



BELEIDSONDERZOEK

GENEESMIDDELENVOORZIENING

BEGROTINGSVOORBEREIDING 1988
DEELRAPPORT NR. 3



HEROVERWEGING 1987

GENEESMIDDELENVOORZIENING

<u>Hoofdstuk I</u>	<u>Inleiding</u>	1
<u>Hoofdstuk II</u>	<u>Beschrijving van het beleidsterrein</u>	2
II. 1	Algemeen	2
II. 2	De geneesmiddelenmarkt	3
2.1	Productomschrijving	3
2.2	De bedrijfskolom	4
2.3	Voorschrijvende artsen	8
2.4	De intramurale sector	9
2.5	De consumenten	9
2.6	Ziektekostenverzekeraars	10
II. 3	Kostenontwikkeling en ijkpunt	10
3.1	Kostenontwikkeling in het verleden	10
3.2	IJKpunt 1990	12
II. 4	Beleidsinstrumenten	13
II. 5	Internationale vergelijking	17
5.1	Prijsniveau	17
5.2	Prijsbeleid	18
5.3	Conclusies	20
II. 6	Recente ontwikkelingen: aanwijzing COTG	20
<u>Hoofdstuk III</u>	<u>Besparingsvarianten</u>	21
III. 1	Inleiding	21
III. 2	Uitgangspunten	22
III. 3	Maatregelen op het niveau van fabrikanten/ importeurs	23
III. 4	Maatregelen t.a.v. farmaceutische groothandel	24
III. 5	Maatregelen op het niveau der apotheekhoudenden	26
5.1	Wijziging tariefstructuur	26
5.2	Deregulerings-variant	27
III. 6	Beperking van het verstrekkingspakket	28
6.1	Inleiding	28
6.2	Beleidsuitvoering	32
6.3	IJKprijsvergoedingen-systeem	32
6.4	Systeem van beperkende lijsten	34
6.5	Centrale onderhandelingen/inkoop	35
III. 7	Voorschrijvers	37
III. 8	Varianten met betrekking tot de ziektekosten- verzekeraars	39
III. 9	Consumenten en eigen bijdragen	40
III. 10	Zelfmedicatie	44
<u>Hoofdstuk IV</u>	<u>Samenvattende keuzemodellen en besparingen</u>	46
IV. 1	Inleiding	46
IV. 2	Te realiseren opbrengst	46
IV. 3	De dereguleringsvariant	46
IV. 4	Verlaging van de groothandelsmarge	47
IV. 5	IJKprijs-vergoedingensysteem	47
IV. 6	Systeem van de beperkende lijsten	49
IV. 7	Centrale onderhandeling/inkoop	49
IV. 8	Eigen bijdragen	51
IV. 9	Samenvattend overzicht van de besparingen	51
<u>Hoofdstuk V</u>	<u>Samenvatting</u>	

(Heroverweging geneesmiddelen)

HOOFDSTUK I INLEIDING

De Ministerraad heeft in september 1986 onder meer besloten tot het instellen van een heroverwegingswerkgroep op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening. In november 1986 is deze interdepartementale heroverwegingswerkgroep 'Geneesmiddelenvoorziening' van start gegaan. Het voorzitterschap van deze werkgroep berustte bij het departement van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Aan het onderzoek is deelgenomen door vertegenwoordigers van de departementen van Algemene Zaken, Economische Zaken, Financiën en WVC. Daarnaast was een externe deskundige aan de werkgroep toegevoegd (zie bijlage 2: samenstelling van de werkgroep).

Onderwerp van heroverweging is de wijze waarop de prijsvorming van geneesmiddelen plaatsvindt en het aangeven van de gevolgen daarvan op het totale uitgavenniveau van geneesmiddelen. Tevens diende de werking van de verstrekkingssystematiek te worden gezien. Het onderzoek was gericht op het uitwerken van besparingsvarianten die leiden tot structurele beheersbaarheid van de uitgaven op dit terrein.

Voor de indeling van het rapport is aansluiting gezocht bij de gebruikelijke indeling van heroverwegingsrapporten.

Hoofdstuk II bevat de beleidsbeschrijving. Hierin wordt de werking van de geneesmiddelenmarkt beschreven aan de hand van de actoren in de bedrijfskolom: van producent tot consument met alle intermediaire schakels. Daarbij is tevens een productomschrijving opgenomen. Vervolgens wordt de kostenontwikkeling in het verleden geschetst, alsmede de huidige meerjaren-prognoses uit het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn 1987*. Op basis hiervan vindt de vaststelling van het uitgavenniveau in 1990 (ijkpunt) plaats. In de daaropvolgende paragraaf worden de onderscheidene beleidsinstrumenten met hun toepassingsmogelijkheden geschetst, waarna met een internationale vergelijking wordt afgesloten.

In hoofdstuk III zijn besparingsvarianten opgenomen. Na een algemeen kader met uitgangspunten en doelstellingen zijn per onderdeel van de bedrijfskolom mogelijke maatregelen opgesomd. Op basis hiervan zijn samenhangende clusters van beleidsmaatregelen te onderscheiden, die in hun onderlinge samenhang met de te verwachten budgettaire effecten, in het kort staan weergegeven in hoofdstuk IV.

Tenslotte zijn in het laatste hoofdstuk V de samenvatting en conclusies opgenomen.

* Tweede Kamer, 1986-1987, 19703 nrs. 1 en 2, september 1986

HOOFDSTUK II BESCHRIJVING VAN HET BELEIDSTERREIN

II. 1. Algemeen

In dit hoofdstuk zal allereerst worden ingegaan op de geneesmiddelenmarkt (par. 2) waarbij een productomschrijving en de opeenvolgende onderdelen van de bedrijfskolom aan de orde komen. Vervolgens is er een paragraaf gewijd aan de kostenontwikkeling in het verleden en de vaststelling van het ijkpunt (par. 3), waarna wordt ingegaan op het huidige beleidsinstrumentarium (par. 4). Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met een internationale vergelijking (par. 5) en een korte weergave van een aanwijzing aan het COTG inzake de tarieven van apotheekhoudenden (par. 6).

Over de algemene kenmerken van de geneesmiddelenmarkt kan het volgende worden opgemerkt.

De geneesmiddelenmarkt mist een aantal kenmerken van de markten voor andere verbruiksartikelen. Enerzijds heeft de eindverbruiker van een geneesmiddel over het algemeen slechts een zeer geringe invloed op de keuze van het geneesmiddel, althans indien dit op medisch voorschrift wordt verstrekt. Voorts houdt de vraag naar een geneesmiddel gewoonlijk verband met de behandeling van een bepaalde aandoening en zijn vele deelmarkten te onderscheiden. Anderzijds wordt de geneesmiddelenmarkt gekenmerkt door het feit dat voor een deel van de consumenten, de sociale zekerheidsinstellingen - wat de kosten betreft - voor hen in de plaats treden.

Bij de aankoop van geneesmiddelen is dus vrijwel altijd de keuze (beslissen), de vergoeding (betalen) en de consumptie ('genieten') gescheiden. Dit geldt met name voor de ziekenfondssector, waar de betaling volledig buiten het gezichtsveld van de consument om, geschiedt. De keuze van het geneesmiddel wordt immers gemaakt door de voorschrijvende arts, de vergoeding loopt via de ziektekostenverzekeraars en de meeste consumenten hebben weinig inzicht in de prijsniveaus. De verzekerden hebben dus nauwelijks invloed op het marktgebeuren. Het grote aantal vragers, de uiteindelijke consumenten, legt door gebrek aan kennis en inzicht in de therapeutische mogelijkheden, hun belangen in handen van een intermediair, de voorschrijvende arts. Gebleken is dat de voorschrijvers - ondanks de grote productdifferentiatie - wel een redelijk inzicht hebben in de onderscheidene prijsniveaus, met name van de door hen voorgeschreven specialité's, maar dat zij zich er in het voorschriftgedrag niet primair door laten leiden. Economische prikkels die de voorschrijver en de apotheekhoudende bij het voorschrijven respectievelijk het verstrekken tot prijsafweging nopen, komen niet voor in het bestaande overheidsbeleid. Dit geldt eveneens ten aanzien van een groot deel van de consumenten.

Daarnaast is op grond van internationale prijsvergelijkingen, onder meer door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, gewezen op de "aanzienlijke verschillen in het prijsniveau van geneesmiddelen tussen Nederland en het buitenland, met name voor merkgeneesmiddelen".* De vaststelling van de verkoopprijs van een geprefabriceerd geneesmiddel zou niet zozeer worden ingegeven door de werkelijke produktiekosten, maar door de prijs die de fabrikant of importeur in een bepaalde regio of in een land denkt te kunnen maken. Concurrentie, omzetverwachting en overheidsbepalingen zouden daarbij een grote rol spelen, volgens de Nationale Raad.

* Advies inzake het Financieel Overzicht Gezondheidszorg en maatschappelijk Welzijn 1987.

Het feit, dat het gebruik in Nederland voor 85% uit geïmporteerde middelen bestaat, onderstreept de betekenis van een internationale prijsvergelijking (zie par. 5).

In het zgn. "BEUC-rapport"*, opgesteld in opdracht van de Europese Commissie, is een dergelijke prijsvergelijking tussen een zevental EEG- landen gemaakt. De prijsvergelijking beslaat 84 merkgeneesmiddelen, die tesamen naar omzet en volume de top in de betrokken landen vormen (zgn. "runners"). Dit beeld laat grote verschillen zien. Nederland blijkt voor Duitsland het op één na duurste land. Frankrijk blijkt gemiddeld half zo duur en ook België en Italië liggen ruim onder het gemiddelde. In het rapport wordt de conclusie getrokken dat de verschillen in publieksprijs in hoge mate toegeschreven moeten worden aan verschillen in prijs-af-fabriek c.q. exportprijs, zoals deze voor de verschillende landen worden vastgesteld. De prijsstelling is uiteraard mede afhankelijk van het prijsregime dat in een bepaald land voor geneesmiddelen van toepassing is.

II. 2. De geneesmiddelenmarkt

2.1. Productomschrijving

Geneesmiddelen kunnen worden onderscheiden naar de wijze van productie in achtereenvolgens farmaceutische specialité's/farmaceutische preparaten en magistraal bereide geneesmiddelen.

Farmaceutische specialité's zijn industrieel vervaardigde, kant en klare geneesmiddelen, onder merknaam verkocht en in een standaardverpakking. Worden deze geneesmiddelen door de officiële alleenvertegenwoordigers van de producent op de Nederlandse markt gebracht dan wordt gesproken van reguliere geneesmiddelen. Worden de farmaceutische specialité's echter door andere dan de officiële alleenvertegenwoordigers uit zgn. goedkope landen geïmporteerd en op de Nederlandse markt gebracht, dan spreekt men van 'parallel geïmporteerde geneesmiddelen'. Deze zijn over het algemeen goedkoper dan regulier geïmporteerde of hier te lande geproduceerde geneesmiddelen. Het marktaandeel van de farmaceutische specialité's bedraagt ongeveer 80%. Farmaceutische preparaten zijn merkloze geneesmiddelen, vaak identiek aan farmaceutische specialité's waarvan het octrooi (20 jaar) verlopen is. Dit noemt men ook wel 'loco-preparaten' of 'generics'. Aan de generieke naam van een farmaceutisch preparaat wordt soms de naam van een fabrikant verbonden. Het marktaandeel van de farmaceutische preparaten bedraagt circa 10%.

De informatie over de beschikbaarheid van farmaceutische preparaten, is onvolledig bij de voorschrijvende artsen. Deze producten zijn niet allemaal opgenomen in het zgn. Farmacotherapeutisch Kompas (zie 2.2: bedrijfskolom), vanwege de eis tot opname ervan in het assortiment van de landelijk opererende, reguliere farmaceutische groothandel, terwijl tevens de promotie van loco's naar huisartsen toe op een veel bescheidener peil ligt in vergelijking met die voor specialité's (denk aan artsenbezoekers!). Ook bestaan in het vergoedingensysteem voor de apotheekhoudenden relatief weinig prikkels tot het bevorderen van het gebruik van goedkopere middelen die voorhanden zijn. Tenslotte is de kwaliteit van de distributie van deze middelen, voorzover zij niet door de landelijke, reguliere groothandel worden gedistribueerd, relatief gering (trage levering) en wordt het kleinere assortiment als een nadeel gezien. Tenslotte blijken zowel artsen als gebruikers veelal een lagere perceptie van generica te hebben; de erkenning van de gelijkwaardigheid qua relevante producteigenschappen is deels uitgebleven.

* 'The Consumer and the pharmaceutical products in the European Economic Community', Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC).

Magistraal bereide geneesmiddelen zijn door de apotheker zelf uit farmaceutische grondstoffen bereide geneesmiddelen. Het aandeel van deze magistrale receptuur in de Nederlandse markt ligt vermoedelijk onder de 10% en is de laatste decennia relatief teruggedrongen; in het buitenland is het aandeel van de magistrale receptuur in een groot aantal gevallen veel kleiner dan in Nederland.

Voorts is er nog een onderverdeling van geneesmiddelen naar aflevering mogelijk. Daarbij is een onderscheiding te maken tussen U.R.-geneesmiddelen, die uitsluitend op recept door de apotheek geleverd mogen worden; U.A.-geneesmiddelen die weliswaar zonder recept mogen worden afgeleverd, maar uitsluitend door apotheekhoudenden; en zelfmedicatie-geneesmiddelen die vrij - d.w.z. ook door de drogist - verkocht mogen worden. Tenslotte is een beperkt assortiment zelfmedicatie-geneesmiddelen verkrijgbaar bij andere detailverkopers in kleine woonkernen, die op grond van het behoefte-element daartoe een vergunning hebben verkregen.

De werkgroep zal zich in haar onderzoek beperken tot de geneesmiddelen (zowel intra- als extramuraal), exclusief de verbandmiddelen en kunst- en hulpmiddelen. Bij de bepaling van het ijkpunt zal een nadere beperking worden aangebracht tot de kosten van het extramurale geneesmiddelengebruik exclusief zelfmedicatie (zelfmedicatie-artikelen zijn immers niet opgenomen in het verstrekkingenpakket resp. de polisvoorwaarden en worden steeds rechtstreeks door de consument betrokken, hetzij bij de apotheekhoudende - 25% -, hetzij bij de drogist of andere detailverkopers - 75% -).

Ultimo 1985 waren in Nederland 6300 preparaten geregistreerd, waarvan 1400 specialité's in 4100 toedieningsvormen alsmede 2200 stofnaampreparaten (generica). De geneesmiddelenmarkt moet gezien worden als de verzameling van een groot aantal farmaceutische deelmarkten. Sommige vertonen groei, andere krimp. Binnen het gebruik treedt een voortdurende verschuiving op naar (quasi-) nieuwe, duurdere middelen. Bij deze verschuiving spelen naast kwaliteitsverbetering ook vervanging van verouderde medicijnen en een verandering in de samenstelling van de vraag (b.v. door vergrijzing) mede een rol. Hoewel het aflopen van de octrooitermijn in beginsel de weg vrij maakt voor het op de markt brengen van generieke preparaten, gaat dat niet of nauwelijks gepaard met verschuiving van marktaandelen en een substantiële prijsdaling op de desbetreffende deelmarkt van geneesmiddelen. Varianten of specialité's met een nagenoeg gelijke samenstelling als het oorspronkelijke specialité worden veelal geïntroduceerd vlak voor het einde van de octrooitermijn, zulks ter afscherming van concurrentie door generieke producten.

2.2. De bedrijfskolom

Van de in Nederland gebruikte geneesmiddelen wordt ca. 85% (in geldswaarde) geïmporteerd, de rest wordt in Nederland geproduceerd. De Nederlandse farmaceutische importeurs zijn veelal òf alleenvertegenwoordigers van òf gelieerd aan buitenlandse fabrikanten en zijn tezamen met de Nederlandse industrie verenigd in de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische industrie (Nefarma). De leden van de Nefarma leveren hun producten af aan de farmaceutische groothandel verenigd in de Bond van groothandelaren in het Pharmaceutisch bedrijf, aan ziekenhuizen en soms ook rechtstreeks aan apotheken. De groothandel zorgt voor de distributie naar de apothekers, (vrijwel allen lid van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie

- KNMP -), apotheekhoudende huisartsen en ziekenhuizen. De apothekers leveren tenslotte de geneesmiddelen aan de patiënten al dan niet op voorschrift.

Naast dit "reguliere" circuit zijn er een aantal kleinere ondernemingen, die parallel-geïmporteerde geneesmiddelen en een beperkt assortiment farmaceutische preparaten buiten de groothandel om rechtstreeks aan ziekenhuizen, apothekers en apotheekhoudende artsen leveren. De belangrijkste van deze ondernemingen zijn georganiseerd in de vereniging Prodifarma; hun gezamenlijke omzet bedraagt circa f 300 mln.

De opbouw van de binnenlandse markt in 1985 is als volgt cijfermatig weer te geven:

Af importeur (incl. importeursmarge)	+ 1390 mln	(43,7%)
Nationale industrie	+ 250 mln	(7,8%)
	+ 1640 mln	(51,5%)
Bruto marge groothandel	+ 350 mln	(11%)
Bruto marge apotheekhoudenden	+ 1010 mln	(31,8%)
	+ 3000 mln	(94,3%)
BTW (6%)	+ 180 mln	(5,7%)
Kosten geneesmiddelen	+ 3180 mln	(100%)

De opeenvolgende schakels in de bedrijfskolom zullen hierna achtereenvolgens worden besproken.

De binnenlandse producenten

In Nederland zijn er momenteel ca. 50 ondernemingen die (grondstoffen voor) geneesmiddelen produceren. De bedrijfstak valt binnen de fijnchemie. Ca. 90% van de productie wordt geëxporteerd. Het grootste deel van de productie van specialité's vindt plaats bij een vijftal (middel)grote ondernemingen t.w. ACF, Duphar, Gist-Brocades, MSD en AKZO-farma.

De directe productiekosten zijn in een aantal gevallen met name bij de producten met de grootste omzetten minder dan 5% van de eindverbruikersprijs.

Mogelijkheden tot economies of scale in de productie zijn beperkt: het belangrijkste instrument voor de industrie is omzetvergroting door prijsverhoging. De initiële prijszetting van nieuwe producten is in Nederland altijd vrij geweest. Op internationaal niveau vindt vaak dual-pricing plaats: prijsonderscheid naar geografische deelmarkten. Op de geneesmiddelenmarkt bestaat over het algemeen weinig prijsconcurrentie.

Importeurs

De import van geneesmiddelen is voor een overwegend deel in handen van multinationale ondernemingen. De importprijs van door deze importeurs ingevoerde geneesmiddelen is niet het resultaat van vrije onderhandelingen in een vrije markt tussen twee onafhankelijke marktpartijen in een normale koop/verkooptransactie, maar wordt veelal bepaald door interne concernpolitiek (een zgn. interne verrekenprijs). Ook de in Nederland producerende internationale concerns zijn in de gelegenheid voor geleverde grondstoffen of/en eindproducten verrekenprijzen te hanteren. Het systeem van verrekenprijzen ondermijnt ieder wettelijk prijsregiem, waarbij wijzigingen in de importprijs in de verkoopprijs mogen worden doorberekend.

Nogmaals wordt gewezen op het fenomeen van de parallelimport. Het betreft hier import van geneesmiddelen door importeurs, die geen alleenvertegenwoordiger voor die geneesmiddelen zijn, uit landen waar het prijsniveau beduidend lager ligt dan in Nederland. Deze parallel-importeurs leveren deze geneesmiddelen buiten de landelijk opererende, volgesorteerde groothandel om rechtstreeks aan ziekenhuizen, apothekers en apotheekhoudende huisartsen. Het marktpercentage verschilt per deelmarkt, maar bedraagt zo'n 3 à 4% voor de gehele geneesmiddelenmarkt.

Vermeld zij dat parallel-geïmporteerde middelen bij registratie een zogenaamde verkorte procedure moeten doorlopen, en zulks tegen aanzienlijke kosten, terwijl a. deze registratieprocedure ook al elders binnen de EG heeft plaatsgevonden en b. het referentieproduct in Nederland al de gehele procedure heeft ondergaan.

De groothandel

De groothandel is sterk geconcentreerd. Slechts 5 groothandelaren bezitten een landelijk vestigingsnet en leveren een volledig assortiment; gezamenlijk vormen deze de zogenaamde 'reguliere' groothandel, verenigd in de 'Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutisch Bedrijf'. Het marktaandeel van de 'reguliere' groothandel voor UR-middelen bedraagt 75%. De groothandelaren Brocacef, Interpharm, Hahmes BV en de O.P.G. (zie volgende alinea) maken deel uit van de mededingingsregeling van de Pharmaceutische Artikelen Commissie (PAC). De PAC-leden hebben het grootste deel van de handel in pharmaceutische grondstoffen en preparaten voor de apotheek in handen. Een onderzoek van de E.C.D. heeft uitgewezen dat de PAC-leden, nadat het formele prijsbeleid (zie par.4) per 1 januari 1983 was beëindigd, hun prijzen zeer fors verhoogd hebben.

De groothandelsmarge - gemiddeld ruim 20% en in vergelijking met het buitenland hoog - wordt in overleg met de fabrikant/importeur vastgesteld. Als gevolg van parallel prijsgedrag bezit eenzelfde geneesmiddel bij alle 'reguliere' groothandelaren in de prijslijst dezelfde eindprijs.

Op de groothandelsmarkt bestaat voornamelijk serviceconcurrentie. Ook andere methoden worden gehanteerd om afnemers aan zich te binden. De Onderlinge Pharmaceutische Groothandel (OPG) is de grootste op de markt van UR-geneesmiddelen. Bij de OPG zijn de afnemers, de apothekers, tevens haar aandeelhouders. Er is hier een duidelijke verstrengeling van belangen, die maakt dat de afnemers van de groothandel wellicht minder geïnteresseerd zijn in lage inkooprijzen omdat ze meedelen in de winsten van hun leverancier. Een andere methode om afnemers te binden is het uitkeren van jaarbonussen of andere tegemoetkomingen van al dan niet financiële aard.

Voor een belangrijk deel heeft de groothandel de voorraadfunctie voor de afnemers overgenomen. Tevens worden bestellingen veelal meerdere malen per dag bezorgd. Door deze hoge servicegraad zijn de distributiekosten van de groothandel uiteraard hoog.

Wanneer tenminste drie groothandelaren een bepaald preparaat in hun assortiment hebben opgenomen, wordt dit preparaat in de Taxen vermeld ('prijslijsten' voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraars aan apotheekhoudenden).

Men kent ook de niet reguliere groothandel, ook wel outsiders genoemd. Deze voeren veelal een zeer beperkt aantal geneesmiddelen, vooral generieke preparaten of parallelimport geneesmiddelen, met een relatief hoge omzetsnelheid.

De apotheekhoudenden

In 1985 waren er ca. 1285 openbare apotheken in Nederland. In dat jaar waren + 7,7 mln ziekenfondsverzekerden ingeschreven bij deze apotheken, terwijl + 1,7 mln verzekerden geneesmiddelen kregen verstrekt door iets minder dan 1100 huisartsen met een apotheekpraktijk. Dat betekent uiteraard, dat daarnaast ruim 5 mln. particulieren van beide voorzieningen gebruik maakten.

Apotheekhoudenden hanteren landelijk uniforme prijzen voor geneesmiddelen (zgn. tarieflijsten of Taxen). Van oudsher is het ziekenfondstarief voor de levering van geneesmiddelen voor alle medewerkers - ongeacht het eventuele lidmaatschap van de beroepsorganisatie - bindend krachtens overeenkomst. Tussen de apotheken onderling is dan ook geen prijsconcurrentie. Dit wordt nog eens versterkt door de verplichte inschrijving van ziekenfondsverzekerden bij één bepaalde apotheek in tegenstelling tot de niet-ziektenfondsverzekerden die bij elke aankoop vrij zijn in hun apotheekkeuze.

In het kader van de farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden krijgt de apotheker een abonnementshonorarium, een praktijkkostenvergoeding gerelateerd aan een volume-maat voor de afgeleverde hoeveelheden geneesmiddelen, alsmede een vergoeding zoals aangegeven in het ziekenfondstarief voor het ingekochte geneesmiddel. De vaststelling van deze vergoeding gebeurt op forfaitaire wijze aan de hand van een zgn. basisinkoophoeveelheid en met als uitgangspunt de door de landelijk opererende, volgesorteerde (reguliere) groothandelaren uniform vastgestelde verkoopprijzen. Apotheekhoudende artsen krijgen naast het honorarium per ingeschreven verzekerde en een vergoeding voor de ingekochte geneesmiddelen aan de hand van het ziekenfondstarief een vaste vergoeding - eveneens per verzekerde - voor hun praktijkkosten. In de particuliere sector worden het honorarium, de praktijkkosten en de inkoopvergoeding alle drie vergoed via een bedrag per aflevering, in feite de publieksprijs. De berekening van dit bedrag geschiedt op forfaitaire wijze, te weten: - de inkoopvergoeding op basis van de ziekenfondstaxe, - plus opslagen (geldbedragen en/of percentages variërend van 11 tot 140%) voor de onderdelen honorarium en praktijkkosten. Onder meer door inkoop buiten de reguliere groothandel om en/of door grotere hoeveelheden dan de basisinkoophoeveelheden te betrekken tegen gunstige condities zijn er voor de apotheekhoudenden tal van mogelijkheden om additioneel inkomen te verwerven. Het handelsgedrag van de leveranciers omvat ook incentives als jaarbonussen en andere al dan niet financiële tegemoetkomingen die niet aan de eindgebruiker ten goede komen. Schattingen van deze voordelen lopen uiteen. Minimumschattingen over 1984 in het zgn. rapport-Wierenga* komen uit op f 50 mln in de ziekenfondssector, terwijl een maximumschatting op 110 mln uitkomt. Inclusief de inkoopvoordelen in de particuliere sector, komt het rapport op een minimumbedrag van 70 en een maximumbedrag van 150 mln gulden, dat aan extra inkomsten boven het abonnementshonorarium bij de apotheekhoudenden terecht komt. Het inkoopbeleid van apothekers blijkt naast het aantal verzekerden dus van groot belang voor de totale inkomenspositie. Daarbij stuiten we op het gegeven dat één van de karakteristieken van het apothekersberoep is dat het wordt uitgeoefend op het grensvlak van economie (privaat

* De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie; Erasmus Universiteit Rotterdam, december 1986 (zogenaamde rapport Wierenga).

ondernemerschap) en gezondheidszorg. Uit een enquête in het Wierenga-onderzoek blijkt onder meer, dat de overgrote meerderheid der onder-vraagde apothekers (87%) meende dat een apotheek primair een instel-ling voor gezondheidszorg is. Echter, tenminste 1/3 van de ondervraag-den blijkt de apotheek eveneens primair als onderneming te zien, ter-wijl slechts één functie primair kan zijn.

Uit het onderzoek blijken duidelijke aanwijzingen dat er commerciële aspecten zijn die een aanmerkelijke invloed op het handelen van de apotheker uitoefenen, met name ten aanzien van het inkoop- en substi-tutiedrag.

Er zijn geen wettelijke vestigingsbeperkingen voor apothekers, maar als lid van de KNMP zijn zij (tot nu toe) onderworpen aan de privaatrechtelijke vestigingsregeling van hun beroepsorganisatie. Voor de arts, die in een dunbevolkt gebied een apotheekpraktijk wil voeren, bestaan krachtens een in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening neergelegd stelsel daartoe beperkte mogelijkheden. Deze zijn bedoeld als aanvullend op de farmaceutische hulp die door de apothekers wordt geboden.

Tenslotte moet nog genoemd worden het feit dat, indien een arts een merknaam (specialité) voorschrijft, de apotheker niét het recht heeft hiervoor in de plaats een farmacotherapeutisch gelijkwaardig product (bv. een goedkopere loco) af te leveren. (Eenvormige Beneluxwet op de warenmerken).

2.3. Voorschrijvende artsen

Het voorschrijven van medicijnen is een van de behandelingsmogelijkheden waarover een huisarts beschikt. Andere mogelijkheden zijn doorverwijzing en directe behandeling via een gesprek, een onderzoek of een kleine ingreep. Op deze punten geven productiecijfers te zien dat er grote verschillen bestaan tussen huisartsen onderling.

Ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen, hanteert de huisarts een beperkt assortiment ('evoked set'), voornamelijk bestaande uit specialité's, zulks mede als resultaat van industriële promotie. Hoewel de huisarts inzicht heeft in prijsverschillen speelt dit in de voorschriftkeuze een ondergeschikte rol. Uit onderzoek is gebleken dat de keuze tussen een specialité en een loco voornamelijk gebaseerd wordt op andere gronden dan de prijs. De namen van specialité's bleken 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 kwam werd deels toegeschreven aan de lange en moeilijk te onthouden namen. De voornaamste criteria die gehanteerd werden bij de beoordeling van geneesmiddelen, bleken: bijwerkingen, chemische samenstelling, de werking en de effectiviteit, het al of niet van Nederlands fabrikaat zijn en de prijs.*

Experimenten inzake farmacotherapeutisch overleg (tussen apothekers, artse en specialisten gericht op voorschrijfafspraken) laten zien dat langs deze weg kostenbeperking in principe mogelijk is. Dergelijk overleg leidt vaak tot hantering van formularia en daarmee tot beperking van het aantal soorten middelen die in de desbetreffende plaats of regio worden voorgeschreven. In een enkel geval (experiment Hoogveen) trad een kostenbeperking op van ruim 10%, overigens niet zozeer door een lagere prijs van de voorgeschreven middelen als wel door het voorschrijven van geringere hoeveelheden.

Uit het rapport-Wierenga blijkt overigens dat het farmacotherapie-overleg in de praktijk veelal geen besparingen van betekenis oplevert.

* rapport Wierenga.

Bij de bevordering van het medisch en economisch verantwoorde voorschrijven speelt tevens het op gezag van de Ziekenfondsraad opgestelde Farmacotherapeutisch Kompas een rol. Het karakter daarvan is adviserend. In het Kompas zijn uitsluitend die preparaten opgenomen die in de Taxen staan vermeld, waardoor de meeste, vaak juist goedkopere, generieke preparaten (die niet door de landelijke reguliere farmaceutische groothandel worden gevoerd) aan het gezichtsveld van de voorschrijvende artsen worden onttrokken.

2.4. De intramurale sector

Dit heroverwegingsonderzoek betreft primair het extramurale segment van de geneesmiddelenmarkt. Hiervan te onderscheiden is het intramurale segment.

Belangrijk kenmerk daarvan is dat het beslissen-betalen-verbruiken in een en dezelfde figuur, de intramurale instelling, is samengevat. Financiering van de uitgaven voor geneesmiddelen geschiedt uit het instellingsbudget. De benodigde preparaten worden veelal rechtstreeks betrokken van producent of importeur. Het intramurale segment kent derhalve een minder lange bedrijfskolom dan het extramurale segment. Mede vanuit het gezichtspunt dat er tussen het extramurale en intramurale segment de nodige relaties bestaan, heeft de werkgroep gemeend tevens aandacht te moeten schenken aan het intramurale segment. Te onderkennen relaties zijn ondermeer:

- de voorbeeldwerking die uitgaat van de intramuraal werkende specialist op de extramuraal werkende huisarts.
- het beleid gericht op terugdringing van de rol van de intramurale sector dat in meer of mindere mate repercussies kan hebben op het extramurale gebruik van geneesmiddelen.
- het gegeven dat in voorkomende gevallen extramurale medicamenteuze behandeling een alternatief kan vormen voor intramurale behandeling.
- de prijsvorming van geneesmiddelen voor de intramurale sector die medebepalend kan zijn voor de prijsstelling door aanbieders op het extramurale deel van de markt.

Op de intramurale sector wordt nader ingegaan in bijlage IV.

Teneinde de geneesmiddelenvoorziening binnen de intramurale sector beter te kunnen belichten, is vanuit de werkgroep een onderzoek ingesteld. Een beknopt verslag van dit onderzoek is als appendix aan bijlage IV toegevoegd. Geconcludeerd wordt dat met name in de ziekenhuissector hier intensivering van het kostenbeheersingsbeleid noodzakelijk is, niet in het minst vanwege de uitstralingseffecten naar het extramurale deel van de geneesmiddelenmarkt. Voorts wordt aanbevolen om onderzoek te verrichten naar de geneesmiddelenvoorziening in bejaardenoorden, teneinde aanwijzingen te verkrijgen voor het terzake te voeren beleid.

2.5. De consumenten

Wat betreft beheersing van het prijsniveau en het dwingen of aanleiding geven tot een prijsafweging, bestaan nog nauwelijks effectieve instrumenten c.q. prikkels. Ten aanzien van de particulier verzekerde geldt dit in mindere mate, omdat het restitutiesysteem de verzekerde tenminste confronteert met de prijs. Ingeval van een eigen risico of het niet verzekerd zijn, is er althans in aanleg een prikkel tot

prijsafweging voorzover het om gelijkwaardige middelen gaat. Ten aanzien van de ziekenfondssector heeft de invoering van de eigen bijdrage in 1983 (medicijnen-knaak) een eenmalige volumedaling opgeleverd, die echter gevolgd is door een stijging, waarbij per recept geleidelijk grotere hoeveelheden zijn voorgeschreven. Aldus heeft de eigen bijdrage weliswaar een verlaging van het kostenniveau tot gevolg gehad maar een structureel effect op het groeicijfer van de kosten blijkt moeilijk aan te tonen.

2.6. Ziektekostenverzekeraars

Van de totale geneesmiddelenmarkt (met inbegrip van de intramurale sector, het particuliere deel van de extramurale sector en de zelf-medicatie) vormt de extramurale ziekenfondssector 48,5%. Voor de aan de ziekenfondsverzekerde in natura verstrekte geneesmiddelen ontvangt de apotheker een vergoeding welke bestaat uit: a. een vast bedrag per aflevering; b. een jaarlijks honorarium per ingeschreven verzekerde; c. de door de apotheker voor het geneesmiddel betaalde inkoopprijs. Bij het bepalen van deze inkooprijzen wordt uitgegaan van de door de groothandel voor reguliere geneesmiddelen berekende verkoopprijzen. Inkoopvoordelen voor de apotheker - als gevolg van zgn. "goed koopmanschap" - blijven bij de bepaling van de vergoeding buiten beschouwing.

Elke verhoging van de groothandelsprijs wordt hiermee automatisch en voor het volle bedrag in de vergoeding verwerkt.

De ziektekostenverzekeraars hebben in de praktijk een zeer beperkte marktbeïnvloedende betekenis en vormen dan ook nauwelijks een 'countervailing power' aan de vraagzijde. Verzekeraars nemen in feite weinig ruimte voor het voeren van een doelmatig beleid. Instrumenten en prikkels daartoe, die in beginsel aanwezig zijn, worden in de praktijk nauwelijks gebruikt.

Nieuwe preparaten worden als regel automatisch aan het verstrekkingenpakket toegevoegd, zulks zonder voorafgaande kostenbeoordeling en prijsafweging met qua therapeutische werkzaamheid vergelijkbare bestaande preparaten. Beslissingen hieromtrent behoren tot de bevoegdheid van de regering. In voorkomende gevallen waarin ziekenfondsen het gebruik van formularia voorstaan, wordt dit door de industrie bestreden.

Het belang dat verzekeraars hebben bij kostenbeheersing is overigens relatief; kostenstijgingen worden via premie-aanpassing aan de verzekerde doorberekend.

De Ziekenfondswet bepaalt dat de ziekenfondsen gedwongen zijn met elke erkende zorgverlener een overeenkomst af te sluiten en de door deze partij gemaakte kosten te vergoeden.

Onder andere in het advies inzake grenzen van de gezondheidszorg (Gezondheidsraad) worden hieromtrent opties geformuleerd, zoals het bevorderen van concurrentie tussen ziekenfondsen onderling, alomvattende budgettering van ziekenfondsen en de ontheffing van de contracterplicht ingevolge de Ziekenfondswet, volgens welke de fondsen verplicht zijn overeenkomsten aan te gaan met elke erkende zorgverlener en diens gemaakte kosten te vergoeden.

II. 3. Kostenontwikkeling en ijkpunt

3.1. Kostenontwikkeling in het verleden

De totale kosten van het extramurale gebruik van geneesmiddelen (inclusief verbandmiddelen) zijn van 1976 tot 1985 gestegen van f 1780 naar f 3256 miljoen.

Onderstaand is de ontwikkeling weergegeven.

