

Vergaderjaar 2003–2004

27 428

Beleidsnota Biotechnologie

27 543

Toepassing van genetica in de gezondheidszorg

29 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004

Nr. 46

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 2 maart 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 28 januari 2004 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- de brief van de minister van VWS van 17 mei 2002 over motie 27 428/27 543, nr. 22, met betrekking tot de toegang tot wees-geneesmiddelen en de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen (Kamerstuk 27 428/27 543, nr. 35);
- de brief van de staatssecretaris van VWS van 28 augustus 2002 over de beleidsvisie uitgavenontwikkeling biotechnologische geneesmiddelen (Kamerstuk 27 543, nr. 7);
- de brief van de minister van VWS van 12 maart 2003 over het CVZ-rapport «Herziening voorwaarden aanpak cholesterol-verlagende middelen» (VWS-03-05);
- de brief van de minister van VWS van 19 augustus 2003 over de inkoopvergoeding apotheekhoudenden (Kamerstuk 28 600, XVI, nr. 150);
- de brief van de minister van VWS van 6 oktober 2003 over het alternatief voor de eigen bijdrage geneesmiddelen (Kamerstuk 29 200, nr. 52);
- de brief van de minister van VWS van 21 oktober 2003 over de uitspraak van het Gerechtshof Arnhem in het hoger beroep Amicon (VWS-03-1422);
- de brief van de minister van VWS van 22 oktober 2003 over de kortingen en bonussen maatregel Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Kamerstuk 29 200, XVI, nr. 16);
- de brief van de minister van VWS van 31 oktober 2003 over het (middel)lange termijn geneesmiddelenbeleid (Kamerstuk 29 200, XVI, nr. 21);
- de brief van de minister van VWS van 19 december 2003 over het IGZ Handhavingplan Reclametoezicht 2003 (VWS-03-1936).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Schippers** (VVD) mist in de stukken en plannen een gevoel van urgentie. Wanneer verwacht de minister dat er werkelijk een omslag in het

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), De Grave (VVD), voorzitter, Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Luchtenveld (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjong-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

systeem komt en dat er prijsconcurrentie zal zijn in plaats van margeconcurrentie? Wanneer krijgt de zorgverzekeraar de regie over de inkoop in plaats van de apotheker? Zij is van mening dat slechte overheidsregulering de oorzaak is van deze problematiek. Wetten zijn tegenstrijdig en ineffectief en leiden tot een ondoorzichtig systeem dat oneigenlijke posities schept en perversies. Haar uitgangspunt is dat de rol, taak en verantwoordelijkheid van alle partijen in de farmakolom helder en eenduidig moeten zijn. Wet- en regelgeving moeten hierop zijn gericht, maar dit komt niet in de nota van het kabinet tot uitdrukking.

Het meest opvallend is dat er nauwelijks aandacht wordt besteed aan de positie van de voorschrijver terwijl zijn rol cruciaal is in ieder model en ieder beleid; zonder zijn pen is er geen recept. De voorschrijver moet belang krijgen bij het zinnig en zuinig voorschrijven van geneesmiddelen. Bij de overheveling van geneesmiddelen van het tweede naar het derde compartiment rekent het kabinet rustig de helft in als verlies door negatieve substitutie. Het rekent verder met een aanzienlijk verlies door de overschakeling van uit patent gelopen geneesmiddelen naar geneesmiddelen die nog in patent zijn. Een andere verliespost bestaat uit de grote hoeveelheden medicijnen die worden weggegooid, omdat zij niet worden gebruikt. Toch wordt pas aan het einde van het stuk gesteld dat het kabinet instrumenten zal creëren die zorgverzekeraars de mogelijkheid geven om het voorschrijfgedrag van artsen te monitoren en om hun te belonen voor doelmatig voorschrijven. Hiermee zou het verhaal moeten beginnen; die maatregelen moeten morgen nog worden ingevoerd.

Al jaren wordt gesproken over de vraag of de apotheker zorgverlener en handelaar moet zijn. Van de jarenlange opleiding van de apotheker tot farma-expert wordt in de praktijk onvoldoende gebruik gemaakt.

Mevrouw Schippers wijst erop dat het modulair apotheektarief de mogelijkheid biedt om extra zorgverlening door de apotheker te stimuleren. Zij pleit voor het liberaliseren van de apothekersmarkt door verlaging van de toetredingsdrempels. Door het afschaffen van artikel 19 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zal de apotheker zijn farmaceutische kennis veel breder en intensiever kunnen inzetten en toepassen.

Zij onderschrijft het voornemen van het kabinet om de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij de zorgverzekeraar te leggen. Hoe de zorgverzekeraars die verantwoordelijkheid zullen invullen, is hun zaak. De nieuwkomers Etos en DA zijn een goed voorbeeld van apothekers die volledig inzicht geven in de kosten van de medicijndistributie. Deze uitbesteding van de inkoop is efficiënt.

De aanpassing van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een belangrijk onderdeel van de voorstellen van het kabinet. De geneesmiddelen in een cluster worden als therapeutisch vervangbaar beschouwd. De Kamer heeft de regering in de motie-Van Blerck c.s. gevraagd om afschaffing van het GVS. Het kabinet voert die motie niet uit en stelt het GVS juist centraal met een nieuwe extra functie in het geneesmiddelenbeleid. Het is van mening dat de vraagzijde – in dit geval de zorgverzekeraars – onvoldoende sterk is om marktwerking tot stand te brengen zonder vergoedingslimieten. Mevrouw Schippers vindt dit een sleets verhaal. Als de zorgverzekeraars die verantwoordelijkheid niet kunnen waarmaken, zouden zij die ook niet moeten krijgen.

Zij wijst erop dat haar fractie voorstander is van prijsconcurrentie. Zij heeft geen bezwaar tegen bijbetaling van het verschil als patiënten zelf kiezen voor een duurder geneesmiddel dan noodzakelijk is, maar dit moet wel marktconform en transparant verlopen. Zij deelt de doelstellingen van het kabinet, maar vraagt of die met de voorstellen voor het GVS kunnen worden bereikt.

In de clusters van het GVS zijn geneesmiddelen opgenomen die onderling niet vervangbaar of inwisselbaar zijn doordat er substantiële verschillen zijn in de werkzaamheid. Generieke middelen kunnen uiteraard wel met elkaar concurreren, maar in de praktijk bevat een cluster ook middelen die

weliswaar zijn gericht op dezelfde kwaal, maar die wel andere stoffen bevatten. Vanuit medisch oogpunt is het riskant om ervan uit te gaan dat al die middelen onderling kunnen worden uitgewisseld. Het kabinet beschouwt innovaties die op 1a worden ingedeeld niet als echte innovaties. Ook al is dit soms terecht, het is niet per definitie het geval. De keerzijde van de huidige situatie is dat prijsconcurrentie ook bij innovaties zo goed als afwezig is. Door het ontbreken van prijsconcurrentie zijn patentmiddelen te duur. De voorstellen van het kabinet zullen wel leiden tot een prijsverlaging van patentmiddelen op 1a, maar het is de vraag of betere nieuwe geneesmiddelen nog wel financieel bereikbaar zijn voor de patiënt. Als dit niet het geval is, zal vooral incrementele innovatie worden ontmoedigd. Het is naïef te veronderstellen dat innovaties altijd fundamenteel kunnen zijn.

Uit het kabinetsbeleid volgt dat de patiënt goed geïnformeerd moeten zijn over de verschillen tussen en de voor- en nadelen van bestaande geneesmiddelen. Hij moet immers een afweging maken van verschillende medicijnen en de kosten daarvan. Het is niet duidelijk waar de patiënt die specifieke gecompliceerde medische informatie kan verkrijgen. De arts zou die informatie kunnen verstrekken, maar ook de farmaceutische industrie. Dit laatste is in Nederland echter niet toegestaan. Verder kan gebruik worden gemaakt van de informatie in het Geneesmiddelenbulletin. Het is echter de vraag of de patiënt zelf kan beoordelen waarom het duurderde middel beter geschikt is voor hem.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) zal een uitvoeringstoets uitvoeren van een eventuele nieuwe clusterindeling. Daarin wordt ook de medische noodzaak meegenomen om een specifiek middel te gebruiken. Dit is eigenlijk een hardheidsclausule, een soort vangnet. Voor uitzonderingssituaties is dit een goed systeem, maar niet als blijkt dat daarvan bij een van de twee recepten moet worden afgeweken door een medische noodzaak. Dan is er alleen sprake van een administratieve lastenverzwaring voor de voorschrijver die zijn keuze moet onderbouwen. Mevrouw Schippers zegt dat zij haar oordeel over de voorgestelde maatregel opschort tot die toets is uitgevoerd. Zij gaat ervan uit dat de dilemma's die zij heeft geschetst daarin zullen worden meegenomen.

