

Vergaderjaar 2009–2010

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 120**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 10 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 8 oktober 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister d.d. 13 juli 2009 inzake het uitstel van het besluit van de NZa over het tarief voor apotheekhoudenden (29 477, nr. 102);**
- **de brief van de minister d.d. 20 juli 2009 over het Signalement Goed Gebruik Geneesmiddelen (29 477, nr. 103);**
- **de brief van de minister d.d. 31 augustus 2009 over de samenvatting van het verslag over het sectorale onderzoek naar de farmaceutische sector (22 112, nr. 913);**
- **de brief van de minister d.d. 1 oktober 2009 over het NZa-tarief apotheekhoudenden 2009, de TROS Radaruitzending over symptoomreclame en openstaande vragen uit het AO Geneesmiddelenbeleid van 25 juni 2009 (29 477, nr. 105);**
- **de brief van de minister d.d. 1 oktober 2009 houdende de reactie op de motie-Van der Veen (29 477, nr. 99) waarin wordt gevraagd om een overzicht inzake de Langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening (2009Z17849).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

**Voorzitter: Smilde**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Smilde, Van Gerven, Schermers, Van der Veen, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Zijlstra, Koşer Kaya, Agema, Sap en Van der Vlies,

en minister Klink, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Ik heet welkom de minister en zijn ambtenaren, de belangstellenden op de publieke tribune, hier maar ook elders, en natuurlijk de leden van de commissie. De spreektijd is maximaal zes minuten en wij hebben afgesproken dat er in de eerste termijn één interruptie per persoon gepleegd mag worden zodat wij zo veel mogelijk tijd hebben om met de minister in debat te gaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wie vertegenwoordigt deze minister? Hij is erin geslaagd om na de huisartsen nu ook de apothekers en het personeel tegen zich in het harnas te jagen. Vanmiddag zien wij de ambulance langsrijden. De geneesmiddelenzorg wordt uitgekleeft. De beroepsgroep vreest faillissementen en verlies van kwaliteit en bereikbaarheid. Men schaamt zich voor het werk dat men moet leveren. De minister denkt: er is niet zoveel aan de hand, ingrijpen is niet nodig, er zijn nog weinig apotheken failliet gegaan. Hij schaart zich achter de Verelendingsfilosofie van de zorgverzekeraars: er kunnen er wel enkele honderden weg, er zijn er de laatste tijd zoveel bijgekomen. Van belang is echter dat de apothekers hun werk goed kunnen blijven doen. Dat is wat anders dan de boekhoudkundige filosofie van de minister: het is oké als het aantal faillissementen beperkt blijft. Kennelijk is het niet erg als de apotheker weer wordt gereduceerd tot woordvoerder van de zorgverzekeraars en doosjesschuiver aan de leiband van diezelfde zorgverzekeraars. En ondertussen verschaalt de zorg. Het uitgangspunt moet zijn: een kwalitatief goede geneesmiddelenzorg en een goed bereikbare zorg. Het is waar: er zijn veel apotheken bijgekomen. Is dat erg? Dat lijkt mij niet als dit de bereikbaarheid en de kwaliteit ten goede komt. Belangrijk is nu de vraag: wie gaan er als eersten verdwijnen? De markt kijkt immers niet naar wat maatschappelijk noodzakelijk is. Het ligt dan ook in de lijn der verwachting dat vooral jonggevestigde apothekers met een relatief hoge goodwill het eerst het loodje zullen leggen en niet de ketens die er nog een tent bij nemen of de ziekenhuizen met hun apotheken die een graantje willen meepikken uit de geneesmiddelenruif. Overigens wordt de hoge maar marktconforme goodwill bijvoorbeeld door de fiscus geadviseerd bij overnames. Wil de minister dit goed bekijken? Er is een norm voor huisartsen, maar hoeveel patiënten moeten er zijn per apotheek? 1 op de 5000? Of 1 op de 4000, zoals de beroepsgroep zegt? Op papier lijkt iedereen in de politiek hetzelfde na te streven: de apotheker moet vooral geen handelaar of ondernemer zijn, maar een zorgverlener. Hoe organiseren wij dit? Van essentieel belang is daarbij dat wij het perverse systeem van kortingen en bonussen, geïnitieerd door voormalig staatssecretaris Simons van de PvdA afschaffen en aangeven wat een kostendekkende receptregelvergoeding inhoudt zonder de kortingen en bonussen is. De KNMP ligt nu voortdurend overhoop met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Kan de minister nu eens uitsluitel geven en de regie nemen? Is hij bereid een kostendekkend tarief door te voeren zodat kortingen en bonussen overbodig worden? Kan hij bijvoorbeeld een systeem van nacalculatie invoeren gezien de snel wisselende marktsituatie door het beleid van de verzekeraars? Wat gaat hij doen om de problematiek op te lossen van de jonggevestigde apothekers die marktconform hun praktijk hebben bekostigd en nu in grote problemen verkeren? In de

zomer van 2008 heeft de minister ingestemd met mijn motie om de jongeren tegemoet te komen. Hoe staat het met de uitvoering daarvan? Mij bereiken signalen dat jonge apothekers voor niets bij de NZa aankloppen en van het kastje naar de muur gestuurd worden. Is de minister bereid in te grijpen – dat is een grote grief – bij de private schadeverzekeraars in de zorg, de ziektekostenverzekeraars? Zij dringen steeds verder binnen in de spreekkamer van de arts en het domein van de apotheker. Moet het ondercouvertsysteem van Univé-VGAZ-IZA-TRIAS (UVIT) niet direct een halt worden toegevoerd? Het is niet acceptabel dat patiënten vanwege een eigen risico meer zouden moeten betalen voor hun Pantazol. Het is ook niet juist dat onduidelijk is hoeveel verzekeraars aan kortingen en bonussen opstrijken met hun couvertebeleid. Is het niet pervers dat een apotheker in het pakjesmodel van Achmea voordeel heeft bij het zo goedkoop mogelijk afleveren van medicijnen voor zijn patiënten? Want niet het belang van de patiënt is bij dit model uitgangspunt, maar de portemonnee van de apotheker. De SP vindt dit principieel een onaanvaardbaar uitgangspunt en zal in een motie de Kamer om een uitspraak vragen als de minister dit niet ondubbelzinnig afwijst. De verzekeraar moet wegblijven van het domein van de professional en de prijs mag nooit leidraad van handelen in de zorg worden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijnheer Van Gerven maakt duidelijk dat hij het absoluut niet eens is met wat de minister doet. Wat zou dan wel een kostendekkend tarief zijn? De NZa heeft nu een tarief geadviseerd. Ik begrijp dat hij dit te weinig vindt, maar kan hij ook aangeven wat naar zijn mening een terecht tarief is?

De heer **Van Gerven** (SP): De oorzaak van het probleem ligt in de kortingen en bonussen geïntroduceerd door een voormalig politicus, de heer Simons van de PvdA. Dat is de bron van alle ellende. Dus daar moeten wij radicaal mee breken. Als de kortingen en bonussen ...

De heer **Zijlstra** (VVD): De PvdA heeft nog maar 14 zetels hoor ...

De heer **Van Gerven** (SP): De uitkomst van die peiling heeft misschien mede zijn oorsprong in dat soort beslissingen in het verleden. Die kortingen en bonussen moeten van tafel en er moet een berekening komen zonder de kortingen en bonussen. Dat de minister geen besluit neemt, heeft te maken met de discussie over welk bedrag er in de marge overblijft voor de apotheker om zijn praktijk mee te bekostigen. Wij moeten van dat systeem af. Een kostendekkende regel zonder de kortingen en bonussen moet het uitgangspunt zijn. De SP wil de inkoop van medicijnen weghalen bij de apotheker omdat dit een bron is van voortdurende discussie en ellende. De apotheker moet distribueren en zorg verlenen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Soms is het makkelijk als je geen historisch besef hebt; ook in de tijd van Simons werd al gesproken over kortingen en bonussen. Daar kwam men toen niet uit en toen zei men: laten wij een deel van die kortingen en bonussen gebruiken voor het tarief. Wat is op dit moment een redelijk tarief, mijnheer Van Gerven? Want het NZa-onderzoek houdt rekening met de kortingen en bonussen; die zijn aan het verdwijnen. Wat suggereert u nu? Wat zou het moeten zijn?

De heer **Van Gerven** (SP): Het lijkt mij vrij simpel om een berekening te maken van wat de gemiddelde praktijk aan kosten heeft om gerund te kunnen worden. Die totaalprijs deel je door het aantal receptregels en dan kom je uit op € 8,75 à € 9. Ik denk dat dit een reële kostendekkende vergoeding is als wij stoppen met de kortingen en bonussen.

Voorzitter. Het preferentiebeleid en de nieuwe plannen leveren besparingen op, maar de SP vindt dat dit op een andere manier kan. Als wij de Wet geneesmiddelenprijzen aanscherpen door bijvoorbeeld de prijs te koppelen aan het volume of overgaan op de centrale inkoop van medicijnen behalen wij dezelfde prijsvoordelen, maar voorkomen wij de huidige chaos en scheppen wij een gelijke situatie voor alle patiënten. Nu worden over de ruggen van de patiënten en de professionals besparingen afgedwongen. Graag een reactie van de minister.

De minister wil de prijzen in 2011 helemaal vrijlaten. Dan zijn ze helemaal overgeleverd aan de verzekeraars en kan er alleen nog getekend worden bij het kruisje. Hoe voorkomt de minister dat bij een dergelijk beleid eerder genoemde praktijken van de verzekeraars, waarbij de financiën leidend zijn, worden voorkomen? Hoe voorkomen wij dat dictaten slechts gericht op kostenbeheersing de boventoon gaan voeren? Hoe worden de patiëntenbelangen gewaarborgd in de wetenschap dat vier groepen verzekeraars de hele markt domineren? Wat betekent dit als er een functionele omschrijving komt van het geneesmiddelenpakket? Die ontwikkeling vindt de SP ongewenst omdat de verzekeraars daardoor nog meer macht krijgen, op de stoel van de professionals gaan zitten en hen zullen dwingen om vooral goedkoop af te leveren.

Tot slot wil ik nog het standpunt van de Unie KBO voor het voetlicht brengen. Dit is een inhoudelijk punt dat ons zeer ter harte gaat: het invoeren van een jaarlijkse medication review bij patiënten die meer dan vier medicijnen gebruiken. Vindt de minister dat een goede zaak en is hij van plan om dit in te voeren?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Vandaag spreken wij weer over het geneesmiddelenbeleid. Wat wij allemaal willen is duidelijk: een kwalitatief goede en bereikbare farmaceutische zorg. Het CDA ziet de apotheker als een belangrijke eerstelijns hulpverlener met een eigenstandige verantwoordelijkheid. Het CDA ziet evenals de minister dat er een grote uitdaging ligt in kostenbeheersing. Daarom hebben wij het preferentiebeleid ook altijd gesteund. De kosten voor een groot aantal generieke medicijnen zijn daardoor immers drastisch gedaald, iets wat met het transitieakkoord niet mogelijk was geweest. De zorgverzekeraars hebben hun taak serieus opgepakt, maar ik moet nu constateren dat het preferentiebeleid op onderdelen wel erg ver doorzet. Hoe ziet de minister dit? Wij constateren onrust in de apotheken en onder de patiënten. Van een en hetzelfde medicijn moeten apothekers soms wel vijf merken in huis hebben. Een nieuw en toenemend signaal is dat de preferente middelen niet leverbaar zijn. Als dit het geval is, heeft de apotheker een berg aan administratie om toestemming te krijgen om hetzelfde middel van een ander merk te mogen afleveren. Anders moet de patiënt namelijk zelf betalen. Die toestemming is tijdelijk, want de patiënt moet weer worden overgezet op het preferente middel zodra dat weer beschikbaar is. Dan moet de apotheker weer uitleggen dat het blauwe pilletje hetzelfde is als het rode. Dus daar waar wij net toe waren aan een langere periode waarin een medicament preferent is, moeten wij door deze problematiek alsnog frequent wisselen. Dit komt de doelmatigheid en kwaliteit van de geneesmiddelenverstrekking niet ten goede. Het probleem van fabrikanten van generieke geneesmiddelen is dat zij pas heel laat horen dat hun middel is uitverkoren om in de komende periode preferent te zijn. Ze hebben dan te weinig tijd om de medicijnen in voldoende mate te produceren. Een langere periode tussen het als preferent aanmerken en de start van de preferente periode, is hier mogelijk een oplossing. Graag hierop een reactie van de minister.

Om een lage prijs te krijgen, komen de middelen soms uit verre buitenland en dat kan tot problemen leiden. Er zijn signalen dat er vaker dan voorheen sprake is van een recallprocedure en het lijkt erop dat er meer klachten worden gerapporteerd. Die klachten gaan over pillen die breken

als je ze uit de strip drukt, of over flacons die met een nijptang moeten worden opengemaakt. Verder wordt soms ineens een vervaldatum veranderd. De veiligheid is dan niet in het geding – het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) heeft dat gecontroleerd – maar het wordt er voor de patiënt niet duidelijker op. Ik heb hier een voorbeeld van Omeprazol. De vervaldatum was oorspronkelijk 2010. Er staat dan op: let op houdbaarheid is gewijzigd. Er zit een brief bij waarin staat dat je het medicijn kunt gebruiken tot 2011, maar op elke strip pillen staat dat die houdbaar is tot 2010. Dat leidt tot onduidelijkheden. Graag hierop een reactie van de minister. Wil hij tevens bij de inspectie nagaan of er inderdaad meer recallprocedures zijn?

Het lijkt erop dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg onder druk staat. Natuurlijk is die kwaliteit in eerste instantie een zaak van de professional, in dit geval de apotheker, maar ook de zorgverzekeraars hebben hierin een eigen rol. Het lijkt erop dat zij daaraan soms onvoldoende invulling geven. Zij houden een gesprek over kwaliteit vaak af. Wij roepen de zorgverzekeraars op om met de apothekers in gesprek te gaan over die kwaliteit. Tijdens het vorig algemeen overleg vroeg ik hoe de minister aankijkt tegen zorgverzekeraars die financiële drempels opwerpen om in aanmerking te komen voor kwaliteitsmodules. Ik zou nog steeds commentaar krijgen op het voorbeeld dat ik toen gaf: een apotheker die twee apotheken heeft met 2% verschil in substitutie en die voor de ene apotheek wel in aanmerking komt voor een gesprek over kwaliteit en een hoger tarief, en voor de andere apotheek niet.

Wij zien dat de markt steeds meer verstoord raakt. Er is onrust. Welke rol ziet de minister hier voor de NZa als marktmeester? Naar onze mening zou het goed zijn als de NZa kijkt naar zaken als hoe het staat met de farmaceutische kolom. Kloppen de contracten die door zorgverzekeraars bij apothekers worden neergelegd en afgesloten? Zijn er voldoende contracten afgesloten? Zijn de marktverhoudingen daarmee nog zoals wij die willen hebben et cetera?

Diezelfde NZa heeft in de afgelopen weken het tarief voor 2009 bekendgemaakt. Dat blijft gelijk. De apothekers zijn het daar niet mee eens. Zij zeggen dat daarmee het norminkomen niet kan worden gehaald en dat de continuïteit en kwaliteit van zorg wordt bedreigd. Er zijn ook tegengeluiden, zelfs tegengeluiden die zeggen dat het tarief te hoog is. Het is jammer dat met de vaststelling van het tarief de rust in het veld niet is teruggekeerd. Hoe kijkt de minister daartegen aan? Het is niet aan de overheid om faillissement van individuele apotheken, ziekenhuizen of andere zorginstellingen te voorkomen. Ook daar kijken wij naar een aantal belangrijke elementen, bijvoorbeeld continuïteit van zorg en bereikbaarheid. Wordt daar in dit veld ook naar gekeken als een van deze elementen niet wordt gehaald?

Tot slot een aantal opmerkingen over de toekomst. Wij zitten in een transitiefase op weg naar vrije tarieven in de geneesmiddelenbranche. Ook daar is de CDA-fractie voorstander van. Maar op dit moment, met deze verhoudingen, lijkt het ons een moeilijk te nemen stap. Hoe ziet de minister dit? Vrije prijsvorming zou in ieder geval gepaard moeten gaan met het formuleren van randvoorwaarden. Voor wij overgaan naar een volgende fase moeten de volgende zaken helder zijn. De rol en de toegevoegde waarde van de apotheker in de keten moeten duidelijk zijn, net als wat basiszorg van de apotheker inhoudt en wat aanvullende zorg is. Er moet voldoende gecontracteerd worden op kwaliteit; dit jaar waren er nog maar dertig kwaliteitmodules, dat moeten er meer worden. Zorgverzekeraars moeten alleen middelen preferent maken die ook leverbaar zijn.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Mevrouw Schermers zegt dat er geen eerlijk speelveld is. Ik ben het gezien de commotie voor een groot deel met haar eens. Vindt zij niet dat de minister daar de regie in moet hebben? Is dat niet de afspraak in het transitieakkoord?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Allereerst heb ik een onrustig speelveld geconstateerd en geen oneerlijk speelveld. Ik vind dat de zorgverzekeraars meer open moeten staan voor gesprekken over kwaliteit, want daar loopt het voortdurend op vast. Die gesprekken moeten tot stand komen, maar ze hoeven natuurlijk niet onder leiding van de minister plaats te vinden. Ik vind wel dat de minister daar een stimulerende rol in kan spelen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als mevrouw Schermers liever het woord «onrustig» gebruikt, wil ik dat best. In het transitieakkoord is volgens mij neergelegd dat de regie bij de minister moet zijn. Vindt mevrouw Schermers dat ook niet? Vindt zij dat de minister op dit moment de regie ook neemt?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik kan niet anders antwoorden dan wat ik net geantwoord heb. Ik vind dat de zorgverzekeraars en de apothekers verantwoordelijk zijn om het gesprek over kwaliteit aan te gaan. Ik constateer dat de apothekers daarvoor onvoldoende toegankelijk zijn. Dat moet veranderen en de minister heeft daarin de rol van aanjager.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb goed geluisterd naar het betoog van mevrouw Schermers. Zij zegt dat de kwaliteit onder druk staat. Zij heeft daar zelf een mooi voorbeeld van laten zien en zij heeft volkomen gelijk. Als wij kijken naar hoe dat is ontstaan, heeft dat alles te maken met ...

