

Vergaderjaar 2010–2011

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 171

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 7 juli 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 25 mei 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **Geneesmiddelenbeleid**. Van het overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA) voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Voorzitter: Elias
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Elias, Van Gerven, Van der Veen, Gerbrands, Voortman, Dijkstra, Smilde, Mulder en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik heet alle aanwezigen van harte welkom. Dit algemeen overleg bevat een groot aantal onderwerpen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Vandaag spreken we over het geneesmiddelenbeleid. Een stortvloed aan reacties heeft de SP bereikt. Dat is begrijpelijk, want de minister bezondigt zich op Orwelliaanse wijze aan nieuwspraak. In januari betoogde zij in Buitenhof dat zij het helemaal had gehad met de discussies over de marktwerking in de zorg, waarvan volgens haar geen sprake is. Het moest maar eens afgelopen zijn met deze ideologische discussie. Wat heeft de minister sindsdien gedaan? Zij heeft met gezwinde spoed ruim baan gegeven aan diezelfde markt. De vrije prijzen in ziekenhuizen moeten naar 70% en het elektronisch patiëntendossier moet worden geprivatiseerd. Daarbij komt nu de grote big bang in de geneesmiddelenvoorziening, in het mijnenveld der farmacie. Is de minister een lobbyist van de farmaceutische industrie – een en ander zal deze zeer behagen – of een lobbyist van de grote apothekersketens? Of is de minister naïef? Die ideologie van een minister of kabinet is levensgevaarlijk, omdat deze te weinig rekening houdt met de werkelijkheid.

Wat betekent die vrije prijsvorming in de geneesmiddelenvoorziening? Wat is de reactie van de minister op het rapport van de Boston Consulting Group (BCG) van deze week? De minister start een experiment zonder voorbeeld. We kennen het debacle van de dbc's. Dat was ook een experiment zonder voorbeeld en heeft ons honderden miljoenen gekost. Wat gaat deze nieuwe ideologische stap ons kosten? Het BCG-rapport laat zien dat de kosten in Nederland 10% lager liggen dan het Europese gemiddelde. Dat is toch geen slecht resultaat? Als we afdalen naar dat Europese gemiddelde, dan kost ons dat 700 mln. Waarvoor doen we het? Ik neem aan voor patiënt, toch? Dat is een principiële vraag. Vindt de minister het apothekerscarrousel, waarbij de patiënt van de ene naar de andere apotheker hopt, of de internetketens, die de krenten uit de pap pikken en er met de herhaalreceptuur vandoor gaan, in het belang van de patiënt? Is het voor een goede geneesmiddelenvoorziening niet essentieel dat er, net zoals bij de huisarts, een goede en langdurige relatie bestaat tussen de apotheker en de patiënt?

Wie gaat de rekening betalen nu een en ander volledig uit de hand dreigt te lopen? Kan de minister toezeggen dat hoe dan ook de rekening niet bij de patiënt zal worden neergelegd middels een eigen bijdrage van € 2 per recept? In het VAO, dat ongetwijfeld zal volgen, zal ik hierover aan de Kamer om een uitspraak vragen. Als er zo'n risicovol experiment wordt aangegaan, moet de rekening niet bij de patiënt of de premiebetaler worden neergelegd.

De minister zegt vaak dat zij een voorstander van efficiency is. Waarom scherpt zij dan niet de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) aan, door bijvoorbeeld de drie goedkoopste landen van de Europese Unie als referentielanden te nemen of, conform het Noorse model, een selectie te maken uit negen landen? Waarom voert zij de aangenomen motie-Van der Veen/Leijten niet uit? Het preferentiebeleid heeft laten zien wat de opbrengsten bij centrale inkoop zijn. Waarom zetten wij niet een dergelijk

systeem op voor alle medicijnen? De patiënt blijft dan buiten schot en we krijgen waar voor ons geld. Over de prijzen kan hard worden onderhandeld en de bonussen en kortingen worden verleden tijd. Waar blijven de bonussen en kortingen in het systeem dat de minister voor ogen heeft? Verdwijnen die in de zakken van de apothekers of zorgverzekeraars? Hoe zit het met de transparantie? Hoe wordt zichtbaar wat de apotheker, de groothandel of de fabrikant verdient?

