



Marketing van innovatieve geneesmiddelen de voor- en nadelen

Elbert Dijkgraaf
Stéphanie van der Geest
Marco Varkevisser

Eindrapport 13 september 2006

Dit onderzoek is door SEOR-ECRi uitgevoerd in opdracht van AmCham

Erasmus Competition and Regulation institute (ECRi)
Erasmus Universiteit Rotterdam
Kamer H7-25
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
Tel.: 010 – 408 2220
Fax: 010 – 408 9650
E-mail: dijkgraaf@few.eur.nl
Internet: www.ecri.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	2
2. Huidige toezicht op geneesmiddelenmarketing.....	4
3. Rol en effecten van marketing in het algemeen	6
3.1 Informatieve marketing.....	7
3.2 Manipulerende marketing	9
3.3 Welvaartseffect van marketing	10
4 De rol en effecten van geneesmiddelenmarketing.....	11
4.1 Geneesmiddelen als bijzonder ervaringsgoed.....	11
4.2 Empirische literatuur over de rol van geneesmiddelenmarketing.....	14
4.3 ‘Tegenkrachten’ in het Nederlandse zorgstelsel	17
5.Samenvatting en conclusie	20

1. Inleiding

Farmaceutische bedrijven gebruiken net als andere commerciële bedrijven marketing om hun producten aan de man te brengen. Een hoge omzet is vereist om de doorgaans forse ontwikkelingskosten van het product terug te verdienen en om te kunnen investeren in nieuwe producten. Hoewel de marketing van innovatieve geneesmiddelen op zichzelf een legitiem onderdeel van de bedrijfsstrategie is, zijn de marketinginspanningen van farmaceutische bedrijven wereldwijd al geruime tijd onderwerp van discussie. Zo is er in veel landen een groeiende aandacht voor de relatie tussen zorgverleners en de farmaceutische industrie en de rol van marketing in het voorschrijven, afleveren en gebruiken van geneesmiddelen.

In Nederland is de invloed van de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag van artsen en het aflevergedrag van apothekers ook onderwerp van politiek debat.¹ Volgens sommigen is de invloed van marketing op dit moment te groot en zijn er risico's dat geneesmiddelenmarketing tot *ondoelmatig voorschrijfgedrag* leidt wat weer een toename van de kosten van gezondheidszorg en hogere ziektekostenpremies tot gevolg heeft. Ook is niet iedereen ervan overtuigd dat farmaceutische bedrijven altijd volledige en juiste informatie verstrekken. *Verkeerde voorschrijfbeslissingen* die hiervan het gevolg kunnen zijn worden onacceptabel gevonden, omdat het om de gezondheid van mensen gaat. Een andere veelgehoorde klacht in de discussie over geneesmiddelenmarketing is dat farmaceutische bedrijven meer uitgeven aan marketing dan aan *onderzoek naar innovatieve geneesmiddelen*, met teruglopende innovatie als gevolg. Op de eerste twee effecten (ondoelmatigheid en verkeerde voorschrijfbeslissingen) wordt in dit rapport ingegaan. De laatste klacht valt echter buiten het kader van dit onderzoek.²

Het Tweede-Kamerlid Kant heeft met een initiatiefnota de minister van VWS opgeroepen om de geneesmiddelenmarketing aan banden te leggen en het toezicht op reclame aan te scherpen:³ “De grote bedrijven zijn weinig innovatief in het bedenken van nieuwe medicijnen, maar spannen zich vooral in voor het bedenken van marketingstrategieën en manieren om monopolie te verwerven.” In een reactie op deze initiatiefnota geeft de minister aan de geuite zorgen over de nadelen van

¹ Andere onderwerpen van discussie zijn bijvoorbeeld de invloed van de industrie op het onderzoek naar geneesmiddelen bij het ontwikkelen van richtlijnen. Deze onderwerpen vallen buiten de reikwijdte van het onderzoek. Dit onderzoek richt zich specifiek op de zogeheten ‘direct-to-physician’ marketing.

² Los van het feit dat een dergelijke verhouding op zich niets zegt, laat onderzoek juist zien dat de uitgaven aan onderzoek zowel in Nederland, de EU als in de VS fors toenemen, terwijl vergelijking van het niveau van innovatie in de tijd lastig is omdat de kwaliteitsdimensie onvergelykbaar is. Het simpelweg vergelijken van jaarlijkse aanmeldingen van nieuwe medicijnen voldoet evenmin door de historisch gezien altijd voorkomende grote volatiliteit. Zie Grabowski, H.G. en Y.R. Wang (2006), The quantity and quality of worldwide new drug introductions: 1982-2003, Health Affairs, 25(2): 452-460, OECD (2005), Research and Development Expenditure in Industry, Parijs en Charles Rivers Associates (2004), Innovation in the pharmaceutical sector, Londen/Brussel.

³ Tweede kamer (2006), Vijfentwintig medicijnen tegen te grote macht van de farmaceutische industrie: initiatiefnota van het lid Kant, 30482 nr. 2, blz. 6.

marketing te delen, maar tegelijkertijd er ook van overtuigd te zijn dat “de commerciële setting in beginsel goed is voor de ontwikkeling, productie en distributie van geneesmiddelen.”⁴ Hij ziet het dan ook als zijn taak om zoveel mogelijk te voorkomen dat de nadelen van de commerciële vormgeving zich te zeer manifesteren.

Waar de tegenstanders van marketing de mogelijke nadelen ervan benadrukken, wijzen de voorstanders juist op de mogelijke voordelen ervan: meer bekendheid en een toenemend gebruik van nieuwe, innovatieve geneesmiddelen. Zij zien marketing als een belangrijke informatiebron, die voorschrijvers beter in staat stelt om te beslissen wat voor een bepaalde patiënt het ‘beste’ geneesmiddel is. Dit is niet alleen in het belang van de patiënt zelf, maar kan daarnaast ook tot lagere *totale* zorguitgaven leiden. Empirisch onderzoek voor de Verenigde Staten laat namelijk zien dat het vervangen van oudere door nieuwere geneesmiddelen de uitgaven aan medicijnen weliswaar doet toenemen, maar de totale uitgaven aan gezondheidszorg daarentegen doet dalen.⁵ Ook voor Nederland zijn dergelijke inzichten beschikbaar.⁶ Maatregelen die eenzijdig gericht zijn op het ‘remmen’ van innovatieve geneesmiddelen omdat die duurder zijn, kunnen (op langere termijn) dan ook averechts effect sorteren.

Hoewel niet ontkend kan worden dat aan marketing van innovatieve geneesmiddelen vanuit maatschappelijk perspectief bezien risico’s verbonden zijn, mag daaruit dus niet worden geconcludeerd dat het alternatief van geen marketing zonder meer de voorkeur verdient. Dit rapport heeft daarom als doel om de rol van marketing in de markt voor innovatieve geneesmiddelen en de mogelijke welvaartseffecten ervan *op een objectieve wijze* in kaart te brengen. Ook inventariseert het rapport of het nieuwe Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie naar verwachting voldoende waarborgen biedt om de nadelen van geneesmiddelenmarketing tegen te gaan of dat een strikte regulering van de marketingactiviteiten van de geneesmiddelenindustrie noodzakelijk is.

Het voorliggende rapport kent de volgende opbouw. Allereerst bespreken we in paragraaf 2 kort het huidige toezichtmodel in Nederland om zicht te krijgen op de bestaande regulering. Paragraaf 3 gaat in op de vraag welke rol marketing in het algemeen kan hebben en welk welvaartseffect aan marketing verbonden kan zijn. In paragraaf 4 besteden we vervolgens aandacht aan het bijzondere karakter van geneesmiddelen dat van invloed (kan) zijn op het welvaartseffect van marketing, waarna we enkele empirische studies die over ‘direct-to-physician’ marketing is versche-

⁴ Tweede kamer (2006), Vijfentwintig medicijnen tegen te grote macht van de farmaceutische industrie: brief van de minister van VWS, 30482 nr. 3.

⁵ Zie bijvoorbeeld Lichtenberg, F. (2002), Benefits and costs of newer drugs: an update, NBER Working Paper W8995, National Bureau of Economic Research, Cambridge en Cutler, D.M., M.B. Landrum en K.A. Stewart (2006), Intensive medical care and cardiovascular disease disability reductions, NBER Working Paper 12184, National Bureau of Economic Research, Cambridge.

