonus krijgt als beloning voor lage inkooprijzen. Door middel van continu onderzoek onder een panel van apotheken zijn de werkelijke prijzen goed bij te houden.

Uiteraard zal als gevolg van een dergelijke prikkel een consument niet stad en land afreizen om een urgent benodigd produkt zo goedkoop mogelijk te krijgen. Voor produkten die gebruikt worden bij chronische ziekten (78% van de gebruikers van geneesmiddelen is chronisch gebruiker) bestaat er echter wel degelijk een prikkel en een mogelijkheid (minder haast) om op zoek te gaan naar lagere prijzen. Om de instandhouding van de geneesmiddelenvoorziening in minder rendabele (dunbevolkte) gebieden te waarborgen, zou de overheid procentuele toeslagen op de prijzen kunnen geven als tegemoetkoming voor de hogere distributiekosten.

Een dergelijke situatie van onderling concurrerende apothekers zal leiden tot efficiëntie-verbetering, lagere prijzen en een sterkere mate van klantgerichtheid bij de apotheek. Dit alles komt de consumenten en diens verzekeringsmaatschappij ten goede.

Voor het goed werken van een dergelijke concurrentie-situatie is een dichter net aan apotheken nodig dan thans bestaat. Het relatieve overschot aan afgestudeerde farmaceuten maakt dit mogelijk. Het valt aan te nemen dat dit grotere aantal apotheken een breder assortiment aan produkten zal voeren dan thans gebruikelijk is. Overigens is deze ontwikkeling reeds door de branche zelf geëntameerd (bijv. het SAN-project van OPG).

In eerste instantie moet deze meer concurrentiële situatie leiden tot lagere prijzen en meer service in de richting van de consument. De lagere prijzen zullen vooral het gevolg zijn van lagere distributiemarges, de fabrikantenprijzen zullen aanvankelijk niet dalen.

In tweede instantie kan echter worden verwacht, dat apothekers - zich genoodzaakt ziende tot lagere inkooprijzen vanwege de gewenste lage prijzen door afnemers - hun krachten gaan bundelen in de vorm van inkoopcombinaties. Hiermee wordt haar onderhandelingspositie tegenover de fabrikanten versterkt. De huidige OPG heeft reeds de juridische structuur (coöperatie van apothekers) om een dergelijke rol te vervullen.

Daarnaast zullen zich waarschijnlijk verdergaande vormen van samenwerking voordoen, waarbij meerdere apotheken onder dezelfde winkelformule en naam gaan functioneren en ketens van filiaalbedrijven zullen worden gevormd (nu al zijn er de zgn. 'concernbouwers').

Dit alles leidt ertoe dat er in het distributiekanaal op het detailhandelsniveau krachtige groepen ontstaan die een aanmerkelijke marktmacht ten opzichte van de fabrikanten vormen. Dit zal zijn gevolgen hebben voor het resultaat van de onderhandelingen over prijzen. Daarom mag als belangrijk nevenprodukt van een deregulering van de detailhandelsschakel worden verwacht, het ontstaan van countervailing power, t.o.v. de fabrikanten, gepaard gaande met daling van fabrikan-tenprijzen, alsmede van groothandelsmarges.

In tal van andere sectoren, bijv. de levensmiddelenbranche, hebben we een dergelijke ontwikkeling gezien, waarbij detaillisten, van doorgeefluik van produkten d.m.v. groepsvorming en eigen winkelformules, veranderden in geduchte en gevreesde onderhandelingspartners tegenover de industrie.

Door de concurrentie wordt dus een funktionele belangentegenstelling gecreëerd, ook tussen apothekers en fabrikanten. Dit is volkomen afwijkend van de huidige situatie, waarbij de fabrikant belang heeft bij een hoge prijs en de apothekers (KNMP) bij een goed marge percentage van de prijs, welke twee doelstellingen, zolang de consument geen keuze heeft, elkaar geenszins bijten. Integendeel.

Dit voorstel tot deregulering van de detailhandel betekent een vergaande verandering t.o.v. de huidige situatie, welke uiteraard stapsgewijs moet worden uitgevoerd.

Als eerste stap kan worden overwogen om af te rekenen tussen verzekeraars en apothekers op basis van facturen in plaats van lijstprijzen. Het totale voordeel van de apotheker als gevolg van kortingen, kan voor de ziekenfondspatiënten worden gerekend op een bedrag dat tussen f 50 en f 110 miljoen ligt. Bedacht moet worden dat deze maatregel echter de werking van de markt op geen enkele wijze verbetert. Nog steeds is er geen prikkel tot het doorgeven van lage prijzen aan *individuele consumenten*.