Ik kom op de TNF-alfaremmers en de overheveling. Wederom is de hamvraag of de patiënt er beter van wordt ten opzichte van de huidige situatie. Gezien de wijze waarop een ander nu geregeld is, is mijn antwoord nee. Ten eerste wordt de professionele autonomie van de specialist bedreigd. Ten tweede krijgen niet alle patiënten de medicijnen die zij nodig hebben. Ik heb een concreet voorbeeld van Achmea, die om financiële argumenten weigert een patiënt met sarcoidose op extramurale wijze te behandelen. De ziekenhuizen zullen overgaan tot rantsoenering, omdat het onmogelijk is om 50 mln. op de kosten te bezuinigen. De TNF-alfaremmers hebben wisselende indicaties. De vraag is in hoeverre deze uitwisselbaar zijn. Komt de zorg op maat en die van de patiënt niet ernstig onder druk? Komt de professionele autonomie van de voorschrijvend arts niet onder druk? De minister zegt dat dat niet zal gebeuren. Speelt zij geen blufpoker?

Het aantal zelfzorgmiddelen in de vrije verkoop is enorm gestegen ten opzichte van het aantal in de niet vrije verkoop. Met name paracetamol is de grote boosdoener. Het aantal vergiftigingen is explosief gestegen met 60%. Een duidelijk verband tussen die vrije verkoop en ernstige bijwerkingen is aannemelijk. Wat gaat de minister hieraan doen? Gezondheid is toch belangrijker dan handel?

Wil de minister tot slot de volgende uitspraak over zelfzorgmiddelen afmaken? Het eerste gedeelte van het gezegde luidt: «Baat het niet ...». De minister heeft nog enige tijd om het antwoord te bedenken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Met dit AO hebben we ongeveer het gehele medicijnenbeleid van na de Tweede Wereldoorlog aan de orde. Er zijn oude en nieuwe stukken. In zijn algemeenheid zeg ik tegen de minister, dat ik het niet erg vind om de nieuwe stukken ongeveer een week van tevoren te krijgen. Daarmee word ik niet overbelast. De laatste brief kwam namelijk enigszins laat.

Ik zal eerst ingaan op het gedeelte van na de Tweede Wereldoorlog en vervolgens op de nieuwe ontwikkelingen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert, niet geheel verbazingwekkend, dat de behandelrichtlijnen vatbaar zijn voor beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Wat is op dit moment de stand van zaken? We hebben eerder daarover gesproken. Ondanks het feit dat dat buiten dit AO omgaat, wil ik de minister vragen om ook bij de leveranciers van medisch-technische apparatuur en kunst- en hulpmiddelen een oproep te doen tot zelfregulering. Bij hen is immers ook sprake van banden tussen leverancier en koper.

Over het transitieakkoord is de PvdA nooit heel enthousiast geweest. De voorgespiegelde opbrengsten zijn niet gehaald dankzij het transitieakkoord, maar door volumestijging en de toepassing van de Wgp. Sterker nog, door die volumestijging zijn de opbrengsten voor de apotheek zelfs gestegen. Meer doosjes afleveren betekent immers ook meer verdienen. Ik heb in het verleden al diverse malen met cijfers aangegeven dat er ondanks het transitieakkoord nog vele honderden miljoenen in kortingen en bonussen zaten. Ik heb daarin ook gelijk gekregen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het transitieakkoord mag wat de PvdA betreft geen succes worden genoemd.

In het jaarverslag van 2010 lees ik een tegenvaller van 431 mln. bij de geneesmiddelen, mede als gevolg van de afloop van het transitieakkoord. Er zijn twee verklaringen aan de orde. De receptregelvergoeding is zo'n

150 mln. te hoog uitgevallen, hetgeen de PvdA ook had voorspeld. Daarnaast heeft de tegenvaller te maken met de volumestijging. Er blijft echter nog 300 mln. over als gevolg van de afloop van het transitieakkoord. Mijn fractie is uitermate nieuwsgierig waaruit die 300 mln. bestaat. Ik neem aan dat de minister daarop antwoord kan geven. In het jaarverslag wordt dit in ieder geval niet toegelicht.

