



## De preferente apotheker? Jazeker!

**Auteur(s):**

Schut, F.T.

Brouwer, W.B.F.

*De auteurs zijn verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam.*[schut@bmg.eur.nl](mailto:schut@bmg.eur.nl)**Verschenen in:**

ESB, 89e jaargang, nr. 4435, pagina 266, 11 juni 2004

**Rubriek:**

Zorgsector

**Trefwoord(en):**

*Om de uitgaven aan geneesmiddelen te beperken, moeten verzekeraars hun verzekerden kunnen stimuleren om gebruik te maken van preferente apothekers. Verzekerden moeten op hun beurt verzekeraars aansporen tot goed inkoopbeleid. Dat vereist een transparante verzekeringsmarkt.*

Al meer dan tien jaar proberen opeenvolgende kabinetten tevergeefs greep te krijgen op de sterk stijgende uitgaven voor geneesmiddelen. De grote hoeveelheid overheidsregels waarmee de geneesmiddelensector te maken heeft gekregen, verschillende pogingen tot zelfregulering van de sector zelf en de talrijke plannen en adviesrapporten die in loop der tijd zijn opgesteld, hebben echter weinig effect gesorteerd. De prijzen die patiënten voor receptgeneesmiddelen betalen - ook voor medicijnen waarvan het octrooi is afgelopen - zijn meestal veel hoger dan de kostprijs, een situatie waarvan vooral de apothekers lijken te profiteren.

Inmiddels heeft ook het huidige kabinet een plan van aanpak voor een betere beheersing van de geneesmiddelenprijzen geformuleerd (vws, 2004). Hierin lijkt een prominente, sturende rol voor de overheid te zijn weggelegd. Tegelijkertijd wordt echter een radicale herziening van het zorgverzekeringsstelsel voorbereid waarbij de prijsstelling niet langer door de overheid wordt bepaald, maar door onderhandelingen tussen concurrerende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hoe zijn deze plannen met elkaar te rijmen? In hoeverre vormen zij een oplossing voor het achterliggende probleem? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, moeten wij eerst nagaan wat er precies schort aan de huidige geneesmiddelenmarkt.

### Het probleem

Kernprobleem is dat de geneesmiddelenmarkt wettelijk zo gestructureerd is dat apothekers wel een sterke prikkel hebben om geneesmiddelen zo goedkoop mogelijk in te kopen, maar geen enkele prikkel ondervinden om deze voordelen door te geven aan de patiënt of diens zorgverzekeraar. Zo zijn voor dure merkgeneesmiddelen waarvan het octrooi is afgelopen meestal veel goedkopere 'generieke' substituten voorhanden. De patiënt profiteert echter nauwelijks van dit prijsverschil omdat de zorgverzekeraars niet de werkelijke prijs maar de zogenaamde 'lijstprijzen' betalen. De lijstprijs is de prijs die de apotheker officieel aan de fabrikant betaalt. Deze wordt door apothekers en de fabrikant vastgesteld met inachtneming van de wettelijke maximumprijzen op grond van de Wet Geneesmiddelen Prijzen (wgp). Eventuele inkoopkortingen mag de apotheker in eigen zak steken.<sup>1</sup> Apothekers hebben baat bij een zo hoog mogelijke lijstprijs. Immers, hoe hoger de lijstprijs, hoe groter de mogelijke inkoopkorting. Fabrikanten zijn voor de distributie van (extramuraal) geneesmiddelen volledig afhankelijk van de apothekers en hebben dus ook belang bij een zo hoog mogelijke lijstprijs teneinde apothekers een zo hoog mogelijke korting te kunnen geven.

#### *Te hoge lijstprijzen*

Zorgverzekeraars moeten de lijstprijs vergoeden tot aan een limiet die is bepaald door Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (gvs). Op grond van het gvs worden vergoedingslimieten per cluster van onderling vervangbare geneesmiddelen periodiek vastgesteld op basis van het rekenkundig gemiddelde van de tot het cluster behorende medicijnen. Verzekerden moeten het verschil tussen de vergoedingslimiet en de lijstprijs uit eigen zak bijbetalen of aanvullend bijverzekeren. Consumenten hebben dus alleen baat bij een lagere lijstprijs als deze hoger is dan de gvs-limiet.