⁶ Goudriaan, R., C.M. Visscher en M.A. Koopmanschap (2002), Volgt het geld de patiënt? Trends en feiten over extramuralisering in de zorgsector, APE Rapport nr. 012, Den Haag.

nen, bespreken en ingaan op de tegenkrachten die in Nederland al actief zijn. In de afsluitende paragraaf geven we aan of de bevindingen van ons onderzoek aanleiding vormen om het huidige toezichtmodel drastisch te herzien of dat ons nieuwe zorgstelsel reeds voldoende waarborgen bevat om eventuele negatieve bijwerkingen van geneesmiddelenmarketing zoveel mogelijk te voorkomen.

2. Huidige toezicht op geneesmiddelenmarketing

In het gewijzigd voorstel van de nieuwe Geneesmiddelenwet, zoals die onlangs door minister Hoogervorst naar de Eerste Kamer is gestuurd, zijn expliciete regels opgenomen voor de marketing van geneesmiddelen.⁷ Deze regels zijn een aanscherping van die uit het Reclamebesluit geneesmiddelen uit 1994. In tegenstelling tot de Verenigde Staten is en blijft publieksreclame ('direct-to-consumer' marketing) voor geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn, verboden. De marketing voor receptgeneesmiddelen mag alleen gericht zijn op beroepsbeoefenaars zoals artsen, apothekers, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Deze zogeheten 'direct-to-physician' marketing kan bestaan uit brochures, advertenties in medische tijdschriften, gratis monsters ('sampling'), gunstbetoon (zoals het geven van cadeaus) en informatie van artsenbezoekers ('detailing'). Ook het organiseren of sponsoren van nascholing en het betalen van een gezaghebbende medische deskundigen zijn voorbeelden van marketingactiviteiten gericht op artsen.

In elke reclame-uiting naar beroepsbeoefenaars zijn farmaceutische bedrijven verplicht te vermelden wat de samenstelling, therapeutische indicaties, contra-indicaties, werking en bijwerking van het betreffende geneesmiddel zijn en tot welke therapeutische klasse ("de indeling van het geneesmiddel met betrekking tot de terhandstelling") het middel behoort (zie art. 91, lid 1). In de schriftelijke marketing moet daarbij ook aangegeven worden of op verstrekking van het geneesmiddel aanspraak bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet en moet de bronvermelding van eventuele citaten of tabellen die zijn ontleend aan wetenschappelijke publicaties nauwkeurig worden weergegeven. Alle gegevens moeten zodanig exact, actueel, verifieerbaar en volledig zijn dat de beroepsbeoefenaar zich een oordeel kan vormen over de therapeutische waarde van het geneesmiddel. Misleidende reclame en reclame die het rationele gebruik van een geneesmiddel niet bevordert vanwege het ontbreken van een objectieve voorstelling van zaken is dan ook zondermeer verboden (zie art. 84, lid 3 en 4).

Het verstrekken van gratis monsters is ook aan strikte regels gebonden (art. 92). Zo is het bijvoorbeeld verboden een gratis monster te verstrekken zonder een gedateerde en persoonlijk on-

⁷ Zie Eerste Kamer (2006), Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet: gewijzigd voorstel van wet, 29359 A, Den Haag.

dertekende aanvraag door een arts, tandarts of verloskundige. Het monster mag dan niet groter zijn dan de kleinste verpakking die in de handel is en er mag aan een zorgaanbieder niet meer dan twee monsters van hetzelfde geneesmiddel per kalenderjaar worden verstrekt. Op het monster moet vermeld staan dat het gratis is en niet verkocht mag worden en er moet een samenvatting van de kenmerken van het geneesmiddel bijgevoegd zijn.

Aan een artsenbezoeker wordt de eis gesteld dat hij of zij over voldoende wetenschappelijke kennis beschikt om over de geneesmiddelen waarvoor hij reclame maakt, nauwkeurig en zo volledig mogelijk informatie te geven. Bovendien is de artsbezoeker verplicht om bij elk bezoek de arts een samenvatting van de kenmerken van het geneesmiddel te verstrekken of te tonen. Sinds 1995 stelt de Stichting FarmEduca dat een onafhankelijk samenwerkingsverband van Nefarma, KNMG en KNMP is, de eindtermen voor de opleidingsprogramma's van artsenbezoekers vast. Daarnaast houdt Stichting FarmEduca zich bezig met het certificeren van opleidingen, het toetsen van gecertificeerde opleidingen en het registeren van artsenbezoekers die hebben voldaan aan de kwaliteitseisen. Deze eisen hebben met name betrekking op medische en farmaceutische kennis, gedrag en sociale vaardigheden van artsenbezoekers. Het geven van giften of geschenken mag ook alleen onder voorwaarden plaatsvinden (art. 94). Zo dienen geschenken of voordelen in geld of in natura van geringe waarde te zijn en tevens van betekenis te zijn voor de uitoefening van de geneeskunde of de farmacie.

Het toezicht op naleving van de regels op het gebied van de geneesmiddelenreclame is in Nederland overgelaten aan veldpartijen. De Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) waarin de farmaceutische industrie, artsen en apothekers zijn vertegenwoordigd geeft invulling aan de zelfregulering. Voor reclame gericht op beroepsbeoefenaren heeft de CGR een aparte gedragscode opgesteld waarin de regels uit het Reclamebesluit geneesmiddelen nader zijn uitgewerkt. Daarnaast zijn aparte regelingen over specifieke onderwerpen opgesteld, zoals gunstbetoon (geschenken en gastvrijheid) en het onderscheid tussen reclame en informatie. Iedereen kan een klacht indienen tegen bedrijven en personen die zich niet aan de regels van de Gedragscode houden. Een onafhankelijke Codecommissie van de CGR oordeelt over deze klachten. Daarnaast kan de Codecommissie vooraf de toelaatbaarheid van een voorgenomen marketingactiviteit toetsen. De uitspraken en belangrijkste adviezen publiceert de CGR integraal op haar website (www.cgr.nl).

Naast de zelfregulering door middel van de CGR is en blijft op het gebied van reclametoezicht ook een rol weggelegd voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij haar keuze voor zelfregulering in 2002 heeft de toenmalige minister Borst van Volksgezondheid zelfs aangegeven dat dit als voordeel heeft dat de IGZ zich kan “concentreren op de excessen die niet door de branche zelf worden aangepakt en dat nieuwe excessen juist kunnen worden vermeden met dergelijke zelfregulering”. Als gevolg hiervan kan het toezicht van de IGZ efficiënter plaatsvinden. Wel wordt ten aanzien van het zelfregulerend toezicht opgemerkt dat deze “slechts plaats kan vinden

binnen de [door de overheid vastgestelde] wettelijke kaders.” Het hierboven geschetste toezichtmodel is in lijn met de Europese richtlijn over de reclame voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (2001/83/EG) die het vrijwillige toezicht door middel van zelfregulering weliswaar mogelijk maakt, maar tegelijkertijd ook bepaalt dat er adequaat *overheidstoezicht* op de naleving van de reclameregels moet zijn. De IGZ is belast met deze wettelijke toezichtstaak. Zo houdt de IGZ toezicht op de CGR en voert zij de overheidstaken uit die niet aan zelfregulering kunnen worden overgedragen, zoals het doen van opsporingsonderzoeken. Periodiek evalueert de IGZ de activiteiten van de CGR. Uit de laatste evaluatie blijkt dat de CGR haar taken zorgvuldig uitvoert en dat de kwaliteit van de adviezen toeneemt.⁸ Wel tekent de IGZ hierbij aan dat de CGR actiever zou moeten optreden omdat ze nu alleen optreedt bij ingediende klachten en dat het toezicht op de naleving van haar uitspraken en het daarbij behorende sanctiebeleid beter zou moeten worden vormgegeven. De Minister van VWS vindt het echter te vroeg voor aanscherping van het beleid omdat de ontwikkeling positief is, al eerder bekend was dat een groei naar volwassen toezicht tijd vergt en maatregelen genomen worden om het toezicht verder te verbeteren.⁹ Volgens de CGR is meer samenwerking met de IGZ nodig omdat deze opsporingsbevoegdheid heeft.¹⁰

Overigens is Nederland niet het enige land dat gekozen heeft voor een systeem van zelfregulering. Ook in het Verenigd Koninkrijk is bijvoorbeeld sprake van zelfregulerend toezicht op de naleving van de geneesmiddelenreclameregels en overheidstoezicht door de zogeheten ‘Medicines and Healthcare products Regulatory Agency’ (MHRA). Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat een Britse onderzoekscmissie in 2005 haar twijfels heeft geuit over de effectiviteit van de handhaving en derhalve heeft gevraagd om een evaluatie.¹¹ In ons land heeft minister Hoogervorst de Tweede Kamer inmiddels laten weten de effectiviteit van het Nederlandse toezichtmodel in 2007 uitgebreid te zullen evalueren.