Ik kom op de zelfzorgmiddelen, een onderwerp waarover we het meerdere malen hebben gehad. De heer Van Gerven heeft reeds aangegeven dat het aantal vergiftigingsverschijnselen sterk gestegen is. Het NIVEL, dat het onderzoek heeft gedaan, vindt dat er meer onderzoek moet komen naar de omvang, oorzaken en gevolgen van verkeerd gebruik van zelfzorgmiddelen, met name paracetamol. De PvdA-fractie vindt het belangrijk dat er goed gemonitord wordt of de indelingscriteria zodanig zijn, dat gesproken kan worden van veilig gebruik van zelfzorgmiddelen. Op welke wijze denkt de minister dit te doen? Daarnaast voel ik voor de suggestie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), ondersteund door de drogisten, om een aparte groep van deskundigen bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) de zelfzorgmiddelen te laten beoordelen. Graag ontvang ik daarop een reactie van de minister. Helaas moet ik constateren dat de kassacheck door de drogisten nog niet overal wordt uitgevoerd. Ik stel voor om dit opnieuw te evalueren en de Kamer ook te berichten aangaande de zelfzorggeneesmiddelen.

Ik kom op de tarieven. De minister wil naar een systeem van vrije prijzen in de farmacie. Mijn fractie heeft al aangegeven daartegen grote bedenkingen te hebben. Zij vraagt zich af of aan de voorwaarden, zoals het aantal prestatie-indicatoren, is voldaan. Vorige week is het rapport van de Boston Consulting Group verschenen. Dit kan niet echt een links alternatief clubje worden genoemd. In het rapport wordt op heldere en duidelijke wijze aangegeven dat het invoeren van de vrije prijzen per 2012 leidt tot een prijsstijging van minimaal 5% per jaar. Over een periode van vijf jaar zou dat een kostenstijging betekenen van 170 tot 200 mln., mede doordat er een toenemende concurrentie tussen de apothekers is. Deelt de minister de conclusies van dit onderzoek? Ik wil in dit verband herinneren aan de discussie die we in december hebben gevoerd. Ik pleit voor de geleidelijke invoering van vrije prijzen en de handhaving van het maximumtarief. Mijn fractie heeft een motie aangehouden inzake het maximumtarief en die zal zij opnieuw indienen. Daarmee heb ik meteen gevraagd om een VAO. Nu duidelijk wordt dat de invoering van de vrije prijzen enkel leidt tot prijsverhoging, zal ik de motie opnieuw indienen en hierin aangeven dat de taxeprijs als uitgangspunt voor het vaststellen van het tarief door het NZa gehandhaafd moet blijven. Ik ga ervan uit dat de minister verstandig genoeg is en dat zij zal inzien dat we dit avontuur niet per 1 januari 2012 moeten aangaan.

Ik kom op de dure geneesmiddelen die onder verantwoordelijkheid en regie van een medisch specialist worden gegeven. Zorgverzekeringswetzorgen dienen uit het ziekenhuisbudget te worden betaald. Ziekenhuizen geven namelijk de prikkel voor doelmatige inkoop en die zou verdwijnen als de inkoopkortingen transparant moeten zijn. Vooralsnog ga ik uit van de juistheid van de veronderstelling van de minister wat betreft die bezuiniging van 10%. Ik vraag de minister wel om ontwikkelingen te monitoren, vooral op het punt van de vrijheid van het voorschrijfgedrag van de medisch specialisten. Het kan en mag nooit zo zijn dat financieel directeurs in ziekenhuizen gaan bepalen welke medicijnen door de medisch specialist worden voorgeschreven. Patiënten mogen daarvan ook absoluut niet de dupe worden. De PvdA zou graag horen op welke wijze de minister deze ontwikkeling van de invoering van die dure medicijnen denkt te monitoren. Nogmaals, mijn fractie meent dat de minister erbovenop moet zitten om te voorkomen dat een eventueel tekort aan financiële middelen het voorschrijfgedrag beïnvloedt.

Het Alders-overleg ziet er goed uit. Voorzittersconclusie nummer 12 ligt er alleen nog. Partijen willen onder leiding van het ministerie van VWS spreken over de stappen die in 2011 genomen moeten worden om de overgang naar de vrije tarieven verantwoord te laten plaatsvinden. Hoe verhoudt een en ander zich tot het BCG-rapport? In het rapport staat dat 90% van de respondenten niet doorheeft dat de apotheker aan medicatiebewaking doet. Ik zou de KNMP derhalve de tip willen geven om wat meer aandacht daaraan te besteden.

