

# De verslavende werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen

J.A. Kamps\*

**M**inister Borst van Volksgezondheid heeft een Wet Geneesmiddelenprijzen op stapel gezet waarmee ze maximumprijzen voor geneesmiddelen kan invoeren. De wet spreekt aan vanwege de simpele redenering en eenvoudige methodiek, maar houdt onvoldoende rekening met de structuur van de markt voor geneesmiddelen. Zij grijpt aan bij de aanbodkant en niet bij de vraagzijde. Hierdoor wordt een mechanisme van concentratie aan de aanbodzijde van de markt in gang gezet dat zorgt voor een opwaartse druk op de prijzen. Zo maakt de wet zich zelf onmisbaar.

Eind augustus heeft minister Borst van Volksgezondheid een Wet Geneesmiddelenprijzen bij de Tweede Kamer ingediend. Deze wet biedt haar de mogelijkheid maximumprijzen in te stellen voor geneesmiddelen op het gemiddelde niveau voor vergelijkbare medicijnen in België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. De wet zou op 1 januari 1996 van kracht moeten worden. In dit artikel worden de gevolgen van de Wet Geneesmiddelenprijzen besproken. Eerst wordt ingegaan op de werking van de markt voor geneesmiddelen. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van het beleid waarmee de overheid pooft de kosten van de geneesmiddelenvoorziening te beheersen. Daarna komt de wet zelf aan de orde en de te verwachten gevolgen ervan.

## De markt voor geneesmiddelen

### Productie

De markt voor geneesmiddelen is aan de aanbodkant enerzijds een wereldmarkt en anderzijds een verzameling nationale markten. Dezelfde medicijnen worden overal ter wereld verkocht, maar tegen van land tot land verschillende prijzen.

De innoverende farmaceutische industrie bestaat uit een aantal zeer gespecialiseerde ondernemingen die allemaal op wereldschaal opereren. Er zijn maar weinig fabrikanten die meer dan 20 à 25 specialités (merkgeneesmiddelen) op de markt brengen. De acht à tien daarvan die nog worden beschermd door een octrooi zijn doorgaans goed voor het overgrote deel van de omzet.

Het ontwikkelen van nieuwe medicijnen is duur. Er gaat jaren onderzoek vooraf aan het introduceren van een nieuw geneesmiddel. De kosten die met onderzoek en ontwikkeling zijn gemoeid, zijn alleen terug te verdienen door die medicijnen wereldwijd op de markt te brengen.

Nederland vormt maar een klein deel van die wereldmarkt. De bijdrage aan productie en consumptie

van medicijnen is niet meer dan 1%. Van de Nederlandse consumptie wordt het grootste deel geïmporteerd en van de productie wordt het grootste deel geëxporteerd.

De innoverende farmaceutische industrie concurreert onderling vooral op het ontwikkelen van nieuwe medicijnen. Wie het eerst komt met een nieuw geneesmiddel, kan daarop octrooi aanvragen. Dat octrooi bezorgt de fabrikant een monopoliepositie, waardoor de prijs van het medicijn aanzienlijk hoger kan liggen dan de directe produktiekosten. De fabrikant kan zo de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen financieren. De octrooibeschermt dient een maatschappelijk belang: zonder octrooibeschermt zouden er geen nieuwe medicijnen meer worden ontwikkeld.

De prijsstelling van nieuwe geneesmiddelen is nogal arbitrair. De opslag die de producent op de directe produktiekosten kan leggen hangt niet af van de kosten die gemaakt zijn voor de ontwikkeling van het medicijn, maar van de ruimte die de markt biedt. Die ruimte verschilt van land tot land, afhankelijk van de medische behoefte, de welvaart en de financieringswijze van de gezondheidszorg. Naarmate de vraagzijde meer wordt geprikkeld om op de kosten te letten, zal de prijs van medicijnen lager liggen.

Om die reden hebben de producenten belang bij strikte grenzen tussen nationale markten. Als ze door middel van gedifferentieerde prijzen de omzet per land kunnen maximaliseren, kunnen ze veel meer winst maken dan als ze één prijs voor de hele wereldmarkt moeten zetten.