3. Rol en effecten van marketing in het algemeen

In deze paragraaf bespreken we de rol en effecten van marketing in het algemeen. In de volgende paragraaf wordt dit toegepast op de markt voor geneesmiddelen.

Een commercieel bedrijf dat een marketingcampagne ontwikkelt is, logischerwijs, niet primair geïnteresseerd in het verschaffen van informatie aan consumenten. Zijn doelstelling is gericht op het verkopen van zijn producten om zodoende omzet en winst te vergroten. Door via marketing informatie te verstrekken aan consumenten kan het bedrijf deze doelstelling doorgaans sneller realiseren. Daarmee is het geven van informatie een afgeleide doelstelling van het bedrijf.

⁸ IGZ (2006), Tussentijdse evaluatie Stichting Code Geneesmiddelenreclame en zelfregulering geneesmiddelenreclame, Den Haag.

⁹ VWS (2006), Brief van de Minister van VWS over geneesmiddelenbeleid, Tweede Kamer, Vergaderjaar 2005-2006, 29477, nr. 25, Den Haag.

¹⁰ FD (2006), Inspectie laakt toezicht geneesmiddelenreclame, Het Financieele Dagblad, 24 augustus.

¹¹ Zie House of Commons (2005), The influence of the pharmaceutical industry, London.

Het informatie- en waarheidsgehalte kan per reclame-uiting sterk verschillen. De economische literatuur onderscheidt twee hoofdtypen marketing, te weten (i) informatieve marketing en (ii) manipulerende marketing.¹² Het eerste type verspreidt nuttige informatie onder consumenten en laat markten beter functioneren. Het tweede type bevat over het algemeen onvolledige en/of onjuiste informatie en is daardoor voor de consument vooral misleidend. Een bedrijf profiteert in dat geval optimaal van een aanwezige informatieasymmetrie. In deze paragraaf werken we deze twee hoofdtypen van marketing nader uit en besteden we aandacht aan de vraag welke welvaartseffecten zijn verbonden aan marketing in het algemeen.

3.1 Informatieve marketing

Marketing kan consumenten informatie verschaffen over producten. De aard en hoeveelheid van de informatie is onder andere afhankelijk van het type goed waarop de marketing betrekking heeft. De economische literatuur maakt in dit kader een onderscheid tussen marketing voor een zogeheten zoekgoed en marketing voor een zogeheten ervaringsgoed. Een zoekgoed heeft karakteristieken die kort en bondig op een objectieve wijze kunnen worden omschreven. Hierdoor is het voor consumenten mogelijk om vóór de aanschaf informatie over de geboden kwaliteit in te winnen en deze af te wegen tegen de gevraagde prijs. Marketing kan deze directe informatie verschaffen. De marketing voor een zoekgoed bevat dan ook vaak gedetailleerde informatie over het product. Niet alleen de prijs, maar bijvoorbeeld ook de technische specificaties of de gebruiksmogelijkheden van het product worden aan de consument gecommuniceerd.

Een ervaringsgoed moet eerst geconsumeerd worden voordat de consument de kwaliteit kan beoordelen. In tegenstelling tot een zoekgoed is het bij een ervaringsgoed dus *niet* mogelijk om vóór de aanschaf informatie in te winnen over de precieze kwaliteit. Een voorbeeld is een nieuw fruitdrankje. Voor de consument is het belangrijk dat het drankje lekker smaakt. Om te weten te komen of het drankje lekker is, is het over het algemeen niet voldoende om op de verpakking te lezen wat de ingrediënten zijn. De consument moet het drankje gewoon kopen en proeven. Daarmee neemt de consument een zeker risico; het kan immers verkeerd uitpakken.¹³ Doordat de kwaliteit van een ervaringsgoed proefondervindelijk door de consument moet worden vastgesteld, bevat marketing voor een ervaringsgoed vaak niet meer informatie dan de boodschap dat het product bestaat.

¹² Hoewel het onderwerp op bepaalde markten nog altijd (sterk) in de belangstelling staat, lijkt de theoretische literatuur over de rol van marketing sinds de jaren zeventig uitgekristalliseerd. De meer recente bijdragen aan dit segment van de economische literatuur betreffen empirische studies die de bestaande theoretische concepten empirisch proberen te toetsen.

¹³ Bedrijven omzeilen in sommige gevallen dit probleem door consumenten in de gelegenheid te stellen om het product zonder kosten te proberen.

Grondlegger van het idee dat de marketing voor een ervaringsgoed eigenlijk weinig directe ('harde') informatie over bijvoorbeeld prijs, kwaliteit en locatie bevat is de econoom Nelson. In twee veelgeciteerde artikelen betoogt hij dat een marketingcampagne voor een ervaringsgoed consumenten eigenlijk alleen op de hoogte te brengt van het bestaan van het product.¹⁴ Nelson noemt drie redenen waarom deze indirecte ('zachte') informatie die via de marketing wordt verspreid voor consumenten toch heel informatief en nuttig kan zijn. In de eerste plaats geeft het bedrijf met marketing het signaal af dat het efficiënt is en dat het een goede prijs-kwaliteitverhouding biedt. Achterliggende gedachte hierbij is dat de extra vraag die marketing oproept het meest waardevol is voor efficiënte bedrijven. Daar komt nog bij dat dergelijke doelmatige bedrijven geneigd zijn om ook langs andere wegen, zoals lagere prijzen en/of een hogere kwaliteit, hun marktaandeel te vergroten. In de tweede plaats kan marketing er toe leiden dat consumenten daadwerkelijk dat product kopen dat gezien hun preferenties het beste bij hen past. Het idee hierachter is dat de preferenties van consumenten heterogeen zijn zodat het intrinsiek moeilijk is om een 'perfect match' te realiseren. Bedrijven hebben echter een prikkel om hun marketingactiviteiten te richten op die afnemers waarvan aangenomen mag worden dat ze het betreffende product het meest zullen waarderen. Op deze wijze vergroot marketing de kans op een optimale afstemming. Ten derde kan marketing consumenten doen herinneren aan eerdere positieve ervaringen met het betreffende product of de betreffende aanbieder wat de kans op een herhaalaankoop vergroot. Dit 'mechanisme' heeft de meeste waarde voor bedrijven die ervaringsgoederen van hoge kwaliteit aanbieden. Een positief verband tussen marketing en productkwaliteit kan er ook toe leiden dat nieuwe consumenten eerder geneigd zijn om het betreffende product aan te schaffen.

Marketinguitgaven: zoekgoederen versus ervaringsgoederen

Uit empirische onderzoek voor de Verenigde Staten blijkt dat de uitgaven aan marketing voor ervaringsgoederen beduidend hoger liggen dan voor zoekgoederen.¹⁵ Dit onderzoek laat eveneens zien dat voor geneesmiddelen ten opzichte van andere ervaringsgoederen evenveel of minder wordt uitgegeven aan marketing (zie onderstaande tabel). De hoogte van de uitgaven aan marketing is voor medicijnen dan ook geen directe indicatie of marketing mogelijk negatief moet worden geïdentificeerd.

Uitgaven aan marketing in procenten van de omzet in de VS (bron: Berndt, 2002)

Zoekgoederen	Marketinguitgaven	Ervaringsgoederen	Marketinguitgaven
Home Depot	1,6	Geneesmiddelen	14,0
Philips Electronics	2,4	Ralston Purina	14,9
American Express	3,2	Coors	18,8
Circuit City	4,5	McDonalds	21,1
Sony Corporation	4,7	Estee Lauder	22,2
Intel	5,8	L'Oreal	26,5

¹⁴ Nelson, P. (1970), Information and consumer behavior, *Journal of Political Economy*, 78(2): 311-329 en Nelson, P. (1974), Advertising as information, *Journal of Political Economy*, 82(4): 729-754.

¹⁵ Berndt, E.R. (2002), Pharmaceuticals in U.S. health care: Determinants of quantity and price, *The Journal of Economic Perspectives*, 16, 45-66.