Omdat apothekers en fabrikanten baat hebben bij een zo hoog mogelijke lijstprijs, fungeert de prijs van de dure merkgeneesmiddelen in de praktijk als een soort richtprijs waarop de overige lijstprijzen worden afgestemd. Aangezien de vergoedingslimiet het gemiddelde is van deze lijstprijzen, ligt ook deze om en nabij de richtprijs. Aldus valt te verklaren waarom de lijstprijzen van generieke geneesmiddelen slechts vier procent lager zijn dan de prijzen van merkgeneesmiddelen, terwijl de feitelijke prijsverschillen kunnen oplopen tot tachtig procent (Brouwer & Rutten, 2002). Het heeft voor zorgverzekeraars weinig zin om met apothekers te onderhandelen over lagere prijzen dan de vergoedingslimiet omdat zij hun verzekerden niet kunnen 'sturen' naar de betreffende apotheek en verzekerden geen belang hebben bij goedkopere medicijnen zolang de prijs de vergoedingslimiet niet overschrijdt.

Dankzij de 'margeconcurrentie' tussen fabrikanten om de gunst van de apotheker, liggen de inkoopprijzen van generieke middelen die de apotheker betaalt op een concurrerend niveau. De zorgverzekeraar (en de uiteindelijke premiebetalder) betaalt monopolieprijzen omdat apothekers de marge zonder probleem in eigen zak kunnen steken doordat enige vorm van effectieve prijsconcurrentie ontbreekt.

## Oplossingen

Gelet op de aard van het probleem zijn er twee typen oplossingen mogelijk:

- » afoming van de *inkoopvoordelen* voor apothekers;
- » afoming van de *winsten* door effectieve prijsconcurrentie tussen apothekers.

In het plan van aanpak lijkt de overheid te opteren voor eerste oplossingsrichting. Op lange termijn lijkt de tweede oplossing echter het meest consistent met de beoogde invoering van 'gereguleerde concurrentie' in de curatieve zorg.

### *Afomen inkoopvoordelen*

Per 1 september 2003 nam (interim-)minister De Geus een maatregel om de inkoopkortingen drastisch af te romen. Toen na enkele maanden de maatregel door het college van Beroep voor het Bedrijfsleven werd getorpedeerd, dreigde zijn opvolger Hoogervorst met nieuwe wettelijke maatregelen. De betrokken partijen wisten dat voornamelijk te voorkomen door in februari 2004 met de overheid een convenant af te sluiten. Daarin is afgesproken om de lijstprijzen van merkloze middelen zo ver te verlagen dat de omzetwaarde van deze geneesmiddelen met veertig procent daalt. Dit is inclusief de zogenaamde door de overheid reeds afgeroomde korting van 6,82 procent (de zogenaamde 'clawback').

### *Modernisering gvs*

Het convenant loopt tot 1 januari 2005 en wordt - na een eventuele verlenging tot 2006 - vervangen door een 'gemoderniseerd' gvs. Doel van deze modernisering is een drastische verlaging van de vergoedingslimieten voor clusters van geneesmiddelen waarvan voor minstens één middel het patent verlopen is. De overheid hoopt dat dit leidt tot een zodanige prijsgevoeligheid bij verzekerden dat apothekers gedwongen worden hun prijzen te verlagen en zo een deel van de inkoopkortingen aan de verzekerden door te geven. Opmerkelijk is dat in dit voorstel de zorgverzekeraars - die toch geacht worden als kritische zorginkopers te gaan fungeren - geheel buiten spel staan. De overheid bepaalt immers de vergoedingslimieten en de verzekerde moet op zoek naar de goedkoopste apothekers en medicijnen.

De beoogde modernisering van de gvs kent verschillende zwakke schakels. Ten eerste is het onduidelijk op grond waarvan de overheid de normatieve vergoedingslimiet zou moeten bepalen. Om de limiet te kunnen baseren op de werkelijke kosten, moet zij beschikken over informatie over de kostprijzen van de verschillende geneesmiddelen per cluster. Ten tweede is het de vraag in hoeverre individuele verzekerden in staat zijn om de medicijnprijzen van verschillende apotheken met elkaar te vergelijken. De huidige markt is volstrekt niet transparant: apothekers zijn niet gewend om reclame te maken voor goedkope geneesmiddelen en patiënten zijn niet gewend om prijzen voor geneesmiddelen te vergelijken. Voor veel patiënten is de aanschaf van geneesmiddelen bovendien een incidentele aankoop. Verder hebben de meeste ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering die de extra kosten boven de gvs-limiet deels of geheel vergoedt. Wanneer de discrepantie tussen prijzen en vergoedingslimieten groeit, zal de vraag naar deze aanvullende verzekeringen waarschijnlijk eerder toe- dan afnemen. De aanvullende verzekering neemt de prijsgevoeligheid bij verzekerden (voorzover aanwezig) grotendeels weg en daarmee ook de druk tot prijsconcurrentie voor apothekers. Tenslotte zijn ook binnen een cluster niet alle geneesmiddelen op individueel niveau voor alle patiënten substitueerbaar, waardoor sommige patiënten gedwongen kunnen worden een niet volledig vergoed geneesmiddel te gebruiken. Voor deze situatie dient volgens het ministerie van vws "*een oplossing te worden gevonden, zodanig dat de patiënt het voor hem noodzakelijke geneesmiddel toch volledig vergoed krijgt*" (vws, 2004). De daartoe benodigde "duidelijke definiëring" van het begrip medische noodzaak is echter problematisch.