Bovendien, als de prijzen op het niveau van de huidige lijstprijzen liggen, is er voor de ziekenfondsen geen financieel voordeel.

Daarbij is het de vraag of de kortingen wel in deze vorm gegeven blijven worden als er op faktuurbasis moet worden afgerekend. Wellicht gaan leveranciers over tot andere prikkels dan prijskortingen om apothekers te bewegen bij hen te kopen. De thans circulerende voorstellen die de apotheker een deel van het voordeel van goedkoop inkopen zelf willen laten behouden, gaan iets verder in de beoogde richting. Problemen zijn hier: (i) wat is de 'norm' voor goedkoop inkopen, (ii) in een dergelijk systeem kunnen weer gemakkelijk 'loopholes' ontstaan en (iii) de apotheker is niet in de gelegenheid om de prijsvoordelen door te geven aan zijn klanten en zich aldus te profileren in de markt.

De hier voorgestelde deregulering van de detailhandelsschakel is erop gericht om d.m.v. concurrentie de distributiemarge te verkleinen. Dit moet dan geschieden door de vrije marktkrachten. Om dit proces op gang te brengen zou ook als eerste stap kunnen worden overwogen om maatregelen te treffen om de procentuele marges direkt te verlagen.

C2. Het creëren van countervailing power aan de kant van de consument.

De individuele consument heeft uiterst weinig onderhandelingsmacht t.o.v. de aanbieder van geneesmiddelen.

Ook hier is een bundeling van inkoopmacht nodig om gewicht in de schaal te leggen. De consument zal dit kunnen doen via zijn ziektekostenverzekering. Denkbaar is dat dergelijke organisaties niet, zoals nu, tamelijk passief de rekeningen van hun klanten betalen, maar actief zelf in de markt treden en voor hun verzekerden kontrakten met leverancier van geneesmiddelen afsluiten.

Deze kontrakten kunnen worden afgesloten met groepen van apotheken dan wel fabrikanten. Essentieel voor de onderhandelingspositie van deze partijen is dat ze alternatieven hebben t.o.v. de huidige leveranciers. Eén zo'n strategisch alternatief is dat men zelf de apothekersfunctie kan uitoefenen. Dit moet wettelijk mogelijk worden gemaakt. Een andere mogelijkheid voor een strategisch alternatief is de inkoop van produkten in het buitenland.

Voor de particuliere ziektekostenverzekeraars ligt hier een mogelijkheid om de voordelen van het op gunstige voorwaarden afsluiten van kontrakten met geneesmiddelenleveranciers te vertalen in lagere premies. Ook hier is weer nodig dat er voldoende concurrentie tussen ziektekostenverzekeringen is, om de prikkel tot actieve prijsonderhandeling effectief te maken.

Voor de ziekenfondsen is deze prikkel er momenteel niet en daarom moet worden gevreesd dat bijv. het integreren van de apothekersfunctie alleen maar tot grotere bureaucratie en niet tot lagere kosten zal leiden. Bovendien is het de vraag of deze organisaties over voldoende management en commerciële capaciteiten beschikken om een dergelijke activiteit uit te voeren. Echter ook van de particulieren ziektekostenverzekeraars mag men op korte termijn op het terrein van geneesmiddelen niet te veel verwachten. Daarvoor vormen extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen een te klein deel (ca. 7%) van de totale gezondheidszorgkosten voor deze organisaties. Op den duur kan men zich evenwel een ontwikkeling voorstellen in de richting van meer omvattende, zgn. Health Maintenance Organizations, waarbij de geneesmiddelenverstrekking een onderdeel zou zijn.

AFKORTINGEN VAN THERAPEUTISCHE GROEPEN (deelmarkten)

- | | |
|-----------|--|
| 1. Anbi | antibiotica |
| 2. Astma | bronchodilatatoren en overige anti-astmatica (R3A) |
| 3. Beta | enkelvoudige beta-blokkers (C7A) |
| 4. Brpen | breedspectrum penicillinen (J1C) |
| 5. Maag | maagzweerpreparaten (A2B) |
| 6. Rheuma | anti-rheumatica zonder corticosteroïden (M1A) |
| 7. Smpen | smal- en middelbreed spectrum penicillinen (J1H) |

Aanbeveling voor implementatie

In het voorgaande zijn diverse beleidsopties besproken. Bij de implementatie hiervan moet worden bedacht dat dit een verre van eenvoudige zaak is.