	1976	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1976-1985	1980-1985	1985
	mln.gld.							(gem.) jaarlijkse verandering in %		
Extramuraal	1580	2075	2230	2425	2605	2769	2999	7,4	7,6	8,3
Zelfmedicatie	200	200	205	202	213	226	257	2,8	5,1	13,7
Totaal	1780	2275	2435	2627	2818	2995	3256	6,9	7,4	8,7

Bron: FOG 1983, FOGM 1987

Dit beeld laat een toenemende kostenstijging zien tot 8,7% in 1985. Van 1980-1985 is de gemiddelde jaarlijkse stijging 7,4% geweest. Gecorrigeerd voor loon- en prijsontwikkeling was dit 4,9%. Het jaarlijkse groeipercentage van de genees- en verbandmiddelen overtreft de laatste jaren in steeds sterkere mate dat van de totale gezondheidszorg. Dit blijkt onder meer uit de volgende tabel:

	1981	1982	1983	1984	1985
geneesmiddelen nominaal	7,0	7,9	7,3	6,3	8,7
totale gezondheidszorg nominaal	7,1	7,0	4,6	2,8	2,1

De cijfers voor extramuraal hebben betrekking op het gebruik van ziekenfonds- en particulier verzekerden tezamen. De particuliere verzekering kent vele vormen van eigen risico. De kosten van het gebruik in deze sfeer zijn slecht waarneembaar. Mede hierdoor moeten de cijfers worden opgevat als een benadering van de kosten, berekend via de kosten van de verstrekking van farmaceutische hulp aan ziekenfondsverzekerden.

De kostenstijging die zich ten aanzien van het extramurale gebruik voordoet, wordt in hoge mate gedictieerd door de ontwikkeling van de materiële kosten, dat wil zeggen de door apothekhoudenden aan verzekeraars en verzekerden in rekening gebrachte kosten van afgeleverde geneesmiddelen. In de ziekenfondssector is het aandeel van deze kostenkomponent (inclusief de kosten van BTW) opgelopen tot ruim 71% in 1985.

De ontwikkeling van de materiële kosten wordt bepaald door een volume-effect, een prijsstijging en een substitutie-effect. De volume-ontwikkeling geeft een stijgende tendens te zien. Achtergrond hiervan vormen met name de vergrijzing en de verschuiving in de zorgverlening van intramuraal naar extramuraal. De stijging van de materiële kosten wordt in de belangrijkste mate echter veroorzaakt door de verschuiving in het gebruik in casu substitutie van goedkope naar duurdere middelen. Iedere prijsstijging die hiermee verband houdt, werkt automatisch en ten volle in de kosten door. Instrumenten die deze ontwikkeling kunnen stoppen of vertragen, ontbreken in het bestaande beleid.

In feite gaat het hier om een ontwikkeling die niet wordt beheerst. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid concludeert dan ook (in haar advies inzake het FOGM 1987), dat overschrijdingen van het taakstellend kostenniveau in de geneesmiddelensector grotendeels toe te schrijven zijn aan een hoger dan geraamde verschuiving van goedkope naar duurdere geneesmiddelen. De Raad bepleit dan ook dat het overheidsbeleid zal moeten aangrijpen op het substitutie-effect.

Hiervoor is aangegeven dat in de cijfers voor extramuraal tevens de kosten van verbandmiddelen zijn inbegrepen. Het FOGM 1987 schat dat hiermee in de ziekenfondssector in 1985 f 75 miljoen was gemoeid. Onder de veronderstelling van gelijke verhoudingen binnen de particuliere en de ziekenfondssector kunnen de totale kosten van verbandmiddelen (inclusief kosten van BTW) worden geschat op f 119 miljoen. Hieruit volgt dat de kosten van het extramurale gebruik van uitsluitend geneesmiddelen in 1985 f 2880 miljoen zijn geweest (f 2999 minus f 119 mln).

3.2. IJkpunt 1990

Het heroverwegingsonderzoek zal zich toespitsen op het extramurale gebruik van geneesmiddelen. Verbandmiddelen en zelfmedicatie blijven buiten beschouwing.

Uitgangspunt vormt derhalve het bedrag van f 2880 miljoen, zijnde de kosten van het extramurale geneesmiddelengebruik in 1985.

Voor de bepaling van het ijkpunt dient conform de algemene taakopdracht aansluiting te worden gezocht bij de in de begroting en in de meerjarenramingen vigerende bedragen. Aangezien het hier uitgaven betreft die niet -rechtstreeks- op de rijksbegroting paraïsseren, zal worden uitgegaan van het in het FOGM 1987 voor geneesmiddelen opgenomen taakstellend financieel kader. Hierbij moet worden gewezen op een tweetal aspecten die bij de vaststelling van de betreffende ramingen zijn verdisconteerd en wel een te realiseren taakstelling van f 170 miljoen waarvan f 120 miljoen verband houdt met overschrijdingen uit het verleden, alsmede een in de ramingen jaarlijks ingezette 5% stijging voor het substitutie-effect en een 0,7% stijging uit hoofde van de 1% volumegroei voor de gehele gezondheidszorg. Verdiscontering van deze aspecten leidt tot een taakstellend kostenniveau (en ijkpunt) van f 3335 miljoen in 1990 (prijzen 1985).

Bij de in het FOGM-kader opgenomen bedragen moet echter aangetekend worden dat het substitutie-effect en een stijgende volume-ontwikkeling bij voortgezette ontwikkeling naar waarschijnlijkheid zullen leiden tot voortgaande overschrijdingen ten opzichte van het hierboven genoemde FOGM-kader.

Het substitutie-effect is in werkelijkheid structureel hoger geweest dan in de ramingen werd verondersteld. Gecorrigeerd voor de verbandmiddelen kan het werkelijke substitutie-effect worden geschat op 6% per jaar, althans in de ziekenfondssector. Illustratief voor de stijgende tendens in de volume-ontwikkeling in casu het aantal afleveringen, is dat in de periode 1980-1985 over het geheel genomen weliswaar sprake is geweest van een lichte negatieve ontwikkeling van het aantal afleveringen per ziekenfondsverzekerde, maar dat daarnaast sinds 1983 in toenemende mate sprake is geweest van een volumestijging, oplopend tot 2,6% in 1985. Verdiscontering van deze elementen zou leiden tot een tentatief kostenniveau van ruim f 3900 miljoen.

Kernpunt hierbij is dat de tot op heden niet beteugelde dynamiek in de kostenontwikkeling vooralsnog zal zorgen voor een toenemende druk op het 'kostenplafond', waarmee de noodzaak tot een structurele kostenbeheersing en -beperking verder wordt aangescherpt. Deze dynamiek zal bij ongewijzigd beleid tot kostenoverschrijdingen leiden, welke geven het taakstellend karakter van het FOGM gecompenseerd zullen dienen te worden, zodat de spanning ten opzichte van andere volksgezondheidssectoren sterk zal toenemen.

II. 4. Beleidsinstrumenten

Op het prijstraject, dat het geneesmiddel aflegt, alvorens het de patiënt bereikt, wordt de prijs achtereenvolgens beïnvloed door de fabrikant, de groothandel, de apotheekhoudende en de overheid (BTW). Op het eerste deel van het traject dat de fabrikant en de groothandel betreft, is de Prijzenwet van toepassing; op het tweede deel dat de apotheekhoudende betreft, is de Wet Tarieven Gezondheidszorg van toepassing. Het aldus gemaakte onderscheid heeft voornamelijk een juridische achtergrond. In materieel en financieel opzicht bestaat er een hoge mate van verwevenheid.

Het wettelijke regime voor de verkoopprijzen van industrie en handel - de inkooprijzen van de apotheekhoudende - is de Prijzenwet. Via het afkondigen van prijzenbeschikkingen op basis van de Prijzenwet kunnen grenzen gesteld worden aan prijsmutaties. Tot 1966 werden sectorale prijzenbeschikkingen afgekondigd; in de periode 1966 t/m 1981 waren algemene prijzenbeschikkingen van kracht, terwijl vanaf 1981 wederom - zij het in afnemende mate - sectorale prijzenbeschikkingen werden afgekondigd.

Voornameerde verkoopprijzen vielen onder de op basis van de Prijzenwet afgekondigde algemene Prijzenbeschikking goederen en diensten, die tot en met 1982 van kracht was. Aangezien het in Nederland in hoofdzaak om geïmporteerde produkten gaat (circa 85%) was deze beschikking slechts in beperkte mate effectief, omdat de import(verreken)prijs conform de systematiek van de prijzenbeschikkingen als een gegeven moet worden geaccepteerd.

Teneinde mogelijkheden te krijgen tot direct ingrijpen in de prijsstelling werd in 1982 een specifieke prijzenbeschikking voor dit doel afgekondigd, nl. de Prijzenbeschikking registergeneesmiddelen.

De essentie van deze beschikking was gelet op de beperkte effectiviteit van de algemene Prijzenbeschikking goederen en diensten, dat niet langer de import(verreken)prijs maar de groothandelsprijs in het land van oorsprong als uitgangspunt werd genomen. Deze beschikking vond echter geen genade in de ogen van het Europese Hof van Justitie, hetgeen er toe leidde dat in 1983 op de Prijzenbeschikking goederen en diensten moest worden teruggevallen met de reeds eerder genoemde beperking vanden.

Met ingang van 1984 werden de formele prijsvoorschriften niet gecontinueerd en wordt de prijsontwikkeling aan de markt overgelaten. Tot eind 1986 was de Prijzenbeschikking particuliere ziektekostenverzekeraars van kracht.

Momenteel heerst de opvatting dat prijsvoorschriften hebben geleid tot uniform marktgedrag omdat slechts weinigen in benedenwaartse zin afwijken van de maximaal voorgeschreven mutatiepercentages waardoor concurrentie werd beperkt.

Deze negatieve ervaringen, de goede resultaten met het "loslaten" van de prijzen en verandering in het politiek/economisch denken hebben geleid tot beleidsvoornemens welke voornamelijk betrekking hebben op het scheppen van randvoorwaarden e.d. waardoor een betere marktwerking ontstaat.

Prijsmaatregelen zullen slechts overwogen kunnen worden indien er sprake is van een accelerende inflatie welke schadelijk is voor de ontwikkeling van onze economie en zullen bovendien tijdelijk van aard zijn.

Het wettelijke regime voor de bepaling van tarieven voor farmaceutische hulp door apotheekhoudenden is vastgelegd in de WTG. Op grond van deze wet is het verboden tarieven in rekening te brengen die niet overeenkomstig deze wet door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) zijn goedgekeurd of vastgesteld.

De maximale vergoedingen voor het verstrekken van geneesmiddelen aan particuliere patiënten zijn onderhevig aan toetsing door het COTG. Partijen in dezen zijn: de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) enerzijds en het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen (KPZ) anderzijds.

Onderdeel van deze overeenkomst vormen de periodiek door de KNMP uitgegeven prijslijsten voor specialité's, parallel geïmporteerde preparaten, generieke preparaten en de magistrale receptuur. De hierin vermelde prijzen zijn opgebouwd uit de inkoopprijs voor de apotheker en een procentuele marge.

De verrekening van aan ziekenfondsverzekerden geleverde geneesmiddelen is op geheel andere wijze geregeld dan die van aan particulieren geleverde geneesmiddelen, maar is evenzeer onderworpen aan de beoordeling van het COTG van door partijen te sluiten overeenkomsten. Partijen in deze zijn de KNMP, LHV en VNZ. In deze overeenkomsten is een vast honorariumbedrag, het zg. abonnementshonorarium, per ingeschreven ziekenfondsverzekerde opgenomen, ongeacht of de verzekerde al dan niet geneesmiddelen gebruikt of zal gaan gebruiken.

Voor zowel de ziekenfondsverzekering als voor de particuliere verzekering c.q. particulier verzekerde is de intentie dat de inkoopprijs van het geneesmiddel door de apotheekhoudende zonder enige winstopslag wordt doorberekend.

Voor wat betreft de prijsvorming en de vergoedingssystematiek zijn tevens de europese concurrentieregels van belang. Definitieve beleidsvoornemens op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening (met name ten aanzien van de vergoedingssystemen) zullen aan de Europese Commissie moeten worden voorgelegd. De reden hiervan is dat de Europese Commissie in 1981 een procedure heeft ingeleid tegen de KNMP vanwege het feit dat de besluiten van de KNMP op het gebied van parallel-geïmporteerde geneesmiddelen een inbreuk vormden op de Europese mededingingsregels (art. 85 Verdrag).

Gedurende de loop van de procedure heeft de Commissie een aantal uitgangspunten geformuleerd waaraan een vergoedingssysteem voor met name parallel-geïmporteerde geneesmiddelen zou moeten voldoen om niet in strijd te komen met het verdrag. Dit feit geeft de Commissie niet alleen het recht op een tijdige en volledige informatie over de nationale plannen die beogen tegemoet te komen aan de bezwaren resp. voorwaarden van de Commissie. Deze dient zich ook uit te spreken over de aanvaardbaarheid daarvan. Vanuit de europese concurrentieregels gezien mag een en ander niet leiden tot:

- het beperken van toegankelijkheid van de markt voor bv. parallel-importeurs en generieke fabrikanten;
- het bevorderen van horizontale prijsafstemming als gevolg van privaatrechtelijke overeenkomsten;
- ingewikkelde en trage procedures ten aanzien van de waarmerking van prijslijsten;
- discriminerende uitwerking naar bijv. parallel-importen als gevolg van de vaststelling van referentieprodukten.

Naast toetsing aan artikel 85 van het EEG-verdrag zullen overheidsmaatregelen op het gebied van prijscontrole en vergoeding van geneesmiddelen getoetst moeten worden aan de verenigbaarheid met artikel 30 van het EEG-verdrag. Hierover is recentelijk een mededeling van de Commissie verschenen welke een overzicht geeft van de jurisprudentie met betrekking tot dit artikel.

Op grond van de Wet economische mededinging kan de minister van Economische Zaken, te zamen met de minister, wie de zaak mede aangaat, mededingingsregelingen ("kartels") onverbindend verklaren of bepaalde aanwijzingen geven aan economische machtsposities, indien naar zijn oordeel die mededingingsregelingen respectievelijk economische machtsposities in strijd zijn met het algemeen belang. In de praktijk wordt het mededingingsbeleid veelal langs informele weg gevoerd en dientengevolge is het aantal formele maatregelen beperkt.

In de geneesmiddelensector zijn tot nu toe geen onverbindendverklaringen uitgesproken. Voor zover bekend zijn er op industrie/importeursniveau geen (prijs)afspraken gemaakt. Wel wordt momenteel onderzocht of er aanleiding bestaat op te treden tegen een prijsafpraak tussen een aantal groothandelaren in generieke preparaten.

De apothekers hebben van oudsher vaste tarieven vastgesteld.

Recentelijk hebben de staatssecretarissen van WVC en EZ het standpunt ingenomen dat op basis van de WTG ook maximumtarieven kunnen worden vastgesteld. Op grond van de Wet e.m. zou het thans mogelijk zijn, indien strijd met het algemeen belang wordt vastgesteld, de afspraak van de apothekers om vaste tarieven te hanteren onverbindend te verklaren.

Ten aanzien van economische machtsposities is in deze sector in het verleden één maal een aanwijzing gegeven. Naar het oordeel van de toenmalige minister van Economische Zaken en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne waren de in 1973 door Hoffmann-La Roche B.V. gehanteerde prijzen voor valium en librium te hoog en kon Hoffmann-La Roche die prijzen zo hoog houden door haar economische machtspositie op de markt voor tranquilizers (marktaandeel van 73,4% in 1972).

In beroep oordeelde het College van Beroep voor het bedrijfsleven, dat de minister niet in redelijkheid tot het oordeel had kunnen komen dat Hoffmann-La Roche een overwegende invloed op de markt voor tranquilizers had - ondermeer omdat het marktaandeel van Hoffmann-La Roche was teruggelopen tot circa 35 procent - en vernietigde de beschikking waarmee Hoffmann-La Roche verplicht werd haar prijzen voor valium en librium te verlagen. (Recentelijk heeft de Hoge Raad geoordeeld dat de overheid aansprakelijk is voor de door Hoffman-La Roche geleden schade ten gevolge van het verlagen c.q. niet mogen verhogen van de prijzen voor valium en librium.)

Hoewel deze uitspraak toekomstig optreden (het van overheidswege in een incidenteel geval verlagen van prijzen die fabrikanten/importeurs in rekening brengen) niet geheel in de weg staat dient opgemerkt te worden, dat de Commissie economische mededinging destijds van mening was dat periodiek overleg met het betrokken bedrijfsleven de voorkeur verdiende boven het opleggen van prijsvoorschriften aan individuele bedrijven zoals in het geval Hoffmann-La Roche, omdat in de geneesmiddelensector vele bedrijven een met Hoffmann-La Roche vergelijkbare positie innemen.

Ingevolge artikel 8 van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering omvat de farmaceutische hulp de door een apotheker of apotheekhoudende arts af te leveren genees- en verbandmiddelen voorgeschreven door een huisarts, een specialist, een tandarts en tandheelkundig specialist of een verloskundige tot wie de verzekerde zich met inachtneming van de daarvoor gestelde regelen heeft gewend voor zijn geneeskundige verzorging.

Nadere regelen worden gegeven in het Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering (Stcrt. nr. 139, 23 juli 1982).

In dit besluit zijn een aantal beperkingen gesteld. De verzekerde heeft geen recht op de in bijlagen 1, 2 en 3 van het Besluit vermelde geneesmiddelen.

In bijlage 1 zijn geneesmiddelen vermeld waarvoor in het algemeen goedkopere generieke preparaten op de markt zijn. In bijlage 2 zijn de drogisterij artikelen opgenomen.

In bijlage 3 zijn de van oudsher uitgezonderde middelen als cosmetica, voedings- en genotmiddelen, tandpasta, het zgn. "Kraampakket" en vaccins tegen besmettelijke ziekten behoudens uitzonderingen, opgenomen.

Bijlage 4, die betrekking had op veelal verouderde middelen, kwam met ingang van 1 juli 1985 te vervallen.

Voor de verstrekking van de in deze bijlage opgenomen geneesmiddelen gold een tweetal beperkende voorwaarden, te weten:

- aannemelijk moest zijn dat het niet verstrekken van het betreffende middel een onaanvaardbare nadelige invloed zou hebben op het resultaat van de behandeling;
- toestemming van het ziekenfonds moest vooraf zijn gegeven.

Het doen vervallen van bijlage 4 geschiedde op grond van een aanvaarde motie Dees-Cornelissen waarin werd aangevoerd dat de bijlage niet tot bezuinigingen had geleid, terwijl anderzijds naar het oordeel van de Kamer deze bijlage ook uit een oogpunt van deregulering zou kunnen worden gemist. Voorts speelde een rol dat Vasolastine, ondanks een eerdere uitspraak van de Kamer, nog steeds niet als een reguliere verstrekking gold. Tenslotte werd aangegeven dat in het licht van de intentieverklaring tussen VNZ, LHV, LSV, KNMP en de Staatssecretaris van WVC geen termen meer aanwezig waren voor het handhaven van bijlage 4.

Door middel van voorlichting wordt getracht voorschrijvers en apothekers inzicht te geven in de prijsverhoudingen van geneesmiddelen én een richtlijn te geven omtrent een medisch verantwoord voorschrijven van medicijnen. Dit gebeurt in het zgn. Farmacotherapeutisch Kompas, dat wordt opgesteld door de Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie (CMPC) van de Ziekenfondsraad. De leden van de CMPC worden aangewezen door de vertegenwoordigende organisaties van beroepsbeoefenaren en de VNZ. Voorts is Nefarma in de commissie vertegenwoordigd.

In het Kompas zijn uitsluitend die preparaten opgenomen die in de Taxen staan vermeld en dus door tenminste drie reguliere groothandelaren in het assortiment zijn opgenomen.

Een ander kritisch punt in het Kompas vormt de 'roodmelding'. Als regel wordt gehanteerd dat een bepaald duurder middel pas in rood wordt vermeld wanneer de prijsafstand tot goedkopere middelen tenminste 15% bedraagt. Als reactie hierop zijn door aanbieders van het duurdere middel vergelijkbare producten naar voren geschoven met een prijsstelling op minder dan 15% van het duurdere middel. Hierdoor is het aantal roodmeldingen de laatste jaren aanmerkelijk teruggelopen. Wellicht zal groenmelding van goedkopere middelen effectiever zijn.

II. 5. Internationale vergelijking

5.1. Prijsniveau

Het Nederlandse kosten- en prijsniveau kan beoordeeld worden door middel van een internationale vergelijking.

De publieksprijs, dat wil zeggen de prijs die de patiënt al dan niet via een verzekeraar betaalt, wordt gevormd door de af-fabrieksprijs met daarbovenop de marges voor groothandel en apothekhoudende. Onderstaand worden internationale vergelijkingen op deze aspecten weergegeven.

Relatieve prijs-index cijfers af-fabriek/importeur in EG-landen

	prijsindex 1)	2)
Portugal	100	107
Frankrijk	100	113
Spanje	104	100
Italië	105	119
België	115	132
Ierland	181	234
Ver. Koninkrijk	193	201
Nederland	199	230
Duitsland	210	251
gemiddeld europees prijsniveau	145	165

1) BEUC (1984) en EG-Commissie (Scrip no. 1089)
Bron: 2) BEUC (1986) -zie bijlage 5.

	groothandelsmarge als percentage van de af-fabrieksprijs 1984	apothekersmarge als percentage van de af-fabrieksprijs, 1984
Denemarken	8,2	81,2
Nederland	21,2	61,6
Duitsland	19,6	24,2
USA	11,0	62,2
Noorwegen	14,1	72,4
Verenigd Koninkrijk	14,0	57,0
Frankrijk	11,4	57,0
Italië	21,0	37,4
Zweden	6,4	44,6

Bron: Nefarma, jaarverslag 1985.

Uit deze vergelijkingen komt naar voren dat Nederland na Duitsland de hoogste af-fabrieksprijs heeft, de hoogste groothandelsmarge en een vrij hoge apothekersmarge. De relatieve publieksprijs in Nederland is diensgevolge zeer hoog.

5.2. Prijsbeleid

Duitsland

Fabrikanten zijn vrij in hun prijsstelling. Onder druk van overheid en ziekenfondsen besloten zij tot een prijsbevrozing gedurende 2 jaar vanaf april 1985.

Groothandelsmarge en detailhandelsmarge zijn gereguleerd. Voor beide geldt dat de marge lager is naarmate de prijs van het geneesmiddel hoger is.

Ziekenfondspatiënten betalen DM 2,- per voorschrift.

Frankrijk

Fabrikanten zijn in beginsel vrij in hun prijsstelling. Wanneer een middel echter op de lijst van te vergoeden middelen wil komen, geldt het volgende.

Nieuwe producten: de prijs komt tot stand in overleg tussen het Ministerie van Volksgezondheid (Dir. Gen. Pharmacie et Médicines) en fabrikant na een prijsadvies van de 'transparantiecommissie'.

Het nieuwe middel wordt slechts in de lijst opgenomen wanneer het leidt tot een betere farmacotherapie en/of kostenbesparing. Na 2,5 jaar volgt evaluatie waarbij verwijdering van de lijst kan plaatsvinden.

Bestaande producten: de prijzen worden periodiek verhoogd met de mogelijkheid van totale en permanente wijziging.

Kritiek van de Europese Commissie op het prijsbeleid is door Frankrijk van de hand gewezen.

Groothandelsmarge en apothekersmarge zijn in omvang als percentage van de publieksprijs gereguleerd.

Er zijn een aantal vergoedingscategorieën: 70 of 100% ('levensreddende' middelen) restitutie aan de verzekerde.

België

Het Ministerie van Economische Zaken stelt de af-fabrieksprijs vast na raadpleging van de Commissie Prijsvorming Pharmaceutische Specialité's, zulks na vergelijking met de prijs in het land van oorsprong en in landen met een vergelijkbare welvaart.

Wil een geneesmiddel door het ziekenfonds worden vergoed, dan dient het aan een aantal criteria te voldoen.

Mogelijk wordt het Belgische systeem door de Europese Commissie voorgelegd aan het Europese Hof op verdenking van vaagheid en willekeur van gehanteerde criteria.

De groothandelsmarge is in omvang gereguleerd als maximum percentage van de groothandelsinkoopprijs, met een plafond van BFr. 73.

De detailhandelsmarge is in omvang gereguleerd als maximum percentage van de publieksprijs, met een plafond van BFr. 250.

Er bestaat een vijftal vergoedingscategorieën:

0, 50, 75, 85 of 100% restitutie aan de verzekerde.

Italië

De prijzen van middelen die voor vergoeding in aanmerking komen, worden vastgesteld door het Comitato Interministeriale dei Prezzi, zulks via een normatieve kostprijsbeoordeling.

Zowel groothandelsmarge als apothekersmarge zijn in omvang gereguleerd als percentage van de publieksprijs.

De Prontuario - de positieve lijst van voor vergoeding in aanmerking komende middelen - vermeldt tevens voor welk percentage wordt vergoed; welk percentage afhankelijk is van prijs en therapeutische waarde van het geneesmiddel.

Daarnaast betaalt de verzekerde een vaste eigen bijdrage per voorschrift.

Italië is tot dusver driemaal gewaarschuwd krachtens art. 169 van het Verdrag van Rome; overigens zonder resultaat.

Engeland

Regulering vindt plaats ten aanzien van geneesmiddelen die worden voorgeschreven door artsen die verbonden zijn aan de National Health Service (NHS). Hiermee wordt 95% van het totaal aantal uitgeschreven recepten gedekt.

De fabrikant/importeur dient - wil zijn product voor vergoeding in aanmerking komen - de overheid financiële jaaroverzichten te overhandigen. De prijzen worden indirect gereguleerd door het ministerie; dit houdt in dat wanneer sprake is van meer dan redelijke winst deze overwinst terugbetaald moet worden aan de NHS. Er is dus niet zozeer sprake van een prijsbeleid als wel van een winstbeheersingssysteem.

Op 1 april 1985 werd een positieve lijst geïntroduceerd voor een beperkt aantal therapeutische groepen; van een aantal preparaten waarvan het octrooi was afgelopen werd nog slechts de loco-variant aan de verzekerde vergoed. Deze maatregel leverde een jaarlijkse besparing op van circa 65 mln. pond.

De marges in het distributiekanaal zijn gereguleerd.

De groothandel verdient maximaal 15%, gerekend over de apotheek inkoopprijs, de marge van de apotheker bedraagt 25%.

Verenigde Staten

Binnen het Medicaid-programma wordt een systeem gehanteerd waarbij de vergoeding is afgestemd op de prijs van het goedkopere middel. Voor duurdere middelen betaalt de consument een eigen bijdrage die varieert met het prijsverschil tussen het duurdere en het goedkopere middel. Een recent uitgevoerde evaluatie bracht ondermeer aan het licht dat de administratieve uitvoerbaarheid problematisch is, en dat de doelmatigheid geenszins vaststaat.

Momenteel zijn een drietal aanvullende opties in discussie. Eén hiervan betreft de introductie van een financiële prikkel voor de apotheker bij diens productkeuze. Erkend wordt dat het effect van elk van die drie opties moeilijk is in te schatten. Geen van de drie is gericht op het uitsluiten van prijsstijgingen op leveranciersniveau. Niettemin wordt ervan uitgegaan dat de besparingen van ieder alternatief op jaarbasis circa 80 mln. dollar zullen bedragen op een totale uitgavenpost van 2,4 mrd. dollar aan receptgeneesmiddelen voor het Medicaid programma.

5.3. Conclusies

Het voorgaande laat zien dat een laag prijsniveau samengaat met een actieve prijspolitiek ten aanzien van te vergoeden of te verstrekken middelen (België, Frankrijk, Italië). Te duur geachte middelen komen in deze landen niet voor verstrekking of vergoeding in aanmerking; de aanbieder staat voor de keuze ofwel zijn prijs neerwaarts aan te passen ofwel niet op de vergoedings- of verstrekkingenlijst te worden opgenomen.

Het besparingseffect dat voortvloeit uit enkel en alleen de introductie van een positieve lijst lijkt beperkt (Engeland). Hetzelfde geldt voor een systeem van vergoeding op basis van de prijs van het goedkopere middel en variabele eigen bijdragen bij duurdere middelen (Verenigde Staten).

In vergelijking met andere landen kent Nederland op het vlak van prijsvorming van geneesmiddelen weinig regulering: voor wat betreft de bedrijfskolom is de apothekersmarge gereguleerd via de WTG; daarnaast is er de eigen bijdrage van f 2,50 per receptregel.

II. 6. Recente ontwikkelingen: aanwijzing aan het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG)

De definitieve aanwijzing aan het COTG

Op 21 april 1987 is een definitieve aanwijzing aan het COTG gezonden door de Staatssecretarissen van EZ en WVC. Deze aanwijzing beoogt een herziening van het tariefstelsel voor de aflevering van U.A.-geneesmiddelen door apotheekehoudenden. Hoofddoelen van een nieuw tariefstelsel dienden te zijn:

1. het doorbreken van de belangenparallellie in de verticale bedrijfskolom;
2. het bereiken van een zo groot mogelijke transparantie van de prijsvorming tot en met de eindprijs;
3. het voorzover mogelijk verwezenlijken van een uniforme tariefstructuur voor de ziekenfonds- en particuliere sector;
4. het bevorderen van de beheersbaarheid van de uitgaven van verbruikers voor geneesmiddelen op macro-niveau.

Voorgesteld wordt te komen tot afschaffing van het abonnement, tot een vaste vergoeding voor praktijkkosten en een honorarium per receptregel. Tevens dient de nieuwe taxe in beginsel alle beschikbare U.A.-geneesmiddelen te omvatten (een landelijke prijslijst als vergoedings- of gentaxe). Tenslotte is het belang benadrukt van het afleveren van goedkopere substitutie-producten.

In een bijlage bij dit rapport (bijlage VIII) is opgenomen de bovengenoemde brief aan het COTG met daarbij de definitieve aanwijzing.

Financiële opbrengsten van de aanwijzing

Met de verwijdering van de risicotoeslag en de spillagevergoeding is een bedrag van f 40 miljoen gemoeid in de collectieve sector.

De VNZ-voorstellen betreffen een besparing van f 35 miljoen. (Gezien de aanwijzing wordt voor de particuliere sector een opbrengst geraamd van ca 15 mln. De bespreking van de VNZ voorstellen door het COTG wordt niet voor de zomer verwacht).

Hiermee is voldaan aan de taakstelling 1987. Verder kan ten gevolge van het opnemen van alle U.A.-geneesmiddelen in de Taxe en de praktische uitwerking van de richtlijnen met betrekking tot werkelijke gemaakte inkoopkosten een prijsdrukkend effect optreden, hetgeen een verlaging van het absolute kostenniveau betekent.

HOOFDSTUK III BESPARINGSVARIANTEN

III 1. Inleiding

Het vorige hoofdstuk heeft laten zien dat op de geneesmiddelenmarkt het prijsmechanisme niet of nauwelijks functioneert. Aan de aanbodzijde bestaat een hoge mate van prijsstellingsvrijheid. Iedere schakel in de bedrijfskolom heeft belang bij een hoge prijs. Het gebruik van generieke en parallel-geïmporteerde middelen wordt ernstig belemmerd door een ongunstige infrastructuur.

Aan de vraagzijde bestaat nagenoeg geen effectieve countervailing power.

Prijsweging komt nauwelijks voor; dit geldt enerzijds op het niveau van de vaststelling van het verstrekkingenpakket (nieuwe preparaten worden als regel automatisch aan het verstrekkingenpakket toegevoegd), anderzijds op het niveau van het uiteindelijk gebruik door de consument (verstrekking in natura in de ziekenfondssector).

Een belangrijk kenmerk van het gebruik is onzekerheid. Deze onzekerheid betreft de eigen gezondheid, de behandelingsmogelijkheden en de onbekendheid daarmee, de hieraan verbonden afhankelijkheid van de zorgverlener, in casu de voorschrijver, alsook het geringe inzicht in de kosten van behandelingsmogelijkheden.

De kostenstijging waarmee de geneesmiddelensector in de afgelopen jaren werd geconfronteerd, is - ook in het licht van de kostenontwikkeling van de totale gezondheidszorg - aanzienlijk. Daarenboven zal de kostenontwikkeling van de geneesmiddelensector een stijgende tendens blijven vertonen indien het huidige open-einde karakter van deze voorziening ongewijzigd blijft. De kostenstijging wordt met name veroorzaakt door de verschuiving in het gebruik en daarnaast in toenemende mate door een volumestijging. Bovendien zullen beperkingen in het aanbod van intramurale zorg kostenstijgingen in de extramurale zorg in de hand werken. Ongewijzigd beleid impliceert een niet aflatende druk op het "kostenplafond" en een accumulatie van kostenoverschrijdingen, welke gegeven het taakstellende karakter van het FOGM zonnodig elders gecompenseerd zullen dienen te worden. De spanning ten opzichte van andere volksgezondheidssectoren zal daardoor sterk kunnen toenemen.

III 2. Uitgangspunten

Het voorgaande wijst op de noodzaak van ingrijpende maatregelen die bijdragen aan een structurele kostenbeheersing en -beperking in de geneesmiddelensector. Daarbij is duidelijk dat de huidige marktstructuur geen enkele garantie biedt om dit te bewerkstelligen. Integendeel, zeer aannemelijk is dat de gecombineerde werking van prijsstellersvrijheid bij het bedrijfsleven aan de aanbodzijde enerzijds en de onzekerheid en afhankelijkheid aan de vraagzijde anderzijds verdere ongelimiteerde kostenstijgingen in de hand zullen werken. Daarbij komt dan de rol van de overheid op dit beleidsterrein aan de orde: enerzijds is zij verantwoordelijk voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, anderzijds heeft zij eveneens de verantwoordelijkheid voor de beheersing en beperking van de kostenontwikkeling in het algemeen en dus ook voor de betaalbaarheid van deze voorzieningen in het bijzonder.

De - gesignaleerde - recente en voortgaande kostenstijgingen op dit terrein maken een ingrijpen van de overheid noodzakelijk, zowel vanuit het zorgperspectief als vanuit het kostenperspectief. Immers, kostenbeheersing en -beperking geven ook betere waarborgen voor de blijvende toegankelijkheid van de zorg voor minder draagkrachtigen. Hiermede is de legitimering van de overheidsbemoeienis vanuit het zorgperspectief gegeven. Evenzeer zijn, gegeven de zeer uitzonderlijke karakteristiek van de marktstructuur ook uit het oogpunt van de bevordering der economische mededinging correcties vereist. De vraagzijde van de markt dient op korte termijn - met zonodig diep ingrijpende - maatregelen te worden verstrekt.

De primaire verantwoordelijkheid voor het nemen van de nodige initiatieven en maatregelen berust bij de overheid. Dit betekent echter niet, dat daarmee kan worden volstaan. Het versterken van de vraagzijde van de markt zal grotere betrokkenheid van consumenten, patiënten en hun organisaties vergen. De voorschrijvende artsen vervullen - zoals overal elders in de gezondheidszorg - een sleutelrol. Ook is een meer actieve betrokkenheid van de verzekeraars nodig. Zij mogen er niet vanuit kunnen gaan, dat kostenverhoging van de verstrekkingen na zekere tijd zonder meer in premieverhoging zal kunnen worden vertaald. De overheid ontkomt er niet aan, gegeven de bestaande verdeling van belangen en marktkracht onder de betrokken partijen, in het gehele proces van structuurwijziging van de geneesmiddelenmarkt de eindverantwoordelijkheid te nemen. In de navolgende paragrafen van dit hoofdstuk worden daartoe concrete voorstellen gedaan.

De werkgroep wijst erop, dat de doelmatigheid van de te nemen maatregelen sterk afhankelijk zal zijn van de mogelijkheden, die aan de aanbieders van geneesmiddelen (i.c. primair de internationale farmaceutische industrie, alsmede de farmaceutische groothandel) gelaten worden voor het ontwikkelen van compensatoir marktgedrag in marktsegmenten, die niet door genomen maatregelen worden geraakt. De werkgroep beveelt derhalve aan ernaar te streven dat de hierna voorgestelde maatregelen voor de gehele extramurale geneesmiddelenvoorziening zullen gelden. Naast de gegeven wettelijke mogelijkheden, kunnen privaatrechtelijke regelingen met gelijke strekking daartoe dienen.

Bij de formulering van de onderscheidene varianten heeft de werkgroep de verenigbaarheid met het E.G.-recht, en de interne beleidslasten als randvoorwaarden gehanteerd. Voorts zijn (doelstellingen voor) de budgettaire opbrengsten voorzover mogelijk geraamd.