3.2 Manipulerende marketing

Het tweede hoofdtype dat de economische literatuur onderscheidt is manipulerende marketing.¹⁶ In tegenstelling tot informatieve marketing bevat manipulerende marketing misleidende informatie over het product. Er wordt bijvoorbeeld bewust ‘negatieve’ informatie over het product achtergehouden of de informatie wordt op een gekleurde wijze gepresenteerd. Ook scharen we hieronder de marketing die consumenten ervan tracht te overtuigen dat een merk beter of anders is dan andere, terwijl dit in werkelijkheid niet het geval is. Deze ‘gekunstelde’ productdifferentiatie kan resulteren in merktrouw en consumenten ongevoeliger voor prijsverhogingen maken.¹⁷

Manipulerende marketing kan een commercieel bedrijf inzetten om optimaal te profiteren van een bestaande informatieasymmetrie. We spreken in dit rapport van een informatieasymmetrie wanneer (i) een potentiële afnemer niet vanaf het begin over alle relevante informatie beschikt en daardoor tot op zekere hoogte afhankelijk is van de informatieverstrekking van de aanbieder en/of (ii) hij als ontvanger van informatie niet in staat is om het waarheidsgehalte van de verstrekte informatie volledig te beoordelen. Onder dergelijke omstandigheden is het niet denkbeeldig dat informatieve marketing verwordt tot manipulerende marketing. Nelson (1974, blz. 749) heeft dit als volgt verwoord: *“Deception requires not only a misleading or untrue statement, but somebody ready to be misled by that statement.”*

Volgens Nelson (1974, blz. 730) is het gevaar van misleidende marketing het grootst bij ervaringsgoederen, omdat consumenten weinig weerstand kunnen bieden: *“The major control that consumers have over the market for experience qualities is whether they repeat the purchase of a brand or not.”* Bij zoekgoederen heeft een bedrijf te maken met meer tegenkracht van de consument, omdat veel eigenschappen van het product voor de aanschaf objectief kunnen worden vastgesteld en vergeleken met alternatieve producten. Bedrijven schuwen echter ook bij dit type goederen manipulerende marketing niet altijd. Dit is bijvoorbeeld mogelijk omdat consumenten reiskosten moeten maken voordat ze erachter komen dat de kwaliteit slechter is dan beloofd in de advertentie. Daarnaast kunnen ook bij zoekgoederen sommige kwaliteitsaspecten moeilijk met marketing over te brengen zijn wat een bedrijf mogelijkheden biedt om bepaalde karakteristieken in een advertentie te overdrijven.

Tegenover een extra winst die het bedrijf kan maken door manipulerende marketing staan ook mogelijke kosten voor het bedrijf. Zo staat de geloofwaardigheid van het bedrijf op het spel. Wanneer het bedrijf niet meer geloofwaardig wordt geacht zal de omzet in de toekomst voor het

¹⁶ In het Engels ook wel ‘persuasive advertising’ genoemd. Hiermee worden alle marketingactiviteiten bedoeld die consumenten verleiden tot de aanschaf van een overbodig, inferieur en/of onnodig duur product.

¹⁷ Ook informatieve marketing kan consumenten proberen te overtuigen van speciale eigenschappen van een product. Het verschil is dat deze eigenschappen werkelijk aan het product kunnen worden toegeschreven. Deze strategie van productdifferentiatie kan eveneens merktrouw tot gevolg hebben en ertoe leiden dat consument niet geneigd om over te stappen naar een ander product.

bedrijf teruglopen. Met manipulerende marketing kan een bedrijf dus zijn reputatie beschadigen met nadelige gevolgen voor toekomstige winsten en de huidige beurskoers. Voorwaarde voor dit zogeheten reputatiemechanisme is wel dat de consument na consumptie de geboden kwaliteit kan vaststellen en indien gewenst moeiteloos kan overstappen naar een andere aanbieder.

3.3 Welvaartseffect van marketing

Een belangrijke vraag is welk effect marketing uiteindelijk heeft op de maatschappelijke welvaart. Is marketing vanuit maatschappelijke perspectief gezien een verspilling van financiële middelen of zijn de voordelen van marketing juist groter dan de uitgaven eraan? Het is moeilijk een eenduidig antwoord op deze vraag te geven, omdat dit afhangt van de exacte marktomstandigheden en de rol die marketing speelt. De econoom Chamberlin die in 1933 (blz. 167) een boek schreef over marketing kwam reeds tot de conclusie dat “the effect of advertising in any particular case depends upon the facts of the case.”

Volgens de economische theorie is marketing in een perfect concurrerende markt een verspilling van financiële middelen, omdat alle consumenten reeds over volledige informatie beschikken en het aangeboden product homogeen is. Op een markt met onvolkomen concurrentie, zoals monopolistische concurrentie, oligopolie of monopolie hangt het sterk van het type marketing af of marketing een positief dan wel negatief effect op de welvaart heeft. In algemene zin kan geconcludeerd worden dat marketing die nuttige informatie onder consumenten verspreidt markten beter laat functioneren en zodoende een positief effect op de welvaart heeft. Niet alleen resulteert deze informatieve marketing in een betere afstemming tussen de heterogene preferenties van consumenten en het beschikbare heterogene aanbod van bedrijven, ook stimuleert het de onderlinge concurrentie tussen bedrijven. Informatieve marketing maakt consumenten namelijk attent op en gevoeliger voor verschillen in prijs en kwaliteit. Dit prikkelt bedrijven weer om de prijzen te verlagen en/of een hogere kwaliteit te bieden. Bovendien geeft informatieve marketing nieuwkomers op de markt betere kansen om te slagen, omdat ze met marketing hun producten onder de aandacht kunnen brengen.¹⁸ Ook zittende bedrijven vergroten met marketingcampagnes hun kansen om een innovatief product succesvol op te markt te brengen. Informatieve marketing vormt op deze wijze een endogene oplossing voor een mogelijk gebrek aan informatie in de markt waarvan zowel het bedrijf zelf als de consumenten profiteren.

Daar staat tegenover dat manipulerende marketing een goede werking van de markt juist frustreert en de welvaart verlaagt.¹⁹ Niet alleen kunnen consumenten op basis van de verstrekte informatie geen optimale beslissingen nemen, ook kan manipulerende marketing belangrijke anti-

¹⁸ Indien succesvolle toetreding een erg groot marketingbudget vereist, kan daarentegen sprake zijn van een (aanzienlijke) toetredingsdrempel.

¹⁹ De econoom Marshall (1890, 1919) was de eerste die deze vorm van marketing “socially wasteful” noemde, omdat het zou gaan om het verspreiden van een op zichzelf overbodige boodschap met als enkel doel om klanten bij de concurrentie weg te lokken.

competitieve gevolgen hebben. Bedrijven kunnen met marketing toetredingsbarrières opwerpen voor nieuwkomers en zodoende hun marktmacht in stand houden. Reeds in 1933 (blz 101) stelde de econoom Robinson dat wanneer “a firm finds the market become uncomfortably perfect (i.e., more competitive) it can resort to advertisement and other devices which attract customers more firmly to itself”.²⁰ Dit biedt het bedrijf dan mogelijkheden om de prijs te verhogen en een hogere winst te realiseren zonder te worden afgestraft door de concurrentie. Ook kunnen bedrijven met manipulerende marketing hun product op een kunstmatige wijze differentiëren van andere.²¹ Als gevolg hiervan worden consumenten minder prijsgevoelig en ook dit verschaft bedrijven de mogelijkheid om de prijs te verhogen.

4. De rol en effecten van geneesmiddelenmarketing

De marketing voor geneesmiddelen roept in veel landen discussie op. Dit is voor een deel te verklaren met het bijzondere karakter van de geneesmiddelenmarkt. Niet voor niets gelden afzonderlijke regels voor het maken van reclame voor geneesmiddelen. Achterliggende gedachte hierbij is dat de patiënt het voor hem optimale geneesmiddel krijgt voorgeschreven tegen de laagst mogelijke kosten. Artsen behoren bij het voorschrijven rekening te houden met de effectiviteit en doelmatigheid van geneesmiddelen. In deze paragraaf lichten we het bijzondere karakter van de geneesmiddelenmarkt nader toe en beargumenteren we waarom aan de marketing van geneesmiddelen vanuit maatschappelijk perspectief gezien zowel kansen als risico's verbonden zijn. Vervolgens bespreken we kort enkele internationale empirische studies die de rol van 'direct-to-physician' marketing hebben onderzocht. Tevens besteden we aandacht aan eventuele tegenkrachten in het nieuwe zorgstelsel die ervoor kunnen zorgen dat de positieve effecten van geneesmiddelenmarketing zich wel voordoen en de negatieve effecten niet.