In landen waar de gebruikers van medicijnen belang hebben bij kostenbeheersing is de mogelijkheid voor internationale prijsdifferentiatie beperkt door het verschijnsel parallelimport. Als geneesmiddelen in het buitenland goedkoper zijn, haalt de groothandel ze daar in plaats van bij de officiële importeur.

\* De auteur is econoom te Amsterdam.

Nadat het octrooi op een geneesmiddel is verlopen, is het afgelopen met de machtspositie van de innoverende fabrikant. In landen waar de gebruikers van medicijnen belang hebben bij kostenbeheersing moet de prijs omlaag, omdat er anders ruimte ontstaat voor concurrerende imitaties, de zogeheten generica. De producenten van generica maken minder ontwikkelingskosten dan de innoverende industrie. Ze kunnen de specialité direct imiteren. Bovendien liften ze mee op de marketinginspanning van de innoverende producent. Daardoor kan met een kleinere opslag op de directe produktiekosten worden volstaan en is een veel kleinschaliger produktie mogelijk. De meeste producenten van generica werken dan ook voor de nationale markt. Daarbij hebben ze een schaalnadeel ten opzichte van de internationale concerns.

De prijs van specialités die uit het octrooi zijn gelopen, ligt doorgaans aanzienlijk boven die van de concurrerende generica. Specialités blijven profiteren van hun naamsbekendheid. Dat voordeel moet niet worden onderschat: zelfs nu vragen de meeste mensen nog om een aspirientje als ze een pijnstillertje nodig hebben. Dat mechanisme werkt ook bij artsen die een recept uitschrijven. Bovendien ligt de merknaam doorgaans prettiger in het gehoor dan de stofnaam. Synalar® is gemakkelijker voor te schrijven dan 'fluocinolonacetonide'.

Hoewel specialités en generica precies dezelfde chemische samenstelling kunnen hebben, zijn het in economisch opzicht totaal verschillende produkten:

- specialités hebben hun merknaam als 'unique selling point', generica hebben dat niet. Zij bestaan bij de gratie van hun lagere prijs;
- de producenten van specialités werken doorgaans voor de wereldmarkt, waardoor ze bij de produktie schaalvoordelen kunnen realiseren die voor de producenten van generica niet haalbaar zijn.

#### *Distributie*

De distributie van geneesmiddelen verloopt via de farmaceutische groothandel. In Nederland zijn er drie volgesorteerde groothandels die landelijk opereren en een breed assortiment voeren. Dat assortiment bevat niet alleen alle in Nederland geregistreerde geneesmiddelen, maar ook een groot aantal niet geregistreerde medicijnen (met name homeopathische middelen), verbandmiddelen en hulpmiddelen. Daarnaast is er een groot aantal niet-volgesorteerde groothandels, variërend van bijna-volgesorteerde groothandels tot zeer gespecialiseerde inkoopcombinaties van apothekers, die 'rugzakkers' worden genoemd.

De volgesorteerde groothandels realiseren een hoger rendement op snel lopende geneesmiddelen dan op minder vaak verkochte geneesmiddelen. Daardoor zijn ze kwetsbaar voor nieuwe toetreders. Het gaat dan vooral om rugzakkers en discounters die zich specialiseren op snel lopende geneesmiddelen. Onder invloed van deze concurrentie hebben de volgesorteerde groothandels hun marktaandeel in de afgelopen jaren zien teruglopen van circa 85% naar 70%, zij het dat een deel van de verloren omzet is terechtgekomen bij de eigen niet-volgesorteerde dochters. Om de concurrentiedruk te verminderen heb-

ben de volgesorteerde groothandels een deel van de kortingen en bonussen aan de apothekers zo vormgegeven dat het minder aantrekkelijk wordt om de snel lopende middelen bij de discounter halen en de minder vaak verkochte bij de volgesorteerde groothandel.

De drie volgesorteerde groothandels hebben zich de laatste jaren ontwikkeld tot een belangrijke tegen-speler van de farmaceutische industrie. Ze hebben generieke middelen op de markt gebracht als alternatief voor de specialités van de innoverende industrie en ze zijn op grote schaal actief bij de parallelle import.