Een prijzenwet voor patentloze geneesmiddelen wijst zij zonder meer van de hand. De Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) werkt goed, omdat zij betrekking heeft op middelen die van nature gebrek hebben aan concurrentie. Het kenmerk van patentloze geneesmiddelen is nu juist dat er prijsconcurrentie kan plaatsvinden. Die concurrentie vindt plaats aan de poort van de apotheek in de vorm van margeconcurrentie. Het is de kunst om die concurrentie ten goede te laten komen aan de premiebetaler.

Regelgeving frustreert de markt en de overheid is er de oorzaak van dat er veel te veel moet worden betaald voor deze medicijnen. In plaats van het opschonen van alle belemmerende regelgeving kiest de overheid voor het oude versleten middel van ingrijpen. Het resultaat dat hiermee in de afgelopen 15 jaar is geboekt, is bekend. De overheid heeft geen idee van de werkelijke prijs en kan die dus ook niet scherp vaststellen. Als zij er boven zit, wordt het verschil door iemand in zijn zak gestoken en als zij onder zit, wordt de kostprijs niet gehaald en zal het medicijn van de markt verdwijnen. Dit leidt dan weer tot substitutie naar duurder geneesmiddelen. Het uiteindelijke resultaat is dat de premiebetaler teveel betaalt. Het huidige systeem kent alleen verliezers. De «claw back»-maatregelen hebben het systeem alleen maar versterkt. Daarom moet zo snel mogelijk worden overgegaan op een systeem met prijsconcurrentie waarin de voordelen ten goede komen van de premiebetaler. Dit systeem moet leiden tot een heldere rolverdeling met instrumenten die passen bij de verantwoordelijkheden met een beloning voor geleverde prestaties. De patiënt moet de beschikking krijgen over een elektronisch patiëntendossier waarin de medicatiegegevens zijn opgenomen. Ook door de vermelding van de prijs op het etiket wordt de patiënt serieuzer genomen.

De heer **Nawijn** (LPF) heeft waardering voor het nieuwe systeem dat nu wordt voorgesteld al is het misschien niet op alle onderdelen goed. Er moet nu toch echt iets gebeuren. Hij onderschrijft de uitgangspunten van het kabinet: meer concurrentie, meer gereguleerde marktwerking, verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Er moet zo snel mogelijk een doorzichtig systeem worden ingevoerd. Het staat vast dat het huidige systeem niet voldoet; de kosten van geneesmiddelen rijzen de pan uit. Alleen door nieuwe maatregelen kan worden voorkomen dat de premies aanzienlijk moeten worden verhoogd.

Het is een goede gedachte om de zorgverzekeraars sturingsmiddelen te geven voor de inkoop van geneesmiddelen. Wat betekent dit voor de apotheker? Tot nu toe is hij ook een gewone ondernemer, maar na de duidelijke scheiding wordt hij vooral zorgverlener. Kan de apotheker dan nog wel ondernemer zijn?

De minister gaat uit van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Dit is een goed uitgangspunt mits de patiënt/consument daarbij wordt geholpen. Hij heeft informatie nodig, maar nu durven sommige patiënten hun zorgverzekeraar zelfs nauwelijks te benaderen, ook al heeft die een zorgplicht. De patiënt moet zijn eigen verantwoordelijkheid kunnen waarmaken en een eigen bijdrage zal die mogelijkheid belemmeren. De consument moet toch een instrument hebben. Hoe denkt de minister dit te bereiken? De heer Nawijn onderschrijft de suggestie van een hardheidsclausule.

De opmerkingen over het gebruik van het goedkoopste medicijn roepen ook de nodige vragen op. Wie maakt uit of het goedkoopste medicijn wel kan worden toegepast naast de andere medicijnen die de patiënt wellicht gebruikt? Het goedkoopste medicijn is immers niet altijd het beste voor de patiënt. Bovendien reageert iedere patiënt anders op medicijnen en soms doen zich onverwachte bijwerkingen voor. Hij betwijfelt of deze beslissingen kunnen worden overgelaten aan de zorgverzekeraars.

Het kabinet gaat nogal gemakkelijk voorbij aan de lastendruk die dit systeem met zich meebrengt. Het probeert de lasten te verlagen en de bureaucratische rompslomp in de gezondheidszorg terug te dringen. Waar richt het kabinet zich op? Nu wordt er te veel tijd en geld verspild door de administratieve lasten in de zorg.

Ook aan de volumegroei voor nieuwe dure geneesmiddelen wordt gemakkelijk voorbij gegaan. In de afgelopen jaren zijn er nieuwe geneesmiddelen ontwikkeld die vaak erg kostbaar zijn. Die geneesmiddelen zullen in toenemende mate worden gebruikt. De vraag is nu hoe de kosten van die medicatie in de hand kunnen worden gehouden. Hierbij komen natuurlijk ook ethische vragen aan de orde. Welk beleid staat de minister voor ogen?

Mevrouw **Arib** (PvdA) stelt twee vragen centraal: hoe kan ervoor worden gezorgd dat patiënten de geneesmiddelen krijgen die zij nodig hebben en hoe kan ervoor worden gezorgd dat de premieopbrengsten worden besteed aan de zorg in plaats van te verdwijnen in de zak van de apotheker. Zij dringt erop aan dat er keuzes worden gemaakt. Wordt er gekozen voor de scheiding tussen handel en zorg, voor ondoorzichtige bonussen en kortingen voor apotheekhoudenden, oplopende kosten voor geneesmiddelen en stijgende premies of voor een effectieve verlaging van de geneesmiddelenkosten? Wordt er gekozen voor een structurele aanpak van de hoge kosten van geneesmiddelen en voor een structureel geneesmiddelenbeleid op termijn of voor de gemakkelijke weg en laat de overheid zich weer van het rechte pad afbrengen door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die als een leeuw vecht voor de eigen belangen van de apothekers? Durft de minister in tegenstelling tot zijn voorgangers wel voor een heldere aanpak te kiezen of laat hij zich zand in de ogen strooien door een kortetermijnoplossing te accepteren waarvoor hij later flink zal moeten betalen?

Naar verluidt wordt aan het einde van de week het overleg tussen het ministerie van VWS, de KNMP en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voortgezet. In dit overleg zou worden gesproken over een voorstel van de KNMP om de prijzen beperkt te verlagen in ruil voor andere zaken. Wil de minister aangeven wat er naar zijn mening zal worden besproken? Weet hij welke voorstellen KNMP en ZN zullen doen? Welke inzet kiest hij in dit gesprek? Wil hij toezeggen dat hij een eventuele «deal» eerst aan de Kamer zal voorleggen?

Het moet duidelijk zijn wat de netto-opbrengst van eventuele afspraken is, ook voor de langere termijn. Wat betalen de premiebetaler en de overheid voor enige rust op korte termijn? Welke instrumenten hebben de minister en de zorgverzekeraars dan nog om de oplopende kortingen voor apothekers af te remmen? Heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) advies uitgebracht aan het ministerie van VWS over de voorstellen van de KNMP? Zo ja, hoe luidt dit advies? Vindt de minister dat dit verantwoord beleid is in een periode waarin mensen worden geconfronteerd met stijgende premies, een uitgekleed pakket, dreiging van verdere beperking, hogere eigen bijdragen en onduidelijke compensaties? Wat blijft er zo nog over van het standpunt van het kabinet voor de middellange termijn?

Mevrouw Arib is van mening dat het ook anders kan. Het herroepen van de maatregel-De Geus kost 36 mln euro per maand en levert de ziekenfondsen een gat op van 250 mln euro. Moeten de ziekenfondsverzekerden daarvoor de rekening betalen terwijl de apothekers hun kortingen behouden? De premies voor 2004 zijn al vastgesteld, maar een aantal ziekenfondsen staat het water aan de lippen. In antwoord op schriftelijke vragen laat de minister weten dat de ziekenfondsbudgetten kunnen worden aangepast als de uitgaven van de ziekenfondsen door externe, niet-beheersbare oorzaken aanzienlijk afwijken van de ramingen waarop de budgetten zijn gebaseerd. Zij gaat ervan uit dat het herroepen van de maatregel-De Geus als zo'n oorzaak kan worden aangemerkt en dat de minister bereid is om de budgetten aan te passen. Wil hij dit opnemen met zijn collega van Financiën?