### *Zorgverzekeraar als medicijninkoper?*

In het licht van de veranderende verhoudingen in de zorg ligt het natuurlijk meer voor de hand om de inkoopvoordelen niet door de overheid, maar door de zorgverzekeraars te laten afromen. In het verleden is daarom voorgesteld om verzekeraars de inkoopfunctie van apothekers volledig te laten overnemen (commissie-De Vries, 1999; bcg, 1999). De inkoop van medicijnen zou via aanbestedingsprocedures door (clusters van) verzekeraars kunnen worden gerealiseerd. Directe sturing door verzekeraars zou daarmee een feit zijn. Apotheken zouden dan enkel hun zorgfunctie behouden en daarvoor adequaat worden beloond en die medicijnen afleveren die door de verzekeraars zouden worden ingekocht. Teneinde het strategische prijsgedrag van fabrikanten te doorbreken, heeft een zorgverzekeraar zelfs overwogen om een generieke fabrikant over te nemen. Daarmee zouden de prijzen kunnen gaan dalen. Geen van deze plannen heeft echter doorgang gevonden. Dit kwam vooral door de krachtige oppositie van de apothekers, die sterk afwijzend stonden tegenover het afstaan van hun inkoopfunctie en -voordelen. Zo dreigden apothekers met een boycot van de generieke producent Genthon omdat deze bereid was geneesmiddelen tegen lagere prijzen rechtstreeks aan zorgverzekeraars te leveren.

### **Prijsconcurrentie tussen apothekers**

Het lijkt echter niet nodig en wellicht zelfs contraproductief om de inkoopfunctie van apothekers over te hevelen naar de zorgverzekeraars. Apothekers hebben immers aangetoond scherp te kunnen inkopen en hebben op dit terrein de nodige expertise opgebouwd. Het probleem is (dan ook) niet dat apothekers hun inkooprol slecht vervullen, maar dat zij de voordelen van hun effectieve inkoopbeleid niet delen met de afnemers. Om maatschappelijk profijt te ontfangen aan de inkoopkortingen die apothekers bedingen, moeten zij baat krijgen bij lagere verkoopprijzen, zoals meer klanten en een hogere omzet. In het verleden hebben verzekeraars wel geprobeerd om met apothekers afspraken te maken over lagere verkoopprijzen, maar deze pogingen strandden omdat verzekeraars geen kans zagen om effectief druk uit te oefenen op de apothekers. Ten eerste ontbraken er alternatieve afzetpunten voor medicijnen, die de onderhandelingsmacht van verzekeraars zouden vergroten. Plannen voor een internetapotheker, voor aflevering van medicijnen via ziekenhuizen en voor distributie via drogisterijketens en supermarkt ketens, staan alle nog in de kinderschoenen. Ten tweede kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden niet laten meeprofiteren van een keuze voor een goedkope apotheker omdat ziekenfondsverzekerden de medicijnkosten (mits de prijzen niet hoger zijn dan de gvs-limiet) volledig vergoed krijgen ongeacht de keuze van apotheker.<sup>2</sup> Apothekers die hogere prijzen vragen, worden dus niet gestraft met ontevreden en weglopende klanten. Daardoor blijven de

inkoopvoordelen volledig rusten bij de apothekers.