De groothandels in medicijnen concurreren onderling zowel op kwaliteit als op prijs. Dank zij die concurrentie kunnen apothekers snel over hun geneesmiddelen beschikken. De prijsconcurrentie vindt plaats door de apotheker kortingen te verstrekken op de officiële apotheekinkooprijzen.

#### *Detailhandel*

De concurrentie in de farmaceutische bedrijfskolom stopt aan de leveranciersingang van de apotheker, die de schakel vormt tussen de groothandel en de consument. Apothekers beschouwen zich als zorgverleners en niet als ondernemers. En zorgverleners concurreren niet. Toch blijken ze in de praktijk zeer gevoelig voor economische prikkels. Als de kortingen van de groothandel geen effect zouden sorteren, zouden ze immers al lang zijn verdwenen.

De apothekersvereniging KNMP houdt een officiële lijst bij van de apotheekinkooprijzen, de zogeheten Taxe. De prijzen in de Taxe zijn gebaseerd op de prijslijsten van de groothandel, zij het dat deze prijzen in de praktijk (nog) worden gediceerd door de industrie. Op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg wordt die prijslijst gesanctioneerd door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

De apotheek verkoopt het medicijn voor die prijs, plus een opslag van *f* 10 per receptregel. Ook deze opslag wordt door de COTG gesanctioneerd. De COTG-tarieven zijn maximumtarieven. Apothekers mogen de kortingen en bonussen doorgeven aan de consument en ze mogen een lagere receptregelvergoeding in rekening brengen, maar dat is in de branche niet gebruikelijk.

#### *Consumptie*

De consument is op de meeste markten de ultieme bewaker van de doelmatigheid. Op de geneesmiddelenmarkt kan hij die rol echter niet waarmaken. Ten eerste behoren geneesmiddelen tot de eerste levensbehoeften, waardoor de invloed van de prijs op de consumptie beperkt is. Ten tweede profiteert de consument wel van het gebruik van geneesmiddelen, maar laat hij de keuze over aan zijn arts en de betaling aan zijn verzekeraar. Voor de verzekeraar is dat geen probleem, omdat die de rekening sinds 1992 grotendeels kan doorschuiven naar de AWBZ. Van elke gulden die een verzekeraar op het medicijngebruik weet te besparen mag hij maar een paar cent houden. De rest gaat naar de overheid.

Als gevolg hiervan wordt noch individueel, noch maatschappelijk een afweging gemaakt tussen kosten en opbrengsten van het gebruik van medicijnen. En

dit gebrek aan kostenafweging vermindert de effectiviteit van de concurrentie aan de aanbodkant. Voor de aanbieders heeft het immers weinig zin om op de prijs te concurreren als de klant niet prijsbewust is.

## Overheidsbeleid

### *Het geneesmiddelenvergoedingssysteem*

Om dit tijt te keren heeft de overheid in 1991 het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) geïntroduceerd. Het belangrijkste doel van het GVS is substitutie te bevorderen en zo prijsconcurrentie tussen aanbieders te stimuleren. Daartoe zijn de meeste geneesmiddelen die door de AWBZ worden vergoed ingedeeld in medicijnen waarvoor alternatieven bestaan (opgenomen in de zogeheten bijlage 5) en medicijnen waarvoor (nog) geen alternatieven bestaan (bijlage 6). Voor clusters medicijnen op bijlage 5 die dezelfde therapeutische werking hebben is een vergoedingslimiet vastgesteld die ongeveer het gemiddelde is van de prijzen in dat cluster, zoals geregistreerd in de Taxe op 1 januari 1991. De AWBZ vergoedt deze medicijnen tot de limiet. Voor duurdere medicijnen moet de consument bijbetalen. Medicijnen op bijlage 6 komen voor volledige vergoeding in aanmerking.

De werking van het GVS wordt versterkt door de stimulansregeling en het farmacotherapie-overleg. De stimulansregeling moet, net als het GVS, de vervanging van dure medicijnen door goedkope alternatieven bevorderen en zo prijsconcurrentie tussen de aanbieders stimuleren. Volgens de regeling mag de apotheker als hij een goedkope (meestal parallel geïmporteerd of generiek) middel verstrekt in plaats van een specialité één derde van het prijsverschil houden.