Op dit moment wordt op het terrein van geneesmiddelen alleen over invoering van vrije prijzen gesproken. Maatregelen als de GVS-herberekening en het stoppen van bonussen voor apothekers zijn vertraagd of van de baan. Het onder het ziekenhuisbudget brengen van dure geneesmiddelen is eveneens vertraagd. De PvdA zou graag zien dat de Kamer een proefberekening krijgt van de GVS-berekening krijgt. De minister is daarop in de brief ingegaan. Ik neem aan dat er proefberekeningen zijn. Die zou mijn fractie graag willen zien. De PvdA zal de motie inzake de Wgp opnieuw indienen, mede in aansluiting op datgene wat de heer Van Gerven heeft aangegeven.

Tot slot vraag ik de minister of het niet mogelijk is om meer middelen onder de Wgp te brengen, zoals bijvoorbeeld de biosimilars.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Voor GroenLinks staan kwaliteit en goede zorg voor de cliënt centraal. Bij de farmacie betekent dat, dat er transparantie van de prijzen en openheid over de kosten moet zijn. De kwaliteit van de apotheken kan transparanter. GroenLinks deelt de mening van de inspectie dat de banden tussen farmaceuten en artsen openbaar moeten worden gemaakt. De heer Van Gerven is daarop ook reeds ingegaan. Ik zou hierop graag een reactie van het kabinet ontvangen.

Aan de informatie en voorlichting over geneesmiddelen in apotheken en drogisterijen is ook nog veel te doen. GroenLinks pleit voor verbeteringen. De Consumentenbond doet al jaren onderzoek hiernaar en heeft in het verleden, samen met belangenorganisaties van drogisterijen en apotheken, in opdracht van het ministerie van VWS een uitgebreid mystery-onderzoek ingesteld. Is de minister met GroenLinks van mening dat dit onderzoek herhaling zou behoeven? Ten aanzien van de liberalisering van de farmaciemarkt kan ik mij in grote lijnen aansluiten bij de heer Van der Veen van de PvdA. Ook hij verwees naar het rapport van de Boston Consulting Group, waarin scherpe kritiek wordt geuit op de liberalisering van de farmaciemarkt. Hoe beoordeelt de minister dit rapport? Deelt ze de mening dat er onvoldoende concurrentie in bepaalde regio's is, wat kan leiden tot prijsstijgingen en stijgende zorgpremies? Voor een minister die steeds aangeeft dat de zorgpremies in de hand moeten worden gehouden, lijkt me dit een conclusie waarover zij zich zorgen zou moeten maken. Wat betekent de liberalisering voor de positie van apotheekhoudende huisartsen?

Wat betreft de opname van nieuwe geneesmiddelen in het pakket is de motie-Van der Veen/Leijten aangenomen. De uitvoering daarvan zou lastig zijn, omdat deze kan leiden tot stijgende prijzen in landen met een laag welvaartsniveau. Ik begrijp niet zo goed op welke wijze die uitvoering daartoe kan leiden. Graag ontvang ik van de minister een duidelijke toelichting op de vraag waarom dat het effect kan zijn.

De overheveling van TNF-alfaremmers is al een aantal keren uitgesteld. Nu is de overheveling gepland op 1 januari 2012. Is goed gewaarborgd dat die overheveling geen gevolgen kan hebben voor de patiënt? Dat was immers de reden dat wij die overheveling steeds hebben uitgesteld. Kan deze per 1 januari 2012 wel op een verantwoorde manier plaatsvinden?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Van de 22 punten op de agenda haal ik de belangrijkste voor mijn fractie eruit. Anders hebben we tien