De **voorzitter**: Wilt u uw vraag formuleren?

De heer **Van Gerven** (SP): Dat ga ik ook doen. De regie is in handen gegeven van de verzekeraars die alleen maar uit zijn op bezuinigen, en de kwaliteit staat onder druk. Dat is het beeld dat geschetst wordt. Mevrouw Schermers is een voorstander van de vrije prijsvorming, maar hoe denkt zij dat dit gaat uitpakken, als die helemaal aan de markt en de verzekeraars wordt overgelaten? Gaat dan de kwaliteit niet helemaal aan gort?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik constateer toch dat u niet zo goed geluisterd hebt. Ik heb aan het eind van mijn betoog gezegd dat vrije prijsvorming nu een moeilijk te nemen stap is en voor de toekomst omringd zou moeten zijn met zekerheidsborging. Ik heb de minister zijn commentaar hierop gevraagd. Ik ben er helemaal niet voor om zonder meer te zeggen dat wij in 2011 klaar zijn voor vrije prijsvorming.

De heer **Van Gerven** (SP): In 2011 wil de minister die vrije prijsvorming doorvoeren. Acht u dat niet onwenselijk gezien de huidige problemen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik verval in herhaling: de markt is te onrustig om nu een volgende stap te nemen en ik moet nog maar zien of 2011 haalbaar is. De voorwaarde van het CDA is dat er kwaliteitsborging wordt geboden omdat wij anders niet de goede stap kunnen nemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wij hebben dit AO omdat het de afgelopen jaren niet gelukt is om in het onderlinge overleg in het transitieakkoord te komen tot een faire beloning van de apothekers voor hun werk. Nu ligt het NZa-advies er, en wij kunnen dit ondersteunen. Wij kunnen het er lang over hebben – er zijn ook discussie mogelijk dat het tarief lager vastgesteld kan worden – maar wij constateren dat het verhoogde tarief voor 2009 kan worden gehandhaafd. Er is veel discussie over de effecten van het tarief op de farmaceutische zorg; wij hebben vandaag een advertentie gezien. Mij stoort in die advertentie dat daarin een bejaarde mevrouw voorkomt, en de indruk wordt gewekt dat de farmaceutische zorg zodanig in gevaar komt dat patiënten daar op een forse manier onder zullen lijden. Ik vraag aandacht voor het

feit dat de zorgverzekeraars een zorgplicht hebben en in die zin de farmaceutische zorg gewaarborgd kan zijn. Ik wil dat door de NZa strak gemonitord wordt wat de effecten zijn van dit tarief op de kwaliteit van de zorg en met name op de apothekers. Voordat het tarief 2010 aan de orde is, lijkt het mij goed dat wij een beeld hebben van de huidige ontwikkelingen. Het preferentiebeleid is tot nu toe het enige instrument geweest dat werkelijk geld heeft opgeleverd. Uit de reactie van onder meer de Consumentenbond blijkt dat consumenten het preferentiebeleid ook zo begrijpen. Ik zeg dit zo nadrukkelijk omdat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Pharmacie (KNMP) ons wil laten geloven dat dit niet het geval is. Is er dan geen kritiek mogelijk op het preferentiebeleid? Ja, er is kritiek mogelijk. Veel apothekers klagen terecht over de enorme administratieve en logistieke rompslomp die het individuele preferentiebeleid op dit moment met zich meebrengt. Mevrouw Schermers heeft opmerkingen gemaakt over de kwaliteit. Ik onderstreep haar oproep aan de minister om te weten te komen hoe het daar nu werkelijk mee gesteld is.

Het individuele preferentiebeleid heeft een groot aantal nadelen. Wij willen dan ook graag een collectief preferentiebeleid waar ook in het transitieakkoord sprake van is geweest. Er zijn toen rechtszaken aangespannen, ik dacht door de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin) en de KNMP, omdat men dat collectieve preferentiebeleid niet wilde. Daardoor zijn de zorgverzekeraars min of meer noodgedwongen dat individuele preferentiebeleid gaan voeren. Ik roep de minister dringend op om te bevorderen dat het preferentiebeleid collectief gevoerd wordt zodat alle opmerkingen over de administratie en de logistiek in het vervolg niet meer gemaakt hoeven te worden. Het individuele preferentiebeleid heeft aanvankelijk geleid tot verschillen tussen de zorgverzekeraars op het gebied van de opbrengsten die men had als gevolg van het preferentiebeleid. Zorgverzekeraars die daar niet aan meededen, liften als het ware mee met de zorgverzekeraars die daar wel energie in staken. De verzekeraars verenigd in UVIT menen uit te moeten gaan van de gedachte dat de opbrengsten niet alleen aan hen toe zullen vallen, maar ook aan de andere zorgverzekeraars. Wij vinden het couvertmodel niet kunnen en hopen dat het straks echt van tafel is nu het preferentiebeleid breed gevoerd wordt, zeker als er straks hopelijk sprake is van een collectief preferentiebeleid. Het couvertmodel is weinig transparant en in feite kunnen wij UVIT dezelfde verwijten te maken als de apothekers te maken waren in de tijd van de kortingen en de bonussen. Er gaan geruchten over de convenanten. Het zou zo zijn dat op grond van artikel 12 van het transitieakkoord overwogen wordt de apothekers te compenseren voor het feit dat de kostendaling groter was dan in het transitieakkoord was afgesproken. Wij hebben het daar al eerder over gehad. Naar onze mening is er geen transitieakkoord meer, want de Bogin is eruit gestapt. Als er al een transitieakkoord zou zijn, dan bepaalt artikel 12 alleen dat er gesproken wordt en niet dat er teruggegeven wordt. Daarnaast is de grootste kostendaling niet een gevolg van het transitieakkoord, maar van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en preferentiebeleid. Ik wil daar graag een duidelijke reactie op van de minister.

Ik heb de rol van de zorgverzekeraars al eerder aan de orde gesteld. In een vorig overleg heb ik gezegd: noblesse oblige. Ik vind dat de zorgverzekeraars op dit moment tekortschieten. Ik roep de minister op om na te gaan hoe de zorgverzekeraars de kwaliteit van de farmaceutische zorg in overleg met de apothekers gaan belonen naarmate er beter gepresteerd wordt.

Ik heb veel gesprekken met apothekers gehad, met name met jonge apothekers. Ik constateer dat een aantal van die jonge apothekers in de problemen is gebracht door de extreem hoge goodwill die gevraagd is. Die was wel marktconform, maar de marktconformiteit kwam erop neer dat het dubbele betaald werd van wat gebruikelijk was. Ik doe een klem-

mend beroep op de KNMP om te kijken of met de ruimte die in het tarief zit een solidariteitsfonds op kan worden gericht. Nogmaals: de jonge apothekers zijn in de problemen gekomen omdat hun voorgangers hun apotheken zo duur verkocht hebben. Ik zou een fonds zeer toejuichen. Ook nu weer komen wij nauwelijks toe aan de langetermijnvisie. Dat is jammer. Ik vraag de minister om die langetermijnvisie in goed overleg met alle betrokkenen te ontwikkelen. Er zijn de nodige opmerkingen gemaakt, onder andere door de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) waar ik aandacht voor vraag.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Mijnheer Van der Veen heeft het over een collectief preferentiebeleid. Dat klinkt mooi, maar is hij niet bang dat dit verwordt tot een centrale staatsinkoop van medicijnen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zelfs daar ben ik niet zo bang voor. Het gaat erom dat je op een nette manier de inkoop doet van de medicijnen, zodanig dat niet elke apotheker met zes, zeven, acht verschillende zorgverzekeraars te maken heeft en ik weet niet hoeveel voorraden moet aanhouden en in de problemen komt. U hebt zelf al aangegeven dat dit kan leiden tot kwaliteitsverlies. Linksom of rechtsom, hoe het ook gebeurt, als het maar gebeurt. Het heeft mijn voorkeur dat dit in het overleg tussen zorgverzekeraars en apothekers gebeurt, maar als dat niet op die manier kan dan moet het maar op een andere manier.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De NZa heeft onderzoek gedaan naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen van de apotheekhoudenden. De uitkomsten zijn bekend en hebben grote onrust onder apothekers veroorzaakt. Het gaat om meer dan koudwatervrees; de apothekers maken zich zorgen over de toekomst van de farmaceutische zorg. Eerlijk gezegd roept het onderzoek van de NZa vragen op. Berust de berekening van het tarief op de juiste gegevens? Is voldoende rekening gehouden met factoren als uitbreiding van het preferentiebeleid, invoering van een modulair tarief en verhoging van de clawback? De NZa zou ook in 2010 goed moeten monitoren.

Net als in het voorjaar staat de vraag centraal waar wij met onze apotheker naartoe willen. Is hij slechts een dozenschuiver of beschouwen wij de apotheker als een belangrijke zorgverlener in de eerste lijn? Voor de ChristenUnie gaat dat laatste op: een belangrijke zorgverlener. Het streven naar meer doelmatigheid is prima en op zichzelf nodig, maar op dit moment is het opletten dat wij het kind niet met het badwater weggoien. De toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg moet gegarandeerd zijn; de beschikbaarheid in niet-stedelijke gebieden komt erg onder druk te staan. Het gaat er ons niet slechts om dat de apothekers erin slagen hun praktijk overeind te houden, maar vooral dat zij daarbinnen in staat worden gesteld om op een goede manier invulling te geven aan hun rol als zorgverlener. Ik vraag vandaag in het bijzonder aandacht voor de negatieve gevolgen van de uitbreiding van het preferentiebeleid. Daarbij gaat het ons niet alleen om de financiële gevolgen voor de apothekers, maar vooral om de consequenties voor bijvoorbeeld medicatieveiligheid en therapietrouw. Zorgverzekeraars mogen niet op de stoel van de apotheker gaan zitten. Hebben zorgverleners wel de ruimte om af te wijken van het preferente middel als het gaat om medicijnen met grote risico's bij verkeerd gebruik?

Ik leg een citaat voor uit de brief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF): «Ook voor apothekers lijkt een meer onwerkbaar situatie te ontstaan, vooral als het gaat om een goede vulling van het schap, als de patiënten tijdig worden geholpen en zodat er ruimte om buiten de preferente en goedkope medicijnen een ander geneesmiddel aan te reiken als dit vanuit medische noodzaak beter is. De aanpak die sommige zorgverzekeraars volgen is eenzijdig, vanuit aanbesteding en



kostenbeheersing ingestoken en is in zijn uitwerking patiëntonvriendelijk. De aansluiting met kwaliteit is onvoldoende zichtbaar.» Ik denk dat hier heel goed wordt samengevat wat het probleem is. Daarom is het de vraag wat nodig is. Volgens de ChristenUnie moet er een sobere set van spelregels worden opgesteld voor zorgverzekeraars en apothekers.

Als het gaat om de langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening delen wij de principes en doelstellingen die de minister verwoordt in de brief. Ik citeer: «De overheid ziet toe op de randvoorwaarden en het toezicht, niet op de invulling van de rol die individuele partijen op zich nemen.» Dat kan zo zijn, maar dan moeten die randvoorwaarden wel duidelijk zijn. Dat is op dit moment niet het geval. Duidelijk moet zijn wat partijen van elkaar kunnen verwachten. Kwaliteit moet het sturingselement zijn, maar dat zullen wij wel voldoende moeten borgen, want voor wij het weten stuurt het geld.

Bij de invoering van de functionele bekostiging is het ook van belang dat de randvoorwaarden op orde zijn. Versnippering van taken, concreet de ontkoppeling tussen zorg en distributie, is niet in het belang van de patiënt. Dat moeten wij niet willen. Tot slot: het lijkt de ChristenUnie van groot belang dat het vertrouwen in het transitieakkoord wordt teruggewonnen. De minister moet de regie nemen om partijen weer om de tafel te laten plaatsnemen. Het gaat om de toekomst van de zorg. Ik geef de minister mee om daarbij in het bijzonder te letten op de positie van de jonge apothekers die in een wel heel bijzondere positie terecht zijn gekomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik ga eerst in op de reclame voor de geneesmiddelenindustrie. Wij zijn ermeê ingenomen dat de minister helder aangeeft dat de farmaceutische industrie wel onjuistheden publiek mag corrigeren. Dat mag niet in de vorm van aanprijzing van middelen – dat lijkt ons vanzelfsprekend – maar de minister heeft in zijn brief aangegeven dat dergelijke informatieverstrekking ook via publieke kanalen mag worden gedaan, dus ook bij wijze van spreken voor het achtuurjournaal. Dat is winst, want wij moeten ervoor zorgen dat de patiënt over de juiste informatie beschikt en niet door wilde websites op het verkeerde been wordt gezet.

De Consumentenbond heeft onlangs een onderzoek gedaan naar geneesmiddelen die te bestellen zijn via het internet. De uitkomsten daarvan zijn schokkend. De helft van de geneesmiddelen had geen bijsluiter, er was één middel met een bijsluiter in het Nederlands, zware medicijnen werden zonder recept verstrekt, doseringen van de werkzame stof weken zwaar af, sommige zaken werden niet geleverd en één keer werd een creditcard geplunderd. Het is een zootje om het maar even plat te zeggen. Wat gaan wij daaraan doen? Hoe gaan wij zorgen dat de patiënt daar niet de dupe van wordt?

Er zijn mensen die dit dossier al tien jaar doen, die moeten wel grijze haren krijgen; ik doe het anderhalf jaar en ik word er ook al redelijk moe van. Het is een eindeloze situatie. Nu heeft de NZa een tarief vastgesteld en wordt door de apothekers gezegd dat zij tekortkomen: de prijzen zijn nog meer gedaald en sommige preferente zaken zijn nog niet meegenomen. De zorgverzekeraars zeggen dat het tarief niet op de goede gegevens is gebaseerd, er zijn bepaalde kosten onterecht meegenomen zoals distributiekosten, sommige kosten zoals spillagekosten zijn te hoog ingeschat en de kortingen zijn te laag ingeschat. Daar zit je dan weer. Ik ga er maar vanuit dat wij de NZa aanhouden. Dit gaat tot niks leiden. De VVD is voorstander van het preferentiebeleid omdat dit het breekijzer is geweest dat wij nodig hadden om door die bonusbrij heen te komen. Maar het is niet de definitieve oplossing en ik schets straks wat volgens mij wel de oplossing is. We zien nu ook de nadelen: de bureaucratie die uit het preferentiebeleid voortkomt. Ik was bij een apotheker die de halve dag doosjes stond te wisselen, want hij had het ene medicijn wel maar dat zat niet in

het goede doosje, dat moest weer in een ander doosje, dat moest hij weer administratief gaan verantwoorden en als dat een mis ging, kreeg hij weer brieven. Ik kan mij voorstellen dat de frustratie vrij hoog is. Er ligt een motie-Zijlstra over het preferentiebeleid. De minister is op weg naar Brussel heb ik uit de beantwoording begrepen. Ik wil die motie doorzetten omdat de VVD wil weten welke mogelijkheden wij rond het preferentiebeleid hebben. Ik zeg eerlijk dat mijn motie wel een tikje achterhaald is omdat inmiddels alle zorgverzekeraars min of meer aan preferentiebeleid doen. Het doel van de motie was dat de voordelen toevielen aan de zorgverzekeraars en dat is een beetje weggefallen. In die zin is het een theoretische exercitie geworden, maar ik wil het graag tot een einde brengen. De ziektekosten, in dit geval de geneesmiddelenkosten, moeten transparant zijn. Ik heb mooie voorbeelden van hoe het nu met het preferentiebeleid gaat. Hier heb ik twee doosjes met de maagzuurremmer Pantoprazol. Het ene doosje kost € 94,99 en het andere € 14,26. De minister mag raden welke het preferente middel is.

(applaus van de publieke tribune)

De **voorzitter**: Ik verzoek de mensen op de publieke tribune geen uiting te geven van goed- dan wel afkeuring van wat hier gezegd wordt.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Van mij mogen ze.

