

Effectiviteit van inkoopbeleid geneesmiddelen

Sinds 2008 zijn de kosten van geneesmiddelen als gevolg van het preferentiebeleid met 0,6 miljard euro gedaald. De totale kosten zijn met slechts 0,3 miljard gedaald, als gevolg van stijgende kosten voor geneesmiddelen die buiten het preferentiebeleid van verzekeraars vallen en door volumestijgingen.

JOHAN VISSER
Senior consultant bij
adviesbureau *Strategies in Regulated Markets (SiRM)*

LIEKE BOONEN
Senior consultant bij
SiRM

PIET STAM
Partner bij SiRM en
research associate
aan de Vrije Universiteit

In de apothekersmarkt experimenteert men al sinds 2003 met verschillende inkoopvormen om grip te krijgen op de stijgende kosten. De apothekersmarkt kenmerkte zich, als gevolg van perverse prikkels in het systeem, door hoge eindprijzen voor geneesmiddelen. Omdat verzekerden medicijnen tot een bepaald maximum vergoed kregen, en er weinig tot nauwelijks concurrentie tussen apotheken was, werden de kortingen die apothekers van fabrikanten van geneesmiddelen ontvingen, niet doorgegeven aan de verzekerde in de vorm van lagere prijzen. De zogeheten margeconcurrentie die hierdoor ontstond, leidde tot hoge kortingen en bonussen op medicijnprijzen voor de apothekers (Boonen *et al.*, 2010).

Vanaf 2004 hebben verzekeraars, naast de mogelijkheid tot het sluiten van selectieve contracten, meer mogelijkheden gekregen om de geneesmiddelenprijzen te beïnvloeden. Terwijl zij eerder verplicht waren om alle geneesmiddelen uit het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) te vergoeden, hebben ze sinds 2004 de mogelijkheid om binnen een GVS-cluster van therapeutisch uitwisselbare middelen slechts één middel te vergoeden, mits het medisch verantwoord is (NZa, 2008).

Vanaf 2005 zijn verzekeraars gebruik gaan maken van deze mogelijkheid door de invoering van het gezamenlijk pre-

ferentiebeleid voor de middelen Omeprazol, Simvastatine en Pravastatine.

Vanaf 2008 hebben verzekeraars ook individueel preferentiebeleid ontwikkeld en ingevoerd. Daarnaast heeft de overheid in deze periode convenanten met de geneesmiddelenfabrikanten afgesloten, waarin vrijwillige prijsverlagingen zijn afgesproken (NZa, 2008). De geneesmiddelenprijzen van de top tien generieke producten zijn vanaf 2008 gedaald met 76 tot 93 procent (Pharmaceutisch weekblad, 2008). De gemiddelde prijs per dagelijks gedefinieerde doses (DDD) voor generieke producten is gedaald van 26 eurocent in 2004 naar 9 eurocent in 2011 (CVZ, 2011). Een belangrijke beleidsmatige vraag is in hoeverre het specifieke preferentiebeleid van verzekeraars van invloed is geweest op de substantiële prijsdalingen.

PREFERENTIEBELEID

Na ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel wordt dit op de markt gebracht in de hoedanigheid van een specialité. Er zijn op dat moment geen therapeutisch vergelijkbare middelen op de markt. Na het aflopen van het patent op een specialité komen er therapeutisch vergelijkbare generieke middelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Verzekeraars zijn dan niet meer verplicht om alle therapeutisch vergelijkbare geneesmiddelen te vergoeden. Binnen een cluster van therapeutisch vergelijkbare geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof moeten verzekeraars minimaal één middel volledig vergoeden aan de verzekerde. Daarnaast geldt dat indien er sprake is van medische noodzaak, ook een ander middel vergoed kan worden.

Verzekeraars zijn dus na het aflopen van het patent in de gelegenheid om preferentiebeleid te voeren. De verzekeraar kan daarbij per cluster kiezen voor het beperken van de aanspraak, het beperken van de vergoeding of geen beperking opleggen. Hoewel er verschillen bestaan in het inkoopbeleid tussen de zorgverzekeraars, zijn er grofweg twee soorten beperkingen die verzekeraars opleggen. Ten eerste is er het

preferentiebeleid waarbij de verzekeraar beperkingen in de aanspraak oplegt: de verzekerde krijgt alleen een vergoeding voor een specifiek middel dat door de verzekeraar is aangewezen. Ten tweede is er de prijsgarantie waarbij de verzekeraar een beperking oplegt in de hoogte van de vergoeding, maar geen beperkingen stelt aan de specifieke middelen die vergoed worden. De verzekeraar bepaalt hierbij een maximale vergoedingslimiet binnen een cluster van geneesmiddelen en gaat uit van de laagste of een gemiddelde prijs per cluster. De meeste verzekeraars hanteren zowel het strikte preferentiebeleid als de prijsgarantie.