Resumerend is de centrale doelstelling van de te nemen maatregelen: verlaging van het prijsniveau en beheersing van de kostenontwikkeling van geneesmiddelen. Aandachtspunten hierbij zijn:

- a) bevordering van de marktdoorzichtigheid en markttoegankelijkheid;
- b) doorbreken van de monopolioïde posities en belangenparallielie aan de aanbodzijde;
- c) bevordering van georganiseerde marktmacht aan de vraagzijde;
- d) versterking van de prijsafweging bij de consument.

III 3. Maatregelen op het niveau van fabrikanten en importeurs

Beïnvloeding van het, in vergelijking met de overige EG-landen, hoge prijsniveau af-fabrikant/importeur, is mogelijk door middel van direct prijsbeleid, verstrekkingenbeleid gericht op prijsbeïnvloeding of maatregelen op het terrein van de marktordening.

Uit hoofdstuk II moge blijken dat er aanzienlijke verschillen bestaan in het prijsniveau van geneesmiddelen tussen Nederland en het buitenland. Vaststelling van de verkoopprijs geschiedt niet of nauwelijks op basis van de werkelijke productiekosten; prijsstijgingen worden bovendien niet gebaseerd op motieven van stijgende kosten.

Dit laatste kan aangetoond worden door de prijsstijgingen in de geneesmiddelensector af te zetten tegen de gebruikelijke indices als loonkosten, prijspeil goederenimport, de positie van de gulden ten opzichte van andere valuta, invoerprijzen ruwe olie en dergelijke.

In hoofdstuk II is ook ingegaan op de mogelijkheden en beperkingen van direct ingrijpen met behulp van de Prijzenwet en de Wet economische mededinging.

Ingrijpen via de Prijzenwet wordt momenteel nog slechts overwogen in geval van een ernstige dreiging van inflatie. Bovendien zouden zulke prijsingrepen in eerste instantie de prijsontwikkeling in plaats van het prijsniveau beïnvloeden. De huidige prijsstellingsvrijheid van fabrikanten en importeurs zou onverlet blijven. Deze prijsstellingsvrijheid geldt niet uitsluitend werkelijk nieuwe producten, maar kan door fabrikanten en importeurs ook worden benut om een bestaand middel onder een andere naam of in een nieuwe vorm of verpakking als quasi-nieuw en tegen een hogere prijs op de markt te brengen zonder dat dit iets wezenlijks toevoegt aan het verstrekkingenpakket.

Direct ingrijpen in de prijsvorming met behulp van de Wet Economische mededinging is slechts mogelijk door prijsvoorschriften op te leggen aan individuele bedrijven, indien aangetoond kan worden dat deze een machtspositie hebben die in casu door de prijsstelling met het algemeen belang strijdige gevolgen heeft. Dat dit niet eenvoudig is wordt geïllustreerd door de uitspraak in de zogenaamde Hoffman-La Roche-zaak. Indien en voorzover de hoge prijzen een gevolg zijn van prijsafspraken tussen fabrikanten onderling enerzijds en/of tussen groothandelaren/fabrikanten anderzijds kan daartegen worden opgetreden op basis van de Wet e.m., uitgaande van de veronderstelling dat deze afspraken strijdig zijn met het algemeen belang. Nader zou moeten worden onderzocht of verschillen in prijs op de markten van de verschillende EEG- staten zich laten verklaren uit activiteiten van en tussen geneesmiddelenfabrikanten die in strijd moeten worden geacht met art. 85 en 86 van het EEG-verdrag.

Noodzakelijk is een instrumentarium waarmee kan worden ingegrepen in de prijsvorming, zodanig dat dit kan bijdragen aan een verlaging van het prijsniveau en het ontstaan van prijsconcurrentie.

Mede op grond van de relevante EG-jurisprudentie en gelet ook op de aanpak van andere EG-landen, zou een effectieve inperking van de prijsstellingsvrijheid kunnen worden bereikt door:

- a) een beperking van het verstrekkingenpakket onder introductie van prijscriteria bij de beoordeling van de vraag of een geneesmiddel al of niet beschikbaar wordt gesteld ingevolge het verzekeringsstelsel van gezondheidszorg (zie par. 6);

en

- b) clustering van gelijkwaardige middelen met maximering van de vergoeding door de verzekeraars op het prijsniveau van een 'ijk-product' (zie par. 5).

Overige instrumenten, die (deels) gecombineerd kunnen worden met een systeem als onder a) en b) genoemd, zijn de centrale inkoop in de vorm van het afsluiten van leveringscontracten en inschrijvingen op tender (zie par. 6.5).

Daarbij is het overigens van belang dat de Europese Commissie de opvatting huldigt dat het niet realistisch is om de prijsvorming aan de marktkrachten over te laten zolang overheidsautoriteiten een aanzienlijk deel van de kosten van geneesmiddelen opvangen via het nationale stelsel van gezondheidszorg. De voornaamste rechtvaardiging voor prijsbeïnvloeding acht "Brussel" gelegen in de noodzaak tot beheersing van de uitgaven voor rekening van het nationale stelsel van gezondheidszorg. Opgemerkt wordt dat deze rechtvaardiging geen opgeld doet in het geval van producten die niet ingevolge dit stelsel beschikbaar zijn, te weten: zelfmedicatie-middelen en receptgeneesmiddelen die zijn opgenomen op een negatieve lijst danwel niet voorkomen op een positieve lijst van voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komende middelen.

Tenslotte is het denkbaar dat het totstandkomen van een vrije interne markt voor personen, goederen en diensten binnen de EG effect kan hebben op de prijzen af-fabriek/importeur in Nederland.

Voor geneesmiddelen valt daarbij te denken aan maatregelen op het punt van bereiding, verhandeling, toelating tot de markt en het scheppen van meer eenheid in nationale prijs- en verstrekkingenregimes.

Een uniforme Europese markt zou kunnen leiden tot een daling van de gemiddelde prijs van geneesmiddelen in Nederland met minstens zo'n vijftien percent (Nefarma-schatting), aangezien deze in West-Duitsland en Nederland tot de hoogste binnen de EG behoren. Daling tot een gemiddeld Europees prijsniveau zou in Nederland tot een daling van zo'n dertig procent leiden, hetgeen een structurele kostenbesparing zou genereren tot ca. 900 mln.

Nederland moet dus deze verdergaande harmonisering van de EG-markt krachtig trachten te bevorderen; dit moet echter worden beschouwd als een kwestie van de lange adem.

III 4. Maatregelen op het niveau van de farmaceutische groothandel

In het voorgaande hoofdstuk werd reeds signaleerd, dat de groothandelsmarge gemiddeld ruim 20% bedraagt en in vergelijking met het buitenland relatief hoog is. De brutomarge als percentage van de eindprijzen bedraagt 11% (fl. 370 mln in 1990). Het is bekend, dat de rentabiliteit van de groothandel vrijwel geheel wordt gedragen door de marge-inkomsten verkregen uit de distributie van het snellopend deel

van het gehele assortiment. Deze factor zal bij een verlaging van het prijspeil van deze geneesmiddelen aanzienlijke effecten op de rentabiliteit en de dienstverlening kunnen hebben. Bezuinigingen zijn in principe mogelijk door inkrimping van het assortiment, verlaging van servicekosten en door het inbouwen van additionele prikkels voor doelmatig inkopen door apotheekhoudenden, alsmede het doorbreken van het exclusief verkeer in de sfeer van de huidige reguliere groothandel teneinde de concurrentie te vergroten.

De groothandelaren zullen trachten om compensatie voor eventueel rendementsverlies te verkrijgen door met de industrie en importeurs te onderhandelen ter verhoging van de procentuele marges. Het is de vraag of zij hier succes kunnen boeken omdat zulks moet leiden tot prijsverhoging dan wel verdere rendementsverlaging op het niveau der fabrikanten en importeurs. Indien door de te nemen maatregelen in de sfeer van de verstrekkingen en tarieven der apotheekhoudenden voldoende druk op het eindprijsniveau ontstaat, zal de ruimte voor margeverhogingen door de groothandel beperkt zijn.

Vergaande maatregelen tot margeverlaging bij de groothandel kunnen zijn het (gedeeltelijk) overnemen van de groothandelsfunctie door de overheid of de ziektekostenverzekeraars enerzijds of het in sterkere mate reguleren van (de tarieven van) de groothandel, bijvoorbeeld door het onder de WTG brengen, anderzijds. Daarbij kan worden bedacht dat op dit moment Nederland het enige land in de EG is, dat op geen enkele wijze regulering van de groothandelsmarge kent.

Het onder de WTG brengen van de groothandel (D3 van het Besluit werkingssfeer WTG) zou mede kunnen geschieden op basis van de door de landelijk opererende farmaceutische groothandel zelf gehanteerde stelling met betrekking tot hun functie, te weten: "het in voorraad hebben en distribueren van alle geregistreerde geneesmiddelen, hoge afleverfrequentie en -snelheid, brede dienstverlening, voorraadbeheer en dergelijke". Via de WTG kunnen de groothandelsmarges worden gelimiteerd of kunnen criteria worden ontworpen in de vorm van COTG-richtlijnen, met inachtneming waarvan de verzekeraars en groothandel over de marges kunnen onderhandelen.

Als bijkomende voordelen kunnen worden genoemd:

- via een margecomponent kan de distributie, dan wil zeggen snelheid en frequentie van aflevering, worden genormeerd;
- kostenstructuur en rendement kunnen aan maxima worden onderworpen;
- minder direct financieel gewin van apothekers bij het reguleren van de rendementen van de groothandel.

Nader te formuleren randvoorwaarden hebben voornamelijk betrekking op het al dan niet volledig gesorteerd (moeten) zijn, kwaliteitsaspecten, acceptabel rendement en dergelijke.

Indien via overheidsmaatregelen het gebruik van goedkoper(e) producten wordt gestimuleerd zal de positie van de groothandel minder vrij kunnen zijn dan hij momenteel is. Op het risico van pogingen tot compensatie van dreigend rendementsverlies door verhoging van procentuele marges ter dekking van in geld gelijkblijvende (te) hoge distributiekosten is hierboven reeds gewezen. Bovendien dienen - anders dan nu het geval is - alle leveranciers hun producten via de groothandel te kunnen leveren. Het huidige assortiment is beperkt tot de geneesmiddelen, die door de reguliere fabrikanten en importeurs worden geleverd. Dit vormt een belemmering voor de bevordering van prijsconcurrentie. Het beleid ware te richten op directe (wettelijke) danwel indirecte beperking van maximale groothandelsmarges, waarbij gedacht kan worden aan een niveau dat ongeveer correspondeert met de niveaus in Denemarken, Frankrijk, de USA en Zweden (zie tabel in hoofdstuk II). De op-

brengrst van kostenbeheersende maatregelen kan worden geraamd op 10-20% van de bruto groothandelsmarge, zijnde fl. 40-75 mln. Deze kostenverlaging zal naar verwachting rechtstreeks doorwerken in het niveau van de eindprijzen.

III 5. Maatregelen op het niveau der apotheekhoudenden

5.1. Wijziging tariefstuctuur

De operationalisering van het in het vorige hoofdstuk nieuw voorgestelde tariefstelsel (voorgenomen aanwijzing ex art. 14 WTG, 16 februari 1987, nr. HGB/VTa 36693) heeft drie belangrijke structurele gevolgen voor de geneesmiddelenmarkt.

In de eerste plaats wordt hiermede bereikt, dat de ontwikkeling van de geneesmiddelenprijzen niet langer doorwerkt in de marges van apotheekhoudenden voor de aflevering van geneesmiddelen. Ook de "uitpond-toeslagen" op de aflevering van geneesmiddelen uit grootverpakkingen aan verbruikers komen te vervallen. Hiermede wordt het huidig belang van de apotheekhoudenden bij handhaving van een hoog prijsniveau voor geneesmiddelen geëlimineerd.

In de tweede plaats wordt een einde gemaakt aan de situatie, waarin door leveranciers in een aantal deelmarkten aan apotheekhoudenden hoge inkoopkortingen op lijstprijzen worden gegeven (margeconcurrentie), terwijl de vergoedingen aan de apotheekhoudenden zijn gebaseerd op forfaitaire taxeprijzen. De door de apotheekhoudende werkelijk betaalde transactieprijs is dan lager dan de door hem ontvangen vergoeding, gebaseerd op de lijstprijs. In het rapport-Wierenga wordt de opbrengst van deze marge-concurrentie voor apotheekhoudenden geschat op f 70-150 mln (1984). De genomen maatregel in het nieuwe tariefstelsel betekent dat deze bedragen niet langer als kortingen zullen worden gegeven (de transactieprijzen zullen gelijk zijn aan de lijstprijzen) en dus voortaan bij de leveranciers blijven "zitten". De meest betrokken deelmarkten, waarin margeconcurrentie een zwaar mededingingsinstrument is, zonder dat genoten prijsvoordelen aan verbruikers worden doorgegeven, zijn bekend. Deze deelmarkten kunnen prioritair in aanmerking worden gebracht voor een restrictief verstrekkingenbeleid, waarin alleen de goedkoopste producten per homogene groep worden verstrekt of vergoed door de verzekeraars. Op deze wijze kunnen de betrokken bedragen alsnog dienen ter verlaging van het prijspeil in deze deelmarkten.

In de derde plaats levert het nieuwe tariefsysteem door zijn eenvoud een grote bijdrage aan de transparantie van de geneesmiddelenmarkt. De vaste opslag per receptregel maakt immers de leveranciersprijs van het geneesmiddel en de distributiekosten onmiddellijk zichtbaar. Dit effect kan worden versterkt door het opleggen van de verplichting aan apotheekhoudenden om de taxen voor het publiek ter inzage gereed te leggen en door de taxen, eventueel in verkorte vorm, aan voorschrijvende artsen ter beschikking te stellen, bijvoorbeeld als bijlage bij het Farmacotherapeutisch Kompas. Ook de prijsoverzichten in het Kompas moeten worden aangepast.

Het stimuleren van de prescriptie, en - in het verlengde daarvan - van de aflevering van goedkopere geneesmiddelen, die voor wat betreft hun werkzaam bestanddeel en qua farmaceutische vorm (nagenoeg) identiek zijn aan een duurder produkt, is een belangrijk instrument ter bevordering van kostenbeheersing en van prijsconcurrentie. In het nieuw voorgestelde tariefstelsel wordt een dergelijke stimulans hiervoor gewenst geacht; het COTG beraadt zich hierop.

De financiële opbrengst van de gegeven aanwijzing is reeds in hoofdstuk II.6 genoemd.

5.2. Deregulerings-variant

In het rapport "De Nederlandse geneesmiddelenmarkt in observatie" wordt geconcludeerd dat de hoge distributiekosten voor geneesmiddelen in belangrijke mate worden veroorzaakt door het ontbreken van prijsconcurrentie tussen ondernemingen in het distributiekanaal; het probleem zit vooral - aldus de samenvatting van het rapport - op het detailhandelsniveau: de apotheker. Dit ontbreken van concurrentie is een direct gevolg van het vigerende vergoedingensysteem.

De huidige Nederlandse apotheek vormt een combinatie van een organisatie ten behoeve van de volksgezondheid en een commerciële onderneming met winstdoelstelling.

Bij de huidige vergoedingenregeling heeft de apotheker in principe geen enkele prikkel om ten behoeve van zijn afnemers lagere inkoop-prijzen te bedingen. Ook kan hij de voordelen van efficiënter werken dan zijn collega's niet doorgeven aan zijn afnemer, zodat deze daardoor een direct 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. Ook de geringe dichtheid van apothekers (1300 in heel Nederland) en het nauwelijks hanteren van marketinginstrumenten 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 versterkt door de huidige verplichte 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 ten opzichte van de afnemers.

Een mogelijkheid om tot lagere prijzen te komen zou deregulering en deinstitutionalisering van de detailhandelsschakel kunnen zijn. 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 met betrekking tot de te voeren producten. Aan te nemen valt dat in deze situatie apotheken meer nadruk zullen leggen op het afleveren van zelf-medicatione producten. 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 produkten, zodanige overheidsvoorschriften van kracht blijven dat de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is. Juist nu de produkten 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 produkten direct betalen. Aangezien dit nu een beperkt percentage is (10%)*, zijn daarnaast prikkels nodig voor hen die de produkten vergoed krijgen (via ziekenfonds of particuliere verzekering). De eerste prikkel wordt gevormd doordat de consument zelf moet afrekenen (met deklaratie daar-

* Van de ca. 30% particulier verzekerden heeft ca. 70% de huisarts/geneesmiddelen meeverzekerd. 10% van het totaal aantal consumenten betaalt dus zelf (rapport Wierenga).

na). Daarnaast zou een systeem kunnen worden gehanteerd waarbij de prijs voor een groot deel wordt vergoed. Hierbij kan zonodig een maximum worden ingebouwd voor chronisch zieken (zie paragraaf 9). 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.

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 hun onderhandelingspositie tegenover de fabrikanten versterkt. De huidige OPG bijvoorbeeld, 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').

Als belangrijk tweede-orde-effect mag dan ook worden verwacht dat er een markt-tegenwicht ten opzichte van de fabrikanten ontstaat, gepaard gaande met daling van de fabrikantenprijzen en de groothandelsmarges.

Het rapport signaleert, dat een volledige deregulering van de detailhandelschakel uiteraard niet van de ene op de andere dag kan worden geëffectueerd. Een aantal stadia van uitvoering is nodig, waarbij zorgvuldigheid is vereist vanwege de noodzakelijke kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Diverse wijzigingen van wettelijke regelingen zullen nodig zijn. Het gaat hier om een lange termijn optie.

Indicaties van de budgettaire effecten van deze deregulerings-variant zijn moeilijk te geven, niet op korte termijn realiseerbaar en niet of nauwelijks door de overheid af te dwingen. Desondanks zou deze variant op langere termijn een interessante optie kunnen zijn. De werkgroep beveelt daarom aan, dat de mogelijkheden tot deregulering van de apotheekfunctie in het kader van de huidige wettelijke regelingen nader in studie worden genomen.

III 6. Beperking van het verstrekkingenpakket

6.1. Inleiding

Een forse aanpak van het verstrekkingenbeleid kan leiden tot meer evenwicht in de vraag- en aanbodverhoudingen in de geneesmiddelenmarkt. De monopolioïde en oligopolioïde positie van de internationale en innoverende industriële ondernemingen in de onderscheidene relevante deelmarkten moet worden geconfronteerd met een evenwaardige structuur aan de vraagzijde. Daarbij moeten het behoeftecriterium en het prijs-criterium in het verstrekkingenbeleid als uitgangspunten worden gehanteerd. Het gaat hierbij niet alleen om beheersing van kosten, maar ook om de bevordering van negatieve prijselasticiteit (prijsverlaging gaat gepaard met een groter marktaandeel).

Als behoeftecriterium kunnen de volgende toetsen dienen:

- a) geen behoefte bestaat aan verstrekking van geneesmiddelen waarvoor, vanuit het oogpunt van bijwerkingen en therapeutische werkzaamheid bij de geregistreerde indicaties, reeds een of meer equivalente of betere geneesmiddelen in het verstrekkingenpakket zitten;
- b) geen behoefte bestaat aan verstrekking van geneesmiddelen, indien deze zonder tussenkomst van de voorschrijvende arts bij apotheekhoudenden of andere afleveraars en detail kunnen worden betrokken (zelfmedicatie-geneesmiddelen).

Als prijs criterium kan dienen dat een geneesmiddel niet - of niet volledig - voor rekening van de verzekeraar wordt verstrekt, wanneer de prijs hoger is dan die van een identiek, of een therapeutisch equivalent te achten geneesmiddel, dat reeds in het verstrekkingenpakket is opgenomen.

In dit systeem bepaalt de prijs van het ijkproduct of een equivalent product al dan niet tegen volledige vergoeding in het verstrekkingenpakket wordt opgenomen. Is de prijs van het equivalente product hoger dan de ijkprijs, dan wordt het equivalente product niet volledig vergoed, dan wel uitgesloten van verstrekking. Deze systematiek leidt derhalve tot beperkte vergoeding of beperkende lijsten op grond van prijsoverwegingen.

De prijsvorming van geneesmiddelen die uit prijsoverwegingen zijn uitgesloten van verstrekking, is uiteraard volledig vrij van overheidsbemoeienis. Bij eventueel gebruik van deze middelen betaalt de consument de volle prijs zelf. De hiermee verbonden kosten hebben betrekking op middelen die niet krachtens het verzekeringsstelsel van gezondheidszorg beschikbaar worden gesteld.

Bij prijsvergelijking kan worden uitgegaan van farmaceutische of therapeutische equivalentie. Ingeval van farmaceutische equivalentie gaat het om geneesmiddelen die identiek zijn van samenstelling naar therapeutisch actieve bestanddelen en farmaceutische vorm.

Indien het eerste alternatief wordt toegepast betekent dit dat geneesmiddelen automatisch in het pakket blijven opgenomen en volledig worden vergoed, tenzij een farmaceutisch identiek en goedkoper vervangingsmiddel beschikbaar is. Het begrip "therapeutische equivalentie" is ruimer. Van farmaceutische equivalentie hoeft geen sprake te zijn. Bij toepassing van dit alternatief wordt het vermogen van een geneesmiddel beoordeeld om een bepaalde ziekte te behandelen tegen bepaalde kosten. Dit vergt kosten-batenstudies waarbij alternatieve behandelingsmogelijkheden op prestatie en prijs met elkaar worden vergeleken.

In beide alternatieven wordt de prijs in verhouding tot de kwaliteit van essentiële betekenis bij de vaststelling en periodieke herijking van het verstrekkingenpakket. Dit kan deelmarktgewijs plaatsvinden. Duidelijk is dat ten opzichte van een benadering volgens farmaceutische equivalentie de benadering volgens therapeutische equivalentie een sterkere beperking van het pakket en in beginsel ook een gunstiger kosten-batenverhouding oplevert.

Onderkend wordt dat de ontwikkeling van methoden voor kosten-batenanalyses geen eenvoudige zaak is. Als eerste stap kan in de beginfase worden uitgegaan van prijsvergelijking op basis van farmaceutische equivalentie. In een later stadium kan worden overgeschakeld op prijsvergelijking op basis van therapeutische equivalentie.

Effecten op bestaande middelen

Allereerst wordt gezien welke effecten zullen optreden ten aanzien van bestaande middelen. Op korte termijn zal toepassing van het prijs criterium leiden tot een daling van het prijsniveau. Leveranciers van relatief hoog-geprijsde producten zullen ofwel hun prijzen handhaven

en het risico nemen van relatieve verlaging van het vergoedingenniveau of schrapping uit het verstrekkingenpakket, ofwel hun prijs verlagen teneinde zulks te voorkomen. Uit oogpunt van kosten voor het stelsel van gezondheidszorg is dit hoe dan ook winst.

Hiertegenover is het niet onmogelijk dat aanbieders van relatief laaggeprijsde producten hun prijzen zullen willen verhogen tot het ijk-prijsniveau. De mate waarin 'omhoogliften' optreedt, is op te vatten als verlies. Duidelijk is dat het nettoresultaat in hoge mate afhankelijk is van het prijsniveau van het te verkiezen ijkproduct. Hoe lager de ijkprijs, hoe hoger de netto-besparing. De besparing is het grootst wanneer het goedkoopste product tot ijkproduct wordt bestempeld. Dit product dient dan wel gemakkelijk verkrijgbaar te zijn; opnemng daarvan in het assortiment van de farmaceutische groothandel is derhalve vereist (zie par. 4).

Voor het effect op de langere termijn is relevant of activering van het prijselement een permanente invloed zal hebben op prijsniveau en prijsontwikkeling op de geneesmiddelenmarkt.

Op een 'normale' markt is het zo dat wanneer een fabrikant zijn omzet wil vergroten, hij zijn prijs kan verlagen. De concurrentie kan uit vrees voor omzetverlies dit voorbeeld volgen. Het prijsniveau op de desbetreffende markt ondergaat een daling.

De geneesmiddelenmarkt laat thans het spiegelbeeld zien. Gegeven de min of meer vastliggende vraag - mede gegarandeerd door het open-eindkarakter van het verstrekkingenbeleid voor wat betreft de prijs - kan een fabrikant zijn omzet vergroten door middel van prijsverhoging. De concurrentie volgt in voorkomende gevallen. Een over-all-stijging van het prijsniveau op de desbetreffende deelmarkt is het gevolg. Aan de andere kant geldt dat de aanbieder geen belang heeft bij een prijsverlaging, aangezien dit in het algemeen omzetverlies tot gevolg heeft. Belangrijk is dat juist dit mechanisme in de voorgestane systematiek wordt doorbroken. De leverancier die in de toekomst zijn prijs wil verhogen, riskeert omzetverlies door de mogelijkheid van relatieve verlaging van het vergoedingenniveau (dus - eventueel hogere - bijbetaling door de verzekerde) of schrapping uit het verstrekkingenpakket. Prijsstijging zal leiden tot vraaguitval door de interventie van de 'verstrekker', belichaamd door overheid en/of gezamenlijke verzekeraars*.

Aan de andere kant bevat het systeem de mogelijkheid om wanneer een leverancier een prijsverlaging aanbiedt, dit aanbod te beantwoorden met een ijkprijsverlaging. Dit brengt de desbetreffende aanbieder in een sterkere marktpositie. Concurrentie die niet meegaat of kan meegaan met een prijsverlaging, riskeert schrapping uit het verstrekkingenpakket en daarmee vraaguitval en omzetverlies.

Bij het voorgaande past een drietal kanttekeningen.

1. Geven het feit dat het merendeel van het nederlandse gebruik uit buitenlandse producten bestaat, ligt het voor de hand de ontwikkeling van het ijkprijsniveau mede te bezien aan de hand van de ontwikkeling van het invoerprijsniveau. Bovendien moeten indices voor de algemene prijsontwikkeling in Nederland zelf hierbij worden betrokken.

* Zie H.W. de Jong, ed.: The structure of European Industry, 1981, hoofdstuk VIII Competition and economic power in the pharmaceutical industry. pg. 209-235

2. Onderkend wordt dat de voorgestane systematiek tekort schiet wanneer alle aanbieders op een bepaalde deelmarkt hun prijzen willen verhogen. In voorkomende gevallen kan aanvullend beleid uit hoofde van de Wet economische mededinging noodzakelijk zijn. Ook kan centrale inkoop (zie par. 6.5) hier een oplossing zijn.
3. Onderkend wordt dat hanteren van het prijscriterium in het verstrekkingenbeleid minder effectief is naarmate een bepaalde deelmarkt gekenmerkt wordt door een hoge concentratiegraad en/of de afwezigheid van generieke producten. Op dit soort deelmarkten ligt het accent op de toepassing van het behoefte-criterium. Hiernaast kan juist voor dit soort deelmarkten periodieke prijsvergelijking met omringende landen nuttig zijn; zulks onder andere met het oog op de mogelijkheden van parallel-import. Een en ander neemt niet weg dat de toepassing van een prijscriterium voor dit soort deelmarkten van geen of geringe betekenis is.

Effecten op nieuwe middelen

Ten aanzien van nieuwe middelen kan het volgende onderscheid worden gemaakt:

- a. Nieuwe middelen die uit therapeutisch oogpunt geen verbetering (of verslechtering) inhouden en worden aangeboden tegen een prijs die lager is dan de prijs van het ijkproduct op de desbetreffende deelmarkt.
- b. Nieuwe middelen die uit therapeutisch oogpunt geen verbetering inhouden en worden aangeboden tegen een prijs die hoger is dan de prijs van het ijkproduct op de desbetreffende deelmarkt.
- c. Nieuwe middelen die uit therapeutisch oogpunt een wezenlijke verbetering betekenen.

Ad a.

Deze middelen worden zonder meer toegelaten tot het verstrekkingenpakket. Hierbij bestaat de mogelijkheid om het nieuwe middel te bestemmen tot ijkproduct. Deze situatie is vergelijkbaar met die waarin een aanbieder van een bestaand middel zijn prijs verlaagt (tot) onder het ijkprijsniveau. Bestempeling tot ijkproduct van het nieuwe middel vergroot de omzetmogelijkheden van de desbetreffende aanbieder. Aldus bevordert de voorgestane systematiek de ontwikkeling van (quasi-) nieuwe, goedkopere middelen.

Ad b.

Deze middelen worden niet volledig vergoed of niet toegelaten tot het verstrekkingenpakket. Dit impliceert een ingrijpen op de verschuiving van goedkopere naar duurdere middelen (substitutie-effect).

Ad c.

In deze systematiek worden middelen met een betere therapeutische werking niet zoals thans tegen elke prijs in het verstrekkingenpakket opgenomen. Voorwaarde is immers dat sprake moet zijn van een gunstiger kosten-batenverhouding ten opzichte van al bestaande behandelingsmogelijkheden. In vergelijking met de huidige praktijk betekent dit dat niet uitsluitend de kwaliteit wordt beoordeeld. Doorslaggevend wordt de prijs-kwaliteitverhouding van het nieuwe middel in vergelijking met reeds bestaande behandelingsmogelijkheden. Een dergelijke toetsing van nieuwe middelen zal eveneens afbreuk doen aan het substitutie-effect.

In concluderende zin kan worden vastgesteld dat expliciete toepassing van prijscriteria een nuttige bijdrage kan leveren aan het streven naar kostenbeheersing en de bevordering van prijsconcurrentie in de

geneesmiddelensector, zij het onder bepaalde omstandigheden en voor een niet onaanzienlijk aantal deelmarkten met een overall-tendentie tot prijsstijging en deelmarkten die worden gekenmerkt door een hoge concentratiegraad en/of afwezigheid van generieke producten. Hiernaast moet worden opgemerkt dat de ontwikkeling van het instrument van prijscriteria tijd van uitwerking vergt. Dit geldt met name de criteria en methoden voor kosten-batenanalyse die in het vlak van therapeutische equivalentie dienen te worden ontwikkeld.

6.2. Beleidsuitvoering

De operationalisatie van hantering van het prijs- en behoeftecriterium impliceert dat een op de wet gebaseerde procedure wordt geschapen voor de toegang van geneesmiddelen tot de verstrekking voor rekening van de sociale ziektekostenverzekering.

Bovendien zullen prijsmutaties voor toegelaten geneesmiddelen moeten worden aangemeld.

Teneinde compenserend prijsgedrag van de leveranciers door prijsverhogingen in de particuliere sector tegen te gaan, verdient het aanbeveling dat de particuliere verzekeraars zich bij een regeling in deze zin aansluiten.

Voor het totstandkomen van een flexibel en doelmatig verstrekkingen-beleid is de oprichting van een uitvoeringsorgaan nodig. Het initiatief daartoe kan uitgaan van overheid en ziektekostenverzekeraars tezamen. Dit orgaan kan zowel de kwalitatieve clustering en selectie van het ijkprodukt (definiëren van gelijkwaardigheid van preparaten), de prijs-prestatie vergelijkingen en het volgen van de prijsontwikkelingen voor zijn rekening nemen. Hiervoor zal een multidisciplinaire, wetenschappelijke en onafhankelijke aanpak nodig zijn. Voor de implementatie van het beleid worden in de navolgende paragrafen drie te onderscheiden varianten beschreven, te weten een ijkprijs vergoedingen-systeem, een systeem van beperkende lijsten en een systeem van centrale onderhandeling/inkoop.

6.3. Ijkprijsvergoedingen-systeem

In paragraaf 5.1. van dit hoofdstuk werd reeds het belang aangeduid van het stimuleren van prescriptie en aflevering van goedkopere geneesmiddelen. Dit kan geschieden door het inbouwen van een marge voor de apotheekhoudende in het tariefsysteem, gekoppeld aan een herstructurering van de vergoedingen in het verstrekkingensysteem. Uitgangspunten bij zo'n systeem zijn dat de consument een reële vrijheid heeft bij de keuze voor een geneesmiddel enerzijds en de apotheekhoudende anderzijds, opdat betere mogelijkheden tot prijs- en/of kwaliteitsconcurrentie worden geschapen. Daarnaast moet gekomen worden tot afschaffing van het automatisme waarbij iedere verandering van de inkoopprijs van apothekers leidt tot wijziging van de vergoeding van het geneesmiddel door verzekeraars.

In het huidige systeem is deze vergoeding van apotheekhoudenden in principe hun inkoopprijs. De hoogte van de vergoeding door de verzekeraar wordt dus in wezen bepaald door de eerste schakel in de bedrijfskolom.

Vervolgens moet het vergoedingssysteem leiden tot een uniforme tariefstructuur voor de ziekenfonds- en particuliere sector en tot een volledige markttoegankelijkheid voor goedkope(re) kwalitatief gelijkwaardige preparaten.

Uitgegaan wordt van het bestaan van concurrerende producten en van een vrije toetreding van deze concurrerende (specialité-vervangende) merkloze generieke preparaten. Voor een aantal deelmarkten (waar sprake is van verlopen octrooien) is dit zeker het geval. Alle toegelaten geneesmiddelen dienen daartoe in één uniforme Taxe te worden opgenomen, zodat de huidige institutionele belemmeringen zijn weggenomen. Teneinde prijsconcurrentie en prijsdoorzichtigheid te bevorderen zouden zij op generieke naam dienen te worden gesteld waardoor automatisch een zekere clustering van onderling substitueerbare producten plaatsvindt.

Indien de preparaten welke onderling substitueerbaar zijn op voornoemde wijze worden gegroepeerd, kan per cluster één 'ijkprijs' voor de vergoeding aan apothekhoudenden worden vastgesteld.

Bij aflevering van goedkopere producten is de marge voor de apothekhoudende (of een deel daarvan) een premie voor "goed koopmanschap"; als een product wordt verstrekt dat duurder is dan de ijkprijs moet het verschil door de consument worden bijbetaald. Op deze wijze worden prikkels ingebouwd ter bevordering van substitutie naar goedkopere middelen. De doelmatigheid van deze prikkels kunnen worden verhoogd door deze niet of niet volledig te betrekken in de doelstellingen van het norminkomensbeleid. Indien de prikkels inderdaad leiden tot kostenverlaging is er geen reden om een hoger feitelijk inkomen dan het "norminkomen" per definitie af te wijzen.

Voorts moet exact gedefinieerd worden welke producten gelijkwaardig zijn. In het aanvangsstadium zou van farmaceutisch identieke producten uitgegaan kunnen worden. In een later stadium zou een en ander kunnen worden uitgebreid naar therapeutisch gelijkwaardige producten. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van bestaande expertise (Farmacotherapeutisch Kompas), de Commissie Voorlichting Prijzen Geneesmiddelen te Arnhem, de formularia van intramurale instellingen en buitenlandse transparantielijsten (bv. Duitsland en Frankrijk). Het vaststellen van de gelijkwaardigheid zou kunnen geschieden door een commissie van onafhankelijke deskundigen*.

Aan de vaststelling van clusters, ijkproducten en maximale vergoedingen kan een financiële taakstelling gekoppeld worden (zie IV.5). In de komende jaren verlopen veel octrooien waardoor bepaalde specialité's hun exclusieve positie verliezen. Teneinde het volslagen indiffferent zijn van consument en voorschrijver bij de keuze van het geneesmiddel te doorbreken, zou de huidige 'medicijnknaak' omgebouwd kunnen worden naar een gedifferentieerd eigen bijdragesysteem. Dit systeem houdt in dat de consument geen eigen bijdrage betaalt als de prijs van het product lager danwel gelijk is aan die van het ijkproduct. Via polisvoorwaarden en dergelijke dienen alle verzekeraars hierbij aan te sluiten. De voordelen zouden dan kunnen zijn: - dat de medicijnknaak kan verdwijnen** - de vergoeding van apothekhoudenden niet meer automatisch omhoog gaat als de inkoopprijs van het geneesmiddel toeneemt; - substitutie naar duurdere middelen wordt afgeremd; - en dat er druk op de voorschrijvende arts én apothekhoudenden ontstaat om zo goedkoop mogelijk voor te schrijven/af te leveren. Dit systeem houdt in dat de consument een eigen bijdrage betaalt als de

* Hoewel het voor de hand ligt hier te denken aan de Centrale Medisch-Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad, dient te worden opgemerkt dat de leden van deze commissie door betrokken partijen worden aangewezen en dat ook Nefarma daarin is vertegenwoordigd.

** Dit verlaagt de opbrengst in de ziekenfondssector met f 120 mln. (zie par. 9).

prijs van het product hoger is dan die van het ijkproduct. De bijbetaling is dan gelijk aan de overschrijding daarvan. Dit systeem kan zowel in de vorm van verstrekking in natura, als in de vorm van restitutie worden uitgevoerd.

Overigens ligt het voor de hand, om naast het restitutiesysteem waarbij de verzekerde eerst zelf betaalt, de mogelijkheid van betalingsovereenkomsten tussen financiers en apotheekhoudende nader te beschouwen. Ook vindt er in dit systeem dus geen uitsluiting in de verstrekking plaats, uitzonderingen (zoals bijvoorbeeld zelfmedicatiepreparaten) daargelaten.

