



Naar een 'nieuw' geneesmiddelenbeleid

Auteur(s):

Laat, E.A.A. de
Smallenbroek, J.M.C.
Wijnke, C.G.A.

De eerste auteur is werkzaam bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De tweede en derde auteur werken bij het ministerie van Financiën. ea.d.laat@minvws.nl

Verschenen in:

ESB, 89e jaargang, nr. 4424, pagina 35, 23 januari 2004

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Zorgverzekeraars hebben geen invloed op het voorschrijven van geneesmiddelen. Het kabinet kiest daarom voor regulering die al bijna was afgedankt.

De kortingen die apothekers krijgen op geneesmiddelen zijn het afgelopen jaar weer uitvoerig in het nieuws geweest. Binnenkort krijgen verzekeraars invloed op de inkoop van geneesmiddelen door apotheken. Dit moet leiden tot lagere prijzen voor patentloze geneesmiddelen en daarmee tot lagere kortingen.

Zorgverzekeraars hebben echter nog nauwelijks invloed op het voorschrijven van geneesmiddelen. Door het ontbreken van die invloed zullen de goedkope, patentloze middelen straks te weinig worden voorgeschreven. Oudere middelen worden namelijk veel ingeruild voor nieuwe, dure middelen die voor veel patiënten niet beter zijn. Het profijt dat de premiebetaler krijgt van lagere apotheekprijzen zal hierdoor beperkt zijn.

Dit artikel laat zien dat de kortingen en de verschuiving naar dure middelen worden veroorzaakt door de kenmerken van de markt. De geneesmiddelenmarkt is een kruising tussen een innovatieve productmarkt en een zorgmarkt, waar artsen grote invloed op de vraag uitoefenen. Door patentbescherming en de wijze waarop de arts voorschrijft, wordt de relevante deelmarkt gesegmenteerd. Deze bijzondere combinatie is in het verleden volgens ons onvoldoende onderkend.

De vraag is hoe we ervoor zorgen dat de lagere prijzen worden meegenomen in het voorschrijfgedrag. In dit artikel proberen we aan te tonen dat het geneesmiddelenvergoedingssysteem geschikt is om de negatieve effecten van het voorschrijfgedrag te voorkomen. Dit is opmerkelijk omdat eigenlijk was besloten dit instrument af te schaffen.

Geneesmiddelenmarkten: drie fasen

Wat maakt de geneesmiddelensector zo bijzonder? In tegenstelling tot de rest van de zorg, gaat het hier om een productmarkt. Innovatie, patentbescherming en bijbehorende marktmacht spelen een zeer grote rol. Een belangrijk verschil met de overige zorg is dat artsen hierdoor een informatieachterstand hebben: voor informatie over nieuwe geneesmiddelen zijn artsen deels afhankelijk van de farmaceutische industrie.

Dé geneesmiddelenmarkt bestaat niet. De ziektediagnose van de arts bepaalt de groep geneesmiddelen die de patiënt kan gebruiken. Dit is de relevante deelmarkt. Met het voorschrijven van een recept maakt de arts een keuze uit die groep. Door het proces van innovatie en imitatie ontstaan drie fasen waarin een deelmarkt zich kan bevinden. De marktform en de regulering worden complexer met het doorlopen van de fasen.

Fase 1: monopolie

De eerste fase start na een doorbraakinnovatie: een nieuw middel zonder reële substituten. Voor patiënten in die deelmarkt zijn er dus geen alternatieven en de marktform is monopolistisch. De gevolgen van de marktmacht van farmaceuten op monopolistische deelmarkten worden beperkt door de Wet geneesmiddelenprijzen (wgp). Deze maximeert de prijzen van de geneesmiddelen op basis van de gemiddelde prijzen van dezelfde geneesmiddelen in de ons omringende landen. Dit mechanisme functioneert naar behoren.

Fase 2: oligopolie

Na een doorbraakinnovatie volgt doorgaans een reeks kleinere innovaties: nieuwe stoffen in dezelfde groep of nieuwe toedieningsvormen, elk met een eigen patent. De doorbraakinnovatie en deze kleinere innovaties zijn imperfecte substituten en vormen samen een oligopolistische deelmarkt. Behalve de wgp is hier het reeds bestaande geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs) relevant. Het gvs clustert onderling substitueerbare middelen en stelt per cluster dezelfde vergoedingslimiet vast. Patiënten kunnen van hun verzekeraar geen hogere vergoeding krijgen dan de gvs-limiet. Als de prijs hoger ligt, moet de patiënt bijbetalen.