Welk standpunt neemt ZN in dit debat in? In het kader van de bedrijfsvoering schijnt ZN hoge prioriteit te geven aan de gevolgen van het herroepen van de maatregel-De Geus voor de budgetten en de premie. Nu zich het politieke moment aandient voor een wettelijk structureel geneesmiddelenbeleid en een regierol voor de verzekeraar daarin, is het ongrijpelijk dat niet wordt gekeken naar de verdiensten van de verschillende verzekeraars die hebben geprobeerd hebben hieraan vorm te geven. Mevrouw Arib dringt erop aan dat de FIOD-ECD zo snel mogelijk een onderzoek doet naar de opbrengst van de inkoop van geneesmiddelen en de werkelijke kosten van de bedrijfsvoering. Niemand weet immers wat de apothekers verdienen. Daarnaast moet het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) vaststellen welke kosten kunnen worden doorberekend. In het kabinetsstandpunt wordt aangekondigd dat het kabinet periodiek onderzoek zal doen naar de samenstelling, omvang en spreiding van de geldstromen, het inkomsten- en uitgavenpatroon van apotheken en naar de mogelijkheden om zorgverzekeraars verder te instrumenteren. Zij vraagt de minister om toe te zeggen dat hij dit zo snel mogelijk oppakt. De wijziging van het Verstrekkingsbesluit is een stapje op de goede weg. De patiënt heeft alleen recht op het goedkoopste middel en de apotheek moet dit afleveren. Het Verstrekkingsbesluit grijpt aan op het hele GVS-cluster. Dit zou de verzekeraar de macht geven alleen bepaalde toedieningsvormen aan te wijzen. Dit kan beter als het preferentiebeleid wettelijk wordt vastgelegd. Als de verzekeraar het goedkoopste middel binnen het cluster kan aanwijzen, wordt geregeld dat hij de laagste prijs vergoedt van middelen met een gelijke toedieningsvorm, werkzame stof en sterkte. Apothekers kunnen nu weigeren een contract te sluiten met een verzekeraar die een preferentiebeleid wil voeren. Door een wettelijke regeling zou de apotheker deze stok achter de deur worden ontnomen.

Hoe ziet de minister de regierol van de verzekeraars als zij niet eens een preferentiebeleid kunnen voeren?

Zij onderschrijft het uitgangspunt dat de arts autonomie heeft bij de voorschrijving. De arts zou dan wel op stofnaam moeten voorschrijven en niet op merknaam. Het voorschrijfgedrag van de arts wordt echter beïnvloed door de farmaceutische industrie die nieuwe middelen aanprijst. Daarom moet ook de arts op zijn verantwoordelijkheid worden aangesproken om te voorkomen dat de kosten uit de hand lopen. Natuurlijk kan de arts om medische redenen een ander medicijn voorschrijven, maar hij zou zich wel moeten realiseren dat de onderzoeken van de medische industrie over de bijwerking van bepaalde medicijnen niet altijd betrouwbaar zijn. Als er een goed goedkoop middel beschikbaar is en er wordt toch om andere middelen gevraagd, zou de verzekeraar alleen het goedkoopste middel moeten vergoeden. Als de patiënt een duurder middel wil met dezelfde werking, zal hij moeten bijbetalen. De maatregel moet een hardheidsclausule bevatten opdat chronisch zieken op medische indicatie een ander middel kunnen krijgen zonder dat zij daarvoor hoeven bij te betalen. Mevrouw Arib pleit voor een scheiding tussen zorg en inkoop. De minister schrijft dat hij een instrument zal ontwikkelen om te kunnen ingrijpen in de prijsontwikkeling van patentloze geneesmiddelen. Hoe en wanneer zal hij dit doen? Het GVS moet dynamisch zijn en zodanig worden aangepast dat de prijs van het laagst geprijsde middel veel zwaarder meeweegt in de clusterlimiet. Het GVS zou iedere twee jaar moeten worden geijkt. De Wet op de geneesmiddelenprijzen zou moeten worden gebruikt voor verlaging van de prijs. Tot nu toe wordt uitgegaan van de gemiddelde prijs in de omringende landen, maar in plaats daarvan zou voor de laagste prijs moeten worden gekozen. Wanneer zal de minister de Kamer een aangescherpte prijzenwet voorleggen?

Hoe wil hij voorkomen dat chronisch zieken overstappen op duurdere middelen die wel worden vergoed als de zelfzorgmiddelen niet langer worden vergoed? Kan hij overzien in hoeverre dit nu het geval is? Wat zijn de gevolgen van deze maatregel voor chronisch zieken? Volgt hij dit nu? Is hij bereid de Kamer hierover te informeren?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een brief geschreven over het reclamebesluit met een mooie doelstelling onder de kop «output». De Kamer heeft echter geen tussentijdse rapportage ontvangen over de handhaving van het reclamebesluit. Op welke lacunes in de bestaande wet- en regelgeving is de inspectie gestuit?

Wanneer kan het advies van de CVZ over de vergoeding van weesgeneesmiddelen tegemoet worden gezien? Denkt de minister dat hij iets kan doen aan de onbegrijpelijk lange periode die verstrijkt tussen het moment dat een geneesmiddel een Europese handelsvergunning krijgt en het moment dat het in Nederland wordt verstrekt en vergoed? Hoe denkt hij te kunnen voorkomen dat patiënten die een duur weesgeneesmiddel nodig hebben, dit alleen krijgen als hun ziekenhuis daarvoor nog voldoende budget heeft?

De heer **Buijs** (CDA) zegt dat hij in zijn betoog de patiënt centraal stelt. Hij gaat uit van twee vragen, namelijk wat betekenen deze voorstellen voor de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening voor de patiënt en wat betekenen zij voor de betaalbaarheid, dat wil zeggen: wordt de patiënt er slechter van en moet hij al of niet bijbetalen.

Hij stelt met klem dat deze kwestie al heel lang sleept. Het ontbreekt in de stukken niet alleen aan een gevoel voor urgentie, zij ademen ook onmacht uit. Hoe kan worden verklaard dat dit vraagstuk nog steeds niet is opgelost? In maart 2003 zijn met minister De Geus drie afspraken gemaakt, namelijk dat er voor 1 juli een voorstel zou worden gedaan voor een nieuw systeem waarin zorg en handel worden gescheiden, dat de patiënt hier niet de dupe van zou worden door een afnemende kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening en dat er een vangnet zou komen voor de

apotheehoudenden die er ongeoorloofd op achteruit zullen gaan. Op 1 januari jongstleden zouden zorg en handel al gescheiden zijn, maar dit is nog steeds niet tot stand gekomen. De heer Buijs betreurt dit ten zeerste, want de voorstellen die nu worden gedaan voor de middellange termijn zouden wel eens een substituut kunnen zijn, omdat dit probleem niet kan worden opgelost.

Op de laatste bladzijde van de uitspraak van de rechter over de intrekking van de «claw back»-regeling staat dat het overleg in december over het Verstrekkingenbesluit wel eens geheel van tafel zou kunnen zijn door die uitspraak. Hoe denkt de minister hierover? Is er toch weer een impasse ontstaan en is de scheiding van zorg en handel weer verder achter de horizon verdwenen? De heer Buijs benadrukt dat hij van mening is dat die scheiding zo snel mogelijk tot stand moet komen. Het kabinet schijnt een afspraak te hebben gemaakt dat het bij het uitblijven van een afspraak een nieuwe algemene maatregel van bestuur zal uitbrengen. Hij pleit ervoor dat die zo snel mogelijk aan de Kamer wordt voorgelegd als het overleg niets oplevert. Kamerbreed bestaat er overeenstemming over het feit dat de bonussen en kortingen zo snel mogelijk moeten worden afgeschaft. Uitstel zou ten koste van de premies kunnen gaan. Dit legt een extra druk op de regering om zo snel mogelijk maatregelen te treffen.

Eigenlijk zou het GVS moeten worden afgeschaft, zo vervolgt hij. In plaats van margeconcurrentie moet er prijsconcurrentie ontstaan. In dit kader is het wellicht wenselijk dat de Wet op de geneesmiddelenprijzen boven de markt wordt gehouden als er een geliberaliseerd systeem wordt ingevoerd. Dit past waarschijnlijk ook beter in het Europese context dan de huidige maatregelen. Gevreesd moet worden dat het GVS op langere termijn meer bezwaren oproept dan oplossingen biedt. Hij verwijst naar de motie Van Blerck c.s. Er moet eerst een structuur worden opgezet en als het duidelijk is wat die oplevert, zal hij de gemiddelde geneesmiddelenprijs accepteren zoals die nu wordt gehanteerd in de Wet op de geneesmiddelenprijzen. Als dit niet lukt, kan de minister de vrije hand krijgen om eventueel de laagste prijs vast te stellen.

De heer Buijs voegt hieraan toe dat hij wil weten wat het resultaat is van de kortingen en bonussen, omdat de overschrijdingen van de kosten voornamelijk in het distributiekanaal worden gemaakt. De prijzen van de geneesmiddelen die via de groothandel van de fabriek worden afgeleverd, zijn niet te hoog in Nederland. De prijzen worden vastgesteld op basis van een gemiddelde van de prijzen in de drie omringende landen. De minister schrijft in zijn brief dat hij in een structuur waarin prijsconcurrentie mogelijk is, over een instrument moet kunnen beschikken om te kunnen ingrijpen als die prijzen uit de hand lopen. De heer Buijs vindt dat het niet aan de Kamer is om nu initiatieven te nemen.