seconden per onderwerp. Of ik moet zo snel praten als de heer Van der Veen, maar dan ben ik bang dat niemand het meer kan volgen. Allereerst wil ik het hebben over de betaling aan de artsen door de farmaceutische industrie. Transparantie over elke mogelijke vorm van belangenverstremming is noodzakelijk voor het vertrouwen in de gehele zorgsector. De minister geeft in haar brieven aan dat het CGR hiervoor een regeling uitwerkt. Inmiddels hebben we uit de media vernomen dat er een akkoord is bereikt over het openbaar maken van financiële afspraken die artsen en apothekers met de farmaceutische industrie hebben gemaakt. De PVV-fractie is hiermee erg blij, maar zij vraagt zich wel af of dit ver genoeg gaat. Het gaat haar ook om andere afspraken dan enkel de financiële. Het gaat de PVV niet alleen om artsen en apotheken, maar ook en misschien juist wel om richtlijnen en adviescommissies. Ik haal nog maar eens de kwestie met Ab Osterhaus aan. Het gaat niet alleen om de farmaceutische industrie, maar ook om de hulpmiddelenindustrie, patiëntenverzekeringen en zorgverzekeraars. Ook hiervan moeten alle vormen van relaties en belangenverstremming openbaar worden gemaakt. Is de minister het hiermee eens?

Geen onderwerp heeft meer aandacht in de media gehad dan de overheveling van de TNF-alfaremmers. Hoewel mijn fractie het eens is met de minister over het feit dat dubbele bekostiging moet worden tegengegaan, vraagt zij zich af of de overheveling niet meer problemen oproept dan oplost. Enerzijds geeft minister aan dat de patiënten geen hinder mogen ondervinden van de overheveling. Anderzijds zegt zij in diezelfde brief dat er geen sprake is van een verzekerd recht op het thuis laten afleveren van geneesmiddelen. Dat verontrust de PVV. Als de minister hierover niet duidelijker is, kunnen ziekenhuizen dit laatste aangrijpen om de patiënten maar naar de ziekenhuisapotheek te laten komen. Als een reumapatiënt straks met zijn koelbox het openbaar vervoer in moet, is er voor hem wel degelijk het een en ander nadelig veranderd.

Mijn fractie hoort van betrokken partijen dat zij twijfels hebben over de beoogde efficiencybesparing van 50 mln. Het is de vraag of die gehaald zal worden. De zorgverzekeraars zijn de enige partij die we daarover niet hebben gehoord. Vanuit hun optiek is dat ook logisch, daar zij de enige partij schijnen te zijn die hierbij direct voordeel heeft. In de huidige situatie lopen ze 100% risico op te dure medicijnen, na de overheveling is dat nog maar 30% risico. Hoe rijmt dit met het beleid van de minister om de zorgverzekeraars meer risico te laten lopen? Graag ontvang ik daarop een reactie.

De PVV betwijfelt of de besparingen van 50 mln. in 2012, die de overheveling moet opleveren, worden gehaald. Er is immers niet goed een preferent middel aan te wijzen. Hooguit nieuwe patiënten kunnen op een preferent middel gezet worden, maar daarnaar is vooralsnog geen onderzoek gedaan. Kan de minister aangeven waarop dat bedrag van 50 mln. gebaseerd is en waarom zij denkt dat dit bedrag in 2012 al gehaald wordt? Anders zitten we in 2012 gelijk weer met een overschrijding van 50 mln. Is het niet beter om te besparen op het doelmatig voorschrijven van generieke middelen door de medisch specialisten, zoals we dat ook in de eerste lijn hebben gedaan? Dat wordt wel gedaan voor 30 mln., maar waarop is dat bedrag gebaseerd? Het generiek voorschrijven in de eerste lijn leverde immers het tienvoudige op. Waarom kunnen we die besparing daar niet weghalen? In de voorhang bekostiging dure geneesmiddelen treffen we naast de TNF-alfaremmers nog drie andere geneesmiddelen aan, namelijk orenica, kineret en stelara. We hebben het steeds uitsluitend over de TNF-alfaremmers gehad. De overige, dure geneesmiddelen zouden in een later stadium bekeken worden. Stelara is een middel dat uitsluitend geregistreerd is voor psoriasis en het staat als een uniek middel op de bijlage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), omdat het niet onderling vervangbaar is door andere middelen. Het

aandeel van Stelara is minder dan 1% van de gehele overheveling en dus qua volume en besparing te verwaarlozen. Het betreft echter wel een middel dat in de thuissituatie wordt toegediend. Graag wil ik een onderbouwing van de minister op de vraag waarom de overheveling is uitgebreid met deze drie middelen en waarom dit niet kan wachten tot 2013.

