

Marktwerking in de Vrije Beroepen

De Apothekersbranche

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Sander Quak

Studentnummer: 191183

Augustus 2005

Begeleider: Prof. dr. J. Heilbron

Voorwoord en Dankwoord

Aan het begin van het vierde jaar van mijn studie Bedrijfskunde merkte ik dat ik iets miste aan datgene wat ik tot dan toe op de Erasmus Universiteit had meegekregen. Na enige maanden hiermee te hebben rondgelopen, kwam ik een folder tegen van de Faculteit der Sociale Wetenschappen over de Master Arbeid, Organisatie en Management. Hierin werd uitgelegd dat deze specialisatie zich richt op de wisselwerking tussen organisaties en hun omgeving. Er werd uitdrukkelijk bij verteld dat het er niet om ging studenten praktische managementinstrumenten bij te brengen, maar om het verwerven van inzicht in de manier waarop organisaties functioneren in hun omgeving. Dit was wat ik miste bij Bedrijfskunde en ik besloot dan ook om er nog een jaar studie aan vast te plakken. Dit thema komt ook duidelijk terug in deze scriptie.

Ik heb geen moment spijt van gehad mijn keuze, maar na zes jaar studie komt met de voltooiing van deze scriptie mijn studententijd tot een einde en is het tijd voor een nieuwe fase in mijn leven. Andere werelden liggen open om ontdekt te worden en hier ga ik mij dan ook de komende tijd mee bezig houden.

Het werkelijke schrijven van een scriptie mag dan een eenzaam proces zijn, het opzetten en het uitvoeren van het onderzoek is vaak, zo ook in dit geval, onmogelijk zonder de hulp van anderen. Bovendien is enige sociale druk onontbeerlijk om enigszins de vaart erin te houden. Ik heb het contact met mijn medestudenten en de uitstekende begeleiding van prof. Heilbron tijdens de afgelopen maanden dan ook als zeer prettig en stimulerend ervaren. Ik wil hen hiervoor hartelijk bedanken.

Uiteraard ben ik ook veel dank verschuldigd aan alle geïnterviewden. Zij hebben niet alleen tijd vrij gemaakt om mij te woord te staan, maar ook met mij meegedacht en mij verder geholpen door mij interessante documentatie en de contactgegevens van andere personen voor interviews te verschaffen. Er is hier geen ruimte om iedereen bij naam te noemen, maar zij staan allen in deze scriptie vermeld.

Vlaardingen, 31 augustus 2005.

Sander Quak

Inhoudsopgave

Voorwoord en Dankwoord	1
Inhoudsopgave	2
Afkortingen	4
1. Introductie	6
1.1 Onderwerp van het Onderzoek	8
1.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.2.1 Centrale Onderzoeksvraag	9
1.2.2 Deelvragen.....	9
1.3 Methodologie	11
2. Literatuur	14
2.1 Introductie.....	14
2.2 Marktwerking.....	15
2.2.1 Marktfalen	16
2.2.2 Regulering	17
2.2.3 Reguleringsfalen.....	18
2.2.4 Markten volgens de Economische Sociologie.....	19
2.3 Sociologie van de Vrije Beroepen	21
2.3.1 Klassieke Sociologie van de Vrije Beroepen	22
2.3.2 Moderne Sociologie van de Vrije Beroepen	24
2.3.3 Beroepsorganisaties	27
2.4 Conclusies Literatuur	28
3. Empirie	30
3.1 Vrije beroepen in Nederland.....	31
3.2 De Nederlandse Gezondheidszorg.....	33
3.3 De Apothekersbranche.....	35
3.3.1 Vertegenwoordigende Organisaties	37
3.3.2 Belangenbehartiging	40
3.4 Ontwikkelingen in de Apothekersbranche.....	43
3.4.1 Ontwikkelingen sinds de Negentiende Eeuw	43
3.4.2 Beleid Begin Jaren Tachtig	44
3.4.3 Vestigingsbeleid.....	45
3.4.4 Regulering	46
3.4.5 Samenwerking.....	49
3.4.6 Postorderfarmacie	50

3.4.7 Zelfregulering	52
3.4.8 Marktwerking en Deregulering	54
3.4.9 Ketens van Apotheken.....	56
3.4.10 Recente Ontwikkelingen.....	59
3.5 Conclusies Empirie	63
4. Conclusies	70
4.1 Bevindingen	70
4.2 Discussie	71
4.3 Beperkingen en Toekomstig Onderzoek.....	72
Bibliografie.....	73
Bijlagen	81
Bijlage A: Economische Publicaties over Marktwerking	81
Bijlage B: Afgenomen Interviews.....	82
Bijlage C: Publiekrechtelijke Beroepsorganisaties in Nederland	83
Bijlage D: Reguleringsindices voor Vrije Beroepen in Europa	84
Bijlage E: Marktwerking in de Vrije Beroepen in 1985	85

Afkortingen

ASKA	Associatie van Ketenapotheken
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BG Pharma	Bond van Groothandelaren in farmaceutisch bedrijf
BIG	register Beroepen in de Gezondheidszorg
BOA	Belangenbehartiger Openbare Apotheken
Bogin	Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland
CBB	College van Beroep voor het Bedrijfsleven
CGR	stichting Code Geneesmiddelen Reclame
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FTO	Farmaco Therapeutisch Overleg
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingssysteem
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IWG	Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenvoorziening
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NAN	Nederlandse Apotheek Norm
NAPCo	Nederlandse Apotheek Coöperatie
Nefarma	Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
OPA	Omni Partijen Akkoord
OTC	Over-the-counter (medicijnen waar geen recept voor nodig is)
PBO	Publieksrechterlijke Beroepsorganisatie
PIP	Patiënten Informatie Project
SAL	Stichting Apothekers in Loondienst
SER	Sociaal Economische Raad
VJA	Vereniging Jonge Apothekers
VNA	stichting Verenigde Nederlandse Apotheken
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

1. Introductie

Sinds het begin van de jaren tachtig van de twintigste eeuw is het neoliberalisme als stroming dominanter geworden en heeft het economische beleid in veel landen beïnvloed. Dit zorgde, onder andere, voor de opkomst van marktwerking in delen van de economie waar deze tot dan toe maar een beperkte invloed had.¹ Het neoliberalisme vindt zijn oorsprong in het interbellum en wijst zowel het laissez-faire liberalisme als de centraal geleide economie af. Het kan worden gekarakteriseerd als een economisch-politiek systeem waarin de vraag naar en het aanbod van producten en diensten wordt bepaald door het prijsmechanisme. Dit vertrouwen in het prijsmechanisme heeft het gemeen met het laissez-faire liberalisme. Tegelijkertijd wijst het echter op de gevaren van economische machtsconcentraties die kunnen ontstaan onder het laissez-faire liberalisme. Om deze tegen te gaan, combineert het neoliberalisme het vertrouwen in het prijsmechanisme met het systematisch en indirect ingrijpen door de overheid in het economische proces. Direct ingrijpen wordt door de neoliberalen afgewezen, omdat dit leidt tot een kleiner nationaal product en het economische stelsel dan richting een centraal geleide economie wordt gedrongen.²

In het begin van de jaren tachtig krijgt het neoliberalisme ook in Nederland voet aan de grond. Nadat het begrotingstekort in de jaren zeventig sterk is toegenomen,³ neemt het kabinet Lubbers een aantal ingrijpende maatregelen om de overheidsfinanciën weer op orde te brengen.⁴ Elk jaar werden er door de overheid budgetten opgesteld om het financieringstekort onder controle te krijgen.⁵ Verder begon het kabinet met een privatiseringsproces. Met de opbrengst van de verkoop van een groot aantal staatsondernemingen werd de staatsschuld verminderd. Het waren echter niet alleen financiële overwegingen die het kabinet tot dit besluit leidde. Er zat ook een ideologische kant aan. Men wilde de markt meer ruimte geven om als sturend mechanisme op te treden. Men verwachtte dat dit tot grote efficiencywinsten zou leiden.⁶

Toen het eerste kabinet Kok in 1994 aantrad, was hun motto “Werk, werk, werk”. Eén van de manieren om dit te realiseren was de operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW). Dit was een vervolg op eerder kabinetsbeleid uit de jaren tachtig.⁷ Het doel van deze operatie was om de lasten voor zowel burgers als bedrijven te verlagen, de markt beter in staat stellen om haar werk te doen en de kwaliteit van de wetgeving te verbeteren.⁸ Dit moest vervolgens leiden tot een verhoogde onderlinge concurrentie in Nederland en een hogere economische groei.⁹

¹ Arestis and Sawyer, 2004: p. 1-4

² Meijer, 1988: 1-35

³ Ministerie van Financiën, 2005

⁴ Trommel en Van der Veen, 1999: 193-195

⁵ Ministerie van Financiën Website

⁶ Lubbers, 1995: 9-11

⁷ Jorrijsma-Lebbink en Korthals, 2001

⁸ Ministerie van Economische Zaken, 2005a

⁹ Stefanski, 2001

Zoals hierboven beschreven, is marktwerking met de komst van het eerste kabinet Lubbers (1982) onderdeel geworden van het overheidsbeleid. Sinds die tijd zijn er ook vele onderzoeken aan dit onderwerp geweest (zie bijlage A voor enkele voorbeelden). Vooral het aantal publicaties door of in opdracht van (semi-) overheidsinstanties is omvangrijk. Deze onderzoeken hebben overwegend een economisch karakter en analyseren, onder andere, in hoeverre marktwerking in een specifieke sector kan worden ingevoerd, hoe het precies kan worden vorm gegeven en wat de gevolgen zijn.

In het begin van de jaren negentig zijn bij verschillende vrije beroepsgroepen maatregelen genomen om marktwerking te bevorderen (o.a. advocaten, accountants, notarissen, artsen en apothekers). Eind jaren negentig heeft men geprobeerd om dit systematischer aan te pakken.¹⁰ De vrije beroepen onderscheiden zich van andere beroepen op een aantal punten:

- de dienstverlening bestaat voornamelijk uit een intellectuele prestatie;
- dit vergt een belangrijke voorafgaande opleiding en permanente educatie;
- de beoefenaar draagt persoonlijk verantwoordelijkheid;
- de dienstverlening gebeurt op een onafhankelijke wijze; de beoefenaar handelt daarbij zowel in het belang van zijn/haar opdrachtgever, cliënt of patiënt, als in het algemeen belang;
- de beroepsuitoefening is onderworpen aan reguleringen, hetzij bij wet, hetzij bij privaats- of publiekrechtelijke regeling van de betrokkenen beroepsorganisatie. De beroepscode beoogt het garanderen en bevorderen van de professionaliteit, de kwaliteit en de vertrouwensrelatie met de opdrachtgever, cliënt of patiënt.¹¹

Een probleem bij pogingen om meer marktwerking in de sector te bevorderen, is de informatieasymmetrie waarvan bij alle vrije beroepen sprake is. De klassieke economie gaat namelijk uit van volledige informatie voor alle partijen op basis waarvan zij een keuze kunnen maken over de aangeboden en gevraagde prijs en kwaliteit.¹² Bij de vrije beroepen is het echter zo dat alleen beoefenaren de kwaliteit van de aangeboden service kunnen bepalen. Ook achteraf is het voor anderen nauwelijks mogelijk om de kwaliteit te beoordelen. Cliënten moeten er dus op vertrouwen dat de vrije beroepsbeoefenaren hun uiterste best doen.¹³ Ondanks dit probleem heeft de overheid maatregelen genomen om marktwerking in deze sectoren te bevorderen.

Eerdere onderzoeken naar marktwerking waren vooral economisch van aard. Dit onderzoek benadert marktwerking in de vrije beroepen echter vanuit een sociologisch perspectief en staat daarmee in de traditie van zowel de sociologie van de vrije beroepen als van de economische sociologie. De sociologie van de vrije beroepen houdt zich bezig met de manier waarop de vrije beroepen zich

¹⁰ Van de Ven en Koopmans, 1997: 5

¹¹ Vrije Beroepen.net, 2005

¹² Smelser en Swedberg, 2005: 3

¹³ Van de Ven en Koopmans, 1997: 5

hebben georganiseerd en de rol die zij spelen in de samenleving.¹⁴ In de economische sociologie worden economische fenomenen vanuit een sociologische perspectief, met sociologische verklaringmodellen bekeken.¹⁵

1.1 Onderwerp van het Onderzoek

Zoals hierboven is beschreven, is het thema van dit onderzoek de introductie van marktwerking in de vrije beroepen. Vanwege de omvang van de vrije beroepensector en de beperkte middelen die tot mijn beschikking staan (tijd), is het echter niet mogelijk om de introductie van marktwerking bij alle vrije beroepen te onderzoeken. Dit onderzoek zal zich dan ook beperken tot één van de vrije beroepen. Deze zal zo diepgaand mogelijk onderzocht worden. De introductie van marktwerking in de vrije beroepen is dan de context waarin dit onderzoek plaatsvindt.

De casus waar in dit onderzoek voor is gekozen, is de apothekersbranche. De apothekers vormen een interessante groep, omdat behalve het overheidsbeleid ten opzichte van de vrije beroepen ook het (veranderende) beleid ten opzichte van de gezondheidszorg op hen van invloed is. Vanwege het belang van de gezondheidszorg heeft de overheid allerlei wetten en regels ingevoerd om de kwaliteit ervan te garanderen. Naast zelfregulering, wat een kenmerk is van vele vrije beroepen, is er dus ook sprake van overheidsregulering. Verder geldt voor de apothekers, in grotere mate dan voor andere vrije beroepen, dat zij bij het uitoefenen van hun beroep, behalve met de professionele kant van hun vak, ook rekening moeten houden met de bedrijfsmatige kant van hun vak. Net als bij andere medische vrije beroepen moet het belang van de cliënt uiteraard altijd scherp in het oog worden gehouden. Als er een fout wordt gemaakt, kan dat de gezondheid van de cliënt ernstig schaden. Tegelijkertijd heeft de apotheker echter met de accountant en de notaris gemeen dat niet alleen het belang van de cliënt in de gaten moet worden gehouden, maar ook het belang van het bedrijf. Er zijn een groot aantal bedrijfsmatige zaken, zoals de administratie, personeelszaken en voorraadbeheer, waarmee rekening moet worden gehouden.¹⁶

Omdat elke casus zijn eigenaardigheden heeft, is het niet mogelijk om de resultaten van dit onderzoek rechtstreeks ook van toepassing te verklaren op de andere vrije beroepen. Samen met, onder andere, de huisartsen, fysiotherapeuten, medisch specialisten en tandartsen maken de apothekers onderdeel uit van de gezondheidszorg. De zorg voor de gezondheid van de bevolking is één van de kerntaken van de overheid en deze bemoeit zich dan waarschijnlijk ook intensiever met de apothekers dan met, bijvoorbeeld, de accountants, loodsen of notarissen. De overeenkomsten tussen de vrije beroepsbeoefenaren zorgen er echter wel voor dat de resultaten van dit onderzoek in ieder geval een indicatie geven voor de andere vrije beroepen.

¹⁴ Abbott, 2002

¹⁵ Smelser en Swedberg: 2005: 3

¹⁶ Cancrinus-Matthijsse, 1995: 2

1.2 Onderzoeksvragen

Zoals hierboven al is beschreven is het doel van dit onderzoek om inzicht te geven in hoe het proces van de introductie van marktwerking in de apothekersbranche is verlopen. Om dit doel te bereiken en het onderzoek richting te geven, wordt eerst de centrale vraag opgesteld die door dit onderzoek beantwoord moet worden. Om deze centrale vraag te beantwoorden, worden vervolgens weer een aantal deelvragen opgesteld. Als deze allemaal beantwoord zijn, is het mogelijk om de centrale vraag te beantwoorden.¹⁷

1.2.1 Centrale Onderzoeksvraag

De doelstelling van dit onderzoek leidt tot de volgende centrale onderzoeksvraag:

Hoe heeft de introductie van marktwerking in de apothekersbranche zich sinds begin jaren tachtig ontwikkeld en hoe is daar door de betrokken partijen op gereageerd?

Waar de centrale vraag ertoe dient om richting te geven aan het onderzoek, dienen de hieruit afgeleide deelvragen ertoe om de benodigde kennis te vergaren. De antwoorden op de deelvragen dienen samen een antwoord te geven op de centrale vraag. Het is belangrijk dat zowel de centrale onderzoeksvraag als de deelvragen niet te ruim zijn gesteld. Dit zou namelijk betekenen dat tijdens het onderzoek informatie wordt vergaard die voor het doel van het onderzoek niet benodigd is.¹⁸

1.2.2 Deelvragen

Om ambiguïteit te voorkomen, moet, voordat de centrale vraag beantwoord kan worden, eerst duidelijk worden gemaakt wat deze precies inhoudt. In deze centrale vraag staat één term waarvan niet direct duidelijk is wat hij precies inhoudt: marktwerking. Marktwerking wordt de laatste jaren veelvuldig gebruikt in de politiek en de media als middel om de publieke opinie te beïnvloeden. Het gevolg hiervan is dat het nauwelijks duidelijk is wat het nu precies inhoudt. Verder is de apothekersbranche het onderwerp van dit onderzoek. Omdat er echter geen specifieke literatuur van de apothekersbranche bestaat en de apothekersbranche hier wordt gezien als representant van de vrije beroepen, zal de literatuur over de vrije beroepen worden bestudeerd. De eerste twee (theoretische) deelvragen zijn dan ook als volgt:

1. Wat houdt marktwerking in?

¹⁷ Verschuren en Doorewaard, 1998: 65-69

¹⁸ Verschuren en Doorewaard, 1998: 69-71

2. Hoe kan men de vrije beroepen typeren?

Nadat de literatuur is onderzocht en het duidelijk is wat marktwerking en de vrije beroepen precies zijn, is de volgende stap de empirie. Omdat dit onderzoek de apothekersbranche in de context van de vrije beroepen plaatst, heeft de derde deelvraag betrekking op het overheidsbeleid ten opzichte van de vrije beroepen sinds het begin van de jaren tachtig. Naast een vrij beroep is de apothekersbranche ook nog eens onderdeel van de gezondheidszorg. De manier waarop deze is georganiseerd, beïnvloedt de apothekersbranche en is daarmee onderdeel van de context van de apothekersbranche. De vierde (empirische) deelvraag heeft daarom betrekking op de gezondheidszorg in Nederland.

3. Hoe heeft het overheidsbeleid met betrekking tot marktwerking in de vrije beroepen er sinds het begin van de jaren tachtig uitgezien?

4. Welke veranderingen hebben er sinds het begin van de jaren tachtig in de gezondheidszorg plaatsgevonden en hoe is deze nu georganiseerd?

Vervolgens wordt de aandacht gericht op de apothekersbranche zelf, de veranderingen die er sinds het begin van de jaren tachtig hebben plaatsgevonden en de reacties hierop van de betrokken partijen.

5. Hoe ziet de apothekersbranche in Nederland er uit?

6. Welke beleidsmaatregelen heeft de overheid sinds het begin van de jaren tachtig genomen om marktwerking in de apothekersbranche te stimuleren?

7. Hoe hebben de verschillende betrokken partijen in de apothekersbranche gereageerd op de beleidsmaatregelen van de overheid en andere ontwikkelingen in de apothekersbranche?

De bedoeling van dit onderzoek is om uit te vinden wat de gevolgen van de introductie van marktwerking in apothekersbranche zijn. Hier heeft de laatste vraag betrekking op.

8. Wat zijn de gevolgen van de introductie van marktwerking in de apothekersbranche?

In de volgende paragraaf wordt uitgelegd op welke manier deze vragen beantwoord gaan worden.

1.3 Methodologie

Er is in Nederland nog niet veel sociologisch onderzoek naar de introductie van marktwerking in de vrije beroepen gedaan waarop verder gebouwd kan worden. Dit onderzoek is een eerste aanzet hiertoe en is dan ook overwegend exploratief van aard. Er zal getracht worden door middel van een beschrijving van de ontwikkelingen sinds het begin van de jaren tachtig een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de verschillende maatregelen die sindsdien in de apothekersbranche zijn genomen en de reacties hierop van de verschillende betrokken actoren. De meeste aandacht zal hierbij uitgaan naar de apothekers zelf. Vervolgens zal gekeken worden of vanuit de sociologische literatuur een verklaring kan worden gegeven voor dit gedrag.

Een exploratief onderzoek volgt niet de strenge hypothetisch-deductieve opzet die men regelmatig tegenkomt in sociaal-wetenschappelijk onderzoek. In dit soort onderzoeken stelt men op basis van al vergaarde kennis van het sociale verschijnsel verschillende hypothesen op waaruit vervolgens weer toetsbare voorspellingen worden gedestilleerd. Deze worden dan getoetst aan de sociale werkelijkheid.¹⁹

Bij een exploratief onderzoek wil men het verschijnsel leren kennen en kennis over het verschijnsel opbouwen. Hypothesen kunnen door het gebrek aan kennis over het verschijnsel nog niet worden gesteld en ook voorspellingen over de kenmerken van het verschijnsel en verbanden behoren dan ook nog niet tot de mogelijkheden.²⁰ Doordat men niet precies weet waar men naar op zoek is, verlangt een exploratief onderzoek een flexibele manier van onderzoek doen. Een strakke vaststaande onderzoeksopzet en rigide onderzoeksmethoden die eenmaal uitgevoerd niet meer kunnen worden veranderd (zoals een enquête), moeten dan ook worden vermeden. Men moet zich toeleggen op flexibele methoden van onderzoek doen.²¹

In dit onderzoek wordt het volgende onderzoeksstramien gevolgd. In paragraaf 1.2 staan de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen die richting geven aan dit onderzoek. Door deze te beantwoorden kan de doelstelling van het onderzoek bereikt worden. De eerste twee deelvragen worden beantwoord door middel van literatuuronderzoek.

De eerste deelvraag heeft betrekking op marktwerking. De werking van markten is van oudsher het onderzoeksgebied van de economie. Sinds haar opkomst begin twintigste eeuw bestudeert echter ook de (economische) sociologie de werking van markten. Verschillende sociologen hebben theorieën gelanceerd over hoe markten in sociale termen werken. Het is echter (nog) niet mogelijk om

¹⁹ De Groot, 1994: 29

²⁰ Janssens, 1988: 40

²¹ Segers, 1999: 119

markten geheel in sociale termen te beschrijven.²² Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal dan ook geput worden uit zowel de economische als de (economisch) sociologische literatuur.

De vrije beroepen zijn al sinds het ontstaan van de sociologie onderwerp van onderzoek en er is dan ook sprake van een rijke geschiedenis van onderzoek hiernaar. Het onderzoek naar vrije beroepen maakt onderdeel uit van de sociologie van de vrije beroepen.²³ Deze literatuur zal worden bestudeerd en geanalyseerd om de tweede deelvraag te beantwoorden.

Deelvragen drie en vier gaan over de context waarin de veranderingen in de apothekersbranche sinds het begin van de jaren tachtig hebben plaatsgevonden. Zoals al eerder vermeld zijn er al vele (economische) onderzoeken geweest naar marktwerking, waaronder naar marktwerking in de vrije beroepen, en deze zullen in dit onderzoek van pas komen. Ook over de gezondheidszorg zijn de laatste jaren vele onderzoeken gepubliceerd. Het onderzoek naar de vrije beroepen en de gezondheidszorg zal bestaan uit het onderzoeken van schriftelijke bronnen.

Het onderzoek naar de apothekersbranche (deelvragen vijf t/m acht) zal bestaan uit een combinatie van twee onderzoeksmethoden. Om een beeld te krijgen van hoe de branche in elkaar steekt, zullen open (vrije) interviews worden afgenomen. De geëigende partijen om deze interviews mee te houden, zijn de verschillende actoren in de branche en onafhankelijke onderzoekers. Deze interviews kunnen zowel direct (door uitleg over de branche) als indirect (via aangereikte documentatie) informatie opleveren over de branche. Naast een beeld van de branche zal door middel van de open interviews ook geprobeerd worden een beeld te krijgen van de reacties van de verschillende partijen op de ontwikkelingen in de branche en de manieren waarop de verschillende partijen proberen het beleid te beïnvloeden en hun belangen te behartigen. Omdat het waarschijnlijk is dat de partijen zelf niet veel over hun eigen rol kwijt willen, zal juist aan andere partijen gevraagd worden hoe er in de branche gereageerd wordt. Ook de interviews met onafhankelijke onderzoekers zullen hier een bijdrage aan kunnen leveren. Naast het houden van interviews zal uiteraard ook de (vak)literatuur worden geraadpleegd. Dit is een voor de hand liggende bron van informatie. Documentatie die kan worden geraadpleegd, omvat onder andere artikelen in tijdschriften, kranten, vakbladen, congresverslagen en rapporten.²⁴

Open interviews zijn een geëigende methode voor exploratief onderzoek. Ze maken het mogelijk om snel een beeld te krijgen over een onderwerp. Als voorbereiding geeft de interviewer de onderwerpen aan waarover hij wil praten. Vervolgens geeft hij de gesprekspartner tijdens het interview alle ruimte om vrij over deze onderwerpen te praten. Bovendien krijgt de geïnterviewde de ruimte om onderwerpen aan te dragen waarvan diegene denkt dat ze belangrijk en relevant zijn. De geïnterviewde moet de ruimte worden gegeven om zich ook uit te spreken over minder relevante

²² Swedberg, 2005: 233-253

²³ Bos, 1999: 26-36

²⁴ 't Hart et al., 1998: 311-315

onderwerpen. Vervolgens moet de interviewer het gesprek weer richten op het eigenlijke onderwerp. Achteraf heeft de geïnterviewde recht op een terugrapportage waarin de verzamelde kennis wordt weergegeven.²⁵ Open interviews geven de nodige flexibiliteit die nodig is in een exploratief onderzoek.

²⁵ Gadourek, 1972: 175-180

2. Literatuur

In het vorige hoofdstuk zijn twee deelvragen gesteld die door middel van een literatuuronderzoek beantwoord moeten worden. Dat zal in dit hoofdstuk gebeuren. De literatuur die in dit hoofdstuk behandeld wordt, heeft betrekking op marktwerking en de vrije beroepen en is onderdeel van de economie, de economische sociologie en de sociologie van de vrije beroepen.

2.1 Introductie

In het dagelijkse leven wordt marktwerking vooral geassocieerd met privatisering. Er is dan sprake van verandering van eigendomsstructuur van publieke diensten. Waar een dienst eerst door de overheid of door een andere publieke instantie werd aangeboden, wordt deze overgedaan aan een private organisatie met een winstmotief.²⁶ Voorbeelden hiervan in Nederland zijn de privatisering van een aantal energiebedrijven, de Nederlandse Spoorwegen en de voormalige PTT.²⁷ Dit is echter de vertaling van marktwerking in het dagelijkse leven en dus niet datgene wat marktwerking volgens de literatuur inhoudt.

De werking van markten is van oorsprong het terrein van de economische literatuur. De grondlegger hiervan is de Schotse filosoof Adam Smith. Zijn theorie begint met de ‘division of labour’ wat inhoudt dat alle werknemers zich concentreren op een specifieke taak. Dit is de basis van economische groei doordat het verbeteringen in productiemethoden mogelijk maakt. De arbeidsverdeling wordt vergroot door een grotere markt en deze is weer afhankelijk van de mogelijkheid tot vrije handel. Smith pleit daarom ook voor een vrije markt. Hierin zorgt het aanbod van en de vraag naar een product of dienst voor de optimale prijs. Dit wordt de onzichtbare hand van de vrije markt genoemd.²⁸

De vrije markt, zoals die is beschreven door Adam Smith en andere klassieke economen, is een ideaaltype. In de economische literatuur wordt onderkend dat deze in de werkelijkheid niet voorkomt en dat er verschillende problemen zijn die de volledige vrije werking van een markt verstoren. Om deze problemen te verhelpen heeft de overheid een aantal mogelijkheden tot haar beschikking. Ook hier kleven echter een aantal nadelen aan.