Dit ijkprijs-vergoedingensysteem is min of meer vergelijkbaar met het systeem dat in de Verenigde Staten wordt gehanteerd. In dit systeem moeten in de apotheek de prijsverschillen met de ijkprijs worden vastgesteld met het oog op de te betalen eigen bijdragen. Deze prijsverschillen variëren per product en zijn ook in de tijd gezien aan verandering onderhevig. De marktpositie van de aanbieder van het ijkproduct is in dit systeem minder sterk dan in het geval van de beperkende lijsten (zie de volgende paragraaf). Hij krijgt immers geen beschermende exclusiviteitspositie. Overigens zou ervoor gewaakt kunnen worden de in de V.S. optredende bezwaren zoveel mogelijk te voorkomen en/of te elimineren.

Tenslotte kan - evenals in het systeem van de beperkende lijsten - de opwaartse druk op het (ijk)prijsniveau per deelmarkt op zichzelf blijven bestaan. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat het positieve effect van omzetverschuivingen ten gunste van relatief laaggeprijsde producten, teniet kan worden gedaan door een mogelijke algehele opwaartse verschuiving van het prijsgebouw.

Bij het stimuleren van het voorschrijven en verstrekken van goedkoper(e) producten, komt ook het zogenaamde substitutierecht van de apotheekhoudende aan de orde. Aan de apotheker zouden ruimere mogelijkheden kunnen worden gegeven om het door de arts in het recept genoemde product te vervangen door een ander (goedkoper) gelijkwaardig product. Het prijsvoordeel daarvan zou dan wel ook aan de consument ten goede moeten komen, hetgeen in het huidige systeem niet gegarandeerd is. Overigens kunnen wettelijke belemmeringen voor meer substitutievrijheid (met name het merkenrecht) wellicht worden opgeheven, andere belemmeringen, zoals merkentrouw bij de chronisch gebruikers, zijn moeilijker te overwinnen. Een directe confrontatie van de consument met de prijs en prijsverschillen - door middel van een restitutie-systeem (zie par. 9) - zou hiertoe kunnen bijdragen. Tenslotte past hier de kanttekening dat de mogelijkheid tot substitutie van duurdere geneesmiddelen (meestal specialité's) door goedkopere (generieke) preparaten, beperkt blijft tot een overigens toenemend deel van de producten waarvan de octrooien zijn verlopen.

6.4. Systeem van beperkende lijsten

De hantering van beperkende lijsten (ijkprijs-verstrekkingensysteem) impliceert het bevorderen van de substitutie van duurdere naar goedkopere producten. De professionele en maatschappelijke acceptatie daarvan hangt in belangrijke mate mede af van de opheffing van beperkende factoren, zoals die in het rapport-Wierenga worden aangegeven. Het gaat hier met name om weerstanden bij artsen en apothekers, berustend op geringer vertrouwen in de kwaliteit van goedkopere producten

zoals generica en parallel import geneesmiddelen (therapeutische gelijkwaardigheid, niet-constant product-uiterlijk, niet gegarandeerde, trage levering).

Een verdergaande beperking van de soorten te verstrekken geneesmiddelen kan worden gerealiseerd door het uitsluiten van verstrekking van producten, die bestemd zijn voor toepassing bij ziektebeelden, die geen ernstig of duurzaam karakter hebben.

Een doelmatig verstrekkingenbeleid vereist, dat prijspeil en prijsmutaties zorgvuldig worden gevolgd. In het bijzonder dient te worden gelet op de prijsontwikkeling van de groep geneesmiddelen met de grootste omzetten. Het ontwikkelen van een landelijk peilsysteem ter meting van relevante parameters (prijzen, volumina, substitutie-effecten) is derhalve noodzakelijk. Het gaat hierbij zowel om de ziekenfondssector, als om de particuliere sector.

Bovendien verdient het aanbeveling, dat voor het extramurale verstrekkingenbeleid (bij voorkeur zowel voor de collectieve als voor de particuliere verzekeringssector) een taakstellende budgettering wordt ingevoerd, waaraan het gevoerde verstrekkingenbeleid kan worden getoetst.

6.5. Centrale onderhandeling/inkoop

De eerder in dit hoofdstuk geëtaleerde hantering van beperkende lijsten van geneesmiddelen kan worden gecombineerd met een systeem van centrale onderhandeling of inkoop om prijsconcurrentie tussen leveranciers verder te stimuleren en te benutten. Het systeem van beperkende lijsten hoeft op zich niet te leiden tot belangrijke verlaging van het prijsniveau in enkele belangrijke deelmarkten, die worden gekenmerkt door de afwezigheid van generieke producten, een snelle groei vertonen, of een hoge concentratiegraad kennen. Voorbeelden daarvan zijn gegeven in het Wierenga-rapport.

De Ziekenfondsraad heeft in zijn advies van 28 april 1983 en zijn aanvullend advies van 23 augustus 1984 onder meer de mogelijkheden onderzocht van een centraal geleide invloed op de inkoop van geneesmiddelen. In dat advies wordt geconcludeerd, dat het E.G.-recht "een belangrijke doch niet onoverkomelijke drempel voor een centraal geleid inkoop- of onderhandelingsstelsel kan zijn". Voor verenigbaarheid met art. 30 van het EG-Verdrag blijkt uit de EG-jurisprudentie dat met name de volgende randvoorwaarden van belang zijn:

- discriminatie naar de oorsprong van producten is niet geoorloofd;
- uitsluiting van inkoop of onderhandeling mag slechts geschieden op grond van objectieve controleerbare criteria, zoals verkrijgbaarheid op de markt van andere minder dure producten met een zelfde therapeutische werking, het feit dat het producten betreft die zonder doktersvoorschrift vrijelijk worden verhandeld of producten die worden uitgesloten op farmacotherapeutische, en uit hoofde van bescherming van de volksgezondheid gerechtvaardigde gronden.

Met betrekking tot de verenigbaarheid met de Europese concurrentieregels staat voorshands niet vast of een systeem van centrale onderhandeling en -inkoop al dan niet strijdig is met de artt. 85 en 86 van het Verdrag. Aan te nemen valt dat een dergelijk systeem, voor zover dit leidt tot overeenkomsten tussen ondernemingen of onderling afgestemd feitelijk gedrag, zal vallen onder het kartelverbod van art. 85 lid 1, doch mogelijk zou door de Europese Commissie een ontheffing verleend kunnen worden op basis van art. 85 lid 3. Er dient dan wel aan een aantal voorwaarden te worden voldaan; onder andere zullen de concurrentie-beperkingen niet verder mogen gaan dan strikt noodzakelijk is om de beoogde voordelen te bereiken, en dient er voldoende rest-mededinging over te blijven.

Een en ander betekent dat verenigbaarheid met de Europese concurrentieregels in sterke mate afhankelijk is van de uitvoering die aan een dergelijk systeem gegeven zal worden. Volgens de E.G. jurisprudentie ter zake mag een overheid geen maatregelen nemen die aan de artt. 85 en 86 hun nuttige functie ontnemen. Het tijdig contact opnemen met de Europese Commissie over deze materie is dan ook aangewezen.

Voortbouwend op de gedachtengang, welke in de voorgaande paragraaf is ontwikkeld, zou aan het daarin genoemde uitvoerend orgaan kunnen worden opgedragen om de centrale inkoop terhand te nemen van geneesmiddelen, die voor ziekenfondsrekening worden verstrekt. Zulks kan geschieden door inschrijving open te stellen op tender. Aan die - centraal in te kopen - geneesmiddelen zijn nadere eisen te stellen omtrent product en productinformatie, presentatie en toepassingsmogelijkheden. Ook kan opname van een geneesmiddel in het verstrekkingenpakket afhankelijk worden gesteld van het bereiken van overeenstemming in prijsonderhandelingen tussen de aanbieder en het uitvoeringsorgaan. Hierbij zal dan een keuze worden gemaakt uit concurrerende aanbiedingen. De goedkoopste aanbieder zal daarmee gedurende een overeengekomen periode een exclusieve positie in de betreffende deelmarkt kunnen verwerven met betrekking tot de vergoeding van zijn product door verzekeraars.

Aan de apotheekhoudenden en de landelijk opererende reguliere groothandelaren zou ter garandering van de beschikbaarheid een wettelijke plicht dienen te worden opgelegd tot het ten allen tijde voorhanden hebben en het afleveren op eerste verzoek van de betrokken producten. Compenserend prijsgedrag van de industrie zonder gevolgen voor de ziekenfondsverzekering kan echter alleen worden uitgesloten, indien het verstrekkingenpakket zodanig wordt samengesteld, dat de huisarts bij zijn normale praktijkvoering voldoende keuzemogelijkheden heeft. Het zal daarbij kunnen gaan om een formularium van 200 à 300 producten. Overwogen kan worden om in dit pakket ruimte in te bouwen voor producten, die levensreddend zijn of chronisch invaliderend lijden verzachten, waarvoor in het standaardpakket geen acceptabel alternatief bestaat, en die niet van meerdere leveranciers kunnen worden betrokken.

Aan de geschetste mogelijkheden tot beperking van het verstrekkingenpakket zitten uiteraard een aantal gevolgen vast. In de eerste plaats zal een privatisering van de verstrekking van overige geneesmiddelen nodig zijn. Bovendien kan de industrie ingrijpende prijsverhogingen doorvoeren voor het gehele assortiment geregistreerde geneesmiddelen in de private sector, om de rendementsverliezen als gevolg van de hierboven geschetste variant te compenseren. Dit zal ook het geval zijn voor de geneesmiddelen, die in de centrale inkoop of onderhandelingen voor de ziekenfondssector worden betrokken, doch aan niet sociaal verzekerden worden afgeleverd. Deze bezwaren kunnen worden opgeheven door de verstrekking in een voor de gehele bevolking geldend verstrekkingenpakket onder te brengen, alsmede door een geschikte pakketkeuze. De mogelijkheden voor compenserend prijsgedrag door de industrie zullen daarmee de facto zeer worden beperkt.

In de tweede plaats is het nodig, dat een uitvoerend orgaan wordt toegerust voor de ontwikkeling en instandhouding van het systeem van centrale inkoop. Bij de verzekeraars bestaat thans geen of niet voldoende know-how om de betrokken verantwoordelijkheid te dragen.

De kwalitatieve gevolgen voor de geneesmiddelenvoorziening als logistiek systeem en de gevolgen voor de farmacotherapie zullen eveneens in de afweging moeten worden betrokken. Beperking van de soorten genees-

middelen in de huisartsenpraktijk zal leiden tot een standaardisatie, die thans afwezig is, en naar zijn aard een betere infrastructuur zou bieden voor vergelijkend onderzoek naar de bijwerkingen en de effectiviteit van de medicamenteuze therapie. Hiermede wordt een kwaliteitsverhogende factor geïntroduceerd. In de tweede plaats zal een sterke vermindering optreden van de frequentie, waarmee niet in het basispakket opgenomen geneesmiddelen worden voorgeschreven. Aannemelijk is dat vooral leveranciers van merkgeneesmiddelen, die geen leidende positie hebben in de onderscheidene deelmarkten, hun marktaandelen aanzienlijk zullen zien verminderen, waardoor verder op de Nederlandse markt brengen van deze produkten commercieel niet aantrekkelijk meer zal zijn. De transparantie van het geneesmiddelen-aanbod zal daarmee zijn gediend. De thans niet aflatende druk van artsenbezoekers en (directmail) reclame op de huisarts zal daarmee aanzienlijk verminderen. De invloed van de ziekenhuisreceptuur op de extramurale prescriptie en de wederzijdse aansluiting zal moeten worden gezien. De door adoptie van de centrale onderhandeling/inkoop veroorzaakte sterke beperking van het aantal soorten te verstrekken geneesmiddelen heeft uiteraard bijzondere gevolgen voor de innoverende industrie. In de beschrijving van het beleidsterrein is reeds signaleerd dat het aanbod van geneesmiddelen op de nederlandse markt wordt gedomineerd door internationale farmaceutische ondernemingen.

Circa 85% van de in ons land gebruikte geneesmiddelen wordt geïmporteerd. Dit betekent dat de gevolgen van het Nederlandse beleid voor de industrie voornamelijk in het buitenland, met name de BRD, Zwitserland, Frankrijk, het V.K. en België zullen worden ondervonden. Ook enkele Amerikaanse en Scandinavische ondernemingen zullen kunnen worden getroffen in hun financiële belangen. De Nederlandse markt in Europa is echter naar verhouding klein en de directe financiële schade voor de betrokken ondernemingen zal dus veelal beperkt blijven. Een factor, die bij de betrokken afweging van belangen in het oog dient te worden gehouden is de omstandigheid dat - ondanks het in Nederland als relatief hoog ervaren prijsniveau - het geneesmiddel een relatief goedkope vorm is van medische technologie, die zich uitstekend leent voor toepassing in de eerstelijns gezondheidszorg. Het traag ter beschikking komen van belangrijke innovaties, met name ter bestrijding van ziekten die nu nog niet voldoende farmacotherapeutisch toegankelijk zijn, is derhalve zowel strijdig met de doelstellingen van kwaliteitsbevordering als van kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Het instrument van de centrale onderhandeling of inkoop kan, gelet op zijn potentiële effecten op de structuur van de geneesmiddelenmarkt, in elk geval verder met het oog op operationalisatie in de nabije toekomst worden ontwikkeld. Ook de toepassing ervan op zeer beperkte schaal zal grote psychologische effecten hebben op het beleid van de huidige actoren in de Nederlandse geneesmiddelenmarkt en daarmee op het aangeboden assortiment en het prijsniveau daarvan.

III. 7. Voorschrijvers

De voorschrijver neemt een sleutelpositie in aan de vraagzijde. Beïnvloeding van het prescriptiegedrag wordt tot dusver langs een tweetal wegen nagestreefd, te weten de bevordering van farmaco-therapeutisch overleg en het gebruik van het Farmacotherapeutisch Kompas. In het vorige hoofdstuk is gewezen op de beperking van deze beide instrumenten.

De vraag is of er instrumenten denkbaar zijn die een grotere impact hebben op het prescriptiegedrag.

Een eerste mogelijkheid betreft de introductie van een stimulans in de honoreringsstructuur van huisartsen. Gewezen wordt op experimenten waarin iets dergelijks wordt beproefd. Een voorbeeld is het bonus-malusexperiment in de regio's Tilburg en 's Hertogenbosch dat werd uitgevoerd door het IVA, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant. Uit voorlopige evaluaties van dit experiment (1987) blijkt, dat ten opzichte van de controlegroep de kosten van farmaceutica die door de deelnemende huisartsen werden voorgeschreven, ruim 10% lager zijn. Tevens bleek dat na verloop van tijd bij de deelnemende huisartsen de (procentuele) kostenstijging neerwaarts ging afwijken van de (procentuele) kostenstijging die bij de controlegroep werd gesignaleerd. Als belangrijke kanttekening noemen de deelnemende huisartsen dat hun keuzevrijheid bij de prescriptie in meer of mindere mate wordt beperkt door de specialisten en wel op tweeërlei wijze:

- Specialisten zijn niet snel geneigd tot een keuze voor goedkopere middelen. Begrijpelijk is dat de patiënt vervolgens aan het eenmaal voorgeschreven duurdere middel wenst vast te houden;
- De specialist kan de patiënt aan zich binden door middel van een herhalingskaart, iets wat naar de opvatting van de deelnemende huisartsen onnodig vaak geschiedt*.

Deze kanttekening neemt niet weg dat langs deze weg van een stimulans in de honoreringsstructuur van huisartsen, een aanzienlijk kostenvoordeel mogelijk lijkt.

Een volgende mogelijkheid tot beïnvloeding van het prescriptiegedrag is gelegen in aanpassing van de relatie tussen ziektekostenverzekeraar en voorschrijver. Het laat zich aanzien dat wanneer de thans tussen beiden bestaande contracteerverplichting wordt losgelaten, de verzekeraar over een effectief instrument beschikt om de huisarts te bewegen tot een economischer en meer doelmatig voorschrijfgedrag. Uit onderzoek blijkt dat het prescriptiegedrag van huisartsen sterk uiteenloopt, zowel naar prescriptie-omvang als gemeten naar kosten per voorschrift (o.a. Mekkink, 1986). Door middel van prestatievergelijking kan de verzekeraar komen tot het aanspreken van hoog-scorende huisartsen.

Opgemerkt wordt dat de beide weergegeven mogelijkheden kunnen ingrijpen op zowel het volume als op de prijs van voorgeschreven medicijnen. Wel dient te worden onderkend dat deze mogelijkheden in aanleg vrijheid laten aan de voorschrijver voor wat betreft de keuze tussen dure en goedkopere middelen. Deze vrijheid wordt beperkt door het landelijk formularium dat in paragraaf 6 is beschreven. Een eventuele aanpassing van de honoreringsstructuren van huisartsen (en specialisten) alsmede een mogelijke wijziging van de relatie tussen verzekeraars en aanbieders van zorg kunnen worden gezien als potentieel belangrijke aanvullingen op de eerder geformuleerde specifieke voorstellen ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening.

Overigens gaat de werkgroep ervan uit dat het landelijke formularium het totale extramurale gebruik van geneesmiddelen omvat; dat wil zeggen inclusief de geneesmiddelen die door specialisten in het kader van niet-klinische behandeling worden voorgeschreven en voor de verstrekking waarvan de consument een beroep moet doen op de officine-apotheek. De consequentie hiervan is dat wanneer de specialist een geneesmiddel wenst voor te schrijven dat niet in het extramurale formularium is opgenomen, verstrekking moet plaatsvinden vanuit de ziekenhuisapotheek. De hiermee gemoeide kosten komen logischerwijze ten laste van het ziekenhuisbudget.

* Op de rol van de specialist wordt nader ingegaan in de betreffende bijlage over de intramurale sector.

Het is duidelijk, dat de invoering van beperkende lijsten voor de verstrekking van geneesmiddelen, centrale inkoop van bepaalde producten, en een wijziging van het beleid inzake de eigen bijdragen alleen de maximaal gewenste effecten zullen sorteren, wanneer zij worden geïntroduceerd met de nodige voorlichting. Die voorlichting is niet alleen nodig ter verstrekking van informatie omtrent technische aspecten. Evenzo, en zelfs belangrijker, is de noodzaak om via de voorlichting de maatschappelijke acceptatie van het beleid als geheel en van de specifieke maatregelen te bevorderen.

Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen voorlichting over het verstrekkingenbeleid als zodanig, en voorlichting betreffende het gebruik van geneesmiddelen. Deze laatste behoort los te staan van het verstrekkingenbeleid en door een van overheid, verzekeraars en belangorganisaties onafhankelijke instantie te worden verzorgd.

De voorlichting omtrent het verstrekkingenbeleid dient te geschieden door of onder auspiciën van het in dit hoofdstuk genoemde uitvoeringsorgaan. Het gaat hier om publicatie van de eventuele beperkende lijsten of ijkproducten al of niet in de vorm van beschikkingen, beslissingen om tot centrale inkoop over te gaan, periodieke rapportages, de ontwikkeling van gebruik, prijzen en kosten enz., en om evaluatie van de effecten van gevoerd beleid.

Het jaarlijks terugkerend Farmacotherapeutisch Kompas van de Ziekenfondsraad en het Geneesmiddelenbulletin zijn gezaghebbende bronnen van wetenschappelijke informatie voor de artsen en apothekers omtrent het gebruik van geneesmiddelen. Bundeling van deze uitgaven in één van overheid, bedrijfsleven en standsorganisaties onafhankelijke organisatie-eenheid zou een versterking van dit bereik en de invloed van de voorlichting kunnen opleveren. Daarnaast lijkt het wenselijk dat de praktiserende arts de mogelijkheid krijgt om bij zijn voorschrijfgedrag gebruik te maken van klinisch-farmacologische expertise. Deze zou laagdrempelig, vanuit de organisatie die Geneesmiddelenbulletin en Kompas verzorgt, kunnen worden gegeven. Het is bekend, dat artsenbezoekers van de industrie grote invloed hebben op het prescriptiepatroon van huisarts en medisch specialist. De instelling van klinisch-farmacologische consulentschappen zou hier als countervailing power kunnen fungeren. Een experiment op dit terrein is inmiddels in de ziekenfondsregio Zwolle en omstreken gestart.

III 8. Varianten met betrekking tot de ziektekostenverzekeraars

In hoofdstuk II is reeds opgemerkt, dat de ziektekostenverzekeraars in de praktijk thans een zeer beperkte marktbeïnvloedende betekenis hebben. In beginsel aanwezige instrumenten en prikkels worden voor een doelmatig beleid nauwelijks gebruikt. De verzekeraars zouden hun marktpositie langs twee wegen kunnen versterken.

In de eerste plaats kunnen zij in hun polisvoorwaarden een positief verstrekkingenbeleid voeren door beperking van het assortiment te vergoeden geneesmiddelen, waarbij als primair doel de substitutie van duurdere voor goedkopere gelijkwaardige producten dient te worden gestimuleerd. In de tweede plaats kunnen zij onderhandelen met leveranciers met het oogmerk om een lager prijsniveau te verkrijgen voor al dan niet substitueerbare produkten. De verzekeraars zijn totnogtoe alleen marktpartij, waar het de tarieven van apotheekhoudenden krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg betreft. Zij zouden ook als marktpartij moeten fungeren ter beïnvloeding van de leveranciersprijzen van geneesmiddelen. Uitgangspunt daarvoor is hun belang bij een zo laag als mogelijk niveau van de verzekeringspremie. Het invoeren van

een acceptatieplicht in de ziektekostenverzekering, zoals de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg bepleit - niet alleen voor de basisverzekering, maar ook voor de aanvullende verzekering - zal de verzekeraars nopen tot actieve participatie in de geneesmiddelenmarkt teneinde hun concurrentiepositie in de geneesmiddelenmarkt te beschermen. Dit geldt ook voor de ziekenfondsen.

Het lijkt niet goed denkbaar dat ziektenkostenverzekeraars elk afzonderlijk met geneesmiddelenleveranciers onderhandelen over prijzen. Evenals thans het geval is bij hun vertegenwoordiging in het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, moet worden gedacht aan gezamenlijk optreden. De VNZ en KLOZ/KPZ zouden daartoe hun krachten kunnen bundelen in één samenwerkingsorgaan.

Hier past een kanttekening met betrekking tot de gevolgen voor de particuliere sector, die kunnen voortspruiten uit een beperking van het verstrekkingenpakket in de collectieve sector. Reeds eerder in dit hoofdstuk is gesignaleerd dat leveranciers, die worden geconfronteerd met omzetvermindering als gevolg van beperkingen van de geneesmiddelverstrekking aan ziekenfondsverzekerden, compensatie kunnen zoeken door prijsverhogingen van geneesmiddelen die niet in het sociale verzekeringspakket zijn opgenomen. Particuliere verzekerden en hun verzekeraars zullen daardoor met relatief forse prijsstijgingen kunnen worden geconfronteerd. Er is derhalve alle aanleiding voor de particuliere verzekeraars om hun verstrekkingenbeleid aan te passen ter voorkoming van boventrendmatige kostenverhogingen.

Reeds genoemd zijn tenslotte de mogelijkheden op het terrein van de beïnvloeding van het prescriptiegedrag en prestatiemeting en -vergelijking (farmaco-medical audit). Ook is er de mogelijkheid van het budgetteren van ziekenfondsen (bedrag per aangesloten verzekerde of per medewerker). Daarbij kan ook aandacht worden geschonken aan het extramurale geneesmiddelengebruik in verband met poliklinische verrichtingen.

III 9. Consumenten en eigen bijdragen

De rol van de consument bij de keuze van het geneesmiddel en bij de prijsweging is thans zeer beperkt en behoeft stellig stimulering met het oog op een versterking van de vraagzijde van de geneesmiddelenmarkt. Prikkels tot prijsafweging door de consument bij de geneesmiddelenkeuze kunnen worden gevormd door eigen bijdragen en/of het restitutie-systeem.

Naast beperking van de omvang van het verstrekkingenpakket (zie par. III.6) is ook een beperking mogelijk door middel van verbinding van voorwaarden aan de verstrekking. In vele vergoedingsregelingen - ook in het buitenland - wordt aan de verstrekking van geneesmiddelen een eigen bijdrage als voorwaarde gesteld. In de eigen bijdrage kan onderscheid gemaakt worden tussen wat in de Angelsaksische literatuur "copayment" en "coinsurance" genoemd wordt. Een copayment wordt gedefinieerd als een vast bedrag dat voor elk verleende dienst moet worden betaald, zoals onze rijksdaalder en de Duitse en Engelse bijbetaling. Coinsurance wordt gedefinieerd als de betaling van een vast deel van de kosten van elke dienst (bijvoorbeeld Denemarken). De copayment varieert niet met de kosten van de verstrekking en zal dus geen prikkel vormen voor de consument om naar de goedkoopste verstrekkingen te zoeken ("to shop around"). De coinsurance vormt wel zo'n prikkel.

Overigens is het niet zo dat de hoogte van copayment en coinsurance voor alle geneesmiddel(en)groepen in het verstrekkingspakket gelijk zou moeten zijn. In een aantal landen wordt het geneesmiddelenpakket opgesplitst op grond van de noodzakelijkheid in twee of meer groepen. Voor levensreddende geneesmiddelen, die tezamen een groep vormen, is dan over het algemeen geen betaling vereist (bijvoorbeeld Italië). Combinaties van coinsurance en copayment worden ook wel aangetroffen.

Ook bepaalde sociale indicaties kunnen als verstrekkingsvoorwaarde worden gesteld. Zo zijn in alle Scandinavische systemen, in het Engelse en in het Duitse systeem, bepaalde groepen patiënten vrijgesteld van betaling (bijvoorbeeld chronisch zieken, bejaarden, laagste inkomensgroepen).

In beginsel zijn er in de Nederlandse situatie drie concrete mogelijkheden om via de eigen bijdrage een grotere betrokkenheid van de consument bij de prijsweging te bewerkstelligen, dan thans het geval is. De huidige eigen bijdrage-maatregel biedt daarvoor geen prikkel, omdat deze bijdrage onafhankelijk is van prijs en volume van het voorgeschreven geneesmiddel.

In de eerste plaats kan de eigen bijdrage afhankelijk worden gemaakt van de hoeveelheid van het voorgeschreven geneesmiddel. In de tweede plaats kan de eigen bijdrage worden gekoppeld aan de prijs van het voorgeschreven geneesmiddel. In dit geval is de bijdrage afhankelijk van de gekozen hoeveelheid en van de gekozen soort. In de derde plaats kan de eigen bijdrage worden gekoppeld aan de hoogte van een maximale vergoeding door de verzekeraar aan de consument per soort en hoeveelheid van het geneesmiddel.

A. Hoeveelheids-afhankelijke eigen bijdrage

De invoering van de eigen bijdrage van f 2,50 per voorgeschreven geneesmiddel, met een maximum van f 125,- per verzekerde per jaar, heeft op jaarbasis in 1985 circa f 135 mln opgebracht. Het maximum van f 125,- per jaar wordt door nog geen honderdduizend verzekerden gehaald. Gebleken is dat de regeling aanvankelijk tot een daling van het volume afgeleverde geneesmiddelen heeft geleid, die echter gevolgd is door een stijging, waarbij per recept geleidelijk grotere hoeveelheden zijn voorgeschreven.

De eigen-bijdrage maatregel zou een structureel hoeveelheids-beperkend effect kunnen krijgen, indien het advies terzake van 31 oktober 1986 van de Ziekenfondsraad wordt gevolgd, inhoudend dat de opbrengsten kunnen worden verhoogd door koppeling aan hoeveelheden van afgeleverde geneesmiddelen, zulks onder handhaving van het huidige bedrag en de maximering daarvan. De Raad raamt de meeropbrengst van een dergelijke maatregel (als gevolg van een financieringsverschuiving) op f 90 mln., eventuele volume-effecten buiten beschouwing gelaten. De technische invulling zou kunnen geschieden door de eigen bijdrage vast te stellen op f 0,10 per afgeleverd tablet, capsule of verdeelde poeder. Voor halfvaste of vloeibare geneesmiddelen kan een corresponderend bedrag per gram of ml. worden bepaald.

B. De procentuele prijs-afhankelijke eigen bijdrage

Een beperking van de effectiviteit van de hoeveelheids-afhankelijke eigen bijdrage is daarin gelegen, dat de substitutie van duurdere naar goedkopere, gelijkwaardige produkten niet wordt bevorderd. Indien de eigen bijdrage wordt bepaald op een percentage van de prijs, wordt niet alleen de keuze voor kleinere hoeveelheden, maar ook voor goed-

kopere geneesmiddelen bevorderd. Gekozen kan worden voor een percentage van de inkoopprijs voor de apotheekhoudende of een percentage van de eindprijs, waarvan dus de opslag voor de apotheekhoudende deel uitmaakt. Overigens zou hierbij nog een differentiatie in de eigen bijdrage kunnen plaatsvinden naar het soort en de aard van de preparaten op grond van het noodzakelijkheids criterium. Deze mogelijkheid stuit op het probleem van de indicatieafgrenzingsproblematiek. Een dergelijk systeem vigeert in Frankrijk, waar voor levensreddende producten geen eigen bijdrage verschuldigd is en voor groepen andere producten respectievelijk 40, 70 en 100% eigen bijdrage geldt, afhankelijk van de aard van de preparaten.

C. Vergoedingsafhankelijke eigen bijdrage

Een druk op het prijsniveau kan worden bereikt, door naast het beperken van het aantal soorten voor rekening van het ziekenfonds af te leveren geneesmiddelen, maximale vergoedingen per hoeveelheid en per soort vast te stellen ingevolge de Beschikking farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering. De maximale materiaal-vergoedingen kunnen zodanig worden gekozen dat zij (nagenoeg) overeenkomen met de apotheek-inkooprijzen voor de goedkoopste geneesmiddelen per homogene groep. Het verschil tussen de apotheek-inkoopprijs die de apotheekhoudende doorberekent en de maximale vergoeding door het ziekenfonds, zou door de verzekerde als eigen bijdrage aan de apotheekhoudende moeten worden betaald. (Dit systeem is beschreven in par. 6).

Op deze wijze ontstaat eveneens een directe betrokkenheid van de consument bij de prijsweging van het voorgeschreven of voor te schrijven geneesmiddel in het contact met de arts. Voorwaarde is uiteraard, dat de arts inzicht heeft in de bestaande prijsverschillen in homogene groepen geneesmiddelen door simpele raadpleging van een formularium, waarin de relevante gegevens zijn vermeld.

Dergelijke formularia zouden ook voor de consument (op verzoek) verkrijgbaar moeten zijn. (Kan op basis van de Prijzenwet, Artikel II lid b. door middel van een prijsaanduidingsbesluit geneesmiddelen). Deze methodiek leent zich in beginsel ook voor het scheppen van stimulansen voor de apotheekhoudende om duurdere produkten te substitueren voor goedkopere in eenzelfde homogene groep. In de eerste plaats wordt de eigen bijdrage van de verzekerde dan minder, hetgeen voor de apotheekhoudende een marktpsychologisch voordeel inhoudt. In de tweede plaats kan hier eventueel een financiële stimulans voor de apotheekhoudende worden ingebouwd.

Overwegingen

Als bezwaar tegen de varianten A en B kan gelden, dat de chronisch zieken en bejaarden door een koppeling van de eigen bijdrage aan volume of prijs in het bijzonder worden getroffen. Deze categorieën hebben thans nog enigermate de mogelijkheid aan een lasten verzwaring te ontsnappen, wanneer de arts een grotere hoeveelheid per receptregel voorschrijft. Die mogelijkheid verdwijnt in het systeem van de volume-afhankelijke eigen bijdrage.

Het is wenselijk dat bij invoering een nadere indruk wordt verkregen van de ernst van deze lastenverzwaring. Indien de optredende lastenverzwaring onaanvaardbaar wordt geacht, zou een vrijstellingssysteem op naam kunnen worden overwogen. De interne beleidslasten zullen daardoor echter stijgen; het maximum zou omhoog kunnen of kunnen vervallen, waarmee de stempel-noodzaak verdwijnt. Met de voorgestelde maatregel zal denkkelijk een groter aantal verzekerden dan thans het maximum bereiken.

Deze bezwaren gelden in mindere mate of wellicht niet voor de onder C. beschreven varianten, omdat de eigen bijdragen, afhankelijk van de vastgestelde vergoedingsniveau's, hier in het algemeen lager of op nul kunnen uitkomen. Zulks is afhankelijk van de prijsontwikkeling in de betrokken homogene groep, aangepast substitutie-gedrag door de voor-schrijver en afleveraar, en zonodig de toepassing van het instrument van centrale onderhandeling of inkoop.

Voor een passend hanteren van de hierboven beschreven varianten is een goed cijfermatig inzicht in de geldomzetten en volumina per homogene groep producten noodzakelijk. De koppeling van deze gegevens aan het verstrekkingenbeleid ingevolge de Beschikking farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering impliceert bovendien dat het uitvoeringsorgaan over deze gegevens dient te beschikken. Een maximale effectiviteit zal worden bereikt, indien deze varianten niet alleen voor de ziekenfonds-sector, maar ook voor de particuliere sector worden ingevoerd.

Als tot pakketbeperking wordt besloten, dient te worden bedacht dat beperking van de omvang een drastischer maatregel is dan het stellen van voorwaarden, althans als aan deze voorwaarden redelijkerwijs kan worden voldaan. Hoewel pakketbeperking door middel van beperking van de omvang, de consument enerzijds het hardst in de portemonnee zal treffen, zal anderzijds niet mogen worden geschroomd om farmacotherapeutisch volstrekt overbodige geneesmiddelen (negatief uitvallende toets aan het behoeftecriterium) uit het pakket te verwijderen, juist in het belang van de patiënt. Verwijdering van dure geneesmiddelen, waarvoor een goed alternatief bestaat, is ook in het financieel belang van de patiënt.

Verstrekkingvoorwaarden als de eigen bijdrage treffen echter alle geneesmiddelengebruikers, in tegenstelling tot beperking van de omvang die alleen de gebruikers van de uitgesloten geneesmiddelen treffen waardoor deze de volledige lasten te dragen krijgen. Het eerste zou dan ook vanuit solidariteitsoogpunt te prefereren zijn. Coinsurance biedt het voordeel boven copayment dat de consument een beter inzicht krijgt in de prijsverschillen en dus wellicht te verkiezen is. Bedacht moet echter worden, dat de keuze voor een prescriptie-geneesmiddel in de eerste plaats wordt bepaald door de noodzaak van verstrekking. Voor de ene patiënt kan dan een relatief goedkoop, voor de ander een relatief duur geneesmiddel nodig worden geacht. De eerste patiënt is bij coinsurance een relatief geringe, de tweede een relatief grote eigen bijdrage verschuldigd.

Thans vindt het verstrekken van geneesmiddelen aan ziekenfondsverzekerden plaats in natura. Bij overlegging van het ziekenfondsrecept levert de apotheekhoudende het voorgeschreven geneesmiddel af. Het recept dient als bewijs van aflevering en als basis voor de berekening van de vergoeding aan de apotheekhoudende. In deze constructie doet de verzekerde geen betalingen aan de apotheekhoudende (behoudens de afdracht van de eigen bijdrage). Een confrontatie van de verzekerde met de prijs van het afgeleverde geneesmiddel blijft dan achterwege.

Zijn prijsbewustheid kan aanzienlijk worden verhoogd, wanneer hij de rekening rechtstreeks aan de apotheekhoudende zou moeten voldoen, en vervolgens die rekening ter restitutie van het verzekerde bedrag bij het fonds zou moeten declareren. Dezelfde systematiek is thans in de particuliere sector gebruikelijk.

In het SWOKA-onderzoek (zie bijlage 6) is ook aandacht besteed aan de houding van verzekerden ten opzichte van restitutie-systemen versus de verstrekking van geneesmiddelen in natura. Uit het onderzoek blijkt dat de geïnterviewde consumenten hun voorkeur in belangrijke mate

laten afhangen van de praktische modaliteiten van een restitutie-systeem. Verder blijken de termijn van terugbetaling (kleiner dan drie weken), maximaal f 200 voorschieten en nauwelijks moeite voor het declareren bij het fonds, belangrijke randvoorwaarden. De aan dit systeem verbonden vrije apotheekkeuze wordt door gebruikers erg op prijs gesteld.

Hoe minder deze gevolgen werkelijkheid worden, des te lager het aantal verzekerden met een positief oordeel over het restitutie-systeem. Zonder deze randvoorwaarden is 56% van de particulier verzekerden en 91% van de ziekenfondsverzekerden voorstander van verstrekking in natura.