De **voorzitter**: Wij handhaven de spelregels zoals wij dat hier altijd doen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat is het middel van € 94,99. Dit punt van transparantie gaat niet goed. Dat is niet uit te leggen aan een patiënt die een eigen risico heeft waarmee hij wordt geconfronteerd. Wij hebben dan het ene systeem van bonussen en non-transparantie vervangen door het andere onduidelijke systeem. De VVD wil dat niet. Wij moeten naar een systeem dat recht doet aan de taak van apothekers en zorgverzekeraars om op goede wijze zorg in te kopen. Waarom gaan wij niet naar het volgende toe? Laat apothekers – daarmee is de NZa al bezig – precies beschrijven welke taken zij allemaal uitvoeren op heel gedetailleerd niveau. Ik heb het over: medicatiebewaking, medicatiebegeleiding, het bevorderen van de therapietrouw en de review. Al die zaken moeten benoemd worden, die moet de NZa beprijken en dan hebben wij vervolgens hier in het parlement de discussie over de vraag wat wij tot het basispakket vinden horen. Wij hebben het dan over de inhoud: welke zaken moet iedere patiënt krijgen? Dan houden we nog een set zaken over en dat is voor de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de apotheker. Daarmee creëer je een situatie die recht doet aan beide taken. Die is naar onze mening nodig om ooit uit te kunnen komen op vrije prijsvorming. Je kunt pas naar vrije prijsvorming op het moment dat er een markt is en die is er nu onvoldoende. Niet alleen door de apothekers, maar ook door fysiotherapeuten en andere beroepsgroepen wordt terecht geklaagd over de wijze waarop contracten tot stand komen. De minister zegt in zijn brief heel optimistisch dat hij blij is dat zij aan tafel zitten, maar ik zie vooral toch heel veel opstand in het land. Zolang die partijen niet tot overeenstemming komen over een systeem dat beiden kunnen accepteren en zo nadere stappen kunnen zetten, dan komen wij daar niet op uit. Ik heb sympathie voor de situatie van de jonge apothekers, maar ik ben ook oud-ondernemer en bij ondernemen hoort risico nemen. In 2003 heeft toenmalige minister De Geus een prijsmaatregel ingesteld. Daarbij had men toch naar de situatie in de markt moeten kijken. Die hoge onverantwoorde goodwill's zijn een ondernemersrisico. Ik deel wel de mening van de PvdA dat er ook een verantwoordelijkheid ligt voor de beroepsgroep. Ik wil in die richting zeggen: de VVD is bereid de hand uit te steken naar een ander systeem van beprijzing, maar de beroepsgroep moet de verant-

woordelijkheid nemen voor de collega's die de dupe zijn geworden van de wijze waarop het jarenlang is gegaan bij de bonussen van de apothekers.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De heer Zijlstra doet een alternatief voorstel voor het preferentiebeleid in de toekomst en zegt dat daarvoor in de plaats moet komen een heldere gedetailleerde beschrijving van wat apothekers doen. Ik snap dat dit een alternatief kan zijn om die bonussen af te romen of in de toekomst te voorkomen. Maar het preferentiebeleid heeft nog een ander belangrijk doel en dat was de overmatige winsten bij de farmaceutische industrie weghalen. Daar hoor ik de heer Zijlstra niet over. Wat zijn op dit punt zijn plannen voor de toekomst?

De heer **Zijlstra** (VVD): Het één sluit het ander niet uit. De zorgverzekeraars blijven op gebied van de inkoop een taak houden, alleen moet dit op transparante wijze gebeuren. De zorgverzekeraars moeten nog steeds zeer scherp gaan inkopen. Dat geld gaat niet terug naar de apothekers, want uit die situatie komen wij. Er moet scherp ingekocht worden, maar op een transparante wijze. Dan heb je het voordeel van de enorm gedaalde medicatieprijzen, maar ook het voordeel dat apothekers voor het werk dat zij doen en de diensten die zij verlenen een rechtvaardig tarief krijgen. Beide systemen in één systeem verpakt, lijkt mij de oplossing voor de toekomst.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Laat ik het helder zeggen: ik ben absoluut niet tegen concurrentie in de zorg. De kosten rijzen de pan uit en wij moeten die zorg betaalbaar houden. Het is essentieel dat wij de kwaliteit in de toekomst waarborgen en als wij nu niet naar de kosten kijken, zal dat een probleem worden. Daar moeten wij niet naïef over zijn. Tegelijkertijd moet er dan wel een markt zijn. Als ik de commotie zie – ik wijs niet naar de verzekeraars, de apothekers of een andere zorgverlener – moet de markt zo door de minister geregisseerd worden dat hij werkt. Zo ziet het er nu niet uit.

De apothekers kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Ik wil hen dan ook belonen voor de hulp die zij patiënten bieden. Niet met inkoopbonussen, daar ben ik het eens met mijn collega's, maar anderszins. De NPCF heeft daar bijvoorbeeld een idee over, misschien is dat iets om naar te kijken. Gaat de minister dat meenemen? Volgens de apothekers zelf leidt 20% van de apotheken verlies; er dreigen zelfs apotheken om te vallen. Zorgverzekeraars trekken de cijfers in twijfel. Kan de minister aangeven hoeveel apotheken er failliet zijn gegaan sinds de invoering van zijn beleid? Hoe komt het dat deze apotheken dreigen om te vallen? Licht dit aan het preferentiebeleid of aan de betaalde goodwill? Als ik dan zie dat een merkloos medicijn nog duurder is, dan ga ik eraan twijfelen hoe geweldig het preferentiebeleid loopt. Als het aan de goodwill ligt, wat is dan het oordeel van de minister over het niet meetellen daarvan in de berekening van de NZa? Moet dat dan niet meegenomen worden? Ziet de minister een patroon in welke apotheken in de problemen zitten? Speelt de onderhandelingsmacht van grote en kleine apotheken hierbij een rol? In iedere sector ontstaan constant nieuwe bedrijven terwijl andere verdwijnen. Sinds 2002 zijn er in Nederland 400 apothekers bijgekomen, waarvan 28 in 2008. D66 juicht die dynamiek toe. Ook in de zorg moeten monopolies verdwijnen. De minister heeft echter wel de verantwoordelijkheid om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te garanderen. Als hij dat niet doet, is er geen eerlijk speelveld. Ik pas ervoor om het kind met het badwater weg te gooien, maar om andere redenen dan de SP die uitdrukking gebruikt. De minister geeft munitie aan bepaalde partijen die daarmee aan de haal gaan. Dat moet hij niet willen doen.

In het transitieakkoord zijn een aantal afspraken gemaakt. Daarin staat dat verzekeraars en zorgaanbieders het met elkaar moeten uitzoeken onder de conditie dat er een eerlijk speelveld is en er geen marktimperfections zijn.

Anders moet de overheid de vinger aan de pols houden. Ik citeer het transitieakkoord: «Daarvoor zijn binnen publieke waarborgen meer vrijheden en een gelijk speelveld voor marktpartijen vereist, ingrijpen voor zover dat nodig is om eventuele marktimperfecties en marktfalen te corrigeren. Waar mogelijk wordt de centrale regelgeving dan ook afgeschaft volgens het motto: deregulering waar het kan, regulering waar het moet.» Een ander citaat is: «Alle schakels in de kolom worden gestimuleerd om maximale toegevoegde waarde te leveren voor de patiënt. Voor het bereiken van die meer normale marktsituatie en het afbouwen van de regulering achten de partijen een stappenplan noodzakelijk.» Waar is dat stappenplan? Vindt de minister dat er geen marktimperfecties meer zijn? Hij heeft kennelijk op het congres van de KNMP gezegd dat hij niet wil ingrijpen. Het lijkt mij een bizarre situatie als dat de afspraak is. Ingrijpen is in mijn visie het zorgen voor een eerlijk speelveld. Daar is kennelijk geen sprake van, alle collega's hebben daarover opmerkingen gemaakt. Het is dan toch deze minister die daar de hoofdleder zou moeten zijn? Dat mis ik en dat is buitengewoon jammer.

Over de cijfers die de NZa heeft gepresenteerd bestaat onenigheid. D66 is van mening dat de overheid open en transparant moet zijn voor alle betrokkenen, patiënten, apotheken en zorgverzekeraars. Waarom heeft het NZa-rapport zo lang op zich laten wachten? Ziet de minister hierdoor gevolgen voor de onderhandelingspositie van apothekers? Hoe beoordeelt hij de betrouwbaarheid van de cijfers van de NZa? Zowel apothekers als zorgverzekeraars hebben daar kritiek op. Wat vindt de minister van de kritiek van bepaalde zorgverzekeraars op de cijfers van KNMP-dochter Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)?

Wij zijn voorstander van het preferentiebeleid. De solidariteit van zorg staat onder druk en de minister staat voor de enorme opgave om 11 mld. aan bezuinigingen te vinden. Zorggeld hoort dan niet weg te vloeien via bonussen, maar geïnvesteerd te worden in goede medicijnen. Hoe ziet de minister de verdere ontwikkeling van het preferentiebeleid voor zich? De heer Zijlstra heeft opmerkingen gemaakt over de verkoop van geneesmiddelen via internet. Ik sluit mij daar korthedshalve bij aan. De crux van dit verhaal is toch dat de minister de regie moet houden om het eerlijke speelveld voor elkaar te krijgen. Als hij dat niet doet en geen stappenplan weet te presenteren, dan zijn wij over een paar weken weer hier, en daar zitten de patiënten zeker niet op te wachten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Voor de minister betekent doelmatigheid dat het ministerie, de zorgautoriteit en de verzekeraars bepalen wat de patiënt moet slikken. Niet de kwaliteit van de zorg is daarbij het uitgangspunt, maar de betaalbaarheid. Nu het rapport van de NZa er is, waaruit blijkt dat de inkomsten van de apothekers inderdaad fors zijn gedaald, wordt toch de conclusie getrokken dat het huidige tarief niet hoeft te worden aangepast. De minister neemt deze conclusie over, maar gaat daarmee voorbij aan het feit dat de financiële situatie van de apothekers van invloed is op de zorg die zij aan hun patiënten kunnen leveren. Aangezien het tarief niet kostendekkend is, zullen apothekers bezuinigingsmaatregelen gaan nemen en personeel moeten ontslaan. Wat vindt de minister daarvan? Wat is het effect daarvan op de kwaliteit van de zorg? Vindt hij dat acceptabel?

De gevolgen voor de patiënt zijn: minder tijd voor uitleg en instructies van de medicijnen, minder tijd voor medicijncontrole en -bewaking, geen bezorging meer, wellicht geen speciale leveringen, langere wachttijden, minder apothekers in niet-stedelijke gebieden et cetera, met als mogelijk resultaat een toenemend aantal ziekenhuisopnamen wegens verkeerd medicijngebruik. Dit staat haaks op het streven van de minister naar meer kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. Hoe gaat de minister al deze gevolgen voor de patiënt aanpakken? De oorzaak dat apothekers in financiële moeilijkheden zijn geraakt, ligt vooral in het preferentiebeleid. Wij

zijn tot nu toe altijd voor dat beleid geweest. Nu blijkt echter dat de uiteindelijke uitwerking van nieuw beleid niet dat is wat wij van tevoren hadden beoogd. Er zijn wel degelijk heel veel nadelen: de bijwerkingen door het nemen van verschillende medicijnen, een pil maandelijks in een andere verpakking doen waardoor oudere patiënten in de war raken en zich vergissen bij het innemen en de slechte kwaliteit van de verpakking: de pillen verpulveren als je ze uit de doordrukstrip haalt of er zitten splinters in de suspensie. Wij zijn niet doof voor signalen uit het veld, en aangezien de beoogde prijsdalingen zijn bereikt, zien wij geen noodzaak om het preferentiebeleid in 2010 verder uit te breiden zoals de minister voor ogen heeft. Wij zien liever een gematigd preferentiebeleid met meer aandacht voor de nadelen die patiënten ervan ondervinden. Kan de minister ingaan op het feit dat de kosten in Nederland behoren tot de laagste van Europa? 3,7% van de kosten in de gezondheidszorg wordt uitgegeven aan geneesmiddelen. Nu Nederland de hekkensluiter is, is dit kostenniveau dan nog wel verantwoord?

De minister verwachtte van zorgverzekeraars dat zij in het kader van hun zorgplicht verantwoorde zorg inkopen. Vindt de minister één luierbroekje per drie dagen voor een incontinentie patiënt verantwoorde zorg? Dat is wat zorgverzekeraar Agis de apotheker wil vergoeden. Het is toch niet vreemd dat er dan apothekers zijn die dergelijke contracten niet willen tekenen? Zorgverzekeraar Achmea legt de apothekers eenzijdig contracten op waarbij hij de risico's eenzijdig bij de apotheker neerlegt ofwel het preferentiebeleid verder uitbreidt. Ook hier hebben sommige apothekers aangekondigd niet te willen tekenen. Als er geen contracten tot stand komen wat zijn dan de consequenties voor de patiënten? Moeten zij vanaf 2010 contant betalen? Achmea en Agis zijn samen goed voor zo'n vijf miljoen verzekerden. Kan de minister dit ophelderen?

Kan de minister uitleggen waarom de gemeentezorgpolis van zorgverzekeraar IZA die alleen voor ambtenaren geldt, geen preferentiebeleid hanteert? De PVV vindt het onterecht dat ambtenaren blijkbaar niet de nadelen van het preferentiebeleid ondervinden en gewone burgers wel.

De heer **Zijlstra** (VVD): Hoe denkt mevrouw Agema in de toekomst uit deze misère te komen? Zij heeft er ongetwijfeld ideeën over hoe wij dit gaan oplossen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij staan niet geheel negatief tegenover de toekomst zoals die geschetst wordt. Wij hebben er wel kritische vragen over. Aan het preferentiebeleid kleven toch behoorlijk wat nadelen. Voor de nabije toekomst is ons standpunt dat het preferentiebeleid niet verder uitgebreid moet worden. Wij willen geen totaal ander systeem, maar nu gaat het niet de goede kant op. De vinger moet aan de pols gehouden worden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Preferentiebeleid is natuurlijk geen systeem maar een breekijzer. U kunt het wel niet willen uitbreiden, maar hoe gaan wij dan in de toekomst zorgen dat de apothekerszorg op een goede manier wordt weergegeven? Wat wilt u over vijf jaar met de tarifiering van de apothekerszorg zodat wij deze problemen uit de wereld kunnen helpen?

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik wil duidelijkheid over een tarief dat kostendekkend is. Niemand hoeft onder het kostenniveau te gaan zitten. In de eerste plaats moet er dus een kostendekkend tarief komen. Op de langere termijn moeten wij niet te ver doorschieten en zorgen dat de zorg niet door de bodem heengaat. Wij moeten de vinger aan de pols houden en daar heb ik nu onvoldoende vertrouwen in.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. De GroenLinks-fractie maakt zich zorgen over de situatie in de farmaceutische sector. Wij weten allemaal

dat apothekers niet vooroplopen als het om actievoeren gaat. Kijk hoe vol het Plein vanochtend stond en hoe vol de zaal zit. Dat zegt genoeg: de situatie in de sector is heel ernstig. Ons baart zorgen dat het vooral de jonge innovatievere apothekers, en vooral ook die apothekers die veel geïnvesteerd hebben in de kwaliteit van de zorg en voldoende apothekers-assistenten, zijn die de dupe dreigen te worden. Er dreigt een kaalslag in de sector die wij willen voorkomen. De hoofdvraag vandaag is: welke rol speelt dat tarief daar nu in? In hoeverre is het tarief kostendekkend en in hoeverre heeft het deze problemen in de sector veroorzaakt?

De goodwill speelt een belangrijke rol. De goodwill die recentelijk, vaak door jonge apothekers, is betaald, is veel te hoog en wordt niet meer terugverdiend nu we de bonussen en beloningen zo afgeroomd hebben. Het is wat mij betreft vooral een oproep aan de sector zelf om dit onderling te regelen. In de sector zitten aan de ene kant apothekers, vaak van de oudere generatie, die enorm geprofiteerd hebben, die veel bovenmatige winsten hebben opgestreken en aan de andere kant een jongere generatie apothekers die er nu heel erg bekaaid van afkomt. Ga met elkaar om tafel en regel dit. Ik vraag de minister tegelijkertijd om hier regie te tonen en ervoor te zorgen dat de sector dit met elkaar oplost. De minister moet hier vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg voor zorgen.

GroenLinks was voorstander van het preferentiebeleid. Het was een breekijzer om overmatige winsten en bonussen af te romen bij de apotheker, maar vooral bij de farmaceutische industrie. Nu zien wij dat het preferentiebeleid te zeer ten koste gaat van keuzevrijheid van patiënten, maar ook – daar maak ik mij nog meer zorgen om – de nieuwe melkkoe voor verzekeraars dreigt te worden. Ik ben helemaal niet gecharmeerd van de nieuwe vorm die het preferentiebeleid nu aanneemt: het couvertbeleid. Heel onduidelijk is daarbij of de verzekeraar dat voordeel wel gaat doorgeven aan zijn verzekerden. Voor ons moet het stabiel en transparant zijn en wij vinden het zoals het nu gaat niet goed.

Het doel van mijn motie over de leverplicht was om ervoor te zorgen dat klanten altijd recht hebben op de verzekerde zorg en niet de dupe worden van het preferentiebeleid. Ook hier duurt het ons te lang voor er helderheid komt. De verhoudingen in de sector en tussen apothekers en verzekeraars zijn nu ernstig verziekt. Men komt niet tot een oplossing. Ook hier vraag ik de minister de regie te nemen, zowel voor het doortrekken van het preferentiebeleid naar de toekomst, als voor het oplossen van dit soort problemen waar de patiënten de dupe van worden. Zorg dat de partijen aan tafel komen te zitten en los dit met elkaar op.

De brief die wij van de minister kregen over de langetermijnvisie van de farmaceutische zorg stelde mij ernstig teleur. Wij kunnen het allemaal eens zijn met het doel dat de minister nastreeft: betere kwaliteit van de farmaceutische zorg. Natuurlijk. Het middel dat de minister ook in de toekomst wil inzetten, is veel te eenzijdig gericht op financiële prikkels en legt de rol te eenzijdig bij de verzekeraars. Wij zien nu al dat de verzekeraars vooral op de prijs gaan zitten en niet op de kwaliteit, die daarmee in de toekomst het slachtoffer dreigt te worden. Wij vinden het nodig dat er echt een duidelijke politieke visie van de minister komt op de rol van de apothekers in de toekomst. Hij zegt in zijn notitie dat hij die niet wil geven en wil laten overlaten aan de prikkelwerking en de beroepsgroepen. Dat is een doodlopende weg. De kern van de vraag is juist: wat is aan de apotheker om te doen en wat is aan de huisarts en de specialist? Wij hebben met elkaar besloten dat wij een dure farmaceutische opleiding financieren die zes jaar duurt. Mensen doen daar specifieke kennis in op en worden daarom apotheker, maar vervolgens regelen wij niet wat die apothekers daarmee kunnen doen. De kernvraag op de lange termijn is – die ligt gevoelig, dat weet ik – waar nu het primaat voor het voorschrijven in dit land ligt. Moet dat primaat bij de specialisten en de huisartsen

blijven liggen of is dit in de toekomst aan de apotheker? Is de minister bereid daarin stappen te zetten?