Waar de klassieke economie uitging van een aantal basisgedachten, ontbreekt er in de sociologie één dominante traditie. Dit heeft ook zijn weerslag gehad op de economische sociologie. Er is geen duidelijke overeenstemming over hoe de economie moet worden bekeken vanuit de sociologie. Waar Parsons de samenleving als een systeem ziet en de economie als een onderdeel daarvan (substelsysteem),

²⁶ Struyven en Steurs, 2003: 3

²⁷ Van Helden, 2004: 14

²⁸ Raphael, 1985: 46-85

is Weber bij voorbeeld al erg kritisch over het idee van de samenleving als een systeem.²⁹ Eén van de sterke punten van de economische sociologie is dat zij de sociale structuren achter economische fenomenen kan blootleggen. Dit geldt ook voor de sociologische analyse van de werking van markten.³⁰

Grote sociologen als Comte, Durkheim, Marx, Spencer en Weber hadden al belangstelling voor beroepen en hun ontwikkelingen. De intrede van de industriële samenleving leidde tot grote veranderingen in de maatschappij en verschillende sociologen wezen op de gevaren die dit met zich meebracht (vervreemding). Volgens sommige sociologen waren de vrije beroepen de redders van de samenleving die zorgden voor verrijking van het maatschappelijke leven.³¹ Wat er nu precies verstaan werd onder ‘professions’ (vrije beroepen) was niet duidelijk. Dit zorgde er voor dat zij moeilijk te onderzoeken waren.³² Begin twintigste eeuw werd dan ook veel onderzoek gedaan naar wat de vrije beroepen precies waren. De sociologische kijk op de vrije beroepen is sinds die tijd, vooral in de jaren zeventig van de twintigste eeuw, danig veranderd. Latere sociologen bekeken de vrije beroepen veel kritischer en hielden zich vooral bezig met hoe de vrije beroepen binnen de samenleving functioneerden.³³

2.2 Marktwerking

Volgens de klassieke economen moet een markt aan een aantal voorwaarden voldoen om de ‘onzichtbare hand’ haar werk te kunnen laten doen. Er moet sprake zijn van perfecte informatie. Dit betekent dat alle partijen toegang hebben tot alle benodigde informatie om een beeld te kunnen krijgen van de kwaliteit van het product en de prijs die ervoor betaald wordt door de verschillende vragers. Deze informatie moet bovendien vrij beschikbaar zijn voor alle marktpartijen.³⁴ Het aangeboden product (service) moet homogeen van aard zijn. Dit betekent dat alle aanbieders hetzelfde product aanbieden. Anders is het voor de consument niet mogelijk om de aanbiedingen te vergelijken.³⁵ Bovendien moeten er op een vrije markt een groot aantal aanbieders en vragers actief zijn. Deze beide groepen zijn alleen geïnteresseerd in hun eigen belang en handelen hier ook naar. Het streven naar het eigenbelang door alle partijen leidt vervolgens tot de meest optimale en efficiënte uitkomst. Het lijkt er daarom op dat de onzichtbare hand van de vrije markt het gedrag van de partijen stuurt.³⁶

²⁹ Smelser en Swedberg, 2005: 3-4

³⁰ Swedberg, 2005: 233

³¹ Bos, 1999: 26-36

³² Millerson, 1964: 1

³³ Bos, 1999: 26-36

³⁴ Smelser en Swedberg, 2005: 3

³⁵ Maks en Philipsen, 2001: 3

³⁶ Mankiw, 2001: 9-10

2.2.1 Marktfalen

Markten kunnen alleen dan efficiënt werken als aan de voorwaarden is voldaan. De onzichtbare hand van de markt doet dan haar werk en zorgt, door middel van de prijs, voor een optimale afstemming van vraag en aanbod. Het komt echter voor dat de markt faalt. Dit kan het gevolg zijn van een aantal fenomenen: marktmacht, externe effecten, publieke goederen en informatieasymmetrie.³⁷

Marktmacht houdt in dat één (monopolie) of een beperkt aantal (oligopolie) partij(en) een substantieel deel van de markt in handen heeft of hebben (economische machtsconcentratie) en daardoor weinig rekening hoeft of hoeven te houden met de belangen van andere partijen op de markt, zoals de toeleveranciers en de afnemers. Andere partijen zijn afhankelijk van de dominante partij en dit zorgt ervoor dat er geen sprake kan zijn van vrije concurrentie. Dit kan leiden tot verlies van maatschappelijke welvaart. Er zijn echter ook gevallen bekend waarin een economische machtsconcentratie juist wenselijk is. Dit is vooral het geval indien er grote efficiëntievoordelen zijn te behalen bij een grote productie.

“Externe effecten treden op wanneer het nut van het ene economisch subject (A) direct wordt beïnvloed door de activiteiten van een ander subject (B), terwijl B hier geen rekening mee houdt bij zijn marktbeslissingen.”³⁸ Deze effecten kunnen zowel positief als negatief zijn. Een negatief effect is bijvoorbeeld de uitstoot van schadelijke stoffen. Publieke goederen staan ter beschikking aan iedereen. Ze hebben als kenmerk niet-uitsluitbaarheid en non-rivaliteit. Dit betekent dat mensen niet kunnen worden uitgesloten van het gebruik ervan en dat het gebruik door de één het gebruik door de ander niet in de weg staat. Voorbeelden zijn defensie en dijken. Dit is niet een vorm van marktfalen die bij vrije beroepen voorkomt.

Informatieasymmetrie is een belangrijke bron van marktfalen. Vooral bij vrije beroepen is hier sprake van. Informatieasymmetrie houdt in dat één partij over meer informatie beschikt dan de ander. Door middel van strategisch handelen kan men proberen deze informatie te gelde te maken. Bij de vrije beroepen gaat het om de kwaliteit van de dienstverlening. Door gebrek aan kennis en informatie kan de consument niet uitmaken of de geleverde kwaliteit van een hoog niveau is. Asymmetrische informatie heeft een tweetal mogelijke gevolgen: adverse selection en moral hazard.³⁹ Adverse selection houdt in dat goede kwaliteit door slechte kwaliteit uit markt wordt gedrukt als gevolg van het feit dat consumenten geen onderscheid kunnen maken tussen beide. De consument onderscheidt slechts een gemiddelde kwaliteit en aanbieders van goede kwaliteit kunnen deze niet winstgevend leveren tegen een gemiddelde prijs. Op de lange termijn wordt er hierdoor alleen nog maar slechte kwaliteit aangeboden. Moral hazard houdt in dat handelingen van één van de partijen niet zichtbaar zijn voor de andere partij. Bij vrije beroepen speelt dit omdat de consument vaak niet kan zien wat de vrije beroepsbeoefenaar doet. Een advocaat kan bijvoorbeeld, indien dit voor hem lonend is, een deal

³⁷ Van den Heuvel Rijnders et al., 2004: 40

³⁸ Bos, 1995: 20-26

³⁹ Van den Heuvel Rijnders et al., 2004: 40-43

sluiten met de tegenpartij. Vanwege het vertrouwenskarakter van de geleverde diensten geldt dit gevaar bij vrije beroepen nog eens extra. Ook achteraf is vaak niet mogelijk om moral hazard gedrag waar te nemen.⁴⁰

Naast deze door de literatuur behandelde vormen van marktfalen blijken er in de praktijk nog een tweetal obstakels te bestaan die de werking van markten beperken: overstapkosten en bepalen/betalen/genieten-obstakel. Overstapkosten moeten door een afnemer worden betaald als een cliënt een bestaande relatie wil beëindigen en wil overstappen naar een andere aanbieder. Dit zijn niet alleen financiële kosten, maar bijvoorbeeld ook de moeite die iemand moet doen als hij bijvoorbeeld een andere specialist in een ziekenhuis wil.

Het bepalen/betalen/genieten-obstakel is typisch voor de vrije beroepen. Bij sommige vrije beroepen is de band tussen deze drie namelijk doorgesneden. Bij de medische vrije beroepen geldt bijvoorbeeld dat de ziektekostenverzekeraar betaalt, de specialist bepaalt de behandeling en de patiënt geniet het voordeel hiervan. In ‘gewone’ markten zitten deze drie aan elkaar verbonden en horen ze bij één en dezelfde persoon. De patiënt heeft weinig invloed op de hoeveelheid zorg die hij consumeert en financieel maakt dit voor hem ook niet uit. Hij betaalt zijn verzekeringspremie en ondervindt verder geen financiële prikkels om het gebruik van de zorg te beïnvloeden (ervan uitgaande dat er geen sprake is van een eigen risico). De zorgketen komt hierdoor onder druk te staan.⁴¹

2.2.2 Regulering

Zoals in de vorige paragraaf beschreven werken vrije markten niet altijd efficiënt (marktfalen) wat kan resulteren in adverse selection en moral hazard. Om dit probleem te ondervangen kan de overheid de markten reguleren. De onzichtbare hand van de markt wordt dan geholpen door de zichtbare hand van de regulering. Regulering door de overheid wordt echter niet altijd ingegeven door marktfalen. Naast marktfalen kan regulering ook worden ingegeven door de behoefte om welvaart te herverdelen of als een vorm van paternalisme.⁴²

De overheid heeft verschillende vormen van regulering tot haar beschikking om in te grijpen in een markt. De éne maatregel is ingrijpender dan de andere. Hier zullen drie vormen, in oplopende mate van ingrijpen, behandeld worden.

Informatievoorziening is de eerste vorm van regulering. De overheid kan toezicht uitoefenen op informatie die naar buiten wordt gebracht door de marktpartijen om onjuiste en misleidende informatie te voorkomen. Zij kan echter ook iets verder gaan en de aanbieders verplichten om

⁴⁰ Philips, 1988: 58-71

⁴¹ Van den Heuvel Rijnders et al., 2004: 44

⁴² Bos, 1995: 20

informatie betreffende prijs, inhoud van het product en kwaliteit van het aangeboden te publiceren. Informatie betreffende de kwaliteit van de vrije beroepsbeoefenaren is niet mogelijk omdat het gaat om experience goods. Dit betekent dat de kwaliteit van de dienst niet vooraf kan worden vastgesteld.

Een ingrijpendere maatregel van de overheid is het instellen van *kwaliteitsstandaarden* voor het aangeboden product of de aangeboden dienst. Ook hierin kan weer een onderscheid worden gemaakt. Een target standaard betekent dat de overheid over zal gaan tot vervolging als het product of de dienst schadelijke gevolgen heeft. Dit wordt gecontroleerd nadat het tot de markt is toegelaten. Een performance standaard houdt in dat de het product of de dienst vooraf wordt gecontroleerd om te kijken of het een bepaalde kwaliteit heeft. Tot slot, een specification standaard houdt in dat de overheid de aanbieders verplicht om bepaalde productiemethoden of -materialen te gebruiken. Deze laatste vorm van regulering is bij vrije beroepen moeilijk uitvoerbaar, omdat de overheid vaak niet de benodigde kennis daarvoor heeft. De performance standaard is bij vrije beroepen wel goed uitvoerbaar.

De meest ingrijpende vorm van regulering is het invoeren van *licenties* en *certificaten*. Door middel van het instellen van licenties en certificaten kunnen aanbieders worden verplicht aan bepaalde opleidings- of trainingsvereisten te voldoen. Bij de vrije beroepen gebeurt het vaak dat de beroepsgroep zelf regulering opstelt betreffende vereiste werkervaring door middel van stages.⁴³

Zoals hiervoor al opgemerkt is de overheid niet de enige die door middel van regulering probeert de markt te beïnvloeden. Ook de beroepsgroep zelf kan dit doen door middel van zelfregulering. Dit kan op vrijwillige basis gebeuren, maar zelfregulering wordt ook wel ondersteund door mogelijke sancties vanuit het private (beroepsgroep zelf) of publieke recht (overheid).

Er zijn verschillende vormen van zelfregulering die allemaal gemeen hebben dat ze de interne en/of externe concurrentie beperken. Voorbeelden zijn opleidings- en trainingsvereisten, verplichte registratie, numerus clausus voor het aantal toegelaten beroepsbeoefenaren, restricties qua nationaliteit, vestigingsbeleid, beperking van reclame, vastgestelde tarieven, beperkte samenwerking met andere beroepen en een domeinmonopolie. Deze laatste vorm van regulering wordt over het algemeen ondersteund door overheidsregulering.⁴⁴

2.2.3 Reguleringsfalen

Overheden proberen falen van markten te verhelpen door middel van regulering. Overheidsregulering kan echter ook falen. Een belangrijke oorzaak hiervan is de informatieasymmetrie die er bestaat tussen de vrije beroepen en de overheid. De specialistische kennis, waardoor de vrije beroepen gekenmerkt worden, zorgt ervoor dat het voor de overheid moeilijk is om te bepalen of bepaalde regels

⁴³ Maks et al., 2000: 9-13

⁴⁴ Maks et al., 2000: 13-14

noodzakelijk en proportioneel zijn. Dit geldt niet alleen voor de regulering die het zelf heeft ingesteld, maar ook voor de regulering van de beroepsorganisaties.⁴⁵

Het doel waarmee bepaalde regulering is opgesteld wordt niet altijd bereikt. Er is dan sprake van discrepantie tussen beleidsdoelstelling en beleidsdoel. Er zijn drie hoofdredenen te bedenken waarom een bepaald beleidsdoel niet gehaald kan worden door middel van regulering. Ten eerste zijn sommige beleidsmiddelen, noodzakelijk om een beleidsdoel te behalen, niet te gebruiken, omdat zij maatschappelijk niet geaccepteerd zijn, of omdat zij beperkingen hebben. Ten tweede heeft een beleidsmiddel niet alleen het bedoelde beleidsdoel tot gevolg. Zowel direct als indirect kan regulering leiden tot effecten in en reacties van de maatschappij die niet bedoeld waren. Het is dan de vraag of het bereikte beleidsdoel opweegt tegen deze effecten. Deze kunnen ook financieel van aard zijn. Tot slot is er het gecombineerde effect van regulering. Dit houdt in dat regulering verdere regulering oproept waardoor er sprake is van een steeds hogere mate en verdere verfijning van regulering. Dit kan leiden tot inflexibiliteit en conflicterende regelgeving.⁴⁶

In de praktijk is ook gebleken dat interventies door middel van regulering regelmatig haar doel voorbij schieten. De regulering is dan ingrijpender dan het opgetreden marktfalen rechtvaardigt. Dit resulteert juist weer in een belemmering van de marktwerking. Vervolgens treft men weer nieuwe maatregelen om de marktwerking te waarborgen. Op deze manier kan men gemakkelijk in een vicieuze cirkel terecht komen.

Een gedeelte van de regulering wordt ook niet ingegeven door publieke belangen, zoals het waarborgen van een vrije marktwerking om de maatschappelijke welvaart zo groot mogelijk te houden. Er zijn verschillende private groepen in de samenleving die door middel van lobbyen haar belangen probeert in regelgeving te waarborgen.⁴⁷ In de economische literatuur wordt dit rent-seeking gedrag genoemd. Om dit succesvol uit te voeren, moet een groep aan een aantal voorwaarden voldoen: klein qua omvang (aantal leden), goed georganiseerd en specifiek op één onderwerp gerichte belangen. De vrije beroepen beantwoorden over het algemeen aan deze eisen.⁴⁸

2.2.4 Markten volgens de Economische Sociologie

De economische sociologie heeft geen grote traditie wat betreft het bestuderen van markten (zeker in vergelijking met de economie) en er is dan ook niet één complete sociologische theorie over markten. Verschillende sociologen hebben echter wel een bijdrage geleverd aan de sociologische kijk op markten.⁴⁹

⁴⁵ Van den Heuvel Rijnders et al., 2004: 44-45

⁴⁶ Bos, 1995: 40-42

⁴⁷ Bos, 1995: 5

⁴⁸ Maks en Philipsen, 2001: 6

⁴⁹ Swedberg, 2005: 233

De eerste opleving van de economische sociologie vond plaats aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw. Sociologen als Weber, Durkheim en Simmel richtten zich op de fundamentele vragen van het veld: welke rol speelt de economie in de samenleving? Wat is het verschil tussen de economische en de sociologische analyse van de economie? En wat zijn economische acties? Verschillende publicaties hebben invloed gehad op de eerste economisch-sociologische werken. Vooral het werk van Marx staat bol van de rol van de economie in de samenleving. Hij bekritiseerde Smith's idee van de onzichtbare hand fel. Volgens Marx zijn mensen sociale individuen die de belangen van hun eigen klasse in plaats die van zichzelf nastreven. Weber droeg sterk bij aan de economische sociologie via zijn typering van economische relaties in *Economy and Society* en het belang van religie voor de opkomst van het kapitalisme in *The Protestant Ethic*.⁵⁰ Hij had ook grote belangstelling voor markten. Hij bekeek de markt vanuit het standpunt van de sociale actie en benadrukte de rationalisering die plaatsvond. De sociale actie die plaatsvindt, evolueert van concurrentie naar een transactie tussen twee of meer partijen. In de concurrentiefase oriënteren de actoren zich vooral op de andere partijen, maar vindt er nog geen directe interactie tussen de partijen plaats. Voor de transactie plaatsvindt, onderhandelen de partijen over waar welk deel van de voordelen (rents) terechtkomen. Volgens Weber zijn marktrelaties de meest rationele relaties die een mens kan aangaan.⁵¹ Durkheim's belangrijkste bijdrage aan de economische sociologie is de schets die hij geeft van de gevolgen van arbeidsdeling voor de samenleving in *The Division of Labor in Society*. Hij zag de economie als een onderdeel van de sociologie en verwierp het idee van de homo economicus. Simmel, tenslotte, besprak concurrentie en maakte hierbij een onderscheid met conflict. Bij conflicten staan beide partijen tegenover elkaar en probeert men elkaar te gronde te richten, terwijl men bij concurrentie naast elkaar staat en probeert beter te zijn dan de ander.⁵²

Ondanks bijdragen van Parsons en Smelser stagneerde de economische sociologie vanaf de jaren dertig tot halverwege de jaren tachtig. Met de komst van Thatcher en Reagan waaide er een nieuwe liberale ideologie over de Westerse wereld en begonnen economen en sociologen economische en sociologische onderwerpen te combineren. De 'nieuwe' economische sociologie ging zich bezighouden met fundamentele economische onderwerpen. De belangrijkste aanjager van deze opleving is Granovetter. Volgens hem zitten economische acties vast in concrete, bestaande sociale relaties. Wanneer dit wordt gecombineerd met organisatie-theorie, komt hij tot de conclusie dat organisaties zijn verankerd in netwerken. Netwerktheorieën stonden aan de basis van de nieuwe economische sociologie.⁵³

De netwerktheorie houdt in dat transacties plaatsvinden met die partijen waarmee men al in contact staat. De manier om nieuwe contacten op te doen om een transactie aan te gaan (hierbij kan

⁵⁰ Smelser en Swedberg, 2005: 7-11

⁵¹ Swedberg, 2005: 243-244

⁵² Smelser en Swedberg, 2005: 7-11

⁵³ Smelser en Swedberg, 2005: 14-20

ook gedacht worden aan de arbeidsmarkt) is ook via bestaande relaties. Een gevaar bij het vertrouwen op bestaande relaties is dat nieuwe ideeën en ontwikkelingen gemist zullen worden. Juist door nieuwe contacten op te zoeken en nieuwe mensen en organisaties te leren kennen, kan men nieuwe informatie vergaren en innovatief zijn.⁵⁴

Een minder bekende manier om naar economische activiteit te kijken is die van markten als onderdeel van een veld. Het economische leven bestaat uit de interactie tussen verschillende actoren welke allemaal een eigen positie innemen in het economische veld. De markt wordt vooral bepaald door de positie van de verschillende actoren. Welke positie een actor inneemt, wordt bepaald door zijn verschillende soorten kapitaal (financieel, technologisch, sociaal, etc.). De posities van de actoren en de daaropvolgende relaties bepalen ook de prijs in een markt en niet andersom.⁵⁵

Eén van de weinige compleet sociologische markttheorieën, welke onderdeel is van de ‘nieuwe’ economische sociologie’, is White’s W(y)-model. Hij legde zich vooral toe op productiemarkten waar men alleen koper of verkoper is en niet beide. Deze markten bestaan uit sociale structuren die worden onderhouden doordat de verschillende actoren op die markten elkaar signalen geven over hun positie. Men let constant op de andere partijen en hun (re)acties en past hier zijn eigen acties op aan. Door naar de andere partijen te kijken, krijgt men een beeld van zichzelf. De bepalende factor voor de opbouw van de markt is het marktschema. De verschillende partijen moeten steeds bepalen welk product ze willen verkopen tegen welke prijs. Door de signalen van de andere partijen op te vangen, kan men bepalen wat er wordt gevraagd en kan het eigen bod, indien nodig, worden aangepast.⁵⁶

2.3 Sociologie van de Vrije Beroepen

De jaren zeventig kunnen als een breuk worden gezien in de sociologische kijk op de vrije beroepen. Zowel de klassieke als de moderne sociologie van de vrije beroepen zal daarom apart worden behandeld. Vanwege de rol die de beroepsorganisaties hebben gespeeld in de professionalisering van de vrije beroepen, zal hun geschiedenis tot slot nog kort worden besproken.

In de literatuur over de vrije beroepen worden verschillende termen gebruikt. Dit heeft onder andere te maken met de vele internationale literatuur. In deze scriptie wordt voornamelijk de Nederlandse term ‘vrije beroepen’ gebruikt. Ook de term ‘professies’ komt voor, maar hiermee wordt hetzelfde bedoeld. In de internationale literatuur wordt vooral de term ‘professions’ gebruikt.⁵⁷ Verder komt men in de literatuur en het dagelijkse taalgebruik veelvuldig de termen ‘professionalisering’ en ‘professionalisme’ tegen. Over de precieze betekenis van deze termen bestaat geen overeenstemming.

⁵⁴ Swedberg, 2005: 245-247

⁵⁵ Swedberg, 2005: 247-249

⁵⁶ Swedberg, 2005: 244-245

⁵⁷ o.a. Abbott, 1988 en 2002; Carr-Saunders en Wilson, 1933; Johnson, 1972; MacDonald, 1995 en Parsons, 1968

Ze worden gebruikt om een aantal verschillende processen aan te duiden, waaronder het streven van beroepsgroepen naar autonomie, het overschakelen op beroepskrachten en de opkomst van rationeel, wetenschappelijk denken.⁵⁸

2.3.1 Klassieke Sociologie van de Vrije Beroepen

Zolang de sociologie bestaat, houden sociologen zich al bezig met beroepen en hun ontwikkeling. De grondleggers van de sociologie, Marx, Durkheim en Weber, besteedden al aandacht aan arbeidsdeling en de gevolgen hiervan voor de moderne, industriële samenleving. De samenhang van de samenleving veranderde in die tijd van een afgedwongen eensgezindheid naar een onderlinge afhankelijkheid. In de industriële sector leidde dit tot anonimisering van de arbeidskrachten. Volgens Marx kon deze ‘vervreemding’ alleen worden bestreden door een revolutie. Durkheim zag een versterking van de beroepsbindingen als de manier om dit op te lossen. Corporatistische verenigingen zouden de moraal van de arbeiders hoog kunnen houden. Weber geloofde niet in deze mogelijkheden. De rationalisering zou volgens hem leiden tot functionele, op formele regels en berekening gebaseerde sociale verhoudingen. Alleen diegenen die hun werk als een roeping zagen, waaronder vooral politici en wetenschappers, konden enige verlichting brengen. Volgens Spencer waren het juist de nieuwe beroepsgroepen zoals dokters, toneelspelers, musici, rechters en advocaten die tot een verrijking van het maatschappelijke leven zouden leiden. Zij waren hiertoe geëvolueerd nadat instituties in de primitieve samenleving alleen ter verdediging en instandhouding van de samenleving dienden.⁵⁹

De algemene sociologie van beroepen resulteerde in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk eind 19^e eeuw in de sociologie van vrije beroepen. Het duurde echter tot de jaren dertig van de 20^e eeuw voordat er een eerste systematisch onderzoek werd uitgevoerd.⁶⁰ Carr-Saunders en Wilson beschrijven de ontstaansgeschiedenis en de organisatie van vele vrije beroepen in Engeland uitvoerig. Zij geven in hun boek een uitputtende beschrijving van de ontstaansgeschiedenis en de organisatie van vele vrije beroepen in Engeland. Volgens hen onderscheiden de vrije beroepen zich op basis van een speciale competentie die ze hebben ontwikkeld door middel van intellectuele training. Men kan alleen toetreden tot de vrije beroepen indien men de juiste training (onderwijs) heeft gehad. In de Middeleeuwen werd deze bijgebracht door middel van een leerlingenschap. Later werd dit overgenomen door universiteiten.⁶¹ Zoals de meeste auteurs in deze periode waren zij het met Durkheim eens dat vooral de vrije beroepen de samenleving behoeden tegen de “crude forces” die een geleidelijke en vreedzame evolutie van de maatschappij bedreigden. Zij waren de belangrijkste tegenkracht tegen het opkomende nastreven van het eigenbelang. Deze klassieke auteurs zien de vrije beroepsbeoefenaren

⁵⁸ Bos, 1999: 26-36

⁵⁹ Bos, 1999: 26-36

⁶⁰ Abbott, 2002

⁶¹ Carr-Saunders en Wilson, 1933: 289-318

als onbaatzuchtige, nobele intellectuelen die het algemeen belang nastreven en de samenleving proberen te behoeden voor een afglijdende moraal.⁶² De door Carr-Saunders en Wilson beschreven karakteristieken van de vrije beroepen werden de basis voor latere definities. Opvolgende auteurs onderschreven allen dat een vrij beroep een beroepsgroep was met een bepaalde abstracte kennis die alleen kon worden verkregen door intensieve training. De verschillende opgestelde definities werden vooral beoordeeld op hun mogelijkheid om oude, gemeenschappelijke meningen weer nieuw leven in te blazen.⁶³ Deze theorie was gebaseerd op de negentiende-eeuwse Britse en Amerikaanse samenleving. De beoefenaren van de vrije beroepen waren een hoogopgeleide middenklasse gaan vormen die zich afzette tegen de groepen die hadden geprofiteerd van de opkomst van de kapitalistische samenleving. De ideologie die zij ontwikkelden hield in dat zij zich onbaatzuchtig zouden inzetten om hun kennis te gebruiken voor het algemene nut. Op deze manier wisten zij hun vooraanstaande positie binnen de samenleving te behouden en werden zij de helden van de Victoriaanse samenleving. Het is dan ook niet vreemd dat voor de Tweede Wereldoorlog vooral in Groot-Brittannië onderzoek werd gedaan naar de vrije beroepen.⁶⁴

Na de Tweede Wereldoorlog werd in de Verenigde Staten een groot aantal casestudies gedaan naar “professions” en “semi-professions” welke moeilijk konden worden ingedeeld in het standaardmodel zoals dat zich voor de oorlog had ontwikkeld. Een manier om hiermee om te gaan was door te stellen dat professionalisering een proces was dat veel beroepen nog niet hadden afgerond. Caplow ontwikkelde het volgende proces: het oprichten van een beroepsvereniging, het wijzigen van de naam van het beroep, het instellen van een beroepscode, het aanvragen van een wettelijke beroeps- of titelbescherming en het organiseren van een eigen opleiding. Wilensky identificeerde een ander proces: het tot een dagtaak worden van een bepaald beroep, het inrichten van een universitaire opleiding, het verwerven van wettelijke bescherming en het opstellen van een beroepscode.⁶⁵

Ook na de Tweede Wereldoorlog ging het definiëren van de vrije beroepen nog door. “It is a type of higher-grade, non-manual occupation, with both subjectively and objectively recognized occupational status, possessing a well-defined area of study or concern and providing a definite service, after advanced training and education.”⁶⁶ Naast onderwijs onderscheiden vrije beroepen zich dus ook op basis van de bijbehorende status, het onderzoeksveld dat erop gericht is en het feit dat er een service wordt geleverd.