Mag uit de opmerkingen van de minister worden afgeleid dat de herijking van het GVS als een substituut moet worden beschouwd voor het geval dat de opbrengst van het kortingen- en bonussysteem niet wordt gehaald of zijn de maatregelen aanvullend op elkaar? In het laatste geval zal de geraamde besparing van het GVS niet worden gehaald.

Bij de herijking van het GVS moet voorop staan dat de kwaliteit van de zorg niet achteruit gaat. Deze aanpassing mag er niet toe leiden dat de patiënt aan het einde de rekening moet betalen, een rekening die niet is voldaan door de apotheehoudenden. Dit betekent dat de clusters niet zodanig mogen worden samengesteld dat de therapeutische substitutie voor rekening komt van de patiënt. In een recent rapport van Pharmo wordt aangegeven dat in dat geval 75 000 patiënten meer dan 100 euro per jaar moeten bijbetalen en 60 000 mensen meer dan 500 euro per jaar. Dit is onacceptabel, aldus de heer Buijs. De kosten moeten worden goedgemaakt waar zij zijn gemaakt en waar de overschrijdingen zijn gemaakt. Er wordt wel gesteld dat door deze plannen de innovatie van de farmaceutische industrie in gevaar kan komen. Is de minister bereid om met de

minister van Financiën te overleggen of er wellicht een speciale fiscale maatregel kan worden getroffen om die innovatie in ons land te bevorderen?

In het kader van de afschaffing van artikel 19 van de WVG is de uitdrukking «een vent per tent» gebruikt. Op dit moment ligt dit voorstel bij de Kamer. De heer Buijs zegt dat dit wringt, omdat in hetzelfde wetsvoorstel de apotheker zorgverlener wordt gemaakt; zijn aanwezigheid in de apotheek is dus noodzakelijk.

Het is een goede gedachte om de prijs op het etiket te vermelden, want daarmee wordt het prijsbewustzijn gestimuleerd. Hij wijst erop dat er veel geneesmiddelen worden weggegooid waarmee grote bedragen zijn gemoeid. Apothekers zijn bevreesd om geneesmiddelen terug te nemen. Hij pleit ervoor dat verpakte geneesmiddelen die zeer kort tevoren zijn afgeleverd, bijvoorbeeld binnen een week kunnen worden teruggebracht waarna ze opnieuw kunnen worden uitgegeven.

Hij deelt de conclusies in het rapport van het CVZ over cholesterol-verlagende middelen en ziet de reactie van het kabinet daarop met belangstelling tegemoet.

Het onderwerp eigen bijdrage geneesmiddelen zal op een later moment – als het onderzoek van het Centraal Planbureau is afgerond – zeker opnieuw op de agenda komen. Dit moet in ieder geval ruim voor 1 januari 2005 gebeuren.

Hij gaat akkoord met het voorstel voor het reclametoezicht. In februari zal de inspectie een rapport uitbrengen over dit onderwerp. Is de minister bereid dit vergezeld van zijn standpunt aan de Kamer toe te zenden?

De aandacht voor weesgeneesmiddelen lijkt een beetje te zijn weggezaakt.

In april bestaat de Stuurgroep weesgeneesmiddelen drie jaar. Wil de minister de Kamer voor de zomer informeren over de activiteiten, de resultaten en het belang van de stuurgroep, mede met het oog op de voortzetting van de financiering? Dit is een belangrijke activiteit. Er is toegezegd dat er een lichtere CVZ-procedure zou komen voor de toelating. Toch lijkt de toelating van weesgeneesmiddelen niet altijd vlekkeloos te verlopen. Welke criteria hanteert het CVZ voor de toelating van geneesmiddelen? De heer Buijs pleit ervoor dat die wat soepeler worden gehanteerd.

Hij deelt de zorgen over de voornemens met betrekking tot de zelfzorgmiddelen.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) vindt het goed dat de minister structureel beleid wil voeren om de prijzen van geneesmiddelen aan te pakken, want iedereen zal toch schrikken van de voorspelling dat de bonussen en kortingen dit jaar zullen oplopen tot 850 mln euro. Aan die waanzin moet een einde komen, maar de vraag is hoe. Er zijn twee mogelijkheden: een wet op de geneesmiddelenprijzen of de inkoop in handen geven aan een andere partij dan de apothekers en iets doen aan de vergoedingen via het GVS. De minister lijkt voor de kortere termijn de voorkeur te geven aan de laatste mogelijkheid en kiest dus niet voor een wet. Het is niet duidelijk waarom. Als er een maximale prijs wordt vastgesteld, kan er onder dat niveau concurrentie plaatsvinden. Waarom kiest de minister niet voor een wet? Laat hij zich leiden door de wens om tot deregulering te komen en, zo ja, wat bedoelt hij daarmee in dit geval?

De minister stelt voor om het inkoopmandaat bij de apothekers weg te halen en de inkoop in handen te geven van de zorgverzekeraars. Deze scheiding van handel en zorg is een goede gedachte. Zijn voorstel om de zorgverzekeraars door middel van de sturing van de markt de rol van de overheid te laten overnemen, is dat niet, want het is de vraag wie de verzekeraars zal controleren. Zij zullen met de farmaceutische industrie de inkoop gaan regelen en wie ziet daar op toe? Hoe kan worden gegarandeerd dat de bonussen- en kortingenproblematiek die nu nog enigszins zichtbaar is, zich niet verplaatst en dat de verzekeraars bonussen en

kortingen of andere voordelen voor zichzelf zullen inboeken zonder dat de overheid daar zicht op heeft? Onderkent de minister dit risico en, zo ja, hoe denkt hij dit te kunnen voorkomen? Zij voegt hier nog aan toe dat haar voorkeur uitgaat naar een wettelijke regeling van de geneesmiddelenprijzen.

Waarom verwacht hij dat de zorgverzekeraars goedkoop zullen inkopen en dat zij het voordeel zullen doorberekenen in een goedkopere premie voor de verzekerden? Waarom wil hij geen expliciet wettelijk inkoopmandaat voor de zorgverzekeraars? Uit de brief van 31 oktober jongstleden blijkt dat het kabinetsbeleid in ieder geval gestoeld is op een hoop ruzie. Het is de stuurgroep blijkbaar niet gelukt om alle partijen op een lijn te krijgen. Dit vraagt toch om een krachtige rol van de overheid.

Overigens zullen de zorgverzekeraars in de toekomst niet langer kunnen concurreren op het basispakket. Zij zullen zich dus richten op de aanvullende verzekeringen waarvan zij mensen gewoon kunnen uitsluiten. Zullen zij zich dan nog zorgen maken over de hoogte van de reguliere premie?

Het GVS moet worden aangepast om het mogelijk te maken dat alleen het goedkoopste middel per cluster wordt vergoed. Dit mag er niet toe leiden dat patiënten die toch een ander geneesmiddel nodig hebben, moeten bijbetalen. Dit kan ook gelden voor een andere toedieningswijze. Is de minister het ermee eens dat een patiënt die bijvoorbeeld allergisch is voor het goedkoopste middel, zonder bijbetaling een ander middel moet kunnen krijgen? De schatting van Pharmo over het aantal mensen dat zal moeten bijbetalen, is toch wel erg zorgelijk. Ook nu zijn weer de chronisch zieken, gehandicapten en oudere mensen in het geding en zij moeten al zoveel bijbetalen. Mevrouw Tonkens gaat ervan uit dat de minister dit wil voorkomen en vraagt hem om dit te bevestigen.

Zij is van mening dat de arts het eerste en het laatste woord moet hebben over de vraag wat medisch noodzakelijk is en wat niet. Dit kan in een cluster op een grove manier vorm krijgen, maar de arts moet het maatwerk leveren. Is de minister het hiermee eens? Kan hij dit garanderen? Zij is verder van mening dat artsen vrij moeten kunnen voorschrijven. Dit betekent echter niet dat hier allerlei prijsprikkels moeten worden ingevoerd. Als de artsen prijsbewust worden gemaakt, zullen de meesten toch wel genegen zijn om zuinig te zijn en goedkope medicijnen voor te schrijven als dat mogelijk is. De keuzevrijheid moet bij de arts liggen en niet zozeer bij de patiënt. De laatste hoeft ook niet over de informatie te kunnen beschikken. Daarvoor is de arts als eerste aangewezen en die zou in goed overleg met de patiënt een beslissing moeten nemen.

In het licht van de onafhankelijke positie van de arts is het belangrijk dat het reclametoezicht wordt gehandhaafd. Mevrouw Tonkens maakt daarom bezwaar tegen het voorstel om de omvang van sector reclametoezicht te beperken. Volgens het Nederlands Instituut voor Medicijngebruik zijn de regels voor gunstbetoon het afgelopen jaar verruimd waardoor zij nog lastiger te controleren zijn. Deelt de minister dit oordeel? Wat denkt hij hieraan te kunnen doen?