Fase 3: oligopolie en volkomen concurrentie

De derde fase is voor de analyse in dit artikel de belangrijkste en start met het aflopen van het patent van de doorbraakinnovatie. Producenten van merkloze ('generieke') geneesmiddelen treden toe met vrijwel perfecte substituten. Dit zou een markt van volkomen concurrentie zijn, met zeer beperkte (over)winst voor de aanbieders. In de praktijk zijn er echter vrijwel altijd substituten voor de patentloze middelen waar wél nog een patent op rust. De relevante markt voor deze producten bestaat dus uit een mix van middelen met en zonder patent, waardoor de marktform ook een mix is van oligopolie en volkomen concurrentie. De delen worden gescheiden door de voorschrijfbeslissing van de arts, die de stof en toedieningsvorm bepaalt. Als de arts een patentloos middel voorschrijft, kan de apotheker vervolgens de aanbieder kiezen waarmee hij in zee gaat. Dit heeft grote gevolgen voor de prikkels voor de aanbieders.

Knelpunten

Uiteindelijk komt elke deelmarkt in fase drie: na de afloop van het patent. In deze fase zou de samenleving moeten gaan profiteren van de innovatie door de lagere prijs en een bijbehorend hoger afzetvolume van de patentloze middelen¹. In de praktijk blijven echter zowel de lagere prijs als het hogere volume uit.

Hoge prijs

De oorzaak van de onveranderd hoge prijzen na patentafloop is dat de apotheker niet kostenbewust is in zijn keuze welk patentloos product hij aflevert. Integendeel, hij heeft een prikkel om het voor de patiënt en zorgverzekeraar duurste middel af te leveren (bij gelijke inkooprijzen), omdat dit hem de hoogste korting oplevert. De oplossing voor dit probleem is simpel en onveranderd ten opzichte van eerdere kabinetsplannen: de zorgverzekeraars krijgen zoveel invloed op de geneesmiddeleninkoop dat de beslissingsbevoegdheid de facto verschuift van apotheek naar zorgverzekeraar. Een belangrijke stap om dit te verwezenlijken is onlangs gezet: verzekeraars hebben nu de mogelijkheid om binnen elke groep geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof de aanspraak van verzekerden te beperken tot een of meer specifieke producenten.

Laag volume

Afloop van een patent blijkt meestal niet gepaard te gaan met een stijging van het volume. Het volumeaandeel na patentafloop daalt juist. Het voorschrijfgedrag van artsen verschuift dan naar nieuwe patentmiddelen die voor de meeste patiënten nauwelijks toegevoegde waarde hebben.

De prikkels van fabrikanten verklaren deze onnodige verschuiving naar dure nieuwe middelen: de marges voor leveranciers op patentloze middelen zijn immers relatief laag vanwege de prijsconcurrentie om de gunst van de apothekers. Voor de substituten waar nog wel patent op rust, geldt dit niet. Vandaar dat leveranciers het voorschrijfgedrag van de arts beïnvloeden in de richting van substituten met patent. Door de asymmetrische informatieverdeling tussen arts en farmaceut over nieuwe geneesmiddelen hebben ze daar ook mogelijkheden toe: de arts is voor informatie deels afhankelijk van de farmaceut. Uit onderzoek blijkt dat de beïnvloedingspogingen van de farmaceuten effectief zijn. Farmaceutische marketing leidt tot een lagere kostengevoeligheid van de arts en een hogere afzet voor de farmaceut². De producenten verstrekken deze 'informatie' dan ook graag: innoverende farmaceutische bedrijven geven 24 procent van hun omzet uit aan marketing³.

Oplossing

Hoe zorgen we ervoor dat een potentieel lage prijs na patentafloop toch de geneesmiddelkeuze van de arts beïnvloedt? Er zijn drie opties: aansturing van de artsen als voorschrijvers door de verzekeraars, aansturing van voorschrijvers door de overheid en aansturing van artsen door de patiënt. In het licht van de oplossing voor de hoge prijzen voor patentloze middelen lijkt sturing door verzekeraars een logische optie. Deze hebben echter al mogelijkheden om het voorschrijfgedrag te beïnvloeden, door bijvoorbeeld zuinig voorschrijfgedrag te belonen, maar daarvan wordt vooralsnog geen gebruik gemaakt. Dit heeft vermoedelijk te maken met weerstand bij de artsen: artsen wijzen directe sturingspogingen af als inmenging in voorschrijfvrijheid. Het lukt verzekeraars nog niet om afspraken te maken. Illustratief is dat het Zuidlimburgse Nightcare-project, een experiment met beïnvloeding van voorschrijfgedrag, nog nergens navolging heeft gekregen⁴.