EFFECTEN VAN HET PREFERENTIEBELEID

Op basis van gegevens over de geneesmiddelenprijzen van preferente en niet-preferente clusters van geneesmiddelen tussen 2004 en 2011, afkomstig van het GIP/College voor zorgverzekeringen, is de impact van het preferentiebeleid in kaart gebracht. Een geneesmiddel valt binnen een preferent cluster als ten minste één verzekeraar preferentiebeleid heeft gevoerd ten aanzien van het geneesmiddel. Om inzicht te krijgen in het effect van het preferentiebeleid is de omzetontwikkeling over de periode 2004–2011 uitgedrukt in vier afzonderlijke effecten, namelijk het volume-effect, het substitutie-effect, het prijseffect generiek en het prijseffect specialité.

Het volume-effect ontstaat door een wijziging van de hoeveelheid medicijnen die wordt afgenomen. Een toename van het volume leidt tot een toename van de omzet. De veranderingen in het volume worden niet beïnvloed door het preferentiebeleid.

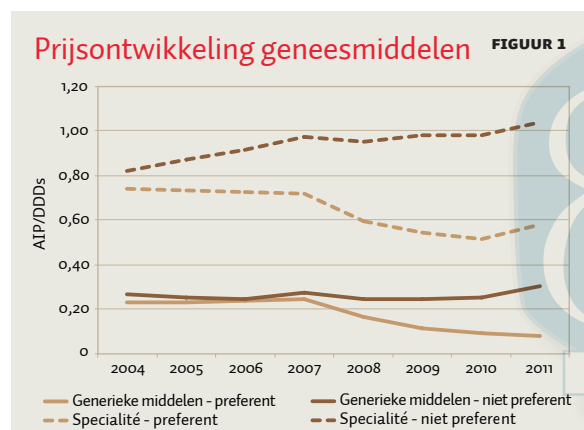
Het substitutie-effect is het effect van substitutie tussen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, maar met een verschillende prijs. Dit substitutie-effect treedt op indien verzekerden overstappen van een duurder naar een goedkoper geneesmiddel. In dat geval daalt de omzet van de geneesmiddelen. Het substitutie-effect is ten dele toe te schrijven aan het preferentiebeleid. De substitutie vindt ten eerste plaats vanwege het op de markt komen van de generieke middelen. Het kost enige doorlooptijd (gemiddeld zes maanden), om een middel, na afloop van het patent, in het preferentiebeleid op te nemen. In de periode na afloop van het patent, en voor het ingaan van het preferentiebeleid, vindt er margeconcurrentie plaats waarbij fabrikanten kortingen bieden aan apotheken om hun middelen af te leveren aan de verzekerde. Al vóór in-

voering van het preferentiebeleid vindt er dus een zekere mate van substitutie plaats, doordat apothekers financieel geprikkeld worden om de generieke middelen af te nemen. Door opname in het preferentiebeleid van de verzekeraars wordt dit effect versneld en versterkt.

Het prijseffect ontstaat door wijzigingen in de prijzen die voor de geneesmiddelen in rekening worden gebracht. Een daling van de prijzen leidt, bij gelijkblijvende volumes, tot een daling van de omzet. Om de effecten van het preferentiebeleid in kaart te brengen, wordt een splitsing gemaakt in een prijseffect voor generieke geneesmiddelen en een prijseffect voor specialité-geneesmiddelen. Het prijseffect bij specialité-geneesmiddelen is slechts ten dele toe te schrijven aan het preferentiebeleid van de verzekeraars. Door regulering van de overheid is de prijs die fabrikanten in rekening mogen brengen voor geneesmiddelen met een bepaalde werkzame stof gemaximeerd. Dit maximum wordt vastgesteld door de gemiddelde prijzen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof in ons omliggende landen. Doordat de prijzen van de generieke middelen dalen, daalt dit door de overheid vastgestelde maximum ook. Hierdoor worden fabrikanten van specialités gedwongen om hun prijzen te verlagen. Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat de prijsdaling van de generieke middelen, die zorgen voor de daling in de vastgestelde maximumprijs, het gevolg is van het gevoerde preferentiebeleid. Hoewel de prijsdaling dus niet volledig toe te schrijven is aan het gevoerde preferentiebeleid, heeft dat beleid wel een positieve impact op de prijzen van specialités. Het prijseffect bij generieke middelen valt direct en volledig toe te schrijven aan het preferentiebeleid. Verzekeraars versterken door het gevoerde preferentiebeleid de concurrentie op de markt voor generieke geneesmiddelen waardoor de prijs van deze generieke middelen daalt. In kader 1 staat toegelicht hoe de verschillende effecten bepaald zijn (NZa, 2013).