Zij herhaalt dat zij de scheiding van zorg en handel een goede zaak vindt. De apotheker zou zich moeten concentreren op de zorg. Zij vraagt een toelichting op de «een vent per tent» regel. Op zich is hier geen bezwaar tegen, maar het voorschrijven van een medicijn aan een patiënt die meerdere medicijnen gebruikt, moet goed worden gecontroleerd. Hoe kan dit worden bereikt? Worden de elektronische mogelijkheden wel voldoende gebruikt of moeten er nog andere methoden worden ontwikkeld zodat het systeem een waarschuwing afgeeft als een patiënt verschillende stoffen krijgt voorgeschreven die elkaar niet verdragen? Zij suggereert dat er wellicht een nieuwe functie in het leven moet worden geroepen, namelijk die van een hbo-opgeleide adviseur medicijngebruik. Het is namelijk de vraag of een universitair opgeleide apotheker dit advies moet geven.

Mevrouw Tonkens onderschrijft het voorstel om de prijs op het etiket te vermelden. De prijzen zijn over het algemeen hoog en dit zal zeker indruk maken op de gebruikers.

De regering constateert in minstens twee stukken dat er sprake is van een sterke kostenstijging bij de biotechnologische medicijnen. Welke conclusie verbindt zij daaraan?

De heer **Bakker** (D66) citeert uit een e-mailbericht dat hij recent heeft ontvangen. Hieruit blijkt dat een kindje met constitutioneel eczeem dat niet goed reageerde op de traditionele behandeling met onder andere hormoonzalven, wel goed reageert op Elidel, een middel dat eerst gratis werd verstrekt door de leverancier. Het CVZ zal morgen een besluit nemen over dit middel. Hij gebruikt dit als voorbeeld voor het feit dat in Nederland heel restrictief wordt gehandeld in de toelating van middelen die mensen kunnen helpen – en dit is begrijpelijk gelet op de oplopende kosten – en heel permissief in de richting van apothekers. In Het Financieele Dagblad van vanmorgen staat te lezen dat de apothekers er in zijn geslaagd om nog eens 100 mln euro extra aan bonussen en kortingen te verkrijgen waardoor het totaalbedrag uitkomt op 850 mln euro. Dit is toch onbestaanbaar.

Er wordt nu gesproken over de scheiding tussen handel en zorg. Dan dringt zich het beeld op van een apotheker die aan de voordeur de sympathieke, zorgzame hulpverlener is en aan de achterdeur een keiharde zakenman die ten koste van de premiebetaler en ten koste van medicijnen voor de mensen zijn zakken vult.

De urgentie van dit probleem spreekt niet zozeer uit het handelen van de minister. Hij heeft erop gewezen dat de rechter hem meermalen heeft terechtgewezen. Dit is natuurlijk een ernstig probleem, maar nu heeft hij gekozen voor het middel van onderhandeling met alle partijen. Uit de media kan worden afgeleid dat die onderhandelingen weliswaar zijn gericht op de scheiding van handel en zorg, maar ook dat de opbrengst van 430 mln euro ter discussie staat. Daarnaast blijft er dan natuurlijk nog eens 400 mln euro achter bij de apothekers. Overigens zou de opbrengst nu moeten worden verhoogd tot 530 mln euro, omdat de apothekers er nog eens 100 mln euro hebben bijgeplust. Kan de minister inzicht geven in het verloop van de onderhandelingen? Er moet een einde komen aan het steeds opnieuw zand strooien in de machine en het oproepen van vertragingen terwijl intussen de kortingen en bonussen worden verhoogd, evenals de premies.

De heer Bakker pleit ervoor dat de inkoop wordt gescheiden van de zorg. Dan kan er nog worden gesproken over de vraag wat er moet gebeuren met nieuwe apothekers die op basis van het oude systeem nog maar net zijn begonnen en voor zware lasten staan, maar het zwaartepunt van de inkoop moet komen te liggen bij de zorgverzekeraars. Hij vraagt wat er op korte termijn zal worden gedaan.

Er is discussie over de vraag of het heil moet worden verwacht van de markt en marktwerking of van een prijzenwet. Hij vreest dat door de regulering – en de prijzenwet is niets anders dan een vorm van regulering – de marktwerking zover buiten de deur is gehouden dat daardoor alleen al lekken in het systeem zijn ontstaan waardoor heel veel geld verdwijnt. Daarom pleit hij voor een marktwerking waarbij zorgverzekeraars er belang bij hebben om zo laag mogelijke prijzen te bedingen en die door te berekenen. Daar is natuurlijk concurrentie voor nodig, maar ook toezicht op de concurrentie en ook een zorgkamer. De kern is het belang van de premiebetalers. Als een prijzenwet een goede oplossing biedt, zou die morgen nog moeten worden ingevoerd, maar de overheid kan niet op basis van marktinformatie een goede prijs vaststellen. Het enige dat zij kan doen, is naar de omringende landen te kijken. Zij kan dus beslissen om de beste uitkomst van die vergelijking te kiezen en zelf een markt te organiseren. De heer Bakker zegt dat hij dus voor marktwerking is, maar

als er een prijzenwet nodig is om een en ander nu te regelen, zal hij zich niet daartegen verzetten.

Er is in het verleden te veel gereguleerd. Er is geprobeerd van bovenaf met alle mogelijke voorschriften en prijsvoorschriften een oplossing te vinden, terwijl tegelijkertijd monopolies, een afgeschermd markt, prijsafspraken en de combinatie van handel en zorg werden gehandhaafd en het Etos, Kruidvat en Trekpleister werd verboden om bepaalde dingen te doen. Toen dit niet beviel, is het GVS bedacht en allerlei andere vormen van regulering inclusief de WVG. Het einde van het liedje is echter dat er een kartel is waarin men elkaar bonussen en kortingen kan toestoppen zonder dat de overheid of de zorgverzekeraars als vertegenwoordigers van de premiebetalers daarbij kunnen komen.

In 2006 zal er nieuw stelsel voor de ziektekostenverzekering worden ingevoerd. Dan kan er geconcurrereerd worden op het totaal van de premie, ook voor het basisverzekeringspakket.

De minister heeft in december gezegd dat hij ervan uitgaat dat de bestaande wetgeving een voldoende basis biedt voor het preferentie-beleid. Kan hij dit bevestigen? Volgens een artikel in Het Financieele Dagblad heeft de NMa gesteld dat zorgverzekeraars in staat moeten blijven om voorkeursleveranciers aan te wijzen. Dit is kennelijk een reactie op de onderhandelingen. Kan de minister hier meer over zeggen?

Het is een goede gedachte om de prijs op het etiket te vermelden. De CG(Chronisch zieken en gehandicapten)-Raad probeert in samenwerking met TNO te komen tot gebundelde goede en onafhankelijke informatie over geneesmiddelen. Dit wil niet zeggen dat iedere patiënt onder alle omstandigheden precies kan beoordelen wat het beste voor hem is; daar heeft hij ook de medici voor nodig.

Mevrouw **Kant** (SP) vindt het onbestaanbaar dat er zo weinig wordt gedaan aan een problematiek die onnodig veel geld kost. In de afgelopen jaren hebben opeenvolgende kabinetten klungelig geopereerd. Er wordt heel veel bezuinigd op de zorg ten koste van de patiënten en op een terrein waar effectief kan worden bezuinigd ten voordele van de patiënten, wordt geen enkele vooruitgang geboekt. Tot nu toe is er niets ondernomen om het probleem bij de bron aan te pakken, maar is er slechts gekozen voor symptoombestrijding. De minister is door de rechter teruggefloten, omdat hij een ondoordachte maatregel heeft uitgevaardigd. Had hij dit niet kunnen voorzien? Acht hij het denkbaar dat hij misschien zelfs moet terugbetalen?

Zij stelt met klem dat het systeem van kortingen en bonussen moet verdwijnen. Door een prijzenwet kan er een einde komen aan de veel te hoge prijzen voor geneesmiddelen en dus ook aan de kortingen en bonussen. De huidige wet moet daartoe worden aangescherpt. Nu wordt de prijs vastgesteld op basis van de gemiddelde prijs in de omringende landen. Die zijn ook behoorlijk hoog. Waarom zou er in Nederland meer moeten worden betaald dan de laagste prijs in Europa? Als een geneesmiddel in een ander land voor een bepaalde prijs kan worden gemaakt en verkocht, waarom zou dit dan niet in Nederland kunnen?

Natuurlijk is het verwerpelijk dat de apothekers proberen hun zakken te vullen. Doordat er iedere keer weer maatregelen worden getroffen in een poging om de prijzen te beïnvloeden, worden zij echter wel steeds meer in die rol gedwongen. De grote partijen zijn verantwoordelijk voor het huidige systeem en hadden veel eerder moeten ingrijpen. Apothekers zouden niet de rol van handelaar mogen vervullen, maar zij zijn gedwongen om die rol op zich te nemen.