Volgens Parsons is de opkomst van de vrije beroepen de belangrijkste verandering die heeft plaatsgevonden in het beroepensysteem van de moderne Westerse samenlevingen zoals die zich in de twintigste eeuw heeft ontwikkeld. Zij kunnen nog tot de arbeidersklasse nog tot de kapitalistische

⁶² Johnson, 1972: 7-18

⁶³ Abbott, 1988

⁶⁴ Duman, 1979

⁶⁵ Abbott, 2002

⁶⁶ Millerson, 1964: 10

bovenlaag worden gerekend. Verder zijn zij ook geen typische bureaucraten. De grenzen van deze groep zijn onduidelijk en aan verandering onderhevig. Er zijn echter wel een aantal criteria waar de kerngroep van vrije beroepen aan voldoen: geïnstitutionaliseerde formele training, culturele traditie en bijbehorende vaardigheden moeten worden aangeleerd en vaardigheden worden aangewend ten algemeen nut. Hij concludeert dat de universiteit het institutionele centrum is geworden van de vrije beroepen. Hier worden de benodigde vaardigheden geleerd en de culturele waarden overgedragen.⁶⁷ De belangrijkste kritiek op Parsons benadrukt dat zijn functionele concept van vrije beroepen niet de realiteit van deze vrije beroepen weergeeft, maar een ideale situatie.⁶⁸ Volgens Goode lukte het bepaalde beroepsgroepen een vrij beroep te worden door slim te onderhandelen met andere relevante partijen. Door andere beroepsgroepen, de overheid en cliënten ervan te overtuigen dat zij de enige partij zijn bij wie het specifieke beroep in veilige handen is, wisten zij het monopolie op dat beroep te verkrijgen. Hiermee stelde zij hun maatschappelijke positie en inkomen veilig. In de tijd van Goode veranderde het beeld van de vrije beroepen danig.⁶⁹

2.3.2 Moderne Sociologie van de Vrije Beroepen

In de jaren zeventig begon de sociologische kijk op de vrije beroepen onder invloed van een aantal trends te veranderen. Professionals gingen, vooral in de VS, steeds vaker in grote organisaties werken in plaats van hun werkzaamheden in onafhankelijke praktijken uit te voeren en steeds meer multiprofessionele bedrijven ontwikkelden zich. Vooral in de VS ontwikkelden deze trends zich zeer snel.⁷⁰ Nadat Parsons als één van de laatste grote sociologen de vrije beroepsbeoefenaren nog ophemelden, begonnen nieuwe generaties sociologen met het bekritisieren van de vrije beroepsbeoefenaren. Zij zouden hun 'dienstbaarheidsethos' misbruiken om hun maatschappelijke positie en verkregen privileges te behouden.⁷¹

Abbott hekelde de fixatie van de klassieke sociologie van vrije beroepen op de definiëring van vrije beroepen. "For many years the definition question was the focal issue of studies of professions, obscuring the substantive questions that made professions interesting in the first place".⁷² In plaats van te proberen een zo exact mogelijke definitie te geven, moest men zich richten op het onderzoeken van de rol van de vrije beroepen in de samenleving. Om dit te doen, hanteert Abbott een zeer ruime definitie waarin vrije beroepen die beroepsgroepen zijn die enigszins abstracte kennis toepassen op individuele gevallen.⁷³

⁶⁷ Parsons, 1968

⁶⁸ Krause, 1996: 1-28

⁶⁹ Bos, 1999: 26-36

⁷⁰ Abbott, 1988

⁷¹ Bos, 1999: 26-36

⁷² Abbott: 1988: 4

⁷³ Abbott, 1988

De kentering in het denken over de vrije beroepen viel samen met de ondergang van het structureel functionalisme waar Parsons en zijn medestanders een aanhanger van waren. In plaats van doelmatigheid, orde en stabiliteit werd nu juist de nadruk op ongelijkheid, tegenstellingen en conflicten gelegd. Het bestaande sociale systeem, met de prominente plaats voor de vrije beroepen, diende niet het algemene belang, maar vooral die groepen die hun belangen voorop wisten te stellen. De vrije beroepen hadden hun bevoorrechte positie veroverd, en niet verdiend zoals Parsons en zijn voorgangers wilden doen geloven.⁷⁴

Deze kritiek werd zeer duidelijk vertolkt door Johnson. Volgens hem moest professionalisme niet worden gezien als een kenmerk van een beroepsgroep, maar als kenmerk “van een bepaalde geïnstitutionaliseerde verhouding tussen producent en consument”. De producent (de vrije beroepsbeoefenaar) bepaalt wat de consument nodig heeft. Deze vorm van beroepsbeheersing is totaal verschillend van die waarin de consument zelf zijn behoeften bepaalt of één waarin een derde persoon dat doet. Deze manier van beroepsuitoefening was het gevolg van de sociale samenstelling van de beroepsgroep, de sociale samenstelling van haar cliënten en de betrekkingen die beide partijen onderhielden met dominante groepen binnen de maatschappij. Professionalisme kwam dan vooral voor binnen beroepsgroepen die rekruteerden binnen één, hoge, sociale klasse.⁷⁵

Eén van de bekendste moderne auteurs is Freidson die, evenals Johnson, de nadruk legt op de beroepsbeheersing van de vrije beroepsbeoefenaren.⁷⁶ Dit is ook de manier waarop de vrije beroepen zich onderscheiden van andere beroepen. “Het enige werkelijk belangrijke en uniforme criterium waardoor professies zich van andere beroepen zich onderscheiden, ... (is) hun autonomie”.⁷⁷

Professionalisme is één van de drie manieren waarop een markt georganiseerd kan worden. Het is gebaseerd op twee principes. Sommige beroepen zijn zo specialistisch dat alleen diegene met de juiste opleiding en ervaring de diensten die ermee samenhangen mogen aanbieden aan consumenten en publieke en private organisaties. Bovendien kan de uitvoering van het werk niet worden gestandaardiseerd doordat elke casus weer op zich staat. Diegene met de benodigde opleiding en ervaring hebben de mogelijkheid om hun werk op de manier te organiseren die zij het beste vinden. De werkzaamheden van deze professionals worden gecontroleerd door zijn collega-professionals. Doordat de benodigde kennis zo specifiek is, is zelfcontrole ook de enige mogelijkheid. De professionals maken geen misbruik van hun positie binnen de samenleving, maar zijn gemotiveerd om hun werk zo goed mogelijk te doen om anderen te helpen en niet voor hun eigen goedwil. Zij hebben een zogenaamde service-ideologie welke inhoudt dat goed werk afleveren belangrijker is dan financieel gewin en de kwaliteit van het werk belangrijker dan de economische efficiëntie.

⁷⁴ Bos, 1999: 26-36

⁷⁵ Johnson, 1972: 65-74

⁷⁶ Bos, 1999: 26-36

⁷⁷ Johnson, 1972: 85

Friedson onderscheidt nog twee andere mogelijkheden om een markt te organiseren. De eerste houdt in dat ieder persoon vrij is om te kopen en verkopen wat hij wil terwijl hij in concurrentie is met iedereen die hetzelfde wil kopen of verkopen. Er is geen sprake van enige regulering en ook zijn er geen grote bedrijven of andere organisaties die de concurrentie beperken. Deze vrije en ongereguleerde vorm van concurrentie moedigt innovatie aan met als gevolg een gevarieerd, kwalitatief hoogstaand aanbod voor een redelijke prijs. Er is sprake van volledige informatie en de consumenten doen rationele aankopen op basis van hun eigen preferenties. In dit systeem bepalen de preferenties en keuzen van de consumenten welke producten en services succesvol zijn.

In het tweede type bepalen niet de consumenten maar de managers van grote bedrijven en andere organisaties welke producten en services er worden aangeboden van welke kwaliteit tegen welke prijs. Alle grote organisaties, publiek en privaat, werken volgens een uitgebreid systeem van regels en procedures welke tot in detail welke functie door wie binnen de organisatie wordt uitgevoerd. Door planning en standaardisering is het mogelijk om een zo hoog mogelijke mate van efficiëntie en voorspelbaarheid te bereiken.

De hierboven beschreven alternatieven zijn ideaaltypen en komen, net als het rationele bureaucratie-model van Max Weber en het vrije marktmodel van Adam Smith, als zodanig niet voor. Het geeft niet de werkelijkheid weer, maar slechts een raamwerk waardoor we naar de werkelijkheid kunnen kijken en deze kunnen duiden. In de werkelijkheid moet men rekening houden met misleiding en fraude bij volledig ongereguleerde markten, inflexibiliteit bij grote organisaties en het voorop stellen van de eigen economische belangen door professionals.⁷⁸ De vrije beroepsbeoefenaren verkrijgen hun autonomie door andere groepen te beïnvloeden. Het hoge abstractieniveau en de benodigde kennis en vaardigheden voor dit soort beroepen is vaak vooral een retorische manier om autonomie te verkrijgen en te behouden.⁷⁹

In de moderne sociologie van de vrije beroepen wordt het nastreven van het economische eigenbelang benadrukt terwijl de klassieke sociologie vooral de beroepsethiek van de vrije beroepsbeoefenaren benadrukt. In de klassieke sociologie zijn de vrije beroepsbeoefenaren de helden van de kapitalistische samenleving die, in tegenstelling tot de nieuwe rijken die alleen zijn geïnteresseerd in de economische voordelen die deze samenleving biedt, zich toelagen op het beschermen van de samenleving en zich inzetten voor het algemene belang.⁸⁰ In de moderne sociologie wordt meer de nadruk gelegd op de positie van de vrije beroepen in de samenleving en hoe zij deze gebruiken om hun economische en sociale positie te verbeteren.⁸¹ MacDonald koppelt het streven naar economische voordelen aan het streven naar maatschappelijke eer en aanzien (sociale positie). Deze koppeling is het gevolg van het feit dat de werkzaamheden van de vrije beroepen zijn gebaseerd op vertrouwen in de bekwaamheid

⁷⁸ Friedson, 2001: 179-181

⁷⁹ Bos, 1999: 26-36

⁸⁰ Duman, 1979

⁸¹ Bos, 1999: 26-36

van de vrije beroepsbeoefenaar. Om dit vertrouwen te verkrijgen, zullen zij ervoor moeten zorgen dat hun gedrag en levenswandel hiermee in overeenstemming zijn. Als groep proberen de vrije beroepen daarom een vertrouwensbeeld te scheppen. Door een selecte groep toe te laten tot de vrije beroepen probeert men dit te bereiken. Een belangrijke manier om dit te doen, is door hoge opleidingseisen te stellen.⁸²

2.3.3 Beroepsorganisaties

In de Middeleeuwen organiseerden mensen met hetzelfde beroep zich vaak in gilden. Sommige beroepen, bijvoorbeeld leraren en professoren, werden georganiseerd door de kerken.⁸³ Geleerden waren in die tijd met de kerk en in die zin een soort van religieuze specialisten. In de Renaissance hebben zij veelal hun autonomie verkregen en zijn zij gesecculariseerd.⁸⁴ De opkomst van de wetenschap in de 16^e eeuw leidde tot puur en systematisch onderzoek waardoor vele nieuwe productietechnieken werden ontwikkeld en de Industriële Revolutie kon ontstaan. Tijdens de Industriële Revolutie ontstonden nieuwe beroepen als accountants, bankiers, verzekeraars en handelaren. Door de steeds grotere schaal waarop er werd gewerkt en het groeiende aantal mensen dat een beroep uitoefenden, was het niet langer mogelijk om elkaar geregeld te ontmoeten. Om toch met elkaar in contact te treden werden er formele en informele organisaties opgezet zoals de gilden van voor de Industriële Revolutie. Deze organisaties organiseerden zakelijke en sociale activiteiten waarbij professionals elkaar konden ontmoeten. Later ging men eisen stellen aan het lidmaatschap van deze organisaties. Om lid te kunnen worden moest men bewijzen dat men competent was in het uitvoeren van zijn vak. Vervolgens werd er naast competentie ook gekeken naar ethische uitvoering van het vak. Uiteraard leidde dit ook tot een verhoging van de status van degenen die lid waren. Gedurende de afgelopen eeuwen hebben overheden geïntervenieerd in het ontstaan en de bloei van deze organisaties. Zij heeft hen bepaalde privileges gegeven en plichten opgelegd om onder andere de kwaliteit van hun dienstverlening te waarborgen en de belangen van consumenten te verdedigen. Eén van de plichten was bijvoorbeeld het aanleggen van een lijst van alle gekwalificeerde beoefenaars van het specifieke beroep. Ingrijpen door de overheid kan worden verklaard doordat de service geleverd door deze professionals vitaal is voor de vele mensen, het gebaseerd is op vertrouwen en dit vertrouwen moet kunnen worden onderbouwd en door de directe relatie met de publieke veiligheid. Deze organisaties zijn later uitgegroeid tot de huidige beroepsorganisaties.⁸⁵

⁸² MacDonald, 1995: 1-35

⁸³ Carr-Saunders en Wilson, 1933: 289-318

⁸⁴ Parsons, 1968

⁸⁵ Carr-Saunders en Wilson, 1933: 289-318

2.4 Conclusies Literatuur

De bedoeling van dit hoofdstuk is om de eerste twee deelvragen, zoals die zijn gesteld in 1.2.2, te beantwoorden. Hiervoor is literatuur uit de economie, de economische sociologie en de sociologie van de vrije beroepen onderzocht.

1. Wat houdt marktwerking in?

Volgens de klassieke economische literatuur wordt op een vrije markt door middel van de ‘onzichtbare hand’ van vraag en aanbod de optimale prijs bepaald. Om dit mogelijk te maken, moet de markt aan de volgende voorwaarden voldoen: perfecte informatie, een homogeen product en grote aantallen aanbieders en vragers (geen marktmacht). Omdat zelden aan deze voorwaarden wordt voldaan en de markt faalt, heeft de ‘onzichtbare hand’ van de markt de zichtbare hand van regulering nodig om de markt te laten functioneren. Voor deze studie zijn marktmacht en informatieasymmetrie de twee belangrijkste oorzaken van marktfalen. De overheid heeft een aantal mogelijkheden om in te grijpen in een markt: informatievoorziening, kwaliteitsstandaarden en licenties en certificaten. Naast overheidsregulering is er ook de mogelijkheid tot zelfregulering. Regulering is echter ook niet zaligmakend en kan ook falen. De overheid is niet altijd in staat om te bepalen in hoeverre regulering noodzakelijk is en dit kan leiden tot te ingrijpende maatregelen. Hierdoor wordt de markt alsnog gefrustreerd. Zelfregulering, en in mindere mate ook overheidsregulering, wordt ook gebruikt om de markt te beschermen in plaats van beter te laten functioneren.

Vanuit de sociologie zijn er enkele pogingen ondernomen om markttheorieën te ontwikkelen. Volgens Weber oriënteren actoren op een markt zich eerst op elkaar om een beeld te krijgen van hun eigen positie en om te bepalen hoe zij zich op de markt moeten aanbieden. Dit werd later verder uitgewerkt door White. Als men vervolgens heeft besloten om een relatie aan te gaan beginnen de onderhandelingen over de precieze voorwaarden.

De meest gebruikte theorie om markten te analyseren, en de aanjager van de nieuwe economische sociologie, is de netwerktheorie. Deze houdt in dat actoren vooral handelen via al bestaande relaties. Ook nieuwe relaties en nieuwe informatie wordt vooral via al bekende wegen opgedaan. Een minder gebruikte zienswijze is de markt als onderdeel van een veld. Elke actor heeft zijn eigen financiële, technologische en sociale kapitaal en dit bepaalt de positie die hij inneemt in de markt. Van hieruit worden transacties aangegaan.

2.Hoe kan men de vrije beroepen typeren?

Eind negentiende en begin twintigste eeuw zijn er vele onderzoeken geweest naar de vrije beroepen. De belangrijkste vraag was wat zij precies inhielden. Over het algemeen was men het erover eens dat een vrij beroep aan de volgende voorwaarden moest voldoen: specifieke kennis om de professie te kunnen uitvoeren, formele training (op universitair niveau), onafhankelijke praktijk, zelfcontrole door de beroepsgroep, exclusieve jurisdictie over het vakgebied, gebruik van de kennis voor het algemene nut en niet voor het eigen economische gewin en een hoge status.

In de jaren zeventig veranderde de sociologische kijk op de vrije beroepen. Zij bekritiseerden de klassieke sociologie van de vrije beroepen voor hun fixatie op het definiëringvraagstuk. Als gevolg hiervan werden de vragen die het interessant maakte om de vrije beroepen te onderzoeken juist niet gesteld. Sindsdien houden sociologen zich meer bezig met de rol die de vrije beroepen hebben binnen de samenleving en de manier waarop zij hier invulling aan geven.

Het belangrijkste onderscheid tussen ‘gewone’ beroepen en de vrije beroepen is de autonomie die de vrije beroepen genieten. Doordat zij als enige over de gedetailleerde kennis beschikken om het beroep te kunnen uitoefenen (informatieasymmetrie) is het voor de overheid en andere groepen in de samenleving zeer moeilijk om hen te controleren. De vrijeberoepsbeoefenaren hebben daarom (bijna complete) autonomie wat betreft de invulling van hun professie. Het gevolg hiervan is dat zij deze ruimte ook gebruiken om hun eigen domein te beschermen. Ingestelde regels zijn er dan niet alleen om de kwaliteit van de dienstverlening te waarborgen, maar ook om de belangen (economisch en sociaal) van de beroepsgroep te beschermen. De status die de vrije beroepen in de samenleving hebben, is ook zeer belangrijk voor de mogelijkheid tot uitoefening van het beroep. Omdat het voor de cliënten zeer moeilijk is om de geleverde kwaliteit te controleren, moet men vertrouwen in de bekwaamheid van de beoefenaar. De status die men in de maatschappij heeft, is hier van grote invloed op.

3. Empirie

In dit hoofdstuk zullen de empirische deelvragen drie tot en met acht worden beantwoord. De eerste twee hebben betrekking op de context van de apothekersbranche en de andere vier op de apothekersbranche zelf. Om de deelvragen over de vrije beroepen en de gezondheidszorg in Nederland te beantwoorden zijn twee onderzoeksmethoden gebruikt: open interviews (tijdens de open interviews is waar dit mogelijk was gezien de achtergrond van de geïnterviewde gevraagd naar beide onderwerpen) en schriftelijke bronnen. Om de deelvragen over de apothekersbranche te beantwoorden zijn vanaf 13 mei tot en met 30 augustus achttien interviews, met in totaal 21 personen, afgenomen (zie bijlage B).

Voordat de zoektocht naar kandidaten voor de interviews was gestart, was de doelstelling om in ieder geval een vertegenwoordiger van de volgende actoren in de apothekersbranche te spreken: de apothekers, de zorgverzekeraars, de huisartsen, de Ministeries van Economische Zaken (EZ) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mogelijke nieuwe toetreders en onafhankelijke onderzoekers. De eerste contacten zijn gelegd met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en een tweetal onderzoekers van de Erasmus Universiteit. Via verwijzingen van deze onderzoekers en een medestudent zijn vervolgens de overige interviews geregeld. Verder zijn om de deelvragen te beantwoorden, al dan niet op advies van de geïnterviewden, verschillende schriftelijke bronnen geraadpleegd. Vlak voor het einde van het onderzoek, 30 augustus, is er nog kort telefonisch contact geweest met een vertegenwoordiger van de Belangenbehartiger Openbare Apotheken (BOA) over deze organisatie. Dit was slechts een kort gesprek (ongeveer 5 min.), maar is voor de volledigheid ook opgenomen in bijlage B (nr. 18).

Door met een groot aantal partijen binnen de apothekersbranche te spreken, is geprobeerd een compleet beeld te krijgen van alle veranderingen die er in deze branche sinds het begin van de jaren tachtig hebben plaatsgevonden. Wegens tijdgebrek is het niet mogelijk gebleken om met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Apotheek Coöperatie (NApCo) te spreken. De namen van de vertegenwoordigers van deze partijen bereikten mij te laat om nog een interview te kunnen plannen. Een vertegenwoordiger van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) liet weten dat zij geen tijd hadden om mij te woord te staan. Verder waren alle partijen van harte bereid tot een interview. Het feit dat er binnenkort een aantal veranderingen gaan plaatsvinden in de gezondheidszorg heeft hier waarschijnlijk aan bijgedragen. Over het algemeen duurden de interviews vier tot vijf kwartier, met een enkele uitschieter naar boven en beneden.

Als leidraad voor dit hoofdstuk wordt de volgorde van de deelvragen aangehouden. Dit betekent dat in de eerste twee paragrafen de vrije beroepen en de gezondheidszorg worden beschreven voordat wordt overgegaan naar de apothekersbranche. In 3.3 wordt uit de doeken gedaan hoe de apothekersbranche in Nederland functioneert. In de volgende paragraaf worden vervolgens de ontwikkelingen die zich

sinds het begin van de jaren tachtig in de apothekersbranche hebben voorgedaan beschreven. Tot slot zullen de deelvragen drie tot en met acht worden beantwoord.

In dit hoofdstuk wordt verwezen naar schriftelijke bronnen en naar de afgenomen interviews. De verwijzingen naar de interviews worden net als de overige verwijzingen onderaan de bladzijde gezet. In de verwijzingen naar de interviews wordt de organisatie en een nummer, welke correspondeert met de lijst van interviews die als bijlage (B) is toegevoegd, weergegeven. Vanaf 3.2 worden de woorden ‘consument’, ‘cliënt’ en ‘patiënt’ gebruikt. Hiermee worden mensen bedoeld die zorg (medicijnen) nodig hebben. Deze woorden worden door elkaar gebruikt.

3.1 Vrije beroepen in Nederland

De vrije beroepen zijn op twee manieren in te delen: functioneel en naar type regulering. Bij een functionele indeling kan onderscheid gemaakt worden tussen medische (o.a. apothekers en huisartsen), juridische (o.a. notarissen en advocaten), financiële (o.a. accountants en belastingadviseurs) en overige vrije beroepen (o.a. loodsen, tolken, makelaars en architecten). Bij de indeling naar type regulering worden de klassieke en moderne vrije beroepen onderscheden. De klassieke vrije beroepen worden over het algemeen door de overheid gereguleerd omdat er publieke belangen in het geding zijn. Bij de moderne vrije beroepen is hier vaak geen sprake van en zij worden dan ook niet door de overheid gereguleerd. Er is dan vaak wel een beroepsorganisatie die een aantal voorschriften heeft waar de leden zich aan moeten houden.⁸⁶ Aangezien dit onderzoek zich richt op de introductie van een stuk overheidsbeleid houdt dit onderzoek zich alleen bezig met de klassieke vrije beroepen. In dit onderzoek worden met de vrije beroepen dan ook de klassieke vrije beroepen bedoeld.

De meeste vrije beroepen zijn van oudsher beschermd en hebben/hadden een brancheorganisatie met bevoegdheden op het gebied van opleiding, vestiging en vervolgeducatie (sommige van deze privileges zijn de laatste jaren afgebouwd). Dit geeft hen een stevige machtspositie en een hoge mate van bescherming. Deze toetredingsdrempels zorgen ervoor dat diegenen die toegelaten zijn tot de beroepsgroep weinig hinder ondervinden van concurrentie.

In Nederland hebben zeven vrije beroepen (zie bijlage C) een publieksrechterlijke beroepsorganisatie (PBO). Deze organisaties werden opgericht nadat hiervoor een afzonderlijke wet in het leven is geroepen. De hoofdtaak van deze organisaties is het bevorderen van de goede beroepsuitoefening door en de vakbekwaamheid van haar leden. Iedereen die het specifieke beroep uitoefent, is verplicht lid van de PBO. Deze PBO's hebben een sterke positie doordat zij van de overheid de bevoegdheid hebben gekregen om op velerlei terreinen, waaronder opleiding, vestiging en kwaliteitseisen, beleid uit te stippelen en regels te stellen.⁸⁷ Het gevaar dat dan op de loer ligt, is dat zij

⁸⁶ Van den Heuvel Rijnders, et al., 2004: 28

⁸⁷ Van den Heuvel Rijnders et al, 2004: 30-34

deze bevoegdheden gebruiken om de positie van de leden te versterken ten opzichte van mogelijke toetreders. Concurrentie en marktwerking worden op deze manier voorkomen en hier kan de consument de dupe van worden. Omdat vrije beroepsbeoefenaren en hun beroepsorganisaties (waaronder de PBO's) een economische activiteit uitoefenen, vallen zij onder de Nederlandse Mededingingswet en het Europese Verdrag. Als gevolg hiervan kunnen de NMa en de Europese Commissie optreden tegen mogelijk misbruik van economische machtsposities en kartelafspraken die worden gemaakt door beoefenaren van vrije beroepen en hun beroepsorganisaties. De NMa is door de Nederlandse overheid op afstand geplaatst om het haar mogelijk te maken daadkrachtig op te treden. Op deze manier wordt zij niet beïnvloed door politieke motieven. Regelgeving die van toepassing is op vrije beroepen kan op twee manieren door 'Europa' worden beïnvloed. Ten eerste geldt er in de Europese Unie vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal. Ten tweede stelt de Raad Economische en Financiële Zaken (Ecofin) elk jaar een aantal globale richtsnoeren voor het economische beleid vast.⁸⁸

In Nederland zijn de vrije beroepen, vergeleken met andere Europese landen, aan weinig regulering onderhevig (zie bijlage D). De accountants, juridische diensten, architecten, ingenieurs en apothekers scoren op een schaal van 1 tot 12 gemiddeld een 2,58 terwijl het Europese gemiddelde voor deze vrije beroepen 4,29 is. Ook op elk individuele vrije beroep scoort Nederland onder het gemiddelde.⁸⁹

In 1985 publiceerde de Sociaal Economische Raad (SER) een rapport over de beloning van vrije beroepsbeoefenaren. Men maakte daarin een onderscheid tussen vrije beroepen waar de markt voldoende functioneert (accountants, advocaten, architecten, stedenbouwkundigen en raadgevende ingenieurs) en vrije beroepen waar de markt onvoldoende functioneert (notarissen en de vrije beroepen in de medische sector).⁹⁰ In deze laatste groep kon dit leiden tot "relatief hoge inkomens". Om de marktwerking bij deze vrije beroepen te stimuleren, adviseerde de SER de overheid zich vooral te richten op het mededingingsbeleid. Verder moest gekeken worden of de zelf- of overheidsregulering de marktwerking bemoeilijkt. Concurrentiebeperkende zelfregulering, zoals tariefstelling, beperkte opleidingsplaatsen en vestigingsbeleid, kan vrij gemakkelijk door de overheid worden aangepakt. Als er sprake is van overheidsregulering die de concurrentie beperkt, dan zal de overheid deze moeten heroverwegen en bepalen of deze het algemeen belang wel dient. Een andere manier om de marktwerking te stimuleren is door de consumenten meer mogelijkheden te geven om een keuze te maken tussen de verschillende aanbieders (countervailing-power).⁹¹

De discussie over concurrentie in de vrije beroepen laaide in de jaren negentig weer op. Begin jaren negentig startte de overheid de MDW-operatie die tot doel had om de lasten voor de burgers te

⁸⁸ Van den Heuvel Rijnders et al, 2004: 36-37

⁸⁹ Van den Heuvel Rijnders et al, 2004: 24-25

⁹⁰ Zie Bijlage E voor uitwerking per vrij beroep

⁹¹ SER, 1985: 47

verlagen en de markt meer ruimte te geven om haar werk te doen.⁹² Eind jaren negentig werd geprobeerd de positie van consumenten te versterken en publieke belangen beter te waarborgen. Voor de overheid was het stimuleren van marktwerking één van de methoden om dit te bereiken.⁹³ De introductie van de nieuwe *Mededingingswet* in 1998 was één van de belangrijkste gebeurtenissen in dit kader.

Eén van de vrije beroepen waarop het marktwerkingsbeleid was gericht, was de notaris. In 1999 is de toen meer dan 150 jaar oude wetgeving veranderd. Tot 1999 bepaalde de beroepsorganisatie hoeveel notarissen zich in een gebied mochten vestigen en welke prijzen de notaris mocht berekenen voor zijn dienstverlening. De prijzen worden sindsdien niet langer centraal bepaald en ook enkele toetredingsdrempels zijn verdwenen. Wel werd er een overgangperiode van vier jaar overeengekomen.