Ook het farmacotherapie-overleg tussen artsen en apothekers draagt bij aan substitutie. Voor apothekers is het zaak artsen ervan te overtuigen dat ze op stofnaam voorschrijven, zodat de apotheker een keuze kan maken voor een goedkoop medicijn.

Het GVS heeft, samen met de stimulansregeling en het farmacotherapie-overleg, een enorme impuls gegeven aan de prijsconcurrentie in de bedrijfstak. Ineens had het zin om goedkope alternatieven te verzinnen voor de dure specialités. En dat is dan ook op grote schaal gebeurd. Parallelimporteurs en fabrikanten van generieke medicijnen schoten als paddestoelen uit de grond. Het marktaandeel van generieke en parallel geïmporteerde geneesmiddelen is toegenomen van 11% in 1987 tot 25% in 1994<sup>1</sup>. Hierbij heeft de groothandel een belangrijke rol gespeeld. In feite heeft deze sector zich ontwikkeld tot een 'countervailing power' tegen de farmaceutische industrie. Daardoor heeft de groothandel een belangrijke bijdrage geleverd aan de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening.

De innoverende industrie heeft zich op verschillende manieren tegen de toenemende concurrentie proberen te verweren. Op internationaal niveau is daarbij vooral het wapen van de produktdifferentiatie gehanteerd. Door de specialités per land een verschillende farmaceutische vorm te geven, is parallel-

import bemoeilijkt. In Nederland is bovendien een aantal specifieke maatregelen genomen:

- prijsverlaging van specialités waarvoor alternatieven bestaan om te voorkomen dat het prijsverschil met die alternatieven te groot wordt en om te voorkomen dat de consument voor de specialités moet bijbetalen. Dat is namelijk erg slecht voor de omzet<sup>2</sup>;
- het buiten de groothandel om rechtstreeks verstrekken van kortingen en bonussen aan de apotheker;
- presenteren van nieuwe medicijnen als werkelijke vernieuwing, zodat ze op bijlage 6 komen, en niet op bijlage 5.

Aan de andere kant heeft de overheid de industrie ook de voet dwars gezet. In 1993 is bijlage 6 gesloten. Alleen middelen tegen ziekten waarvoor tot op dat moment nog geen medicijnen bestonden, komen nog in aanmerking voor plaatsing op bijlage 6. De industrie heeft daarop in veel gevallen gereageerd door de vernieuwing te relativiseren, om zo in ieder geval in aanmerking te komen voor opname in bijlage 5. Eind 1993 heeft de toenmalige staatssecretaris van volksgezondheid een verlaging van de vergoedingslimieten voor middelen op bijlage 5 met 15% in het vooruitzicht gesteld. De industrie heeft die dreiging weten af te wenden met het 'kolomaanbod': een vrijwillige prijsverlaging met 5%. Deze prijsverlaging had betrekking op alle AWBZ-geneesmiddelen.

## Beleidsvoornemens

Op de langere termijn streeft het kabinet naar een zorgstelsel waarin concurrentie zorgt voor doelmatigheid. Die concurrentie moet echter aan zodanige voorwaarden worden gebonden dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg niet in gevaar komen. Veel stappen in deze richting zijn al gezet, maar het einddoel is nog ver weg. Uiteindelijk moeten zorgaanbieders onderling concurreren om contracten met verzekeraars, en moeten verzekeraars onderling concurreren om verzekeren.

Voor de geneesmiddelensector is een marsroute naar meer concurrentie uitgestippeld door de interdepartementale werkgroep geneesmiddelenverdeling (IWG). In haar rapport somt deze werkgroep een hele reeks van maatregelen op die de toetreding van nieuwkomers op de distributiemarkt (groothandel en detailhandel) moeten vergemakkelijken. Het gaat daarbij niet alleen om de afschaffing van overheidsregelgeving, maar ook om het doorbreken van branche-afspraken met behulp van de Wet Economische Mededinging.