### *Preferente apothekers*

De crux ligt dan ook in de mogelijkheden van de zorgverzekeraars om hun verzekerden te motiveren om van goedkope apothekers gebruik te maken. In de Verenigde Staten sluiten zorgverzekeraars hiertoe met geselecteerde zorgverleners zogenaamde 'preferred-provider-arrangementen' af. In ruil voor afspraken over prijs, volume dan wel kwaliteit worden preferente zorgaanbieders beloofd met een contract, maar vooral ook met een grotere toestroom van patiënten. In de contracten met de verzekerden nemen verzekeraars namelijk prikkels op om juist naar de preferente aanbieders van zorg te gaan, bijvoorbeeld door middel van een lagere eigen bijdrage of een lagere premie. Recent empirisch onderzoek wijst uit dat Amerikaanse zorgverzekeraars in onderhandeling met aanbieders vooral sterk staan wanneer zij hun verzekerdenstroom goed kunnen kanaliseren naar preferente aanbieders (Sorensen, 2003). Niet zozeer het marktaandeel, maar primair de mogelijkheid om verzekerden gericht te sturen blijkt bepalend te zijn voor de korting die verzekeraars (bij ziekenhuizen) weten te bedingen.

### **Stelselherziening**

De beoogde herziening van het zorgstelsel, waarover een meerderheid van de Tweede Kamer in april 2004 op hoofdlijnen overeenstemming bereikte, lijkt de mogelijkheden te creëren voor contracten met preferente zorgaanbieders waar ook de verzekerden baat bij hebben. In september moet het wetsvoorstel voor een nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) - dat thans ter beoordeling voorligt bij de Raad van State - naar de Tweede Kamer worden gezonden. Tegen die tijd zal meer bekend worden over de exacte vormgeving van het beoogde verzekeringsstelsel. Vooruitlopend op de kabinetsplannen heeft zorgverzekeraar cz reeds aangekondigd te overwegen hun verzekerden in de toekomst geen of een lagere eigen bijdrage (of geen aftrek van de no-claim-teruggave) in rekening te brengen mits zij een door cz geselecteerde preferente fysiotherapeut bezoeken (ZN-Journaal, 22 april 2004).

De keuze voor fysiotherapie ligt voor de hand omdat fysiotherapeuten als eerste beroepsgroep uit de Wet Tarieven Gezondheidszorg (wtg) worden gehaald. Zij moeten dus met zorgverzekeraars gaan onderhandelen over de prijzen voor hun diensten en zorgverzekeraars kunnen alleen lagere prijzen bedingen als zij daar extra omzet tegenover kunnen stellen.

Ook de geneesmiddelensector is een ideale proeftuin om te experimenteren met preferente zorgcontracten. Weliswaar valt de beloning van de 'zorgverleningsfunctie' van apothekers (de receptregelvergoeding) nog onder de wtg, maar er zit, zoals uiteengezet, veel overwinst in de inkoopfunctie. Deze zou via preferente zorgcontracten ten goede kunnen komen aan de verzekerden. In principe kunnen verzekerden in het beoogde nieuwe zorgstelsel op twee manieren profiteren van lagere prijzen die zorgverzekeraars met preferente apothekers afspreken.

Ten eerste leiden lagere geneesmiddelenprijzen tot een minder snelle uitputting van de reeds in 2005 in te voeren no-claim-teruggave van maximaal € 250 per jaar. Het is dan wel van belang dat de zorgverzekeraars hun verzekerden nadrukkelijk op deze mogelijkheid wijzen. Immers, verzekerden krijgen zelf van de apothekers geen rekening te zien omdat apothekers deze rekeningen rechtstreeks bij de ziekenfondsen (en ook bij de meeste particuliere verzekeraars) declareren. Verder is deze prikkel natuurlijk uitgewerkt zodra verzekerden meer zorgkosten hebben gemaakt dan de maximale no-claim-teruggave.

In de tweede plaats mogen verzekeraars - conform de huidige voorstellen - polissen en premies differentiëren op basis van de contracten die zij met zorgaanbieders afsluiten. Voor een 'preferred provider'-polis, waarbij de verzekerde zich beperkt tot de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, mag de zorgverzekeraar een lagere premie vragen dan voor een 'restitutiepolis', waarbij de verzekerde in plaats van zorg in natura een kostenvergoeding ontvangt en volledig vrij mag kiezen welke zorgaanbieder hij raadpleegt. Aan keuzevrijheid - of, anders geformuleerd, aan het recht om een ondoelmatige zorgverlener te kiezen - komt daarmee een prijskaartje te hangen.