In die langetermijnvisie mis ik ook een heldere aanpak van de farmaceutische industrie. Wij kunnen daar niet alleen vertrouwen op de inkoopmacht van de verzekeraars, dat is niet voldoende. In de stukken staat een richtlijn van de Europese Commissie waarin lidstaten worden opgeroepen om de goedkeuringsprocedures voor generieke middelen te versnellen. Dat is belangrijk, want middelen blijven nu vaak te lang onder patent en zijn daardoor onnodig duur. De minister geeft hierop de reactie dat wij nu al op het EU-gemiddelde zitten en vervolgens lees ik niets over wat wij gaan doen. Het gemiddelde is voor de GroenLinks-fractie niet genoeg. Wij willen dat de minister hier ambitieuzer is. Ik heb in de twee voorgaande debatten over het geneesmiddelenbeleid de minister uitgedaagd om met een visie te komen op hoe generieke middelen sneller uit patent en octrooi kunnen worden gehaald en hoe het sneller goedkeuren van die middelen verdere besparingen kunnen genereren. Het mooie daarvan is dat dit versnellen op geen enkele manier ten koste gaat van de patiënt. Tot slot hoor ik van de minister graag een reactie op de hernieuwde oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om 10% van het griepvaccin ter beschikking te stellen aan de arme landen. Wij weten nu dat wij die 10% niet nodig hebben voor Nederland. Ik hoor graag van de minister dat hij bereid is dat te doen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Er is veel gebeurd op het terrein van het geneesmiddelenbeleid, er gebeurt veel en er moet nog veel gebeuren. Doelmatig voorschrijven, preferentiebeleid, tarieven voor apotheekhoudenden zorgen voor een grote verschuiving in de farmaceutische zorgsector. Dat vereist inspanningen en aanpassingen van alle betrokkenen: zorgverzekeraars, zorgverleners en producenten. Zorgvuldigheid is geboden, niet in de laatste plaats om het beoogde doel te bereiken: de beste zorg voor de patiënt voor een betaalbare prijs. Ik wil onderstrepen dat de kwaliteit van de apotheken niet onder druk kan komen te staan. Het gaat om het voorzieningenniveau, de kwaliteit van de zorg en de dienstbaarheid aan de samenleving en dat moet ons allen heel veel waard zijn.

De NZa vindt het niet noodzakelijk om het tarief voor 2009 alsnog aan te passen. De apothekers zijn het daar niet mee eens: de situatie wordt steeds nijpender. Wij kennen allemaal de voorbeelden en de verhalen. Wat is er nu echt aan de hand? Waar komen die verschillen tussen het onderzoek van ConQuaestor en de NZa vandaan? Dat moet toch verklaard kunnen worden? Kan de minister daar een begin mee maken? Waarom heeft de NZa de receptregelvergoeding niet in lijn gebracht met de uitkomsten van het ConQuaestoronderzoek? Waarom heeft de NZa haar eigen kostendekkende tarief niet een-op-een vertaald? Is de verhoging van de clawback nu wel of niet meegenomen? Als die verschillen zo groot blijven, € 7,28 respectievelijk € 8,75 of € 8,14 – er zijn diverse bedragen aan de orde, het is maar waar je het over hebt – zit het er altijd wel een stuk onder en dat moet toch verklaard kunnen worden. Wil de minister daar zijn licht over laten schijnen? Anders komen wij hier niet doorheen. Het preferentiebeleid heeft zijn vruchten afgeworpen, maar als het verder wordt uitgerold en voortgezet vraag je je af waar de vloer zit waar je niet doorheen mag zakken omdat dat tot kwaliteitsverlies leidt. Dat mag niet gebeuren. Ook hier graag een visie om dat in een bepaald perspectief te plaatsen. De constatering is dat het preferentiebeleid ook schaduwkanten kent: een toename van administratieve lasten, voorraadbeheer, verwerken van retourinformatie, declaraties vanwege prijsverschillen et cetera. Welke mogelijkheden ziet de minister? Gaat hij het verminderen van administratieve lasten bevorderen? Er zijn ook verschillende vormen van preferentiebeleid zoals het pakjesbeleid van Achmea en Agis waarbij de risicodragendheid wordt verlegd van de verzekeraar naar de apotheker, en het

couvertsysteem. In dat laatste ziet de minister nog wel wat, naar ik begrijp, maar hier wordt toch de vrees gevoed dat de systematiek steeds ondoorzichtiger wordt. Dit kent in ieder geval het vereiste van duidelijke communicatie naar de verzekerde en de apotheker.

Ik heb de brief van de minister van 1 oktober jl. over de langetermijnvisie met belangstelling gelezen. De marktomstandigheden om toe te werken naar het vrijgeven van de tarieven per 1 januari 2011 zijn ongunstig. Als het al gebeurt, moet het op een verantwoorde manier gebeuren en het ziet er nog niet echt vertrouwenwekkend uit. Ik weet wel dat als er data in het verschiet liggen, je niet al te vlot met de armen over elkaar moet gaan zitten, want dan komt er helemaal niets van terecht. De minister moet de datum niet meteen opgeven, maar hij moet wel het perspectief bieden dat dit met de grootste zorgvuldigheid, zonder kwaliteitsverlies, gebeurt. Aan de NZa heeft hij gevraagd om voor de vormgeving van de tarieven per 1 januari 2010 een voorstel te doen om initiatieven in de praktijk te faciliteren. Volgens hem kan daarbij gedacht worden aan het wegnemen van belemmeringen om af te wijken van de bestaande tarief-systematiek. Die ideeën zijn mijn fractie nog niet helemaal duidelijk. Hoe ziet de minister die vormgeving concreet voor zich en wat zijn daarbij de randvoorwaarden? Is er wel sprake van een goede en evenwichtige onderhandelingspositie van de onderhandelingspartners?

De minister erkent op pagina 5 van zijn brief dat er problemen zijn met de symptoomreclame. Er is een overaccentuering van biologische oorzaken en een onderbelichting van psychologische. Wil hij daar een beleidsreactie op geven? Tot slot: ik was erg gecharmeerd van de interventie van collega Zijlstra over de medicijnverstrekking via internet. Ik had daar ook een blokje over, maar hij heeft het zo indringend verwoord dat ik mij daar graag bij aansluit, als hij zich dat laat welgevallen.

**Minister Klink:** Voorzitter. Vlak voor de zomer zaten wij hier ook en spraken wij over de farmacie. Het is goed dat wij dat vandaag weer doen. Ik heb een brief gestuurd met daarin de langetermijnvisie die belangrijk is om de aanloop te nemen naar de transitie in 2011 en aan te geven in welke richting wij willen koersen. Ik ga daar straks dieper op in. Tegelijkertijd biedt het een basis om te spreken over de ervaringen met het preferentiebeleid.

De transitie die wij beogen in 2011 werpt zijn schaduw al vooruit en wordt nu al meegenomen in de discussie over het preferentiebeleid. Dat is volstrekt helder en gerechtvaardigd. Het geeft ook aan dat er langs twee fronten dynamiek en onrust in de sector is ontstaan. Dat heeft te maken met het preferentiebeleid en het wegvallen van de kortingen en bonussen en de inkomstenbronnen die daarmee gemoeid waren. Het gevolg daarvan is een discussie over de hoogte van de receptregelvergoeding. Daarachter ligt natuurlijk ook de vraag in hoeverre je garanties kunt bieden voor een goede, toereikende farmaceutische zorg als de receptregelvergoeding verdwijnt en zich een andere verhouding aftekent tussen apothekers en zorgverzekeraars? Die vraag kwam eigenlijk bij alle commissieleden naar voren. Ik kan op voorhand zeggen dat ik het met de leden eens ben dat er een aantal spelregels moet zijn – ik kom daar straks op terug – en dat het stelsel moet garanderen dat de kwaliteit en de beschikbaarheid van de farmaceutische zorg toereikend zijn. Ik zeg straks hoe wij gaandeweg en in samenspel met de NZa en anderen daar invulling aan geven, maar het is volstrekt helder dat die garanties op dat vlak dienen te liggen. Ook over de hoogte van de receptregelvergoeding kom ik nog te spreken.

De heer Zijlstra noemde het woord «breekijzer» en dat woord kwam ook terug in het betoog van de heer Van der Veen. Het preferentiebeleid was inderdaad een breekijzer om de kortingen en bonussen en alles wat daarachter schuilging te doorbreken en naar betere prijsverhoudingen in de farmaceutische sfeer te komen. Het werken met de receptregelvergoeding



in het verleden heeft gaandeweg de openingen gecreëerd voor kortingen en bonussen. Die zaken creëerden in onderlinge samenhang een bepaald inkomen en een markt voor de apothekers voor het farmaceutische aanbod. Laten wij eerlijk zijn: die twee in combinatie met de inzichtelijke receptregelvergoeding en de niet-inzichtelijke kortingen en bonussen creëerden ook een groeimarkt. Binnen die groeimarkt zijn veel nieuwe toetreders gekomen: vanaf 2002 zijn er zo'n 300 nieuwe apothekers bijgekomen. Dat aanbod was toen afgestemd op de vraag en dat kwam door de gunstige omstandigheden van de kortingen en bonussen en de receptregelvergoeding, want die leverden toch een fiks inkomen op. Ik realiseer mij dat daar ook kosten als de goodwill aan verbonden waren. Desalniettemin hebben wij op dit moment een ruime beschikbaarheid van zorg van apothekers. Daar kunnen wij ons gelukkig mee prijzen. Op het moment dat – vandaar natuurlijk de onrust – de kortingen en bonussen wegvallen en de NZa de berekeningen voor de normatieve praktijkapotheek als leidraad neemt voor de receptregelvergoeding, krijg je natuurlijk dat die overmaat wordt teruggebracht tot de standaardapotheek en de daaruit voortvloeiende kosten en de receptregelvergoeding. De ballast van het verleden komt dan naar boven, zoals de goodwill die betaald is voor een apotheek. Ik begrijp de emotie zeer wel. Maar laten wij wel zijn: ik heb gisteren bij de KNMP gemeld dat wij toe moeten naar een systeem waarbij de onderhandelingstaal niet meer die is van volume en receptregelvergoedingen – elk recept en elk medicijndoosje die verstrekt worden, leveren een bedrag op – maar van kwaliteit. Dat is naar mijn stellige overtuiging de grote transitie waar wij voor staan, hier maar ook op andere fronten als de ziekenhuis- en de huisartsenzorg. Kwaliteit moet maatgevend worden en niet de volumina, de prijzen en de kosten et cetera, in de wetenschap en het vertrouwen dat het verbeteren van die kwaliteit de doelmatigheid dient.

Dit betekent dat wij in 2011 – de NZa is daar al mee begonnen en heeft de nodige verkenningen gedaan – de prestatiebeschrijvingen gaan iken op de kwaliteit. Die kwaliteit wordt de taal op basis waarvan wij onderhandelen. De NZa is bezig om good practices te ontwikkelen voor die handelingen. Wat mij betreft gaan die deel uitmaken van wat basiszorg is – zeg ik tegen mevrouw Sap – en zullen die gecontracteerd dienen te worden door verzekeraars. In de sfeer van de farmaceutische zorg is dat: medicatieveiligheid, therapietrouw, het synchroniseren van herhaalrecepten, bewaking van medicijnen met name bij mensen met comorbiditeit of multimorbiditeit. Dit dienen de aangrijpingspunten te worden voor de contractering tussen zorgverzekeraars en apothekers. Ik benadruk dit omdat dit niet alleen hier speelt, maar ook bij de huisartsen en de ziekenhuizen. Ook daar betalen wij per volumen, vaak ook nog versnipperd en wij moeten de slag maken naar samenhang; vandaar die ketenzorg waar de farmaceutische zorg deel vanuit moet maken. Wij moeten naar samenhang aan de ene kant en kwaliteit aan de andere kant. Dat vergt de omslag aan onze kant dat de bekostiging niet meer plaats vindt via een receptregel en aan de kant van de farmaceutische zorg dat de onderhandelingen en de prestaties langs de assen van die kwaliteit geleverd moeten worden. Het vergt ook een omslag bij de verzekeraars. Wij moeten uit de sfeer waarbij verzekeraars en zorgverleners antagonistisch tegenover elkaar staan, want ze zijn in feite elkaars bondgenoten als de kwaliteit leidend gaat worden. De verzekeraar heeft er belang bij dat hij zijn verzekerden kan laten zien wat hij biedt en dat zijn polis garant staat voor een optimale kwaliteit. Dit is nog afgezien van het feit dat medicatiebewaking en therapietrouw uiteindelijk leiden tot minder complicaties en uiteindelijk tot minder kosten in de zorg. Dat is wel een behoorlijke omslag die – daarom benadruk ik dat hier – ook een cultuuromslag is. Het is anders dan alleen maar op prijs kopen en op kosten letten; het is met elkaar vanuit de gezondheid en de gezondheidszorg vertrekken en van daaruit contracteren. Die omslag moet snel gebeuren. Ik zeg wel ronduit dat het volstrekt

logisch is dat de verzekeraars dat preferentiebeleid oppakken en uitbreiden, omdat die via het preferentiebeleid een middel hadden om de kostenstructuren transparanter te maken en naar hun beleven overwinsten af te romen. Ik begrijp dat tegen de achtergrond van de situatie die vanaf de jaren negentig gegroeid is, maar dit neemt niets weg van de urgentie waarmee die omslag zal moeten plaatsvinden. Het verzoek van de leden om de regie zal dan ook op dat punt liggen. Als ik binnenkort met de zorgverzekeraars en de KNMP spreek, gaat het erover dat wij op basis van de nieuwe prestatiebeschrijvingen die omslag gaan maken en ervoor gaan zorgen dat wij uit de sfeer komen waarin je eerder tegenover elkaar staat dan elkaars bondgenoot bent op het punt van kwaliteit.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat het om kwaliteit gaat. De praktijk is dat alles met het preferentiebeleid, met het goedkoop inkopen van pillen enzovoorts draait om geld. Waaraan ontleent hij die zekerheid dat de zorgverzekeraars dit gaan oppakken? Een woordvoerder van de zorgverzekeraars heeft gezegd dat er best 300 apotheken kunnen verdwijnen. De minister suggereert hetzelfde, hij zegt dat er heel veel zijn bijgekomen. Beseft hij dat wat erbij gekomen is bijvoorbeeld initiatieven waren van gezondheidscentra, dat de bereikbaarheid is toegenomen en dat kwaliteit ook meer investeren in personeel betekent? Wil hij een norm stellen van bijvoorbeeld 1 apotheker per 4000 of 5000 patiënten? Wil hij als hij de kwaliteit centraal stelt, afstappen van het preferentiebeleid? Hij heeft het eigen beleid om de kosten te beheersen over de schutting gegooid naar de verzekeraars en dat pakt uit in prijsconcurrentie in plaats van in kwaliteitconcurrentie.

Minister **Klink**: Ik begin met het preferentiebeleid zelf. Bij preferentiebeleid gaat het om het preferent maken, het exclusief maken, van een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof als de duurdere – maar kennelijk ook soms minder duurdere – medicijnen. Daarvan kunt u toch niet volhouden dat dit betekent dat daarmee de gezondheid geschaad wordt? Dat kunt u toch niet volhouden als het om dezelfde werkzame stof gaat, waarbij men de prijs enorm naar beneden heeft weten te drukken tot het niveau van kostprijs plus? Er zat een enorme redundancy – ik probeer het netjes uit te drukken, want dat kan ook op een andere manier – er zat onwaarschijnlijk veel lucht in. Dat komt u en mij en die verzekeraar ten goede. Wij moeten de komende jaren miljarden bezuinigen en dat doe ik liever via een preferentiebeleid waardoor ik de kosten druk die onnodig gemaakt worden dan dat ik het eigen risico of het pakket of anderszins ga aanpakken. Als u alternatieven hebt, noem ze dan maar, maar ik kies dan toch echt voor deze oplossing. In die zin ben ik de verzekeraars dankbaar dat zij dit breekijzer gepakt hebben. Ik voeg er wel iets aan toe: als kwaliteit leidend gaat worden voor de verzekeraar en de apotheker, en dit de onderhandelingstaal wordt bij ontstentenis van die kortingen en bonussen, dan hebben wij de goede lijn te pakken. Maar om nu te doen of het preferentiebeleid ons in retrospectief alleen maar nadeel heeft gebracht? No way. Ik zie ook wel dat er een aantal elementen in zit zoals de beschikbaarheid van de medicijnen die ingekocht zijn en in hoeverre er een relatie moet zijn tussen het duurzaam garanderen van de beschikbaarheid aan de ene kant en het dwingen tot het afnemen van die medicatie aan de andere kant. Die punten zie ik – ik mag hopen dat de verzekeraars die ook zien – maar in essentie is het preferentiebeleid niet verkeerd geweest. Heeft dat geleid tot kaalslag? Het idee dat dit heeft geleid tot één grote nachtmerrie: no way. Helemaal niet, in 2008 zijn er apotheken bijgekomen, dus dat is gewoon niet het geval. Wij betalen op dit moment alleen maar volume via receptregelvergoedingen enzovoorts, maar de kwaliteit die geboden wordt – en daar zit de oprechte zorg van de apothekers – wordt van binnenuit nog steeds geboden. Dat heeft alles te maken met een professionele houding, trots zo u wilt, die wij zullen gaan moeten

honoreren en voorop moeten stellen. Dat zeg ik ook in de richting van de verzekeraars.