4.1 Geneesmiddelen als bijzonder ervaringsgoed

Geneesmiddelen zijn te typeren als een ervaringsgoed.²² In de meeste gevallen moet een arts voor de behandeling van een individuele patiënt namelijk een keuze maken uit meerdere geneesmiddelen die qua werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte van elkaar verschillen zonder dat vooraf bekend is welk van deze geneesmiddelen in dit specifieke geval het meest effectief en doelmatig is. Alleen door een bepaald geneesmiddel te gaan gebruiken kan worden vastgesteld hoe de patiënt reageert op het middel, wat de bijwerkingen zijn en in hoeverre de behandeling aanslaat.

²⁰ Robinson, J. (1933), *The economics of imperfect competition*, MacMillan and Co, London.

²¹ Zie bijvoorbeeld Kaldor, N. (1950), *The economic aspects of advertising*, *Review of Economic Studies*, 18, blz. 14: “Advertising is a method of differentiating, in the eyes of the consumer, the products of one firm from those of its competitors; it is method, therefore, of reducing the scope and effectiveness of price-competition by attaching a strong element of ‘goodwill’ to each firm”.

²² Berndt, E.R. (2002), *Pharmaceuticals in U.S. health care: determinants of quantity and price*, *Journal of Economic Perspectives*, 16(4), blz. 45-66.

Ten opzichte van ‘gewone’ ervaringsgoederen (zoals een nieuw fruitdrankje) beschikken geneesmiddelen over een aantal bijzondere kenmerken die ervoor zorgen dat het extra van belang is om ervoor te zorgen dat informatieve marketing zo optimaal mogelijk wordt ingezet en manipulatieve marketing wordt voorkomen. Daarbij zijn vier vragen van belang:

1. Is het maatschappelijk gezien belangrijk dat informatieve marketing geoptimaliseerd wordt?
2. Is manipulatieve marketing ongewenst?
3. Kan manipulatieve marketing in beginsel voorkomen?
4. Komt manipulatieve marketing ook daadwerkelijk voor?

Bij de eerste vraag (is het maatschappelijk gezien belangrijk dat informatieve marketing geoptimaliseerd wordt?) spelen drie bijzondere kenmerken van geneesmiddelen een rol:

- Complexiteit. Geneesmiddelen hebben karakteristieken die voor een voorschrijver niet altijd eenvoudig te interpreteren zijn. Het gaat om complexe middelen waarvoor veel informatie nodig is om te beoordelen of een middel voor een bepaalde patiënt geschikt is (qua genezingskracht en bijwerkingen) en of dit middel naar verwachting beter zal presteren dan een ander middel. Deze informatie is, in tegenstelling tot veel andere producten, lang niet altijd algemeen en volledig beschikbaar. Farmaceutische bedrijven hebben vaak een kennisvoorsprong doordat zij al wel ervaring hebben opgebouwd met de werking van het middel. Zolang de benodigde informatie niet algemeen beschikbaar is (bijv. via wetenschappelijke artikelen, het Farmacotherapeutisch Kompas, GEBU en F(T)TO), kan informerende marketing daarom een positieve rol spelen om de voorschrijver optimaal te informeren. Dit betekent ook dat de informatieve rol van marketing afhankelijk is van de snelheid waarmee informatie beschikbaar komt via andere kanalen. Dit zal van middel tot middel sterk verschillen.²³
- Grote impact op gezondheid. De informerende rol van marketing is, ten opzichte van ‘normale’ producten, van extra belang omdat het gebruik van innovatieve geneesmiddelen een grote impact kan hebben op de gezondheid van mensen. Ze kunnen leiden tot levensverlenging of een betere kwaliteit van leven van de individuele patiënt, wat logischerwijs door hen van groot belang wordt geacht.
- Grote impact op maatschappelijke kosten. Zoals eerder aangegeven kan het gebruik van innovatieve geneesmiddelen leiden tot aanzienlijke besparingen in de rest van de zorgketen door bijvoorbeeld het verkorten van de ligduur in het ziekenhuis en het verminderen van operatieve ingrepen. Als informerende marketing leidt tot een snellere penetratie van nieuwe medicijnen, is dit dus ook van belang om de maatschappelijke kosten van de zorg te verminderen.

²³ Dit blijkt ook uit empirisch onderzoek, zie Narayanan, S., P. Manchanda, P.K. Chintagunta (2005), Temporal differences in the role of marketing communication in new product categories, *Journal of Marketing Research*, 42, 278-290.

Het antwoord op de tweede vraag (is manipulatieve marketing ongewenst?) is om dezelfde drie kenmerken positief. Als marketing leidt tot onjuiste informatie om een goede voorschrijfbeslissingen op te baseren leidt dit mogelijk tot negatieve gevolgen voor de gezondheid en stijgende maatschappelijke kosten. Dit is een belangrijk verschil met veel ‘gewone’ producten omdat daar het uitproberen van een bepaald product over het algemeen veel minder ingrijpende gevolgen heeft. Daar komt nog bij dat het bij geneesmiddelen gaat om een situatie waarbij de gebruiker niet de beslisser is. Onjuiste beslissingen als gevolg van manipulatieve marketing zetten dan ook de vertrouwensrelatie tussen voorschrijver en patiënt op het spel.

Het antwoord op de derde vraag (kan manipulatieve marketing in beginsel voorkomen?) is dan ook van groot belang. Opnieuw leidt een van de specifieke kenmerken van geneesmiddelen tot een positief antwoord op deze vraag. Door de complexiteit van geneesmiddelen en de daarmee verbonden grote informatiebehoefte is cruciaal voor het tegengaan van manipulerende marketing dat de voorschrijver voldoende informatie heeft om deze vorm van marketing te onderkennen. Als er sprake is van een informatieasymmetrie tussen farmaceutische industrie en voorschrijver, kunnen bedrijven hiervan gebruik maken om het voorschrijfgedrag onterecht te beïnvloeden. De voorschrijver moet dus over voldoende kennis van zaken beschikken om de aanwezige informatie op haar merites te kunnen beoordelen om de informerende rol van marketing te bevorderen en die van manipulerende te voorkomen. Dit wordt versterkt doordat de relatieve effectiviteit van nieuwe medicijnen ten opzichte van bestaande middelen niet altijd goed meetbaar is. Dan is het voor de arts en de patiënt in kwestie moeilijk om op korte termijn de effectiviteit van het middel vast te stellen of een relatie te leggen tussen eventuele (nieuwe) gezondheidsklachten en het betreffende middel. Een objectieve beoordeling van nieuwe medicijnen wordt hierdoor bemoeilijkt. Daarbij komt dat in de geneesmiddelenmarkt (met uitzondering van de zelfzorgmedicijnen) de beslisser niet degene is die betaalt. Voor de geneesmiddelen die deel uitmaken van de basisverzekering geldt dat de patiënt de kosten (over het algemeen) volledig krijgt vergoed. Ook de voorschrijvende arts en de afleverende apotheker worden niet direct geconfronteerd met de kosten die hun beslissing met zich meebrengt. Doordat de kosten op het collectief van premiebetalers wordt afgewenteld, vindt er niet automatisch een optimale afweging tussen prijs en kwaliteit plaats. Naast effecten op gezondheid kan manipulatieve marketing daardoor leiden tot een prijsopdrijvend effect.

De vierde vraag (komt manipulatieve marketing ook daadwerkelijk voor?) is tenslotte cruciaal. Hiervoor is aangegeven dat manipulerende marketing in beginsel voor kan komen. Het feit dat er *mogelijkheden* bestaan voor manipulerende marketing, betekent echter niet automatisch dat deze ook daadwerkelijk door de farmaceutische industrie gebruikt (kunnen) worden. Dit hangt namelijk af van de ‘tegenkrachten’ die in een zorgstelsel aanwezig zijn (zie paragraaf 4.3).

4.2 Empirische literatuur over de rol van geneesmiddelenmarketing

Deze deelparagraaf gaat nader in op de rol die ‘direct-to-physician’ marketing volgens de internationale empirische literatuur vervult.