Omdat zorgverzekeraars ook combinaties van natura- en restitutiepolissen mogen aanbieden, zal er een enorme verscheidenheid aan preferred-provider-polissen kunnen ontstaan. Dit kan voor verzekerden al gauw resulteren in een ondoorzichtige wirwar van polissen. Verzekerden kunnen dan niet effectief 'met de voeten stemmen' en geen effectieve druk uitoefenen op zorgverzekeraar om doelmatige zorg in te kopen. Het lijkt dus verstandig om uit het oogpunt van transparantie het aantal preferred-provider-contracten dat verzekeraars mogen aanbieden wettelijk sterk te beperken. Een belangrijk bijkomend voordeel is dat bij een beperkt aantal polissen verzekeraars waarschijnlijk een polis met totaalpakket van voorkeursaanbieders (apothekers, fysiotherapeuten, zelfstandige behandelcentra enzovoorts) zullen ontwikkelen en niet een polis met bijvoorbeeld alleen preferente apothekers. Zodoende wordt het premievoordeel voor het totale pakket relatief groot en daarmee ook de kans groter dat verzekerden voor een dergelijke polis kiezen. Juist de omvang van de verzekerdenstroom bepaalt immers vervolgens weer de inkoopkorting die de verzekeraar kan bedingen. Het mes snijdt dus aan twee kanten.

### **Conclusie**

Het afromen van de inkoopkortingen van apothekers is op korte termijn effectief om de kosten van geneesmiddelen te beperken. Het geeft apotheken echter geen structurele prikkel om de behaalde inkoopvoordelen door te geven aan de consument. De beoogde modernisering van het gvs biedt waarschijnlijk weinig soelaas, omdat de consumenten te weinig druk kunnen uitoefenen op de apotheken om hun prijzen te verlagen. Zorgverzekeraars hebben deze mogelijkheid wel, maar dan moeten zij apothekers tegenover de voordelen van lagere prijzen wel extra omzet kunnen bieden. Dit kan alleen als zij hun verzekerden effectief kunnen stimuleren om gebruik te maken van preferente apotheken waarmee zij prijskortingen hebben afgesproken. Het kunnen aanbieden van preferred-provider-polissen is hiertoe een noodzakelijke voorwaarde. Dit wordt waarschijnlijk mogelijk als de beoogde nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 van kracht wordt.

Zorgverzekeraars gaan echter alleen scherp onderhandelen met apothekers als zij op hun beurt door verzekerden afgestraft worden wanneer zij een te hoge premie vragen. Effectieve prijsconcurrentie tussen apothekers vereist (dan ook) effectieve prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars. Om die reden is het van belang dat de verzekeringsmarkt voor verzekerden zo transparant mogelijk wordt en dus het aantal preferred-provider-polissen wordt beperkt. Een bijkomend voordeel van een beperkt aantal polissen is dat verzekeraars

waarschijnlijk een polis met totaalpakket van preferred providers zullen aanbieden, waardoor het premievoordeel ten opzichte van een 'vrijheid-blijheid-polis' relatief groot wordt. Daarmee groeit de kans dat verzekerden voor een dergelijke polis kiezen. Dit vergroot dan weer de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars om inkoopkortingen te bedingen.

**Erik Schut en Werner Brouwer**

#### **Literatuur**

*BCG (1999) Geneesmiddel verzekerd, een nieuwe rol voor zorgverzekeraars in het inkoopproces van geneesmiddelen. Boston Consulting Group, Baarn, november 1999.*

*Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2002) Een gouden pil voor apothekers. Medisch Contact, 57, 737-740.*

*Commissie-De Vries (1999) Een helder recept. Ministerie van VWS, Den Haag, oktober 1999.*

*Sorensen, A.T. (2003) Insurer-Hospital Bargaining: Negotiated Discounts in Post-Regulated Connecticut. Journal of Industrial Economics, LI(4), 469-490.*

*Ministerie van VWS, (2004) Geneesmiddelenbeleid, brief aan de Tweede Kamer. Kamerstuk 29 477, nr. 1, 10 maart 2004.*

*ZN Journaal, Mogelijk geen eigen bijdrage voor verzekerden CZ bij bezoek aan geselecteerde fysiotherapeut, www.cz.nl (nieuws april 2004).*

---

**1** De overheid heeft apothekers destijds zelfs expliciet toestemming gegeven om de inkoopkortingen te bedingen en deze te behouden, in ruil voor een lagere vergoeding per receptregel.

**2** Sommige creatieve zorgverzekeraars hebben echter manieren gevonden om hun verzekerden nu al te motiveren van voorkeurapotheken gebruik te maken. Zo geven CZ en VGZ hun verzekerden een cadeaubon als zij gebruikmaken van Etos-apotheken en krijgen verzekerden van De Friesland een korting van tien procent op zelfzorggeneesmiddelen bij apotheken waarmee afspraken zijn gemaakt over het doorsluizen van inkoopvoordelen.