Opgemerkt moet nog worden, dat niet aanstonds duidelijk is of en in hoeverre invoering van een restitutie-systeem werkelijk tot daling van het verbruik van geneesmiddelen zal leiden. Bovendien zullen de ziekenfondsen bij invoering van een restitutiesysteem te maken krijgen met enige miljoenen declaranten in plaats van de 2400 apotheekhoudenden in de huidige situatie. Hiervoor kunnen echter betalingsovereenkomsten worden gesloten.

Tenslotte moet nog worden opgemerkt, dat invoering van dit systeem voor chronisch zieken en bejaarden een extra belasting voor hen of voor hun verzorgers kan inhouden.

III 10. Zelfmedicatie

Krachtens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zijn in het belang der volksgezondheid beperkingen gesteld aan de vrije verkrijgbaarheid van geneesmiddelen. Deze beperkingen hebben zowel betrekking op de aandoeningen, waarvoor deze geneesmiddelen mogen worden aangeprezen, als op het aanvaardbaar geachte risico onder gebruikelijk voorbehoud van samenstelling en farmaceutische vorm. Uitgangspunt van de wettelijke voorschriften is, dat geneesmiddelen slechts bij uitzondering door niet-apotheekhoudenden aan verbruikers mogen worden afgeleverd. Dit wettelijke uitgangspunt is sinds 1963 van kracht en komt overeen met de wetgeving in de andere E.G.-landen, de Scandinavische landen, de VS en Canada. Het betreft in Nederland ongeveer 600 producten, met een jaarlijkse omzet van rond f 260 mln, zijnde ongeveer 9% van de totale uitgaven aan geneesmiddelen. Zij worden voornamelijk verkocht door drogisten en door andere niet-gediplomeerde detailverkopers, die op grond van het behoefte-element een vergunning hebben verkregen om binnen het zelfmedicatie-assortiment een beperkte groep geneesmiddelen te verkopen. Het betreft in totaal rond 6000 verkooppunten. De afzet van zelfmedicatie-geneesmiddelen door apotheekhoudenden is relatief beperkt door het naar verhouding geringe aantal apotheekvestigingen en de nadruk in de apotheek op de aflevering van geneesmiddelen op recept.

Uit letter, geest en toepassing van de wettelijke regelingen met betrekking tot de zelfmedicatie blijkt, dat er sprake is van een uiterst terughoudende opstelling. Daaraan ten grondslag ligt de vrees voor "zelfdokteren", en voor schadelijke bijwerkingen bij voortgezet gebruik. Deze laatste zijn lang niet altijd door de gebruiker zelf waarneembaar, hetgeen tot extra voorzichtigheid maant. Het is echter opvallend dat in een aantal westerse landen de omzet van vrij verkrijgbare geneesmiddelen (relatief) aanzienlijk hoger ligt, soms zelfs op 15-20% van het totale gebruik.

Om te komen tot een verantwoord bevorderen van zelfmedicatie kan een viertal argumenten worden genoemd.

Allereerst worden zowel UR-geneesmiddelen als zelfmedicatiepreparaten bereid en beoordeeld volgens gelijke EG-normen van deugdelijkheid, werkzaamheid en veiligheid.

In de tweede plaats kunnen misbruik en verkeerd gebruik van geneesmiddelen voorkomen bij alle vormen van distributie en verkrijgbaarheid.

Ten derde zou de patiënt meer eigen beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden kunnen krijgen om zelf te beoordelen welke klachten voor zelfzorg in aanmerking komen, teneinde een onnodig beroep op professionele zorg te verminderen. In de vierde plaats is in tal van vergelijkbare landen het aandeel van zelfzorggeneesmiddelen in het totale pakket groter dan in ons land.

Bovendien zou meer ruimte voor verantwoorde zelfmedicatie kunnen bijdragen tot een minder grote druk op de collectieve uitgaven.

Ook kan worden gewezen op het advies van de geneesmiddelencommissie van 29 april 1985, waarin een uitbreiding van het assortiment zelfmedicatiegeneesmiddelen mogelijk geacht wordt. Dit zou gepaard moeten gaan met meer voorlichting over gebruik en bewaring. Naar de mening van de commissie is het publiek thans nog onvoldoende op de hoogte van de ziekten of aandoeningen, die voor zelfmedicatie in aanmerking komen. Tevens heeft de Commissie een indeling in twee groepen bepleit: zelfmedicatie-geneesmiddelen en recept-geneesmiddelen. Het zogenaamde U.A.-regime en de huidige lijst II van het U.A.-Besluit (aandoeningen, die niet voor zelfbehandeling in aanmerking komen), zouden daarbij moeten komen te vervallen. Daarbij verwijst de Commissie naar de ondoorzichtigheid van de huidige lijsten-indeling. In die zin passen de voorstellen in het dereguleringsbeleid: regels dienen eenvoudig en doorzichtig te zijn.

Recentelijk heeft de Staatssecretaris van W.V.C. gevraagd aan de Geneesmiddelencommissie om het geneesmiddelenbestand door te lichten teneinde te komen tot een uitbreiding van het assortiment zelfmedicatie-geneesmiddelen.

HOOFDSTUK IV SAMENVATTENDE KEUZEMODELLEN EN BESPARINGEN

IV 1. Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn, per onderdeel van de verticale bedrijfskolom en op het niveau van de consument, besparingsvarianten beschreven. Daarbij is tevens aandacht besteed aan belangrijke aspecten van flankerend beleid, bijvoorbeeld betreffende de voorlichting aan voorschrijvers en consumenten en deregulering; de problematiek van de geneesmiddelenvoorziening in de intramurale sector is in hoofdstuk II reeds aan de orde gesteld. Ook is daarbij gewezen op het belang van het geven van positieve stimulansen aan voorschrijvers om tot goedkopere prescriptie te komen.

Uit de reeds gegeven en in dit hoofdstuk nog aanvullende beschrijvingen der varianten blijkt, dat een enkelvoudige keuze daaruit niet kan volstaan als oplossing voor de bestaande structureel gebrekkige marktwerking in de geneesmiddelenvoorziening. Een selectief deregulerende en regulerende aanpak, bestaande uit een combinatie van de geschetste alternatieven en gepaard gaande met het programmatisch aanpak van flankerend beleid, is nodig.

De werkgroep geeft in dit rapport evenwel niet aan aan welke combinatie van alternatieven de voorkeur gegeven moet worden en zal volstaan met de navolgende beschrijving van de effecten van het ijkprijsvergoedingensysteem, het systeem van beperkende lijsten en de centrale onderhandeling/inkoop. Daarbij is ervan uitgegaan dat de particuliere verzekeraars zich, bijvoorbeeld in hun polisvoorwaarden, zullen aansluiten bij het verstrekkingenbeleid in de collectieve sector.

IV 2. Te realiseren opbrengst

Ingevolge de taakopdracht dienen besparingsmogelijkheden te worden geïnventariseerd tot 20% van f 3.335 miljoen (ijkpunt 1990), zijnde f 670 mln. Bij de bepaling van het ijkpunt is reeds rekening gehouden met de realisatie van de lopende taakstelling van f 170 mln; deze maakt dus geen deel uit van de genoemde 670 mln. Voor de voorstellen ten behoeve van de structurele invulling van deze 170 mln wordt verwezen naar het voorgaande hoofdstuk. Dit bedrag heeft betrekking op de overschrijding van de financiële kaders 1984 en 1985. De verlaging van de tarieven voor apotheekhoudenden via de recent gegeven aanwijzing ex. art. 14 WTC conform de in hoofdstuk II weergegeven opzet is een structuurherziening welke derhalve volledig dient te worden meegenomen in de besparingseffecten welke leiden tot een kostenbesparing van f 670 mln ten opzichte van het ijkpunt.

IV 3. De dereguleringsvariant

Deze variant beoogt primair de bevordering van prijsconcurrentie in de distributiekanaalen van de geneesmiddelenvoorziening. Hierbij behoren deregulerende maatregelen:

- zover als mogelijk deregulering van de toepassing van de Wet tarieven gezondheidszorg op de tarieven van apotheekhoudenden, waaronder omzetting van het voorgenomen tariefstelsel in een maximum tarief;
- het te zijner tijd niet in toepassing brengen van de Wet inkomensvorming vrije beroepsbeoefenaren op de inkomens van apotheekhoudenden;
- deregulering van bij of krachtens de Wet op de geneesmiddelenvoorziening vigerende beperkingen op de beroepsuitoefening in loondienst en de exploitatie van apotheken door anderen dan apothekers of instellingen van apothekers, alsmede het versoepelen van inrichtingseisen voor apotheken;

- het bevorderen van vrije vestiging van apotheken door het tegengaan van beperkingen daarop in privaatrechtelijke sfeer.
- Het invoeren van een restitutie-systeem voor de verstrekking van geneesmiddelen in de sociale ziektekostenverzekering ligt in de sfeer van deze variant voor de hand.

De door toepassing van deze variant opgeroepen effecten op de marktwerking zullen zich eerst op langere termijn manifesteren. Indien prijsconcurrentie zich inderdaad doorzet in de verticale bedrijfskolom, zowel horizontaal als verticaal, zal een neerwaarts effect op de kosten optreden, die zich primair bij apotheken en groothandelaren zal manifesteren, en zich vervolgens in de fabrieksprijzen kan doorzetten. De integratie van groothandels- en apotheekondernemingen zal sterk worden gestimuleerd. Dit zal bijdragen aan efficiency-verbetering van de geneesmiddelendistributie, waardoor verlaging van de handelsmarges mogelijk wordt. Een verlaging van het kostenniveau van 10% zou naar schatting resulteren in een kostenvermindering van circa f 300 mln. In 1990 zal dit effect naar verwachting nog niet kunnen worden bereikt. Niettemin zullen de bovengenoemde deregulerende maatregelen structureel bijdragen aan een verbetering van de marktwerking. Deze maatregelen zijn compatibel met de uitvoering van de hierna te noemen varianten.

IV 4. Verlaging van de groothandelsmarge

De te nemen maatregelen zijn reeds in paragraaf 4 van het voorgaande hoofdstuk toegelicht. De maatregel op het niveau van de groothandel resulteert in besparingen die als volgt in beeld worden gebracht:

besparingen (fl x mln, op jaarbasis)	coll.	part.	totaal
- beperking groothandelsmarge met 10 à 20%	25 à 50	15 à 25	40 à 75

Deze variant is compatibel met de dereguleringsvariant en met de hierna te noemen varianten.

IV 5. Ijkprijsvergoedingensysteem

Deze variant beoogt de prijsconcurrentie te bevorderen vanaf het niveau van de consument. Het systeem is uitvoerig beschreven in paragraaf 6.3. Het ijkprijsvergoedingensysteem gaat uit van een uniforme vergoeding aan de verzekerde voor geneesmiddelen, die farmaceutisch identiek zijn of therapeutisch equivalent worden geacht. Indien de prijs bij aflevering aan de consument hoger is dan de ijkprijs, moet hij het prijsverschil aan de apotheekhoudende bijbetalen. Indien de afleveringsprijs lager is dan de ijkprijs kan het prijsvoordeel door consument en apotheekhoudende volgens een nader te bepalen sleutel worden gedeeld, mede afhankelijk van het ten aanzien van de hoogte van de ijkprijzen te voeren beleid. Het hanteren van het WTC-tarief als maximum-tarief past goed in dit systeem. De prijsvorming op het niveau van fabrikant/importeur wordt in deze variant geheel vrijgelaten; uitsluiting van geneesmiddelen vindt slechts plaats, indien aan verstrekking geen behoefte bestaat vanuit het oogpunt van een kwalitatief verantwoorde gezondheidszorg, zodat in principe volledige markttoegankelijkheid wordt bereikt voor kwalitatief verantwoorde producten. De arts blijft overigens geheel vrij in zijn keuze welke evenwel wordt beïnvloed door het financieel belang van de patiënt en apotheker. Overigens zou een en ander kunnen worden versneld door het geven van

positieve stimulansen aan de voorschrijvende arts. Voorschrijver, consument en apotheker zullen zich actief gaan opstellen.

Deze variant is bruikbaar in deelmarkten, waarin tussen identieke of equivalente geneesmiddelen wezenlijke prijsverschillen bestaan. Naar schatting is minimaal 50% van de totale markt substitueerbaar. Daarbinnen bevinden zich zowel deelmarkten met aanmerkelijke prijsverschillen tussen onderling substitueerbare preparaten, als deelmarkten waar zulks niet het geval is. Voorbeelden zijn gegeven in het Wierenga-rapport.

De besparingseffecten kunnen als volgt - tentatief - worden geraamd. Voor de exacte berekeningen en veronderstellingen wordt verwezen naar bijlage IX.

Allereerst zal de vaststelling van ijkprijsvergoedingen een besparing op de collectieve kosten veroorzaken. Dit wordt berekend op 130 à 215 mln gulden (1e orde effect). Ceteris paribus (bij gelijkblijvende consumentenvoorkeuren en geneesmiddelengebruik) zou dit - analytisch - slechts een financieringsverschuiving en geen vermindering van het kostentotaal betekenen.

Echter, doordat de consument het verschil boven de ijkprijsvergoeding zou moeten bijbetalen, zal een verschuiving naar goedkopere middelen optreden (2e orde effect), geraamd op 210 à 350 mln. Dit is een vermindering van het kostentotaal, optredend in het particuliere deel van de totale kosten.

Vervolgens treedt een besparing op doordat toetreding op de markt van nieuwe (al dan niet innoverende) middelen niet meer automatisch gepaard gaat met kostenverhoging. In de meerjarenramingen was voor 1988 t/m 1990 jaarlijks f 105 mln (cumulatief 315) geraamd als gevolg van nieuw op de markt komende middelen. Geschat wordt dat hiervan nog slechts de helft noodzakelijk zal zijn. De besparing hierdoor is dus ca f 150 mln (50% van 3x f 105 mln).

Tenslotte zullen besparingen optreden door verdergaande prijsconcurrentie beneden het ijkprijsniveau en door het in de komende jaren uit het octrooi lopen van specialité's. Deze effecten zijn vooralsnog P.M. geraamd.

Besparingseffecten ijkprijsvariant/ beperkende lijsten	collectieve kosten	particuliere kosten	totale kosten
<u>1e orde effect</u>			
verlaging vergoeding bestaande middelen (c.p.)	-130 à 215	+130 à 215	0
<u>2e orde effect</u>			
verschuiving naar goedkopere middelen		-210 à 350	-210 à 350
<u>overige effecten</u>			
vermindering kostenstijging nieuwe middelen	-100	- 50	-150
prijsconcurrentie beneden ijk- prijsniveau	PM	PM	PM
vervallen octrooien (toetreding generica)	PM	PM	PM
	-230 à 315	-130 à 185	-360 à 500

IV 6. Systeem van beperkende lijsten

Deze variant is meer restrictief en meer regulerend dan het ijkprijs-vergoedingensysteem. Prijs- en behoeftecriteria worden gehanteerd als uitgangspunten bij het verstrekkingenbeleid. Per homogeen cluster van geneesmiddelen wordt slechts het goedkoopste geneesmiddel verstrekt. Andere geneesmiddelen zijn uitgesloten van de verstrekking voor rekening van de verzekering. In deze opzet worden voorschrijver en consument door het verstrekkingenbeleid sterk beïnvloed en indirect beperkt in de keuze tussen onderling substitueerbare produkten. Hiermee onderscheidt deze variant zich van het ijkprijsvergoedingen-systeem door een potentieel sterkere afremming van de substitutie van (oudere) goedkopere naar nieuwe (duurdere) produkten en door een ten opzichte van de huidige situatie relatief sterke inperking van het aantal voor rekening van de verzekering te verstrekken geneesmiddelen in het substitueerbare gedeelte van de markt.

Aangezien hier ook het behoefte-criterium een sterkere rol kan spelen dan in het ijkprijs-vergoedingensysteem, zullen - afhankelijk van het gevoerde beleid - ook in het niet-substitueerbare deel van de totale geneesmiddelenmarkt beperkingen in de verstrekking kunnen optreden. Ook in deze variant wordt de prijsvorming op het niveau van de fabrikant/importeur vrijgelaten.

Voor wat betreft de toepassing van het prijs criterium, is deze variant bruikbaar in deelmarkten, waar tussen onderling substitueerbare producten wezenlijke prijsverschillen bestaan: het betreft dezelfde deelmarkten en clusters, die zich ook lenen voor toepassing van de ijkprijsvergoedingen-variant. De besparingseffecten zullen dus in dezelfde bandbreedte vallen als die, welke zijn geraamd voor de toepassing van de ijkprijsvergoedingen-variant (totaal 360 tot 500 miljoen gulden). In verband daarmee wordt in deze paragraaf afgezien van een afzonderlijke presentatie van besparingscijfers. Het systeem van beperkende lijsten kan worden gecombineerd met een (al of niet per jaar per verzekerde te maximeren) eigen-bijdrage regeling. Een financiële stimulans voor de apotheekhoudende lijkt hier niet functioneel. De toepassing van deze variant in het niet-substitueerbare deel van de totale markt kan, afhankelijk van de hantering van het behoefte criterium, tot financieringsverschuivingen of vraaguitval met verlaging van de totale kosten leiden. Een raming van deze budgettaire effecten is hier P.M. gesteld.

IV 7. Centrale onderhandeling/inkoop

Deze variant leent zich bij uitstek voor het benaderen van deelmarkten, die door geringe prijsverschillen tussen onderling substitueerbare geneesmiddelen niet geschikt zijn voor de eerder genoemde verstrekkingvarianten. Uitgangspunt van beleid is daarbij dat alleen het geneesmiddel uit een homogeen cluster wordt verstrekt, waarvan de prijs in onderhandeling is overeengekomen. Deze prijs zal naar verwachting beduidend lager dan de huidige marktprijzen kunnen liggen. Hier tegenover kan een exclusieve marktpositie in het verstrekkingenpakket staan tegen de overeengekomen prijs voor een bepaalde tijdsduur. Een minder restrictieve benadering kan inhouden dat in onderhandeling een ijkprijs wordt vastgesteld, die de aanbieder in kwestie een gunstige uitgangspositie verschaft (de eigen bijdrage op nulniveau plus eventueel een functionele stimulans voor de apotheekhoudende). Deze ijkprijs zal ook in dat geval aanzienlijk beneden het marktprijsniveau moeten liggen om belangrijke besparingen te kunnen bereiken.

De variant is in beginsel eveneens bruikbaar in deelmarkten, die gedomineerd worden door single-source producten. In deze gevallen kan het behoeftecriterium primair worden gehanteerd. Indien dit criterium opname in het verstrekkingenpakket als wenselijk, doch niet noodzakelijk indiceert, en de budgettaire effecten van opname tegen marktprijs te hoog zullen uitvallen, is er aanleiding om met de aanbieder te onderhandelen over een lagere prijs als voorwaarde van toelating tot het verstrekkingenpakket.

Voor een schatting van de besparingseffecten wordt ervan uitgegaan dat tenminste 50% van de totale markt voor centrale onderhandeling/inkoop in aanmerking komt. Met name deze variant zal forse repercussies kunnen hebben voor een particuliere sector wanneer de centrale inkoop zich beperkt tot de collectieve sector; zulks in verband met de mogelijkheid van compenserend gedrag van aanbieders ten nadele van het particuliere deel van de markt. Dit probleem is kleiner van aard bij centrale onderhandeling. In dat licht wordt nogmaals benadrukt ervan uit te gaan dat deze variant wordt ingezet en toegepast door collectieve en particuliere sector tezamen.

Uitgegaan wordt van een marktomvang van f 2550 mln in het ijkpunt, dat wil zeggen na aftrek van de beperking van de groothandelsmarge.

Een terugdringing van het Nederlandse prijspeil naar het prijspeil in de goedkoopste EG-landen zou door inzetten van een taakstelling ad 50% bij uitsluitend toepassen van deze variant mogelijk moeten zijn. In combinatie met een der andere varianten worden de effecten uiteraard geringer.

Tenslotte wordt opgemerkt dat een beoordeling van de mogelijkheden van centrale onderhandeling/inkoop zich niet noodzakelijkerwijze hoeft te beperken tot de huidige aanbiedermarkt die voornamelijk bestaat uit West-Europese en Amerikaanse ondernemingen. Evengoed en zeker op termijn valt te denken aan aanbieders uit andere regio's. Belangrijk hierbij is dat aan aanbieders een goed geregelde distributie kan worden geboden wat de penetratie op de Nederlandse markt aanmerkelijk vergemakkelijkt en goedkoper maakt.

De maximaal geachte besparing uit centrale onderhandeling/inkoop wordt geschat op 360 tot 720 miljoen gulden. De besparingen zijn vergeleken met het ijkprijsstelsel hoger, aangezien a. centrale inkoop ook mogelijk is voor niet-substitueerbare geneesmiddelen; b. men hogere kortingen kan bedingen dan bij het ijkprijsstelsel. (De fabrikant die een contract krijgt, verkrijgt immers veelal exclusieve verkoop en dus grotere omzetten; en ook zijn hogere kortingen bedingbaar als men meerdere producten van eenzelfde fabrikant of importeur koopt).

Voor het implementeren van elk van de drie bovengenoemde varianten moet rekening worden gehouden met perceptiekosten, aangezien de oprichting van een uitvoeringsorgaan nodig zal zijn.

Dit orgaan kan zowel de kwalitatieve clustering en selectie van het ijkproduct (definiëren van gelijkwaardigheid van preparaten), de prijs-prestatie vergelijkingen en het volgen van de prijsontwikkelingen voor zijn rekening nemen. Hiervoor zal een multidisciplinaire, wetenschappelijke en onafhankelijke aanpak nodig zal zijn.

IV 8. Eigen bijdragen

In hoofdstuk III.9 (Consumenten en eigen bijdragen) zijn enige alternatieven met betrekking tot eigen-bijdrage systemen aan de orde gesteld. De invoering van het ijkprijsvergoedingen-systeem impliceert de introductie van onverzekerde en variabele eigen bijdragen van de consument. Andere in de betreffende paragraaf genoemde mogelijkheden zijn de hoeveelheids-afhankelijke eigen bijdrage en procentuele prijs-afhankelijke eigen bijdrage. Op zichzelf genomen hebben eigen-bijdrage systemen alleen financieringsverschuivingen tot gevolg. Het is niet bekend of en in hoeverre zij een beperking van het verbruik van geneesmiddelen als bijkomend effect kunnen veroorzaken. In het laatste geval kunnen de totale kosten dalen. In verband met een en ander worden mogelijke besparingen in deze paragraaf niet becijferd. In de navolgende samenvatting zijn zij als P.M.-post opgenomen.

IV 9. Samenvattend overzicht van de besparingen

Uit de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk komt het volgende samenvattende beeld van de mogelijke besparingen naar voren:

besparingen (fl x mln, jaarbasis)			
maatregel	collectief	particulier	totaal
IV.3 dereguleringsvariant	PM	PM	PM
IV.4 verlaging bruto groothandelsmarge	25 à 50	15 à 25	40 à 75
IV.5 ijkprijsvergoedingen- systeem	230 à 315	130 à 185	360 à 500
IV.6 beperkende lijsten	230 à 315	130 à 185	360 à 500
IV.7 centrale onderhandeling of inkoop	240 à 480	120 à 240	360 à 720
IV.8 eigen bijdragen	PM	PM	PM

Voorts moet rekening worden gehouden met kosten van flankerend beleid (voorlichting, stimulans voorschrijvers, e.a.) en perceptiekosten. Daarnaast dient bedacht te worden dat de bovengenoemde bedragen als besparingseffecten indicatief en tentatief geraamd zijn op het kosten-niveau van 1990. Daarbij zij nogmaals verwezen naar de gehanteerde uitgangspunten en veronderstellingen in bijlage IX.

De werkgroep meent met bovenstaande inventarisatie aan haar taakopdracht te hebben voldaan.

HOOFDSTUK V SAMENVATTING

Inleiding

De werkzaamheden van de werkgroep 'Heroverweging geneesmiddelenvoorziening' - ingesteld door de Ministerraad in september 1986 als onderdeel van de 6e ronde heroverweging - hebben zich gericht op de kostenontwikkeling en de prijsvorming van geneesmiddelen. Doel van het onderzoek was te komen tot besparingsvarianten die leiden tot structurele beheersbaarheid van de kostenontwikkeling en verlaging van het kostenniveau.

De geneesmiddelenmarkt mist een aantal kenmerken van de markten voor andere verbruiksartikelen. De eindverbruiker heeft over het algemeen slechts een geringe invloed op de keuze van het geneesmiddel, aangezien het op medisch voorschrift wordt verstrekt. Daarnaast treden, voor wat de kosten betreft, de sociale en particuliere ziektekostenverzekeraars in de plaats van (een deel van) de consumenten. Bij de aankoop van geneesmiddelen is dus vrijwel altijd de keuze (beslissen), de vergoeding (betalen) en de consumptie ('genieten') gescheiden.

Economische prikkels die de voorschrijvende artsen en de apothekhoudenden tot prijsafweging nopen, komen tot op heden in het Nederlandse overheidsbeleid niet voor. Daarnaast zijn er aanzienlijke verschillen in het prijsniveau van geneesmiddelen tussen Nederland en het buitenland, met name voor merkgeneesmiddelen.

Tenslotte overtreft het jaarlijkse groeipercentage van de kosten voor genees- en verbandmiddelen de laatste jaren in steeds sterkere mate dat van de totale gezondheidszorg; in absolute zin zijn de totale kosten van het extramurale gebruik van geneesmiddelen (inclusief verbandmiddelen) van 1976 tot 1985 gestegen van f 1.780,- naar f 3.256 miljoen.

De werkgroep heeft zich in haar onderzoek beperkt tot de geneesmiddelen (zowel intra- als extramuraal), exclusief de verbandmiddelen en kunst- en hulpmiddelen.

Productkenmerken

Geneesmiddelen kunnen worden onderscheiden naar de wijze van productie in drie categorieën. Farmaceutische specialité's zijn onder merknaam verkochte, industrieel vervaardigde kant en klare geneesmiddelen; zij maken ongeveer 80% van de markt uit. Farmaceutische preparaten zijn merkloze geneesmiddelen, vaak identiek aan specialité's waarvan het octrooi verlopen is (20 jaar). Dit noemt men ook wel 'loco-preparaten' of 'generics'; meestal ligt de prijs 10 tot 15% onder die van specialité's.

De informatie over de beschikbaarheid van deze loco's is onvolledig bij de voorschrijvende artsen. Ook bestaan in het vergoedingensysteem voor de apothekhoudenden relatief weinig prikkels tot het bevorderen van het gebruik van voorhanden zijnde, goedkopere middelen. Magistraal bereide middelen tenslotte zijn door de apotheker zelf uit farmaceutische grondstoffen bereide geneesmiddelen; het marktaandeel hiervan ligt onder de 10%.

Voorts is een onderverdeling naar wijze van aflevering mogelijk. Daarbij is onderscheid te maken tussen geneesmiddelen die uitsluitend op recept door de apotheek geleverd mogen worden (U.R.); geneesmiddelen

die zonder recept mogen worden afgeleverd, maar uitsluitend door apothekhoudenden (U.A.); en zelfmedicatiegeneesmiddelen die vrij - dat wil zeggen ook door de drogist - verkocht mogen worden.

Uit 1985 waren in Nederland 6300 preparaten geregistreerd, waarvan 1400 specialité's in 4100 toedieningsvormen alsmede 2200 farmaceutische preparaten. Hiervan zijn ongeveer 600 producten bij ons vrij verkrijgbaar, met een jaarlijkse omzet van rond f 260 miljoen, zijnde ongeveer 9% van de totale uitgaven aan geneesmiddelen. Opvallend is dat de omzet van vrij verkrijgbare geneesmiddelen in een aantal andere westerse landen (relatief) aanzienlijk hoger ligt, soms zelfs op 15-20% van het totale gebruik. De werkgroep pleit dan ook voor een verantwoord bevorderen van zelfmedicatie, dit op grond van de volgende drie argumenten: - zowel U.R.-geneesmiddelen als zelfmedicatiepreparaten worden bereid en beoordeeld volgens gelijke EG-normen van deugdelijkheid, werkzaamheid en veiligheid; - misbruik en verkeerd gebruik kunnen bij alle vormen van distributie en verkrijgbaarheid optreden; - de consument krijgt meer eigen beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden om zelf te beoordelen welke klachten voor zelfzorg in aanmerking komen. Daartoe is nodig dat de publieksvoorlichting wordt verbeterd.

Marktkkenmerken

Van de in Nederland gebruikte geneesmiddelen wordt ca. 85% (in geldswaarde) geïmporteerd, de rest wordt in Nederland geproduceerd. De initiële prijszetting van nieuwe producten is altijd vrij geweest in Nederland. Op internationaal niveau vindt vaak dual-pricing plaats: prijsonderscheid naar geografische deelmarkten.

De import van geneesmiddelen is voornamelijk in handen van multinationale ondernemingen. De importprijs van door deze importeurs ingevoerde geneesmiddelen is niet het resultaat van vrije markt-onderhandelingen, maar wordt veelal bepaald door interne concernpolitiek (zogenaamde interne verrekenprijzen). Dit systeem ondermijnt ieder wettelijk prijsregiem, waarbij wijzigingen in de importprijs in de verkoopprijs mogen worden doorberekend.

De groothandel is sterk geconcentreerd: er zijn slechts vijf landelijke groothandelaren met een volledig assortiment. De groothandelsmarge is gemiddeld ruim 20% en in vergelijking met het buitenland hoog (Frankrijk: 11,4% van de prijs af fabriek). Vaak is er sprake van een zekere mate van belangenverstrengeling met de afnemers: winstdeling, jaarbonussen of andere tegemoetkomingen van al dan niet financiële aard aan de apothekhoudenden.

Apothekhoudenden (1985: 1285 openbare apotheken en + 1100 apothekhoudende huisartsen) hanteren landelijk uniforme prijzen voor geneesmiddelen (zogenaamde tarieflijsten of Taxen). De vergoeding (van de verzekeraars) voor afgeleverde geneesmiddelen gebeurt op forfaitaire wijze aan de hand van een zogenaamde basisinkoophoeveelheid en met als uitgangspunt de door de landelijk opererende, volgesorteerde groothandelaren uniform vastgestelde verkoopprijzen.

Onder meer door inkoop buiten de reguliere groothandel om en/of door grotere hoeveelheden dan de basisinkoophoeveelheden tegen gunstige condities, zijn er voor de apothekhoudenden tal van mogelijkheden om additioneel inkomen te verwerven. Schattingen van deze inkoopvoordelen (inclusief de particuliere sector) komen op een bedrag tussen de 70 en 150 mln gulden, dat aan extra inkomen boven het vastgestelde norminkomen bij de apothekhoudenden terecht komt.

De artsen hanteren bij het voorschrijven van medicijnen een beperkt assortiment ('evoked set'), voornamelijk bestaande uit specialité's, zulks mede als resultaat van industriële promotie. De voornaamste criteria die gehanteerd worden bij de beoordeling van geneesmiddelen zijn

in afnemende volgorde van prioriteit: bijwerkingen, chemische samenstelling, de werking en de effectiviteit, het al of niet van Nederlands fabrikaat zijn en de prijs. Voorlichting gericht op medisch en economisch verantwoord voorschrijven is niet volledig en vrijblijvend.

Prikkels tot prijsafweging door de consument bij de geneesmiddelenkeuze zijn nauwelijks aanwezig. De huidige eigen-bijdrage maatregel is immers onafhankelijk van prijs en volume van het voorgeschreven geneesmiddel.

De ziektekostenverzekeraars tenslotte hebben in de praktijk een zeer beperkte marktbeïnvloedende betekenis en vormen dan ook nauwelijks een 'countervailing power' aan de vraagzijde. De fondsen zijn ingevolge de contracteerplicht uit de Ziekenfondswet verplicht overeenkomsten aan te gaan met elke erkende zorgverlener en diens gemaakte kosten te vergoeden. Nieuwe preparaten worden als regel automatisch aan het verstrekkingenpakket toegevoegd, zulks zonder voorafgaande kostenbeoordeling en prijsafweging met qua therapeutische werkzaamheid vergelijkbare preparaten.

Kostenontwikkeling

De kosten van het extramurale geneesmiddelengebruik (exclusief zelfmedicatie) zijn van 1976 tot 1985 gestegen van f 1580,- naar f 2999,- mln; dit is een gemiddelde jaarlijkse stijging van 7,4%.

Deze kostenontwikkeling wordt veroorzaakt door een volume-effect, een prijsstijging en in de belangrijkste mate door een substitutie-effect van goedkope naar duurere middelen. Iedere prijsstijging die hiermee verband houdt, werkt automatisch en ten volle in de kosten door.

Instrumenten die deze ontwikkeling kunnen stoppen of vertragen, ontbreken in het bestaande beleid.

Het taakstellend kostenniveau in 1990 voor het extramurale gebruik van geneesmiddelen bedraagt f 3335,- miljoen. Dit is tevens het bedrag waarover de werkgroep een 20%-besparingsvariant heeft ontwikkeld. Ongewijzigd beleid impliceert een niet aflatende druk op het "kostenplafond" en een accumulatie van kostenoverschrijdingen, welke gegeven het taakstellende karakter zonodig elders gecompenseerd zullen dienen te worden.

Uit internationale vergelijkingen komt naar voren dat Nederland na Duitsland de hoogste af-fabrieksprijs heeft, de hoogste groothandelsmarge en een vrij hoge apothekersmarge. De relatieve publieksprijs in Nederland is dientengevolge zeer hoog.

Dit kan met de volgende tabel worden geïllustreerd:

Relatieve prijs-index cijfers af-fabriek/importeur in EG-landen

	1984	1986
Portugal	100	107
Frankrijk	100	113
Spanje	104	100
Italië	105	119
België	115	132
Ierland	181	234
Verenigd Koninkrijk	193	201
Nederland	199	230
Duitsland	210	251

Bron: 'The consumer and the pharmaceutical products in the European Economic Community', Bureau Européens des Unions de Consommateurs (BEUC).

In vergelijking met andere landen kent Nederland op het vlak der prijsvorming en toelating van geneesmiddelen tot het verstrekkingenpakket weinig regulering.

Uitgangspunten voor besparingsvarianten

Het voorgaande wijst op de noodzaak van ingrijpende maatregelen die bijdragen aan een structurele kostenbeheersing en -beperking in de geneesmiddelensector. Daarbij is duidelijk dat de huidige marktstructuur geen enkele garantie biedt om dit te bewerkstelligen. Integendeel, zeer aannemelijk is dat de gecombineerde werking van prijsstellersvrijheid bij het bedrijfsleven aan de aanbodzijde enerzijds en de onzekerheid en afhankelijkheid aan de vraagzijde anderzijds verdere ongelimiteerde kostenstijgingen in de hand zullen werken.

De werkgroep beveelt aan ernaar te streven dat de maatregelen voor de gehele extramurale geneesmiddelenvoorziening zullen gelden. Naast de gegeven wettelijke mogelijkheden, kunnen privaatrechtelijke regelingen met gelijke strekking daartoe dienen.

Noodzakelijk is een instrumentarium waarmee kan worden ingegrepen in de prijsvorming, zodanig dat dit kan bijdragen aan een verlaging van het prijsniveau en het ontstaan van prijsconcurrentie. Mede op grond van de relevante EG-jurisprudentie en gelet op de aanpak van andere EG-landen, zou een effectieve inperking van de prijsstellersvrijheid kunnen worden bereikt door:

- a) een beperking van het verstrekkingenpakket;
- b) maximering van de vergoeding voor gelijkwaardige produkten.

Daarnaast wordt in het rapport ingegaan op een mogelijke deregulering van de detailhandelsschakel en het instrument van centrale inkoop (leveringscontracten/inschrijving op tender).

a) Beperking van het verstrekkingenpakket

In dit systeem worden prijs- en behoeftecriteria gehanteerd als uitgangspunten bij het verstrekkingenbeleid. Per homogeen cluster van geneesmiddelen wordt slechts het goedkoopste middel verstrekt. Andere geneesmiddelen worden uitgesloten van de verstrekking voor rekening van de verzekering. In deze opzet worden voorschrijver en consument door het verstrekkingenbeleid sterk beïnvloed en indirect beperkt in de keuze tussen onderling substitueerbare produkten; de substitutie van duurdere naar goedkopere producten wordt bevorderd.