In 2005 heeft het Centraal Planbureau (CPB) een kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar de resultaten van deze wetswijziging. De voorlopige resultaten laten zien dat het beleid niet echt succesvol is geweest. De prijzen zijn niet gezakt en de kwaliteit van de dienstverlening is iets teruggelopen. Bovendien werd er een toenemend aantal fouten gemeld en deze zijn in de pers breed uitgemeten. Uit kwantitatieve analyse bleek ook dat geen sprake was van meer concurrentie.⁹⁴

3.2 De Nederlandse Gezondheidszorg

De gezondheidszorg is geen gewone markt waar een koper en verkoper in een directe relatie tot elkaar staan en zij producten en geld uitwisselen. In de gezondheidszorg zijn namelijk meer dan twee spelers (zie fig 3.1) bij de transactie betrokken: de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgfinancier en de overheid. De zorgvrager is een patiënt voor de zorgaanbieder, maar een verzekerde voor de zorgfinancier (de zorgverzekeraar). De zorgaanbieder is hulpverlener voor de patiënt, maar een ondernemer voor de zorgfinancier. En de zorgfinancier is een verzekeraar voor de zorgvrager, maar de bekostiger voor de zorgaanbieder. De overheid heeft een relatie met alledrie de andere actoren en beïnvloedt hun onderlinge relaties door middel van regulering. Deze complexe verhoudingen zorgen ervoor dat de gezondheidszorg zeer moeilijk te besturen is en veranderingen niet zomaar zijn doorgevoerd.⁹⁵

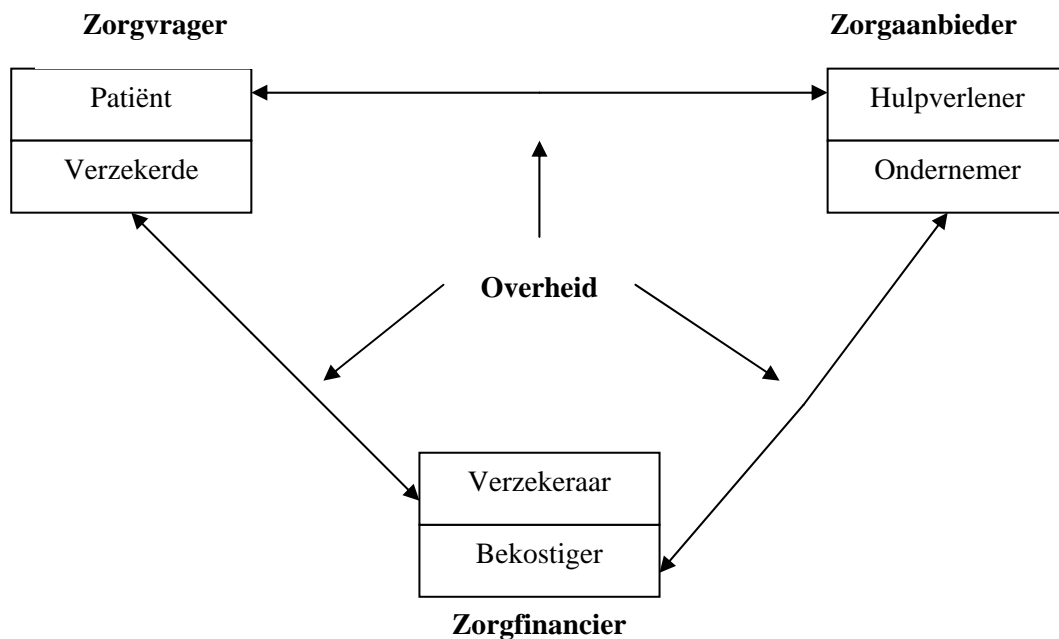
⁹² Ministerie van Economische Zaken, 2005a

⁹³ Van der Heuvel Rijnders et al, 2004: 21-22

⁹⁴ Interview CPB (7)

⁹⁵ Oers, 2002: 22-23

Fig. 3.1 Spelers in de gezondheidszorg⁹⁶



Tot de Tweede Wereldoorlog werd de gezondheidszorg in Nederland vooral overgelaten aan private organisaties welke op vrijwillige basis zorg aanboden aan verschillende delen van de bevolking (vaak op basis van religie). De overheid zorgde alleen voor een basisgezondheidszorg voor de armen. Na de Tweede Wereldoorlog nam de overheid, in de geest van de wederopbouw, de leiding in de gezondheidszorg over en bepaalde welke zorg er tegen welke prijs werd aangeboden. Nadat Nederland voor het grootste gedeelte weer was opgebouwd en de economie weer floreerde, besloot de overheid halverwege de jaren zestig een stap terug te doen. Ze delegeerde haar macht naar de zorgaanbieders en de verzekeraars. Deze moesten onderling afspraken gaan maken over de capaciteit en de prijzen. De verzekeraars waren echter geen partij voor de aanbieders en de kosten stegen snel. Door de stagnerende economie in de jaren zeventig, liepen de kosten vervolgens op tot 7% van het Bruto Nationaal Product (tegen 4% begin jaren zestig).⁹⁷

1974 was een keerpunt in de gezondheidszorg. De overheid besloot in te grijpen en uitgavencontrole in de gezondheidszorg werd onderdeel van het beleid. De huisarts werd voortaan de toegang tot de gezondheidszorg en alleen met een verwijzing van hem werd specialistische zorg nog vergoed. Het idee was om door meer planning de kosten te beperken. Rond diezelfde tijd introduceerde de SER ook een nieuwe, uniforme zorgverzekering. Dit was echter een te radicale verandering voor de corporatistische gezondheidszorg in Nederland en dit plan redde het dan ook

⁹⁶ Oers, 2002: 23

⁹⁷ Schut, 1995: 53-56

niet.⁹⁸ Andere, radicale ingrepen om de kosten onder controle te krijgen sorteerden echter wel effect en deze stabiliseerden zich dan ook eind jaren zeventig. Het nadeel van deze ingrepen, waaronder het instellen van budgetten, was echter dat dit leidde tot nogal wat frictie tussen overheid en zorgaanbieders.⁹⁹

In de jaren tachtig bleek dat de planning in de gezondheidszorg tegen haar grenzen aanliep. Men besloot dan ook de gezondheidszorg te herstructureren, maar hierbij moest wel de universele toegang en de efficiency gewaarborgd blijven. De oplossing die werd bedacht, was het vergroten van de concurrentie (marktwerking). Door regulering af te bouwen moesten zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan concurreren. Dit zou vervolgens moeten leiden tot een verhoging van de kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Deze trend was niet alleen in Nederland, maar ook in de rest van Europa waarneembaar. Critici wezen onmiddellijk naar de gezondheidszorg in de Verenigde Staten waar meer marktwerking juist had geleid tot een verhoging van de prijzen. Sommige verweten Europese overheden dat zij kritiekloos de Amerikaanse neoliberale gedachten overnamen en hiermee de gezondheidszorg in Europa verkwanselden.¹⁰⁰

3.3 De Apothekersbranche

Zoals in 3.2 is aangegeven, is de gezondheidszorg een complexe markt die niet lijkt op andere, ‘gewone’ markten. Dit geldt ook voor de apothekersbranche. Naast de apothekers zelf zijn er nog een groot aantal andere partijen bij betrokken: de farmaceutische industrie, groothandelaren, artsen, consumenten, zorgverzekeraars en de overheid. Bovendien moet er een onderscheid gemaakt worden tussen de voorschrijvers (huisartsen en specialisten) en verkopers (apothekers) van medicijnen en tussen de consumenten en degenen die betalen (zorgverzekeraars). Als hier de overheid, die door middel van regulering hevig intervenueert, aan wordt toegevoegd, dan wordt duidelijk dat de medicijnenmarkt niet voldoet aan het economische vraag en aanbodmodel.¹⁰¹

De medicijnen die apotheken aan hun consumenten leveren, kunnen in vier soorten worden onderverdeeld: specialités, parallelle import, generieke medicijnen en eigen preparaat. Specialités zijn gepatenteerde medicijnen die worden geleverd door de innovatieve farmaceutische industrie. Als deze vanwege prijsverschillen door de groothandelaren worden geïmporteerd vanuit andere EU-landen, dan wordt er gesproken van parallelle import. Generieke medicijnen zijn voormalige specialités waarvan het patent is afgelopen. Deze worden over het algemeen door andere bedrijven geproduceerd dan de specialités. Ze worden meestal onder een stofnaam uitgebracht en niet onder een merknaam zoals het

⁹⁸ Schut, 1995: 43-58

⁹⁹ Schut, 1995: 71-72

¹⁰⁰ Schut, 1995: 44

¹⁰¹ Philipsen, 2003: 44

geval is bij de specialités. Eigen preparaten worden bereid in de apotheek.¹⁰² Specialités maken 38% uit van alle voorschriften, parallelle import 10%, generieke medicijnen 47% en eigen preparaten 5%. Qua uitgaven aan medicijnen nemen de specialités het grootste deel voor hun rekening (ruim 60% tegenover parallel import 16%, generiek 19% en eigen preparaten minder dan 2%). Dit komt door de veel hogere prijs van specialités in vergelijking met generieke medicijnen, parallelle import en eigen preparaten.¹⁰³ Er kan ook onderscheid gemaakt worden tussen medicijnen waarvoor een recept nodig is en over-the-counter (OTC) medicijnen. Receptmedicijnen mogen alleen door artsen worden voorgeschreven en door apothekers worden geleverd, terwijl OTC-medicijnen zonder recept verkrijgbaar zijn bij apothekers en drogisterijen en supermarkten met een licentie.

De farmaceutische industrie levert over het algemeen niet direct aan de apotheken. De groothandelaren zijn de schakel tussen beide. De opslag van medicijnen is zeer kostbaar en daarom hebben groothandelaren deze taak overgenomen van de apothekers. Zij bezorgen vervolgens de medicijnen op bestelling (soms meerdere malen per dag) bij de apothekers. 90 a 95% van de medicijnen wordt door de groothandelaren geleverd. De rest gaat via directe import of directe leveranties van de producenten. In Nederland bestaan vier grote volgesorteerde groothandelaren (OPG, Brocacef, Interpharm en Euromedica) die ongeveer 80% van de markt in handen hebben. Zij leveren alle medicijnen die op de Nederlandse markt zijn toegestaan. Verder zijn er nog verscheidene kleinere niet-volgesorteerde groothandelaren die vooral de meest gebruikte medicijnen leveren. Een aantal van deze groothandelaren zijn de laatste jaren bezig geweest met achterwaartse (overname van producenten van generieke medicijnen) en voorwaartse (franchise en overname van apotheken) integratie (zie 3.4.5 en 3.4.9). Vooral OPG is hier zeer actief in (geweest).

De medicijnen komen vervolgens via de openbare apotheken (extramuraal 86%) of via de ziekenhuisapotheken (intramuraal 14%) bij de consumenten terecht. De laatste jaren zijn er een aantal nieuwe ontwikkelingen geweest in de levering van medicijnen (postorder, Internet en nieuwe toetreders), maar deze zijn nog relatief klein en zullen in 3.4 besproken worden.

Er zijn twee verschillen tussen de apothekersmarkt en een 'gewone' markt. Het eerste verschil is dat de consument niet zelf bepaalt welke medicijnen hij gebruikt, maar dat hij een recept krijgt van een arts. Het tweede verschil is dat niet de consument betaalt, maar de zorgverzekeraar.¹⁰⁴

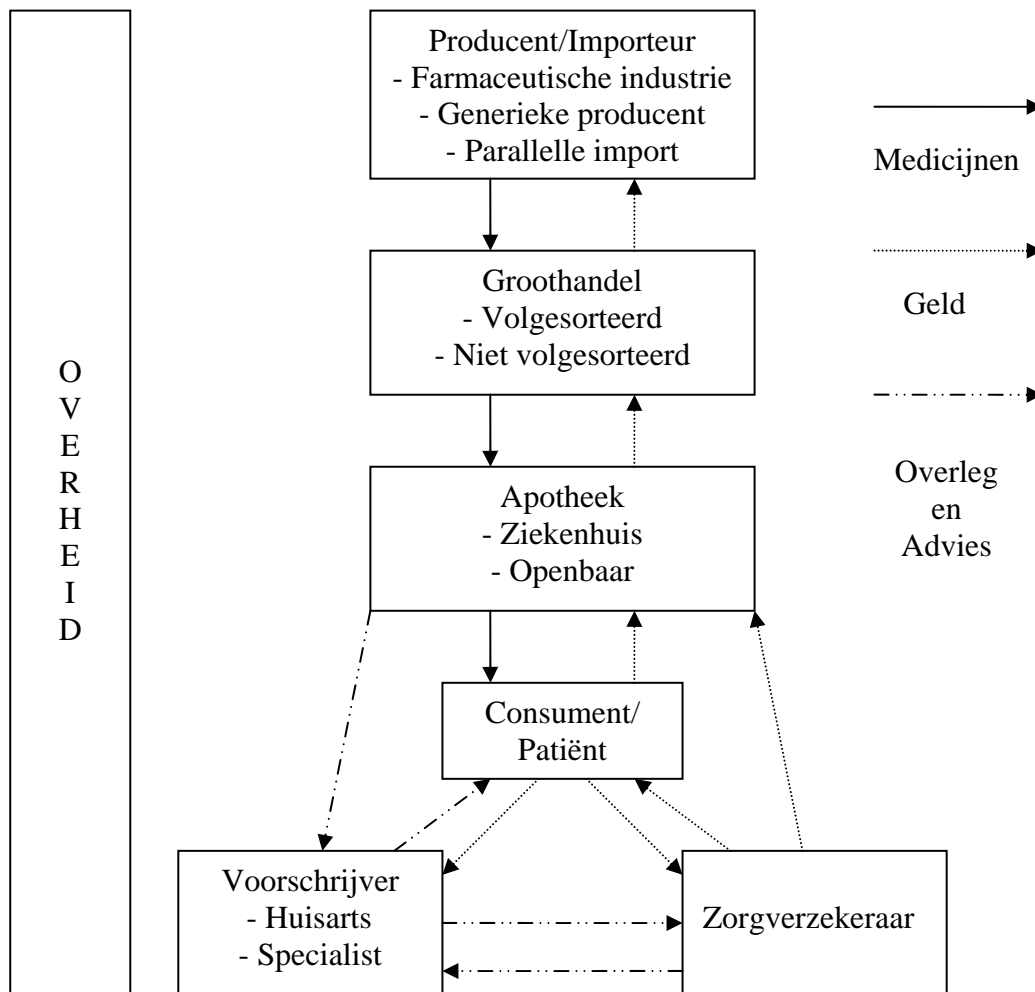
In figuur 3.2 is weergegeven hoe de farmaceutische markt officieel in elkaar steekt. De geld- en productstromen en verschillende soorten overleg en advies zijn hierin globaal weergegeven. Hierna zal verder worden ingegaan op de belangen van de verschillende partijen in de farmaceutische markt en de manier waarop deze worden behartigd. Hiervoor zullen eerste de verschillende betrokken organisaties worden beschreven.

¹⁰² Philipsen, 2003: 45-46

¹⁰³ Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2005: 32-34

¹⁰⁴ Philipsen, 2003: 46-53

Fig. 3.2 De Farmaceutische Markt ¹⁰⁵



3.3.1 Vertegenwoordigende Organisaties

In figuur 3.2 zijn de volgende partijen weergegeven als betrokkene bij de apothekersbranche: producenten, groothandels, de apothekers, artsen, consumenten, zorgverzekeraars en de overheid. De producenten, groothandels, apothekers, zorgverzekeraars, artsen en consumenten hebben allemaal organisaties opgericht om hun belangen te behartigen. De overheid heeft verscheidene organen die zich met de apothekersbranche bezighouden.

De innovatieve farmaceutische industrie (producenten van specialités) wordt vertegenwoordigd door de Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma) en de producenten van generieke medicijnen worden vertegenwoordigd door de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin). Beide organisaties volgen het politieke en maatschappelijke debat en vertegenwoordigen hun leden hierin. Door te lobbyen en te

¹⁰⁵ Philipsen, 2003: 45

onderhandelen met de andere partijen proberen zij de belangen van hun leden zo goed mogelijk te behartigen.¹⁰⁶ De groothandels zijn verenigd in de Bond van Groothandelaren in het farmaceutische Bedrijf (BG Pharma), maar deze organisatie lijkt niet zeer actief te zijn in de discussie over marktwerking in de apothekersbranche. Tijdens dit onderzoek kwam zij alleen naar voren als één van de oprichters van de Code Geneesmiddelen Reclame (CGR).¹⁰⁷ Verder werd zij tijdens geen van de interviews genoemd.

Van oudsher worden de apothekers in Nederland vertegenwoordigd door de KNMP. Dit is een wetenschappelijke beroepsvereniging die zich vooral beroepsinhoudelijk inzet, maar daarnaast ook de apothekers vertegenwoordigt in Den Haag. Vandaag de dag is de overgrote meerderheid van de apothekers in Nederland nog steeds lid van deze organisatie (90-95%).¹⁰⁸ De laatste jaren zijn er echter een aantal nieuwe belangenbehartigers opgericht. In 1995 werd de Vereniging Jonge Apothekers (VJA) opgericht. Studenten farmacie kunnen lid worden van de VJA nadat zij de eerste vier jaar van hun studie succesvol hebben afgerond. Vervolgens kunnen zij lid blijven tot vijf jaar na hun studie.¹⁰⁹ Deze jonge apothekers vonden dat zij niet goed vertegenwoordigd werden door de KNMP en richtten daarom hun eigen belangenorganisatie op.

De laatste twee jaar lijkt de KNMP, die wordt gedomineerd door klassieke openbare apothekers, meer problemen te hebben met de vertegenwoordiging van alle verschillende leden. Nadat de overheid in 2003 de Maatregel de Geus aankondigde, richtten enkele jonge zelfstandige apothekers de BOA op. Deze maatregel zou vooral nadelig zijn voor jonge apothekers en zij waren niet tevreden over de manier waarop de KNMP hun belangen behartigde. Waar de VJA zich vooral richt op jonge apothekers die nog niet zelf een apotheek hebben, vertegenwoordigt de BOA jonge apothekers die deze stap al wel hebben gezet. De BOA houdt zich vooral bezig met de lobby richting Den Haag. Twee jaar later hebben enkele leden van de BOA de NApCo opgericht. Omdat het apothekers, als gevolg van uitspraken van de NMa, niet langer is toegestaan om collectieve onderhandelingen te voeren met de zorgverzekeraars, hebben zij deze coöperatie opgericht. Via deze vorm is dit namelijk nog wel mogelijk.¹¹⁰ Tot slot hebben ook de ketenapotheken in januari 2005 een eigen belangenbehartiger opgericht, de Associatie van Ketenapotheken (ASKA). De ASKA is geen commerciële belangenbehartiger zoals de NApCo dat is, maar richt zich op gezamenlijk onderzoek en voert een gemeenschappelijke lobby richting Den Haag. Ook de ketenapotheken voelden zich namelijk niet langer vertegenwoordigd door de KNMP.¹¹¹

¹⁰⁶ Nefarma, 2005 en Bogin, 2005b

¹⁰⁷ Stichting Code Geneesmiddelenreclame, 2005

¹⁰⁸ Interview KNMP (1)

¹⁰⁹ Interview Vereniging Jonge Apothekers (10)

¹¹⁰ Interview BOA (18)

¹¹¹ Bogin, 2005a

De zorgverzekeraars worden in Nederland al sinds lange tijd vertegenwoordigd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN).¹¹² De huisartsen in Nederland worden vertegenwoordigd door de LHV en de medisch specialisten door de Orde van Medisch Specialisten. Beide organisaties zetten zich in voor de positie van haar leden in de Nederlandse samenleving en de gezondheidszorg.¹¹³ Er bestaat in Nederland een keur aan patiëntenorganisaties die zich inzetten voor verbetering van het lot van hun patiënten en deze zijn veelal vertegenwoordigd in de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).¹¹⁴

De overheid is via vele organen betrokken bij de apothekersbranche. Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in Nederland en daarmee dus ook voor de apothekersbranche. De ambtenaren van dit ministerie maken het overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg en dragen er zorg voor dat de Nederlandse bevolking genoeg zorgvoorzieningen van goede kwaliteit tot haar beschikking heeft staan. In dit kader worden afspraken gemaakt met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.¹¹⁵ Naast het Ministerie van VWS is ook het Ministerie van Economische Zaken (EZ) betrokken bij de apothekersbranche. Zij probeert de Nederlandse economie duurzaam te laten groeien en bemoeit zich in dit kader ook met de gezondheidszorg.¹¹⁶ De Nederlandse overheid heeft verschillende zelfstandige overheidsorganisaties opgericht die zich bezig houden met de gezondheidszorg in Nederland. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) houdt zich bezig met de uitvoering en financiering van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zij registreert sinds 1998 het gebruik van geneesmiddelen in Nederland en rapporteert hierover via de GIP-publicaties (Geneesmiddelen Informatie Project) en de Monitor Farmaceutische Zorg.¹¹⁷ Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) houdt toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. In het kader hiervan maakt zij ook voorschriften voor de zorgverzekeraars.¹¹⁸ Het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) is van oorsprong de uitvoerder van de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) en wordt sinds 1 mei 2004 omgevormd tot de Zorgautoriteit. Zij gaat dan functioneren als een soort NMa voor de gezondheidszorg en zal belast zijn met het bevorderen van marktwerking in de gezondheidszorg. Ook zal zij de WTG blijven uitvoeren.¹¹⁹ De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland.¹²⁰ Het laatste overheidsorgaan dat toezicht houdt op de

¹¹² ZN, 2005

¹¹³ LHV, 2005 en Orde van Medisch Specialisten, 2005

¹¹⁴ NPCF, 2005

¹¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005

¹¹⁶ Ministerie van Economische Zaken, 2005b

¹¹⁷ CVZ, 2005

¹¹⁸ CTZ, 2005

¹¹⁹ CTG/Zaio, 2005

¹²⁰ IGZ, 2005

apothekersbranche, en de gezondheidszorg in het algemeen, is de NMa. Zij is belast met de uitvoer van de *Mededingingswet* en ziet toe op eerlijke concurrentie.¹²¹

3.3.2 Belangenbehartiging¹²²

In 3.3.1 zijn de verschillende partijen die met de apothekersbranche te maken hebben, beschreven. Hier zal worden ingegaan op de verhouding tussen deze partijen en de manieren waarop de verschillende partijen hun belangen behartigen. In figuur 3.3 is dit geheel weergegeven.

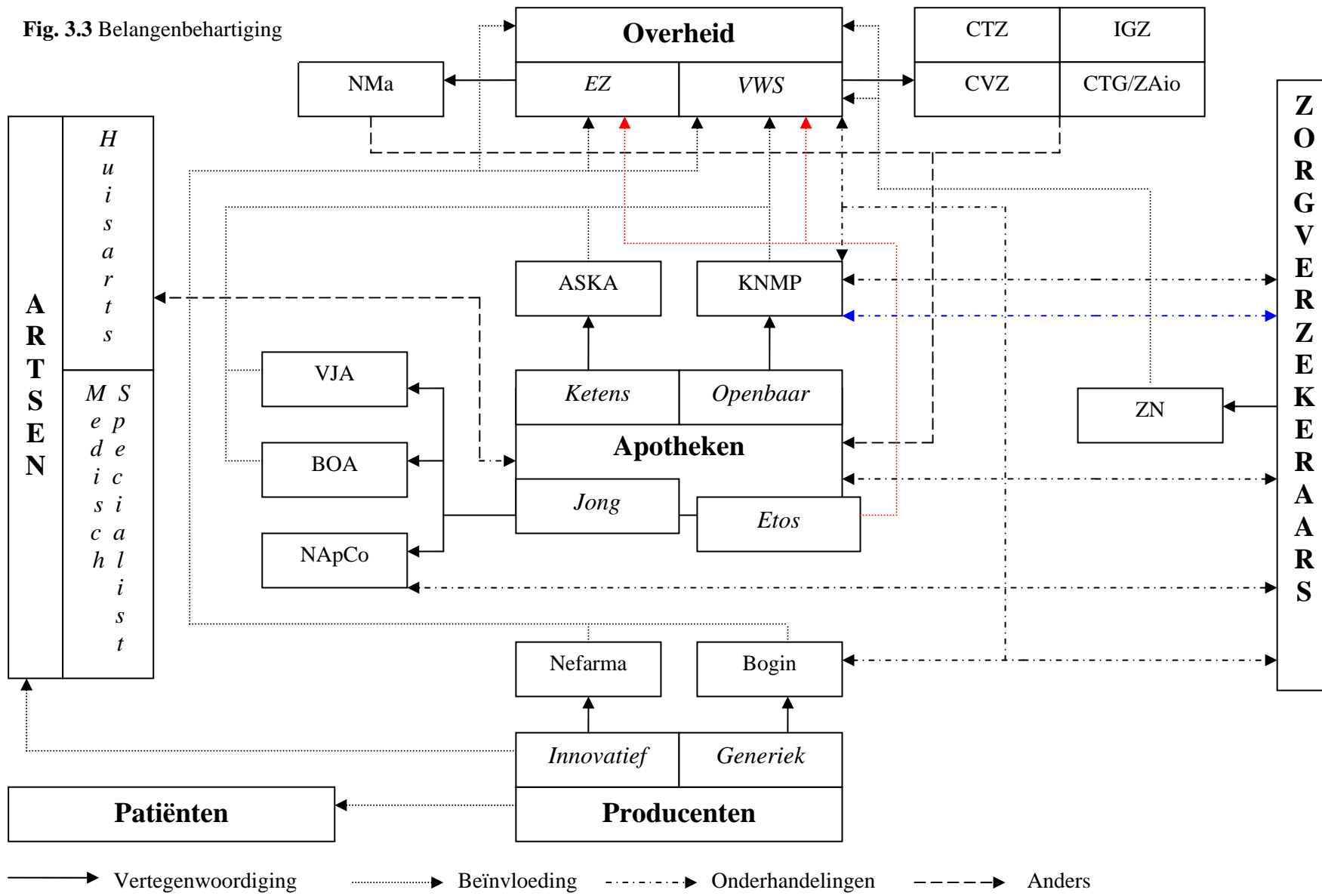
Tijdens de interviews bleek dat een aantal partijen niet zo nauw betrokken zijn bij de discussie over marktwerking in de apothekersbranche. De groothandels (BG Pharma) zijn al genoemd, maar verder kwamen ook de vertegenwoordigers van de artsen (LHV en de Orde van Medisch Specialisten) en de patiëntenorganisaties in geen van de interviews en schriftelijke bronnen naar voren als sterk betrokken bij de discussie. Daarom zullen deze partijen hier verder niet uitvoerig worden behandeld. De artsen en patiënten staan wel als groep vermeld, omdat zij worden benaderd door de farmaceutische industrie. Tussen individuele apothekers en huisartsen worden bovendien afspraken gemaakt.

De farmaceutische industrie heeft een sterke lobby richting de overheid. Zij benaderen niet alleen de Ministeries van VWS en EZ, maar richten zich ook tot het Ministerie van Justitie, Tweede Kamerleden en ambtenaren. De innovatieve industrie probeert duidelijk te maken dat de ontwikkeling van nieuwe medicijnen gigantische investeringen vergt en dat de hoge prijzen voor hun medicijnen dan ook gerechtvaardigd zijn. De lobby van de generieke industrie staat vooral in het teken van de prijzen die zij kunnen rekenen voor hun medicijn. Deze spreiding van lobby heeft te maken met de verschillende inzichten die er bij overheid zijn wat betreft de apothekersbranche. De stimulering van marktwerking is bijvoorbeeld bij het Ministerie van EZ een populaire gedachte om de kosten van de gezondheidszorg te verlagen en de concurrentie te vergroten terwijl men bij het Ministerie van VWS meer aandacht heeft voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. De farmaceutische industrie benadert ook direct patiënten en artsen. Door hen te overtuigen van de werking van hun medicijnen, proberen ze ervoor te zorgen dat deze meer worden voorgeschreven. Zowel huisartsen als specialisten worden bezocht door vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie en ziekenhuizen krijgen medicijnen voor sterk gereduceerde prijzen. Als de artsen overtuigd kunnen worden van de werking van een medicijn, dan zal dit leiden tot een stijging van de verkoop van de medicijn in de apotheek. Patiënten worden vooral via patiëntenorganisaties benaderd. Doordat consumenten steeds mondiger worden, willen zij ook steeds meer zelf bepalen welke zorg zij krijgen. Als de consument overtuigd kan

¹²¹ NMa, 2005a

¹²² Deze paragraaf is geschreven op basis van alle interviews.

Fig. 3.3 Belangenbehartiging



worden van de werking van een medicijn, dan zal ook dit leiden tot een stijging van de verkoop bij de apotheek. De farmaceutische industrie geeft grote bedragen uit aan allerlei vormen van reclame en dit doen zij alleen als het werkt.

Ook de apothekers (KNMP, ASKA, VJA en BOA) lobbyen bij de overheid en dan vooral bij het Ministerie van VWS. Hier benadrukken zij de dienstverlenende rol van de apothekers en de noodzaak om deze te verankeren in de wetgeving en tot uitdrukking te laten komen in de manier waarop de apothekers worden gefinancierd. De Etos probeert de overheid (zowel het Ministerie van VWS als EZ) er juist van te overtuigen dat verdere deregulering noodzakelijk is om concurrentie te stimuleren. Dit laatste punt wordt vooral bij het Ministerie van EZ naar voren gebracht.

De zorgverzekeraars lobbyen bij het Ministerie van Financiën over de financiering van de zorg en bij het Ministerie van VWS over de mogelijkheden om de zorgaanbieders (waaronder de apothekers) te dwingen tot meer concurrentie.

Het Ministerie van VWS overlegt met ZN, de KNMP en de Bogin over de prijzen van medicijnen. De overheid en de zorgverzekeraars vinden deze te hoog en hebben door overleg (zie 3.4.10 voor convenant) met de apothekers en de generieke geneesmiddelenindustrie de prijzen hiervan weten te verlagen.

De zorgverzekeraars overleggen verder met de KNMP en NApCo en met individuele apothekers over de voorwaarden van contracten. Hieruit zijn standaardcontracten ontstaan die aan alle apothekers worden aangeboden. Op deze manier voorkomen de zorgverzekeraars dat zij voor elke apotheek een ander contract heeft. Dit zou namelijk tot hoge kosten leiden. Omdat de NMa het gezamenlijke onderhandelen van apothekers heeft verboden, hebben een aantal jonge zelfstandige apothekers de NApCo opgericht. Via deze coöperatie kunnen zij wel gezamenlijk onderhandelingen voeren (zie 3.3.1). Ook de ketens kunnen als gemakkelijk contracten afsluiten voor vele tientallen apotheken.

De overheid controleert en intervenueert via verschillende organen in de apothekersbranche. De NMa ziet toe op de concurrentie in de apothekersbranche en heeft hier in het verleden enkele uitspraken over gedaan die gezorgd hebben voor veranderingen in de branche. Omdat de gezondheidszorg een complexe branche is, wordt in 2006 de Zorgautoriteit verantwoordelijk voor marktwerking en concurrentie in de zorg (en dus ook in de apothekersbranche). Het Ministerie van VWS voert de regelgeving die betrekking heeft op de apothekersbranche en de controle op de branche niet zelf uit, maar heeft hier enkele organen voor in het leven geroepen (CTZ, CVZ, IGZ en CTG/ZAio).