De heer **Van Gerven** (SP): Het preferentiebeleid is er gekomen omdat u zelf hebt verzuimd orde op zaken te stellen inzake de prijsstelling van de geneesmiddelen. Dat had u moeten doen en dat hebt u nagelaten en naar de verzekeraars gebracht met alle gevolgen van dien. Het is een chaos bij de apotheken, er gaat heel veel personeel uit en er verdwijnen apotheken. Hoe gaat u borgen dat er voldoende apotheken en personeel blijven? Hoe gaat u de kwaliteit borgen als u op deze weg doorgaat? Gaat u het preferentiebeleid geen halt toeroepen? U hebt de sprekers gehoord.

Minister **Klink**: U wilt met uw vraagstelling de focus weer leggen op het preferentiebeleid. Ik onderschrijf dat, die ruimte is er, en wij mogen ons gelukkig prijzen wij elders niet hoeven te bezuinigen als daar de kosten naar beneden gaan. Ik voeg daar aan toe dat wij uit de sfeer dienen te komen waarin het alleen over kosten gaat. Wij moeten de kwaliteit centraal gaan stellen en die zal tot de basiszorg moeten gaan behoren op een dusdanige manier dat de NZa en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarop kunnen toezien. Die basiszorg zal gecontracteerd dienen te worden door de verzekeraars.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De minister zegt dat er inderdaad nog markt-imperfecties zijn en dat wij naar kwaliteit moeten streven en daarmee naar een eerlijk speelveld. Hij zegt dat hij de regie gaat nemen. Klopt dat?

Minister **Klink**: Ik kom even terug op een vraag van de heer Van Gerven waarin hij zegt: u hebt niets gedaan. Wij hebben een transitieakkoord afgesloten waar prijsverlagingen al in besloten lagen. Vervolgens heeft de NZa marges in tarieven aangebracht op basis waarvan kwaliteit al bekostigd kan worden. Dan kom ik op de nabije toekomst. Het is geen kil systeem, integendeel, er zitten grote waarden achter. Voor zover ik systeemverantwoordelijk ben, dien ik in te staan voor het feit dat kwaliteit leidend is, ook bij de onderhandelingen. Wij moeten dus prestatiebeschrijvingen gaan creëren die scharnieren rond de punten die onder andere door de heer Zijlstra en mevrouw Sap zijn ingebracht. Die moeten worden meegenomen als elementen van basiszorg en als elementen van de goede onderhandelingspraktijk. Dat is niet niks, want daarmee herijken wij de structuur op basis waarvan onderhandeld moet worden. Vervolgens moeten wij ook de bereikbaarheid in beeld brengen van de vraag in hoeverre de beschikbaarheid van medicijnen nog toereikend is als verplichting voor de verzekeraars om vanuit hun zorgplicht dat veilig te stellen. De NZa is die prestatiebeschrijvingen nu aan het realiseren. Die randvoorwaarden, die spelregels, zullen ervoor garant moeten staan dat de farmaceutische zorg wellicht zelfs verbetert. Natuurlijk doe ik dat in overleg met derden, natuurlijk ga ik daar over spreken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de KNMP en allen die daarmee gemoeid zijn. Als u dat onder de regiefunctie verstaat, zeg ik ja.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De minister erkent door zijn inleiding dat er markt-imperfecties zijn. Ik vind dat winst, want als wij een gelijk speelveld willen is het van belang dat wij erkennen dat er markt-imperfecties zijn om dezelfde redenen dat wij vrije marktwerking nastreven. Mijn vraag betreft veel meer of de minister in die regierol met de verzekeraars en de apothekers om tafel gaat zitten en een stappenplan gaat maken tot 2011. Als hij dat niet doet, zitten wij hier elke keer weer. Hij heeft op het congres gezegd dat hij die regiefunctie niet gaat doen. Ik vind het heel belangrijk dat hij hier ja op zegt.

**Minister Klink:** De regie van die zaken waarvoor de overheid verantwoordelijk is om ze te garanderen, de kwaliteit en de bereikbaarheid, zal van mijn kant komen. Komt er een stappenplan? Uiteraard komt de NZa in de loop van dit of volgend jaar met de prestatiebeschrijvingen en de goede praktijken voor de onderhandelingen. U hebt het over marktimperfecties, maar wij hebben een beschikbaarheidsfinanciering via de receptregels. Ik moet ervoor waken dat die imperfecties er komen, want die zouden kunnen zijn dat geneesmiddelen niet beschikbaar zijn of de kwaliteit niet toereikend is. De spelregels en het kader voor onderhandelingen moeten herijkt worden. Van mijn kant moet de bekostiging dusdanig geijkt worden dat het niet alleen maar over prijs en volume gaat. Dat is onze plicht. En van de kant van de apothekers en de verzekeraars moet de cultuuromslag ontstaan zodat wij gedrieën de kwaliteit centraal stellen en niet alleen maar de kosten en het volume.

**Mevrouw Sap (GroenLinks):** De minister spreekt over het verleden: in 2008 zijn er nog apothekers bijgekomen, dus zo groot zijn de problemen niet. Hij spreekt over de toekomst: daarin gaan wij ervoor zorgen dat de kwaliteit centraal staat en gaat het allemaal beter lopen. Ik hoor hem echter niet over het hier en nu en over de problemen die er nu zijn. Wat gaat hij doen om die problemen op te lossen en de situatie vlot te trekken?

**Minister Klink:** Ik lees dat de NZa broddelwerk zou leveren of dat zij niet zou deugen en dat de receptregelvergoeding die zij hanteert ontoereikend zou zijn. Dat is gewoon niet het geval. De afgelopen jaren is de NZa tot in de rechtszaal over die tarieven uitgedaagd en tot nu toe is zij altijd in het gelijk gesteld. Op basis van de standaardapothek en de berekening die men heeft gemaakt – natuurlijk wordt daar verschillend over gedacht – ben ik het vooralsnog eens met het tarief dat de NZa heeft neergezet. Dat is naar mijn stellige overtuiging toereikend omdat er altijd nog een marge inzit van circa € 38 000. In recente debatten hebben wij dat overwinsten genoemd en er was zelfs verontwaardiging – ik zeg niet dat die van uw kant kwam, mevrouw Sap – in de Kamer dat die zo hoog werden vastgesteld dat er een marge in zat van ongeveer € 112 000. Die is nu teruggebracht naar € 38 000. Dat is dus een marge die bovenop het norminkomen komt en die marge wordt op dit moment door de NZa gehanteerd.

**Mevrouw Sap (GroenLinks):** Moet ik dit antwoord nu zo opvatten dat u zegt dat er nu geen problemen zijn? De apotheken die onder druk staan en in de problemen zitten, zijn juist de apotheken die heel goede kwaliteit van zorg leveren en daarin veel geïnvesteerd hebben. Juist de problemen die er nu zijn, brengen uw punt van kwaliteit in gevaar.

**Minister Klink:** De NZa is verantwoordelijk voor de hoogte van de receptregelvergoeding. Die vergoeding dient de beschikbaarheid van de standaardapothek te waarborgen. Ik vertrouw op het tarief dat de NZa voor 2009 heeft vastgesteld. Voor 2010 zal de NZa dat binnenkort herijken op grond van het feit dat het preferentiebeleid verbreed is: er vallen meer medicijnen onder, in ieder geval bij UVIT en ik dacht bij Achmea, en er zijn wellicht meer verzekeraars die er gebruik van maken. Er zal voor 2010 een herijking plaatsvinden en dat kan weer met een tariefsverandering gepaard gaan. Ik voel mij daar in die zin verantwoordelijk voor. Daarnaast heb ik gezegd dat die kwaliteit ook leidend dient te zijn in de onderhandelingen tussen de verzekeraars. Dat is precies de reden waarom de tariefbandbreedtes gecreëerd zijn door de NZa. Voor 2009 is daar, weliswaar mondjesmaat, gebruik van gemaakt. Dat had te maken met de timing van de NZa, want die was vorig jaar later en daarom konden contracten niet zo snel tot stand komen. Ik vind die kwaliteit buitengewoon belangrijk en ik zou het dom vinden om als je begint aan de onderhandelingen voor 2010

om daar waar een overmaat aan kwaliteit geboden wordt, te zeggen dat wij ons daar niets van aantrekken. Dit gegeven het feit dat wij aan de gang gaan met prestatiebeschrijvingen die daarop gericht zijn en gegeven het feit dat je daarmee investeert in de toekomst langs die lijnen van kwaliteit. Het is wel een zaak van de verzekeraars om dat te doen.

De **voorzitter**: Ik verzoek iedereen kort te interrumperen en kort te antwoorden, want de minister heeft nog een hele beantwoording te gaan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter, dan moet de minister ook wat korter zijn en directer antwoord geven.

De **voorzitter**: U hebt mij ook horen zeggen dat de minister wat korter antwoord moet geven.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Mijn grootste zorg betreft de huidige situatie. Die toekomstvisie kan ik zeker delen, maar ik constateer dat er een zekere helderheid is van de kant van de NZa over het tarief, terwijl de afspraken over de kwaliteit over wat er nu en in 2010 moet gebeuren niet helder zijn. Die komen niet tot stand en staan stil. Het transitieakkoord ligt er wel, maar die basis van vertrouwen is er niet. Er is voor nu wel het een en ander nodig aan regie om dit jaar en volgend jaar tot goede afspraken te kunnen komen.

Minister **Klink**: Ik bestrijd dat er voor het nu iets nodig is, als je het over de actuele situatie hebt. Het tarief van de NZa is toereikend. Voor 2010 zal de NZa een nieuwe tariefberekening maken die opnieuw toereikend is om een standaardapothek toereikende middelen te verschaffen om die basiszorg te kunnen leveren. Voor het hier en nu is het dus geregeld. De onrust en mijn taak zitten hem met name in het transitiepad naar 2011 als er vrije prijzen gaan komen. Dan zijn de condities rond kwaliteit en bereikbaarheid van belang. Er werd terecht gevraagd naar een stappenplan en wanneer de prestatiebeschrijvingen komen. Ik zeg dit zo omdat ik op dit moment krachtens de huidige wetgeving verantwoordelijk ben via de receptregelvergoeding om ervoor te zorgen dat er toereikende middelen zijn om een standaardapothek te kunnen runnen. De NZa maakt die berekeningen – nogmaals, die zijn toereikend – en die zullen ook in 2010 toereikend blijken te zijn. Op dit moment ontstaat meer en meer inzicht in de uitwerking van het preferentiebeleid. Dat is ook de reden waarom de NZa op dit moment nauwkeuriger kan zijn dan in de berekeningen voor 2009 en zij met de veiligheidsmarges op een minder maximaal niveau kan gaan zitten. Men weet nu meer en kan met meer kennis van zaken die tarieven bepalen en daarom zijn die veiligheidsmarges minder ruimhartig noodzakelijk. De heer Van Gerven vroeg in hoeverre ik toe wil gaan naar 1 apotheker op 5000 patiënten. Ik vlieg dit langs een andere route aan, namelijk langs de lijnen van de kwaliteit van de zorg. Ik vind het belangrijk dat medicatieveiligheid en therapietrouw beloofd worden. Dat hoort tot de essentie van wat een apotheker biedt, zeker als het om de uitgiften van medicijnen en medicatiebewaking en dergelijke gaat. Ik ga niet op voorhand zeggen langs welke lijnen dat gerealiseerd dient te worden. Ook of ik distributie en zorgverlening met elkaar wil blijven verknopen, wat mevrouw Wiegman zo-even vroeg, weet ik niet. Misschien kan dat straks wel op een andere manier. Eén ding weet ik wel: ik wil niet de beschikbaarheid per zoveel patiënten garanderen, maar de toereikende en kwalitatief hoogwaardige zorg. Ik ga níet op het niveau van de instellingen en de afzonderlijke apothek het comfort geven dat zij tot in lengte van dagen zeker weten dat zij inkomstenbronnen hebben. Dan maak ik weer dezelfde fout en ga ik weer op het niveau zitten van volumina, 5000 patiënten enzovoorts. Ik wil toe naar kwaliteit en die betalen, maar wel zodanig dat die altijd beschikbaar is.

Voor zover mijn informatie strekt – ik wil daar voorzichtig in zijn – heeft de NZa nog geen formeel verzoek gekregen van apothekers c.q. jonge apothekers voor financiële ondersteuning. Ik zeg dit in de wetenschap dat dit ook wel een heel grote stap is om te doen. Desalniettemin is het wel de koninklijke route. Tegelijkertijd hebben wij een flexibele structuur neergelegd waardoor het voor verzekeraars mogelijk is om de meest innovatieve en kwalitatief hoogwaardige apothekers te zien als een investering voor de toekomst. Als wij één tarief hadden gehad, had je nooit kunnen overbieden; nu heeft de NZa een marge gecreëerd waarbinnen dat wel kan. Ik ben het eens met de heer Van der Veen eens dat het accommoderen van het ondernemingsrisico dat gemoeid is met de overname van een apotheek en de goodwill, in eerste instantie ligt bij de brancheorganisatie. Ik weet dat dit geen geriefelijke opmerking is, maar ik weet ook een ander ding: ondernemingsrisico hoort bij degene die onderneemt. Als ik daar middelen voor uittrek, moet ik die in mijn begroting bij andere posten vandaan halen en als ik het dan heb over maagzuurremmers uit het pakket halen, het eigen risico verhogen of anderszins, kom ik weer andere krachten in de samenleving tegen. Het blijft altijd een afweging langs lijnen van het algemeen belang.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kan mij goed vinden in het antwoord van de minister. In de gesprekken die ik met de jonge apothekers voerde, heb ik geconstateerd dat er in een aantal gevallen echt sprake is van een bovenmatige goodwillbetaling. Dat is gebeurd in de periode waarin de beroepsgroep daarvoor waarschijnlijk te weinig is gewaarschuwd. Ik zie dat die groep in de problemen komt, dat dit de nieuwe generatie is die echt gaat voor de zorg en ik zie ook dat wij het niet kunnen betalen. Ik vraag echter de minister of het mogelijk is om wat dringender met de KNMP en zorgverzekeraars na te gaan of er voor deze groep toch een oplossing gevonden kan worden zonder dat er – ik zeg dat nadrukkelijk – sprake is van tariefsverhoging. Op het tarief zit nog een opslag, wellicht dat die daarvoor gebruikt kan worden. Ik zou het uitermate betreuren als jonge apothekers, die echt soms het dubbele van de goodwill hebben betaald, hiervan het slachtoffer worden.

Minister **Klink**: Ik heb op zeer korte termijn een gesprek met de KNMP en de zorgverzekeraars over de kwaliteit van de zorg. Ik trek dit door naar de terechte opmerking van mevrouw Sap dat het heel vaak de meest ambitieuze en op kwaliteit georiënteerde apothekers zijn. Ik neem die uitspraak over, maar ik herken die wel van de enkele bezoeken die ik zelf heb gebracht. Ik zal dit zeker in dit gesprek inbrengen.

Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg naar de medication review. Bij de nieuwe prestatiebeschrijvingen van de NZa zullen wij daarvoor ruimte gaan bieden. Ik hecht eraan om te zeggen dat die prestatiebeschrijvingen leidend moeten gaan zijn in de zorg, maar ook in de afspraken met de verzekeraars. Hij vroeg ook in hoeverre het couvertsysteem aanvaardbaar is. Ik heb daar in juni van dit jaar en eergisteren op basis van Kamervragen op geantwoord. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars helder zijn over wat zij met de eventuele «winsten» doen. Die zijn wel inzichtelijk bij het CVZ en de NZa, weliswaar met een half jaar vertraging maar desalniettemin. Dat is anders dan de kortingen en bonussen die wij kenden van de apothekers. Wij weten via het CVZ en de NZa wat de kostprijs is en wat men met de daaruit voortvloeiende revenuen heeft gedaan. Ook meen ik te weten dat dit naar de verzekerden terugvloeit via een premieverlaging ofwel via het eigen risico dat kwijtgescholden wordt. Ik kan daarnaast een individueel preferentiebeleid en een onder couvertsysteem niet verbieden. Ik vergelijk het met de ziekenhuizen: ook daar worden prijzen afgesproken met ziekenhuizen waarvan wij per diagnosebehandelingcombinatie (dbc) niet precies weten wat de prijs is. Het komt wel tot uitdrukking in de premie als men daar scherp weet in te kopen, maar in hoeverre die

scherpe inkoop dan wel in premiereductie, dan wel in het kwijtschelden van het eigen risico als het om preventie gaat tot uitdrukking komt, weten wij niet. Dit individuele preferentiebeleid is mede in leven geroepen door de openbare Taxe omdat sommigen daarop meelifften, terwijl anderen de kastanjes uit het vuur haalden. Een aantal leden heeft daarop gewezen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het couvertbeleid en preferentiebeleid wentelen het probleem af op de patiënt en de apotheker. Is het niet veel eerlijker als het geneesmiddelenaanbod voor alle patiënten volstrekt gelijkwaardig is? Moeten wij dan niet komen tot een centrale regie, bijvoorbeeld dat wij de inkoop weghalen bij de apotheker en onderbrengen bij bijvoorbeeld het College voor zorgverzekeringen?