In deze variant wordt de prijsvorming op het niveau van de fabrikant/importeur vrijgelaten. Dit systeem is bruikbaar in deelmarkten, waar tussen onderling substitueerbare producten wezenlijke prijsverschillen bestaan. De besparingseffecten worden geraamd op 360-500 miljoen gulden.

b) Ijkprijsvergoedingensysteem (maximering van de vergoeding)

Dit systeem gaat uit van een uniforme vergoeding aan de verzekerde voor geneesmiddelen, die farmaceutisch identiek zijn of therapeutisch equivalent worden geacht. Indien de prijs bij aflevering aan de consument hoger is dan de ijkprijs, moet de consument het prijsverschil aan de apotheekhoudende bijbetalen.

De arts blijft overigens geheel vrij in zijn keuze welke evenwel wordt beïnvloed door het financieel belang van de patiënt en apotheker. Dit systeem is toepasbaar in dezelfde deelmarkten als het systeem van de beperkende lijsten en er worden besparingen in dezelfde orde van grootte (360-500 mln) geraamd.

Voor beide bovengenoemde varianten geldt, dat het feitelijk ondernemersgedrag primair de opbrengsten zal bepalen. Compensatoir prijs-gedrag kan leiden tot ophoging van het gehele prijsgebouw.

Centrale onderhandeling/inkoop

Uitgangspunt in deze variant, die compatibel is met elk van de twee hiervoor genoemde, is dat alleen het geneesmiddel uit een homogeen cluster wordt verstrekt, waarvan de prijs - naar verwachting beduidend lager dan de huidige marktprijs - in onderhandeling is overeengekomen. Hier tegenover kan een exclusieve marktpositie in het verstrekkingenpakket staan tegen de overeengekomen prijs voor een bepaalde tijdsduur. Een minder restrictieve benadering kan inhouden dat in onderhandeling een ijkprijs wordt vastgesteld, die de aanbieder in kwestie een gunstige uitgangspositie verschaft (eigen bijdrage op nulniveau). Deze variant is in beginsel eveneens bruikbaar in deelmarkten, die gedomineerd worden door single-source producten. In deze gevallen kan het behoeftecriterium primair worden gehanteerd. De besparingseffecten van deze variant worden geraamd op f 360 tot f 720 mln gulden. In het bijzonder zal bij de implementatie van deze variant moeten worden gelet op de relevante bepalingen van het EG-Verdrag (art. 30 jo. artt. 85 en 86).

Voor het implementeren van de drie bovengenoemde varianten is de oprichting van een uitvoeringsorgaan nodig. Dit orgaan kan zowel de kwalitatieve clustering en selectie van het ijkproduct (definiëren van gelijkwaardigheid van preparaten), de prijs-prestatie vergelijkingen en het volgen van de prijsontwikkelingen voor zijn rekening nemen. Hiervoor zal een multidisciplinaire, wetenschappelijke en onafhankelijke aanpak nodig zijn.

Deregulering van de detailhandelsschakel

Deze variant beoogt bevordering van prijsconcurrentie in de distributiekanaalen van de geneesmiddelenvoorziening. Dit kan door middel van - deregulering van de tarieven van apothekhoudenden; - het laten vervallen van het norminkomensbeleid; - deregulering van de beperkingen op de beroepsuitoefening en de exploitatie van apotheken; - versoepelen van de inrichtingseisen; - het bevorderen van vrije vestiging. Het invoeren van een restitutiesysteem in de sociale ziektekostenverzekering ligt in deze variant voor de hand.

Indien hierdoor prijsconcurrentie zich inderdaad doorzet in de bedrijfskolom, zal een neerwaarts effect op de kosten kunnen optreden (primair bij apotheken en groothandelaren, vervolgens mogelijk ook in de fabrieksprijzen). De integratie van groothandels- en apotheekondernemingen zal worden gestimuleerd, wat kan resulteren in verlaging van de handelsmarges.

Overige voorstellen

In het rapport wordt ook ingegaan op de (beperkte) mogelijkheden van ingrijpen met behulp van de Prijzenwet en de Wet Economische Mededinging, ter beïnvloeding van het prijsniveau af-fabrikant/importeur. Tevens wordt de mogelijkheid aangegeven van het reguleren (en beperken) van de groothandelsmarges (bijvoorbeeld door de groothandel onder de werkingssfeer van de Wet Tarieven Gezondheidszorg te brengen). Ook zou de groothandelsfunctie (gedeeltelijk) kunnen worden overgenomen door de overheid of de ziektekostenverzekeraars.

Beïnvloeding van het prescriptiegedrag van de voorschrijvende artsen is mogelijk door betere (en onafhankelijke) voorlichting (instelling van klinisch-farmacologische consultants), de introductie van een stimulans in de honoreringsstructuur en/of aanpassing van de (contractuele) relatie met ziektekostenverzekeraars.

De ziektekostenverzekeraars kunnen hun marktpositie versterken door in hun polisvoorwaarden een positief verstrekkingsbeleid te voeren door beperking van het assortiment te vergoeden geneesmiddelen (met als doel de substitutie van duurdere door goedkopere gelijkwaardige producten). In de tweede plaats kunnen zij onderhandelen met leveranciers met het oogmerk om een lager prijsniveau te verkrijgen voor al dan niet substitueerbare producten.

Tenslotte kunnen prikkels tot prijsafweging op het niveau van de consument worden geïntroduceerd. Hiervoor geeft de werkgroep drie concrete mogelijkheden aan: - een eigen bijdrage afhankelijk van de hoeveelheid van het voorgeschreven geneesmiddel; - een eigen bijdrage gekoppeld aan de prijs van het voorgeschreven geneesmiddel; - een gedifferentieerde eigen bijdrage die gelijk is aan het verschil tussen het vergoedingsniveau en de feitelijke eindprijs.

De intramurale markt

Dit heroverwegingsonderzoek betreft primair het extramurale segment van de geneesmiddelenmarkt. In het intramurale segment vindt financiering van de uitgaven voor geneesmiddelen plaats uit het instellingsbudget. Geconcludeerd wordt dat met name in de ziekenhuissector intensivering van het kostenbeheersingsbeleid noodzakelijk is, niet in het minst vanwege de uitstralingseffecten naar het extramurale deel van de geneesmiddelenmarkt.

Voorts wordt aanbevolen om onderzoek te verrichten naar de geneesmiddelenvoorziening in bejaardenoorden. Hier vindt financiering van het geneesmiddelengebruik, in tegenstelling tot in verpleeghuizen, niet plaats vanuit het instellingsbudget.

Heroverweging geneesmiddelenvoorziening

Bijlagen

1. Algemene taakopdracht
2. Samenstelling van de werkgroep
3. Financiële aspecten
4. De geneesmiddelenvoorziening in de intramurale sector
5. Prijsaspecten van farmaceutische producten in de EG
6. Samenvatting SWOKA-onderzoek + inschatting consumentenvoorkeuren
7. Samenvatting rapport Wierenga
8. Brief 21 april 1987 aan COTG betreffende definitieve aanwijzing.
9. Berekening besparingseffecten.

Bijlage I

Algemene taakopdracht voor heroverwegingsonderzoeken

A. Beleidsbeschrijving

1. Beschrijf het bestaande beleid, zo beknopt mogelijk, in termen van doelstellingen en instrumenten.
2. Welke collectieve uitgaven zijn met het beleid gemoeid in 1986 en welke bedragen zijn opgenomen in de begroting 1987 en in de meerjarenramingen tot en met 1991 (inclusief de uitgaven ten behoeve van het ambtelijk apparaat)?
Geef hierbij tevens aan of deze uitgaven sinds 1976 in reële termen aanmerkelijk (meer dan 10%) zijn gestegen. Verstrek, zo mogelijk, ook volume-informatie over de gefinancierde voorzieningen in 1986 en (ramingen voor de) volgende jaren.
3. Specificeer het meerjarencijfer voor 1991 - het z.g. "ijkpunt" voor het onderzoek - naar economische categorieën. Splits de categorie consumptieve overheidsbestedingen uit naar personele uitgaven - het resulterende bedrag is het "deel-ijkpunt personele uitgaven" - en materiële uitgaven.

B. Variantenontwikkeling

1. Ontwerp een aantal beleidsvarianten (tenminste 3 à 4), die leiden tot besparingen ten opzichte van het ijkpunt. Tenminste één beleidsvariant dient te resulteren in besparingen van tenminste 20% ten opzichte van het ijkpunt.
Bij de variantenontwikkeling dient in ieder geval aandacht gegeven te worden aan mogelijkheden voor:
 - a. privatisering, decentralisatie en deregulering;
 - b. (versterkte) toepassing van het profijtbeginzel;
 - c. vergroting van effectiviteit en doelmatigheid van het beleid;
 - d. verlaging van het niveau van voorzieningen naar aard of hoeveelheid.
 - e. verkleining van de omvang van de bij die variant behorende personeelsreductie bij het overheidsapparaat.

2. Geef aan welke evaluatiegegevens en beleidsmatige overwegingen aan de beleidsvarianten ten grondslag liggen.
Geef in dit verband ook aandacht aan relevante alternatieven die in het buitenland worden toegepast.
3. De beleidsvarianten dienen zo concreet mogelijk te worden uitgewerkt naar te treffen maatregelen, wetswijzigingen, etc.
Geef het tijdpad aan voor de resulterende besparingen tot 1991 en specificeer de besparingen in 1991 naar economische categorieën.
Geef aan of de personele 20%-variant kan worden gerealiseerd zonder gedwongen ontslagen, bijv. via overplaatsing, etc.
4. Geen aandacht aan de consequenties van de uitvoering van beleidsvarianten voor:
 1. het bestaande beleid;
 2. de werkgelegenheid bij de rijksoverheid en elders in de quaire sector;
 3. de direct met de betrokken overheidsuitgaven samenhangende werkgelegenheid in de marktsector;
 4. de inkomensverdeling (primaair, secundair, tertiair);
 5. overige maatschappelijke omstandigheden waarop het beleid een belangrijke invloed heeft.

De procedurele richtlijnen voor de heroverwegingsonderzoeken bevatten op enkele punten waarin deze taakopdracht niet voorziet, nadere aanwijzingen. De richtlijnen zijn, evenals deze taakopdracht, in september 1986 door de Ministeriële Commissie opnieuw vastgesteld (betreft in hoofdzaak een stroomlijning van de bestaande voorschriften). De richtlijnen zullen tezamen met deze taakopdracht ter kennis worden gebracht van de in te stellen werkgroepen. Over overige punten waarin de taakopdracht niet voorziet wordt beslist door de Ambtelijke Commissie Heroverweging.

Bijlage II

Samenstelling heroverwegingswerkgroep Geneesmiddelen-
voorziening

<u>Voorzitter</u>	: drs. R.J. Samsom, Hoofddirectie Gezondheidsbescher- ming, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
<u>Secretaris</u>	: drs. F.J.M. ten Have, Inspectie der Rijksfinanciën, Ministerie van Financiën
<u>Adj.-secretaris</u>	: W.P. Uittenbogaard, Stafafdeling Financieel Beleid Gezondheidszorg, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
<u>Leden</u>	: drs. H. de Boer, Directie Verzekeringen, Tarieven en Arbeidsvoorwaarden, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur J.C. Boer, Directie mededinging en Fusies, Ministerie van Economische Zaken drs. P.F.M. Geelen (plv. drs. C.P. Maan), Directie Algemene Economische Zaken, Ministerie van Economische Zaken drs. R. van Hengstum, Centrale Directie Financieel- Economische Zaken, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur drs. H. Koning, Inspectie der Rijksfinanciën, Ministerie van Financiën mr. W.C. Koomans (plv. dr. ir. E. Izeboud), Directie Chemie, Metallurgie, Bouwmaterialen en Papier, Ministerie van Economische Zaken drs. H. de Ruyter, Directie Mededinging en Fusies, Ministerie van Economische Zaken drs. H.A.M. Suykerbuyk, Hoofdafdeling Geneesmidde- len, Medische hulpmiddelen en Infectieziekten, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur drs. A.L.M. van Tilburg, Inspectie der Rijksfinan- ciën Ministerie van Financiën drs. E. Wiebenga, Stafafdeling Financieel Beleid Gezondheidszorg, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur drs. J. Wijnhoud, Kabinet van de Minister-Presi- dent, Ministerie van Algemene Zaken
<u>Externe deskundige</u>	: drs. P. de Wolf, Interfaculteit Bedrijfskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam

BIJLAGE III

Financiële aspecten

1. Inleiding

Deze bijlage behandelt een aantal financiële aspecten.

Paragraaf 2 bevat de bepaling van de ijklijn. In paragraaf 3 wordt de ijklijn bezien in het licht van de kostenraming voor de geneesmiddelensector in het FOGM. In paragraaf 4 wordt ingegaan op het substitutie-effect dat een specifieke rol speelt in de kostenraming in het FOGM en bij de bepaling van de ijklijn. Paragraaf 5 behandelt de wijze waarop het substitutie-effect is verwerkt in de mutatietafel in het FOGM. In paragraaf 6 wordt aandacht geschonken aan onzekerheden ten aanzien van veronderstellingen die ten grondslag liggen aan ijklijn en raming in het FOGM. Deze met onzekerheid omgeven veronderstellingen hebben met name betrekking op de particuliere sector.

2. Bepaling van de ijklijn

Uitgangspunt vormen de voorlopige uitkomsten 1985 in het FOGM 1987. Van belang zijn met name de tabellen 4.1, 4.2, 4.5 en 4.6. In de desbetreffende bedragen zijn de kosten van verbandmiddelen inbegrepen. Hiervoor moet correctie plaatsvinden. Geschat wordt dat van de materiële kosten bij apotheekhoudenden in de ziekenfondssector circa f 75 miljoen betrekking heeft op verbandmiddelen. Onder de veronderstelling van gelijke verhoudingen binnen particuliere en ziekenfondssector kunnen de totale kosten van verbandmiddelen worden geschat op circa f 119 miljoen, inclusief kosten van BTW.

Onderstaand overzicht schetst het kostenbeeld 1985 van de geneesmiddelensector, in kolom (1) inclusief de verbandmiddelen, in kolom (2) exclusief de verbandmiddelen.

Tabel 1. Kostenbeeld geneesmiddelensector 1985

	(1) inclusief verbandmiddelen	(2) exclusief verbandmiddelen
Kosten van gebruik van farmaceutische hulp door ziekenfondsverzekerden via apotheekhoudenden	1992	1912
- honoraria + kosten van apotheekhoudenden	547	547
- BTW	89	84
- materiële kosten	1356	1281
Overige kosten van gebruik van farmaceutische hulp door ziekenfondsverzekerden ¹⁾	51	49
	_____ +	_____ +
Totale kosten van gebruik van farmaceutische hulp door ziekenfondsverzekerden	2043	1961
Kosten van gebruik van farmaceutische hulp door particulier verzekerden	956	919
	_____ +	_____ +
Totale kosten	2999 (- 119)	2880

Bron: FOGM 1987, bewerkt

1) Farmaceutische hulp via ziekenfondsapotheken en bijzondere farmaceutische hulp

In kolom 2 bedraagt binnen de ziekenfondssector het aandeel van materiële kosten inclusief kosten van BTW 71,4% van de kosten van gebruik van farmaceutische hulp via apotheekhoudenden. Hiervan uitgaande wordt het totaal van materiële kosten inclusief kosten van BTW geschat op f 2.060 miljoen in 1985.

Kolom (2) is uitgangspunt voor de bepaling van de ijklijn. In essentie gebeurt dit op dezelfde manier als waarop de kostenraming in het FOGM tot stand komt. Dat wil zeggen dat uitgegaan wordt van de gegevens in de ziekenfondssector. De mutaties die daarbinnen optreden, worden met name veroorzaakt door het jaarlijks ingezette substitutie-effect van 5% en een volume-effect van 0,7% uit hoofde van de 1% volumegroei. Het volume-effect wordt berekend over de totale kosten, het substitutie-effect uitsluitend over de materiële kosten inclusief BTW.

In de raming wordt vervolgens de kostenontwikkeling in de particuliere sector verondersteld gelijk te zijn aan die in de ziekenfondssector. Tenslotte worden de taakstellingen 1986, 1987 en 1988, die uitsluitend betrekking hebben op de ziekenfondssector, in mindering gebracht.

Volume-effect, substitutie-effect en taakstellingen leiden tot de volgende mutaties op het initiële kostenniveau.

	1986	1987	1988	1989	1990	Totaal
Volume-effect	20	20	20	20	20	100
Substitutie-effect	105	105	105	105	105	525
Taakstellingen	-10	-70	-90	-	-	-170
Totaal	115	55	35	125	125	455

Als ijklijn resulteert derhalve:

1985	1986	1987	1988	1989	1990
2880	2995	3050	3085	3210	3335

Binnen de ijklijn stijgen de materiële kosten inclusief kosten van BTW jaarlijks met 5,7% (5% uit hoofde van het substitutie-effect en 0,7% uit hoofde van het volume-effect), dat wil zeggen met f 115 miljoen per jaar. De ontwikkeling van de materiële kosten inclusief kosten van BTW is derhalve:

Ontwikkeling van de materiële kosten inclusief kosten van BTW binnen de ijklijn.

1985	1986	1987	1988	1989	1990
2060	2175	2290	2405	2520	2635

3. De kostenraming in het FOGM

De kostenontwikkeling volgens de ijklijn correspondeert met de kostenraming die voor de geneesmiddelen is opgenomen in deel B van het FOGM, zowel in tabel 1.6 in hoofdstuk 1 als in tabel 4.13 in hoofdstuk 4. Tabel 1.6 is inclusief de kunst- en hulpmiddelen, tabel 4.13 is exclusief de kunst- en hulpmiddelen. Voor een goed begrip wordt erop gewezen dat in deze tabellen de kostenontwikkeling is weergegeven in lopende prijzen, waarbij is aangesloten bij de ramingen in de Macro Economische Verkenningen ten aanzien van loonontwikkeling en prijsaanpassing.

Voor het substitutie-effect is jaarlijks 5% opgenomen, voor het volume-effect 0,7% per jaar. Ook is rekening gehouden met de gestage verschuiving van apotheekhoudende huisartsen naar apothekers. De jaarlijkse kostenstijging die met dit laatste verband houdt, is overigens zeer beperkt. Tenslotte zijn in de ramingen de taakstellingen verwerkt.

De desbetreffende kostenramingen liggen mede ten grondslag aan het voor de komende jaren voorziene premiebeeld ZFW.

Tabel 4.13 in deel B van het FOGM 1987 geeft aan dat (in lopende prijzen) uitgegaan wordt van een kostenstijging van 3,8% in 1986 en een kostenstijging van 1,9% in 1987.

Ter vergelijking : de sub 2. weergegeven ijklijn (constante prijzen) toont een kostenstijging van 3,9% in 1986 en een kostenstijging van 1,8% in 1987.

4. De inhoud van het substitutie-effect in het FOGM

Zoals in het FOGM gehanteerd kan het substitutie-effect als volgt worden gedefinieerd:

de in de ziekenfondssector bij apothekers gemeten kostenstijging per aflevering, gecorrigeerd voor de macro-ontwikkeling van de af-fabrieksprijs van geneesmiddelen waarvoor de jaarlijkse opgave van Nefarma wordt aangehouden.

De groothandelsmarge wordt constant verondersteld. Kanttekeningen worden in het FOGM geplaatst bij het gebruik van de aflevering als maat voor het volume. Ter verklaring van het substitutie-effect wordt in het FOGM op ondermeer de volgende factoren gewezen:

- Het continue proces van introductie van nieuwe middelen, duurder dan bestaande, en al dan niet een kwaliteitsverbetering inhoudend.
- wijzigingen in de samenstelling van de vraag met name door de vergrijzing en de verschuiving van intramuraal naar extramuraal. De gedachte hierachter is dat deze ontwikkelingen ceteris paribus resulteren in een kostenstijging die sterker is dan de door deze ontwikkelingen opgeroepen stijging van het fysieke gebruiksvolume en derhalve een positief prijseffect per volume-eenheid teweegbrengen. In het geval van de vergrijzing doordat ouderen gemiddeld gesproken duurdere medicijnen gebruiken dan niet-ouderen, en in het geval van de verschuiving van intramuraal naar extramuraal doordat dit betrekking kan hebben op (uiterst) kostbare middelen, zoals bijvoorbeeld cytostatica bij kanker en het middel dat gebruikt wordt bij thuisdialyse;
- de invoering van de standaard-kleinverpakking die gepaard kan gaan met een prijseffect per volume-eenheid.

Ook in het rapport Wieringa wordt de nodige aandacht geschonken aan het substitutie-effect. Het gebruik van de aflevering als maat voor het volume wordt daarbij kritisch beoordeeld. Gesteld wordt dat - in elk geval op micro-niveau - de volume-ontwikkeling die per aflevering wordt gemeten in aanzienlijke mate kan afwijken van de volume-ontwikkeling gemeten in fysieke eenheden (stuks, ml., e.d.), hetgeen consequenties kan hebben voor het als residu berekende substitutie-effect.

Cijfermatig inzicht in het substitutie-effect bieden analyses van de Westduitse ziekenfondsen ter verklaring van de kostenstijgingen. De analyse over 1984 laat zien dat in dat jaar de kostenstijging per voorschrift na prijscorrectie 6% bedroeg. Deze stijging was opgebouwd uit 0,4% stijging door veranderingen in toedieningsvorm/dosering, 2,5% door veranderingen in de verpakkingsgrootte en 1,6% door vernieuwing. Hiermee is een stijging van 4,5% verklaard, dat wil zeggen 75% van de totale kostenstijging per voorschrift na prijscorrectie. Opmerkelijk hierbij is het grote aandeel van de verpakkingsgrootte (41%), het beperkte aandeel van de vernieuwing (27%) maar ook de omvang van het niet-verklaarde deel van de kostenstijging per voorschrift (25%).

Opvallend is overigens dat als volumemaat het voorschrift wordt gehanteerd, wat een ruwere maatstaf is dan de aflevering. Vermeld wordt nog dat bij de Westduitse ziekenfondsen de kostenstijging per voorschrift na prijscorrectie in 1983 11,6% bedroeg. De daling naar 6% in 1984 wordt toegeschreven aan verschuivingen op de deelmarkten van analgetica en anti-reumamiddelen.

5. Het substitutie-effect in de mutatietable van het FOGM

In de mutatietable van het FOGM is het jaarlijks ingezette substitutie-effect niet opgenomen in de regel geneesmiddelen "boven de streep", maar is dit verwerkt in de regel arbeidskosten en prijsaanpassing "onder de streep". Sedert jaren is het feitelijke substitutie-effect groter dan geraamd. Aangezien lange tijd aan het geraamde substitutie-effect geen taakstellend karakter was verbonden, had dit geen consequenties bij de jaarlijkse vaststelling van over- en onderschrijdingen. Dit veranderde in 1985 toen bij de afrekening van het jaar 1984 besloten werd aan het geraamde substitutie-effect een taakstellend karakter te verbinden. Het positieve verschil tussen realisatie en raming vertaalt zich sindsdien in overschrijdingen. Deze overschrijdingen nopen tot de noodzaak van compensatie in volgende jaren. De hiermee verbandhoudende taakstellingen worden "boven de streep" weergegeven, zulks op verlangen van het Ministerie van Financiën.

6. Onzekerheden in ijklijn en kostenraming FOGM

Zowel de ijklijn als de raming voor de geneesmiddelensector in het FOGM zijn het resultaat van een ramingstechnische benadering met alle veronderstellingen vandien.

Een aantal van de noodzakelijkerwijze gemaakte veronderstellingen zijn met onzekerheid omgeven. Dit geldt in het bijzonder veronderstellingen die betrekking hebben op de particuliere sector zoals:

1. De veronderstelling dat de kostenverhoudingen in de particuliere sector gelijk zijn aan die in de ziekenfondssector
2. De veronderstelling dat de kostenontwikkeling in de particuliere sector gelijk is aan die in de ziekenfondssector
3. Het kostenniveau 1985 dat ten aanzien van de particuliere sector voor de ijklijnbeoordeling (en de desbetreffende raming in het FOGM) als uitgangspunt is genomen.

Ad 1:

In hoeverre dit juist of onjuist is valt niet goed te zeggen. De ondoorzichtigheid van de tariefsystematiek alsook de ongelijkheid van de tariefsystematiek tussen particuliere en ziekenfondssector is hier debet aan. In het beleid wordt overigens gestreefd naar uniformering ten aanzien van de tariefsystematiek.

Ad 2 en 3:

Op vage noties berust het vermoeden dat de kostenontwikkeling in de particuliere sector een ietwat gematigder verloop kent dan de kostenontwikkeling in de ziekenfondssector. Hard materiaal dat dit vermoeden bevestigt, ontbreekt echter.

Ter vergelijking: blijkt het FOGM stegen de kosten van het gebruik in de ziekenfondssector in 1985 met 9,5% (FOGM 1987, deel B, tabel 4.2). Blijkt het in september 1986 uitgebrachte KISG 85 stegen de kosten van geneesmiddelen per particulier verzekerde in 1985 met 9,1%. Met nadruk zij echter vermeld dat het hierbij gaat om de bij verzekeraars gedeclareerde bruto bedragen. Vanwege het eigen risico blijft een deel van de kosten en daarmee een deel van de kostenontwikkeling buiten de waarneming.

Tenslotte een opmerking over het kostenniveau 1985 van het geneesmiddelengebruik in de particuliere sector. Op basis van het FOGM is voor de ijklijnbe-
paling uitgegaan van de volgende bedragen (zie tabel 1): f 956 miljoen inclu-
sief verbandmiddelen f 919 miljoen exclusief verbandmiddelen. Het eerstge-
noemde bedrag is afkomstig van het CBS als resultaat van door deze instelling
ingestelde - niet grootschalige - gezondheidsenquêtes.

Ter vergelijking: uit het KISG 85 kan worden afgeleid dat in termen van bruto
gedecclareerde bedragen de kosten van geneesmiddelen in de particuliere sector
in 1985 circa f 650 miljoen bedroegen. Afgezet tegen het CBS-gegeven zou dit
erop kunnen duiden dat in de sfeer van het eigen risico - voorzover niet
opgenomen in de gedecclareerde bedragen - jaarlijks circa f 300 miljoen
omgaat. Het is met name dit gegeven waaromtrent de meeste onzekerheid
bestaat. Hierbij wordt opgemerkt dat van de particulier verzekerden (slechts)
66% is verzekerd voor kosten van geneesmiddelen. Dat wil zeggen dat 34% van
de particulier verzekerden nimmer een declaratie zal indienen voor kosten van
geneesmiddelen ofschoon er wel kosten zullen worden gemaakt; ook die kosten
worden uiteraard meegenomen door het CBS en daarentegen niet meegenomen in
het KISG-cijfer.

Bijlage IV

De Intramurale Sector

Inleiding

Dit heroverwegingsonderzoek betreft primair het extramurale segment van de geneesmiddelenmarkt. Hiervan te onderscheiden is het intramurale segment. Belangrijk kenmerk daarvan is dat het beslissen-betalen-verbruiken in een en dezelfde figuur, de intramurale instelling, is samengevat. Financiering geschiedt uit het instellingsbudget. De benodigde preparaten worden veelal rechtstreeks betrokken van groothandel, producent of importeur. Het intramurale segment kent derhalve een minder lange bedrijfskolom dan het extramurale segment.

Mede vanuit het gezichtspunt dat er tussen het extramurale en intramurale segment de nodige relaties bestaan, is het gewenst tevens aandacht te schenken aan het intramurale segment. Te onderkennen relaties zijn ondermeer:

- de voorbeeldwerking die uitgaat van de intramuraal werkende specialist op de extramuraal werkende huisarts.
- het beleid gericht op terugdringing van de rol van de intramurale sector dat in meer of mindere mate repercussies kan hebben op het extramurale gebruik van geneesmiddelen.
- het gegeven dat in voorkomende gevallen extramurale medicamenteuze behandeling een alternatief kan vormen voor intramurale behandeling.
- de prijsvorming van geneesmiddelen voor de intramurale sector kan medebepalend kan zijn voor de prijsstelling door aanbieders op het extramurale deel van de markt.

Teneinde de geneesmiddelenvoorziening binnen de intramurale sector beter te kunnen belichten, is vanuit de werkgroep een (beperkt) onderzoek ingesteld. Dit onderzoek dat een oriënterend karakter droeg, had uitsluitend betrekking op de geneesmiddelenvoorziening in ziekenhuizen. Een beknopt verslag van dit onderzoek is als appendix aan deze bijlage toegevoegd.

De Wet op de geneesmiddelenvoorziening

De geneesmiddelenvoorziening in ziekenhuizen en daarmee gelijkgestelde inrichtingen waaronder verpleeghuizen geschiedt ingevolge de Wet op de geneesmiddelenvoorziening door een in het ziekenhuis gevestigde apotheek, ofwel door een centrale ziekenhuisapotheek van meerdere ziekenhuizen, ofwel onder toezicht van een gevestigd apotheker voorzover het beddenbestand een maximum van 300 bedden niet te boven gaat.

Ten behoeve van psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen is een ontheffingsbeleid gevoerd waarbij ook bij hogere bedden-aantallen dan 300 de geneesmiddelenvoorziening onder toezicht kan staan van een gevestigd apotheker.

De hiervoor genoemde inrichtingen mogen rechtstreeks door de farmaceutische groothandel worden beleverd.

De geneesmiddelenvoorziening van bejaardenoorden valt niet onder de eerder-genoemde ziekenhuisparagraaf. De kosten van het gebruik van geneesmiddelen worden in tegenstelling tot ziekenhuizen, verpleeghuizen etc. niet vanuit het instellingsbudget gefinancierd. De geneesmiddelenvoorziening in bejaardenoorden behoort derhalve tot het extramurale segment van de geneesmiddelenmarkt.

Enkele gegevens met betrekking tot de kosten

In de navolgende tabel wordt de ontwikkeling van de kosten van geneesmiddelen in de intramurale sector weergegeven.

Tabel I. Kosten van geneesmiddelen in de intramurale sector 1980-1985¹⁾

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1981	1982	1983	1984	1985	1980-1985
	mln. gld.						verandering in % ten opzichte van voorgaand jaar					gem. jaarl. verandering
Ziekenhuizen ²⁾	240,9	256,7	283,9	302,9	320,0	348,1	6,5	10,6	6,7	5,6	8,8	7,6
Verpleeghuizen	41,4	43,1	46,1	47,0	48,8	50,8	4,0	6,9	2,0	3,8	4,2	4,2
Psychiatrische zkn.	18,9	19,5	20,9	22,4	22,7	23,1	2,7	7,4	7,0	1,3	1,9	4,0
Zwakzinnigeninr.	9,5	10,2	11,5	12,3	13,1	13,5	7,2	13,0	7,1	6,7	2,8	7,3
Inr. voor zintuiglijk gehandicapten	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	-9,6	-26,0	67,5	23,3	9,4	8,6
Totaal	310,5	329,5	362,5	384,7	404,7	435,8	6,1	10,0	6,1	5,2	7,7	7,0

Bron: Financiële Statistieken 1980 tot en met 1985, Nationaal Ziekenhuisinstituut

1) uitsluitend materiële kosten, dat wil zeggen exclusief kosten van personeel en overhead

2) inclusief kosten van bestralingsmiddelen

Ter vergelijking: de kostenstijging van het extramurale geneesmiddelengebruik 1980-1985	7,5	8,7	7,4	6,3	8,3	7,6
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Globaal gezien wijkt de kostenontwikkeling voor de intramurale sector nauwelijks af van de kostenontwikkeling in de extramurale sector zij het dat de kostenontwikkeling intramuraal vrijwel steeds iets minder is dan de kostenontwikkeling extramuraal.

De gemiddelde kostenstijging bij de ziekenhuizen is gelijk aan die van de extramurale sector: 7,6% per jaar.

De kostenontwikkeling geneesmiddelen binnen de intramurale sector staat uiteraard onder invloed van veranderingen in factoren als capaciteit, capaciteitsbenutting en hiermee gepaard gaande aanpassingen van budgetten. Een correctie voor deze factoren kan het hiervoor opgeroepen beeld nuanceren.

Hiertoe wordt allereerst de ontwikkeling van de kosten geneesmiddelen afgezet tegen de ontwikkeling van de aanvaardbare kosten van de onderscheiden intramurale sectoren.

Tabel II. Afwijking van de ontwikkeling van de kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de ontwikkeling van de aanvaardbare kosten.

	1981	1982	1983	1984	1985	1980-1985 gem.afwijk.
Ziekenhuizen	-1,1	+3,8	+3,4	+4,1	+8,1	+3,7
Verpleeghuizen	-2,8	+0,4	-2,5	+1,4	+2,1	-0,2
Psychiatrische zkn.	-5,8	+0,1	+4,1	-0,9	-0,5	-0,6
Zwakzinnigen inr.	-2,0	+6,0	+2,9	+3,8	+2,1	+2,5
Inr. voor zintuiglijk gehandicapten	-16,4	-29,8	+65,0	+27,1	+9,4	+8,5
	-1,6	+3,2	+2,6	+3,3	+6,6	+2,8

Bron: Opgesteld door de werkgroep op basis van FOGM 1987 en Financiële Statistieken van het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Deze tabel laat zien dat overall de kosten van geneesmiddelen gemiddeld 2,8% per jaar sneller zijn gestegen dan het totaal van de aanvaardbare kosten. Voor de ziekenhuissector - en daarmee voor het totaal - is sinds 1983 sprake van een toenemende afwijking; in de ziekenhuissector stegen de kosten van geneesmiddelen in 1985 8,1% sneller dan de aanvaardbare kosten van ziekenhuizen. Opvallend is dat bij zowel verpleeghuizen als psychiatrische ziekenhuizen over de hele periode bezien de kosten van geneesmiddelen minder zijn gestegen dan de aanvaardbare kosten.

De ontwikkeling van de kosten geneesmiddelen per verpleegdag wordt in tabel III weergegeven.

Tabel III. Ontwikkeling van de kosten geneesmiddelen per verpleegdag 1980-1985

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1981	1982	1983	1984	1985	1980-1985
	x f 1,-						verandering in % ten opzichte van voorgaand jaar					gem. jaarl. verandering
Ziekenhuizen	10,78	11,72	13,14	14,36	15,84	17,58	8,7	12,1	9,2	10,3	11,0	10,3
Verpleeghuizen	2,52	2,57	2,71	2,73	2,79	2,87	2,0	5,4	0,7	2,2	2,9	2,6
Psychiatrische zkn.	2,25	2,29	2,40	2,60	2,67	2,75	1,7	4,8	8,3	2,7	3,0	4,1
Zwakzinnigeninr.	0,92	0,97	1,08	1,15	1,20	1,23	5,4	9,2	6,5	4,3	2,5	5,9

Bron: Opgesteld door de werkgroep op basis van FOGM 1987 en Financiële Statistieken van het Nationaal Ziekenhuisinstituut

Ook in deze tabel springen de ziekenhuizen eruit. De kosten geneesmiddelen per verpleegdag stegen met gemiddeld 10,3% per jaar. Voor een deel kan dit wellicht worden toegeschreven aan de daling van het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen en een daarmee gepaard gaande stijging van de behandelingsintensiteit per verpleegdag.

Bij deze tabel dient overigens te worden bedacht dat gerekend is in lopende prijzen. Correctie kan plaatsvinden aan de hand van het gegeven de prijsontwikkeling geneesmiddelen in de periode 1980-1985 gemiddeld 2,5% per jaar is geweest. Op grond hiervan kan ondermeer de conclusie worden getrokken dat in constante prijzen gerekend de kosten geneesmiddelen per verpleegdag in verpleeghuizen in de beschouwde periode vrijwel gelijk zijn gebleven.

De kosten van het gebruik van geneesmiddelen in bejaardenoorden worden in alle terughoudendheid geschat op f 100 - f 200 miljoen. Deze schatting is gebaseerd op de ruwe veronderstelling dat de kosten van het gebruik van geneesmiddelen van verpleeghuiscliënten en bejaardenoordbewoners elkaar niet veel zullen ontlopen. In de verpleeghuizen is de gemiddelde leeftijd thans 78 jaar, in de bejaardenoorden 83 jaar. Qua zorgproblematiek vertonen beide zorggroepen in toenemende mate overeenkomsten. Ten aanzien van de bejaardenoorden dient voorts te worden bedacht dat aflevering volledig plaatsvindt vanuit de officine-apotheek (op voorschrift van huisartsen) zodat steeds de kosten van de detailhandelsschakel in aanmerking moeten worden genomen¹⁾. Vanuit ziekenfondsen worden signalen vernomen dat de kosten van geneesmiddelen in bejaardenoorden een sterke ontwikkeling doormaken conform het algemene beeld in de extramurale sector. Harde informatie die deze signalen zouden kunnen bevestigen, ontbreekt echter. Tot slot wordt erop gewezen dat aan verpleeghuizen artsen zijn verbonden die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg waaronder het geneesmiddelengebruik in deze instellingen. In bejaardenoorden ontbreekt deze deskundigheid vooralsnog, zij het dat in toenemende mate consult wordt ingeroepen van verpleeghuisartsen.