RESULTATEN

Figuur 1 laat de ontwikkeling van de apothekersinkooprijzen zien per dagelijks gediagnosticeerde dosis (AIP/DDD). Hieruit blijkt dat de prijzen van preferente generieke geneesmiddelen sinds 2008 fors zijn gedaald, evenals de prijzen van specialité-geneesmiddelen in deze clusters. Tegenover deze prijsontwikkelingen bij preferente geneesmiddelen staat een stijging van de prijzen van niet-preferente specialités, terwijl de prijzen van niet-preferente generieke middelen nagenoeg



Uitsplitsing omzetontwikkeling in vier effecten

KADER 1

1. Volume-effect: de kostenstijging die het gevolg is van een stijging van de consumptie van geneesmiddelen, gewaardeerd tegen de geldende prijs van het specialité-geneesmiddel.
2. Substitutie-effect: het verschil in prijs tussen generieke geneesmiddelen en specialité-geneesmiddelen, gewaardeerd tegen de volumestijging van generieke middelen.
3. Prijseffect specialité: de daling van de prijzen van specialités, gewaardeerd tegen het volume van de specialités.
4. Prijseffect generiek: de daling van de prijzen van generieke middelen, gewaardeerd tegen het volume van de generieke middelen.

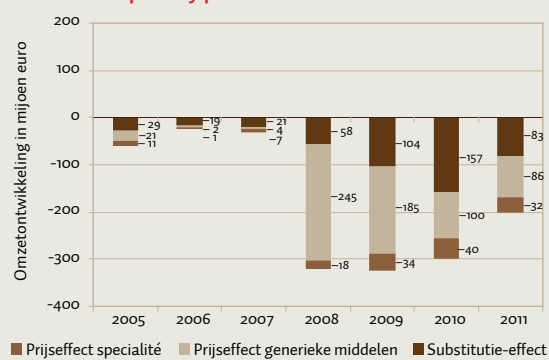
De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

gelijk zijn gebleven. Hoewel het gezamenlijke preferentiebeleid al in 2005 is ingevoerd, is er weinig effect zichtbaar tussen 2005 en 2008. Tot 2007 lagen alle prijzen binnen een breedte van vijf procent, waardoor geen middel als preferent werd aangewezen. Onder het gezamenlijke preferentiebeleid werden namelijk alle middelen die maximaal vijf procent afwaken van de laagste prijs vergoed. Pas eind 2007 heeft een fabrikant een prijs opgenomen in de taxatie die meer dan vijf procent afweek van de laagste prijs. Vanaf dat moment zijn forse prijsverlagingen doorgevoerd bij de preferente middelen (Boonen *et al.*, 2010).