Minister **Klink**: «Over de rug van de patiënt», althans woorden in die strekking gebruikte de heer Van Gerven in zijn eerste termijn en in zijn vragen. Afgezien van de punten die mevrouw Schermers inbracht, gaat het wel om eenzelfde werkzame stof. Laten wij dat helder houden. Het gaat niet om een medische noodzaak, dat zou bij therapeutisch preferentiebeleid of therapeutisch substitutiebeleid aan de orde zijn, en dat de verzekeraar gaat kiezen tussen verschillende werkzame stoffen in de veronderstelling dat die dezelfde effectiviteit hebben. «Over de rug van de patiënt» kan nooit liggen aan de aard van en het product zelf. Daarnaast lijkt mij nou net een van de winsten van de afgelopen jaren dat die inkoop en het ondernemerschap dat daarmee gemoeid is, ondernemers vergt en geen overheid. Het voordeel kwam aanvankelijk via kortingen en bonussen bij de apothekers terecht en nu gaat het naar de verzekeraars. Nogmaals: een jaar na dato is er meer transparantie en de wens van de verzekeraars is kennelijk om dit via die premie dan wel het kwijtschelden van het eigen risico aan de burger ten goede te laten komen.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat het niet ten koste gaat van de patiënt. De feiten zijn anders. Hij zegt dat wij naar ondernemers toe moeten. Maar is het niet zo dat zorg niet ondernemen is, maar zorg bieden? Vindt hij niet ten principale dat apothekers er zijn om medicijnen goed te distribueren en patiënten goed te begeleiden? Dat is de kerntaak en niet het inkopen van medicijnen met alle problemen van dien.

Minister **Klink**: Het antwoord is ja.

Voorzitter. Mevrouw Schermers vroeg naar de kwaliteit van het preferentiebeleid en de recallprocedures. Er zijn niet meer recallprocedures voor preferente dan voor niet-preferente geneesmiddelen. Dit is gisteren ook doorgegeven aan de heer Van Gerven naar aanleiding van de Kamervragen die hij hierover gesteld heeft. Ik zal het wel nauw monitoren en signalen die het tegendeel bewijzen, neem ik serieus. Onze bevindingen zijn niet dat er een onevenredige verdeling is over preferente en niet-preferente geneesmiddelen. De zorgverzekeraars stellen voorwaarden aan de generieke leveranciers met betrekking tot de levering en de beschikbaarheid van preferente geneesmiddelen. Als er signalen zijn dat die beschikbaarheid niet toereikend geregeld is, dan vind ik dat de verzekeraars daar les uit moeten trekken en zich moeten vergewissen van de zekerheidsstelling daarvan op het moment dat ze met de fabrikant in zee gaan. Als het geneesmiddel dan toch niet beschikbaar is en de verzekeraar niet aan zijn inzet kan voldoen, wees dan ruimhartig als verzekeraar en zorg dat de apothekers niet te zwaar belast worden met alternatieve formulieren enzovoorts, want uiteindelijk zijn de apothekers er niet debet aan dat die middelen niet beschikbaar zijn.

Mevrouw Schermers sprak over de randvoorwaarden waaraan in 2011 een en ander dient te voldoen. Ik gaf aan dat ik langs lijnen van kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid daaraan nadere invulling zal geven. De

NZa doet dat ook, maar ik zal inzichtelijk maken welke stappen in 2010 genomen worden teneinde in 2011 die tariefstructuur te kunnen herijken. De heer Van der Veen vroeg naar het collectieve preferentiebeleid. Dat mag van Brussel niet. De Europese Commissie heeft lidstaat Nederland formeel in gebreke gesteld ten aanzien van een gezamenlijk preferentiebeleid. In het transitieakkoord is daarom afgesproken geen collectief preferentiebeleid maar een individueel preferentiebeleid te voeren. Op basis hiervan heeft de Europese Commissie de ingebrekestelling stopgezet. Het collectieve karakter aan het preferentiebeleid is Europeesrechtelijk niet te realiseren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er zijn volgens mij ook andere mogelijkheden die wel tegemoet komen aan Brussel om te kijken of je de apothekers minder belast met alle preferente middelen van alle verschillende zorgverzekeraars, want het is echt een gigantisch probleem. Ik ben niet kapot van het idee van Achmea, maar er wordt voor zover ik het begrijp gewerkt met een groep medicijnen, een beetje vergelijkbaar met het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS). Het is aan de partijen om daar een oplossing voor te vinden, maar als men zou analoog aan het GVS kunnen kijken of men het preferente beleid in ieder geval veel uitvoerbaarder kan maken voor de apotheker en daarmee inzichtelijker voor de patiënt. Ik ben ervan overtuigd door de apothekers die ik heb gesproken, dat het heel erg rampzalig kan zijn als je om de haverklap uit moet leggen aan patiënten dat er een ander medicijn is. Ik denk dat er mogelijkheden zijn en ik vraag de minister dat bij apotheken en zorgverzekeraars aan de orde te stellen.

Minister **Klink**: Ik heb ten onrechte niet genoemd dat er langjarige contracten worden afgesloten. Aanvankelijk was het een halfjaar, daarna een jaar en Achmea is nu een contract voor twee jaar aangegaan voor preferente middelen. De veranderingen van labels zullen daarom verminderen. Daarnaast verwacht ik dat, als de prijs stabiel laag is, het preferentiebeleid gaandeweg zal verdwijnen, maar wel als dreiging boven de markt zal blijven hangen als de prijzen ineens weer opveren. Wij mogen ons in die zin gelukkig prijzen dat dit instrument door de verzekeraars ontwikkeld is. De uitvoerbaarheid neem ik mee in het gesprek, want wij hebben er niets aan als het leveren van goede zorg door de apothekers – dat beogen de verzekeraars ook – weggedrukt wordt door te veel administratieve ballast. Ik vraag in de overleggen die ik binnenkort voer of het niet domweg op een andere manier kan. Dit komt ook tegemoet aan het punt van mevrouw Schermers over de administratieve last die ontstaat als een preferent middel niet beschikbaar is.

Voorzitter. Mevrouw Wiegman vroeg naar de spelregels voor zorgverzekeraars en apothekers. De good contracting practices, de goede praktijken rondom contracteren, vind ik van belang. Welke thema's stel je aan de orde in de contracten? Dat zijn de elementen die mevrouw Sap noemde: wat is een apotheker nu eigenlijk, wat is de toegevoegde waarde van een apotheker gerelateerd aan de huisarts, hoe is zijn taak verkaveld over de verschillende punten die nu nog aan elkaar verknoopt zijn zoals distributie, medicatiebewaking en therapietrouw, in hoeverre is de apotheker die wij kennen daar per se voor nodig, wat dient zodanig gecontracteerd te worden dat de distributie en de veiligheid en de kwaliteit van de geleverde zorg gegarandeerd zijn? Hier kom ik dus op terug. Die spelregels zijn dus van belang, maar ik wil verdergaan dan die spelregels; dit worden wat mij betreft elementen van basiszorg.

De heer Van der Veen vroeg naar de meeropbrengsten van het transitieakkoord. Wij zouden inderdaad spreken over de meeropbrengsten, maar in het transitieakkoord staat inderdaad niet de bepaling dat de meeropbrengsten per definitie teruggaan naar de apothekers. Ik reciteer hiermee, weliswaar vrijelijk, de contractuele bepaling. De boodschap die hierin besloten



ligt, is dat er geen toezeggingen zijn gedaan dat dit geld terugvloeit. Wij gaan wel serieus praten, ook dat staat erin.

Ik zeg tegen de heer Zijlstra dat ik momenteel samen met twintig veldpartijen een beleidsagenda aan het maken ben voor de bestrijding van vervalste geneesmiddelen. Die agenda behelst een aantal thema's waaronder bewustwording van de alternatieven, omvang en schadesignalering, en handhaving en de kwaliteitsborging. Het is meer dan een agenda; er vloeien acties uit voort. Rond het thema bewustwording zal in 2010 in een grote internetcampagne worden gevoerd. Daarnaast zijn wij actief binnen de EU en de World Health Organization (WHO) op het terrein van de internationale regelgeving op dit gebied. Ik zal de commissie op de hoogte houden van de activiteiten die daaruit voortvloeien.

De heer Zijlstra vroeg hoe het kan dat een duurder middel preferent wordt. UVIT gaan bij het aanbestedingsbeleid niet uit van de prijzen in de zogenaamde taksen en dat zijn de prijzen waarnaar hij verwijst. UVIT onderhandelt rechtstreeks met de fabrikant over de prijzen en rekent direct af met die fabrikant. Dat is uiteraard niet terug te zien in die openbare Taxe, maar het voordeel dat UVIT behaalt wordt wel teruggegeven aan de verzekerden.

(rumoer op de publieke tribune)

De **voorzitter**: Ik verzoek onze gasten zich te onthouden van goed- of afkeuring.

Minister **Klink**: Dat gebeurt dus via het eigen risico en de premie. Dat is niet direct inzichtelijk voor de verzekerden. Het CVA en de NZa hebben er een jaar na dato wel zicht op. Wij weten dus in hoeverre er een kortingen- en bonussenproblematiek gaat groeien een jaar na dato omdat het CVA en de NZa daar inzicht in hebben. Dat is een verschil met de periode waarin kortingen en bonussen aan het zicht waren onttrokken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat betekent dat degene die met deze twee doosjes wordt geconfronteerd volgens u gegarandeerd geen eigen risico in rekening krijgt gebracht.

Minister **Klink**: Als ik afga op wat ik van UVIT hoor, is het antwoord ja. De heer **Zijlstra** (VVD): Mag ik u verzoeken om dat nog eens even goed te controleren? Wij willen dat deze gelden, de besparingen op de geneesmiddelen, ten goede komen aan de zorg. Dan hoeft u niet in het pakket hoeft te snijden, daar is iedereen – kennelijk met uitzondering van de heer Van Gerven – het aan deze kant van de tafel mee eens. Het zou wel fijn zijn als dat wel heel goed gecontroleerd wordt, want ik herinner u eraan dat wij er rond de afrekeningen van jaarrekeningen van zorgverzekeraars nog op allerlei punten niet uit zijn omdat die niet altijd even helder zijn. Dat doet mij vrezen of wij wel het goede inzicht hebben of deze besparingen daadwerkelijk terecht komen bij de zorg en daarmee bij de verzekerden. Als dat helder aangetoond wordt, hebben wij een andere discussie, maar ik denk dat het juist onrust geeft dat wij dat niet weten.

Minister **Klink**: Een jaar na dato hebben het CVE en de NZa er inzicht in. Maar ik vind dat verzekeraars het daar niet op moeten laten aankomen. Men dient helderheid te verschaffen aan verzekerden die daar naar mijn stellige overtuiging recht op hebben. Ik heb begrepen dat ook mevrouw Schermers en de heer Van der Veen daar uitdrukkelijk naar gevraagd hebben tijdens het symposium van vorige week en dat toen door UVIT is gezegd dat het inzichtelijk wordt gemaakt voor de verzekerden in die zin dat het terugkeert in het kwijtschelden van het eigen risico.

De heer **Zijlstra** (VVD): U deed net een indirecte toezegging. Ik wil ook graag nog de toezegging dat u terugkoppelt hoe de controle van de NZa op dit punt gaat en of inderdaad in dit specifieke geval het eigen risico wordt kwijtgescholden.

Minister **Klink**: Ik zal het UVIT vragen. Ik zal u van het antwoord in kennis stellen. Ik zal ook precies aangeven hoe die check van het CVZ en de NZa in elkaar zit zodat wij kunnen weten in hoeverre dat het geval is.

Voorzitter. De heer Zijlstra vroeg terecht of wij naar Brussel geweest zijn met betrekking tot de concurrentievoordelen van het preferentiebeleid en in hoeverre die via een zorgverzekeraarsfonds toegekend zouden kunnen worden aan degenen die binnen de Taxe en bij uitsluiting via de openbare Taxe het preferentiebeleid voeren. Het antwoord is vrij uitvoerig. In essentie komt het erop neer dat Brussel zegt dat dit op deze wijze niet kan. Hieraan ten grondslag liggen de overwegingen dat dit zich ten eerste moeilijk verhoudt met de aard van het vereveningsfonds. Ten tweede heeft het er mee te maken dat de winsten die bij andere verzekeraars neerslaan, afgeroomd zouden worden door en toe zouden vallen aan Menzis, zoals Menzis wenste. Dat is een overmaat van winst die dan terug zou moeten vloeien. Ten derde heeft dat te maken met de proportionaliteit van de maatregel, want het kan ook via andere wegen. Wij hebben dat eerder gemeld. Er was nog een vierde reden die mij nu even ontschiet, maar deze punten geven aan op basis van wat wij uit de gesprekken met de Europese Commissie hebben vernomen dat een dergelijk verzoek waarschijnlijk zou sneuvelen en dat het dan staatssteun zou zijn.

De heer **Zijlstra** (VVD): Een procedureel punt: kan de minister die uitgebreide versie naar de Kamer sturen? Dan hoeven wij die discussie nu niet te voeren en dat scheelt een hoop tijd.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister dit schriftelijk aan ons toe doet komen. Dat doet meer recht aan het onderwerp.

Minister **Klink**: Mevrouw Wiegman vroeg naar het betrekken van farmacie en hulpmiddelen bij initiatieven rond integrale bekostiging in de eerste lijn en in hoeverre de randvoorwaarden daarvoor helder dienen te zijn. In het debat van vorige week heb ik aangegeven dat zorgstandaarden aan de basis liggen van de integrale zorg en aan de bekostiging en de inkoop daarvan. Ik zou het een goede zaak vinden als – daar mikken wij op voor 2011 – genees- en hulpmiddelen daar deel van zouden uitmaken en integraal betaald zouden worden door de verzekeraar. Dit biedt een prikkel voor de doelmatigheid bij het gebruik en het voorschrijven van geneesmiddelen. Naar mijn overtuiging en de inzet van ons beleid, gaat dit gepaard met inzicht in de kwaliteit die geleverd wordt in de eerste lijn, zodat doelmatigheid gekoppeld wordt aan kwaliteit. In die combinatie is mij dat echt een lief ding waard, want ik weet dat doelmatig voorschrijven ons honderden miljoenen kan gaan opleveren die meelopen in de bezuinigingen waar wij voor staan of geherinvesteerd kunnen worden in de zorg. Mevrouw Agema vroeg wat de consequenties voor de patiënt zijn als er op grote schaal geen contracten worden getekend. Ik teken daarbij aan in de richting van mevrouw Sap dat wij weliswaar apothekers niet kunnen verplichten om te contracteren met verzekeraars, maar dat de NZa op dit moment wel bezig is – zeker nu er een klacht gekomen is van een van de verzekeraars – om die aanmerkelijke marktmacht en de criteria die spelen te benoemen. Wat betreft de vraag van mevrouw Agema over de patiënten, heb ik eergisteren aangegeven in de antwoorden op de vragen van de heer Van Gerven dat de maximumtarieven van de NZa gelden. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden aangeven tot welk bedrag de rekeningen worden vergoed via restitutie. Ook kunnen betalingsaf-

spraken worden gemaakt ten einde te voorkomen dat patiënten zelf moeten gaan betalen in de apotheek.

Mevrouw Sap vroeg naar het verschil tussen de KNMP-berekening en die van de NZa van het tarief over 2009 en de mate waarin dat tarief toereikend is. De NZa gaat uit van de standaardapotheek en niet van de gemiddelde apotheek, goodwill wordt niet in de berekeningen meegenomen en de NZa houdt geen rekening met de opbrengst en kosten buiten de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). De effecten van het Achmeamodel en de Menzisuitbreiding van het preferentiebeleid komen pas bij de inschatting van het tarief voor 2010 aan de orde. Bovendien vindt de NZa dat de KNMP de opbrengsten van de clawback te hoog inschat.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik ben toch een beetje verbaasd over het vrij korte antwoord op de vraag die ik stelde over de apothekers die niet willen tekenen, bijvoorbeeld voor één luierbroekje per drie dagen voor een incontinentie patiënt. Dat is wat Agis wil vergoeden en vervolgens willen apothekers zo'n contract niet tekenen. Schaart de minister zich hier achter de apothekers, vindt hij dat ook belachelijk, of schaart hij zich achter de verzekeraars die zulke rare contracten voorleggen?

Minister **Klink**: Ik ben altijd een beetje huiverig om direct op een casus in te gaan, maar het lijkt mij dat hier geen sprake is van een overmaat aan zorg, om het zo maar eens te zeggen. Ik ga daar achteraan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Inderdaad, geen overmaat aan zorg, maar het contract ligt er wel en als die apothekers dat contract niet tekenen, komen ze, en uiteindelijk ook de patiënt, in de problemen. Aan welke kant staat u? Zo'n casus maakt iedere apotheker mee: één luierbroekje per drie dagen voor een incontinentie patiënt. Een apotheker wil niet tekenen. Aan welke kant staat de minister? Aan de kant van de apothekers of aan die van de verzekeraars.

Minister **Klink**: U stelt opnieuw dezelfde vragen, maar ik kan in een specifieke casus lastig inschatten hoe zo'n contract er specifiek uit ziet en om welke omstandigheden en welke patiënt het gaat. Ik ga daar niet uit de losse pols op antwoorden. Een ding heb ik wel geleerd in de politiek – en dat is geen lijfbehoud van mijzelf maar domweg om recht te doen aan anderen – spreek niet te snel massieve oordelen uit over een casus die je niet kent.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het prima dat de minister niet direct op deze casus wil ingaan en hij er nog wat langer over na wil denken. Die ruimte wil ik hem ook wel bieden, maar dan vraag ik hem hier met een, twee weken schriftelijk op terug te komen.

Minister **Klink**: Dat wil ik doen.

Voorzitter. Mevrouw Agema vraagt of ik noodzaak zie voor verdere uitbreiding van het preferentiebeleid. Ik voer het preferentiebeleid niet, dat doen de verzekeraars. Die geven aan dat het geen doel in zichzelf is. Als de prijs stabiliseert op een betrekkelijk laag niveau ontvalt wellicht de noodzaak voor een preferentiebeleid.