1. Bron: Brief van 22 april 1993 van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Tweede Kamer over kostenbeheersing geneesmiddelen, Tweede Kamer, 1992-1993, 22 393, nr 54, en Retail Wholesale Group Management Consultants, *Voorstudie naar de farmaceutische groothandel in de extramurale markt*, De Meern, 1994.  
2. Op 1 juli 1991 hadden circa 850 geneesmiddelen een prijs boven de limiet, eind 1992 waren dat er nog maar 140. Leijers en Weerstra, *Het GVS onder het mes*, Amsterdam, juli 1994, blz. 60.

De IWG waarschuwt echter dat deregulering volgens haar aanbevelingen alleen leidt tot prijsconcurrentie op het niveau van de patiënt en daarmee tot kostenbeheersing, als de vraagzijde belang heeft bij lage kosten. Indien aan deze essentiële voorwaarde niet is voldaan, kunnen kostenstijgingen het gevolg zijn.<sup>3</sup>

Naar het zich laat aanzien wordt een eerste stap in deze richting gezet per 1 januari 1996. Dan worden de medicijnen teruggeheveld van de AWBZ naar ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering. De budgettering van verzekeraars wordt aangescherpt. Mevrouw Borst wil de nacalculatie en verevening in drie jaar tijd afbouwen.

## De Wet Geneesmiddelenprijzen

De Wet Geneesmiddelenprijzen kan worden beschouwd als een trendbreuk in het Volksgezondheidsbeleid. Tot nog toe was het beleid steeds gericht op het creëren van een belang bij lage kosten aan de vraagzijde van de markt, om zo gebruik te maken van de concurrentie aan de aanbodzijde. Die visie spreekt ook uit de beleidsvoornemens voor de lange termijn. Met de Wet Geneesmiddelenprijzen wordt echter rechtstreeks ingegrepen in de prijsvorming. De wet biedt de minister de mogelijkheid maximumprijzen te stellen voor geneesmiddelen op het gemiddelde prijsniveau van diezelfde geneesmiddelen in België, Frankrijk, Groot-Brittannië en Duitsland.

De prijsvergelijking wordt niet per individueel geneesmiddel gemaakt, maar voor groepen geneesmiddelen van gelijke chemische samenstelling. Als het gaat om een specialité waarvan het octrooi nog niet is verlopen, vindt automatisch slechts vergelijking plaats van de prijs van dat specialité met de prijzen van datzelfde specialité in de referentielanden. Zodra het octrooi is verlopen worden ook de generieke middelen met dezelfde werkzame bestanddelen, van dezelfde of nagenoeg dezelfde sterkte en van dezelfde farmaceutische vorm, bij de vergelijking betrokken.

De groepen in de wet zijn omvatten dus alleen medicijnen van dezelfde chemische samenstelling. De groepen zijn dan ook veel kleiner dan de clusters van bijlage 5. De clusters van bijlage 5 omvatten immers alle medicijnen met een zelfde farmacotherapeutische werking, en dat kunnen ook medicijnen zijn met een verschillende chemische samenstelling.

Opmerkelijk is dat de Wet Geneesmiddelenprijzen niet betrekking heeft op de prijzen af-fabriek, maar op de apotheekinkoopprijzen, en daarmee op de consumentenprijzen. De minister schrijft in feite verticale prijsbinding voor. Daarmee loopt ze haar collega Wijers van Economische Zaken voor de voeten. Wijers stoot zich aan de vermeende verticale prijsbinding in de geneesmiddelenbranche en wil daar met behulp van de Wet Economische Mededinging juist een eind aan maken. Een verbod op de individuele verticale prijsbinding moet op 1 juni 1996 in werking treden.

De Wet Geneesmiddelenprijzen is aangekondigd als een klap op de prijzen. Die klap kan bij medicijnen waarvan het octrooi is verlopen veel harder aan-

komen dan de bedoeling is. Dit komt doordat bij de prijsvergelijking geen onderscheid wordt gemaakt tussen specialités en generica.