De maatregelen die tot nu toe zijn genomen, hebben altijd negatieve gevolgen gehad voor de patiënten en nooit voor de farmaceuten. Het indammen van de agressieve marketing is weer terug bij af. Er is geen plan van aanpak terwijl hier toch veel te halen is. Waarom worden de farmaceuten met fluwelen handschoenen aangepakt?

Het GVS zal worden gemoderniseerd, maar voor dit kabinet is modernisering hetzelfde als bezuinigen en de patiënten zullen daarvan opnieuw de dupe worden. Pharmo heeft uitgerekend dat zij er honderden euro's op achteruit kunnen gaan, terwijl zij niet altijd voor een goedkopere variant van een geneesmiddel kunnen kiezen, omdat dit hun gezondheid kan schaden. Er mag weliswaar een uitzondering worden gemaakt, maar blijkbaar alleen na goedkeuring van een zorgverzekeraar. Kan de minister dit bevestigen? Is het niet de arts die uitmaakt welk geneesmiddel nodig is? Mevrouw Kant maakt zich bovendien bezorgd over de bureaucratie die dit met zich zal meebrengen. Zij is geen voorstander van een grotere zeggenschap van de zorgverzekeraars. Dit zal de keuzevrijheid van de arts bij het voorschrijven aantasten, maar ook van de patiënt.

Zij maakt bezwaar tegen het gemak waarmee de verkoop van geneesmiddelen bij drogisten wordt ingevoerd. Zo wordt de rol van de apotheker tekort gedaan. De apotheker bewaakt de uitgifte van geneesmiddelen en doet daarmee heel goed werk. Internationaal onderzoek toont aan dat zich daardoor in Nederland minder negatieve gevolgen voordoen van geneesmiddelengebruik.

Ook van de maatregel met betrekking tot de zelfzorgmiddelen wordt de patiënt weer de dupe. Naast een slechte maatregel is dit ook een domme maatregel, omdat er nu al sprake is van een overstap naar duurder medicijnen. De kosten van zelfzorgmedicijnen kunnen niet worden bijverzekerd en dat is voor veel gebruikers een probleem. Een arts die weet dat zijn patiënt zich een bepaald zelfzorgmiddel niet kan veroorloven, zal als dit mogelijk is dit middel in een hogere dosering voorschrijven, omdat die wel wordt vergoed. Hij kiest terecht voor het welzijn van zijn patiënt. Dat is positieve substitutie. Als mensen geen geneesmiddelen meer gebruiken, omdat zij die domweg niet kunnen betalen, zullen hun gezondheidsproblemen toenemen en zullen de kosten voor de zorg alleen maar toenemen. Dit geldt ook voor het voorschrijven van medisch noodzakelijke middelen als laxermiddelen die onmisbaar zijn in bepaalde situaties, bijvoorbeeld voor mensen met een dwarslaesie en voor mensen die wachten op een levertransplantatie, maar ook in de palliatieve zorg zodra er morfine wordt gegeven. Moeten deze mensen nu zelf voor die middelen gaan betalen?

Hoe zal de minister volgen welke gevolgen deze maatregel zal hebben?

Hoe kan hij vaststellen dat het gevolg is dat er meer geld moet worden uitgegeven en dat de patiënten er nadelige gevolgen van ondervinden?

Wanneer zal hij zich bezinnen op de effecten van deze maatregel?

In het najaar is de noodklok geluid, omdat kankerpatiënten niet altijd in elk ziekenhuis het beste geneesmiddel krijgen dat beschikbaar is. Op basis van de Regeling dure geneesmiddelen kan 75% van het middel worden vergoed door de zorgverzekeraar. Zij doen dit echter lang niet altijd, want die 75% is een maximum. Mevrouw Kant vindt dat ieder middel voor 100% zou moeten worden vergoed in ieder ziekenhuis, maar als dat niet kan, zou in ieder geval 75% moeten worden betaald. Dit subsidiebedrag zou niet als maximum moeten worden gehanteerd. Op die manier kan er een einde worden gemaakt aan de ongewenste willekeur die nu optreedt en die zelfs kan leiden vroegtijdig overlijden.

Zij is teleurgesteld over het antwoord op haar schriftelijke vragen over het voorschrijven van antidepressiva aan jongeren. De reactie van de minister komt erop neer dat de artsen voorzichtig moet zijn. Zij vindt dit niet voldoende en vraagt hem dit nog eens in overweging te nemen. Wil hij de artsen adviseren om deze middelen niet voor te schrijven aan mensen onder de 18? Overigens zijn deze onderzoeksgegevens al enkele jaren bekend. De adviescommissie heeft vastgesteld dat de farmaceutische industrie ze opzettelijk heeft achtergehouden.

Het antwoord van de minister

De **minister** heeft twee hartenkreten gehoord die hij deelt. De eerste is dat dit een urgente materie is, omdat de premiebetaler in Nederland onnodig op te hoge kosten wordt gejaagd; de tweede dat dit een ingewikkeld dossier is. Veel mensen maken dankbaar gebruik van geneesmiddelen, maar de kosten van de middelen stijgen zeer snel. Jaar in jaar uit nemen de kosten met ongeveer 10% per jaar toe tot zo'n 4 mld euro dit jaar. De geneesmiddelenmarkt is maar ten dele een markt. Op bijvoorbeeld de automarkt zijn veel producenten actief en heeft de consument geen bijzondere technische kennis nodig om het product te kopen waarvoor hij de marktprijs betaalt. Op de medicijnenmarkt zijn ook veel producenten actief, maar de consument heeft bijna geen prijsprikkel. Hij betaalt zijn premie en vrijwel geen directe bijdrage aan de geneesmiddelen. Bovendien is de markt ondoorzichtig, omdat de patiënt afhankelijk is van het voorschrijfgedrag van de arts die vaak wordt beïnvloed door de marketinginspanningen van de marktpartijen.

Het streven is erop gericht dat de zorgverzekeraar een tegenwicht biedt in deze markt. Dit tegenwicht is nu echter nog zo gering dat overheidsingrijpen onvermijdelijk is. Bij een internationale vergelijking van de geneesmiddelenprijzen blijkt dat alleen in landen met zware overheidsinterventie de geneesmiddelen goedkoper zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor Spanje en Portugal. In de VS is geen sprake van overheidsinterventie en mogen de farmaceutische concerns vrijelijk adverteren. Daar zijn de kosten gemiddeld twee keer zo hoog als in het duurste land in Europa en ongeveer driemaal zo hoog als in Nederland. Het eigenaardige van deze markt rechtvaardigt dus een overheidsingrijpen. Dit laat onverlet dat de tegenkracht van de zorgverzekeraars zoveel mogelijk moet worden versterkt om met zo min mogelijk regulatie te kunnen volstaan.

Door middel van de Wet op de geneesmiddelenprijzen kunnen de prijzen worden gemaximeerd die fabrikanten en groothandels mogen berekenen aan de apotheken. Hiertoe wordt aangesloten bij de prijsregulering in België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Na de invoering van de wet in 1996 zijn de prijzen met gemiddeld 20% gedaald. Daarnaast wordt door middel van het GVS de maximale vergoeding geregeld die zorgverzekeraars aan hun verzekerden mogen uitkeren. Dit heeft een dempend effect op de prijzen van met name de «me-too» geneesmiddelen. Bij de herijking van dit systeem in 1998 bleek dat de prijzen hierdoor dalen.

Deze maatregelen zijn dus doeltreffend, maar niet voldoende. Een belangrijk knelpunt is dat de apotheken geen enkele prikkel hebben om de kortingen en bonussen die zij ontvangen door te geven aan de cliënt. De patiënt betaalt immers niet rechtstreeks voor zijn medicijnen. Het systeem van kortingen en bonussen leverde de gemiddelde apotheek in 2003 naar schatting een bedrag van 350 000 euro op aan extra inkomsten, gefinancierd uit premiegeld. Dit is niet acceptabel. De apothekersorganisatie is ook van mening dat die opbrengst ten voordele van de premiebetaler zou moeten komen. Het totaal aan kortingen en bonussen bedraagt dit jaar zeker 650 mln euro.

Het is waar dat de Nederlandse arts in vergelijking met zijn buitenlandse collega's een zuinig voorschrijver is. Toch is er in het voorschrijfgedrag niet altijd sprake van kostenbewustzijn en ook de arts is wel eens gevoelig voor de marketing van het bedrijfsleven. Daardoor vindt er voortgaande verschuiving plaats van het gebruik van goede en goedkope middelen naar nieuwe en duurderde middelen zonder dat er altijd sprake is van medische noodzaak.

Er is dus alle reden om in te grijpen. Daarvoor zal gebruik worden gemaakt van een mengeling van overheidsregulering en versterking van de marktwerking. Het geld van de «claw back» moet sowieso binnenkomen. Aan de Raad van State is een nieuwe algemene maatregel van

bestuur voorgelegd die juridische toetsen kan doorstaan. De kritiek van de rechter op een eerdere maatregel lijkt hiermee adequaat weerlegd. Er is gevraagd om spoedadvies opdat de maatregel op 1 april aanstaande kan ingaan.