Verdergaande oplossingen op dit vlak die vaak worden bepleit zijn voorlopig dan ook toekomstmuziek. Het is bijvoorbeeld mogelijk zorgverzekeraars te laten kiezen welke van een groep alternatieve patentmiddelen zij vergoeden, waardoor zij producenten tegen elkaar uit kunnen spelen. Door de genoemde weerstand van artsen en de tijd die de overheid nodig heeft om dergelijke verzekeraarsturing mogelijk te maken, is dit voorlopig niet mogelijk. Daarnaast bestaat nog onvoldoende duidelijkheid over mogelijke nadelen. De overstapkosten kunnen bijvoorbeeld toenemen doordat verzekeraars niet meer alle imperfecte substituten vergoeden, en daardoor pakketdifferentiatie optreedt. Voor de verzekerde zal het moeilijk zijn om te doorgronden of alle geneesmiddelen die hij vergoed krijgt inderdaad de middelen zijn die hij wellicht in de toekomst nodig zal hebben. Een risicomijdende verzekerde zal dan al snel bij dezelfde verzekeraar blijven. Gezien het feit dat verzekerdemobiliteit cruciaal is om het nieuwe zorgverzekeringsstelsel goed te laten werken, moet hiermee voorzichtig worden omgegaan.

Geen directe prikkels

Het direct prikkelen van de arts lijkt ook niet goed te werken. In het buitenland (onder andere Engeland en Duitsland) is hiermee ervaring opgedaan, door middel van bijvoorbeeld budgetteren en maatstafvergelijking. Die ervaringen zijn weinig hoopgevend. Ontwijkgedrag blijkt onder meer een groot probleem: artsen verwijzen dure patiënten door.⁵ De effectiviteit is daarom twijfelachtig. De kans op fouten bij invoering is bovendien groot, omdat er in Nederland nog helemaal geen ervaring bestaat met dergelijke systemen.

Het bestaande gvs lijkt via de vergoeding voor de patiënt op het eerste gezicht aan te sluiten bij het doel om de arts een zuivere afweging tussen substitueerbare producten te maken: alle substituten (met en zonder patent) zitten in een cluster en al deze gelijke geneesmiddelenmonniken krijgen dezelfde vergoedingskap. Dit zou doelmatig voorschrijfgedrag moeten stimuleren. Toch werkt dit systeem nu niet goed. Het voornaamste probleem is dat het gvs statisch is: het reageert niet op marktontwikkelingen. Zodra het patent op het eerste middel in een cluster verloopt, dalen de noodzakelijke kosten. De vergoedingslimiet daalt echter niet en de werkelijke kosten daarmee ook niet. De problemen ontstaan zodra de patenten op de middelen zijn verlopen. De noodzakelijke kosten dalen, maar de vergoedingslimiet niet en de werkelijke kosten dus ook niet.

Hiermee dient zich onmiddellijk de oplossing aan. Zodra het patent op het oudste middel in een gvs-cluster verloopt, moet de vergoedingslimiet van dat cluster omlaag. Als de arts een geneesmiddel voorschrijft waarvoor een goedkoper alternatief bestaat, moet de patiënt een deel zelf betalen. De verschuiving in het voorschrijfgedrag naar dure middelen wordt aangepakt door de arts indirect te confronteren met de financiële consequenties van zijn beslissing door middel van bijbetalingen voor de patiënt. Asymmetrische informatie tussen arts en patiënt zou echter roet in het eten kunnen gooien: indien de patiënt geen inzicht kan krijgen in mogelijke alternatieven, hoeft de arts zich weinig aan te trekken van de gevolgen voor de patiënt. Wil deze maatregel toch werken, dan dient de arts uit zichzelf rekening te houden met de kostenconsequenties voor de patiënt, of de patiënt moet de arts kunnen corrigeren. Er zijn directe en indirecte aanwijzingen dat hieraan wordt voldaan. Uit een eerdere eenmalige aanpassing van het gvs bleek dat artsen rekening hielden met de gevolgen voor de patiënt⁶. Uit nationale en internationale ervaring blijkt verder dat farmaceuten meestal hun prijzen aanpassen aan de lagere limieten⁷. Dit laatste zouden ze niet doen als de vraag prijsinelastisch was.