Apothekers hebben een sterke positie doordat zij een domeinmonopolie hebben op de aflevering van medicijnen waarvoor een recept noodzakelijk is. Dit is wettelijk geregeld. Zij zijn bovendien goed georganiseerd en hebben voldoende geld om een effectieve lobby uit te voeren en, indien zij dit nodig achten, rechtszaken aan te spannen. Bovendien vindt er op verschillende manieren

mededingingsbeperking plaats. Huisartsen en apothekers maken onder andere afspraken om nieuwe apothekers buiten de deur te houden (zie verder 3.4).

3.4 Ontwikkelingen in de Apothekersbranche

Sinds het begin van de jaren tachtig hebben er vele ontwikkelingen plaatsgevonden in de apothekersbranche. De overheid heeft door regulering regelmatig geïntervenieerd en ook de apothekers zelf hebben regulering opgezet en weer afgeschaft. Ook andere acties van de (individuele) apothekers, bedoeld om de eigen positie te beschermen, zullen worden beschreven. Deze ontwikkelingen zullen, zoveel mogelijk, chronologisch worden behandeld. Als het echter voor het verhaal beter is om een onderwerp eerst in zijn geheel te behandelen, dan zullen er wat stappen in de tijd worden gemaakt. Om een idee te krijgen van de situatie aan het begin van de jaren tachtig van de twintigste eeuw, zal nu eerst kort worden ingegaan op de ontwikkelingen sinds de negentiende eeuw.

3.4.1 Ontwikkelingen sinds de Negentiende Eeuw

Sinds het begin van de negentiende eeuw moest men om een medisch beroep te mogen uitoefenen een examen afleggen. In die tijd mochten alle geneeskundigen zich nog bezighouden met het apothekersvak (arsenijbereidkunst). Het apothekersvak was een medisch deelberoep. Pas in 1865 werd er aparte wetgeving gecreëerd voor de apothekers en werd het een zelfstandige professie. Op hetzelfde moment werden de drogisten uit de geneeskundige wetgeving geschrapt en hen werd hiermee niet langer toegestaan om medicijnen te verkopen. Geneeskundigen was het echter nog wel toegestaan om het apothekersvak uit te oefenen. Dit veranderde in 1878. Vanaf dat jaar was het verplicht om een aparte universitaire opleiding te volgen om het apothekersvak te mogen uitoefenen.¹²³

De in 1865 ingestelde wetgeving met betrekking tot de uitoefening van de arsenijbereidkunst werd in 1958 vervangen door de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening*.¹²⁴ Samen met het *Besluit Uitoefening Arsenijbereidkunst* bepaalt deze wet het monopolie van de apotheker op het leveren van medicijnen. In artikel 2 staat dat de farmaceutische praktijk is voorbehouden aan apothekers, apotheekhoudende huisartsen, indien er geen apotheek in de nabijheid is (artikel 6), apothekersassistenten, indien zij onder toezicht staan van een apotheker en rechtspersonen met toestemming van de minister. In artikel 2.3 staat dat indien men de farmaceutische praktijk niet mag uitoefenen het verboden is om medicijnen te bereiden en af te leveren. Deze artikelen zorgen voor het monopolie van de apotheker op het extramuraal afleveren van medicijnen. In het *Besluit Uitoefening Arsenijbereidkunst* staan de praktische voorwaarden waaraan een apotheker moet voldoen indien hij

¹²³ Bierman, 1988: 247-252

¹²⁴ Staatsblad, 1958

een apotheek wil openen of in een apotheek werkzaam wil zijn. Verder staan er enkele voorwaarden in waaraan hij tijdens de uitvoer van zijn werkzaamheden moet voldoen.¹²⁵

Halverwege de twintigste eeuw bestonden de dagelijkse bezigheden nog steeds vooral uit het bereiden en verkopen van medicijnen. In de decennia daarna is dit echter danig veranderd. Apothekers worden nu meer gezien als specialisten in de farmaceutische therapie. Behalve het leveren van medicijnen houden zij zich nu ook meer bezig met het leveren van zorg. Deze nieuwe functie van de apotheker is het gevolg van een aantal veranderingen sinds de jaren vijftig. Na de Tweede Wereldoorlog ontwikkelde de farmaceutische industrie zich in een hoog tempo. Medicijnen worden nu veelal compleet bereid afgeleverd aan de apotheker die ze vervolgens alleen nog maar hoeft af te leveren aan de patiënt. Als gevolg hiervan is de rol van de apotheker als bereider van medicijnen grotendeels verdwenen.¹²⁶ In 2004 was nog ongeveer 5% van de medicijnen een eigen preparaat.¹²⁷ Een tweede ontwikkeling, die hiermee samenhangt, is dat de medicijnenmarkt steeds complexer wordt door de grote hoeveelheid nieuwe medicijnen en werkzame stoffen die elk jaar op de markt wordt gebracht. Hierdoor is het voor artsen, zonder de hulp van apothekers, moeilijk geworden om te bepalen welk medicijn aan een patiënt moet worden voorgeschreven. Het is voor artsen onmogelijk geworden om de precieze chemische structuur van alle medicijnen te kennen en hierin moeten ze dan ook onderwezen worden door apothekers. In Nederland gebeurt dit niet alleen op individuele basis, maar ook in het zogenaamde farmacotherapeutische overleg (FTO). Dit wordt ook gestimuleerd door het Ministerie van VWS. De derde ontwikkeling is de specialisatie die heeft plaatsgevonden in de farmacie. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende farmaceuten: openbare apothekers, ziekenhuisapothekers en industriële farmaceuten. Door deze ontwikkelingen hebben apothekers er een aantal taken bij gekregen die zij halverwege de twintigste eeuw nog niet hadden: medicatiecontrole voor mogelijke bijwerkingen, controleren van de voorschriften van artsen en het adviseren van patiënten en artsen. Het afleveren van medicijnen aan patiënten (de apotheker als retailer) is echter nog steeds de kerntaak van de apotheker. Een probleem is dat de regulering van de apothekers nog vooral gebaseerd is op deze functie en nog niet is aangepast aan de nieuwe taken.¹²⁸

3.4.2 Beleid Begin Jaren Tachtig

Omdat de kostenstijgingen in de farmaceutische zorg al sinds het begin van de jaren tachtig hoger zijn dan in de rest van de gezondheidszorg, heeft de overheid de afgelopen decennia veel aandacht aan deze sector besteed. Het doel hiervan is altijd geweest om in Nederland een betaalbare en toegankelijke farmaceutische zorg van goede kwaliteit te realiseren en behouden. De eerste

¹²⁵ Philipsen, 2003: 75-78

¹²⁶ Philipsen, 2003: 53-54

¹²⁷ Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2005: 33

¹²⁸ Philipsen, 2003: 55-59

kabinetsnota die betrekking had op de kosten van de farmaceutische zorg stamt uit 1979 en heeft de titel *Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling*. Sinds deze nota heeft de overheid door middel van een grote hoeveelheid maatregelen geprobeerd om controle te krijgen op de uitgaven in de gezondheidszorg.¹²⁹ De farmaceutische industrie was hierbij vaak de eerste branche waarop zij zich richtte.¹³⁰

In het al eerder aangehaalde advies van de SER uit 1985 over de inkomens van de vrije beroepsbeoefenaren, werd opgemerkt dat de apothekersmarkt niet goed functioneerde. De KNMP voerde een vestigingsbeleid dat ervoor zorgde dat het bijna onmogelijk was om een nieuwe apotheek te openen. Door de manier waarop apothekers werden gefinancierd, was er geen sprake van prijsconcurrentie en ondanks de vrije keus van de consumenten was er ook nauwelijks sprake van kwaliteitsconcurrentie. Afnemers konden de apothekers ook niet dwingen tot een verbetering van de kwaliteit, omdat zij geen countervailing power hadden. Ook was er nauwelijks sprake van concurrentie van derden.¹³¹

De verschillende maatregelen die de overheid in het begin van de jaren tachtig nam om de geneesmiddelenuitgaven binnen de perken te houden, waren vooral gericht op de hoeveelheid geneesmiddelen die werd gebruikt (volumemaatregelen). De overheid richtte zich hierbij zowel op het aantal voorschriften als op het aantal medicijnen.¹³² De eerste maatregel, de *Prijsbeschikking Geneesmiddelen* van 1982, was echter een prijsmaatregel. Deze hield in dat de vergoedingen van medicijnen niet langer gebaseerd werden op de importprijs, maar op de prijs van de groothandelaren in het land van herkomst. Een jaar later bleek echter dat deze maatregel in strijd was met het Europese recht en werd hij weer afgeschaft.¹³³ In datzelfde jaar stelde de overheid negatieve lijsten op. Hierop stonden middelen die niet langer, of alleen na uitdrukkelijke toestemming van het Ziekenfonds, vergoed werden. Vanaf februari 1983 tot januari 1990 gold een eigen bijdrage. Dit hield in dat men bij elk voorschrift een eigen bijdrage moest betalen van f2,50 met een maximum van f125,-. Deze regeling stond ook wel bekend als de medicijnknaak.¹³⁴ Uit onderzoek bleek later dat deze maatregel geen invloed heeft gehad op de geneesmiddelenuitgaven.¹³⁵

3.4.3 Vestigingsbeleid

Eind jaren tachtig kwam aan het vestigingsbeleid van de KNMP een einde. Dit was in 1975 ingesteld vanuit de gedachte dat een apotheek alleen een hoge kwaliteit kan leveren als de financiële basis goed

¹²⁹ CVZ, 2003: 18

¹³⁰ De Wolf en Van Rooij, 1996: 1

¹³¹ SER, 1985: 82-84

¹³² CVZ, 2003: 16-31

¹³³ De Wolf en Van Rooij, 1996: 1

¹³⁴ CVZ, 2003: 16-31

¹³⁵ Linssen, 1998: 22

is. Hiervoor had men, volgens de KNMP, een minimumafzetgebied van 8.000 klanten nodig. Leden moesten daarom toestemming vragen aan het bestuur van de KNMP als zij een nieuwe apotheek wilden openen of een bestaande apotheek wilden verplaatsen. De regels van de KNMP gelden echter alleen voor haar eigen leden en kunnen niet worden opgelegd aan niet-leden. Ondanks dat het voor niet-leden dus mogelijk was om een apotheek te openen, gebeurde dit tot het begin van de jaren tachtig niet vaak. Begin jaren tachtig stapte de KNMP enkele malen naar de rechter om te voorkomen dat niet-leden apotheken openden zonder toestemming van de KNMP. Ondanks het argument van de KNMP dat het vestigingsbeleid een algemeen geaccepteerde gedragsregel was, bepaalde de rechter echter in meerdere gevallen dat een private regel niet wettelijk bindend is.¹³⁶ Toen in de loop van de jaren tachtig meer en meer apotheken ‘zwart’ (zonder toestemming) werden geopend, kreeg het vestigingsbeleid steeds minder waarde.¹³⁷ Hierop besloot de KNMP in 1987 om het vestigingsbeleid te veranderen in een vestigingsadviesbeleid zonder sancties. Dit beleid hield in dat iedereen (leden, niet-leden en geïnteresseerde derde partijen) de KNMP kon verzoeken om advies te geven over de vestiging van een apotheek. De KNMP mocht op basis van deze regels ook ongevraagd advies geven. Hierbij hanteerde de KNMP het criterium dat een nieuwe apotheek binnen afzienbare tijd financieel gezond moest kunnen functioneren. Hiervoor moest men minimaal 40.000 recepten per jaar verwerken. Ondanks dat het vestigingsadviesbeleid niet bindend was, werd het vaak wel opgenomen in de contracten die apothekers afsloten met de zorgverzekeraars. Uit verschillende rechtszaken in de jaren negentig bleek dat in de contracten tussen de zorgverzekeraars en de apothekers ongeveer dezelfde voorwaarden stonden zoals die ook golden onder het vestigingsbeleid. Apotheken moesten minstens 7.500 klanten bedienen en moesten eigendom zijn van en bestuurd worden door een apotheker. Bij het sluiten van contracten moesten beide partijen bovendien rekening houden met de uitkomsten van het overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland en de KNMP. Dit overleg was mede gebaseerd op de Nederlandse Apotheek Norm (deze wordt later uitgewerkt) welke is opgesteld door de KNMP en is goedgekeurd door het College voor Zorgverzekeringen.¹³⁸ Door deze regels waren de apothekers nog steeds verzekerd van een minimum afzetgebied. Met het in werking treden van de *Mededingingswet* in 1998 (zie verder 3.4.8) werd het vestigingsadviesbeleid van de KNMP echter, door de in dat jaar opgerichte NMa, verboden.¹³⁹

3.4.4 Regulering

In 1987 kwam het ambtelijke rapport *Heroverweging Geneesmiddelenvoorziening* uit. Dit rapport analyseerde de manier waarop de kosten in de geneesmiddelensector konden worden beheerst. Volgens dit rapport was de gebrekkige marktwerking in de geneesmiddelensector de belangrijkste

¹³⁶ Philipsen, 2003: 78-79

¹³⁷ Cancrinus-Matthijssse, 1995: 233

¹³⁸ Philipsen, 2003: 79

¹³⁹ NMa, 2004b: 14-15

reden de stijging van de kosten.¹⁴⁰ De splitsing van keuze voor een medicijn, het gebruik van medicijnen en de bekostiging van medicijnen resulteerde in het ontbreken van een sterke countervailing power welke noodzakelijk is voor marktwerking. Het stimuleren van concurrentie om de kosten van de gezondheidszorg in bedwang te houden, werd hierop een van de speerpunten van het Nederlandse overheidsbeleid.

Vervolgens nam het Ministerie van VWS verschillende maatregelen om de snel stijgende kosten in bedwang te houden. Deze maatregelen hadden naast het volume (voortgang van beleid) ook betrekking op de prijs van de geneesmiddelen. Bovendien werden er maatregelen genomen om de efficiëntie en kwaliteit van de farmaceutische zorg te verbeteren. Enkele prijsmaatregelen waren de herziening van de tariefstructuur voor apothekers, het *Omni Partijen Akkoord* (OPA), de *Wet Geneesmiddelen Prijzen* en het *Geneesmiddelen Vergoedingsstelsel* (GVS).¹⁴¹

De tariefstructuur voor apothekers werd met ingang van januari 1988 gewijzigd. Een probleem waar de toenmalige tariefstructuur mee kampte, was dat de fabrikanten, groothandelaren en apothekhouders allemaal belang hadden bij een hoge prijs. De apothekhoudenden kregen namelijk korting van de groothandelaren, maar declareerden vervolgens de officiële prijs bij de zorgverzekeraars en behielden de bonus. In de nieuwe structuur kregen de apotheken voortaan een vaste vergoeding per voorschrift (receptregelvergoeding). Dit tarief wordt, ook nu nog, berekend op basis van normen voor het inkomen van een apotheker, de praktijkkosten en het aantal voorschriften per apotheek. Verder werd er een stimuleringsmaatregel ingevoerd zodat apothekers goedkopere medicijnen (generieke of parallelgeïmporteerde medicijnen) gingen afleveren. Een percentage van het prijsverschil ten opzichte van de duurdere merkgeneesmiddelen mocht de apotheker houden. Bovendien moesten apothekers voortaan de werkelijke inkooprijzen opgeven als basis voor de declaratie bij de zorgverzekeraars.

Het OPA was een reactie op de aankondiging van het Ministerie van VWS om een ijkprijsstelsel in te voeren. Dit zou inhouden dat de overheid een limiet ging stellen aan de vergoeding voor bepaalde geneesmiddelen. Het OPA was een overeenkomst tussen de farmaceutische industrie, groothandelaren, artsen, apothekhoudenden en zorgverzekeraars die moest leiden tot de besparing die de overheid met het ijkprijsstelsel wilde bereiken. De overheid gaf deze vorm van zelfregulering in april 1989 een kans, maar een jaar later bleek dat de gewenste besparing (f465 miljoen) niet werd gehaald. Hierop besloot de overheid alsnog zelf maatregelen te nemen.

Het GVS was de maatregel die toen werd ingevoerd en dit was een variant op het ijkprijsstelsel. Eerst gold deze alleen voor de ziekenfondsverzekerden, maar later voor alle verzekerden. Het stelsel hield in dat er voor clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen een maximumprijs werd afgesproken die vergoed zou worden.¹⁴² In 1996 trad de *Wet*

¹⁴⁰ Algemene Rekenkamer, 1992: 10-11

¹⁴¹ De Wolf en Van Rooij, 1996: 1

¹⁴² Algemene Rekenkamer, 1992: 10-16

Geneesmiddelenprijzen in werking die bepaalde dat de maximumprijs van een geneesmiddel voortaan werd bepaald door het gemiddelde van de prijs die ervoor wordt betaald in Duitsland, Frankrijk, België en Engeland.¹⁴³

In het begin van de jaren tachtig had het Ministerie van VWS al een aantal volumemaatregelen genomen (zie 3.4.3). De negatieve lijsten bleven ook in het begin van de jaren negentig, in aangepaste vorm, van kracht. De eigen bijdrage werd in 1990 afgeschaft.

Een nieuwe volumemaatregel was de beperking van de duur van een voorschrift. Begin jaren tachtig had het Ministerie van VWS de partijen in het veld gevraagd om hier afspraken over te maken. Van januari 1981 tot januari 1983 gold een prescriptieovereenkomst welke was ondertekend door de LHV, de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), ZN en de KNMP. Zij kwamen overeen dat per voorschrift maximaal voor één maand mocht worden voorgeschreven. Ondanks aanmoedigingen van VWS kwam het in 1983 echter niet tot nieuwe afspraken. De regering besloot daarop in 1988 met een wettelijke regeling te komen. Alleen voorschriften voor maximaal 30 dagen werden voortaan nog voorgoed (bij chronische zieken 90 dagen). In 1991 werd deze maatregel, op advies van de Ziekenfondsraad (huidige CVZ), zelfs nog verscherpt tot 15 dagen.¹⁴⁴

In de loop van de jaren negentig werden nog verscheidene andere maatregelen doorgevoerd. Enkele geneesmiddelen werden niet meer vergoed: vanaf juli 1993 homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, vanaf januari 1994 een groot aantal zelfzorgmiddelen, vanaf april 1996 middelen met onvoldoende werkzaamheid en effectiviteit en vanaf september 1996 geldt er een beperking in de vergoeding voor middelen die buiten de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* vallen. Eind 1996 werd een subsidieregeling voor griepvaccinaties ingevoerd. Tegelijkertijd werden griepvaccins niet langer vergoed. Een jaar later werd er wederom een eigen bijdrage ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden. Twee jaar later werd deze echter alweer afgeschaft vanwege te hoge administratieve kosten.¹⁴⁵

Een belangrijke maatregel om de efficiëntie en kwaliteit van de zorg te verbeteren is het Farmaco Therapeutisch Overleg tussen apothekers en artsen.¹⁴⁶ De eerste FTO-groepen waren al aan het eind van de jaren zeventig vanuit het veld ontstaan. Toen de groei ervan eind jaren tachtig stagneerde, besloot de overheid om ze, in het kader van het GVS te stimuleren. Hiertoe heeft het in oktober 1990 de stuurgroep FTO, bestaande uit de LHV, de KNMP, de VNZ, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Ministerie van VWS, ingesteld. Dit heeft geleid tot meer gestructureerd

¹⁴³ CVZ, 2002: 18-34

¹⁴⁴ Algemene Rekenkamer, 1992: 17-19

¹⁴⁵ CVZ, 2003: 18-34

¹⁴⁶ De Wolf en Van Rooij, 1996: 1

overleg tussen huisartsen en apothekers.¹⁴⁷ Ook vandaag de dag vindt deze overlegvorm nog veelvuldig plaats tot grote tevredenheid van de deelnemers.¹⁴⁸

Een andere manier om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te verbeteren was door de patiënten beter te informeren. Hiervoor waren een aantal initiatieven gestart: het *Patiënten Informatie Project* (PIP), het *Farmacotherapeutische Kompas* en het *Geneesmiddelenbulletin*.¹⁴⁹ Het PIP bestond uit een aantal voorlichtingsprojecten om patiënten te informeren over verantwoord medicijngebruik. Dit moest het gebruik van geneesmiddelen verminderen en daarmee leiden tot een kostenbesparing.¹⁵⁰ Het Farmacotherapeutische Kompas is een encyclopedie met informatie over de bruikbaarheid, werkzaamheid en kosten van geneesmiddelen en wordt uitgegeven door het CVZ. Momenteel wordt het, geïntegreerd in het *Elektronisch Voorschrijf Systeem* en het *Elektronisch Medisch Dossier*, verstrekt aan huisartsen, apotheken en ziekenhuizen.¹⁵¹ Het *Geneesmiddelenbulletin* geeft informatie over onderzoek naar de werking, de samenstelling en bijwerkingen van medicijnen.¹⁵²

3.4.5 Samenwerking

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig zijn een aantal samenwerkingsverbanden ontwikkeld. De ontwikkelingen in de jaren daarvoor (veranderende wensen van consumenten, veranderingen in de beroepsuitoefening, toegenomen concurrentie en de druk op de vergoedingen door de overheid) zorgden ervoor dat apothekers konden profiteren van samenwerking. Door onderdelen van de bedrijfsvoering collectief te regelen, is het mogelijk om efficiënter en effectiever te werken. Door samen te werken kunnen bijvoorbeeld kortingen worden bedongen en cursussen worden opgezet om personeel bij te scholen.

De groothandelaren OPG (Extra Apotheek, 1990), Brocacef (Meditheek, 1989) en Interpharm (Kring Apotheek, 1990) hebben alledrie een eigen franchiseformule ontwikkeld. Voor de groothandelaren was dit een vorm van voorwaartse integratie. Deze samenwerking hield in dat de groothandelsactiviteiten en de detailhandelsactiviteiten van de aangesloten apothekers op elkaar werden afgestemd. In 1993 hebben twee onafhankelijke apothekers als reactie op de groothandelaren samenwerkingsverband de Service Apotheek opgericht. Bovenstaande samenwerkingsverbanden moesten zorgen voor meer herkenbaarheid van de apotheken en daarmee bijdragen aan het binden van klanten. Alle vier deze samenwerkingsverbanden waren zogenaamde zachte modellen (hoewel er enige verschillen zijn tussen de vier formules). Dit betekende dat de naam op de achtergrond bleef en dat de formule vooral naar voren kwam in de huisstijl en het interieur van de apotheken. Verder werd vooral in de bedrijfsvoering gezocht naar manieren om samen te werken. Hierbij kan gedacht worden

¹⁴⁷ Algemene Rekenkamer, 1992: 19-21

¹⁴⁸ FTO-Online, 2005

¹⁴⁹ De Wolf en Van Rooij, 1996: 1-2

¹⁵⁰ Algemene Rekenkamer, 1992: 21

¹⁵¹ Nationaal ICT Instituut voor de Zorg, 2005

¹⁵² Geneesmiddelenbulletin, 2005

aan standaardinstrumenten voor de apothekers, thuiszorg, FTO's, voorlichtingsmateriaal, opleidingen en computerondersteuning. Voor alle vier de samenwerkingsverbanden geldt dat ze zijn opgericht vanuit de gedachte dat om te overleven samenwerking noodzakelijk is en dat de apotheken meer cliëntgericht moeten gaan handelen.¹⁵³

Twee andere vormen van samenwerking zijn de Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken (VNA, opgericht in 1948) en de Stichting Apothekers in Loondienst (SAL, opgericht in 1978). De VNA is opgericht om oudere apothekers te helpen in hun oudedagsvoorziening en jongere apothekers met het opstarten van een praktijk.¹⁵⁴ In plaats van dat de apotheker zijn apotheek verkoopt en een fors bedrag aan goodwill ontvangt, geeft hij de apotheek in beheer bij de VNA en ontvangt hij gedurende 21 jaar een winstdeling. De VNA neemt vervolgens een jonge, net afgestuurde, apotheker voor vijf jaar in loondienst en plaatst deze in de apotheek. De nieuwe apotheker wordt opgeleid in het beheer van een apotheek en na vijf jaar wordt hij medevenoot. Na de periode van 21 jaar wordt hij vervolgens volledig eigenaar van de apotheek. De VNA ondersteunt de apotheek in de dagelijkse farmaceutische en financiële bedrijfsuitoefening door middel van diensten als beheer, administratie, personeelszaken, inrichting en vestiging.¹⁵⁵

De SAL is een stichting zonder winstoogmerk waarbij alle medewerkers in loondienst zijn. Ze hebben een eigen inrichtingsmodel ontwikkeld waarbij de cliënt aan de balie zit. Men richt zich op klantvriendelijkheid, privacy en efficiency. De apotheken zijn ondergebracht in regionale clusters met gespecialiseerde functies. Apothekers en apotheekmedewerkers werken in teams en hebben hierin allemaal hun eigen taak. De apothekers kunnen eigen ideeën inbrengen zolang ze binnen de grenzen blijven die de SAL heeft gesteld. Regelmatig wordt de kwaliteit van de dienstverlening getoetst onder de klanten. Met de resultaten hiervan worden vervolgens verbeteringen aangebracht.¹⁵⁶ Momenteel beheert de SAL 8 apotheken.¹⁵⁷

3.4.6 Postorderfarmacie

In februari van 1993 startte de zorgverzekeraar Geové een bezorgservice voor ongeveer 6.000 klanten in de regio Den Haag. Zij sloot een contract met de groothandel Linea Pharma (een nieuwkomer op de markt) om deze service uit te voeren. Verzekerden van Geové konden hun recept naar een apotheek sturen die met Linea Pharma samenwerkte en de medicijnen werden dan per post gratis thuisgestuurd. Deze service was vooral gericht op chronische zieken die regelmatig medicijnen nodig hadden. Een jaar later gebruikten ongeveer 3.000 verzekerden de service en werd deze landelijk uitgerold. De

¹⁵³ Hawinkels en de Wolf, 1998: 12-21

¹⁵⁴ Hawinkels en De Wolf, 1998: 21-23

¹⁵⁵ Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken, 2005

¹⁵⁶ Hawinkels en De Wolf, 1998: 23-24

¹⁵⁷ Stichting Apothekers in Loondienst, 2005

bedoeling was dat Linea Pharma dezelfde service in 1995 ook aan andere zorgverzekeraars zou gaan aanbieden.

In de loop van 1993 waren er ook in andere steden al apotheken die gingen samenwerken met Linea Pharma, waaronder apotheek De Krommerdt in Amsterdam (eigendom van apotheker Dijk) en Extra Apotheek in Brunssum (eigendom van Apotheker Schoonbroodt). Beiden hadden een contract met OPG Groothandel (in 1993 een coöperatie in het bezit van verschillende apothekers). Nadat zij waren gaan samenwerken met Linea Pharma kregen zij van OPG bericht dat voortaan niet meer aan hen geleverd zou worden. Schoonbroodt en Dijk stapten hierop naar de rechter wegens contractbreuk. De rechter bepaalde echter dat van OPG niet verwacht kon worden dat zij de levering zou hervatten. Dit zou namelijk de belangen van haar leden schaden. De rechter zou hen vermoedelijk wel gelijk hebben gegeven indien OPG een monopoliepositie had of als zij andere groothandelaren had aangemoedigd Schoonbroodt en Dijk te boycotten (dit kon niet worden bewezen). Toen Linea Pharma de andere volgesorteerde groothandelaren vroeg of zij een contract zouden aangaan met een apotheker met postorderactiviteiten ontving zij geen reactie. Apotheker Dijk had, behalve met OPG, ook een contract met Magnafarma (parallele import; onderdeel van volgesorteerde groothandel Brocacef). Ook deze leverancier liet echter in februari van 1994 weten dat zij niet langer zouden leveren. Dijk stuurde hierop een brief naar alle leveranciers in Nederland met de vraag of zij bereid waren te leveren aan een apotheek met postorderactiviteiten. Alleen groothandel Interpharm reageerde hier ontkennend op. De anderen gaven helemaal geen reactie. Nadat OPG had beloofd Dijk voorlopig te blijven leveren, vroeg Dijk twee andere volgesorteerde groothandelaren, Brocacef en Interpharm, of zij zouden leveren als hij zou stoppen met de postorderactiviteiten. Brocacef antwoordde dat zij niet leveren aan apotheken die zich bezig houden met postorderactiviteiten. Interpharm reageerde in het geheel niet.