4.2.1 Effect op voorschrijfgedrag?

Dat marketing invloed heeft op het voorschrijfgedrag van artsen blijkt uit verschillende empirische studies. Zo komt uit onderzoek van Berndt et al. (1995) voor de Verenigde Staten naar voren dat marketing van een specifiek geneesmiddel een positief effect heeft op de omzet ervan.²⁴ Dit geldt vooral voor de marketing die gericht is op zorgaanbieders en in mindere mate voor de marketing die gericht is op consumenten (blz. 104): “We find that marketing information stocks positively affects sales, that the sales elasticity is largest for detailing, followed by journal pages of advertising, and is smallest for direct-to-consumer advertising.” Gönül et al. (2001) vinden ook dat verkoopbevordering door de farmaceutische industrie een effect heeft op het voorschrijfgedrag van artsen.²⁵ Op basis van uitgebreid literatuuronderzoek komen Manchanda en Honka (2005) eveneens tot de conclusie dat artsbezoekers het voorschrijfgedrag van artsen significant beïnvloeden.²⁶

Ook voor andere landen dan de Verenigde Staten wordt over het algemeen een marketingeffect gevonden. Zo concluderen Windmeijer et al. (2006) dat promotie van farmaceutische bedrijven de (op zich al geringe) prijsgevoeligheid van Nederlandse artsen tot bijna nul reduceert.²⁷ Volgens Janakiraman et al (2005) verschilt het effect in het Verenigd Koninkrijk tussen typen artsen.²⁸ Artsen die persistent zijn – dat wil zeggen die in beginsel weinig veranderen aan hun voorschrijfgedrag – zijn relatief ongevoelig voor marketing, terwijl niet-persistente artsen hiervoor juist relatief gevoelig zijn.²⁹ Dat artsen verschillen in hun reactie op marketing wordt eveneens aangetoond voor de Verenigde Staten door Narayanan et al. (2004).³⁰ Met hun analyse laten de auteurs zien dat de benodigde tijd om te leren van marketing aanzienlijk verschilt tussen artsen.

²⁴ Berndt, E.R., L. Bui, D.R. Reiley en G.L. Urban (1995), Information, marketing, and pricing in the U.S. antiulcer drug market, *American Economic Review*, 85(2), blz. 100-105.

²⁵ Gönül, F.F., F. Carter, E. Petrova en K. Srinivasan (2001), Promotion of prescription drugs and its impact on physicians’ choice behavior, *Journal of Marketing*, 65, blz. 79-90.

²⁶ Manchanda, P en E. Honka (2005), The effects and role of direct-to-physician marketing in the pharmaceutical industry: an integrative review, *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 5(2), blz. 785-822.

²⁷ Windmeijer, F., E. de Laat, R. Douven en E. Mot (2006), Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour, *Health Economics*, 15(1), blz. 5-18. Een vergelijkbaar effect wordt voor de Verenigde Staten gevonden door Rizzo, J. (1999), Advertising and competition in the ethical pharmaceutical industry: the case of antihypertensive drugs, *Journal of Law and Economics*, 42(1), blz. 89-116.

²⁸ Janakiraman, R., S. Dutta, C. Sismeiro en P. Stern (2005), Are they all the same?: physicians’ persistence and its implications for marketing communication, Tanaka Business School Discussion Papers: TBS/DP05/42, London.

²⁹ Overigens zijn de persistente artsen vaak ouder en werkzaam in kleinere praktijken.

³⁰ Narayanan, S. (2004), Heterogeneous learning and the targeting of marketing communications for new products, mimeo.

Aangezien uit het bovenstaande blijkt dat marketing dus wel degelijk invloed heeft op de voorschrijfbeslissingen van artsen is het voor het welvaartseffect van geneesmiddelenmarketing belangrijk dat deze niet manipulerend is. Verschillende studies hebben onderzocht of artsen de marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie als informatief ervaren.

4.2.2 Ervaren artsen marketing als informatief?

In hun al eerder genoemde literatuuroverzicht bespreken Manchanda en Honka (2005, blz. 787) diverse empirische studies waaruit blijkt dat Amerikaanse artsen marketing als informatief ervaren. Hoewel zij over het algemeen een negatief tot neutrale houding aannemen ten opzichte van marketing beschouwt een groot deel van de artsen de informatie die via marketing gegenereerd wordt wel als waardevol. Als de rol van marketing inderdaad vooral een informatieve is, dan zouden de marketinginspanningen moeten afnemen naarmate een geneesmiddel langer op de markt is.³¹ De meeste informatie is immers nodig in de beginfase van de productlevenscyclus, omdat voorschrijvers en patiënten dan nog niet bekend zijn met het nieuwe middel. Na verloop van tijd wordt de bekendheid met het middel echter steeds groter en vermindert dus de noodzaak van informatieve marketing. Verschillende studies duiden er op dat een dergelijk ‘tijds patroon’ inderdaad zichtbaar is.³² Met name kort voor het aflopen van het patent lijkt de omvang van marketing te worden verminderd. Hieruit kan volgens de auteurs echter niet direct worden opgemaakt dat alleen of grotendeels sprake is van informatieve marketing, omdat een dergelijk patroon zich ook voor kan doen bij manipulerende marketing. Wel maakt het volgens hen duidelijk dat fabrikanten van merkgeneesmiddelen marketing van hun bestaande middelen blijkbaar niet gebruiken als instrument om toetreding van generieke concurrenten te bemoeilijken. Currie en Park (2002) laten voor antidepressiva zien dat in de Amerikaanse markt voor geneesmiddelen marketing alleen een informatieve rol speelt.³³ Uit hun empirische analyses kan worden opgemaakt dat marketing voornamelijk een rol speelt bij de introductie van nieuwe middelen en dat geen sprake is van ondoelmatige beïnvloeding in latere fasen. Minder uitgesproken zijn de resultaten van Azoulay (2002), omdat hij niet kan aangeven of marketing alleen een informatieve rol speelt in de Amerikaanse

³¹ Zoals eerder opgemerkt betekent dit niet per definitie dat de inspanning snel naar nul zou moeten gaan aangezien gedurende de levensfase bij de fabrikant nieuwe informatie beschikbaar kan komen die niet algemeen beschikbaar is.

³² Zie bijvoorbeeld Caves, R.E., M.D. Whinston, M.A. Hurwitz, A. Pakes en P. Temin (1991), Patent expiration, entry, and competition in the U.S. pharmaceutical industry, *Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics*, 1-66, Mot, E.S. en F. Windmeijer (2002), De invloed van promotie door de farmaceutische industrie op het voorschrijfgedrag, in A. van den Berg Jeths en G.W.M. Peters-Volleberg (eds.), *Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: trends en dilemma's*, RIVM, Lizuka, T. (2003), What explains the use of direct-to-consumer advertising of prescription drugs, *The Journal of Industrial Economics*, 52, 349-379 en Narayanan, S., P. Manchanda, P.K. Chintagunta (2005), Temporal differences in the role of marketing communication in new product categories, *Journal of Marketing Research*, 42, 278-290.

³³ Currie, G.R. en S. Park (2002), The effects of advertising and consumption experience on the demand for antidepressant drugs, mimeo.

markt voor maagzuurremmers.³⁴ Op grond van empirische analyses concludeert hij echter wel dat de suggestie niet klopt dat marketing enkel en alleen een manipulerende rol speelt: het vervult ook een informatieve functie.

Voor Nederland komen Leeftang et al. (2004) op basis van eigen empirische onderzoek tot de conclusie dat de snelheid waarmee een nieuw geneesmiddel voorgeschreven wordt, beïnvloed wordt door verkoopbevordering.³⁵ Dit betekent volgens hen echter niet dat geneesmiddelenmarketing tot een grotere vraag naar geneesmiddelen leidt. Zij stellen dat de verkoopbevordering door de farmaceutische industrie er weliswaar voor zorgt dat een nieuw geneesmiddel sneller door artsen wordt voorgeschreven, maar dat de effecten van promotie op de afzet van oudere middelen te divers zijn om daar algemene conclusies aan te verbinden. Kortom, deze studie laat zien dat marketing van geneesmiddelen de verspreiding van nieuwe geneesmiddelen in ons land bevordert, maar geeft geen antwoord op de vraag of dit vanuit welvaarts perspectief gezien positieve (als gevolg van *informatieve* marketing) dan wel negatieve (als gevolg *manipulerende* informatieve marketing) bijwerkingen heeft gehad.

Interessant is dat artsen lijken te verschillen in de mate waarin ze beïnvloed worden door informerende dan wel manipulerende marketing. Zo laat de eerder genoemde studie van Narayanan (2004) zien dat artsen die van een geneesmiddel veel voorschrijven snel leren van marketing activiteiten. Terwijl ze nieuwe informatie snel omzetten in ander voorschrijfgedrag, reageren ze nauwelijks op manipulerende marketing in latere fasen van het geneesmiddel. Bij artsen die weinig voorschrijven is het omgekeerde zichtbaar.