De PVV-fractie sluit zich aan bij het beleid van de minister inzake de zelfzorgmiddelen, de verbetering van de leesbaarheid van de bijsluiter en de vrije tarieven voor apothekers. Zij is erg blij met de vandaag ontvangen brief over de stand van zaken van de doelmatigheidsonderzoeken. Mijn fractie kijkt bovendien uit naar de publicatie van de NZa en de uitkomsten. Zij kan zich daarom ook vinden in de voorstellen van de minister over de voorlopige opname van nieuwe geneesmiddelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het verbaast mij enigszins dat de PVV niet stilstaat bij een heel belangrijke discussie, namelijk het voorstel om over te gaan op vrije prijzen bij de geneesmiddelenvoorziening. Mevrouw Agema heeft bij de begroting aangegeven dat de PVV-fractie, die niet zo van de markt is, zich ervan heeft laten overtuigen dat die brede marktwerking in de zorg toch wel goed is. We hebben het dan ook over ziekenhuizen enzovoorts. Is mevrouw Gerbrands het ermee eens dat, nu er een onderzoek ligt van de Boston Consulting Group, de PVV zich ook moet laat overtuigen van het feit dat marktwerking in dit geval een levensrisico is en dat het veel verstandiger is om een en ander niet te doen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Nee, die mening deel ik niet. Ik vond het rapport bijzonder eenzijdig. Het hangt aan elkaar van aannames. Ik ben niet zo negatief als de heer Van Gerven en de heer Van der Veen, die menen dat een en ander tot een enorme kostenstijging leidt.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik concluderen dat de PVV ervan uitgaat dat de marktwerking niet tot kostenstijging leidt en dat de BCG ernaast zit? De BCG verwacht zeker een prijsstijging van gemiddeld 5% per jaar. Toen een en ander destijds bij de fysiotherapeuten meer werd vrijgegeven, was dat ook het geval. Mevrouw Gerbrands zegt dat dat niet zo is. Ik constateer dat zij daarmee afstand neemt van het rapport. Stel dat die prijsstijging wel aan de orde is, vindt mevrouw Gerbrands dan ook dat de rekening never nooit bij de patiënt mag worden neergelegd?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Op die laatste vraag is mijn antwoord ja. Ik wil de heer Van Gerven nog even corrigeren. Bij de fysiotherapie was geen sprake van een prijsstijging, maar van een volumetoename. Dat is iets anders.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil de feiten even benoemen. In het begin was er bij de fysiotherapie duidelijk sprake van een prijsstijging van 25%. In latere jaren is daar een volumestijging bovenop gekomen en zien we een enorme kostenstijging in de fysiotherapie. Die feiten spreken voor zich. Iets dergelijks ligt ook in het verschieft bij de geneesmiddelenvoorzieningen, als we het voorstel van de minister volgen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Feiten ontkennen is altijd een makkelijke manier van politiek bedrijven. Ik heb op geen enkele wijze gehoord waarom het BCG-rapport niet zou deugen, behalve omdat de uitkomsten de PVV niet aanspreken. Ik sluit aan bij de opmerking van de heer Van Gerven. De PVV-fractie accepteert niet dat de prijsstijgingen, zou hier al sprake van zijn, ten laste van de patiënt komen. Op welke wijze moet dat naar haar idee dan geregeld worden?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik ga ervan uit dat het niet gebeurt, zodat ik daarover nu niet ga nadenken. De heer Van Gerven stelt mij een «wat als»-vraag. Ik denk dat het niet zo ver komt. Mocht het wel zo ver komen, dan zien we het wel. In dat geval ben ik echter voornemens om een en ander niet ten laste van de patiënt te laten komen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mevrouw Gerbrands steunt, overigens net als de D66-fractie, de prestatiebekostiging. Misschien wil zij dat bevestigen of ontkennen. Dat is dan wel een heel andere opstelling dan die we van de PVV gewend zijn. Ik zou graag van mevrouw Gerbrands willen weten hoe dat komt.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): In ieder AO, dat ook maar iets met vrije prijzen of marktwerking te maken heeft, kan ik hetzelfde antwoord herhalen. Er is sprake van stilstand. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt voor de markt maar gedeeltelijk te dereguleren. De Kamer heeft gezien dat dat niet werkt. Mijn fractie heeft zich ervan laten overtuigen dat we een stap voorwaarts moeten maken. Ik kan dat bij iedere stap die gezet wordt en waarin de PVV meegaat herhalen, maar zo simpel ligt het.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Dat vrije prijsvorming niet automatisch leidt tot meer concurrentie, betere betaalbaarheid en/of hogere kwaliteit blijkt uit de studie die in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland door de Boston Consulting Group is uitgevoerd. Dat is al verschillende keren aan de orde geweest. De randvoorwaarden die voor de farmaceutische zorg van bijzonder belang zijn, zijn de mogelijkheid voor de betaler om op volume te sturen en de aanwezigheid van voldoende aanbieders in elke lokale markt. De ChristenUnie vindt het terecht dat ZN aandringt op geleidelijke liberalisering van de prijzen. Concurrentie tussen kleine zelfstandige apothekers zonder vet op de botten en grote ondernemers zal vrijwel onmogelijk zijn. Een grote ketenapotheek heeft ruimte om te stutten met prijzen. De cruciale vraag is wie welk risico uiteindelijk kan dragen. De overheid zal zich een goede marktmeester moeten betonen en verstandig moeten kunnen sturen.