Na een klacht van Dijk en Linea Pharma vroeg de Staatssecretaris van Economische Zaken (EZ) de groothandelaren opheldering over hun weigering om Dijk medicijnen te leveren. Volgens de groothandelaren waren de postorderactiviteiten een gevaar voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg in Nederland en het distributiesysteem van de medicijnen en schaadden zij de belangen van de farmacie in Nederland. De Staatssecretaris van EZ en de Minister van VWS stelden hierop een maatregel in die de groothandelaren verplichtte om levering te hervatten. Deze gingen hier echter tegen in beroep bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven en zij kregen gelijk. De ministeries waren namelijk niet in staat om te bewijzen dat de groothandelaren een economische machtspositie hadden. Zij konden bovendien niet bewijzen dat postorder een noodzakelijk distributiekanaal was om de gezondheid van de Nederlandse bevolking te waarborgen of de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Na deze uitspraak besloot Dijk om de samenwerking met Linea Pharma te stoppen. Hierop besloten OPG en Interpharma om hun levering te hervatten.

In september van 1994 maakte Geové bekend dat zij de postorderservice zouden stopzetten. Als belangrijkste reden gaven zij aan dat de voordelen van de postorderservice niet ten goede kwamen

aan de zorgverzekeraars en dat het daarom niet in het belang van Geové was om door te gaan. Uit dit verhaal is echter gebleken dat de volgesorteerde groothandelaren niet bereid waren te leveren aan apothekhoudenden met postorderactiviteiten. De kleinere groothandelaren konden dit zich al helemaal niet permitteren. Als de groothandelaren toch zouden leveren, zouden de andere (openbare) apotheken waarschijnlijk wisselen van leverancier. Alleen deze dreiging was al genoeg voor de groothandelaren om niet te leveren. De openbare apotheken zagen de postorderactiviteiten als een bedreiging en hebben hun invloed aangewend om ze buiten de deur te houden.¹⁵⁸

De actie van Geové heeft wel als gevolg gehad dat apotheken door het gehele land een bezorgservice zijn gestart.¹⁵⁹ Deze (mislukte) toetreding tot de markt heeft dus wel gevolgen gehad voor de service van de gevestigde orde.

3.4.7 Zelfregulering

De KNMP bracht in 1993 de *Beroepscode en Gedragsregels voor Apothekers* uit. Doordat het hier gaat om private regulering is deze alleen intern bindend en kan niet extern worden opgelegd. Omdat meer dan 90% van de Nederlandse apothekers lid was (en is) van de KNMP, had deze vorm van zelfregulering echter wel degelijk zeggingskracht. Volgens de beroepscode moesten apothekers zich verplicht registreren in het register voor openbare apothekers van de KNMP. En om in dit register geregistreerd te blijven staan, moesten zij voldoen aan een aantal verplichtingen, waaronder het deelnemen aan opfriscursussen en farmaceutische congressen.¹⁶⁰ Volgens de gedragsregels was het ook verboden om niet-cliënten te benaderen door middel van een mailing. Men mocht wel adverteren, maar niet gericht op cliënten van een andere apotheek. Bovendien verbood de beroepscode het overnemen van cliënten tijdens avond- en weekenddiensten, vakantie en ziekte. Deze regel was ingesteld om de weekend- en avonddiensten mogelijk te maken.¹⁶¹

In 1996 bekrachtigde de KNMP de *Nederlandse Apotheek Norm* (NAN). Deze werd ontwikkeld naar aanleiding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen van datzelfde jaar, waarin zorgaanbieders worden verplicht om doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg aan te bieden. De NAN is, net als de beroepscode, extern niet bindend. Doordat de NAN regelmatig werd opgenomen in contracten tussen zorgverzekeraars en individuele apotheken, won deze echter wel aan kracht en werd het een industriernorm.¹⁶² De NAN bevat bepalingen op het gebied van het verschaffen van advies en informatie aan cliënten over het gebruik van de medicatie, het begeleiden van het gebruik van de medicatie, overleg met andere zorgverleners (farmacotherapieoverleg), de manier waarop geneesmiddelen worden afgeleverd, het zelf bereiden van medicijnen, het bevorderen van de

¹⁵⁸ De Wolf en Van Rooij, 1996: 5-8

¹⁵⁹ Interview ZN (16)

¹⁶⁰ Philipsen, 2003: 72-78

¹⁶¹ Ministerie van Economische Zaken, 1997

¹⁶² Philipsen, 2003: 72-73

gezondheid van de patiënten, onderzoek, het personeel van de apotheek en de manier waarop de apotheek wordt bestuurd, openingstijden, documentenbeheer, de toeleveranciers, kwaliteitswaarborgen en controle van de kwaliteit van de apotheek.¹⁶³

In het *Besluit Uitoefening Geneesmiddelvoorziening Artsenijbereidkunst* stonden lange tijd een viertal artikelen (32, 34, 35 en 36) waarin werd beschreven aan welke voorwaarden een apotheek wat betreft de toegang en het ontwerp moest voldoen. Deze werden echter in januari 1996 geschrapt vanwege het negatieve effect dat ze hadden op het efficiënt functioneren van een apotheek. Een paar maanden later werden ze echter door de KNMP opgenomen in de NAN.

Naar aanleiding van een aantal beslissingen over concurrentie in de gezondheidszorg van de NMa in 2000 en 2001 was de KNMP gedwongen om de gedragsregels en de NAN aan te passen. In 2002 is een nieuwe versie van de NAN gepresenteerd en werd besloten om de gedragsregels te schrappen (de beroepscode bleef wel bestaan). Onder andere de artikelen over de inrichting van de apotheek, de openingstijden en de verplichting om zich aan te melden bij een Regionaal Farmaceutisch Laboratorium werden geschrapt na de uitspraak van de NMa dat deze de concurrentie beperken.¹⁶⁴

In 1998 is de stichting CGR opgericht door acht bij de geneesmiddelenvoorziening betrokken partijen waaronder de KNMP, Nefarma, Bogin en de BG Pharma. Hieruit is de *Gedragscode Geneesmiddelenreclame* voortgekomen. Deze gedragscode heeft betrekking op reclame gericht op de beroepsbeoefenaren en het publiek. Er wordt hierin omschreven waaraan mondelinge en schriftelijke reclame, gastvrijheid bij congressen en symposia e.d. en geschenken en premies moeten voldoen. Het toezicht op de naleving van de gedragscode is opgedragen aan de Codecommissie en de Commissie van Beroep van de CGR. Deze vorm van zelfregulering is een reactie op de richtlijn *Reclamebesluit Geneesmiddelen* die in 1994 in de Nederlandse wet is verankerd.¹⁶⁵ Volgens dit besluit is het publiek adverteren voor medicijnen waarvoor een recept nodig is en voor zelfbereide medicijnen verboden. Het adverteren voor een andere medicatie moet het rationele gebruik ervan promoten door objectief de werking ervan uit te leggen. In artikel 15 van het *Reclamebesluit Geneesmiddelen* staat dat de gastvrijheid van de farmaceutische industrie tijdens congressen voor artsen niet overdreven mag zijn en moet passen bij het doel van de bijeenkomst.¹⁶⁶

¹⁶³ KNMP, 2005a

¹⁶⁴ Philipsen, 2003: 72-84

¹⁶⁵ Stichting Code Geneesmiddelenreclame, 2005

¹⁶⁶ Philipsen, 2003: 82

3.4.8 Marktwerking en Deregulering

In 1994 kondigde de overheid een nieuw soort beleid aan waarin marktwerking een belangrijke schakel vormde.¹⁶⁷ Aanleiding hiervoor was het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenvoorziening (IWG) uit 1994. Volgens de IWG leidde vooral het gebrek aan marktwerking tot de hoge prijzen.¹⁶⁸ De overheid startte vervolgens de operatie MDW. Deze werd gecoördineerd door de Ministeries van EZ en Justitie, maar werkte in het complete kabinetsbeleid door en duurde tot 2003. Het doel van deze operatie was het verlagen van lasten voor burgers en ondernemingen, de markt meer ruimte geven (stimulering marktwerking) en het verbeteren van de wetgeving.¹⁶⁹ In eerste instantie richtte het beleid zich vooral op het wegnemen van toetredingsbelemmeringen.¹⁷⁰

Eén van de meest ingrijpende wijzigingen van de wetgeving in deze periode was de nieuwe *Mededingingswet* van 1998. Vooral doordat hij strikt wordt uitgevoerd door de NMa. Nadat de *Mededingingswet* was geïntroduceerd, werden voor overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekers vele aanvragen voor een uitzondering op het kartelverbod gedaan. Omdat deze overeenkomsten de markt verdelen, vallen zij onder het kartelverbod. De NMa reageerde door aan te geven dat de zorgverzekeraars teveel regelen door middel van overleg met artsen, apothekers en ziekenhuizen. In plaats daarvan zou de markt meer haar werk moeten kunnen doen. In 2002 bracht de NMa, op basis van uitspraken van de jaren daarvoor de *Richtsnoeren voor de Gezondheidszorg* uit. Hierin wordt aangegeven wat wel en niet is toegestaan onder de *Mededingingswet*. Onder andere het centrale overleg tussen aanbieders van zorg en de zorgverzekeraars over contracten is strijdig met het kartelverbod. Collectieve onderhandelingen voorkomen dat individuele aanbieders zich proberen te onderscheiden van elkaar.¹⁷¹ De KNMP heeft lange tijd een Landelijk Onderhandelingsteam gehad dat onderhandelde met de zorgverzekeraars over contracten. Deze is na uitspraken van de NMa veranderd in een Landelijk Informatie Team.¹⁷² De onderhandelingsmacht verschuift hierdoor nu meer richting de zorgverzekeraars ten koste van de apothekers.¹⁷³

Om apotheker te worden, moet men de universitaire opleiding farmacie voltooien (Groningen en Utrecht). Tot 1984 bepaalde een selectiecommissie wie er tot deze studie werd toegelaten. De organisatie van de farmacieopleiding is geregeld in de *Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek*. In 1997 werd in het *Besluit Opleidingseisen Apotheker* de inhoud van de farmacieopleiding bepaald. De opleiding beslaat zes jaar en daarna moet nog in ieder geval een half jaar stage worden gelopen bij een openbare of ziekenhuisapothek. Zodra de studie is afgerond, moet

¹⁶⁷ CVZ, 2003: 19

¹⁶⁸ Interview VWS (5)

¹⁶⁹ Ministerie van Economische Zaken, 2005a

¹⁷⁰ CVZ, 2004: 45

¹⁷¹ Philipsen, 2003: 90-95

¹⁷² Interview Etos (6)

¹⁷³ Philipsen, 2003: 90-95

men zich registreren in het BIG-register (Beroepen In de Gezondheidszorg) om de titel Apotheker te mogen gebruiken. Tot 1997 was het verboden om ongekwificeerd een aantal medische beroepen uit te voeren. Momenteel is het echter zo dat iedereen in principe mag werken in de gezondheidszorg zolang hij geen schade toebrengt. Er is nu een systeem van registratie en titelbescherming gecombineerd met een gedeeltelijke bescherming voor de uitoefening van de beroepen. Niet de beroepsgroep, maar de titel is dus voortaan beschermd. Dit is geregeld in de *Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg*. Om het apothekersvak uit te oefenen moet men zich ook nog registreren bij de Regionale Inspectie voor de gezondheidszorg. Dit is geregeld in artikel 14 van de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening*.¹⁷⁴

In 1999 en 2000 zijn een aantal maatregelen genomen om de concurrentie in de apothekersbranche te stimuleren. Artikel 15 uit het *Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst* werd in 1999 verwijderd. In dit artikel stond dat apotheken alleen eigendom mochten zijn van apothekers. Door het verwijderen van dit artikel werd het ook voor andere (rechts)personen mogelijk om een apotheek te bezitten en werd het voor apothekers mogelijk om te werken in een keten van apotheken. Het is voor apothekers wel nog steeds verboden om contracten voor de aflevering van medicijnen te sluiten met artsen, tandartsen en verloskundigen (artikel 18).¹⁷⁵ Het gevolg van het verwijderen van dit artikel was dat een aantal ketens tot de markt toetrad (zie 3.4.9). Dit was een trendbreuk in de apothekersbranche en heeft geleid tot een vergaande specialisering waarbij de bedrijfsmatige kant van het apothekersvak voor een groot deel uit de handen van de apotheker is genomen en wordt uitgevoerd door de hoofdkantoren van de ketens.¹⁷⁶

In 1999 werd bovendien voor de zorgverzekeraars een uitzondering gemaakt op artikel 42.5 van de *Ziekenfondswet*. Hierdoor werd het voor hen mogelijk om zelf apotheken te gaan uitbaten. Uiteraard moesten zij hiervoor wel gekwalificeerde apothekers in dienst nemen.¹⁷⁷ Tot nu toe zijn er echter maar weinig zorgverzekeraars die hier gebruik van maken. DSW heeft in de regio Rijnmond vier apotheken in bezit waarvan drie in hetzelfde complex als enkele huisartsen (een AHOED, Apotheker en Huisartsen Onder Eén Dak). De reden hiervoor is dat zij op deze manier meer grip krijgen op markt en kosten kunnen besparen. Bovendien verwachten zij dat deze apotheken in de toekomst het meest rendabel zullen zijn vanwege hun strategische positie.¹⁷⁸

Tot slot werd in 2000 artikel 13 van de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening* veranderd. Door deze verandering werd het ziekenhuizen toegestaan om medicijnen ook extramuraal (buiten het ziekenhuis) af te leveren. Tot dan mochten ziekenhuisapotheken alleen medicijnen afleveren aan de patiënten in het ziekenhuis. Met deze wijziging werden zij een directe concurrent van de openbare

¹⁷⁴ Philipsen, 2003: 73-76

¹⁷⁵ Philipsen, 2003: 76

¹⁷⁶ Interview ASKA (17)

¹⁷⁷ CVZ, 2003: 34

¹⁷⁸ DSW, 2004

apotheken.¹⁷⁹ Een probleem hierbij was echter dat ziekenhuizen de medicijnen voor intramuraal gebruik met hoge kortingen kregen geleverd. Door medicijnen goedkoop aan de ziekenhuizen te leveren, probeerden de leveranciers ervoor te zorgen dat patiënten deze eenmaal na ontslag uit het ziekenhuis zouden blijven gebruiken. Bij de aflevering vanuit de apotheken kon dan de winst worden gemaakt. Nadat ziekenhuizen ook extramuraal mochten gaan afleveren, probeerden enkele leveranciers voorwaarden te verbinden aan de levering aan ziekenhuizen. De goedkoop geleverde medicijnen waren alleen bedoeld voor intramuraal gebruik. Deze voorwaarden werden echter door de NMa verboden.¹⁸⁰ Uiteindelijk heeft deze maatregel weinig invloed gehad. Om extramuraal af te leveren moet het ziekenhuis namelijk een aparte administratie gaan voeren en dit leidt tot extra kosten. Bovendien willen de ziekenhuizen de relatie met de apothekers niet verstoren.¹⁸¹ De ziekenhuizen hebben dan ook nauwelijks van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.¹⁸²

Naast de maatregelen in het kader van de stimulering van marktwerking bleven ook de meeste al eerder genomen prijs- en volumemaatregelen nog steeds van kracht en zijn er nog enkele nieuwe geïntroduceerd (zie 3.4.10).¹⁸³ Het is opvallend dat er in 1994 nog werd gesproken van marktwerking, terwijl er de laatste jaren steeds meer gesproken wordt over *gereguleerde* marktwerking.¹⁸⁴ Nu blijkt dat de resultaten van marktwerking gering zijn, wordt er betwijfeld of echte marktwerking wel mogelijk is. De overheid zal namelijk de kwaliteit van de gezondheidszorg altijd moeten blijven garanderen en daarom zal zij ook een flinke rol moeten blijven spelen.¹⁸⁵

3.4.9 Ketens van Apotheken

Nadat in 1999 het verbod op eigendom van apotheken door niet-apothekers werd opgeheven, begon het Britse Boots met het openen van vestigingen in Nederland. In Engeland beheert Boots een keten van apotheken op A-locaties met grote afdelingen drogisterijartikelen en parfums. Dit concept werd in Nederland overgenomen zonder te letten op adviezen van de KNMP over vestigingslocaties. Boots verwachtte de aanloopverliezen op de verkoop van medicijnen te kunnen opvangen met de verkoop van drogisterijartikelen en parfum. In hetzelfde jaar opende Boots al zeven vestigingen en het plan was om in 2003 50 vestigingen te hebben geopend.

De vestigingen van Boots waren geen volwaardige apotheken, zoals we dat in Nederland gewend waren. Ze konden zelf geen medicijnen bereiden en er werd niet thuisbezorgd. Verder waren ze niet in staat chronische patiënten te behandelen en waren ze gebonden aan de openingstijden van de

¹⁷⁹ CVZ, 2003: 34

¹⁸⁰ Philipsen, 2003: 93

¹⁸¹ Interview Nefarma (14)

¹⁸² Interview CVZ (13)

¹⁸³ CVZ, 2003: 19-34

¹⁸⁴ CVZ, 2003 en 2004

¹⁸⁵ Interview CVZ (13)

winkelcentra waarin ze gevestigd waren. Hierdoor konden er ook geen afspraken over nachtdiensten worden gemaakt met andere apotheken.

De zorgverzekeraars waren niet geneigd om contracten af te sluiten met de Britse keten. Een aantal maal moest deze zelfs naar de rechter stappen om de mogelijkheid te krijgen om medicijnen vergoed te krijgen door de zorgverzekeraars CZ en VGZ. Ook het afsluiten van contracten met huisartsen en openbare apotheken was niet gemakkelijk. De opening van een Boots-apotheek leidde tot een daling van de waarde van de apotheken in de buurt en deze waren dan ook niet geneigd om samen te werken met Boots. Huisartsen waren meestal solidair met de apothekers in de buurt en waren niet snel geneigd om patiënten naar Boots te verwijzen. Het feit dat apothekers en huisartsen elkaar regelmatig ontmoeten, heeft hier wellicht een rol gespeeld. De reactie van de zorgverzekeraars kan hier wellicht ook door verklaard worden. Zij wilden hun relatie met de openbare apotheken niet op het spel zetten door contracten aan te gaan met Boots. In augustus 2000 besloot Boots al haar activiteiten in Nederland te staken en verkocht ze haar vestigingen aan Etos. Naast de tegenwerking van openbare apothekers, huisartsen en zorgverzekeraars waren de krappe arbeidsmarkt (het was zeer moeilijk om gekwalificeerd personeel te vinden), de tegenvallende verkoop van receptmedicijnen en de onbekendheid van het Nederlandse publiek met Boots waarschijnlijk de oorzaak van het falen van Boots. Het bleek niet mogelijk om het monopolie van de apothekers in Nederland te breken zolang er nog sprake was van een hoge mate van overheids- en zelfregulering.¹⁸⁶

Tegelijk met Boots, begon ook groothandel OPG zich te roeren op de apothekersmarkt. Via de Extra apotheek was OPG al nauw betrokken bij de deze markt, maar na de opheffing van het wettelijke verbod, begon OPG met het opkopen van apotheken. Zij kochten de zittende apotheker uit en namen deze vervolgens in dienst. De apotheker houdt zich vervolgens niet meer bezig met managementtaken en kan zich geheel richten op zijn zorgtaak. OPG begon zeer voortvarend en had begin 2001 al 80 apotheken overgenomen. Sindsdien is OPG verder gegaan met het opkopen van apotheken¹⁸⁷ en eind 2004 bezat het 207 apotheken (Mediveen).¹⁸⁸ OPG is echter niet de enige groothandel die in Nederland apotheken opkoopt. Celesio AG, de grootste Europese groothandel met een omzet van bijna €20 miljard in 2004, bezit onder de naam Lloyds 38 apotheken in Nederland¹⁸⁹ en de komende jaren wil men dit verder uitbreiden.¹⁹⁰ De tweede grootste groothandel in Europa, Alliance Unichem, bezit onder de naam Vier Vijzels 65 apotheken.¹⁹¹ Zij werkt hierbij samen met Interpharm en de Kring-Apotheek.¹⁹² Farmassure (onderdeel van groothandel Brocacef) heeft een belang in 69 apotheken.¹⁹³

¹⁸⁶ Philipsen, 2003: 134-137

¹⁸⁷ Philipsen, 2003: 138-141

¹⁸⁸ OPG, 2005: 24

¹⁸⁹ Celesio AG, 2005

¹⁹⁰ Lloyds Apotheken, 2005

¹⁹¹ Alliance Unichem, 2005

¹⁹² De Vier Vijzels, 2005

¹⁹³ Brocacef, 2005: 15

Zoals in 3.3.1 beschreven hebben de vier grote ketenapotheken in 2005 de ASKA opgericht. In juli hebben twee kleinere ketens (Zorggroep Almere en Thio Pharma Holding) zich ook aangesloten bij de ASKA. In totaal behoren de bij de ASKA aangesloten ketens 440 apotheken in geheel Nederland.¹⁹⁴

Doordat ketens begonnen met het opkopen van apotheken schoot de prijs van apotheken omhoog. De ketens waren bereid om veel meer (anderhalf tot twee maal de jaaromzet) te betalen dan dat onafhankelijke apothekers kunnen. Momenteel zijn de prijzen weer terug op het oude niveau van ongeveer één maal de jaaromzet.¹⁹⁵

In 2003 opende Etos twee apotheekafdelingen in haar winkels in Den Bosch. Daarnaast opende het drie servicepunten in drie andere vestigingen in Den Bosch waar recepten kunnen worden ingeleverd. De medicijnen kunnen dan enkele uren later worden opgehaald bij de apotheken van Etos of worden bij de patiënt thuis afgeleverd. Verder zijn er nog vijf servicepunten geopend in Albert Heijn-winkels in Den Bosch (ook een Ahold-dochter). Etos heeft contracten afgesloten met de zorgverzekeraars CZ en VGZ (dominant in de regio Den Bosch) en wordt gesteund door patiënten- en consumentenorganisaties. Etos heeft voldoende gekwalificeerd personeel kunnen vinden. Volgens de KNMP kan de Etos niet de veiligheid wat betreft de levering van medicijnen en de noodzakelijke farmaceutische zorg leveren die wel mogelijk is bij reguliere apotheken. Volgens de Etos wordt de veiligheid echter gegarandeerd door een elektronisch systeem van medicijnbegeleiding en worden de servicepunten gecontroleerd door een gekwalificeerde apotheker.¹⁹⁶ Nadat de opening van apotheken in Den Bosch succesvol was gebleken, heeft Etos ook enkele vestigingen geopend in Amersfoort en Leusden. Het gaat hierbij om drie apotheken in Etos-drogisterijen en zestien servicepunten.¹⁹⁷ Behalve de Etos is ook de drogisterijketen DA in 2004 begonnen met het openen van apotheken binnen hun vestigingen. Zij hebben nu twee vestigingen in Limburg en vijftien servicepunten.¹⁹⁸

Sinds de Etos is gestart met de apothekersdiensten, is zij tegen concurrentiebeperkend gedrag van verschillende partijen in de apothekersbranche aangelopen. Hierdoor wordt de keuzevrijheid van de klant beperkt. Behalve economische belangen speelt hierin ook de status van de gevestigde partijen in de branche een rol. Zij zien de Etos niet als een volwaardige apotheek. Als patiënten hun medicijnen bij de Etos kunnen afhalen, dan haalt dit het beeld van de andere apothekers naar beneden.

De openbare apotheken beperken de concurrentiemogelijkheden van nieuwe toetreders op verschillende manieren.¹⁹⁹ Sommige openbare apotheken weigeren andere partijen inzicht te geven in patiëntendossiers zodat het voor hen moeilijker is om is om recepten te controleren op bijwerkingen

¹⁹⁴ ASKA, 2005

¹⁹⁵ Interview VJA (10) en DSW (15)

¹⁹⁶ Philipsen, 2003: 137

¹⁹⁷ Etos, 2004

¹⁹⁸ Anoniem, 2005

¹⁹⁹ Interview Etos (6)

die kunnen optreden in combinatie met andere medicijnen die al door de patiënt geslikt worden.²⁰⁰ Zij moeten zich dan tot minder efficiënte methoden, als het direct benaderen van de patiënt, wenden. In andere gevallen worden patiëntendossiers alleen tegen betaling verschaft of wordt een profiel (alleen de huidige medicatie van de patiënt) toegezonden waardoor het nog steeds niet mogelijk is om de medicijnen via het dossier te controleren voor bijwerkingen in combinatie met andere medicijnen. Het probleem hierbij is dat het delen van patiëntendossiers niet goed in de wetgeving is geregeld. Volgens de wet zijn apothekers wel verplicht om deze informatie te delen, maar om sancties opgelegd te krijgen moet er eerst een uitspraak van de NMa plaatsvinden. In Amersfoort speelt hierbij ook het feit dat veel huisartsen de recepten rechtstreeks doorgeven aan de apothekers. Hierdoor kunnen patiënten niet gemakkelijk zelf bepalen waar die zijn medicijnen wil halen. Dit probleem speelt in Den Bosch veel minder doordat er daar vrij weinig koppelingen bestaan tussen huisarts en apotheker. Een tweede manier van concurrentiebeperkend gedrag is de nieuwe toetreders maar beperkt toelaten tot de lokale infrastructuur voor nacht- en weekenddiensten. Hierdoor is het voor een nieuwe toetreders moeilijker om een relatie op te bouwen met de andere spelers in het veld. Tot slot gebeurt het dat klanten die hun oude apotheek hebben gevraagd hun medicatiehistorie naar een andere apotheek te sturen door deze apotheek worden gebeld en worden gevraagd niet langer naar de nieuwe apotheek te gaan. Het komt voor dat als zij dit wel doen, zij niet langer welkom zijn bij hun oude apotheek.

Huisartsen maken het nieuwe toetreders moeilijk om te concurreren door klanten niet de mogelijkheid te geven of het hen moeilijk te maken om zelf hun apotheek te kiezen. Dit gebeurt vooral indien de huisarts met een openbare apotheek in een gezondheidscentrum is gevestigd. Bovendien zijn de huisartsen niet snel geneigd om in contact te treden met een nieuwe apotheker en zijn zij ook niet altijd welkom bij een FTO.²⁰¹ Afspraken tussen huisartsen en apothekers vinden in meerdere plaatsen in Nederland plaats om nieuwe apothekers te weren.²⁰²

3.4.10 Recente Ontwikkelingen

De laatste jaren heeft de overheid verschillende maatregelen genomen met betrekking tot de apothekersbranche. Eind jaren negentig stelde de toenmalige minister van VWS, mevr. Borst, de kortingen en bonussen die de apothekers op generieke medicijnen ontvangen ter discussie. De prijs waarvoor de apothekers de medicijnen inkopen bij de groothandels is namelijk lager dan de vergoeding die zij krijgen van de zorgverzekeraars. Deze vergoeding is gebaseerd op een index (Z-index) die elke maand door de KNMP wordt gepubliceerd. De KNMP baseert de prijzen in deze index op de prijzen van de producenten en importeurs van medicijnen en niet op de prijzen die de apothekers voor de medicijnen betalen. De apothekers werden eind jaren tachtig juist aangemoedigd door de

²⁰⁰ Interview EZ (4) en Etos (6)

²⁰¹ Interview Etos (6)

²⁰² Interview CTG (11)

overheid om door scherp te onderhandelen kortingen te bedingen. De minister was nu echter van mening dat de door de apothekers ontvangen kortingen en bonussen naar de gezondheidszorg moesten gaan en niet naar de apothekers. Volgens de apothekers is de receptregelvergoeding echter niet voldoende om een apotheek financieel gezond te laten functioneren en zijn deze kortingen en bonussen daarom noodzakelijk om een apotheek draaiende te houden. Onder druk van de KNMP en na kritiek van het College Tarieven Gezondheidszorg werd uiteindelijk besloten om de bonussen en kortingen in fases af te bouwen en de vergoeding voor apothekers in fases te verhogen. Over de hoogte van kortingen en bonussen die de apothekers in totaal ontvangen, is nooit duidelijkheid ontstaan. De Boston Consulting Group kwam in 2001 tot een totaal van €20 miljoen terwijl Deloitte & Touche tot €44 miljoen kwam. Het afbouwen van de kortingen gebeurt door middel van de zogenaamde clawback-regeling. Dit houdt in dat de apothekers een percentage van de kortingen die zij ontvangen, moeten terugstorten.²⁰³ Dit gebeurt door de vergoeding die de apothekers van de zorgverzekeraars voor een medicijn krijgen (Z-index) te verlagen. Gedurende de afgelopen jaren zijn er verschillende percentages met aanvullende voorwaarden afgesproken. Na de introductie leverde deze maatregel elk jaar meer op.