Een eenvoudig getallenvoorbeeld kan dit verduidelijken. Stel, er is een groep geneesmiddelen die in Nederland en in alle vier de referentielanden voor precies dezelfde prijs op de markt komen. Het gaat om een specialité van  $f$  100 en daarnaast twee generieke middelen die alletwee  $f$  70 kosten. Volgens de Wet Geneesmiddelenprijzen kan de minister in dat geval een maximumprijs stellen van  $f$  80. De fabrikant van de specialité wordt in dit voorbeeld ten verplicht zijn geneesmiddel in Nederland tegen een 20% lagere prijs te verkopen dan in de referentielanden<sup>4</sup>. En als er in de referentielanden nog twee generieke middelen tegen  $f$  70 op de markt worden gebracht, daalt de Nederlandse maximumprijs zelfs tot  $f$  76. De Nederlandse maximumprijzen zijn dus niet alleen afhankelijk van het prijsniveau in de omringende landen, maar ook van het aantal generieke middelen dat er is geregistreerd.

Een tweede klap wordt vervolgens uitgedeeld door het GVS. De clusters in bijlage 5 zijn ruimer dan de groepen in de Wet Geneesmiddelenprijzen. In de memorie van toelichting bij de wet kondigt de minister aan dat de vergoedingslimieten in het GVS na de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen zullen worden verlaagd door middel van herberekening. Een door de wet afgedwongen prijsverlaging van een bepaald middel heeft dus gevolgen voor de vergoedingslimiet, en daarmee voor de prijzen van middelen die door de wet zelf niet of in mindere mate getroffen zijn.

## Gevolgen voor de marktstructuur

Het is moeilijk te voorspellen hoe de ondernemers in de bedrijfskolom zullen reageren op het instellen van maximumprijzen. Wel kan een aantal mogelijke reacties worden geïnventariseerd. Zo ligt het voor de hand te veronderstellen dat specialités tegen de maximumprijs zullen worden verkocht, omdat met een prijs die daaronder ligt weinig te winnen valt. De producenten en officiële importeurs van specialités kunnen proberen het omzetverlies door de gedwongen prijsverlaging terug te winnen door extra inspanningen om het volume te doen toenemen. Deze inspanningen kunnen gericht zijn op een toename van het medicijngebruik en op het veroveren van marktaandeel op generieke middelen. Het eerste vergt grote uitgaven voor marketing, gericht op artsen, het tweede kan worden bereikt door extra kortingen en bonussen voor apothekers. Dit wordt gemakkelijker als de industrie rechtstreeks, dus buiten de groothandel om, aan de apotheek gaat leveren.

3. Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenverdeling, blz. 4.

4. Ook de Europese Commissie heeft bezwaar tegen het opnemen van generica in een prijsvergelijking, omdat daarmee de prijs van specialités op een lager niveau wordt vastgesteld dan in de referentielanden. Zie het antwoord van de heer Monti namens de Commissie op schriftelijke vraag E-2465/94 van Amadeo Amadeo, *Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen*, nr 145/5, 12 juni 1995.

Generieke middelen worden in mindere mate dan specialités direct getroffen door de prijzenwet, omdat ze lagere prijzen hebben. Toch heeft de wet ook voor deze middelen grote gevolgen. De ruimte voor generica op de markt wordt immers bepaald door het verschil tussen de prijs van de specialité en de kosten van produktie en distributie van het medicijn. De prijs van generica moet onder die voor specialités liggen, omdat specialités het voordeel van hun merknaam hebben. En de prijs moet boven de kosten liggen, omdat de produktie anders verliesgevend wordt.

Voor producenten van generica is het zaak de ruimte die er is, zo effectief mogelijk te benutten. Laten we nog even teruggaan naar het getallenvoorbeeld, waarin de prijs van het specialité omlaag gaat van  $f$  100 naar  $f$  80. De prijs van de generica ligt onder de maximumprijs en deze producenten zijn dus niet verplicht hun prijs te verlagen. Maar als ze inderdaad niet reageren, loopt de wettelijke stimulans voor de apotheker (één derde van het prijsverschil) terug van  $f$  10 tot  $f$  3,33. Om zijn marktpositie te handhaven zou de producent van generica zijn prijs moeten verlagen van  $f$  70 tot  $f$  50. Als de produktiekosten hem die ruimte al bieden, kost het hem  $f$  20 om de apotheker  $f$  6,67 extra stimulans te bieden.