4.2.3 Leidt marketing tot merkentrouw?

Op basis van empirische onderzoek concluderen Richard en Van Horn (2004, blz. 535) dat het merendeel van de voorschriften in de Verenigde Staten het resultaat is van gewoontevorming (blz. 535): “*We find that the majority of prescriptions are best described in terms of automatic renewals based on usage, and choice probabilities across all other prescriptions seem primarily driven by brand attributes.*”³⁶ Verschillende andere studies laten zien dat marketingactiviteiten tot gevolg hebben dat voorschrijvers trouw blijven aan voormalige patentmedicijnen, ook na de introductie van generieke concurrentie of andere nieuwe innovatieve middelen.³⁷ Hieruit kan echter

³⁴ Azoulay, P. (2002), Do pharmaceutical sales respond to scientific evidence, *Journal of Economics & Management Strategy*, 11, 551–594.

³⁵ Leeftang, P.S.H., J.E. Wieringa, D.R. Wittink en M. Woltil (2004), De invloed van promotie en prijs op de afzet van geneesmiddelen, *Economisch Statistische Berichten*, 89e jaargang, nr. 4435, blz. 272-274.

³⁶ Richard, O. en L. Van Horn (2004), Persistence in prescriptions of branded drugs, *International Journal of Industrial Organization*, 22, blz. 523-540.

³⁷ Zie bijvoorbeeld Caves, R.E., M.D. Whinston, M.A. Hurwitz, A. Pakes en P. Temin (1991), Patent expiration, entry, and competition in the U.S. pharmaceutical industry, *Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics*, 1-66; Berndt, E.R., L. Bui, D.R. Reiley en G.L. Urban (1995), Information, marketing, and pricing in the U.S. antiulcer drug market, *The American Economic Review*, 85, 100-105; Coscelli, A.

niet zonder meer worden afgeleid dat marketing gedurende de patentfase louter gericht was op manipulatie. Ook marketing die puur gericht is op het verstrekken van objectieve informatie kan namelijk leiden tot merktrouw. Interessant is dat Berndt et al. (1995) laat zien dat het effect van manipulerende marketing in de tijd sterk afneemt, terwijl dat voor informerende marketing niet het geval is. Dit zou erop kunnen duiden dat marketing gericht op inhoudelijke meerwaarde een blijvend effect genereert, terwijl het effect van manipulerende marketing makkelijker door reacties van concurrenten wordt 'uitgehouden.' Dit wordt bevestigd door Narayanan e.a. (2005), die laten zien dat het informerende effect van marketing groter is dan het manipulerende.³⁸ Uit hun studie volgt dat bedrijven meer moeten investeren in informerende marketing aan het begin van de levenscyclus omdat daardoor het leerproces beter verloopt.

4.3 'Tegenkrachten' in het Nederlandse zorgstelsel

In paragraaf 4.1 is aan de orde gekomen dat farmaceutische bedrijven met manipulerende marketing kunnen profiteren van een aanwezige informatieasymmetrie. Er is sprake van een informatieasymmetrie wanneer de arts (deels) afhankelijk is van de informatieverstrekking door de fabrikant en hij niet in staat is om de verstrekte informatie op juistheid en volledigheid te beoordelen. De manipulerende marketing zet artsen vervolgens aan tot ondoelmatig voorschrijfgedrag. Dit brengt niet alleen extra kosten met zich mee, maar kan ook gezondheidsrisico's hebben. Vanuit maatschappelijk perspectief is het dus zaak om ervoor te zorgen dat op de Nederlandse geneesmiddelenmarkt eventuele manipulerende marketing door farmaceutische bedrijven weinig succesvol zal zijn.

Een mogelijke beleids optie is strikte regulering van geneesmiddelenmarketing. Bijvoorbeeld zodanig dat farmaceutische bedrijven elke voorgenomen marketingactiviteit door de overheid of een onafhankelijke toezichthouder (zoals de IGZ of de Nederlandse zorgautoriteit) *vooraf* dienen te laten toetsen. Een dergelijke onafhankelijke toets op elke reclame-uiting die gericht is op artsen heeft als voordeel dat eventuele misleidende informatie goeddeels voorkomen wordt. Een arts kan er vanuit gaan dat de door de geneesmiddelenfabrikant verstrekte informatie objectief is en dat alle beschikbare relevante informatie aan hem gecommuniceerd wordt. De geneesmiddelenmarketing zal hem niet verleiden tot het voorschrijven van een overbodig, verkeerd of onnodig duur geneesmiddel. Aan een strikte regulering van geneesmiddelenmarketing zijn echter ook nadelen verbonden. Zo zal het toetsen van elke marketingactiviteit erg tijdrovend en kostbaar zijn. Nieuwe geneesmiddelen zullen als gevolg daarvan naar verwachting met (grote) vertraging de weg naar de patiënt vinden, wat weliswaar tot een besparing op de uitgaven aan geneesmiddelen kan leiden

(2000), The importance of doctors' and patients' preferences in the prescription decision, *The Journal of Industrial Economics*, 48, 349-369 en Janakiraman R, S. Dutta S, C. Sismeiro (2005), Are they all the same?: Physicians' persistence and its implications for marketing communication, Tanaka Business School discussion papers, TBS/DP05/42, London.

³⁸ Narayanan, S., P. Manchanda, P.K. Chintagunta (2005), Temporal differences in the role of marketing communication in new product categories, *Journal of Marketing Research*, 42, 278-290.

maar de totale zorguitgaven daarentegen kan doen toenemen. Ook bestaat het gevaar dat Nederland door deze strenge regulering van marketing voor farmaceutische bedrijven geen aantrekkelijke afzetmarkt meer is, waardoor nieuwe geneesmiddelen niet meer op de Nederlandse markt worden gebracht. Uit onderzoek blijkt dat het geen automatisme is dat beschikbare nieuwe medicijnen ook daadwerkelijk op de markt komen. Zo laat onderzoek van Kyle (2005) zien dat slechts een derde van de nieuwe medicijnen die in één van de G7 landen op de markt komt ook in alle G7 landen geïntroduceerd worden. Verschillende factoren zijn van belang voor de beslissing om een medicijn al of niet te introduceren in een land omdat deze introductie zowel kosten als baten heeft: bijvoorbeeld ervaring op de lokale markt, het aantal concurrenten en taalbarrières.³⁹

Mede gezien de mogelijke kosten van bovenstaande beleidsoptie, is het ons inziens nog maar de vraag of dergelijke vergaande maatregelen vanuit welvaartsperspectief wenselijk zijn. In het Nederlandse zorgstelsel zijn immers al een flink aantal ‘tegenkrachten’ aanwezig zijn die eraan bijdragen dat eventuele manipulerende marketing voor farmaceutische bedrijven weinig effect zal sorteren. Zo verbieden de huidige **wettelijke regels** voor geneesmiddelmarketing misleidende reclame en reclame die geen objectieve voorstelling van zaken geeft (zie paragraaf 2). Farmaceutische bedrijven die zich schuldig maken aan manipulerende marketing kunnen dus op grond van de wet hiervoor bestraft worden. Los van de effectiviteit van dit verbod en het huidige model van zelfregulering⁴⁰ zijn er nog drie andere tegenkrachten te noemen.

Ten eerste kunnen overwegingen over de eigen **reputatie** een farmaceutisch bedrijf ervan weerhouden om manipulerende marketing toe te passen. Wanneer bekend wordt dat het bedrijf met opzet onjuiste of onvolledige informatie onder artsen heeft verspreid, dan is het bedrijf weinig geloofwaardig meer. Dit verlies aan reputatie kan een direct verlies aan omzet en winst betekenen, met negatieve gevolgen voor de beurskoers (de waarde van het bedrijf). Opgemerkt moet worden dat het reputatiemechanisme alleen goed functioneert wanneer er sprake is van effectieve concurrentie op de betreffende markt en er met voldoende zekerheid vastgesteld kan worden dat het bedrijf met opzet verkeerde informatie heeft verstrekt.

Ten tweede wordt manipulerende marketing voor farmaceutische bedrijven minder aantrekkelijk wanneer **artsen en apothekers** zich kritisch opstellen tegenover de uitingen van de farmaceutische industrie en de verkregen informatie goed kunnen beoordelen. Dit is temeer van belang omdat, in tegenstelling tot veel andere ervaringsgoederen, een negatieve ervaring van een voorschrijver snel een olievlekwerking kan hebben. Door het feit dat een voorschrijver veel patiënten vertegenwoordigt zal een negatieve ervaring bij één patiënt doorwerken naar voorschrijfgedrag voor andere patiënten. Bovendien kunnen voorschrijvers snel collega’s informeren door gebruik

³⁹ Kyle (2005), The role of firm characteristics in pharmaceutical product launches, forthcoming in Rand Journal of Economics.