De apothekers hebben gevraagd om een gesprek om een oplossing te zoeken waarin alle partijen zich kunnen vinden en die ertoe leidt dat de prijzen van geneesmiddelen werkelijk dalen, dat er minder kortingen en bonussen worden toegekend en dat de apotheken op termijn op een andere manier worden gefinancierd. De uitkomst van dit overleg zal worden getoetst door de NMa. De minister zegt dat hij niet zal ingaan op een «deal» die misschien op de korte termijn profijt oplevert, maar die op langere termijn tot een verslechtering van de marktverhoudingen zal leiden. Het feit dat de partijen aan tafel tegengestelde belangen hebben, is al een waarborg dat er niet zomaar een «dealtje» kan worden gesloten waarvan de premiebetaler de dupe wordt. Bovendien wordt het verstrekingenbesluit gehandhaafd. Verder zal blijken dat de nieuwe algemene maatregel van bestuur voor de «claw back» een flinke stok achter de deur is. Hij verzekert de commissie dat hij zich dus niet alleen verlaat op het resultaat van de onderhandelingen. Ook voor de apothekers is het van belang dat dit probleem wordt opgelost, want dit is fnuikend voor het aanzien van de branche.

De minister onderscheidt vijf typen maatregelen. De eerste is versterking van de marktpositie van de zorgverzekeraars. Door de premieconcurrentie hebben zij wel een prikkel om prijsvoordelen door te geven aan de patiënten. De NMa en later de Zorgautoriteit zullen volgen of de marktverhoudingen niet worden verstoord. De Zorgautoriteit zal verder ook nadrukkelijk letten op de transparantie. Hij verwacht dat het inkoopmandaat door alle maatregelen die al zijn getroffen bijvoorbeeld met betrekking tot het preferentiebeleid, op een vrij natuurlijke manier kan verschuiven naar de zorgverzekeraars. Dan zal er ook een scheiding komen tussen zorg en handel.

Om tot deregulering van de apothekersmarkt te komen, is al het een en ander gedaan zoals de toelating van de ziekenhuisapotheken tot de extramurale markt, het opheffen van het verbod op loondienst bij een niet-apotheek en de maatregel waardoor de apotheek niet langer volgesorteerd hoeft te zijn en zich kan toeleggen op specifieke patiëntengroepen en geneesmiddelen en het preferentiebeleid. De zorgverzekeraars zien artikel 19 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening als een belangrijke maatregel om de toetreding op de markt te versoepelen.

Desgevraagd merkt hij op dat de zorgverzekeraars nu al concurreren op de nominale premie die gebaseerd is op het basispakket dat veel groter is dan de aanvullende verzekering. In de praktijk blijkt ook dat zij als gevolg van de marktmaatregelen die in de afgelopen jaren zijn getroffen, actief ruimte zoeken voor het invullen van hun regierol. Zij zijn bereid om hiervoor eventueel juridische procedures aan te spannen. De leveranciers beginnen hier nu op in te spelen. Door de nieuwe toetreders ontstaat er meer concurrentie op de markt wat ook positieve gevolgen kan hebben voor de cliëntvriendelijkheid. Bovendien zijn die nieuwe toetreders bereid om een deel van de kortingen en bonussen door te spelen naar de patiënt. Omdat dit nog in de kinderschoenen staat, zijn er ook additionele instrumenten nodig. Toch is er nog nooit zoveel concurrentie geweest in het zorgstelsel als nu tussen de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars worden al nauwgezet gecontroleerd, onder meer door het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en de NMa.

Een tweede set maatregelen heeft tot doel het doelmatig voorschrijven te bevorderen. De mogelijkheden worden nog bestudeerd, maar nu staat al vast dat ook hier een belangrijke rol is weggelegd voor de zorgverzekeraars. Zij kunnen bijvoorbeeld waarschuwen als er op het terrein van de zelfzorgmiddelen sprake is van onnodige weglek. Via het elektronisch patiëntendossier dat binnenkort zal worden ingevoerd, kan het medicatie-

beleid van behandelaars worden gevolgd die nu vaak niet van elkaar weten wat zij voorschrijven.

Het toezicht op de markt is gebaseerd op Europese regelgeving. Ongeveer een kwart van de kosten van patentgeneesmiddelen wordt besteed aan marketing. Omgerekend naar de markt is hiermee een bedrag gemoeid van misschien wel meer dan 600 mln euro. Dit belang vertaalt zich in het marketinggedrag naar de voorschrijvers. In Frankrijk is een promotiebelasting ingevoerd, een belasting op de uitgaven van de farmaceutische industrie voor de marketing. Zo wordt geprobeerd overdreven marketinginspanningen in de richting van artsen te ontmoedigen. De minister zegt dat hij wil onderzoeken of een dergelijke maatregel ook in Nederland kan worden ingevoerd. Door deze intensivering van het beleid zullen onheuse marketingpraktijken worden ontmoedigd.

Het preferentiebeleid is wettelijk vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur. Het is niet de bedoeling om apothekers te verbieden om inkopen te doen. De zorgverzekeraars hebben nu voldoende instrumenten om het voortouw te nemen. Zij kunnen de apothekers vragen om de inkoop voort te zetten, juist omdat die zoveel ervaring hebben, maar dan natuurlijk wel op voorwaarde dat de zorgverzekeraars een groot deel van de kortingen en bonussen kunnen incasseren. Hij herinnert aan de toezegging dat hij nog juridisch onderzoek zal laten doen naar de eventuele weigering van een apotheker om een contract af te sluiten met de zorgverzekeraar. Hij zegt verder toe de Kamer schriftelijk te informeren over een en ander.

Binnenkort zal een beslissing worden genomen over een eventuele prijsmaatregel voor patentloze middelen. Een dergelijke maatregel lijkt noodzakelijk, ook al omdat het nieuwe, gemoderniseerde GVS een bodem moet hebben in de vorm van een generiek middel dat goedkoper is dan de huidige middelen. Het ziet er niet naar uit dat dit op korte termijn in de markt kan worden afgedwongen door de zorgverzekeraars. Een prijsmaatregel voor patentloze geneesmiddelen kan dan een stok achter de deur zijn.

Er zijn twee mogelijkheden. De eerste is een algemene prijzenwet specifiek voor patentloze geneesmiddelen. De Europese regelgeving biedt ondernemers de waarborg dat zij op een fatsoenlijke manier zaken kunnen doen. Dit brengt met zich mee dat de prijs van een middel die in Portugal redelijk wordt geacht niet zonder meer in Nederland als redelijk zal worden aangemerkt.

De andere mogelijkheid is het Belgische systeem. Als daar een middel uit patent loopt, stelt de Belgische regering aan toelating de eis dat de prijs met een vast percentage wordt verlaagd, naar verluidt ongeveer 27%. Onder die prijs is dan natuurlijk toch nog wel een zekere marge en die zou door de zorgverzekeraars kunnen worden gebruikt om samen met de apothekers nog een korting te bedingen bij de fabrikant. Dit is juridisch buitengewoon ingewikkeld en moet daarom zorgvuldig worden overwogen. Vanzelfsprekend wordt de Kamer hierover geïnformeerd.

De minister is van mening dat hij een consistente lijn volgt. Deze markt is zo bijzonder dat vertrouwen op de markt alleen of vertrouwen op overheidsmaatregelen alleen geen uitkomst biedt. Daarom wordt er gestreefd naar een fusie van beide. Het voorstel voor de generieke medicijnen is hiervan een goed voorbeeld. Zo komt er een zekere basisgarantie in het stelsel en komt er in ieder geval een einde aan de idiote situatie dat voor generieke medicijnen dezelfde prijs kan worden gevraagd als voor patent middelen. Daarnaast wordt er ruimte gemaakt voor marktwerking en voor de zorgverzekeraars. Zij moeten gebruik maken van de marges die er zijn. Het is waar dat niet tevoren duidelijk is hoe groot die marge is. Als die via regelgeving te scherp wordt afgeroomd, is de kans groter dat de rechter dit afwijst. Via een wettelijke aanpak zal een eerste afroaming plaatsvinden. Daarna zullen marktpartijen en met name de zorg-

verzekeraars, eventueel in samenwerking met de apothekers, aan de slag gaan om de patiënt voordeel te bieden.

Als er voldoende tegenwicht in de markt wordt geboden aan de farmaceutische industrie is er geen regelgeving meer nodig. Al deze maatregelen zijn dus bedoeld als een weg naar een systeem met minder regulering. De zorgverzekeraars hebben nu alle instrumenten in handen om de handel over te nemen, met name het verstrekkingenbesluit zorgt hiervoor. Het is echter niet de bedoeling de apothekers wettelijk te verbieden om in te kopen.