De geneesmiddelenmarkt vormt een zeer complex veld, met een zeer ingewikkeld patroon van betrokken organisaties: commerciële ondernemingen, beroepsgroepen, overheid, ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, vakbonden, etc., die ieder hun eigen doelstellingen en belangen hebben. Bovendien hebben de diverse groeperingen als fabrikanten, groothandelaren, apothekers en artsen hun belangenbehartigende organisaties, die hun taak in het algemeen met grote deskundigheid en effectiviteit uitvoeren.

Het resultaat van al deze krachten is een sterke neiging tot het in stand houden van de status-quo. Alleen tot veranderingen in de marge is men bereid.

De indruk bestaat dat de positie van de overheid en van de ziekenfondsen (VNZ) in dit krachtenveld relatief zwak is. Tot nu toe is men er bijvoorbeeld zelfs nog niet in geslaagd een adequaat informatiesysteem op te zetten, dat op feitelijke wijze het marktgebeuren registreert. Dit leidt tot eindeloze discussies over het wel of niet effect hebben van een bepaalde beleidsmaatregel, de aard van verschuivingen in het gebruik, enz.

Overigens is het wellicht juist de bedoeling geweest om de rol van de overheid bescheiden te doen zijn en de regelingen vooral aan partijen (ziekenfondsen, organisaties van groothandelaren, apothekers, artsen, etc.) over te laten (een en ander is o.a. neergelegd in de Ziekenfondswet). Of dit een ideale situatie is, valt te bezien.

Ziekenfondsen beschikken over het basismateriaal om een zeer geavanceerd en effectief informatiesysteem op te bouwen.

Een aantal individuele ziekenfondsen hebben goed ontwikkelde informatiesystemen. Te wensen ware, dat ook op het nationale niveau de voor een goede beleidsontwikkeling noodzakelijke informatie beschikbaar komt.

Van de voorgaande indeling kunnen de maatregelen onder A. en B. hoofzakelijk onder het hoofd 'regulering' en de maatregelen onder C. onder 'deregulering' worden gerangschikt.

Daarnaast kan een onderscheid worden gemaakt tussen beleidsopties welke op korte, resp. lange termijn kunnen worden geïmplementeerd.

Op grond van het voorgaande komen wij tot de aanbeveling om het niet te zoeken in een verdere regulering (bij een onvoldoend sterke overheid worden de regels toch in het voordeel van partijen bijgebogen), maar in een deregulering, waarbij de marktkrachten zelf tot een lager prijspeil moeten leiden.

Verder moeten we vaststellen dat gedurende een groot aantal jaren over de geneesmiddelenmarkt is gediscussieerd, leidend tot een schier onafzienbaar aantal voorstellen, die alle aanpassingen van het huidige systeem beoogden. Dit heeft weinig opgeleverd; er lijken meer radicale veranderingen nodig om de status-quo te doorbreken. Wijzigingen van het vergoedingensysteem, bijvoorbeeld ten behoeve van transparantie en nadere detaillering op onderdelen^{*}, lijken het probleem ten principale niet op te lossen.

Dit leidt ertoe dat wij van de besproken alternatieven aan de beleidslijn onder C1. deregulering van de detailhandelsschakel, de hoogste prioriteit toekennen.

Een volledige deregulering van de detailhandelsschakel kan uiteraard niet van de ene op de andere dag worden geëffektueerd. Deze operatie zal in een aantal stadia worden uitgevoerd, waarbij zorgvuldigheid is vereist vanwege de noodzakelijke kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Voor het realiseren van deze optie zullen diverse wetswijzigingen nodig zijn, alsmede een groot aantal andere invoeringsmaatregelen. Als eenmaal over de te kiezen richting beslist is, is een doordachte implementatie-strategie vereist om dit te effectueren.

Op deze implementatie-strategie wordt hier niet verder ingegaan.

Daarnaast wordt voorgesteld om deze fundamentele, lange termijn optie te combineren met maatregelen die op korte termijn effect kunnen hebben: beleidsoptie B1: het stimuleren van het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde producten met behulp van de in dit verband besproken middelen.

* Zoals voorgesteld in de Voorbereiding aanwijzing ex artikel 14 WTG voor de tarieven van apothekhoudenden voor aflevering van geneesmiddelen dd. 24 maart 1986.