1) Vergoed op basis van de voor de extramurale sector gangbare tarief-systematiek.

Voornaamste bevindingen uit het door de werkgroep ingestelde onderzoek naar de geneesmiddelenvoorziening in ziekenhuizen

Verondersteld werd in eerste instantie dat onder invloed van de budgetfinanciering in ziekenhuizen sprake zou zijn van een optimale prijsafweging bij de aanschaf van geneesmiddelen.

Uit het onderzoek komt echter naar voren dat dit slechts in beperkte mate het geval is. Prijsafweging wordt bemoeilijkt door sterke marktsegmentatie en winstverwachtingen die leveranciers koesteren ten aanzien van uitstralingseffecten van intramurale introductie van nieuwe geneesmiddelen op de extramurale sector.

Formulariumcommissies in de afzonderlijke ziekenhuizen vormen tegen kwaliteits- en serviceconcurrentie van leveranciers geen adequaat tegenwicht. Rechtstreekse contacten tussen leveranciers en medisch specialisten - waarbij de ziekenhuisapotheker buiten spel staat - spelen een belangrijke substitutie-bevorderende rol.

Conclusies

Wat de ziekenhuizen betreft is de conclusie dat thans geen sprake is van een optimale prijsafwijzing. Voor het toenemende beslag van kosten geneesmiddelen op het budget kunnen instellingen tot op zekere hoogte oplossingen vinden door reallocaties binnen het budget. Dit doet echter niet af aan de uitstralingseffecten naar de extramurale sector. Mede met het oog hierop is intensivering van het kostenbeheersingsbeleid binnen de ziekenhuissector noodzakelijk. Het ligt voor de hand hierbij primair de aandacht te richten op het afremmen van substitutie naar nieuwe en duurdere producten.

In dit verband wordt gewezen op de mogelijke invoering van een nationaal ziekenhuisformularium zoals dat ook in een aantal andere landen bestaat alsook op het instrument van inschrijving op tender dat voor de gehele ziekenhuissector binnen de National Health Service in Engeland wordt gehanteerd.

Onderzoek naar de toepasbaarheid van deze mogelijkheden op de Nederlandse situatie acht de werkgroep gewenst.

De zeer gematigde kostengroei in de verpleeghuizen is opvallend. Gewezen wordt op het naar elkaar toegroeien van bejaardenoorden en verpleeghuizen alsmede op de mogelijkheid dat ook de bejaardenoorden in het basispakket van het te vernieuwen verzekeringsstelsel worden opgenomen. Tegen deze achtergrond beveelt de werkgroep aan dat onderzoek wordt verricht naar de geneesmiddelenvoorziening in bejaardenoorden met inbegrip van de kostenaspecten daarvan, teneinde aanwijzingen te verkrijgen voor het terzake te voeren beleid.

Appendix

Verslag van een oriënterend onderzoek naar de geneesmiddelen- lenvoorziening in ziekenhuizen

Inleiding

Teneinde te voldoen aan het verzoek van de heroverwegingswerkgroep om de intramurale geneesmiddelenvoorziening te belichten zijn in januari 1987 door drs. H.A.M. Suykerbuyk en drs. H. Lusse, apotheker, gesprekken gevoerd met een drietal eerstverantwoordelijke ziekenhuisapothekers. De keuze is daarbij gevallen op personen die geen bestuurlijke functies uitoefenen in beroeps/belangenorganisaties en op ziekenhuizen van uiteenlopende grootte en betekenis (regionaal, suprareginaal en academisch). De gesprekken die ieder ongeveer anderhalf uur in beslag namen zijn gevoerd aan de hand van een leidraad, waaraan overigens niet strikt de hand is gehouden. De mondelinge interviews zijn niet beperkt tot de rol die de ziekenhuisapotheker in het aanschaffingsbeleid van geneesmiddelen vervult.

Om een en ander in een juist perspectief te kunnen bezien, werd het nodig geacht de geneesmiddelenvoorziening in zijn geheel ter sprake te brengen. Daarbij valt uiteraard de nadruk op de activiteiten die de ziekenhuisapotheker verricht. De resultaten van de interviews kunnen natuurlijk niet zonder meer als representatief worden verondersteld. Wel is de grote mate van consistentie in de uitspraken van de geënquêteerden opvallend.

Het geneesmiddelengebruik

De apotheker vervult een centrale rol in de geneesmiddelenvoorziening in het ziekenhuis. Primair verantwoordelijk voor de inkoop en de daarmee samenhangende kwaliteitsaspecten, sturend en begeleidend ten aanzien van de toepassing. De geneesmiddelenbereiding door de apotheker voorziet hoofdzakelijk in behoeften, waaraan de farmaceutische industrie niet tegemoet komt. Verder heeft de apotheker een taak in het logistieke beheer van de geneesmiddelen in het ziekenhuis, terwijl zijn inspanningen - zij het met wisselende intensiviteit - zich richten op standaardisatie en

beperking van het te gebruiken assortiment. Het hanteren van een formularium is hiervan het meest sprekende voorbeeld.

De dominantie van de medische specialisten is hier overduidelijk.

De ziekenhuisfarmacie is veel minder "patient oriented" dan de farmaceutische hulp in de eerstelijns. Opvallend is de kortdurende en intensieve medicatie van opgenomen patiënten.

Het invoeren van de budgettering heeft ongetwijfeld een stimulans gegeven aan het kostenbesef in de ziekenhuizen, vooral bij het management ervan. Het lijkt erop dat het instrumentarium dat intern wordt gehanteerd voldoende effectief is om de exploitatiekosten in aanzienlijke mate te beugelen.

Het onderzoek wijst evenwel uit dat de kostenpost "geneesmiddelen" moeilijk beheersbaar is. Dit wekt verwondering aangezien er tal van signalen zijn die duiden op een intensieve prijsconcurrentie tussen geneesmiddelenleveranciers onderling. (zie ook Pharmaceutische Weekblad 1986, 121, 1097-99, J.R.B.J.H. Brouwers).

Uitsluitend intramuraal

Indien men de gang van zaken rondom de inkoop van geneesmiddelen voor ziekenhuizen nader ontleeft, komt men tot de volgende schets.

De drie belangrijkste actoren zijn de geneesmiddelenleverancier, de medische specialist en de ziekenhuisapotheker. Het ondernemersgedrag van alle betrokken leveranciers is gebaseerd op rationele rendementsoverwegingen. Leveranciers die zich uitsluitend op de intramurale geneesmiddelenmarkt bewegen streven gelijkelijk naar winstgevendheid van hun activiteiten, ongeacht de prijselasticiteit van hun assortiment. De twee uitersten van het spectrum worden gevormd door leveranciers die uitsluitend multi-source geneesmiddelen (zonder octrooipositie) voeren enerzijds en leveranciers die slechts geïsoleerde specialités aanbieden anderzijds. Ten opzichte van de laatstgenoemde groep ontbreekt het de ziekenhuisapotheker feitelijk aan markt-

macht.

Slechts via standaardisatie en beperking van de farmaceutische verstrekkingen - het zgn. formularium - zou het mogelijk moeten zijn om druk op de prijsstelling uit te oefenen. Daartoe is dan wel de volledige medewerking van de betrokken medische specialist(en) vereist. De stellige indruk bestaat evenwel dat deze categorie leveranciers zeer nauwe - ook financiële - contacten met de specialisten onderhoudt en de ziekenhuisapotheker in het hele spel niet of ternauwernood voorkomt.

Wel valt te verwachten dat er sprake is van prijsconcurrentie tussen leveranciers aan het andere uiterste van het spectrum, namelijk tussen aanbieders van uitsluitend multi-source produkten en specialité-leveranciers, van wie een deel van het assortiment als gevolg van het ontbreken van octrooibescherming voor substitutie in aanmerking komt. Wil de ziekenhuisapotheker zich in een onderhandelingspositie kunnen manoeuvreren om m.n. beide categorieën (voor zover het de multi-source geneesmiddelen betreft) tegen elkaar uit te spelen, is het mandaat van de medische specialisten vereist.

Gezien de soms omvangrijke kortingen die worden gegeven valt het niet uit te sluiten dat er sprake is van verlieslatende transacties van de zijde van specialité-leveranciers, in het bijzonder indien het produkten betreft die gemakkelijk substitueerbaar zijn en waarvoor elders in het assortiment financiële compensatie kan worden gevonden, namelijk in de afzet van één of meer geoctrooideerde produkten met een hoge prijsstelling waardoor in het ziekenhuis onvermijdelijk behoefte bestaat.

Deze compensatie-mogelijkheid kent de multi-source leverancier per definitie niet; integendeel, uitsluitend met het op de apotheker gerichte marketing-instrument "prijs" moet hij zijn gehele assortiment niet alleen aantrekkelijk maken, maar tevens beschermen tegen een veelvoud van individuele, produktgerichte acties van een groot aantal specialité-leveranciers die ieder via hun assortimentspolitiek compensatie-mechanismen hebben ontwikkeld. Anders gezegd, de multi-source leverancier concurreert over de volle breedte met een omvangrijk en licht verouderd geneesmiddelenpak-

ket tegen een groot aantal specialité-leveranciers die vaak deelpakketten zullen aanbieden met U.S.P.'s (Unique Selling Point). Per saldo zullen alle pakket-transacties op een winstgevend niveau worden afgewikkeld. Slechts de zelden voorkomende leverancier met een zeer smal assortiment (één of enkele produkten) is in prijsconcurrentieel opzicht kwetsbaar.

De leveranciers hanteren in hun zakelijk verkeer met de ziekenhuisapotheker het "onderhandelingsmodel". Met andere woorden, er zijn geen vaste lage prijzen, maar hoge prijzen waarop afgedongen wordt. Dit heeft niet alleen het markt-technische voordeel dat er gemakkelijk naar afnemers gedifferentieerd kan worden, maar tevens accentueert de leverancier het nut van de intermediaire positie van de apotheker, die zich door zijn onderhandelingsresultaten kan profileren in de ziekenhuisorganisatie.

Conclusie

Het blijkt dat welke inkooppraktijken men er ook op na houdt, de opwaartse kostentrend niet wordt gekeerd. In de perceptie van de ziekenhuisapotheker is er zelfs sprake van schoksgewijze veranderingen in het kostenniveau op het moment dat gangbare geneesmiddelen waarop hij aanzienlijke kortingen (groter dan extramuraal mogelijk is) had weten te bedingen, worden vervangen door nieuwe aanzienlijk hoger geprijsde geoctrooieerde geneesmiddelen die door de medische specialisten (al dan niet terecht) als een medisch-technologische vooruitgang worden gezien.

Wel is het duidelijk dat voor een aantal geneesmiddelen een lager prijsniveau wordt gehanteerd dan in de extramurale sfeer. De kostendrukkende invloed die hiervan uitgaat is onvoldoende om de opwaartse trend om te buigen.

Twee oorzaken zijn aannemelijk:

- i) de ziekenhuisapotheker is slechts in zeer beperkte mate in staat een mechanisme in werking te zetten dat regulerend werkt op het door de farma-industrie geïnstigeerde voorschrijfgedrag van de medische specialisten;
- ii) een zeer ver doorgevoerde marktsegmentering biedt spe-

cialité-fabrikanten het instrument bij uitstek om prijsconcurrentiële effecten te compenseren, terwijl de prijsonderhandelingsruimte van leveranciers met een assortiment multi-source geneesmiddelen snel wordt uitgeput door individuele acties van eerstgenoemden.

En extramuraal?

Indien de leveranciers zowel op de intramurale als ook op de extramurale markt actief zijn, komt er een extra compensatie-mogelijkheid bij. Het uitstralingseffect van het toepassen van tal van geneesmiddelen in het ziekenhuis is nl. zo groot, dat als gevolg van het hefboomeffect dat optreedt wanneer de perifere huisartsen de door de specialisten aangegeven prescriptie volgen, per saldo een gunstig commercieel resultaat wordt verkregen, zelfs als geneesmiddelen met extreem grote kortingen aan het ziekenhuis worden geleverd. Ook al is de produktenmix van de leverancier sterk georiënteerd op de extramurale markt, dan nog kan de afzet in het ziekenhuis vanuit de marketingoptiek van zeer groot belang zijn in verband met dit uitstralingseffect.

Essentieel is de bereidheid van de specialisten om de ziekenhuisapotheker mandaat te verlenen. Twee kanttekeningen passen bij dit (eventuele) mandaat. Voor parallel-import geneesmiddelen lijkt de noodzaak van dit mandaat niet aanwezig. Dat betekent te zelfdertijd dat men de specialiténaam onverkort blijft gebruiken, hetgeen de uitstralingseffecten naar de periferie intact laat. Maar zelfs in het geval dat de ziekenhuisapotheker over het ruimst denkbare mandaat beschikt, n.l. de vrije hand om, gegeven het werkzame bestanddeel, zonder ruggespraak een keuze uit generiek preparaat, parallel-import produkt en het overeenkomstige specialité op basis van prijsonderhandelingen te maken, betekent dit blijkbaar in de praktijk nog niet dat de medische specialisten afzien van het gebruik van merknamen.

Uiteraard heeft dit aspect alleen betekenis voor leveranciers van specialités. Deze zijn desnoods bereid aanzienlijke kortingen aan de ziekenhuisapotheker te verlenen,

uitsluitend en alleen om een eventuele, als hinderlijk ervaren interventie van de ziekenhuisapotheker naar de specialisten toe, daarbij wijzend op een als te hoog ervaren prijsniveau, bij voorbaat uit te sluiten. Het is dan ook verre van paradoxaal dat specialité-leveranciers in zeldzame gevallen bereid zijn tot aanzienlijke kortingen - zo zeer zelfs dat er sprake moet zijn van verlieslatende transacties - aangezien deze elders dus buiten het ziekenhuis ruimschoots compensatie kunnen vinden. Dit geheel in tegenstelling tot de leverancier van een multi-source geneesmiddel, die er niet of nauwelijks van op aan kan dat gebruik van zijn merkloos produkt in het ziekenhuis ook tot voorschrijven in de periferie leidt.

Wil de multi-source leverancier niet iedere mogelijkheid tot compenserend prijsgedrag verliezen, dan is ook hij gehouden de prijspolitiek van de specialité-leverancier te volgen en intramuraal en extramuraal sterk te compartimenteren. Aldus worden weglekeffecten naar de extramurale markt met zijn hoger prijsniveau vermeden. Dit wijst overigens op een sterke intercorrelatie van beide markten, waarmee rekening ware te houden.

Prijsaspecten van farmaceutische produkten in de EG

Samenvatting van het voor de Europese Commissie, Hoofddirectie Milieu, Consumentenbescherming en Nucleaire Veiligheid opgestelde rapport.

G. Adriaenssens
G. Sermens
Verbruikersassociatie
(België)

In 1984 gaf het Bureau Européen des Unions de Consommateurs (BEUC) een rapport uit over consumenten en farmaceutische produkten in de Europese Gemeenschap. Het rapport was opgesteld voor de Hoofddirectie Milieu, Consumentenbescherming en Nucleaire Veiligheid van de Europese Commissie en bevatte een uitvoerige beschrijving van de in de zeven EG-lidstaten bestaande wettelijke regelingen voor de definiëring van het begrip 'geneesmiddel', de geneesmiddelenmarkt, de prijsstelling van geneesmiddelen, de voorwaarden onder welke geneesmiddelen afgeleverd worden, de informatie en voorlichting en de reclame alsook de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten. Het rapport bevatte eveneens een prijsvergelijking van geneesmiddelen.

In 1986 verzocht de Europese Commissie deze prijsvergelijking te actualiseren en daarbij tevens Spanje en Portugal te betrekken.

1. Selectie van de bij de prijsvergelijking van 1986 betrokken geneesmiddelen

Deze prijsvergelijking betreft de volgende landen: Spanje, Portugal, Italië, Frankrijk, België, Grootbritannien, Bondsrepubliek Duitsland, Ierland en Nederland.

De selectie van de geneesmiddelen komt er op neer dat de 20 geneesmiddelen met de grootste in geld uitgedrukte omzet van elk land in de vergelijking werden betrokken. Volgens onze berekeningen vertegenwoordigde dit op zich al tenminste 15% van de totale gemeenschappelijke markt op basis van de totale in geld uitgedrukte omzetwaarde.

Bovendien werden bij het vergelijkend onderzoek geneesmiddelen betrokken die, voor zover zij niet reeds tot de 20 geneesmiddelen met de hoogste in geld uitgedrukte omzet behoorden, voor wat betreft de omzet naar hoeveelheid tot de eerste 10 gerekend dienden te worden. De cijfers waren gebaseerd op gegevens uit 1983. Deze selectie resulteerde uiteindelijk in een steekproef van 110 produkten, met een minimum-marktaandeel van tenminste 20% voor wat betreft de totale omzet per lidstaat.

Bij de keuze van de toedieningsvormen van de bij het onderzoek betrokken geneesmiddelen werd eveneens rekening gehouden met de omzetgegevens. Wanneer bijvoorbeeld een geneesmiddel vaker in de vorm van een zetpil wordt afgeleverd dan in de vorm van een capsule, werd voor de prijsvergelijking voor de eerste toedieningsvorm gekozen. Uitzonderingen deden zich voor in de gevallen dat een andere toedieningsvorm zich beter voor de vergelijking leende, bijvoorbeeld wanneer een bepaalde toedieningsvorm in één van de lidstaten niet verkrijgbaar was.

In principe werden alleen identieke geneesmiddelen van dezelfde firma of van een dochteronderneming van dezelfde firma bij het vergelijkend onderzoek betrokken. De handelsnaam van een produkt kan echter in de afzonderlijke lidstaten variëren, bijvoorbeeld TEMESTA wordt in de BRD onder de naam TAVOR en in Grootbritannien onder de naam ATIVAN verhandeld. In bepaalde gevallen was ook de naam van de farmaceutische industrie niet dezelfde.

De voor de prijsvergelijking gebruikte prijzen zijn de detailhandelsprijzen van januari 1986.

2. Analyse

Wij hebben de afwijking die de prijs van een geneesmiddel vertoont ten opzichte van de laagste prijs weergegeven als percentage. Een afwijking van 100% betekent dat de prijs van dat geneesmiddel in het duurste land tweemaal zo hoog is als die in het goedkoopste land.

Tabel 1 betreft een gecombineerde samenvatting van alle afwijkende percentages, weergegeven in honderden procenten en een aanvullende categorie van afwijkingen boven de 700%.

Uit deze tabel blijkt dat de categorie met een maximale afwijking van 200-300% - waartoe 27% van de geneesmiddelen behoren - de modus, dat wil zeggen de meest voorkomende prijs, voorstelt. Anders uitgedrukt, bij 6 3% van de geneesmiddelen is de prijs in het duurste land meer dan driemaal zo hoog als die in het goedkoopste land.

Tabel 1: Gecombineerde samenvatting van de extreemwaarde van geneesmiddelenprijzen

Aandeel der geneesmiddelen per 100%-trede			
	Aantal	%	Cumulatie %
onder 100%	16	14,50	14,50
100 - 200%	25	22,72	37,22
200 - 300%	30	27,27	64,49
300 - 400%	16	14,50	78,99
400 - 500%	8	7,27	86,26
500 - 600%	5	4,54	90,80
600 - 700%	6	5,45	96,25
boven 700%	4	3,63	100

Alleen bij een klein aantal geneesmiddelen, 14,5%, werden prijs-extremen vastgesteld die beneden de verhouding 1:2 lagen. Bij meer dan 20% van de geneesmiddelen was de prijs in het duurste land meer dan vijfmaal zo hoog als in het goedkoopste land.

Tot de geneesmiddelen met de grootste prijs-extreemwaarden behoren:

Zyloric	:	Spanje	4,53 ECU	Ierland	46,95 ECU
Dogmatil	:	Italië	2,12 ECU	Nederland	18,42 ECU
Nootropil*	:	Italië	5,89 ECU	BRD	51,04 ECU
Stugeron forte	:	Portugal	4,15 ECU	Ierland	34,85 ECU

Wanneer de lidstaten gerangschikt worden aan de hand van de frequentie dat een laagste of een hoogste prijs voor een bepaald geneesmiddel voorkwam, geeft dit het volgende beeld:

* Deze prijzen hebben voor wat betreft Italië betrekking op drie verpakkingen van 40 tabletten van 800 mg en voor de BRD op een verpakking van 30 en een andere van 90 tabletten van 800 mg.

Tabel 2 Lidstaten, gerangschikt naar het aantal laagste en hoogste geneesmiddelenprijzen

	Aantal geneesmiddelen die in dit land de laagste prijs hadden		Aantal geneesmiddelen die in dit land de hoogste prijs hadden	
	Aantal	%	Aantal	%
Spanje	40	36,36	1	0,90
Portugal	27	24,54	0	0
Italië	18	16,36	6	5,45
Frankrijk	17	15,45	4	3,63
België	5	4,54	1	0,90
Grootbritannien	2	1,81	3	2,72
Nederland	1	0,90	18	16,36
Ierland	0	0	21	19,09
Bondsrepubliek	0	0	56	50,90

Uit deze tabel blijkt duidelijk dat in Spanje en Portugal het grootste aantal geneesmiddelen het laagst geprijsd is. De Bondsrepubliek noteert het grootste aantal geneesmiddelen met de hoogste prijs.

Deze trend wordt nog duidelijker wanneer de lidstaten gerangschikt worden aan de hand van de frequentie dat de prijs van hun geneesmiddelen boven of onder de gemiddelde prijs van het betreffende produkt lag. Ten aanzien van het feit dat slechts die produkten onderzocht werden die ook daadwerkelijk in elke bij het onderzoek betrokken lidstaat verkrijgbaar waren, is het waarschijnlijk interessanter de verschillende percentages met elkaar te vergelijken.

Tabel 3: Rangschikking van de lidstaten naar hun verhouding tot de gemiddelde prijs

	Aantal keren dat de prijs onder de gemiddelde prijs van het desbetref- fende geneesmiddel lag		Aantal keren dat de boven de gemiddelde prijs van het desbetref- fende geneesmiddel lag		
	Aantal	%	Aantal	%	n
Portugal	80	98,8	1	1,2	81
Spanje	82	95,3	4	4,7	86
Frankrijk	68	86,1	11	13,9	79
België	75	83,3	15	16,7	90
Italië	69	79,3	18	20,7	87
Grootbritannien	25	36,2	44	63,8	69
Ierland	8	12,3	57	87,7	65
Nederland	9	11,1	72	88,9	81
Bondsrepubliek	1	1,1	89	98,9	90

Spanje en Portugal zijn ongetwijfeld de interessantste landen wat betreft de verhouding tot de gemiddelde prijs van de individuele produkten. Meer dan 95% van de in deze landen verkochte geneesmiddelen lagen beneden de gemiddelde prijs. Na Spanje en Portugal volgen 3 landen met vrijwel gelijk cijfers - Frankrijk, België en Italië - waar respectievelijk 86,83 en 79% van de geneesmiddelen beneden de gemiddelde prijs verkrijgbaar zijn. Het ongunstigst ligt de verhouding in de Bondsrepubliek, waar 98% van de betreffende prijzen boven het gemiddelde lagen, gevolgd door Nederland en Ierland met respectievelijk 88% en 63%.

Wanneer de prijzen, rekeninghoudend met de in de methodologie uiteengezette correcties, geïnterpreteerd worden, resulteert dit in een voor ieder land gecorrigeerde ondubbelzinnige selectie ("test Samples") en kunnen zij tenslotte als volgt gerangschikt worden.

Tabel 4: Lidstaten, gerangschikt naar geneesmiddelenprijzen (in ECU)

	Totale prijs van de bij de vergelijking betrokken genees- middelen	Index op laagste prijs	Basis van de gemiddelde prijs
Spanje	603,94	100,0	61,0
Portugal	646,29	107,0	65,3
Frankrijk	682,56	113,0	68,9
Italië	716,35	118,6	72,3
België	794,51	131,6	80,2
Grootbrittannië	1213,84	201,0	122,6
Nederland	1386,93	229,6	140,0
Ierland	1411,50	233,7	142,5
Bondsrepubliek	1513,60	250,6	152,8

Deze tabel geeft duidelijk de feitelijke resultaten van de prijsvergelijking weer. Spanje komt daarbij als goedkoopste land te voorschijn, gevolgd door Portugal, Frankrijk en Italië met een prijsverschil van respectievelijk 7%, 13% en 18,6%. De prijzen in België lagen 31% boven die in Spanje, maar het behoort nog duidelijk tot de groep goedkoopste landen. Ierland, Grootbrittannië, Nederland en de Bondsrepubliek hebben beduidend hogere prijzen. Deze landen waren minstens tweemaal zo duur als Spanje. De prijzen van Portugal liggen ergens tussen die van Spanje en Italië. Dat is logisch, wanneer men de prijspolitiek van de Portugese overheid kent. De Portugese detailhandelsmarge is echter laag en over geneesmiddelen wordt geen BTW betaald. In feite zou uit het oogpunt van deze verschillen bij de prijsvorming verwacht mogen worden dat de prijzen in Portugal 11,86% lager zouden zijn dan in Spanje. Bij dezelfde berekeningen voor Italië blijkt dat de Portugese prijzen 3,43% hoger zijn dan de Italiaanse. Wanneer men de algemene economische positie van Portugal beschouwt en deze met andere landen in het zuiden van de EG vergelekt, zou men tot de slotsom kunnen komen dat de Portugese prijzen te hoog zijn.

Bij de poging vast te stellen welk beslag deze prijzen op de Portugese huishoudens legt, kunnen wij het verbruik per hoofd van de bevolking in procenten van het bruttonationaal produkt (BNP) aangeven. Hoewel deze berekeningen met enige terughoudendheid bekeken moeten worden, moge duidelijk zijn dat de kosten voor geneesmiddelen in Portugal een groter beslag op de middelen leggen dan in andere EG-lidstaten het geval is.

Tabel 5: Geneesmiddelenverbruik in het jaar 1982 (consumentenprijs)

Land	Verbruik per hoofd in US-Dollars	Geneesmiddelenverbruik in % van het BNP
Spanje	85	1,75
Portugal	60	3,07
België	184	1,85
Frankrijk	176	1,68
Bondsrepubliek	190	1,71
Grootbritannien	118	1,43
Nederland	179	0,84
Italië	94	1,35

De prijsvergelijking kan eveneens naar bepaalde geneesmiddelengroepen worden uitgesplitst. Uit tabel 6 blijkt de relatieve plaats van elke lidstaat voor wat betreft bepaalde hoofdgroepen van geneesmiddelen. Dat maakt het mogelijk na te gaan of bepaalde geneesmiddelen zelfs binnen de nationale context te duur zijn.

In bijna alle categorieën blijkt Spanje het goedkoopste land. Portugal, Frankrijk en Italië wisselen vaak van positie, maar liggen toch dicht bij elkaar. België heeft naar verhouding dure analgetica en psycholeptica (tranquillizers), die zelfs duurder zijn dan in Grootbritannien het geval is. In Grootbritannien zijn antibiotica goedkoper dan verwacht, terwijl anti-asthmatica duur zijn. De Bondsrepubliek is in alle gevallen duur. Boven het gemiddelde liggen de prijzen voor anticoagulantia, cholesterolverminderende middelen, psycholeptica en antiphlogistica.

Tabel 6 Classificering van de lidstaten naar farmacotherapeutische groepen. Lidstaten, gerangschikt naar de prijs (links de laagste, rechts de hoogste) voor elke ATC-geneesmiddelhoofdgroep*, met afwijkingen ten opzichte van het goedkoopste land in %. Het werkelijke aantal verkrijgbare geneesmiddelen van de selectie is tussen haakjes aangegeven.

Geneesmiddelengroepen

Spijsverterings- en stofwisselingsapparaat	(12) Spanje	(12) Portugal + 16,4%	(10) Frankr. + 27,4%	(10) België + 31,8%	(10) Italië + 45,4%	(8) Ver.Kon. + 86,8%	(7) Ierland + 110,7%	(8) BRD + 124,3%	(9) Nederl. + 138,1%
Hart- en vaatstelsel	(31) Spanje	(28) Portugal + 6,5%	(29) Italië + 14,7%	(28) Frankr. + 20,3%	(32) België + 30,9%	(24) Ver.Kon. + 119,5%	(27) Nederl. + 137,7%	(25) Ierland + 154,9%	(35) BRD + 161,1%
Antiphlogistica	(8) Spanje	(6) Frankr. + 7,3%	(8) Italië + 11,5%	(7) Portugal + 13,5%	(8) België + 32,0%	(7) Ver.Kon. + 66,3%	(10) Ierland + 102,1%	(10) Nederl. + 109,4%	(8) BRD + 127,2%
Spier- en zenuwstelsel	(8) Spanje	(8) Portugal + 19%	(7) Frankr. + 25%	(8) Italië + 38%	(7) België + 42,4%	(7) Ver.Kon. + 171,1%	(8) BRD + 184,6%	(6) Nederl. + 194,3%	(7) Ierland + 208,6%
Centraal zenuwstelsel	(16) Portugal	(19) Spanje + 4,6%	(15) Frankr. + 17,7%	(16) Italië + 20,5%	(12) Ver.Kon. + 50,6%	(20) België + 65,3%	(8) Ierland + 99,6%	(19) Nederl. + 152,1%	(17) BRD + 198,2%
Ademhalingsstelsel	(5) Spanje	(6) Portugal + 31,1%	(7) Italië + 51,1%	(8) België + 67,2%	(7) Frankr. + 73,0%	(8) Nederl. + 176,9%	(8) Ver.Kon. + 201,0%	(7) Ierland + 205,5%	(8) BRD + 247,5%

* ATC = Anatomisch Therapeutische en Chemisch classificatie van de WHO.

3. Prijsverschillen binnen de nationale markten

Een van de in Europa meest voorgeschreven geneesmiddelen is Clamoxyl/Amoxyl. Het behoort tot de vijf leidende produkten. Het is natuurlijk opgenomen in de onderzochte groep geneesmiddelen, maar het leek ons interessant om het als voorbeeld voor prijsverschillen binnen een bepaalde lidstaat te gebruiken. Er bestaat eveneens een globaal overzicht van het aantal identieke geneesmiddelen die binnen een lidstaat verkrijgbaar zijn. Voor deze vergelijking maakten wij slechts gebruik van identieke toedieningsvormen. Het grootste prijsverschil is in de Bondsrepubliek te vinden, maar, zoals te zien, bestaan ook in de goedkoopste landen aanzienlijke prijsverschillen.

Deze vergelijking van de prijzen van Amoxycilline geeft wellicht de mogelijkheid uw aandacht ook op een andere probleem te vestigen, dat wij eveneens in de methodologie beschreven hebben, namelijk de verschillen in verpakkingsgrootte tussen de verschillende lidstaten. Deze verschillen in antibioticaverpakkingen lijken tamelijk merkwaardig, omdat in alle algemene informatie over antibiotica gesteld wordt dat het geneesmiddel zo lang moet worden ingenomen totdat de verpakking leeg is. In dit geval kunnen de verschillen tussen de lidstaten, ten aanzien van de in de verpakking opgenomen hoeveelheden, moeilijk verklaard worden en men kan onmogelijk geloven dat het weerstandsvermogen van de burgers van lidstaat tot lidstaat varieert.

Tabel 7 Clamoxyl-verpakkingen (500 mg)

Land	Aantal capsules per standaardverpakking
België	16
Italië	12
Spanje	12
Portugal	24
Frankrijk	19
Bondsrepubliek	10 en 20
Nederland	15

Opmerking: In Grootbritannien en in Ierland (ook in Nederland is dit gebruik) ponden de apothekers het voorgeschreven aantal capsules uit uit een grootverpakking van bijvoorbeeld 100 of 500 stuks.

Tabel 8: Amoxcycillin (Thrihydrat)-Capsules van 500 mg

LAND	Aantal merken dat op de markt is (1) (2)	Consumentenprijs voor 12 capsules in ECU (2.1.1986)		Verschil tussen laagste en hoogste prijs in %	Gemiddeld	Gemiddelde Frankrijk = 100
		Minimum	Maximum			
Spanje	32 (57)	Halitol 2.80	Becabil 4.29	53%	3.48	111
Portugal	5 (5)	Amplamox 3.63	Clamoxil 4.88	34%	4.18	133
Italië	14 (30)	Amoxillin 3.19	4 Marken (3) 4.91	53%	4.18	133
Frankrijk	5 (8)	Amodex 2.72	Clamoxil 3.68	35%	3.12	100
België	5 (5)	alle merken 8.84	alle merken 8.84	0%	8.84	283
Ver. Koninkrijk	1 (1)	Amoxil 11.15	Amoxil 11.15	0%	11.15	357
Bondsrepubliek	5 (14)	Dura AX 8.00	Clamoxyl 19.10	230%	11.89	381
Nederland	3 (3)	Hiconcil 12.16	Clamoxyl 12.86	5%	12.58	403

(1) Inclusief generieke merkgenesmiddelen (branded generics)

(2) Tussen haakjes het totaal aantal merken die Amoxycillin als werkzame stof bevatten (met uitzondering van combinatiepreparaten) inclusief merken, die in tablet - in plaats van capsule verhandeld worden (deze werden niet bij deze prijsvergelijking betrokken).

(3) Ibiamox, Velamox, Majorpen, Zimox.

4. Vergelijking van de vergoedingssystemen

De bestaande vergoedingssystemen in 7 EG-lidstaten werden in het BEUC-rapport (BEUC/258/84) uitvoerig behandeld en vergeleken. De systemen van Spanje en Portugal worden in dit rapport behandeld. Er wordt op gewezen dat een louter formele beschrijving van de systemen de kwalitatieve aspecten ervan niet voldoende weergeeft.

Om een betere voorstelling van dit ontwerp te krijgen, is het hierna volgende gebaseerd op de totale hier gebruikte geneesmiddelenselectie. Wanneer gesteld wordt, dat het in de bedoeling lag de kwaliteit van de vergoedingssystemen op basis van de selectie te vergelijken, moet het gebruik van het woord kwaliteit daadwerkelijk in samenhang met een bestaand consumptiepatroon geïnterpreteerd worden. Een dergelijke methode zal zeker geen bestaand consumptiepatroon verenigen of legaliseren. In tegendeel, wij zijn ervan overtuigd, dat het consumptiepatroon en het daarmee nauw samenhangende voorschrijfgedrag kwalitatief geïnterpreteerd en verbeterd kunnen worden doordat men het probleem met betrekking tot de vergoedingssystemen aanpakt, echter onder de voorwaarde die een dergelijk ontwerp op uitputtende en weloverwogen wijze wordt doorgevoerd.

Het heeft geen zin bepaalde geneesmiddelen of geneesmiddelgroepen als benzodiazepinen, vasodilatoren etc. van vergoeding uit te sluiten hoezeer dat ook geschiedt op basis van verstandige en goedgemeende argumenten - wanneer niet de vraag van de kant van de patiënt en het aanbod van de kant van de voorschrijver met behulp van aanvullende informatie ten nutte van alle betrokkenen - patiënten, artsen, apothekers - in te dammen.

Wanneer dit niet wordt gedaan, zou de patiënt gemakkelijk het eerste slachtoffer van zo'n politiek kunnen zijn, omdat hij dan in toenemende mate gedwongen zal worden zijn geneesmiddelen zelf te betalen.

Omdat er verschillende vergoedingssystemen per lidstaat bestaan, moet er een grens getrokken worden, zodat het model te gebruiken is.

Eerste voorwaarde daarvoor is dat het uitgangspunt in principe een nationaal verbreid vergoedingssysteem betreft of, bij ontbreken daarvan, het systeem dat voldoet aan de eisen die de wet aan een (verplichte) ziektekostenverzekering stelt, voldoet.

Ten tweede werd vastgelegd dat, wanneer bij vaststelling van de eerste voorwaarde zou blijken dat meer dan één systeem mogelijk zou zijn, het systeem, dat op de meeste personen betrekking heeft, werd onderzocht.

Het eerste te onderzoeken aspect betreft het bedrag, dat per aftrek van de vergoeding resteert om door de verzekerde zelf betaald te worden, de eigen bijdrage. In de hiernavolgende tabel worden deze bedragen per lidstaat vermeld. Het aantal niet voor vergoeding in aanmerking komende farmaceutische specialité's is eveneens vermeld.

Aangenomen werd dat alle geneesmiddelen op afzonderlijk recept werden gekocht. Daarbij werd de hiervoor beschreven selectie van 110 producten gebruikt en werd dezelfde methode als bij de prijsvergelijking toegepast. Op die manier zijn de eigen bijdragen der verzekerden vergelijkbaar, ofschoon het aantal geneesmiddelen uit de selectie niet in alle lidstaten gelijk was.