Tabel 3.1 Opbrengst clawbackregeling

Jaar	Opbrengst (miljoen)
1998	€3,3
1999	€3,5
2000	€150,3
2001	€62,7
2002	€74,6
2003	€89,8

Eind 2003 kwam de minister van VWS met een nieuwe maatregel (Maatregel De Geus) om de medicijnuitgaven nog verder te verlagen. Hiervoor werd een onderscheid gemaakt tussen singlesource en multisource medicijnen. Voor beide soorten medicijnen werd een verdere verlaging van de inkoopvergoeding, van respectievelijk 8% met een maximum van € en 40% met een maximum van €20, ingevoerd.²⁰⁴ Deze maatregel was voor het ingaan nog goedgekeurd door de rechter, maar in december 2003 werd deze alsnog, met terugwerkende kracht, door het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) geschorst. Volgens het CBB was deze maatregel in strijd met de Wet tarieven gezondheidszorg.²⁰⁵

²⁰³ Philipsen, 2003: 84-90

²⁰⁴ CVZ, 2004: 60-61

²⁰⁵ Anoniem, 2003

Als alternatief voor de Maatregel De Geus werd begin 2004 een convenant afgesloten tussen het Ministerie van VWS, de KNMP, de Bogin en ZN. Afsproken werd dat de producenten van generieke medicijnen hun prijzen zouden verlagen zodat de vergoedingsprijs, inclusief clawback, 40% lager zou uitkomen. Dit zou in totaal tot een besparing van €22 miljoen moeten leiden.²⁰⁶ Dit was precies het bedrag dat de minister van VWS nog moest besparen om het gat op zijn begroting te dichten. In 2005 zou het convenant nog eens €85 miljoen moeten opleveren. Het resultaat werd in een gezamenlijk persbericht enthousiast gepresenteerd als een doorbraak. De minister en zorgverzekeraars waren tevreden omdat zij hiermee flink bespaarden. De fabrikanten konden ook tevreden zijn want per saldo kostte deze maatregel hen niets. De apothekers betalen namelijk het volledige bedrag uit de verlaging van hun kortingen. Deze bezuiniging van in totaal €1,3 miljard werd vervolgens unaniem aangenomen op de ledenvergadering van de KNMP. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat het afgesloten convenant voor een groot deel het voorstel van de KNMP volgt. De laatste jaren werden zij afgeschilderd als zakkenvullers en dit zorgde voor veel onrust. Het Ministerie van VWS kondigde bovendien aan dat er een onderzoek zou worden uitgevoerd naar de inkomsten van apothekers. De resultaten van dit onderzoek zouden vervolgens moeten leiden tot een kostendekkend tarief.²⁰⁷

De mening over het convenant verschilt per partij. Zorgverzekeraars klagen erover dat het hun beleid doorkruist en het beleid van marktwerking frustreert.²⁰⁸ De Nefarma geeft echter aan dat dit een goed voorbeeld van marktwerking is doordat de marktpartijen hier afspraken hebben gemaakt.²⁰⁹

In 2000 heeft de overheid de regierol in de farmaceutische zorg overgedragen aan de zorgverzekeraars. Deze kregen meer mogelijkheden om te onderhandelen over de prijzen van geneesmiddelen en dit moest leiden tot een betere beheersing van de medicijnuitgaven. Hiervoor heeft de overheid een aantal onvolkomenheden uit de wetgeving gehaald. Volgens de zorgverzekeraars zitten er echter nog teveel obstakels in de huidige wetgeving om de regierol succesvol te kunnen vervullen. Vooral het korte termijn overheidsingrijpen om de kosten te drukken (Maatregel De Geus en Convenant) zorgt ervoor dat overeenkomsten die zorgverzekeraars hebben gesloten met zorgaanbieders teniet worden gedaan. Het korte termijnbeleid van de overheid doorkruist het lange termijnbeleid van de zorgverzekeraars. Hierbij moet wel worden aangetekend dat ZN het convenant mede ondertekend heeft. Bovendien worden de actieve zorgverzekeraars door het overheidsbeleid gestraft indien afgesloten overeenkomsten niet kunnen worden uitgevoerd door het overheidsbeleid. De zorgverzekeraars geven zelf wel aan dat zij inmiddels zover zijn om de regierol te gaan voeren.²¹⁰ Anderen betwijfelen dit echter sterk en geven aan dat de overheid de regierol weer naar zich toe heeft

²⁰⁶ CVZ, 2004: 61

²⁰⁷ De Koning, 2004

²⁰⁸ CVZ, 2004: 78

²⁰⁹ Interview Nefarma (14)

²¹⁰ CVZ, 2004: 75-102

getrokken. In 2002 gaf de voorzitter van ZN ook aan dat de zorgverzekeraars de rol niet goed konden vervullen doordat er te weinig tijd was en teveel regulering.²¹¹ Ook bij de regierol zelf worden vraagtekens geplaatst. De verzekeraars zijn hierdoor zowel speler als regisseur in de farmaceutische markt geworden.²¹²

Sinds juli van 2002 ligt er een voorstel in de Tweede Kamer om artikel 19 uit de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening* te schrappen. In dit artikel staat dat een apotheker slechts in één apotheek zijn werkzaamheden mag uitvoeren (behalve bij waarneming voor een andere apotheker in geval van ziekte, avond- en weekenddiensten en vakantie e.d.).²¹³ Dit zou het voor zorgverzekeraars en ketens als Etos en DA gemakkelijker maken om te concurreren. Het is dan namelijk niet langer noodzakelijk om voor elke vestiging een apotheker in dienst te nemen. In plaats daarvan kan één apotheker de supervisie uitoefenen over meerdere vestigingen.

De gevestigde apothekers protesteren hevig tegen dit voorstel. Volgens de KNMP, de BOA, VJA en de ASKA is dit artikel noodzakelijk om de kwaliteit van de farmaceutische zorg in Nederland te waarborgen. Als er niet in elke apotheek een apotheker aanwezig is, dan zullen er, volgens de KNMP, meer ongelukken als gevolg van verkeerde medicatie voorkomen en is goede farmaceutische zorg voor chronisch zieken niet langer mogelijk. Door middel van gesprekken met Tweede Kamerleden en ambtenaren en publicaties in de media probeert de KNMP de Tweede Kamer en de Nederlandse bevolking ervan te overtuigen dat artikel 19 in de wet moet blijven. Volgens de KNMP bewijst de toetreding van de Etos en de DA ook dat afschaffing van dit artikel niet nodig is om marktwerking te stimuleren.²¹⁴ De VJA vergelijkt het afschaffen van het artikel met het vliegen zonder piloot en voorspelt dat afschaffing op de lange termijn alleen maar zal leiden tot hogere kosten, doordat de kwaliteit van de zorgverlening achteruit gaat.²¹⁵ De BOA benadrukt dat door overleg tussen apotheker en huisarts er minder fouten worden gemaakt en er doelmatiger wordt voorgeschreven. Afschaffing van het artikel zal dan ook leiden tot meer fouten en mogelijk zelfs doden.²¹⁶ De overheid wil artikel 19 afschaffen om marktwerking en concurrentie te stimuleren. Volgens de ASKA is het overheidsbeleid echter nu ook al zeer succesvol. Afschaffing van artikel 19 is daarom niet noodzakelijk. Nederland zou het enige land in Europa zijn waar het niet verplicht is dat er een apotheker aanwezig is in een apotheek en dat is een risicovol experiment waartoe wij niet zouden moeten overgaan.²¹⁷

²¹¹ Interview CTZ (9) en DSW, 2004

²¹² Interview Nefarma (14)

²¹³ Philipsen, 2003: 91

²¹⁴ KNMP, 2005b

²¹⁵ Vereniging Jonge Apothekers, 2005

²¹⁶ Stichting Belangenbehartiging Openbare Apothekers, 2005

²¹⁷ Bogin, 2005a

De laatste jaren is er een trend aan het ontstaan van huisartsen en apothekers die zich bij elkaar in de buurt vestigen. Deze zogenaamde AHOED-vestigingen (Apotheek en Huisartsen Onder Eén Dak) zijn voor apotheken een slimme manier om klanten aan zich te binden. Patiënten kunnen dan in één keer langs de huisarts en de apotheek.²¹⁸ In de toekomst zijn dit waarschijnlijk de best renderende apotheken.²¹⁹

Een andere manier om huisartsen te binden is door middel van informatiesystemen. Apothekers bieden de huisartsen in de buurt een informatiesysteem (Farmacom) aan waarmee zij gemakkelijk gekoppeld worden aan de apotheek. Met dit systeem wordt het versturen van recepten veel gemakkelijker. Het voordeel voor de apotheek is dat hij, net als bij de AHOED, een vaste klantenbasis heeft.²²⁰ Het gebruik maken van elektronische systemen om de concurrentie te beperken gebeurt niet alleen in de interactie met huisartsen, maar ook bij apothekers onderling. Tot juni 2004 hadden acht apotheken in de regio Assen afgesproken om tijdens openingstijden het elektronische datanetwerk, met de gegevens van alle cliënten, dat zij onderling deelden, te sluiten. Hierdoor was het niet mogelijk om de patiëntgegevens van andere apotheken in te kijken en werden cliënten gedwongen om bij hun eigen apotheek te blijven. De apothekers hadden op deze manier dus de markt onderling verdeeld. Bovendien gaven zij nieuwkomer Wilhelmina Apotheek geen toegang tot het netwerk. Omdat deze apotheek nieuw was, had zij nog geen klantgegevens en was zij afhankelijk van het netwerk. De NMa heeft een einde gemaakt aan deze situatie en de apothekers gedwongen om alle apotheken 24 uur per dag toegang te verlenen tot het netwerk.²²¹ In 3.4.9 werd al duidelijk dat de Etos en de DA met soortgelijke problemen kampen.

Een manier van een aantal zorgverzekeraars (CZ, VGZ, Agis, Menzis en Univé) om kosten te besparen in de farmaceutische zorg is het voeren van een preferentiebeleid. Voor drie clusters medicijnen hebben zij verschillende leveranciers aangewezen waarvan zij de medicijnen voor een periode van zes maanden vergoeden. Medicijnen van andere leveranciers worden gedurende deze periode alleen vergoed als hier een dringende medische reden voor is. Zij hebben dit preferentiebeleid in juli 2005 ingevoerd nadat het door de NMa mededingingsrechtelijk was getoetst en toegestaan.²²²

3.5 Conclusies Empirie

In deze afgelopen vier paragrafen zijn de bevindingen van het empirische onderzoek beschreven. Dit onderzoek werd uitgevoerd om deelvragen drie tot en met acht te kunnen beantwoorden. In deze paragraaf zullen de resultaten van het onderzoek worden behandeld.

²¹⁸ Interview Huisartspraktijk Drion (2)

²¹⁹ DSW, 2004: 6

²²⁰ Interview Huisartspraktijk Drion (2)

²²¹ NMa, 2004a

²²² NMa, 2005b

3. Hoe heeft het overheidsbeleid met betrekking tot marktwerking in de vrije beroepen er sinds het begin van de jaren tachtig uitgezien?

Halverwege de jaren tachtig kwam de SER met een advies over de inkomens van de vrije beroepen in Nederland. Om tot dit advies te komen, was een analyse gemaakt van een groot aantal vrije beroepen. Hieruit bleek dat er vooral bij de medische beroepen en de notarissen nauwelijks sprake was van marktwerking. De manier om marktwerking te stimuleren, was volgens de SER ervoor zorgen dat er meer concurrentie ontstond. Manieren om dit te doen, zijn het schrappen van regelgeving en het versterken van de positie van de consumenten. De discussie over marktwerking zakte vervolgens weer in en er zijn in de jaren tachtig dan ook weinig maatregelen genomen. In de jaren negentig is de discussie weer opgelaaid. Het eerste kabinet Kok heeft vervolgens de operatie MDW in gang gezet en in het kader hiervan zijn verschillende maatregelen genomen. De meest ingrijpende is waarschijnlijk de introductie van de nieuwe Mededingingswet geweest. Uit onderzoek is echter gebleken dat de stimulering van marktwerking bij de notarissen, voorlopig, in ieder geval nog niet gelukt is, ondanks het vervangen van de oude notariswet uit de jaren veertig van de negentiende eeuw waardoor een aantal concurrentiebeperkende regels en wetten is verdwenen.

4. Welke veranderingen hebben er sinds het begin van de jaren tachtig in de gezondheidszorg plaatsgevonden en hoe is deze nu georganiseerd?

Toen de uitgaven aan de gezondheidszorg in de jaren zeventig zeer snel stegen, heeft de overheid ingegrepen. De overheid startte een beleid van uitgavencontrole en begon het zorgaanbod zo veel mogelijk te plannen. Dit beleid werkte tot ver in de jaren tachtig door en zorgde voor veel frictie tussen de overheid en de zorgaanbieders. In de loop van de jaren tachtig besloot men dan ook tot een wijziging van de structuur van de gezondheidszorg. Het idee was om marktwerking te stimuleren door regulering af te bouwen en concurrentie te bevorderen. Concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moest leiden tot een verhoging van de aangeboden kwaliteit en een verlaging van de kosten. Tegelijkertijd moest echter wel de universele toegang tot de gezondheidszorg gewaarborgd blijven. De structuur van de gezondheidszorg heeft er echter voor gezorgd dat gemaakte plannen niet gemakkelijk ten uitvoer waren te brengen. De gezondheidszorg in Nederland wordt dus nog altijd gekenmerkt door de splitsing tussen patiënt en verzekerde, zorgverlener en ondernemer en verzekeraar en betaler. Dit resulteert in een branche die zeer moeilijk te besturen is en waar marktwerking niet gemakkelijk te realiseren is.

5. Hoe ziet de apothekersbranche in Nederland er uit?

Bij de apothekersbranche in Nederland zijn een groot aantal verschillende partijen betrokken: producenten (innovatief en generiek), groothandels (volgesorteerd en niet-volgesorteerd), openbare apotheken, ziekenhuisapotheken, ketenapotheken, artsen, nieuwe toetreders, consumenten en de overheid met een groot aantal organen (ministeries, controleorganen en uitvoeringsorganen). Net als in de gehele gezondheidszorg geldt ook voor de apothekersbranche dat er een scheiding bestaat tussen de bepaler, de betaler en de genietter van de farmaceutische zorg. Bovendien intervenueert de overheid bij alledrie deze acties. Zij organiseert en controleert de apothekersbranche via verschillende organen. Dit zorgt ervoor dat de apothekersbranche niet voldoet aan het economische model waarin vraag en aanbod de prijs en kwaliteit van het product of de service bepalen.

Alle partijen in de apothekersbranche hebben één of meer vertegenwoordigende organisaties. Deze organisatie proberen door middel van, onder andere, lobbyen het overheidsbeleid te beïnvloeden. Hiervoor richten zij zich op verschillende ministeries (die niet allemaal dezelfde visie op de apothekersbranche hebben). Verder is er vanuit de farmaceutische producenten ook een lobby richting patiënten (als consument van medicatie die steeds beter in staat is om zelf te bepalen welke zorg hij verlangt) en artsen (als voorschrijver van medicatie) om de verkoop van medicijnen te stimuleren.

Tussen de vertegenwoordigers van de verschillende partijen wordt veel overleg gevoerd over de kwaliteit van de aangeboden zorg en de beloning hiervoor. Dit vindt plaats tussen vertegenwoordigers onderling, maar ook met (bijna) alle vertegenwoordigers samen. Ook op individuele basis vinden er echter onderhandelingen plaats. Sommige plaatselijke apotheken en huisartsen maken bijvoorbeeld afspraken over het voorkomen van nieuwe toetreders.

6. Welke beleidsmaatregelen heeft de overheid sinds het begin van de jaren tachtig genomen om marktwerking in de apothekersbranche te stimuleren?

De uitgaven in de farmaceutische zorg stegen aan het begin van de jaren tachtig een stuk sneller dan de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Als reactie hierop ontwikkelde de overheid beleid om deze trend te doorbreken. De maatregelen in de jaren tachtig hadden echter niet tot doel de marktwerking te verbeteren. In plaats daarvan spitste de overheidsmaatregelen zich toe op het aantal medicijnen dat er in Nederland werd gebruikt (volumemaatregelen). Eind jaren tachtig werd in een ambtelijk rapport de conclusie getrokken dat de stijging van de kosten in de geneesmiddelensector werd veroorzaakt door een gebrekkige marktwerking. De hierop volgende overheidsmaatregelen hadden ten doel om zowel het medicijngebruik (volumemaatregelen) als de prijs van de medicijnen (prijsmaatregelen) te reduceren. Hiervoor werd onder andere de tariefstructuur voor apothekers veranderd naar de huidige

receptregelvergoeding. Verder werden de apothekers gestimuleerd om kortingen te bedingen bij de inkoop van generieke medicijnen en parallelle import. Tot halverwege de jaren negentig heeft de overheid prijs- en volumemaatregelen gebruikt om de uitgaven te beperken.

In 1994 kondigde de overheid, naar aanleiding van het IWG-rapport, aan dat zij marktwerking stimuleren om de uitgaven in de hand te houden. Operatie MDW werd gestart door het eerste kabinet Kok. De eerste grote wijziging in de wetgeving die voor de apothekers van belang is, was de introductie van de nieuwe *Mededingingswet* in 1998. De in hetzelfde jaar opgerichte NMa ziet op de uitvoering hiervan toe. Deze nieuwe wet leidde in datzelfde jaar nog tot de afschaffing van het vestigingsbeleid van de KNMP. De NMa gaf verder aan dat vele overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en apothekers leidden tot marktverdeling en hiermee de concurrentie beperkten. Deze werden dan ook verboden. Ook het gezamenlijk onderhandelen van de apothekers werd een aantal jaren later verboden. Dit was namelijk strijdig met het kartelverbod. Door deze uitspraken verschoof de onderhandelingsmacht langzaam wat richting de zorgverzekeraars ten koste van de apothekers.

De overheid nam in de twee jaar na de introductie van de *Mededingingswet* nog enkele maatregelen om concurrentie in de apothekersbranche te stimuleren. Door het verwijderen van artikel 15 uit het *Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst* is eigendom van een apotheek niet langer voorbehouden aan apothekers, maar mogen ook andere (rechts)personen een apotheek bezitten. Door een uitzondering op de *Ziekenfondswet* werd het zorgverzekeraars toegestaan om zelf ook zorg aan te bieden en dus ook om apotheken uit te baten. Verder werd het ziekenhuizen toegestaan om medicijnen extramuraal af te leveren door opheffing van artikel 13 uit de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening*. Tot slot ligt er sinds 2002 een voorstel bij de Tweede Kamer om artikel 19 uit de *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening* te verwijderen. Hierdoor zou het apothekers worden toegestaan om in meer dan één apotheek tegelijk werkzaam te zijn.

De laatste jaren heeft de overheid enkele maatregelen genomen die niet stroken met het marktwerkingsbeleid. De medicijnuitgaven stijgen nog steeds harder dan de totale uitgaven aan de gezondheidszorg en de overheid wil deze stijging een halt toeroepen. Een voorbeeld is het convenant dat de overheid in 2004 afsloot met enkele marktpartijen. Omdat de begroting van het Ministerie van VWS niet sluitend was, moest de overheid bezuinigen en het convenant leidde tot een verlaging van de bonussen en kortingen die apothekers ontvangen van de generieke geneesmiddelenindustrie.

7. Hoe hebben de verschillende betrokken partijen in de apothekersbranche gereageerd op de beleidsmaatregelen van de overheid en andere ontwikkelingen in de apothekersbranche?

Het vestigingsbeleid van de KNMP kreeg eind jaren tachtig minder waarde doordat er steeds meer 'zwarte' apotheken werden geopend (zonder toestemming van de KNMP). Als reactie hierop besloot de KNMP in 1987 om het te veranderen in vestigingsadviesbeleid zonder sancties. Doordat de KNMP

erin slaagde om haar adviezen in de contracten met de zorgverzekeraars opgenomen te krijgen, bleef het advies haar invloed houden.

Vanwege veranderden wensen van consumenten en toegenomen concurrentie zijn er eind jaren tachtig en begin jaren negentig enkele samenwerkingsverbanden ontstaan. Door enkele onderdelen van de bedrijfsvoering, zoals opleidingen, voorlichtingsmateriaal en technische ondersteuning, collectief te regelen, kon men efficiënter werken.

In 1993 begon een zorgverzekeraar een postorderservice en konden enkele klanten hun medicijnen thuisbezorgd krijgen. Hiervoor werden contracten afgesloten met enkele openbare apotheken. Apothekers in de buurt ervoeren dit als een bedreiging en hebben van hun invloed op de groothandels en andere leveranciers gebruik gemaakt om het deze apotheken onmogelijk te maken om deze service uit te voeren.

In datzelfde jaar introduceerde de KNMP enkele vormen van zelfregulering (NAN en Beroepscode en Gedragsregels). Deze regulering stelde strengere eisen aan de apothekers dan de wet. Doordat een overgrote meerderheid van de apothekers lid is van de KNMP hadden deze regels redelijk wat zeggingskracht. Volgens de NMa waren zij echter concurrentiebeperkend en daarom werd de KNMP gedwongen ze aan te passen.

Toen de overheid in 1996 dreigde het ijkprijzensysteem in te voeren, sloten de apothekers (KNMP) een akkoord met de andere partijen in de branche om dit te voorkomen. Dit systeem stelde namelijk limieten aan de prijzen van bepaalde geneesmiddelen en zou leiden tot een vermindering van de bonussen en kortingen die apothekers ontvangen.

De wijzigingen in de wetgeving die het ziekenhuizen en zorgverzekeraars heeft mogelijk gemaakt om apothekers te gaan uitbaten, hebben niet zoveel resultaat gesorteerd. Zij willen hun relatie met de apothekers voorlopig niet op het spel zetten.

De opheffing van het verbod op eigendom van een apotheek door niet-apothekers, heeft wel geleid tot veranderingen in de branche. De groothandels zijn direct begonnen met het opkopen van apotheken. Hierdoor zijn er nu enkele grote ketens van apotheken ontstaan die gezamenlijk ongeveer een kwart van de markt in handen hebben. Zij zien apotheken blijkbaar als een goede investering. Ook de Engelse drogisterijketen Boots begon direct met het openen van apotheken. Deze poging mislukte echter, onder andere, doordat zij geen contracten konden afsluiten met de zorgverzekeraars en huisartsen patiënten niet naar hen doorverwezen. Dit heeft wellicht te maken gehad met de goede relatie die de meeste huisartsen hebben met apothekers.

In 2003 is ook Etos tot de apothekersbranche toetreden. De gevestigde partijen maken gebruik van verschillende methoden (o.a. weigeren inzicht in patiëntendossiers, beperkte toelating tot lokale infrastructuur, afspraken met huisartsen, gebruik maken van invloed op leveranciers) om de concurrentiemogelijkheden van nieuwe toetreders, zoals de Etos, te beperken.

De apotheken bestrijden de verschillende nieuwkomers (postorderfarmacie, Boots, Etos en DA) op de markt om verschillende redenen. Ten eerste verdedigen zij hun afzetmarkt (economisch belang). Tegelijkertijd beschouwen zij deze nieuwkomers echter niet als volwaardige apotheken, maar als verkooppunten van medicijnen. Indien cliënten daar dezelfde dienst kunnen krijgen als bij de apotheker dan verliest de apotheker een gedeelte van de status die hij had.

Het voorstel om apothekers toe te staan in meer dan één apotheek tegelijk werkzaam te zijn, wordt fel bestreden door de KNMP, de BOA, de VJA en de ASKA. Zij lobbyen om dit van tafel te krijgen. Het argument dat hierbij steeds naar voren komt, net als bij andere pleidooien van de gevestigde apothekers, is dat om een kwalitatief hoogstaande en veilige farmaceutische zorg te garanderen het noodzakelijk is dat bepaalde wetgeving gehandhaafd blijft en hierin geïnvesteerd wordt.

Individuele apothekers vestigen zich de laatste jaren steeds vaker op dezelfde locatie als een aantal huisartsen (AHOED). Bovendien delen zij computersystemen met huisartsen waardoor de communicatie tussen beiden beter verloopt. Voor apothekers zijn dit manieren om hun klantenkring veilig te stellen.

8. Wat zijn de gevolgen van de introductie van marktwerking in de apothekersbranche?

Het marktwerkingsbeleid van de overheid werd in de jaren negentig in gang gezet en de belangrijkste veranderingen in de wetgeving vonden pas in 1998 tot 2000 plaats. Voor die tijd was er echter al wel sprake van een toename van concurrentie. Verschillende nieuwe openbare apotheken werden, buiten de KNMP om, geopend en met de introductie van postorderfarmacie ontstond er een nieuw distributiekanaal voor medicijnen. De apothekers reageerden hier verschillend op. Een groep apothekers zocht ondersteuning bij elkaar en besloot begin jaren negentig de krachten te bundelen in een franchiseformule of een ander samenwerkingsverband. Enkele jaren later probeerde de KNMP door middel van zelfregulering enkele eisen aan alle apotheken op te leggen. De NMa verhindert dit echter en bestempelt deze regulering als concurrentiebeperkend. De nieuwe toetreders werden als onwelkom beschouwd en de apothekers wendden gebruikten hun positie en invloed om deze te weren. Een andere manier om veranderingen het hoofd te bieden, is samenwerken met huisartsen.

Nadat eind jaren negentig de wetgeving wordt aangepast, veranderde de apothekersbranche. De groothandels, Boots (kortstondig), Etos en DA traden toe. Waar de groothandels het klassieke apothekersmodel volgt en zich toelegt op het behalen van schaalvoordelen, richten de Etos en DA het apothekersvak anders in. De nieuwe toetreders tot de markt die anders werken dan de gevestigde orde worden, net als eerder de postorderfarmacie, behandeld als onwelkome indringers. De apothekers gebruiken verschillende methoden, waaronder hun invloed op zorgverzekeraars, huisartsen en leveranciers, om hen tegen te werken.

Veranderingen in de markt, waaronder nieuwe toetreders, leiden tot een meer diverse populatie aan apotheken. Het gevolg hiervan was dat er ook nieuwe belangenbehartigers werden opgericht.

4. Conclusies

De gevolgen van de introductie van marktwerking zijn in de economische literatuur al vele malen onderzocht, maar hierbij werd vooral gekeken naar de (financiële) consequenties van het beleid. Het doel van deze scriptie is juist om inzicht te krijgen in de manier waarop dit proces verloopt. Welke maatregelen zijn er genomen en hoe is hier door de betrokken partijen op gereageerd? Als branche is hierbij gekozen voor de vrije beroepen. De apothekers hebben als casus gediend.

Om dit onderzoek te structureren is in hoofdstuk 1 een centrale onderzoeksvraag opgesteld. Hieruit zijn vervolgens acht deelvragen afgeleid. Deze acht vragen zijn in de hoofdstukken twee en drie beantwoord. De vraag is nu of we met de vergaarde informatie de centrale onderzoeksvraag kunnen beantwoorden. En zo ja, wat betekent dit en wat kunnen we hier verder mee? Op deze vragen zal in dit hoofdstuk antwoord worden gegeven.

4.1 Bevindingen

De centrale onderzoeksvraag, zoals opgesteld in 1.2.1, luidt:

Hoe heeft de introductie van marktwerking in de apothekersbranche zich sinds begin jaren tachtig ontwikkeld en hoe is daar door de betrokken partijen op gereageerd?

Een gericht marktwerkingsbeleid van de overheid heeft in de apothekersbranche tot eind jaren negentig op zich laten wachten. In de jaren daarvoor was er al wel sprake van een intensivering van de concurrentie, maar de overheid gebruikte regulering om de uitgaven onder controle te krijgen. De apothekers hebben door middel van zelfregulering, onderlinge samenwerking, afspraken met andere partijen (farmaceutische industrie, groothandelaren, artsen en zorgverzekeraars) en het gebruik maken van hun invloed op andere partijen in de markt (leveranciers en huisartsen) getracht deze concurrentie te beperken.

Door zelf- en overheidsregulering te verwijderen heeft de overheid vanaf 1998 concurrentie gestimuleerd. Een aantal van deze maatregelen heeft geleid tot de toetreding van, minder en meer succesvolle, nieuwe spelers op de markt. Momenteel vindt er in de apothekersbranche concentratie plaats. Enkele sterke partijen bouwen ketens van apotheken op en krijgen hierdoor een steeds sterkere positie ten opzichte van de andere betrokken partijen in de branche (overheid, zorgverzekeraars en consumenten). Onder de druk van de groeiende concurrentie intensiveren de apothekers bestaande relaties (overlegorganen, relaties met groothandel en afspraken met andere apothekers en huisartsen) om zich beter te kunnen weren. Zelfregulering, onderlinge afspraken en schaalvergroting worden gebruikt om de concurrentie het hoofd te bieden. Bovendien proberen de belangenbehartigers het

overheidsbeleid te beïnvloeden door te lobbyen bij de ministeries en de Tweede Kamer en door de publieke opinie te bespelen.