Ook dynamisch efficiënt

Welke gevolgen heeft dit voor de dynamische efficiëntie: ontmoedigt het aanpassen van het gvs innovatie? Nee, Nederland vertegenwoordigt minder dan één procent van de wereldmarkt. Nederlands beleid heeft daarom per definitie een zeer beperkte invloed. Bovendien blijven de belangrijke elementen van beloning voor innovatie intact: er verandert niets aan de patentbescherming, de systematiek van toelating tot de markt en het verzekerde pakket en aan de prijzen van patentmiddelen wordt ook niet gesleuteld. Het enige dat gebeurt is dat voor sommige producten (de laatkomers in een productgroep) de periode met een hoge vergoedingslimiet wordt ingekort.

Daarnaast veroorzaakt die laatste wijziging geen daling maar een verschuiving van de innovatieprikkels. Het wordt aantrekkelijker om grote innovaties te ontwikkelen, dat wil zeggen het eerste middel in een nieuwe productgroep te ontdekken, omdat de kleine innovaties binnen een productgroep minder aantrekkelijk worden, vooral als die laat komen. Kortom, de invloed van de voorgestelde gvs-wijziging op innovatie zal klein zijn en zou zelfs positief kunnen uitvallen doordat grote ontdekkingen beter worden beloond.

Blik vooruit: naar een nieuw beleid?

De voornaamste problemen op de Nederlandse geneesmiddelenmarkt kunnen worden opgelost door verzekeraarsturing bij patentloze middelen en een aanpassing van het in ere herstelde gvs om de onnodige verschuiving naar dure middelen tegen te gaan. Voorlopig kunnen verzekeraars aan de slag om te bewijzen dat ze patentloze middelen scherp kunnen inkopen, wat nog de nodige inspanningen zal vergen gezien de weerstand van de apothekers. Door de vergoedingen van gvs-clusters aan te passen zodra patenten aflopen, sluit het gvs beter aan bij de marktdynamiek en worden prikkels om onnodig duur voor te schrijven beperkt.

Is sturing van het voorschrijfgedrag door zorgverzekeraars hiermee van de baan? Nee, in theorie heeft die optie voordelen boven de aanpak via het gvs: met het gvs is maatwerk per verzekerde en per arts niet mogelijk, terwijl sturende verzekeraars meer rekening kunnen houden met preferenties van beiden⁸. Er is echter nog te veel onduidelijkheid over eventuele negatieve gevolgen, zoals een mogelijke afname van de verzekerdenmobiliteit. Waarschijnlijk is daarvan na invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet een betere inschatting te geven, als duidelijk is hoe de nieuwe verzekeringsmarkt werkt.

Eric de Laat, Meindert Smallenbroek en Charles Wijnker

1 Een gemiddelde prijsdaling van vijftig procent na patentafloop is mogelijk (*Zorg voor concurrentie*, CPB document, nr. 28, CPB, Den Haag, 2003). Eén Nederlandse aanbieder van simvastatine (een cholesterolverlager waarvan het patent afliep) voerde een prijsverlaging door. Deze bedroeg 75 procent.

2 E. de Laat, F. Windmeijer en R. Douven, *How does pharmaceutical marketing influence doctors' prescribing behaviour?*, CPB, Den Haag, 2002.

3 S. Jacobzone, *Pharmaceutical policies in OECD countries*, *Labour market and social policy - occasional papers*, nr. 40, OESO, Parijs, 2000.

4 College voor Zorgverzekeringen, *Regierol zorgverzekeraars in het farmaciedossier 2003*, Amstelveen, 2003.

5 Zie voor een diepgaande analyse van (het falen van) dergelijke systemen: S. Ess, S. Schneeweiss en T. Szucs, *European healthcare policies for controlling drug expenditure*, *Pharmacoeconomics*, jrg. 21, nr. 2, 2003, blz. 89-103.

6 College voor Zorgverzekeringen, *Twee markten verkend*, Amstelveen, 2002.

7 P. Danzon en J. Ketcham, *Reference pricing of pharmaceuticals for medicare: evidence from Germany, The Netherlands and New Zealand*, *NBER working paper*, nr. 10007, 2003.

8 Voor nadere uitwerking, zie Danzon en Ketcham (noot 7).

Copyright © 2004 Economisch Statistische Berichten (www.economie.nl)