Mevrouw Koşer Kaya vraagt waarom het NZa-rapport zo lang op zich heeft laten wachten. Dat komt omdat de onderliggende rapporten van ConQuaestor pas vlak voor de zomer gereed waren. De partijen in de klankbordgroep, met name de KNMP, hebben tot eind augustus nieuwe informatie aangereikt en de NZa heeft gemeend deze informatie te moeten meenemen in haar afweging omdat dit een element van zorgvuldigheid in zich bergt. Daarom kwam de NZa eind september met het genomen besluit.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg in hoeverre ik de regie neem. Daar ben ik op ingegaan door te zeggen dat wij met de randvoorwaarden voor de zorg komen die in 2011 dienen te gelden en waarbinnen gecontracteerd dient te worden. Ik zal aangeven wanneer welke stappen in die richting gezet worden. Ik ga op korte termijn met de KNMP en de zorgverzekeraars om tafel zitten om die culturomslag waarover ik sprak hopelijk gedrieën te gaan dragen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als dat betekent dat de minister met die twee partijen een stappenplan maakt tot 2011 en dat ook naar de Kamer stuurt, hebben wij winst want de regie van de minister is hier erg belangrijk. Wil de minister ook nog een keer met de NCPF en de jonge apothekers spreken, want die hebben heel mooie visies op dit dossier?

Minister **Klink**: Als wij de deal kunnen maken dat ik minder AO's krijg en dan meer ruimte heb om met hen te spreken, dan heel graag. Dat is niet helemaal een geintje. Ik heb een onwaarschijnlijk overvolle agenda en elke toezegging die ik hier doe, moet ik realiseren en effectueren.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik denk toch dat ik met mijn overvolle agenda aardig inplan als het gaat om zorgdebatten. Ik vraag een toezegging.

Minister **Klink**: Ik zei zo-even tegen de heer Van der Veen dat ik in de gesprekken de positie van de jonge apothekers meeneem. Als wij – met wij bedoel ik degenen die het algemeen belang vertegenwoordigen en met name de regering – bij elke stap die wij zetten afhankelijk worden van de mate waarin die gesteund wordt, dan generen wij blokkademacht. Ik zeg het zoals het is. Dat wil ik ook niet, want dat kan elke ambitie uit de trajecten halen. Dat neemt niet weg dat de inzet erop gericht moet zijn om gezamenlijk die stappen te zetten. Te meer omdat hier aanknopingspunten liggen voor die gezamenlijkheid die te vinden is in de kwaliteit van de zorg. Ik onderstreep nogmaals dat daarom de uitspraak van mevrouw Sap mij enorm aansprak: neem degenen die een voorhoedepositie in die kwaliteit nemen uitdrukkelijk mee bij de overleggen die wij voeren. Als ik op mevrouw Sap afga, komen wij dan ook terecht bij de jonge apothekers. De vraag van mevrouw Sap over het sectoraal onderzoek farmaceutische sector neem ik mee naar de tweede termijn, dan kan ik die beter overzien. Ik ga kijken naar het ter beschikking stellen van 10% van de vaccins. Ik word niet overvallen door die vraag. Sterker nog: ik heb hier over gesproken met mijn collega voor Ontwikkelingssamenwerking. Die plaatste van zijn kant de kanttekening dat als je iets in de richting van de ontwikkelingslanden wilt doen, een inzet op griepvaccins en de kosten die daarmee gemoeid zijn misschien niet de meest verstandige route is. Men zit met veel grotere, scherpere en indringendere problemen: malariabestrijding en ga zo maar door. Afgezet van de risico's die gemoeid zijn met de griep en de andere risico's die op het gezondheidsterrein spelen, is het een vraag van balansvoering. Ik ga dit gesprek met mijn collega wel verder aan en ik zal dat bij mijn afwegingen betrekken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Die vraag waar de minister in tweede termijn nog op terugkomt, ging over het versnellen van de goedkeuringsprocedures voor generieke middelen. Wij zitten nu op het EU-gemiddelde en daarom lijken wij niets te doen. Dat lijkt mij niet genoeg. Laten wij het versnellen en meer doen, want daar kunnen belangrijke besparingen zitten die niet tot problemen in de sector hoeven te leiden en niet ten koste gaan van de patiënt. Ik dank de minister voor de toezegging dat er serieus wordt gekeken naar dat griepvaccin. Ik wil daar bij aantekenen dat het op geen enkele manier de bedoeling is van de GroenLinks-fractie dat dit ten koste gaat van andere ontwikkelingsmiddelen. Wij hebben hier

heel veel vaccins, vermoedelijk worden die niet allemaal gebruikt en moeten zij misschien op termijn worden weggegooid. Dat is doodzonde; zet ze in op plekken waar ze beter van nut zijn en laat dat zeker niet ten koste gaan van andere belangrijke middelen die ook naar ontwikkelingslanden toe zouden moeten.

Minister **Klink**: Natuurlijk, dat begrijp ik. Ik geef alleen de afweging aan waar wij voor staan. Op het moment dat een deel van het griepvaccin verkocht zou kunnen worden naar een land dat koopkrachtig genoeg is en wij daar middelen voor krijgen, zou het voor de ontwikkelingssamenwerking – dat is het punt dat mijn collega maakte – misschien verstandiger zijn om die middelen in te zetten voor het bestrijden van malaria dan voor het kopen c.q. schenken van de griepvaccins. Ik begrijp zijn punt wel. Ik had aanvankelijk hetzelfde idee als u: laten wij een deel van de vaccins voor ontwikkelingslanden beschikbaar stellen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Als ik dit zo mag opvatten dat de minister zegt dat hij bereid is om in ieder geval 10% ter beschikking te stellen aan de ontwikkelingslanden, ofwel direct het vaccin daar naartoe ofwel het vaccin verkopen en de opbrengsten sturen in de vorm van een ander middel dat hen van dienst kan zijn, dan ben ik heel blij met die toezegging.

Minister **Klink**: Ik zou die vraag ook op die manier geherformuleerd hebben, maar dit is precies de afweging waar wij voor staan. Laat ik het zo zeggen: die afweging bevindt zich in de additionele sfeer voor de ontwikkelingslanden.

Ik ga toch nog even in op de eerste vraag over het bespoedigen van de innovatie van voorwaardelijke vergoedingen van nieuwe geneesmiddelen. In de langetermijnvisie heb ik aangegeven dat ik daarnaar wil kijken.

Mevrouw Sap raakt het punt wat mevrouw Schippers van de VVD een aantal keren heeft gemaakt: hoe zorgen wij dat er zo snel mogelijk richtlijnen komen en innovaties bekostigd kunnen worden? Dat is mij een lief ding waard. Ik was afgelopen zaterdag bij de BorstkankerVereniging Nederland die mij er ook op wees dat er voor innovaties langzaam richtlijnen komen, dat zij langzaam bekostigd worden en dat als ze bekostigd worden ze ook nog eens staande praktijk moeten worden. Er zijn dus drie scharnierpunten die belemmerend kunnen zijn voor de innovaties. Ik heb de vereniging toegezegd dat het Zorginnovatieplatform systematisch de casus die de vereniging gaf, gaat doornemen om die belemmeringen op te sporen. Dat is een toezegging en mevrouw Sap krijgt daar een schriftelijke reactie op.

Er is bij het CBG op het moment een achterstand in registratie. Er is een werkplan, een actieprogramma, opgesteld om die in 2011 te hebben weggewerkt. Wellicht dat wij dan ook weer in de voorlinies en niet meer in het Europees gemiddelde zitten.

De heer Van der Vlies sprak over de beste zorg voor de beste prijs. Dat is die cultuuromslag en ik herhaal dat dit voor mij de essentie is voor het komende jaar. Dat zal waarschijnlijk een herijking vergen van de financiering en de manier van bekostigen, maar die moet ondergeschikt zijn aan dit doel. Ook moet er een toereikend voorzieningenniveau zijn. Hij vroeg waarom de NZa-uitkomsten niet in lijn zijn met de uitkomsten van het ConQuaestoronderzoek. Dat onderzoek richtte zich op 2008, terwijl de NZa een beslissing moest nemen over 2009. Wellicht dat er ook nog inhoudelijke verschillen zijn, daar kom ik dan in de tweede termijn nog op terug. Ik heb zo-even aangegeven waar de verschillen liggen tussen de berekening van de KNMP en de NZa. Die hadden te maken met buiten en binnen WMG, de goodwill die niet meegenomen werd enzovoorts.

De heer Van der Vlies vroeg wat wij aan de symptoomreclame gaan doen. Ik kom daar in de tweede termijn op terug. Ik zie hier een lange tekst, maar

als ik het goed heb, had ik zo-even een wat korter antwoord dat minstens zo toereikend was. Ik wil met name de acties noemen die wij gaan plegen. De heer Van Gerven vroeg naar de prijsvolumeafspraken in plaats van het preferentiebeleid. Die prijsvolumeafspraken kunnen voor bepaalde middelen wellicht een uitkomst bieden, met name voor de middelen waar de zorgverzekeraar niet veel druk kan zetten op de prijs, bijvoorbeeld als het gaat over nog geïmporteerde middelen. Wij nemen dit mee in de uitvoeringstoets die op korte termijn aan het CVZ wordt gevraagd. Over de prijsvolumeafspraken in algemene zin en de voorkeur die dit verdiend, heb ik gesproken. De heldere beschrijving van de apothekers waar de heer Zijlstra naar vroeg, zullen wij in de prestatiebeschrijvingen meenemen waar dan vervolgens de basiszorg mede van zal worden afgeleid.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik ben erg teleurgesteld over de antwoorden van de minister. Hij heeft het over kwaliteit, maar hij doet veel te weinig of niets om die kwaliteit ook te borgen. Hij blijft gewoon op hetzelfde pad doorgaan. Mijn pleidooi voor de geneesmiddelenvoorziening is om de inkoop van de geneesmiddelen weg te halen bij de apothekers. Zorg dat zij zich kunnen concentreren op de distributie en de zorg. De minister heeft geen antwoord gegeven op mijn voorstel om die inkoopfunctie bijvoorbeeld te laten overnemen door het CVZ. Het CVZ gaat over de kwaliteit en kan wat de SP betreft een goede rol spelen om die inkoop te centraliseren waarbij de kwaliteit wordt gegarandeerd en gelijkheid wordt gecreëerd ten opzichte van de patiënt. De apotheker, de medewerkers en de patiënt worden daar beter van en je kunt tot prijsverbeteringsmaatregelen komen die niet over de rug van de patiënt worden uitgevoerd.

Wij hebben een norm bij huisartsen, namelijk 2350 patiënten per praktijk. Waarom hebben wij een dergelijke norm niet bij apotheken? Tot slot een vraag over het Geneesmiddelenbulletin. Ik heb in het verleden een motie hierover aangehouden op verzoek van de minister. Kan hij zeggen hoe hij de toekomst van het Geneesmiddelenbulletin ziet en wil hij die garanderen? Wat is de operationele formatie bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de geneesmiddelenreclame? Mij bereiken berichten dat daar nauwelijks gewerkt wordt en dat zou heel erg spijtig zijn.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik ben blij dat er duidelijke randvoorwaarden komen voor de contractering in 2011 en een duidelijk stappenplan in 2010. Ik ben ook heel blij met de toezegging dat kwaliteit een meer inherent onderdeel zal worden van de prestaties die wij daarbij gaan afspreken. Het is cruciaal dat er een duidelijke beschrijving komt van de basiszorg die geboden moet worden voor dat tarief en dat de prestaties worden beschreven. Misschien ben ik nog het meest blij met de toezegging dat de minister samen met de KNMP en de zorgverzekeraars om tafel gaat zitten. Dat is heel erg nodig. Ik ben ook blij dat daarbij de positie van de jonge apothekers nadrukkelijk ter sprake zal komen want die is ook voor ons een zorg. De jonge apothekers die kwalitatief heel goede zorg bieden, moeten hun eigen plek kunnen hebben en behouden. Ik kijk daarbij ook met een scheef oog naar de banken want soms is het ook maar een tijdelijke periode.

Ik denk dat wij hier en nu de afspraak moeten maken dat als een medicijn preferent wordt bepaald dat het ook leverbaar is. Zo niet, dan mag een ander merk geleverd worden. Het is te gek dat dit nu niet kan. De zorgverzekeraars kunnen dat voorkomen door hun preferentie heel vroeg vast te leggen bij de farmaceutische industrie. Ik had ook bij mijn inbreng de medicijnen per internet staan, maar daar kwam ik niet meer aan toe. Het is absoluut een punt van patiëntveiligheid. Tot slot: wanneer komt de minister met zijn reactie op het hepatitis B-advies van de gezondheidsraad? Dat is na de HPV-vaccinatie, maar wanneer precies?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister met name voor zijn inleiding waarin hij erop wees dat het niet alleen om kwaliteit en beschikbaarheid gaat, maar ook om betaalbaarheid. Betaalbaarheid en toegang tot de zorg zullen in de toekomst steeds lastiger worden. De PvdA vindt dat die betaalbaarheid geregeld moet zijn. De heer Van Gerven wil met de receptregelvergoeding een euro hoger gaan zitten, maar dat is wel 160 mln. en dat betekent € 16 per jaar per betalende verzekerde. Wellicht kan de heer Van Gerven dat aan de burger uitleggen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Nee, nee.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is uitlokking. Wij halen het terug bij de fabrikant.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, uitlokking of niet, u hebt het woord niet. De heer Van der Veen gaat gewoon verder en het liefst zonder uitlokkingen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is alleen een constatering. Gelet op alle discussies rond de hoogte van het tarief en de zorgen daarover, vroeg ik de minister of de NZa nauwkeurig wil monitoren wat het effect is van dit tarief. Ik ben blij met de toezegging van de minister dat wij op korte termijn ook het tijdsplan krijgen van de invulling van de langetermijnvisie farmaciebeleid. De minister heeft het benadrukt en ik wil dat ook nog eens doen: het is een heel vervelende periode voor iedereen en met name voor de apothekers. Ik kan mij voorstellen dat er veel onrust is. De minister heeft aangegeven, en ik wil dat onderstrepen, dat wij naar nieuwe situatie toegaan waarin de kwaliteit leidend is als het gaat om de betaling. Ons spreekt dat zeer aan en ik roep de apothekers maar ook zeker de zorgverzekeraars op om de wat boekhoudkundige benadering die men heeft iets naar achteren te schuiven en aan de slag te gaan met de kwaliteit van de zorg. Uiteindelijk komt dat ons allen ten goede.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik sluit met gemak aan bij het lijstje aan toezeggingen waar mevrouw Schermers blij mee is, want die blijdschap deel ik. Een van de belangrijkste dingen is dat er gepraat gaat worden, vooral om het vertrouwen weer terug te winnen en met elkaar verder te gaan met het transitieakkoord. Ik refereer aan de discussie die wij hadden over de functionele bekostiging, de huisartsenzorg en de zorgstandaarden. Daar gaat het om en daarin moet de kwaliteit beschreven zijn. Ik roep de minister op om op te letten dat in de tussentijd, tot aan het vaststellen van de zorgstandaarden en wat de basiszorg is, er niet al versnippering van taken plaatsvindt. Dat is in een later stadium misschien moeilijk terug te draaien. De vraag van mevrouw Sap over de griepvaccins lag ook op mijn lippen en ik dacht erover om die vanavond bij het spoeddebat aan de orde zou stellen. Misschien is dit ook een goed moment. Ik sluit mij bij haar vraag aan. Natuurlijk zal de minister moeten nagaan wat hierbij de goede afwegingen zijn. Wil hij dat spoedig terugkoppelen aan de Kamer?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik dank de minister dat hij op het punt van de internetgeneesmiddelen actie gaat ondernemen en terugkoppeling geeft. Wij horen over Brussel en hoe het zit met de transparantie van de geneesmiddelen bij UVIT daar waar het duurdere medicijn in rekening wordt gebracht. Ik benadruk nog maar een keer dat de VVD daarover de nodige twijfels heeft. Als ik kijk hoeveel moeite het kost om geaccordeerde jaarrekeningen te krijgen, doet mij dat met vreze vrezes. Ik ben er helemaal niet zo blij mee dat er veel gepraat gaat worden de komende

tijd. Ik hoor veel over gesprekken die komen en dat er veel gezamenlijk gaat gebeuren. Volgens mij wordt het een uitwisseling van bekende standpunten, maar leidt dit niet tot een oplossing. Ik denk dat iedereen in deze zaal het wel eens is met het «theoretische beeld» dat de minister neerlegt voor de toekomst. Natuurlijk willen wij allemaal zorg die vanuit kwaliteit geregeld is. Maar hoe komen wij daar? De minister moet een tussenstap invoegen, dat heb ik hem ook voorgelegd in mijn eerste termijn. Ga nu niet in een discussie waar er ongerustheid is over de tarieven, de vrije prijsvorming en de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en apothekers en tussen andere beroepsgroepen, dit in één keer proberen te regelen. Als de minister een cultuuromslag voor elkaar wil krijgen, moet hij iets te bieden hebben. Volgens mij is dat de zekerheid van de tariefvorming op basis van prestatiebeschrijvingen voor de komende jaren. Als dat allemaal goed is en de rust in de markt is teruggekeerd, kan hij werken aan een eventuele overgang naar vrije prijsvorming. De VVD is daar op zich een groot voorstander van. Dus als wij het al zeggen, moet hij misschien eens gaan nadenken.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik ben mijn inbreng ermee begonnen dat wij een voorstander zijn van concurrentie in de markt. Als je die concurrentie, die prikkel, wilt, dan moet je zorgen dat er in de transitiefase een gelijk speelveld is. De minister zegt heel duidelijk dat hij het van belang vindt dat wij die transitie naar kwaliteit maken. Vervolgens wordt hij onduidelijk in zijn regierol. Ook ik ben van mening dat die gesprekken heel mooi zijn en dat die toezegging er nu ligt, maar ik wil dat de minister in het hele traject, net zolang tot het gelijke speelveld er is – daarna is er natuurlijk ook nog onderhoud nodig want dat blijft niet zo – de regierol houdt. Als de minister nu een gesprek gaat voeren met de betrokkenen in het kader van het transitieakkoord wil ik dat plan ook zien en snel ook. Dan kan ik oordelen of de gemaakte afspraken haalbaar zijn en of daarmee straks inderdaad vrije tarieven mogelijk zijn, want uiteindelijk willen de minister en D66 daar terechtkomen. De minister weet dat; ik heb hem daarin gesteund. Maar dan moet er veel meer gebeuren dan de minister op dit moment in heel veel woorden probeert te zeggen. Ik maak mij dan ook heel veel zorgen, want het zijn eigenlijk heel simpele vragen: gaat hij met betrokken partijen praten, gaat hij de regie voeren, gaat hij een stappenplan maken en stuurt hij dat binnen afzienbare tijd naar de Kamer? Blijft hij de regie voeren tot wij het eerlijke gelijke speelveld hebben?