⁴⁰ Minister Hoogervorst heeft aangekondigd in 2007 het model van zelfregulering te zullen evalueren.

te maken van de beschikbare beroepsnetwerken. Voor een goede rol van artsen is van groot belang dat zij voldoende kennis hebben van farmacotherapie om zodoende beter in staat te zijn om de meerwaarde van een nieuw medicijn goed te kunnen inschatten. Verder is cruciaal dat algemeen beschikbare kennis zo toegankelijk mogelijk wordt georganiseerd. Informatiebronnen zoals het Farmaceutisch Kompas en het Farmacotherapeutisch overleg (FTO) kunnen hieraan bijdragen. Overigens suggereert de rol van voldoende kennis dat onderzocht zou moeten worden of apothekers een grotere rol zouden kunnen spelen bij het voorschrijven van geneesmiddelen. In ieder geval hebben zij meer relevante kennis dan huisartsen. Anderzijds stelt dit wel eisen aan de onafhankelijkheid van de apotheker. Om meer weerstand te kunnen bieden tegen manipulerende marketing is het eveneens belangrijk dat voorschrijvers zich ervan bewust zijn dat de farmaceutische industrie hun keuzes tracht te beïnvloeden. Tijdens de opleiding moet in elk geval voldoende aandacht hieraan worden besteed. Ook langs andere wegen kan op dit gebied een bijdrage worden geleverd. Zo heeft de DGV, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik naar voorbeeld van buitenlandse initiatieven⁴¹ een website ontwikkeld waarop artsen informatie kunnen vinden over de marketingmethoden van de farmaceutische industrie (zie www.gezondescepis.nl). Behalve meer bewustwording is ook meer transparantie belangrijk om misleidende verkoopbevordering door geneesmiddelenfabrikanten tegen te gaan.

Ten derde kunnen **zorgverzekeraars** vanuit hun regierol kritisch zijn en ervoor zorgen dat manipulerende marketing voor bepaalde geneesmiddelen weinig succesvol is. Bij de vormgeving van de nieuwe Zorgverzekeringswet is er bewust voor gekozen om zorgverzekeraars een belangrijke rol te geven. Geprikkeld door hun onderlinge concurrentie moeten zij optreden als doelmatige en klantgerichte regisseurs van de zorg. Ook op het gebied van geneesmiddelen dienen zorgverzekeraars een sturende rol te gaan vervullen. Uit recent onderzoek van SEOR-ECRi blijkt dat verzekeraars zich inmiddels meer dan in het verleden bemoeien met de voorschrijfbeslissingen van artsen en de inkoop- en afleverbeslissingen van apothekers.⁴² Zo verplichten sommige zorgverzekeraars huisartsen om indien medisch verantwoord op stofnaam voor te schrijven zodat de apotheker het middel kiest dat wordt afgeleverd. Ook proberen zorgverzekeraars met financiële prikkels en preferentiebeleid het gebruik van goedkope generieke middelen te bevorderen.

Ten aanzien van laatstgenoemde tegenkracht is het goed om op te merken dat het eveneens onverstandig is om de balans naar de andere kant te laten doorslaan. Hiervan zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn wanneer concurrerende zorgverzekeraars een (te) sterke nadruk leggen in hun marketingcampagnes op de prijs van geneesmiddelen, zonder zich te (hoeven) bekommeren om de kwaliteit van hun farmaceutische zorg omdat adequate prestatie-indicatoren op dit gebied ontbreken. In dat geval kan de Nederlandse geneesmiddelenmarkt voor de farmaceutische industrie namelijk

⁴¹ Zie bijvoorbeeld de website <http://www.healthyskepticism.org> en <http://www.nofreelunch.org>.

⁴² Zie Varkevisser, M. en S.A. van der Geest (2006), Farmaceutische zorg in de basisverzekering: vrijheden en verplichtingen voor zorgverzekeraars, SEOR-ECRi, Erasmus Universiteit Rotterdam.

commercieel gezien zo onaantrekkelijk worden dat ze besluiten om hun nieuwe geneesmiddelen hier simpelweg niet langer op de markt te brengen. Zoals reeds eerder aangegeven kan dit niet alleen negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van individuele patiënten, maar ook voor de totale zorguitgaven. De uitdaging is er derhalve in gelegen om de juiste balans te vinden.

5 Samenvatting en conclusie

Net als in andere landen is ook in Nederland de geneesmiddelenmarketing gericht op artsen een onderwerp van discussie. Deze marketing bestaat onder andere uit informatie van artsbezoekers, brochures, advertenties in medische tijdschriften, gratis monsters en gunstbetoon. Maar het gaat bijvoorbeeld ook om medische opinieleiders die een sleutelrol vervullen in de gezondheidszorg en onder betaling reclame maken voor bepaalde merkgeneesmiddelen. In de discussie wordt aangegeven dat marketing een snellere penetratie van nieuwe geneesmiddelen tot gevolg heeft. Per saldo kan dit leiden tot lagere zorgkosten. Anderen wijzen erop dat de marketinginspanningen van de geneesmiddelenindustrie voorschrijvende artsen aanzetten tot ondoelmatig of verkeerd voorschrijfgedrag met onnodig hogere zorguitgaven tot gevolg. In dit onderzoek staat de vraag centraal welke rol marketing vervult op markten in het algemeen en de markt voor innovatieve geneesmiddelen in het bijzonder

Vanuit de algemene economische theorie is bekend dat marketing een belangrijke rol als informatiebron kan vervullen. Marketing zorgt dan voor een betere afstemming van vraag en aanbod waardoor de welvaart toeneemt. Marketing kan echter ook manipulatief van karakter zijn en juist misleidende informatie bevatten. Bedrijven misbruiken in dat geval een bestaande informatieasymmetrie.

Op de geneesmiddelenmarkt kan marketing beide rollen vervullen. Onderzoek toont aan dat de informatieve rol van marketing voor geneesmiddelen van belang is om te stimuleren dat voorschrijvers sneller en meer informatie hebben over nieuwe geneesmiddelen. Door de kostenbesparing in andere delen van de zorgketen leidt deze vorm van marketing over het algemeen tot lagere zorgkosten. In de geneesmiddelenmarkt kan echter ook sprake zijn van een informatieasymmetrie. Zo zijn artsen voor sommige geneesmiddelen sterk afhankelijk van de informatieverstrekking door de fabrikant en zijn ze niet altijd in staat om de verstrekte informatie op juistheid en volledigheid te beoordelen. Zonder regulering en tegenkrachten geeft dit farmaceutische bedrijven mogelijkheden om met manipulerende marketing in plaats van informatieve marketing meer omzet te realiseren. Manipulerende marketing voor geneesmiddelen verlaagt de welvaart, omdat artsen op basis van de verstrekte informatie geen optimale beslissingen kunnen nemen. Bovendien kunnen farmaceutische bedrijven marketing gebruiken om een machtspositie in stand te houden.

Vanuit maatschappelijk perspectief is het belangrijk dat manipulerende marketing op de Nederlandse geneesmiddelenmarkt zoveel mogelijk wordt tegengegaan. Volgens ons is zeer strikte regulering van geneesmiddelenmarketing (vooral nog) echter niet nodig omdat in het nieuwe zorgstelsel al veel tegenkrachten bestaan. Nieuwe strikte regulering brengt niet alleen extra kosten en administratieve lasten met zich mee, maar doet ook het gevaar ontstaan dat nieuwe geneesmiddelen met grote vertraging voor patiënten beschikbaar komen of dat farmaceutische bedrijven Nederland als afzetmarkt gaan mijden. Om de mogelijke negatieve effecten van marketing zoveel mogelijk te bestrijden en tegelijkertijd de positieve effecten ervan (marketing als informatiebron) te behouden, lijkt het ons beter om de deskundigheid van voorschrijvers te vergroten zodat deze de informatie over (nieuwe) geneesmiddelen die via marketing tot hen komt adequaat kunnen beoordelen. Daarbij zou onderzocht moeten worden onder welke condities de apotheker een grotere rol zou kunnen krijgen omdat zijn opleiding in ieder geval ervoor zorgt dat veel meer relevante kennis beschikbaar is. Daarnaast is het ons inziens zinvol om de kwaliteit van de door zorgverzekeraars geleverde farmaceutische zorg inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld of nieuwe medicijnen voor patiënten voldoende beschikbaar zijn. Als blijkt dat dit niet het geval is, moet bezien worden of aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn. Daarbij kunnen tevens patiënten(organisaties) een positieve rol spelen door te stimuleren dat nieuwe geneesmiddelen die weliswaar duurder zijn maar ook een duidelijke meerwaarde hebben voor hen beschikbaar blijven.