De overheid neemt nog altijd prijs- en volumemaatregelen om de kosten te beperken. Deze overheidsregulering frustreert echter de maatregelen die vanuit het marktwerkingsbeleid zijn genomen. Samen met het feit dat vele onderdelen van de apothekersbranche nog steeds gereguleerd zijn, werpt dit de vraag op of er wel gesproken kan worden van marktwerking. Overheidsorganen spreken vandaag de dag in ieder geval over *gereguleerde* marktwerking. Het feit dat de groothandelaren apotheken opkopen, bewijst in ieder geval dat het apothekersvak nog steeds zeer lonend is.

4.2 Discussie

In klassiek economische zin is er in de apothekersmarkt geen sprake van een markt. Vanwege de aard van de aangeboden dienst is het voor de consument zeer moeilijk onderscheid te maken tussen de verschillende aanbieders. Bovendien is de consument niet altijd geheel vrij in zijn keuze. Verder wordt de prijs niet bepaald door het mechanisme van vraag en aanbod, maar door overheidsregulering.

De apothekersbranche komt in hoge mate overeen met de kenmerken die de klassieke sociologie van de vrije beroepen heeft opgesteld. De werkzaamheden kunnen alleen uitgevoerd worden door hoogopgeleiden met zeer specifieke kennis. Zij hebben, nog altijd, een domeinmonopolie en oefenen hun vak voornamelijk uit in een onafhankelijke praktijk. De laatste jaren is er echter veel veranderd. Obstakels om tot de apothekersmarkt toe te treden zijn verwijderd en de beroepsgroep heeft een deel van de controle verloren. Ketens van apotheken groeien snel en steeds meer apothekers zijn in loondienst. Door de diversificatie onder de apothekers zijn er meerdere belangenbehartigers ontstaan.

In deze tijden van het stimuleren van marktwerking en concurrentie maken de apothekers gebruik van hun bestaande netwerken om hun afzetmarkt veilig te stellen. Door op individuele basis afspraken te maken met huisartsen en zich te vestigen op strategische locaties stellen zij hun klantenbasis, en daarmee hun omzet, veilig. Ook gebruiken zij hun invloed om nieuwe toetreders te weren en onderhandelen verschillende belangenbehartigers met de overheid. Zij ondernemen deze acties om hun economische en maatschappelijke (status) positie te beschermen.

Dit gedrag komt overeen met het beeld dat de moderne sociologie van de vrije beroepen schetst. Deze benadrukt dat de vrije beroepen hun autonomie, die zij bezitten als gevolg van de aard van hun professie, niet alleen gebruiken om de kwaliteit van de dienstverlening te waarborgen, maar ook om hun eigen domein te beschermen. Ingestelde regulering dient er niet alleen toe om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen, het is ook een manier om de economische en maatschappelijke positie te beschermen. De apothekers zelf benadrukken, in de geest van de klassieke sociologie van de vrije beroepen, dat de regulering de kwaliteit van de dienstverlening dient.

4.3 Beperkingen en Toekomstig Onderzoek

Zoals aan het begin van deze scriptie al is gemeld, is de tijd die ik tot mijn beschikking had, beperkt. Bovendien is het onderzoek door mij alleen uitgevoerd. Als gevolg hiervan is het niet mogelijk geweest om iedereen die op enige manier bij de introductie van marktwerking in de apothekersbranche betrokken is, te interviewen. Verder ben je tijdens het doen van een onderzoek afhankelijk van de informatie die beschikbaar is. Doordat het onderwerp zeer actueel is, is het denkbaar dat enkele partijen niet het achterste van hun tong willen laten zien. Bovendien zal men vooral dat vertellen wat de eigen organisatie het beste uitkomt. Door met veel verschillende partijen te spreken en verschillende onafhankelijke bronnen (onafhankelijke onderzoekers en documenten) te raadplegen, is geprobeerd om toch een compleet beeld van de ontwikkelingen in de apothekersbranche te krijgen.

Op basis van dit onderzoek zou het interessant zijn om ook andere vrije beroepen te onderzoeken. Men kan zich afvragen in hoeverre gedrag in de apothekersbranche typerend is voor deze branche en in hoeverre dit voorkomt bij alle vrije beroepen.

Volgend jaar treedt de nieuwe zorgwet in werking en de verwachting is dat hierdoor veel zal veranderen in de gezondheidszorg. De zorgverzekeraars krijgen een sterkere positie en de consequenties hiervan zijn nog niet duidelijk. Onderzoek hiernaar zou het gedrag van partijen in de apothekersbranche verder kunnen verduidelijken.

Het Centraal Planbureau is, in navolging van onderzoek naar marktwerking bij de notarissen, begonnen met een kwantitatieve analyse van de gevolgen van de introductie van marktwerking in de apothekersbranche. Resultaten uit dat onderzoek zouden nieuw licht kunnen werpen op de ontwikkelingen zoals die in dit onderzoek zijn geschetst.

Bibliografie

Abbott, A. (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago: The University of Chicago Press

Abbott, A. (2002) 'Professions, Sociology of', In: Smelser, N.J. en Baltes, P.B. (red.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford: Elsevier Science, p. 12166-12169

Algemene Rekenkamer (1992) *Kostenbeheersing Geneesmiddelen: Brief van de Algemene Rekenkamer aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, 19 november, Den Haag, <http://www.rekenkamer.nl> website bekeken op 26 augustus 2005

Alliance Unichem (2005) *Our Business: Retail Pharmacy*, <http://www.alliance-unichem.com> website bekeken op 29 augustus 2005

Anoniem (2003) 'Apothekers winnen zaak tegen kortingen', *Het Financieele Dagblad*, 19 december

Anoniem (2005) 'OPG niet bang voor aanval van Etos en DA', *Het Financieele Dagblad*, 16 februari

Arestis, P. en Sawyer, M. (2004) *The Rise of the Market: Critical Essays on the Political Economy of Neo-Liberalism*, Cheltenham: Edward Elgar

ASKA (2005) *Over ASKA*, <http://www.ketenapotheken.nl> website bekeken op 29 augustus 2005

Baakman, N., Van der Made, J. en Mur-Veeman, I. (1989) 'Controlling Dutch Health Care', in: Freddi, G. en Björkman, J.W., *Controlling Medical Professionals*, Londen: Sage Publications, p. 99-115

Bierman, A.I. (1988) *Van artsenijsmengkunde naar artsenijsbereidkunde: Ontwikkelingen van de Nederlandse farmacie in de negentiende eeuw*, Amsterdam: Rodopi

Bogin (2005a) *Bogin Bericht*, jaargang 5, nr. 1, februari

Bogin (2005b) <http://www.bogin.nl> website bekeken op 30 augustus 2005

Bos, D. (1999) *In dienst van het Koninkrijk: Beroepsontwikkeling van hervormde predikanten in negentiende-eeuws Nederland*, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker

Bos, R. (1995) *Marktwerking en regulering. Theoretische aspecten en ervaringen in Nederland en het buitenland*, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, Onderzoeksreeks directie Marktwerking, OCFEB

Brocacef (2005) *Jaarbericht 2004/2005 Brocacef holding NV*, <http://www.brocacef.nl/> website bekeken op 29 augustus 2005

Cancrinus-Matthijssse, A.M. (1995) *Tussen hulpverlening en ondernemerschap: beroepsuitoefening en taakopvattingen van openbare apothekers in een aantal Europese landen*, Amsterdam: Thesis Publishers, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen

Caplow, Th. (1954) *The Sociology of Work*, Minneapolis: University of Minnesota Press

Carr-Saunders, A.M. en Wilson, P.A. (1933) *Professions*, Oxford: Oxford University Press

Celesio AG (2005) *Celesio Pharmacies*, <http://www.celesio.com> website bekeken op 29 augustus 2005

CTZ (2005) 'Bevoegdheden CTZ', <http://www.cvz.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

CTG/ZAio (2005) <http://www.ctg-zaio.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

CVZ (2003) *Monitor Farmaceutische Zorg 2003*, Diemen: College voor zorgverzekeringen, juni

CVZ (2004) *Monitor Farmaceutische Zorg 2004*, Diemen: College voor zorgverzekeringen, oktober

CVZ (2005) <http://www.cvz.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

De Vier Vijzels (2005) *Bedrijfsprofiel*, <http://www.4v.nl> website bekeken op 29 augustus 2005

DSW (2004) *Het farmaciedossier: onze visie*, Rotterdam: Kasper van Waesberge

Duman, D. (1979) 'The creation and diffusion of a professional ideology in nineteenth century England', *Sociological Review*, vol.27, n.1, p.113-138

Etos (2004) *Persbericht: Etos Apotheek breidt uit*, 27 oktober, <http://www.etos.nl> website bekeken op 5 juli 2005

Freidson, E. (2001) *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge: Polity

FTO-Online (2005) <http://www.fto.nl/> website bekeken op 26 augustus 2005

Gadourek, I. (1972) *Sociologische Onderzoekstechnieken: Inleiding tot de werkwijze bij het sociaal- en gedragswetenschappelijk onderzoek*, Deventer, Van Loghem Slaterus

Geneesmiddelenbulletin (2005) <http://www.geneesmiddelenbulletin.nl/> website bekeken op 26 augustus 2005

Goor, H. van en Ellemers, J.E. (2004) 'Het Einde van de 'Egalitaire Revolutie'?', *Sociologische Gids*, jaargang 51, nr. 4, blz. 318-345

Groot, A.D. de (1994) *Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*, Assen: Van Gorcum

Hart, H. 't, Dijk, J. van, Goede, M. de, Jansen, W. en Teunissen, J. (1998) *Onderzoeksmethoden*, Amsterdam: Boom

Hawinkels, R. en Wolf, P. de (1998) *Franchising in Apotheken: In een Strategische Context*, Extern rapport in opdracht van opdrachtgever (Rapport No. November-7), Rotterdam: Projectgroep OOG Faculteit Bedrijfskunde Vakgroep Strategie & Omgeving Erasmus Universiteit Rotterdam

Helden, J.W. van (2004) *Privatisering in Nederland, succes- en faalfactoren*, doctoraalscriptie Erasmus Universiteit Rotterdam

Heuvel Rijnders, J. van den, Lackner, I. en Verkerk, H. (2004) *Publieke belangen en marktordening bij vrije beroepen*, Ministerie van Economische Zaken, Maart

IGZ (2005) <http://www.igz.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

Janssens, J.M.A.M. (1988) *Ogen doen onderzoek: een inleiding in de methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*, Amsterdam: Swets & Zeitlinger

- Johnson, T.J. (1972) *Professions and power*, Londen: McMillan
- Jorritsma-Lebbink, A. en Korthals, A.H. (2001) 'Mdw: een operatie met effect', *Economisch Statistische Berichten*, jaargang 86, 27 september, nr. 4325, blz. D1
- KNMP (2005a) *Nederlandse Apotheeknorm*, <http://www.winap.nl/> website bekeken op 25 augustus 2005
- KNMP (2005b) *Eén apotheker per apotheek: artikel 19*, <http://www.knmp.nl/> website bekeken op 10 mei 2005
- Koning, B. de (2004) 'Prijsbreuk met medicijnen', *FEM Business*, 28 februari
- Koopmans, I. en Ven, M.E.A.J. van de (1997a) *Vrije beroepen tussen marktwerking en regulering*, Den Haag: SDU uitgevers, Nyfer Speciale studie nr.6 maart
- Koopmans, I. en Ven, M.E.A.J. van de (1997b) *Geneesmiddelen: handel of zorg?*, Den Haag: SDU uitgevers, Nyfer Speciale studie nr.11 oktober
- Krause, E.A. (1996) *Death of the Guilds*, New Haven: Yale University Press
- LHV (2005) 'Over de LHV', <http://lhv.artsennet.nl/content/hp/> website bekeken op 31 augustus 2005
- Linszen, R.J.L. (1998) *Evaluatie macro-economische effecten Algemene Eigen Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden*, Sociaal en Cultureel Planbureau, november, nr. 50
- Lloyds (2005) *Bedrijfsprofiel*, <http://www.lloydsapotheken.nl>
- Lubbers, R.F.M. (1995) 'Ten geleide', in: Coops, R.H., Pauw, B.M.J. Van Rooy, Y.M.C.T. en Weitenberg, J., *Van Overheid naar Markt: Theorie, praktijk en analyse*, Den Haag: Sdu Uitgevers, p. 9-11
- MacDonald, K.M. (1995) *The sociology of the professions*, Londen: Sage Publications
- Maks, J.A.H., Faure, M.G. en Philipsen, N.J. (2000) *Zelfregulering, Marktwerking en Mededinging*, Eurecom, Metro, Universiteit Maastricht, <http://www.minez.nl/marktwerking> website bekeken op 3 mei 2005

Maks, J.A.H. en Philipsen, N.J. (2001) *De Economische beginselen van Zelfregulering*, Universiteit Maastricht, Eurecom / METRO, Maastricht University, Maastricht

Mankiw, N.G. (2001) *Principles of Economics*, Forth Worth: Harcourt College Publishers, 2e editie

Medicalfacts (2005) *Eerste KEMA certificering binnen de openbare farmacie naar Thio Pharma*, 25 augustus, <http://www.medicalfacts.nl> website bekeken op 30 augustus 2005

Meijer, G. (1988) *Neoliberalisme: neoliberalen over economische orde en economische theorie*, Assen: Van Gorcum, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen

Millerson, G. (1964) *The Qualifying Associations*, Londen: Routledge & Kegan Paul

Ministerie van Economische zaken (1997) *Minister Wijers verbiedt deel van gedragsregels KNMP*, persbericht 16 december <http://www.minez.nl> website bekeken op 27 augustus 2005

Ministerie van Economische zaken (2005a) 'Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit: Wat was MDW?', <http://www.minez.nl> website bekeken op 30 juli 2005

Ministerie van Economische zaken (2005b) 'Missie', <http://www.minez.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

Ministerie van Financiën (2005) 'Begrotingsbeleid door de jaren heen', <http://www.minfin.nl> website bekeken op 30 juli 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005) 'Organisatie VWA', <http://www.minvws.nl/organisatie> website bekeken op 31 augustus 2005

Nationaal ICT Instituut voor de Zorg (2005) <http://www.nictiz.nl/> website bekeken op 26 augustus 2005

Nefarma (2005) <http://www.nefarma.nl> website bekeken op 30 augustus 2005

NMa (2004a) *Dienstapothek regio Assen*, <http://www.nmanet.nl/> website bekeken op 22 augustus 2005

NMa (2004b) *Stadsapotheken Tilburg*, <http://www.nmanet.nl/> website bekeken op 22 augustus 2005

NMa (2005a) <http://www.nmanet.nl/> website bekeken op 31 augustus 2005

NMa (2005b) *NMa staat preferentiebeleid zorgverzekeraars toe*, <http://www.nmanet.nl/> website bekeken op 30 augustus 2005

NPCF (2005) 'Over de NPCF', <http://www.npcf.nl/> website bekeken op 31 augustus 2005

Oers, J.A.M. (2002) *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*, Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum

OPG (2005) *Jaarverslag 2004*, <http://www.opggroep.nl/> website bekeken op 27 augustus 2005

Orde van Medisch Specialisten (2005) 'Over de Orde', <http://www.orde.nl/> website bekeken op 31 augustus 2005

Parsons, T. (1968) 'Professions', In: Sills, E.D. (red.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York Macmillan, jaargang 12, blz. 536-347

Philipsen, N.J. (2003) *Regulation of and by Pharmacists in the Netherlands and Belgium: An Economic Approach*, Antwerpen-Groningen: Intersentia

Philips, L. (1988) *The economics of imperfect information*, Cambridge: Cambridge University Press

Raphael, D.D. (1985) *Adam Smith*, Oxford, Oxford University Press

Schut, F.T. (1995) *Competition in the Dutch Health Care Sector*, Ridderkerk: Ridderprint, proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam

Segers, J. (1999) *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*, Assen: Van Gorcum

SER (1985) *Advies inkomensvorming vrije beroepen*, Den Haag, publicatienummer. 2, 15 februari

Staatsblad (1958) *Wet op de Geneesmiddelenvoorziening*, <http://wetten.overheid.nl/> website bekeken op 24 augustus 2005

Stichting Apothekers in Loondienst (2005) <http://www.sal.nl/> website bekeken op 27 augustus 2005

Stichting Belangenbehartiging Openbare Apothekers (2005) *Persbericht: Kwaliteitseisen farmacie in de uitverkoop*, 26 januari, <http://www.perssupport.anp.nl> website bekeken op 25 augustus 2005

Stichting Code Geneesmiddelenreclame (2005) <http://www.cgr.nl/> website bekeken op 27 augustus 2005

Stichting Farmaceutische Kengetallen (2005) *Data en feiten 2005*, Alphen aan de Rijn: Alphabase, juli

Stichting Verenigde Nederlandse Apotheken (2005) <http://www.vna.nl> website bekeken op 27 augustus 2005

Smelser, N.J. en Swedberg, R. (2005) 'Introducing Economic Sociology', in: Smelser, N.J. en Swedberg, R. (red.) *The Handbook Of Economic Sociology*, New york: Russell Sage Foundation, p. 3-25

Struyven, L. en Steurs, G. (2003) 'Twee laden, één systeem? Het ontwerp van quasi-markten bij de arbeidsintegratie van werkzoekenden in Australië en Nederland' in: Herremans, W. (red.) *De Arbeidsmarkt in Vlaanderen. Verslagboek Arbeidsmarktonderzoekdag 2003*, Antwerpen: Garant

Swedberg, R. (2005) 'Markets in Society', in: Smelser, N.J. en Swedberg, R. (red.) *The Handbook Of Economic Sociology*, New york: Russell Sage Foundation, p. 233-253

Stefanski, M. (2001) 'Mdw in vogelvlucht', *Economisch Statistische Berichten*, jaargang 86, 27 september, nr. 4325, p. D3

Trommel, W. en Veen, R. van der (1999) *De Herverdeelde Samenleving: Ontwikkeling en Herziening van de Nederlandse Verzorgingsstaat*, Amsterdam: Amsterdam University Press

Ven, M. van de en Koopmans, I. (1997) *Vrije beroepen tussen marktwerking en regulering*, Den Haag: Sdu Uitgevers, Nyfer

Vereniging Jonge Apothekers (2005) *Petitie: Vliegt U zonder piloot?*, <http://www.vja.nu> website bekeken op 29 augustus 2005

Verschuren, P. en Doorewaard, H. (1998) *Het ontwerpen van een onderzoek*, Utrecht: Lemma BV

Vrije beroepen.net (2005) 'Wat zijn vrije beroepen?', <http://www.vrijeberoepen.net> website bekeken op 30 juli 2005

Wolf, P. de en Rooij, J.M. van (1996) *The Boycott of Mail Order Pharmacies in The Netherlands: An Analysis*, Paper prepared for the Commission of the European Communities, Erasmus University Rotterdam

ZN (2005) <http://www.zn.nl> website bekeken op 31 augustus 2005

Zorggroep Almere (2005) <http://www.zorggroep-almere.nl> website bekeken op 30 augustus 2005

Bijlagen

Bijlage A: Economische Publicaties over Marktwerking

Bomhoff, E.J. (2000) *Marktwerking in de pensioensfeer: een recept met bijwerkingen*, Breukelen: Nyfer

Dijkgraaf, E., Aalbers, R.F.T. en Varkevisser, M. (1999) *Afvalmarkt in de branding: de huidige structuur en mogelijkheden tot marktwerking*, Rotterdam: OCfEB

Hoogduin, L.H. (1997) *Marktwerking versus coördinatie: de financiële sector*, Amsterdam: De Nederlandsche Bank

Kremers, J.J.M. (1996) *Marktwerking en privatisering: een economisch perspectief*, Rotterdam: OCfEB

Künneke, R.W. (1998) *Marktwerking in de gasector*, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken

Oudshoorn, C (1993) *Marktwerking in het sociaal-economisch bestel*, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken

Rekko, A.H.M.J. (1996) *Marktwerking in de Nederlandse dagbladsector: de gevolgen voor de consument*, Rotterdam: Onderzoekscentrum Financieel Economisch Beleid

Velde, D.M. van de (1996) *Marktwerking in het openbaar vervoer: een verkenning*, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken

Ven, M. van de en Koopmans, I. (1997) *Vrije beroepen tussen marktwerking en regulering*, Den Haag: Sdu Uitgevers, Nyfer

Waslander, S. (1999) *Koopmanschap en burgerschap: marktwerking in het onderwijs*, proefschrift Rijksuniversiteit Groningen

Bijlage B: Afgenomen Interviews

Nr.	Datum	Naam	Organisatie	Functie	Locatie
1	13-05-2005	Dhr. J. Van Wijngaarden	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van der Pharmacie (KNMP)	Adviseur public affairs	Kantoor KNMP te Den Haag
2	13-05-2005	Dhr. F. Drion	Huisartspraktijk Drion te Zwolle	Huisarts	Telefonisch
3	27-05-2005	Dhr. M. Varkevisser Mevr. L. Boonen	Erasmus Competition and Regulation institute (ECRi) en instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG)	Onderzoekers	Erasmus Universiteit Rotterdam (locatie Woudestein)
4	10-06-2005	Mevr. V. Pieterman Mevr. I. Lackner	Ministerie van Economische Zaken (EZ)	Beleidsmedewerkers	Kantoor Ministerie van Economische Zaken te den Haag
5	27-06-2005	Dhr. E. de Laat	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)		Kantoor Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te Den Haag
6	30-06-2005	Dhr. D. Vijverberg	Etos	Manager Farmacie	Kantoor Etos te Beverwijk
7	08-07-2005	Dhr. R. Nahuis Mevr. J. Noailly	Centraal Planbureau (CPB)	Programmaleider semi-publiek en beleidsmedewerker	Kantoor CPB te Den Haag
8	18-07-2005	Mevr. E. Kuyck	Kring-Apotheek Alkemade	Apotheker	Kring-Apotheek Alkemade te Roelofarendsveen
9	18-07-2005	Mevr. A. Cornelissen	College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ)	Senior-onderzoeker	Kantoor CTZ te Diemen
10	26-07-2005	Mevr. E. Peterse	Vereniging van Jonge Apothekers (VJA)	Voorzitter	Apotheek Holendrecht te Amsterdam
11	29-07-2005	Dhr. P. Segers	College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)	Beleidsmedewerker Directie Cure	Kantoor CTG te Utrecht
12	02-08-2005	Dhr. Bongers	Bogin	Voorzitter	Kantoor Bogin te Den Haag
13	03-08-2005	Mevr. A van der Meij	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	Beleidsmedewerker	Kantoor CVZ te Diemen
14	03-08-2005	Dhr. Oltvoort	Nefarma	Manager Gezondheidseconomie	Kantoor Nefarma te Den Haag
15	05-08-2005	Dhr. C. Oomen	Zorgverzekeraar DSW	Directeur	Kantoor DSW te Schiedam
16	08-08-2005	Mevr. A. Prenger	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Beleidsmedewerker	Kantoor ZN te Zeist
17	19-08-2005	Dhr. S. Veenstra	Associatie van Ketenapotheken (ASKA)	Bureaudirecteur	Telefonisch
18	30-08-2005	Dhr. M. Oosterveld	Belangenbehartiging openbare Apothekers (BOA)		Telefonisch

Bijlage C: Publiekrechtelijke Beroepsorganisaties in Nederland

Vrij Beroep	Publiekrechtelijke Beroepsorganisatie (PBO)
Accountants- administratieconsulenten	Nederlandse Orde van Accountants-administratieconsulenten (NOvAA)
Advocaten	Nederlandse Orde van Advocaten (NOVA)
Gerechtsdeurwaarders	Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders (KBvG)
Loodsen	Nederlandse Loodsencorporatie (NLC)
Notarissen	Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB)
Octrooigemachtigden	Orde van Octrooigemachtigden
Registeraccountants	Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants (NIVRA)

Bron: Van den Heuvel Rijnders e.a., 2004: 31

Bijlage D: Reguleringsindices voor Vrije Beroepen in Europa

(Schaal van 1-12)

Land	Accountants	Juridische diensten	Architecten	Ingenieurs	Apothekers
België	6.3	4.6	3.9	1.2	5.4
Denemarken	2.8	3.0	0	0	5.9
Finland	3.5	0.3	1.4	1.3	7.0
Frankrijk	5.8	6.6	3.1	0	7.3
Duitsland	6.1	6.5	4.5	7.4	5.7
Griekenland	5.1	9.5	n.b.	n.b.	8.9
Ierland	3.0	4.5	0	0	2.7
Italië	5.1	6.4	6.2	6.4	8.4
Luxemburg	5.0	6.6	5.3	5.3	7.9
Nederland	4.5	3.9	0	1.5	3.0
Oostenrijk	6.2	7.3	5.1	5.0	7.3
Portugal	n.b.	5.7	2.8	n.b.	8.0
Spanje	3.4	6.5	4.0	3.2	7.5
Zweden	3.3	2.4	0	0	12
Verenigd Koninkrijk	3.0	4.0	0	0	4.1

Bron: Van den Heuvel Rijnders e.a., 2004: 25

Bijlage E: Marktwerking in de Vrije Beroepen in 1985

	Toetredingsbeperkingen	Onderlinge Concurrentie	Countervailing Power	Concurrentie van derden
Notarissen	- strak geregeld benoemingsbeleid - door de wet bepaald aantal standplaatsen; Broederschap dringt aan op uitbreiding	- onroerend-goed transacties uniforme tarieven - minimumhonoraria aantal werkzaamheden (hier nauwelijks prijsconcurrentie) - geen prijsvoorschriften enkele werkzaamheden (hier prijsconcurrentie) - kwaliteitsconcurrentie	- in veel gevallen verplichte clientèle - individuele afnemers geringe countervailing power - bedrijven en instellingen enige countervailing power	- grotendeels wettelijk toegewezen taken; voor het daarbuiten vallende gebied enige concurrentie van derden (belastingadviseurs, fiscalisten, accountants)
Accountants	- geen vestigingsbeperkingen	- tariefstelling vrij - prijsconcurrentie - enige kwaliteitsconcurrentie	- sterke oriëntatie op het bedrijfsleven grote cliënten - belangrijke countervailing power	- buiten het domein dat voor de beroepsgroep is gereserveerd concurrentie van nevenberoepen
Huisartsen	- in beginsel vrije vestiging; in de praktijk bestaan belemmeringen met name door vestigingsbeleid LVH	- uniforme tarieven; geen prijsconcurrentie - prijs/inkomensbeleid - enige kwaliteitsconcurrentie	- individuele burgers vormen geen countervailing power - organisaties, ziekenfondsen e.d. mogelijk enige countervailing power	- enige concurrentie met bijv. verloskundigen, apothekers, specialisten - grens naar paramedici en alternatieve geneeswijzen onduidelijker
Medische Specialisten	- in beginsel vrije toetreding; praktische belemmeringen (gebondenheid aan ziekenhuisfaciliteiten, goodwill-betalingen, beperking uitbreiding specialistische functies door overheid	- uniforme tarieven - prijs/inkomensbeleid - enige kwaliteitsconcurrentie is mogelijk	- individuele burgers vormen geen countervailing power - ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en organisatie enige countervailing power	- enige concurrentie mogelijk van paramedici, alternatieve geneeswijzen en andere specialismen - enige substitutie in richting huisarts
Architecten, Stedebouwkundi gen	- vrije vestigingsmogelijkheden; afhankelijk van marktsituatie en overheid	- onderlinge kwaliteitsconcurrentie; prijsconcurrentie minder (gedrageregels voor o.a. tarieven)	/ afnemers bouwbedrijven, overheid e.d. reële countervailing power	- concurrentie van elkaar en aanverwante disciplines - enig terreinverlies door opdrachten in eigen beheer (overheid)
Advocaten	- vrije vestiging; in de praktijk afhankelijk van de marktsituatie	- orde hanteert declaratietarieven als richtlijn; afwijkende prijzen komen voor; enige prijsconcurrentie - tevens kwaliteitsconcurrentie	- met name organisaties kunnen countervailing power vormen	- wettelijk procesmonopolie voor aantal rechterlijke colleges - bij overige werkzaamheden concurrentie van derden, niet-advocaten
Apothekers	- in beginsel vrije toetreding; in de praktijk sterk gereguleerd door vestigingsbeleid van	- prijs/inkomensbeleid; geen prijsconcurrentie - nauwelijks kwaliteitsconcurrentie	- individuele afnemers geen countervailing power - organisaties mogelijk enige countervailing power	- enige concurrentie van apothekhoudende huisartsen en van drogisten

	beroepsorganisatie			
Fysiotherapeuten	- in beginsel vrije vestiging; praktisch grote belemmeringen	- geen of nauwelijks prijsconcurrentie - enige kwaliteitsconcurrentie	- afnemers geen reële countervailing power - ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen enige countervailing power	- enige concurrentie van nevenberoepen
Oefentherapeuten Mensendieck	- in beginsel vrije toetreding; in de praktijk spreidingsbeleid NMB	- geen prijsconcurrentie	- afnemers geen reële countervailing power	- enige concurrentie van nevenberoepen

Bron: SER (1985): 31