In figuur 2 worden de drie verschillende effecten onderscheiden die (gedeeltelijk) aan het preferentiebeleid kunnen worden toegeschreven en die samen met de volumeontwikkeling de omzetontwikkeling verklaren. Uit de figuur blijkt dat de kosten in 2008 vooral dalen als gevolg van een prijsdaling bij de generieke geneesmiddelen. In de jaren daarna zwakt dit effect af en neemt het prijseffect van de specialité-geneesmiddelen in belang toe. In 2010 is de prijsdaling van de specialités zelfs de belangrijkste oorzaak van de daling in de totale kosten van geneesmiddelen. Naast de prijsdaling van de generieke en specialité-geneesmiddelen heeft in de loop der jaren ook de substitutie van specialités naar generieke middelen een steeds groter neerwaarts effect op de totale kosten van geneesmiddelen. In 2008 is het prijseffect van de generieke middelen het grootst van alle jaren. De oorzaak hiervan is dat veel van de middelen waarover in 2008 preferentiebeleid gevoerd werd, al eerder uit patent zijn gegaan, zodat een deel van de substitutie naar het generieke middel al heeft plaatsgevonden voor 2008. Apothekers hebben ook zonder preferentiebeleid een financiële prikkel om generieke middelen af te leveren. Zonder preferentiebeleid is er echter geen prikkel om dit financiële voordeel door te berekenen aan de verzekerde of de verzekeraar. Met de invoering van het preferentiebeleid stimuleren verzekeraars de aflevering van generieke middelen en dwingen ze een prijsdaling af die direct doorberekend wordt aan de verzekerde en de verzekeraar. Dit leidt tot forse prijsdalingen (van wel negentig procent) van generieke middelen sinds

Omzetontwikkeling preferente clusters per type effect

FIGUUR 2



de invoering van het preferentiebeleid. Na 2008 is het aantal clusters toegenomen waarover verzekeraars preferentiebeleid voeren. Dit betreft zowel clusters die toegevoegd worden omdat het patent op het specialité eindigt als geneesmiddelen waarop het patent al eerder is afgelopen.

De resultaten uit figuur 2 laten zien dat er forse besparingen zijn behaald op de apothekersmarkt voor preferente clusters van geneesmiddelen. Het totale prijseffect bij generieke middelen in de periode 2008–2011 is 0,6 miljard euro. Het prijseffect bij specialité-geneesmiddelen is in die periode 0,4 miljard euro en het substitutie-effect is 0,1 miljard. Door prijsdaling en substitutie van geneesmiddelen zijn de kosten voor geneesmiddelen derhalve afgenomen met 1,1 miljard euro. Daarvan is minimaal 0,6 miljard direct toe te schrijven aan het door verzekeraars gevoerde preferentiebeleid. Tegelijkertijd heeft een volumestijging geleid tot een stijging van de kosten met 0,2 miljard euro. De totale kosten voor de preferente clusters zijn daarmee gedaald met 0,9 miljard.

Hier staat tegenover dat de totale kosten voor geneesmiddelen waarvoor geen van de verzekeraars preferentiebeleid voerde, gestegen zijn met 0,6 miljard euro. Hiermee wordt een deel van de behaalde besparing op de preferente clusters dus teniet gedaan. De totale kosten voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen zijn daarmee met 0,3 miljard euro gedaald.

CONCLUSIE

Het ingevoerde preferentiebeleid blijkt een substantiële impact te hebben gehad op de geneesmiddelenkosten. Ondanks volumestijgingen zijn de totale kosten binnen deze sector in de afgelopen jaren gedaald. Naast het strikte preferentiebeleid ontwikkelen verzekeraars ook andere vormen van inkoopbeleid waarbinnen gewerkt wordt met minimum- of gemiddelde prijzen per cluster.

Eventuele mogelijke nadelige effecten van het preferentiebeleid op de beschikbaarheid van middelen en de toegankelijkheid voor verzekerden zijn in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Verzekeraars blijken in staat te zijn om hun rol als actieve zorginkoper op te pakken. De apothekersmarkt kan hierbij als voorbeeld dienen voor andere markten waar verzekeraars steeds meer als actieve zorginkoper invloed uitoefenen op de kosten van de zorg voor hun verzekerden.

LITERATUUR

Boonen, L.H.H.M., F.T. Schut en X. Koolman (2008) Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. *Health Economics*, 17(3), 299–316.

Boonen, L.H.H.M., S.A. van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser (2010) Pharmaceutical policy in the Netherlands: from price regulation to managed competition. In: Dor, E. (red.) *Pharmaceutical markets and insurance worldwide. Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 22. Bingley, VK: Emerald, 53–76.

CVZ (2011) *GIPeilingen 2011. Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

IVM (2012) *Rapport geneesmiddelentekorten*. Utrecht: Instituut Verantwoord Medicijngebruik.

NZa (2008) *Monitor werking van de farmaciemarkt – Analyse van de ontwikkelingen op de farmaciemarkt*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2013) *Marktscan en beleidsbrief. Extramuraal farmaceutische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Pharmaceutisch weekblad (2008) *Prijzenslag generieke geneesmiddelen*. Publicatie op www.sfk.nl, 143(22).