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn toezegging om in te gaan op de casus van het incontinentiemateriaal. Het is één casus, maar het speelt natuurlijk bij veel apothekers dat verzekeraars aantallen willen drukken van wat er besteld wordt en wat er gegeven wordt. Dat is een slechte ontwikkeling. Ik ben nog steeds erg bezorgd over de nabije toekomst in bredere context. Als je ziet dat er commissies ingeschakeld gaan worden die op alle beleidsterreinen gaan kijken over er nog 20% te halen valt, ook op het terrein van VWS, dan moeten wij ons afvragen in hoeverre wij nog verantwoorde zorg willen en kunnen leveren. Het is duidelijk dat bij de geneesmiddelen en de apothekers de lucht uit de leidingen is, dat er eigenlijk niet veel meer vanaf kan en dat Nederland internationaal helemaal onderaan staat wat betreft de kosten die wij aan geneesmiddelen uitgeven. Ik hou mijn hart vast voor wat eraan komt en ik hoop dat de minister zich realiseert dat op het gebied van de zorg en de geneesmiddelen de bodem bereikt is.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. De grote problemen die er op dit moment zijn in de apothekerssector komen er wat bekaaid af in dit overleg. Ik ben wel blij met de toezegging van de minister dat hij om tafel gaat met de zorgverzekeraars en de KNMP, maar dat zou hij toch al doen.



Ik ben wel blij dat daar in ieder geval de positie van jonge apothekers ter sprake komt, maar praat niet alleen over ze, praat ook met ze. Nodig ze uit bij dat overleg. Met welke inzet doet de minister nu dat overleg? Ik wil graag dat hij tijdens dat overleg een oplossing van de goodwillproblematiek wil forceren en dat hij serieus met alle betrokkenen kijkt of er nog andere acute problemen zijn die nu opgelost moeten worden. Wanneer gaat dat overleg plaatsvinden? Is dat op korte termijn? Wanneer horen wij de resultaten? Dat moet toch eind deze maand kunnen? Ik ben blij met de toezegging van de minister dat hij een visie over de positie van de apothekers in de toekomst gaat neerleggen en dat hij dat gaat vastleggen in prestatiebeschrijvingen waarbij kwaliteit het leidende uitgangspunt zal zijn. Ik hoorde de minister ook zeggen dat dingen als distributie en medicatiebewaking aan de orde komen, maar ik hoor weinig over het voorschrijven zelf en de rol die de apothekers kunnen vervullen om tot een beter en doelmatiger voorschrijfgedrag te komen. Ik hoor daar graag een reactie op en ik zou willen dat de minister dat meeneemt in die prestatiebeschrijvingen.

Het is goed dat er een brief komt over de versnelling van innovatie en goedkeuringsprocedure. Het is ook goed dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen achterstanden gaat wegwerken, maar ik vind het allemaal wat vrijblijvend. Ik nodig de minister uit om hier echt een ambitie te formuleren. Leg bijvoorbeeld neer dat er structureel 20% – 20% is een getal waarvan hij houdt – bespaard wordt op de kosten van geneesmiddelen door op dit terrein door te stoten naar de EU-top?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De SGP-fractie steunt de omslag in beleid van volume naar kwaliteit. De scharnierpunten in dat proces worden de totstandkoming van de prestatiebeschrijvingen en het stappenplan dat de minister heeft toegezegd op weg naar 1 januari 2011. Is de markt zo overzienbaar, rustig en transparant dat je die omslag binnen nu en een jaar en paar maanden gerealiseerd kunt hebben? Ik heb daar nog aarzelingen over, maar dat stappenplan zullen wij dan wel bespreken en wij houden de vinger aan de pols op het punt van die marktomstandigheden. Twee dingen vind ik positief. Ten eerste: de jonge apothekers die in beeld worden gebracht in het overleg. Dat is hard nodig, juist vanwege de innovatieve kracht die zich daar ontwikkeld heeft en zichtbaar wordt. Ten tweede: onder het preferentiebeleid is er een administratieve lastendruk ontstaan. De minister gaat vragen of dit niet eenvoudiger kan. Dat lijkt mij ook heel belangrijk. Laten wij hopen dat alles dat nu in gang wordt gezet het vertrouwen dat wij in de sector kunnen en willen hebben, herstelt.

Minister **Klink**: Voorzitter. Over de prijsbeheersing en de centrale inkoop via CVZ hebben wij gesproken. De heer Van Gerven en ik zijn het daar niet over eens. Huisartsen zijn, het is een platitute, geen apothekers. De vragen wat tot de generalistische basiszorg behoort en hoe die bekostigd dient te worden komen volgend jaar ook aan de orde bij de huisartsen, maar ik vind het van betekenis om bij de apothekers te benoemen wat de essentiële taken zijn. Die hebben te maken medicatiebewaking, therapietrouw, distributie van geneesmiddelen, het farmacotherapeutisch overleg waarbij ook het voorschrijven aan de orde komt dat mevrouw Sap noemde. Het gaat hier om over en weer inzichten delen en kennis uitwisselen ten einde dat te optimaliseren. Hoe kunnen de distributie en deze kwalitatieve dimensies geborgd en toegevoegde waarden gegarandeerd worden? Ik ben op voorhand er niet van overtuigd dat dit gepaard moet gaan met het geven van een soort beschikbaarheidsvergoeding aan een apotheker die afhankelijk is van het adherentiegebied en het aantal patiënten of verzekerden dat daar is.

Rond het Geneesmiddelenbulletin zal ik de Kamer in kennis stellen, maar ik neem geen enkele beslissing voordat ik daar met de Kamer over gesproken heb. Ik hoop daar binnenkort over te berichten. De IGZ is in

2009 uitgebreid naar 4,8 fte's. Dat was 2,8. Het is dan gebruikelijk om in Den Haag te zeggen dat wij het met 100% hebben vermeerderd – dit is een poging tot een grapje – maar de inspectie is gemeten aan haar taken op volle sterkte. Het kan dus niet zo zijn dat er op dit moment niet wordt gewerkt en dat het werk stil ligt. Er wordt overigens nog wel geworven. Ik zal mevrouw Schermers schriftelijk berichten over hepatitis B, wellicht vanavond als wij het debat hebben over geneesmiddelen. De monitor farmacie zal worden uitgevoerd voor de zomer van 2010 en daarin zal onder andere aandacht zijn voor de mate waarin verzekeraars en apothekers onderhandelen over de te leveren zorg, of zij gebruikmaken van de flexibiliteit van het tarief en of er sprake is van een gelijk speelveld. Mevrouw Wiegman en de heer Van der Veen vroegen daar ook naar. Dat zal ook deel uitmaken van de stappen die ik zal zetten en het inzichtelijk maken van een en ander.

De heer Van der Veen zei dat wij aan de boekhoudkundige benadering voorbij moeten. Het moet uiteindelijk om de kwaliteit van de zorg gaan en dat geldt over de hele linie. Het terugwinnen van het vertrouwen wil ik in dat kader graag onderstrepen. Ik ben het er mee eens dat de zorgstandaarden van belang zijn. Wij hebben er nu twee: diabetes en cardiovasculair risicomanagement. COPD zal in de loop van de komende zomer toegevoegd worden. Daarvan maakt ook de minimale dataset deel uit ten einde de kwaliteit in beeld te krijgen die hiermee gemoeid is. Ik benadruk dat nogmaals, want als geneesmiddelen daar deel van gaan uitmaken, kan en zal het dus niet zo zijn dat daar als het ware ook alleen maar de boekhoudkundige mentaliteit gaat gelden, maar het dient echt over kwaliteit in relatie tot prijs te gaan. Ik onderstreep graag wat de heer Van der Veen zei. Laten wij eerlijk zijn: op het moment dat daar bedragen te winnen zijn, hoeft er niet in de premie en het pakket gesneden te worden. Het zijn geen vrijblijvende discussies, ook niet als wij het hebben over de distributie van geneesmiddelen en alles wat daarmee gemoeid is. Alles wat er met behoud en zelfs met winst van kwaliteit aan effectiviteit te winnen is, kan rechtstreeks of naar de zorg of wij vermijden daarmee andere bezuinigingen die wij allen ook niet willen. Dat is de klemmende vraag waar wij de komende jaren voor staan en daarom wil ik echt benadrukken dat het de overheid dient te gaan om de bereikbaarheid, de kwaliteit, de betaalbaarheid en de continuïteit van de zorg en niet in eerste aanleg om het voortdurend accommoderen van posities die zich gevestigd hebben. Dat geldt voor huisartsen, apothekers, medisch specialisten en ziekenhuizen. Elke verandering brengt onzekerheid met zich mee, maar als die onzekerheid het aanknopingspunt wordt om nooit stappen te maken in andere richtingen, dan zijn wij verkeerd bezig. Wij hebben het algemeen belang te dienen en niet de, hoezeer ook gerechtvaardigde, deelbelangen. Het zijn dure woorden, maar zij geven het klimaat aan waarbinnen afwegingen moeten plaatsvinden. Het is echt zo. Wij staan voor een enorme opgave. Wij hebben gesproken over de internetgeneesmiddelen. Ik ga de twijfels over de transparantie van UVIT wegnemen door de Kamer hierover schriftelijk te informeren. Gaan wij veel met elkaar spreken? Om de cultuuromslag met elkaar te maken, gaan wij inderdaad veel spreken. Gaan wij in 2011 naar vrije tarieven? Ik wil in 2011 naar vrije tarieven. Moeten de spelregels dan helder zijn zodat er een goede landing gemaakt kan worden? Ja. Zijn die voorwaardelijk? Ja. Is het dan altijd zo dat je het over ze eens moet zijn? Dat hoeft niet per se. Een ding moet wel: de systeemvereisten – dat is een lelijk woord voor wat ik de continuïteit, de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg noem – moeten gegarandeerd zijn. Als die niet gegarandeerd zijn, ga ik ook niet naar vrije tarieven. Dat is de volgorde, maar alles is erop gericht om in 2011 de condities te scheppen. De behoedzaamheid waar de heer Zijlstra naar vraagt, vertaal ik in deze volgorde.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg naar de regierol. Ik heb daarover gesproken; die ligt waar het algemeen belang en mijn domein liggen. Tegen mevrouw

Sap zeg ik dat ik de goodwillproblematiek daarin zal meenemen zonder dat ik daarmee zeg dat ik daar verantwoordelijk voor ben. Het is ondernemerschap, wij kennen de NZa die vanuit de continuïteit een handreiking zou kunnen doen als die aan de orde is. Ik signaleer dat verzekeraars op verschillende terreinen waar apothekers wegvallen dan wel dreigen weg te vallen, zelf voorzien in de apothekerszorg. Dat zijn aanwijzingen dat er ook door de NZa, verzekeraars en wellicht brancheorganisaties een oplossing kan worden geboden.

Ik ga in op de casus van mevrouw Agema over het incontinentiemateriaal. Het hangt er maar vanaf hoe je er naar kijkt of de bodem bereikt is. Ik sprak al over de goodwillproblematiek waar mevrouw Sap het over had. Er komen inderdaad prestatiebeschrijvingen en wij zullen ingaan op de distributie. De medicijnbewaking en het voorschrijven komt, ik gaf het al aan, in het farmacotherapeutisch overleg altijd aan de orde tussen artsen en apothekers, dus langs die lijn is er al kruisbestuiving. Of het betekent dat apothekers moeten voorschrijven, kan ik niet overzien, maar dat lijkt mij eerlijk gezegd een enorme stap. Ik heb daar niet op voorhand enthousiaste gevoelens bij.

De heer Van der Vlies krijgt nog antwoord over de symptoomreclame. De commissie van de Stichting Code Geneesmiddelenreclame, de Keuringsraad Openlijke Aanprijzing Geneesmiddelen (KOAG), de IGZ en de Reclame Code Commissie gaan om tafel zitten om te kijken in hoeverre de normen verhelderd kunnen worden en nader kunnen worden bepaald. Eind dit jaar zal dat duidelijkheid met zich meebrengen over wat aangrijpingspunten zijn voor de handhaving om symptoomreclame te bestrijden daar waar het echt niet kan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Wanneer komt dat stappenplan? Zijn de jonge apothekers ook bij het gesprek aanwezig?

Minister **Klink**: Over dat laatste moet ik nadenken. Ik ga daar niet op voorhand ja op zeggen. Ik informeer u schriftelijk wanneer er een stappenplan kan zijn.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Een richting dan? Dit kan natuurlijk niet. Er is heel veel gedoe hierover en de minister kan niet eens aangeven wanneer wij het stappenplan kunnen verwachten.

Minister **Klink**: Dat heeft niets te maken met de minister die iets niet kan aangeven. Ik heb zo-even de condities geschetst waar de NZa mee bezig is en gezegd dat die in de loop van volgend jaar komt met de prestatiebeschrijvingen. Ik heb aangegeven dat ik bericht over de bereikbaarheid van de zorg en dat ik binnenkort meld welke stukken c.q. verkenningen en beslissingen noodzakelijk zijn om te kwaliteit en de bereikbaarheid te garanderen. Ik ga inzichtelijk maken hoe wij aan die randvoorwaarden gaan voldoen en ik zal binnen zeer afzienbare tijd melden wanneer ik daarover met een stuk kom.

De **voorzitter**: Kunt u dat voor het eind van de maand naar ons sturen?

Minister **Klink**: Ik ga een poging wagen. Mocht het niet kunnen dan laat ik u dat schriftelijk weten.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Wanneer vindt het overleg plaats? Nu de minister niet wil aangeven of hij de jonge apothekers daar wel of niet bij uitnodigt – dat lijkt mij uitermate vreemd, want je gaat niet over iemand praten als hij er niet bij is – wil ik voor die tijd horen of die jonge apothekers erbij zijn. Dan kunnen wij als het nodig is nog proberen om de minister te beïnvloeden.

Minister **Klink**: Dat gaat u vast lukken. Het moet allemaal inplanbaar zijn en wij moeten een goede agenda maken, dus ik ga niet uit de losse pols een datum noemen. Dat gaat snel gebeuren, als het even kan nodig ik de jonge apothekers daarbij uit tenzij er belemmeringen zijn. Die zie ik niet op voorhand, dus de intentie is er. En dat is meer dan alleen maar prietpraat.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kondig aan dat ik een verslag algemeen overleg wil. Dat is geen verrassing gezien het onbevredigende debat.

De **voorzitter**: Nee, gezien uw partij.

De heer **Van Gerven** (SP): En gezien mijn partij, zeker.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Graag hoor ik wanneer de minister wat terugkoppelt over de griepvaccins die al dan niet ter beschikking worden gesteld aan ontwikkelingslanden.

Minister **Klink**: Dat hangt onder andere af van leveringsschema's, van de beslissing of wij middelen gaan verkopen en van de vraag wanneer eventueel te verkopen middelen überhaupt beschikbaar zijn en de mate waarin er dan nog belangstelling voor is. Al die vragen komen nog aan de orde. Wij hebben vanmiddag een gesprek met degenen die daar in het kabinet over gaan en wij zullen ons dan over een aantal van deze vragen buigen. Zodra daar een beslissing over genomen moet en zal worden, laat ik het u weten.

#### TOEZEGGINGEN

De **voorzitter**: De volgende toezeggingen zijn gedaan:

- De Kamer krijgt inzicht in de stappen die de minister zal nemen in het jaar 2010 en in de randvoorwaarden waaronder wij in 2011 tot vrije tarieven overgaan. De Kamer krijgt hierover deze maand bericht of de uitleg waarom dat bericht deze maand niet kon.
- De Kamer krijgt de prestatiebeschrijvingen van de apotheek.
- De Kamer krijgt de beleidsagenda vervalste geneesmiddelen.
- De minister zal met UVIT spreken over de wijze waarop preferente geneesmiddelen worden uitgegeven en de Kamer daarvan in kennis stellen.
- De Kamer ontvangt schriftelijk de Europese consequenties van de motie-Zijlstra.
- De Kamer ontvangt schriftelijk antwoord over de casus van mevrouw Agema over het incontinentiemateriaal.
- Er komt binnen afzienbare tijd een gesprek met zorgverzekeraars en de KNMP waarbij de positie van de jonge apothekers aan de orde komt. Mogelijk zullen de jonge apothekers zelf aan het gesprek deelnemen.
- De Kamer krijgt een brief over de versnelling van de goedkeuring van nieuwe geneesmiddelen.
- Er wordt schriftelijk teruggekomen op het hepatitis B-vaccin.