De genericaproductent heeft echter nog een andere manier om zijn concurrentiepositie ten opzichte van de specialité te herstellen: hij kan de prijs van zijn middel verhogen tot  $f$  80. Dan krijgt de apotheek geen stimulans meer, maar kan de producent hem wel de  $f$  10 die hij misloopt in de vorm van kortingen uitbetalen. Maar dan nog is het de vraag of de nationale producenten van generica in staat zijn op te boksen tegen de inspanningen van de internationale innoverende industrie om marktaandeel te winnen. De prijzenwet zal er dus toe leiden dat een deel van het aanbod van generica van de markt verdwijnt, waardoor de marktpositie van specialités sterker wordt.

De Wet Geneesmiddelenprijzen heeft voor de volgesorteerde groothandels ingrijpende gevolgen. Ze zijn immers actief in de produktie van generica en in de parallelimport. Daardoor zitten ze als aanbieders in de hoek waar de hardste klappen vallen. Ze vallen terug in hun oude rol: die van passieve tussenhandelaar. En ook in die rol hebben ze last van de wet. Bij een gelijk blijvende procentuele marge heeft een prijsdaling immers tot gevolg dat de marge in guldens omlaag gaat, zonder dat de kosten van de distributie omlaag gaan. Dit effect wordt versterkt doordat de groothandel minder goed in staat is om een vuist te maken tegen de industrie als ze zelf niet meer in staat is die industrie te beconcurreren met parallelimport en generieke middelen.

De concentratie in de industrie leidt er dus toe dat de industrie verder kan bezuinigen op de groothandelsmarges door de groothandels tegen elkaar uit te spelen of door zelf, buiten de groothandel om, aan de apotheek te gaan leveren. Om te overleven zal de groothandel op zijn dienstverlening moeten bezuinigen. Medicijnen zullen minder frequent bij de apotheker worden afgeleverd. Snel lopende geneesmiddelen zullen daarbij waarschijnlijk worden ontzien,

maar de beschikbaarheid van minder goed lopende middelen zal onvermijdelijk afnemen.

De verzwakte positie maakt de groothandel ook kwetsbaar voor overname door buitenlandse ondernemingen, die op grotere schaal opereren. Op termijn kan het evenwicht tussen industrie en groothandel alleen worden hersteld door een verdere concentratie in de groothandel. Maar of die concentratie tot stand zal komen door samenwerking of door een koude sanering als gevolg van moordende onderlinge concurrentie, is op voorhand niet te voorspellen.

## Conclusie

De Wet Geneesmiddelenprijzen zal de nachtrust van de internationale innoverende farmaceutische industrie niet verstoren. De Nederlandse markt is immers goed voor slechts 1% van hun omzet. Wel zullen de internationale concerns meer druk gaan uitoefenen op hun Nederlandse dochters om de omzet te vergroten. Ze zullen artsen bestoken met marketinginspanningen die voluit gericht zijn op een toename van het medicijngebruik.

Anders ligt het voor de producenten van generica, die voornamelijk voor de nationale markt werken. Zij worden door de wet in het nauw gebracht. Ze zullen proberen stand te houden door scherper op de marge en minder op de prijs te concurreren, maar de marginale aanbieders zullen dat niet redden. Aan de aanbodkant van de geneesmiddelenmarkt zal dus concentratie optreden. De internationale concerns zullen de dominante positie die ze hadden vóór de invoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in belangrijke mate weten te herstellen.

De Wet Geneesmiddelenprijzen is aangekondigd als een tijdelijke wet. Het is een noodmechanisme om de prijzen van geneesmiddelen in de hand te houden. De wet tast echter de bestaande marktstructuur aan. De countervailing power van de groothandel verdwijnt, waardoor de internationale concerns worden verlost van hun nationale concurrenten. Voor de consument betekent dit dat de keuzemogelijkheden minder worden. Het noodmechanisme schakelt zo de natuurlijke rem op de prijzen uit. Onder de oppervlakte ontstaat een sterke opwaartse druk op de prijzen, waardoor de Wet Geneesmiddelenprijzen zichzelf definitief onmisbaar maakt.

**J.A. Kamps**