De verzekerden in de Bondsrepubliek, het Verenigd Koninkrijk en Nederland moeten een vaste eigen bijdrage betalen. Alleen voor een klein aantal geneesmiddelen die op een negatieve lijst staan vermeld moeten zij de volle prijs betalen.

In werkelijkheid betalen zij alleen de zelfmedicatie, aangezien doktersvoorschriften hoogstwaarschijnlijk beperkt zijn tot geneesmiddelen die wel voor vergoeding in aanmerking komen. In deze landen hangt de eigen bijdrage van de verzekerde zodoende af van de hoogte van het vaste tarief.

De Bondsrepubliek, waar de verzekerde slechts DM 2,- betaalt is in dat opzicht zeer goedkoop in vergelijking tot het Verenigd Koninkrijk, waar de verzekerde 2,2 pond (bijna 4 maal zoveel) moet betalen.

Hoewel de prijzen in Spanje 18% onder die van Italië liggen, betalen de verzekerden 22% meer dan haar Italiaanse lotgenoten.

Frankrijk en België zijn ongunstig voor verzekerden: hoewel hun geneesmiddelenprijzen onder het Europese gemiddelde liggen, moeten de verzekerden duidelijk meer betalen dan het gemiddelde der verzekerden in de EG.

Interessant is ook de constatering, dat het percentage produkten dat vergoed wordt niet zo belangrijk is als de hoogte van de vergoeding van deze geaccepteerde geneesmiddelen. In Frankrijk, Spanje en Portugal worden bijna alle geneesmiddelen vergoed, maar de verzekerden moeten naar verhouding een groot deel van de kosten der geneesmiddelen zelf betalen.

Binnen de EG zijn er wat betreft de detailhandelsprijzen van geneesmiddelen twee uitersten, Spanje en de Bondsrepubliek. De prijzen van het laatste land zijn twee en een half maal zo hoog als die in het eerste land.

Het is daarom verbazingwekkend dat Spaanse verzekerden 20% meer zelf moeten betalen dan West-Duitse verzekerden.

Wanneer men daarbij rekening houdt met de prijsverschillen in beide landen, dan betalen Spaanse verzekerden bij een gelijk verbruik drie-maal zoveel zelf als de West-Duitsers.

Tabel 8 Invloed van het vergoedingssysteem op de eigen bijdrage van de verzekerde (1) (2)

	Deel der niet voor vergoeding in aanmerking komende specialité's van de totale selectie geneesmiddelen in 1986 in %	Eigen bijdrage van de verzekerde (voor vergoeding- en niet voor vergoeding in aanmerking komende specialité's)	
		in ECU	in % van de totale kosten der geselecteerde geneesmiddelen
Italië	17	151.97	21.2
Bondsrepubliek	7	136.82	9.0
Nederl.	12	155.77	11.3
Portugal	3	172.64	26.7
Spanje	3	184.73	30.5
België	24	259.81	32.7
Frankr.	4	261.02	38.2
Grootbritt.	16	363.89	29.9

- (1) In de meeste lidstaten zijn er vele uitzonderingen op de algemene vergoedingsregel. Gehandicapten, wezen, weduwen etc. kunnen geneesmiddelen vaak zonder eigen bijdrage krijgen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld wordt geraamd dat 60% van alle afgeleverde geneesmiddelen in het kader van het gezondheidszorgsysteem (NHS) kosteloos geschied.
- (2) Ierland is niet vermeld, aangezien het daar toegepaste vergoedingssysteem (zoals weergegeven in het BEUC-rapport/258/84) geheel afwijkt van die van de overige lidstaten.

5. Samenvatting

Er bestaat geen twijfel dat de geneesmiddelenprijzen binnen de E.G. sterk verschillen. De prijsverschillen lijken ook veel groter te zijn als bij andere produkten het geval is (bijvoorbeeld huishoudelijke artikelen, auto's, etc.).

Eveneens zijn zeer grote verschillen in de vergoedingssystemen van ziektekosten waar te nemen en het zou interessant zijn om de eigen bijdragen die de verzekerde betalen voor geneesmiddelen in een algemeen kader van eigen bijdragen (en uitgaven) van ziektekosten te onderzoeken en vast te stellen of de door ons gesignaleerde verschillen ook daar opduiken.

Bijlage VI

SAMENVATTING SWOKA-ONDERZOEK: "CONSUMENTENWAARDERING VAN BESPARINGS-VARIANTEN IN DE GENEESMIDDELENSECTOR"

De Ambtelijke Commissie Heroverweging 'Geneesmiddelenvoorziening' had als opdracht de geneesmiddelensector door te lichten met als doel tot besparingsvarianten te komen waardoor kosten in de geneesmiddelensector structureel omlaag worden gebracht, onafhankelijk van het voorzieningenniveau. Een aantal van deze varianten hebben gevolgen voor de consumenten van geneesmiddelen, indirect of direct.

SWOKA is gevraagd te achterhalen hoe consumenten deze beleidsvarianten waarderen. Hiertoe is aan 859 hoofdkostwinners uit het SWOKA/NIPO-panel een Tele-Interview voorgelegd.

Voor de beleidsvariant betreffende de invoering of instandhouding van een restitutiesysteem in de ziektekostenverzekering heeft een kwart van de consumenten zonder meer een voorkeur. Dit aantal verdubbelt wanneer invoering een daling van de ziektekostenverzekeringspremie tot gevolg zou hebben.

De andere varianten zijn geconcretiseerd en onder twee premiebesparingscondities ter beoordeling voorgelegd.

De aldus gemeten consumentenwaardering van elk alternatief blijkt grotendeels los te staan van de verwachte eigen baten ervan: de omvang van de te realiseren daling van de ziekteverzekeringspremie heeft nauwelijks effect op de beoordeling, bovendien verschilt de beoordeling van diegenen die het afgelopen kwartaal geneesmiddelen hebben gebruikt niet of nauwelijks van de niet-gebruikers.

Daarnaast is er een tendens dat particulier verzekerden de diverse beleidsalternatieven positiever beoordelen dan ziekenfonds verzekerden.

De geïnterviewden hebben een enigszins positieve waardering voor het alternatief waarbij de goedkoopste van een groep kwalitatief vergelijkbare geneesmiddelen moet worden voorgeschreven of verstrekt. Daarnaast hebben consumenten liever dat de inkomens van artsen en apothekers dalen dan dat hun eigen geneesmiddelenuitgaven stijgen. Voor die alternatieven die het diepst in de consumentenbuidel tasten (zoals een eigen risico van fl 500,- per jaar, een eigen bijdrage per geneesmiddel van 15,-- of 20%) is de minste waardering.

Naast deze consumentenwaardering van mogelijke besparingsvarianten in de geneesmiddelensector heeft SWOKA enkele gebruiks- en kostencijfers met betrekking tot geneesmiddelen verzameld, evenals gegevens over de interesse en betrokkenheid van consumenten ten aanzien van gezondheid en medische zaken in het algemeen en geneesmiddelen in het bijzonder. In het kwartaal voorafgaande aan het Tele-interview heeft de helft van de steekproef geneesmiddelen op recept gebruikt, wat minder respondenten hebben in die tijd vrij verkrijgbare geneesmiddelen gekocht. Ziekenfonds verzekerden consumeren minder vrij verkrijgbare medicijnen dan particulier verzekerden. Kennis over de premiekosten is niet bij elke respondent aanwezig, met name veel ziekenfonds verzekerden weten niet hoeveel elke maand aan premie dient te worden betaald. De algemene interesse van consumenten in gezondheid en medische zaken is niet erg groot. Ze hebben wel behoefte aan informatie over door hen gebruikte geneesmiddelen, op recept en vrij verkrijgbaar. Deze behoefte wordt redelijk bevredigd, vooral door de bijsluiters die door drie-

kwart van de ondervraagden altijd wordt gelezen. Consumenten lijken graag betrokken te zijn bij de keuze voor een bepaald merk geneesmiddel, waarbij de arts wel de grootste invloed op de keuze behoort te hebben.

Om beter inzicht te krijgen in de consumentenvoorkeuren heeft het Ministerie van Economische Zaken het Instituut voor consumentenonderzoek SWOKA verzocht onderzoek te doen naar de (verschillen in) consumentenwaardering tussen verschillende besparingsvarianten op de kosten van geneesmiddelen.

Onderstaande inschattingen van consumentenvoorkeuren zijn grotendeels gebaseerd op het SWOKA-onderzoek.

Restitutie

44% van de particulier verzekerden heeft zonder meer een voorkeur voor een restitutiesysteem. Dit percentage loopt zelfs op tot 88% als aan het alternatief (verstrekkingen in natura) enkele nadelen worden verbonden, te weten beperking apotheekkeuze en een premiestijging. Ziekenfondsverzekerden hebben in eerste instantie een sterke voorkeur voor handhaving van verstrekking in natura (91%).

Als de mogelijke nadelen van een restitutiesysteem worden beperkt (geringe administratieve belasting, max. f 200,-- voorschieten, terugbetaaltijd van minder dan 3 weken) en tevens een vrije apotheekkeuze en een premiedaling zouden worden gerealiseerd, dan blijkt uiteindelijk meer dan de helft van de ziekenfondsverzekerden vóór invoering van een restitutiesysteem te zijn. Met name een premiedaling leidt tot een verschuiving in waardering ten gunste van een restitutiesysteem.

Verwacht mag worden dat invoering van een restitutiesysteem voor ziekenfondsverzekerden niet op al te grote bezwaren zal stuiten, mits een aantal randvoorwaarden in acht wordt genomen. De aan dit systeem verbonden vrije apotheekkeuze wordt door gebruikers erg op prijs gesteld.

De Consumentenbond heeft zich in soortgelijke zin uitgelaten. Beperkte invoering van een restitutiesysteem voor gezondheidszorgvoorzieningen is onder stricte voorwaarden voor de Consumentenbond aanvaardbaar als dat kan bijdragen tot een zorgvuldiger gebruik van die voorzieningen. "Elementaire voorzieningen van het basispakket" zouden volgens de Consumentenbond echter nooit onder zo'n systeem mogen vallen. (Zie Consumentengids februari 1987).

Beperking verstrekkingenpakket

Maatregelen gericht op bevordering van het voorschrijven van goedkope, kwalitatief gelijkwaardige, geneesmiddelen worden (relatief) positief gewaardeerd, waarbij een voorkeur bestaat voor een positieve/negatieve lijst, boven een systeem waarbij voor relatief dure geneesmiddelen een eigen bijdrage wordt gevraagd.

Uitbreiding van zelfmedicatie is in het SWOKA-onderzoek niet als variant meegenomen. Wel is gebleken dat particulier verzekerden meer vrij verkrijgbare geneesmiddelen gebruiken dan ziekenfondsverzekerden. Uitbreiding van zelfmedicatie, uiteraard op een medisch verantwoorde wijze, zal naar verwachting op weinig bezwaren stuiten. Goede voorlichting over zelfmedicatie is dan van groot belang. Met name de bijsluiter, die volgens het SWOKA-onderzoek als belangrijkste informatiebron wordt gebruikt, zou daarbij als informatiedrager kunnen dienen.

Bijlage VII

**DE NEDERLANDSE
GENEESMIDDELENMARKT
IN OBSERVATIE:**

**Onderzoek, diagnose en
voor te schrijven medicijn**

**Drs. A.F. Mantel
Prof. dr. ir. B. Wierenga
Drs. P. de Wolf
Prof. dr. C.P. Veerman**

MANAGEMENT REPORT SERIES NUMBER 6

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-

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 marktaandelen 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 marktaandelen 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 marktaandelen over de hele periode bezien, veelal groter waren dan de gemiddelde marktaandelen 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 -voorzover 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 octrooibeschermt (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

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 groeipercents 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	29,6 %	

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 kwam (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 ziekenfonds-sektor, wijst in de richting van 50 miljoen gulden, terwijl een maximum schatting op 110 miljoen gulden uitkomt. Inclusief de inkoopvoordelen in de particuliere sektor, 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 vergoedingensystematiek 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 de Europese Commissie teruggedroten) sektorprijsmaatregel 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 lijkt 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.)

Basisgeven 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 beide uiteraard tot hoge consumentenprijzen.

De beleidsopties die worden besproken zijn:

- A. Maatregelen gericht op het verlagen van de fabrikantenprijzen (de zogenaamde eerstelijnsprizen);
- B. Maatregelen gericht op het sturen van het verbruik in de richting van de goedkopere produkten 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 verstrektingsbeleid 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. Prijismaatregelen 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), zelf 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 groothandel de generieke produkten afkomsten van de 'niet-reguliere' fabrikanten (bijv. Centrafarm) niet in haar assortiment opneemt. In de tweede plaats kan de infrastructuur 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 keuze-mogelijkheden 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 prijs-voordelen 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 allerm minst 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 detailhandelsniveau: 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 produkten. Aan te nemen valt dat in deze situatie apotheken hun assortiment zullen uitbreiden met zelf-medicatieprodukten. 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 produkten, zodanige overheidsvoorschriften van kracht blijven dat de kwaliteit van de voorziening gewaarborgd is.

Juist nu de produkten 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 produkten direkt betalen. Aangezien dit een beperkt percentage is (10%)[⌘], zijn daarnaast prikkels nodig voor hen die de produkten 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 efficiëncy-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 voorgescreven 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.

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 beleidsonderbouwing noodzakelijke informatie beschikbaar komt.

Van de voorgaande indeling kunnen de maatregelen onder A. en B. hoofdzakelijk 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.

W
E
L
Z
I
J
N
V
O
L
K
S
G
E
Z
O
N
D
H
E
I
D
E
N
C
U
L
T
U
R

Bijlage VIII

Aan het Centraal orgaan tarieven
gezondheidszorg,
Postbus 3017,
3502 GA UTRECHT.

22 APR. 1987

Van aan merkt

.. DG Vgz/VTA/THP, nr. 801.709

Doorkiesnummer

407350

Rijswijk

21 april 1987

Onderwerp

. Aanwijzing ex artikel 14 WTG

Bijlage(n)

2.

Uw brief

m.b.t. de tarieven van apotheek-
houdenden voor aflevering van geneesmiddelen.

Op 16 februari 1987 zond ik U, mede namens de Staatssecretaris van Economische Zaken A.J. Evenhuis, een concept-voorgenomen aanwijzing (kenmerk DG Vgz/HGB/VTA, 36.693) op grond van artikel 14, eerste lid, van de WTG inzake de tarieven van apotheekhoudenden voor aflevering van geneesmiddelen.

Bij brief van 19 maart 1987 (kenmerk HV/TH/V/87/069) bracht U mij advies uit over deze aanwijzing.

De zakelijke inhoud van het voorgenomen besluit heb ik conform artikel 16 van de WTG bij brief dd. 7 april 1987 ter kennis gebracht van de beide Kamers der Staten-Generaal. Ook Uw advies was daarbij gevoegd.

Bijgaand zend ik U het op grond van artikel 14 van de WTG genomen besluit met de daarbij behorende definitieve aanwijzing.

Gezien de reeds gevoerde correspondentie en de daarin neergelegde standpunten beperk ik mij - mede namens de Staatssecretaris van Economische Zaken A.J. Evenhuis - met betrekking tot uw advies zoveel mogelijk tot die punten die geleid hebben tot een aanpassing in de tekst van de voorgenomen aanwijzing. Voor het overige blijf ik vasthouden aan hetgeen ik in mijn brief van 16 februari jl. als mijn opvattingen naar voren bracht.

Ik deel Uw standpunt dat naast de herziening van de tariefstructuur flankerend beleid nodig is. Momenteel buigt de door het kabinet ingestelde Werkgroep Heroverweging Geneesmiddelen zich over het toekomstige geneesmiddelenbeleid. De werkzaamheden van deze werkgroep worden binnenkort afgerond, waarna - mede in het licht van het advies van de Commissie-Dekker - het te voeren geneesmiddelenbeleid door de regering nader zal worden bepaald.

In mijn brief van 16 februari jl. nam ik het standpunt in dat - met name gelet op de praktische uitvoerbaarheid - voorshands wordt afgezien van een stimulans ter bevordering van doelmatig economisch inkoopgedrag. In Uw brief van 19 maart jl. stelde U dat nog wordt gestudeerd op een even-

Bezoekadressen

Rijswijk
Sir W. Churchilllaan 368
Sir W. Churchilllaan 362

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres,
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief

Telex Rijswijk
31680 wvcrw nl

Blad.

Ons kenmerk
DG V92/VTA/THP, nr, 801.709

tuele toeslag op het vaste bedrag per receptregel voor het afleveren van substitutieprodukten in verband met de hieraan verbonden extra praktijkkosten.

Ik hecht grote waarde aan een stimulans voor het afleveren van goedkopere substitutieprodukten. Om dit beleidsuitgangspunt te benadrukken heb ik alsnog besloten deze opvatting in de aanwijzing op te nemen. Een nadere studie naar een mogelijke stimulans wordt door mij derhalve zeer op prijs gesteld. Daarbij neem ik aan dat de blijvende effecten en de praktische uitvoerbaarheid van een dergelijke stimulans niet uit het oog worden verloren.

Deze opvatting is ook door U onderschreven in Uw brief van 18 november 1986 (kenmerk HV/KdL/V/86/335). Mocht Uw studie dan wel mochten voorstellen van betrokken WTG-partijen leiden tot een werkbare stimulans met structurele effecten dan verwacht ik dat deze stimulans wordt neergelegd in op basis van de aanwijzing vast te stellen richtlijnen, dan wel in een zo spoedig mogelijk vast te stellen afzonderlijke richtlijn.

In mijn brief van 16 februari jl. stemde ik er mee in dat de bepaling van de vergoeding voor door te berekenen kosten van de afgeleverde geneesmiddelen als uitgangspunt heeft, dat de werkelijke kosten mogen worden doorberekend. Wel kondigde ik aan dat ik om een nadere operationalisering van de mij bij brief van 19 september 1986 (kenmerk Mol/KdL/V/86/286) ter goedkeuring voorgelegde richtlijnen zou vragen, aangezien onduidelijk was in hoeverre goedkeuring het door mij nagestreefde inzicht in de geneesmiddelenprijzen zou bemoeilijken. In Uw brief van 19 maart jl. stelde U dat operationalisering van bovengenoemde richtlijn naar uw mening inhoudt dat het aanmerken van een landelijke prijslijst als vergoedingenlijst niet mogelijk is.

Met de strekking van de richtlijnen stem ik in. Dit betekent evenwel niet dat kan worden afgezien van een landelijke vergoedingenlijst. Naast realisatie van inzicht in de geneesmiddelenprijzen vergemakkelijkt juist een dergelijke lijst het ontwikkelen van een stimulans voor het afleveren van goedkopere substitutieprodukten. Een dergelijke stimulans wordt ook door U positief beoordeeld.

Ik vind het daarom nodig dat het COTG een richtlijn ter zake van de landelijke vergoedingenlijst opstelt. Deze vergoedingenlijst dient aan bepaalde criteria te voldoen. Zo dienen in principe alle wettig op de Nederlandse markt toegelaten U.A.-geneesmiddelen tenminste naar inkoopkanaal en per presentatievorm te zijn opgenomen. Verdere detaillering per verpakkingsgrootte en leverancier is toegestaan. Voor alle duidelijkheid merk ik op dat niet zozeer bovengenoemde geneesmiddelen zelf in de richtlijn dienen te worden opgenomen, als wel dat in de richtlijn de vergoedingssystematiek herkenbaar is. Verder geldt als uitgangspunt voor de bepaling van de vergoeding de werkelijke inkoopprijs. Voor geneesmiddelen die op de landelijke vergoedingenlijst voorkomen is een functionele marge ten opzichte van de vergoedingsprijs toegestaan.

WVC

DG Vgz/VTA/THP, nr. 801.709

Het betreft hier een toegestane ruimte voor gerealiseerde betalingskortingen, waarbij ik wat betreft de hoogte denk aan de in het handelsverkeer gebruikelijke korting van ca. 2% voor snelle betaling.

De bepaling van de exacte hoogte van de functionele marge is een zaak van betrokken partijen.

Voor zover U.A.-geneesmiddelen niet onder bovenbedoelde door het COTG op te stellen richtlijn vallen, omdat zij niet op de vergoedingslijst voorkomen, geldt dat de vergoeding van de door te berekenen kosten overeenkomt met de werkelijke inkoopprijs.

Dit houdt tevens in dat indien voor de op de landelijke vergoedingslijst voorkomende geneesmiddelen de werkelijke inkoopprijs lager is dan de vergoedingsprijs (minus de functionele marge) de werkelijke inkoopprijs dient te worden doorberekend.

Met betrekking tot de richtlijnen van 19 september 1986 merk ik verder het volgende op. Bedoelde richtlijnen spreken over door te berekenen kosten van de afgeleverde geneesmiddelen. Een nadere aanduiding ten aanzien van categorieën van geneesmiddelen ontbreekt. Hierdoor zou kunnen worden geconcludeerd dat de richtlijnen betrekking hebben op alle door een apotheekhoudende af te leveren geneesmiddelen, dus zowel U.A.-geneesmiddelen als ook vrij-verkrijgbare geneesmiddelen.

Daarentegen beperkt de aanwijzing zich uitsluitend tot de U.A.-geneesmiddelen. Dit houdt in dat slechts voor het afleveren van U.A.-geneesmiddelen door de apotheekhoudende een vaste opslag voor honorarium en praktijkkosten in rekening mag worden gebracht.

Geconcludeerd zou kunnen worden dat goedkeuring van de richtlijnen betekent dat de apotheekhoudende voor af te leveren vrij verkrijgbare geneesmiddelen geen vergoeding voor honorarium en praktijkkosten dient te ontvangen, alhoewel deze kosten wel aantoonbaar worden gemaakt. Een dergelijke interpretatie van de richtlijn acht ik niet juist. Ik ben van mening dat de prijsstelling van vrij verkrijgbare geneesmiddelen niet door het COTG dient plaats te vinden, gelet op het feit dat deze middelen ook door drogisten worden geleverd, die niet onder de WTG vallen. Het afleveren van vrij verkrijgbare geneesmiddelen zie ik niet als een prestatie die door een orgaan van gezondheidszorg, in casu de apotheekhoudende, wordt verricht. Ik zal daartoe een AMvB op grond van artikel 1, lid 5, van de WTG voorbereiden.

Bovenstaande interpretatie houdt tevens in dat de door U voorgelegde richtlijnen uitsluitend betrekking hebben op de door te berekenen kosten van afgeleverde U.A.-geneesmiddelen. Uitgaande van deze interpretatie zal ik bovengenoemde richtlijn goedkeuren. Hierbij merk ik op dat ik de operationalisering van deze richtlijnen heb vastgelegd in de aanwijzing. In de separaat toe te zenden aanbiedingsbrief bij de goedkeuring van de richtlijnen zal ik deze opvatting nogmaals verwoorden.

Volledigheidshalve merk ik nog op dat voor de zogenaamde magistrale receptuur een afzonderlijke taxe dient te worden vastgesteld conform het

Blad

4.
Ons kenmerk

DG Vgz/VTA/THP, nr. 801.709

gestelde onder punt 6 van de advies-aanvraag dd. 24 maart 1986.

In Uw brief van 11 juli 1986 (kenmerk HV/Mol/KdL/V/86/207) stelde U de vraag of voorkomende functionele kortingen en incentives voor doelmatig en economisch inkopen in het nieuwe systeem als surplus door de apotheekhoudende mogen worden behouden. Met andere woorden: vormen deze "extra" inkomsten wel of geen onderdeel van het feitelijk inkomen van de apotheekhoudende en hoe moeten deze inkomsten in relatie worden gebracht met het norminkomen. Aldus Uw brief van 11 juli 1986.

In Uw brief van 18 september 1985 (HV/KdL/V/86/335) stelde U dat in het kader van Uw uitvoerende taak t.c.v. het aan U via artikel 15 WTG opgelegde inkomensbeleid en op grond van het uitgangspunt dat in principe de werkelijke inkoopkosten worden vergoed, U van mening bent dat de eventuele incentives ter bevordering van het doelmatig en economisch inkopen in principe moeten aansluiten bij de doelstellingen van het norminkomensbeleid.

De door U opgeworpen vragen vereisen naar mijn mening alhier een duidelijke stellingname nu ik besloten heb in de aanwijzing zelf een stimulans voor het afleveren van goedkopere substitutieprodukten uitdrukkelijk toe te staan en gezien mijn opvatting dat het afleveren van vrij verkrijgbare geneesmiddelen geen onderdeel uitmaakt van de prestaties die een apotheekhoudende in het kader van de WTG verricht.

Naar mijn mening dienen extra-inkomsten voortvloeiende uit de toegestane functionele marge en bovengenoemde stimulans buiten beschouwing te blijven bij de toetsing van het norminkomen. Derhalve dienen deze marge en stimulans niet ex ante in mindering te worden gebracht op de honorariumcomponent van de vaste vergoeding per receptregel. Als bovendien blijkt dat de incentives effectief zijn geweest d.w.z. dat ze hebben geleid tot de beoogde kostenmatiging, zie ik geen aanleiding deze extra inkomsten alsnog via nacalculatie op de honorariumcomponent in mindering te brengen.

Deze opvatting is naar mijn mening niet in strijd met de strekking van het Voorstel van Wet Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren.

Inkomsten voortvloeiend uit het afleveren van vrij verkrijgbare geneesmiddelen dienen tevens buiten beschouwing te blijven bij de toetsing van het norminkomen, aangezien uitgangspunt is dat een apotheekhoudende zijn norminkomen krijgt voor het als orgaan van gezondheidszorg geleverde normatief aantal prestaties. Neveninkomsten uit verkoop van vrij verkrijgbare geneesmiddelen vallen hier niet onder.

Met betrekking tot de voorwaarde dat de omzetting naar het nieuwe tarievenstelsel in de ziekenfondssector (na aftrek van de risicotoeslag en spillagevergoeding en exclusief de inkoopkosten van geneesmiddelen) tenminste budgettair neutraal dient te zijn vroeg U zich af of de budgettaire neutraliteit per beroepsgroep geldt.

Deze vraag beantwoord ik bevestigend.

WVC

De vaste vergoeding per receptregel dient, teneinde vertraging bij de omzetting te voorkomen, voor de korte termijn - derhalve ingaande 1 juli 1987 - uitsluitend te zijn gebaseerd op de meest recente ziekenfondsgegevens m.b.t. honorarium, praktijkkosten en aantal afleveringen per receptregel. Ik heb er geen bezwaar tegen dat de vaste en in beide sectoren (ziekenfonds en particulier) gelijke vergoeding per receptregel daarna, zodra mogelijk, mede op verkregen gegevens over de particuliere sector wordt gebaseerd.

Het meest recente cijfer in de ziekenfondssector m.b.t. het aantal afleveringen per receptregel betreft 1984 en bedraagt 2,21.

Verder ga ik er vanuit dat nadat de omzetting heeft plaatsgevonden en de nieuwe tarieven in werking zijn getreden partijen ten behoeve van het overleg over toekomstige tariefmutaties de ontwikkeling van een normatieve praktijkomvang snel ter hand zullen nemen. In deze dient rekening te worden gehouden met het feit dat de richtlijnen van het COTG zich conform deze aanwijzing zullen beperken tot U.A.-geneesmiddelen. Aangezien een normatieve praktijkomvang niet voor 1 juli a.s. zal zijn ontwikkeld, is alsnog besloten, ten einde vertraging bij de omzetting te voorkomen, dit onderwerp niet in de aanwijzing zelf op te nemen.

Verder staat de budgettaire neutrale omzetting niet los van een eventuele herijking van de inkomens en kostenelementen. Zoals aangegeven in mijn brief van 16 februari zie ik de beslissingen van het COTG omtrent de VNZ-voorstellen als bijdrage tot de invulling van de financiële taakstelling in het FOGM 1987. Vandaar dat de aanwijzing stelt dat de omzetting naar een tariefstelsel voor apotheekhoudenden tenminste budgettaire neutraliteit (minus de risicotoeslag en spillagevergoeding en exclusief de inkoopkosten van geneesmiddelen) in de ziekenfondsverzekering als randvoorwaarde heeft.

Ik heb kennisgenomen van het procedure-tijdschema in Uw brief, alsmede van een daarop gebaseerd overzicht van de realiseerbaarheid van de afzonderlijke onderdelen van de aanwijzing. Ik ben van mening dat het met inspanning van allen mogelijk is om de uit de onderhavige aanwijzing voortvloeiende nieuwe richtlijnen per 1 juli a.s. in werking te doen treden. Dit houdt in dat de op deze nieuwe richtlijnen gebaseerde tarieven tevens per 1 juli 1987 materieel in werking moeten treden.

Refererend aan het gestelde onder punt 9 van mijn brief van 16 februari jl., herhaal ik mijn verzoek om in casu de wenselijkheid tot het hantieren van maximumtarieven in beschouwing te nemen.

DG Vgz/VTA/THP, nr. 801.709

Tot slot merk ik op dat een evaluatie van de effecten van de nieuwe tariefstructuur binnen een nader door het COTG en partijen te bepalen termijn gewenst is.

De Staatssecretaris van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur,



drs D.J.D. Dees

EL
ZIJN
VOLKS
GEZOND
HEID EN
CULTUUR

Bijswijk

21 april 1987

Kenmerk

DGVGZ/VTA-801709

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

en

De Staatssecretaris van Economische Zaken, A.J. Evenhuis

Gelet op artikel 14 van de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646);

Gehoord het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (advies van 19 maart 1987, kenmerk HV/TH/V/87/069);

Na schriftelijke mededeling aan de beide Kamers der Staten-Generaal (brief van 7 april 1987, DGVGZ/VTA/THP, nr. 801586);

b e s l u i t e n

Enig artikel

1. Aan het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg wordt de in de bijlage bij dit besluit neergelegde aanwijzing als bedoeld in artikel 14 van de Wet tarieven gezondheidszorg gegeven.
2. Dit besluit met de bijbehorende bijlage wordt in de Nederlandse Staatscourant geplaatst.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

2 D
drs. D.J.D. Dees

De Staatssecretaris van Economische Zaken,

A.J. Evenhuis

Aanwijzing op grond van artikel 14 van de Wet tarieven gezondheidszorg

1. a. Het COTG stelt een richtlijn op met betrekking tot vergoedingen voor het afleveren van geneesmiddelen.
b. Bij de vaststelling van de onder a. genoemde richtlijn dient aan de volgende criteria te zijn voldaan:
 - in principe dienen alle wettig op de Nederlandse markt toegelaten U.A.-geneesmiddelen tenminste naar inkoopkanaal en per presentatievorm te zijn opgenomen. Verdere detaillering per verpakkingsgrootte en leverancier is toegestaan;
 - per geneesmiddel wordt een bedrag voor de vergoeding voor door te berekenen kosten opgenomen uitgaande van de werkelijke inkoopprijs;
 - een functionele marge t.o.v. het in het tweede gedachtenstreepje bedoelde bedrag is toegestaan.
c. Voor zover UA-geneesmiddelen niet in de bovenbedoelde richtlijn voorkomen, geldt dat de vergoeding voor de door te berekenen kosten overeenkomt met de werkelijke inkoopprijs.
2. In de ziekenfonds- en particuliere sector dient de vergoeding van honorarium en praktijkkosten van apothekers plaats te vinden via een vaste vergoeding per receptregel. Deze vaste vergoeding per receptregel dient gelijk te zijn voor de ziekenfonds- en particuliere sector.
3. In de particuliere sector dient de vergoeding van de praktijkkosten en honorarium voor apotheekhoudende huisartsen plaats te vinden via een vaste vergoeding per receptregel. In de ziekenfondssector blijft het abonnementssysteem voor apotheekhoudende huisartsen gehandhaafd.
4. De vaste vergoeding per receptregel dient voor de korte termijn uitsluitend te worden gebaseerd op de meest recente thans voor het COTG beschikbare ziekenfondsgegevens m.b.t. honorarium, praktijkkosten en aantal afleveringen per receptregel.
5. Een stimulans voor het afleveren van goedkopere substitutieprodukten wordt gewenst geacht. Een dergelijke stimulans is derhalve toegestaan.

6. Bij de apotheekhoudenden dienen de elementen risicotoeslag en spillagevergoeding uit de tarieven te worden verwijderd zonder compensaties elders.
7. De omzetting naar een nieuw tariefstelsel voor apotheekhoudenden heeft per beroepsgroep tenminste budgettaire neutraliteit (minus de risicotoeslag en spillagevergoeding en exclusief de inkoopkosten van geneesmiddelen) in de ziekenfondsverzekering als randvoorwaarde.
8. De op de bovengenoemde richtlijnen gebaseerde tarieven gelden vanaf 1 juli 1987.
9. De nieuwe richtlijnen, die op grond van bovenstaande punten 1-8 tot stand moeten worden gebracht, dienen derhalve per 1 juli 1987 in werking te treden.

Bijlage IX

BEREKENING BESPARINGSEFFECTEN BELEIDSVARIANTEN

Uitgangspunt van de berekeningen vormt het in bijlage IV beschreven ijkpunt: f 3.335 mln in 1990 als taakstellend kostenniveau voor het extramurale geneesmiddelengebruik exclusief verbandmiddelen. De materiële kosten hierin (inclusief kosten van BTW) zijn in 1990 f 2.635 mln. Dit bedrag vormt de basis van de navolgende berekeningen van de besparingseffecten van de voorgestelde ijkprijsvariant en de variant van de beperkende lijsten.

Het 1e orde effect

Bij vaststelling van ijkprijsvergoedingen of beperkende lijsten, moet uitgegaan worden van besparingen op de materiële kosten ad 2635 mln voor wat betreft het collectieve aandeel. Grofweg wordt daarbij uitgegaan van een 65%-35% verhouding tussen het collectieve en het particuliere deel.

Daarnaast wordt verondersteld dat ca. 50% van de markt substitueerbaar is. Beide varianten richten zich immers op de deelmarkten met geneesmiddelen die farmaceutisch identiek of therapeutisch equivalent worden geacht.

Verondersteld wordt dat de prijsverschillen op deze markten 15 tot 25% bedragen. Derhalve: materiële kosten f 2.635 mln;

collectieve deel ad 65% = 1713 mln

stel: 50% substitueerbaar = 856 mln

minimale prijsafstand met ijkproduct/ijkprijs 15% = 130 mln

maximale prijsafstand met ijkproduct/ijkprijs 25% = 215 mln

besparing dus 130 tot 215 mln, in 1e instantie op het collectieve deel.

Het 2e orde effect

De besparing als gevolg van verschuiving naar goedkopere middelen treedt op in het substitueerbare deel van de markt, derhalve:

f 2.635 mln x 50% = 1317 mln

Minimaal 15% = 198 mln, maximaal 25% = 330 mln

Daarnaast wordt verwacht dat een vergroting van de parallel-import en/of prijsconcurrentie plaatsvindt. Een toename van het huidige aandeel van de parallel-import ad 6% van de totale markt naar 10% zou 10 tot 20 mln opleveren.

(4% extra parallel-import x 2635 mln = 105 mln

prijsvoordeel parallel-import 10 tot 20% = 10-20 mln)

Totaal 2e orde effect: 200 - 330 mln
+10 - 20 mln
210 à 350 mln

Vermindering kosten-effect toetreding nieuwe middelen

In de berekening van het ijkpunt is voor de jaren 1988, 1989 en 1990 jaarlijks 105 mln verhoging (cumulatief) opgenomen voor het kosten-effect als gevolg van toetreding van nieuwe middelen. In 1990 is dit dus f 315 mln.

Door het ijkprijsstelsel (ijkvergoeding ligt immers vast) en/of de beperkende lijsten wordt dit kosteneffect gedempt, verondersteld wordt met de helft. Besparing derhalve 50% x f 315 mln = ca. f 150 mln.

Besparingseffecten centrale onderhandeling/inkoop

De materiële kosten minus de groothandelsmarge bedragen 2550 mln (1990). Hiervan is 50% substitueerbaar, zijnde 1275 mln. Het gemiddelde prijspeil van Nederland ten opzichte van het EG-gemiddelde verhoudt zich als 230: 165 (zie staatje blz. 17 van het rapport).

Reductie van het Nederlandse prijspeil tot het Europees gemiddelde in alleen het substitueerbare deel van de markt zou een besparing van minimaal 360 mln opleveren ($1275 \text{ mln} - / - 165/230 \times 1275$). Een verdergaande reductie van het Nederlandse prijspeil in dit deel van de markt c.q. een additionele prijsvermindering in het niet-substitueerbare deel van de markt kan de totale besparing maximaal tot het dubbele (720 mln) doen oplopen.