De hoofdlijn van het GVS is dat er clusters worden samengesteld van medicijnen die in principe onderling kunnen worden vervangen. In het rapport van Pharmo worden afschrikwekkende scenario's voorgesteld, maar er wordt niet vermeld dat de studie is betaald door Nefarma.

Daarom zal het CVZ dit onderzoek herhalen in samenwerking met patiëntenorganisaties. Als dit uitwijst dat er problemen ontstaan, zal het CVZ ook adviseren over de oplossing daarvan. In een cluster van vergelijkbare medicijnen wordt de vergoedingslimiet de prijs van het goedkoopste medicijn in dit cluster. Met het Belgische systeem kan hier een bodem in worden gelegd. Als de patiënt een ander medicijn in dat cluster wil met een hogere prijs, moet hij bijbetalen. De minister verwacht niet dat dit in de praktijk veel zal voorkomen. Hij gaat ervan uit dat de prijzen zullen worden aangepast aan het laagste niveau. Het medicijn zal een grote meerwaarde moeten hebben om die bijbetaling te kunnen waarmaken, maar een medicijn met een grote meerwaarde zit waarschijnlijk niet in hetzelfde cluster. Hij heeft begrip voor de zorgen die nu zijn geuit. Hij stelt voor om die te bespreken aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek van het CVZ.

De bijbetaling is nu gemiddeld 0,5% vanwege het feit dat de meeste prijzen dalen naar de vergoedingslimiet. Dit legt een kleine verantwoordelijkheid bij de patiënt, maar betekent ook een zekere marktwerking waar de geneesmiddelenindustrie in de meeste gevallen op zal reageren. Hij zegt toe dat hij aan het CVZ zal vragen in het onderzoek ook de mogelijk negatieve effecten van therapeutische substitutie mee te nemen alsmede de mogelijkheden voor innovatie en informatie.

De ontwikkelingen met betrekking tot de zelfzorgmiddelen worden gevolgd. Te zijner tijd zal een evaluatierapport worden uitgebracht. De maatregel moet eerst een kans krijgen.

Er is aan een bureau opdracht gegeven onderzoek te doen naar de omvang van de bonussen en kortingen van apothekers. Hij zegt toe na te gaan welke overheidsdiensten daarbij eventueel kunnen worden ingezet, maar het lijkt niet aannemelijk dat dit het onderzoeksterrein van de FIOD beslaat.

De arts blijft voorschrijver, maar als tegenwicht tegen het marketing-offensief van de farmaceutische industrie is het misschien goed dat de zorgverzekeraar meekijkt om vast te stellen of de artsen heel afwijkend gedrag vertonen bij het voorschrijven van medicijnen. Dit laat onverlet dat de arts autonoom is.

De minister vindt het vanzelfsprekend dat hij geen definitieve besluiten neemt dan nadat hij de Kamer alle toegezegde informatie heeft verschaft. Voor al zijn voorstellen is wetgeving vereist.

Alle partijen zijn het erover eens dat moet worden gestreefd naar een flexibeler modulaire tariefstructuur die bestaat uit een basis dienstenpakket met aanvullende ruimte voor lokaal overeen te komen prestaties en prijzen. Dit biedt de zorgverzekeraar veel meer sturingsmogelijkheden en de zorgexpertise van de apotheker wordt dan beter gebruikt en beloond. Van een kostendekkend modulair tarief kan pas sprake zijn als er inzicht bestaat in de hoogte van de kortingen en de bonussen en als die worden doorgegeven aan de verzekerden. Dit is een voorwaarde voor de aanpassing van het apotheektarief.

In het normale budget van een ziekenhuis is natuurlijk een budget opge-

nomen voor geneesmiddelen. Voor bepaalde extreem dure geneesmiddelen is een CTG-regeling getroffen die ervoor zorgt dat ziekenhuizen de kosten daarvan voor een deel kunnen nacalculeren. Zij krijgen de kosten dan vergoed boven het ziekenhuisbudget. Om doelmatigheidsredenen is er een prikkel gelegd bij de ziekenhuizen doordat zij zelf een deel van de geneesmiddelen moeten betalen. Het is aan de zorgverzekeraars om in overleg met het ziekenhuis te bepalen voor welk percentage nacalculatie het ziekenhuis in aanmerking komt. Lokale omstandigheden zoals de financiële situatie van het ziekenhuis en de patiëntenpopulatie spelen hierbij een rol. Het systeem bevat voldoende waarborgen om moeilijkheden te voorkomen.

Tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de EU zal een speciale conferentie worden gewijd aan de weesgeneesmiddelen. Er wordt nu de laatste hand gelegd aan een rapportage van het CVZ. Die zal in maart aan de Kamer worden voorgelegd. Er is doorgaans weinig bekend over de therapeutische waarde van weesgeneesmiddelen. De prijzen zijn soms ongeloflijk hoog en daarom is het niet zo eenvoudig om zo'n geneesmiddel zo maar toe te staan. Bovendien is er nog weinig ervaring met ander vergoedingensysteem.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Schippers** (VVD) wacht de uitvoeringstoets van het CVZ af en hoopt daarin een reactie te vinden op de dilemma's en voorstellen die zij naar voren heeft gebracht. Zij is geen voorstander voor een nieuwe prijzenwet. Haar bezwaar geldt niet de Wet op de geneesmiddelenprijzen, want die heeft betrekking op geneesmiddelen die geen concurrentie kennen. Het is belangrijk dat de randvoorwaarden in deze markt snel verbeteren. Dit is een overheidsverantwoordelijkheid en de voorstellen die daarop betrekking hebben, moeten zo snel mogelijk worden uitgevoerd.

De heer **Nawijn** (LPF) kan zich vinden in de maatregelen die de minister voorstelt. Hij dringt erop aan dat die zo snel mogelijk worden uitgevoerd.

Mevrouw **Arib** (PvdA) stelt vast dat de minister heeft gezegd dat er pas sprake kan zijn van een kostendekkend tarief als alle kortingen en bonussen zijn weggehaald. Zij gaat er daarom vanuit dat in de «deal» waarover nu wordt gesproken, geen sprake is van een receptregelvergoeding of een vergoeding voor het ondernemersrisico zolang die kortingen en bonussen nog door de apothekers worden geïnd. Zij is het niet eens met de definitie van de scheiding tussen handel en zorg. De minister heeft die eerst beaamd, maar nu lijkt hij er een heel andere invulling aan te geven.

Het baart de heer **Buijs** (CDA) zorgen dat de minister zoveel ballen in de lucht houdt. Hij begrijpt wel ongeveer waar de minister naar toe wil, maar er is sprake van substitutie tussen de verschillende maatregelen. Wil de minister beamen dat dit hem ernst is en dat het verlies dat is ontstaan door de gerechtelijke maatregel, wordt goedge maakt?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) onderschrijft een belasting op promotieactiviteiten en de «Belgische» prijsmaatregel. Zij is tevreden over de toezegging van de minister dat het onafhankelijk voorschrijfgedrag van artsen gehandhaafd zal worden. Zij herhaalt haar vrees dat de bonussen en kortingen nu van de apothekers zullen overgaan op de zorgverzekeraar.

De heer **Bakker** (D66) zegt dat de apothekers geprikkeld zijn om de zaak te vertragen door nieuwe procedures e.d. Hij dringt erop aan dat de minister vraagt om compensatie van de besparingsverliezen die daardoor optreden. Dit zal een prikkel zijn om mee te werken met de overheid.

Hij vraagt naar de stand van zaken bij de toelating van het middel Elidel dat hij eerder als voorbeeld heeft gebruikt.

Mevrouw **Kant** (SP) is verheugd over de prijsmaatregel voor generieke geneesmiddelen. Zij is echter minder tevreden over het voorstel met betrekking tot zorgverzekeraars en de marktwerking, omdat zij daar weinig fiducia in heeft. Het voorstel van de minister voor de marketingactiviteiten is positief, maar onvoldoende.

Zij is verder niet tevreden over het antwoord op de vragen over wees-geneesmiddelen. De gevolgen voor specifieke kankerpatiënten zijn ernstiger dan de minister nu voorstelt en dat terwijl er een simpele oplossing mogelijk is om de willekeur in het systeem uit te sluiten.

De **minister** beaamt dat een aantal maatregelen elkaar kunnen uitsluiten; als de een slaagt is de ander misschien niet meer nodig. Dit heeft alles te maken met het feit dat er maatregelen moeten worden getroffen voor de korte en voor de lange termijn. Als er een goede «deal» kan worden gesloten met de apothekers, is misschien zelfs de «claw back» niet nodig. Als de «claw back» functioneert, maar er is later ook een goed GVS gecombineerd met een ander systeem, is de «claw back» misschien niet meer nodig. De grotere systeemwijzigingen die worden voorgesteld voor GVS en voor de generieke medicijnen vragen wat meer tijd en daarom worden er nu meer ballen in de lucht gehouden, maar niet allemaal tegelijkertijd.

De ondervoorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van Oerle-van der Horst

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Clemens