We moeten voorkomen dat zorginhoudelijke overwegingen ondergeschikt raken aan financiële overwegingen. Wat betreft preferentiebeleid, plukken we de vruchten. Medicijnen zijn goedkoper geworden, maar het is lastig voor apothekers en hun klanten als zorgverzekeraars steeds van label switchen. Wat kan hieraan worden gedaan? Ik ontving bijvoorbeeld de suggestie om zorgverzekeraars een vergoeding aan apothekers te laten betalen bij elke wisseling van label, vanwege het extra werk dat hiervoor verzet moet worden.

Ik kom op de TNF-alfaremmers. Allerlei ingekomen brieven riepen een akelig gevoel van herkenning bij mij op, mede gezien de discussie van vorig jaar die voorafging aan het besluit. Er is toen besloten tot uitstel. Ik ben derhalve erg benieuwd welke voortgang geboekt is met de voorbereidingen van de overheveling. Is de thuiservice voor patiënten op orde? Ziekenhuizen geven aan dat het behalen van inkoopkortingen volstrekt onrealistisch is. Wat gebeurt er als de besparingen niet worden gehaald? Wat zijn de mogelijkheden om ook leveranciers een prijsmaatregel mee te geven?

Ik wil graag wat zeggen over het rapport Verdieping Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw. Nederland kan een belangrijke rol spelen indien er werkafspraken moeten worden gemaakt tussen verschillende landen van de Europese Unie. Ik ben heel erg benieuwd welke werkafspraken de minister gaat maken. Twee jaar geleden bepaalde de Europese Unie dat elke lidstaat in 2013 een nationaal plan voor aanpak van zeldzame ziekten moet hebben. Wanneer kom ons plan?

Bijna de helft van de apothekers ervaart belemmeringen om bovenop de farmaceutische basiszorg nog systematisch extra taken te verrichten, zoals bijvoorbeeld medicatiereviews en begeleiding bij polifarmacie onder ouderen. Van de ondernemende apothekers die wel aan deze extra taken werken, slaagt de helft erin om met de zorgverzekeraars tot bevredigende uitspraken te komen. Dat blijkt uit gegevens van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Graag zie ik een onderzoek naar het instellen van barcodes voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in de gehele zorgsector. Dit zal de patiëntveiligheid ten goede komen. Graag ontvang ik hierop een reactie van de minister.

De brief over de opbrengst van het transitieakkoord, die ter bespreking voorligt, is uit 2009. Wat gaat er gebeuren met de meeropbrengst van 108 mln.? Het lijkt de ChristenUnie goed om een deel van dit geld in te zetten om een schone lei te maken en een gelijkwaardige uitgangspositie voor apothekers te creëren, voornamelijk met het oog op de jonge apothekers. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een vereveningsfonds ter compensatie van goodwill. De kosten van geneesmiddelen in Nederland zijn lager dan het Europees gemiddelde, wat leidt tot export. We moeten uitkijken dat hierdoor geen tekorten in Nederland ontstaan. In Venlo is er bijvoorbeeld een aparte groothandel, die middelen uit het buitenland weer terugverhandelt naar Nederland tegen een hogere inkoopprijs. Is de minister hiervan op de hoogte en wat is haar oordeel hierover? De ontstane situatie mag er natuurlijk niet toe leiden dat de patiënt deze middelen zelf moet betalen.

Het NIVEL-rapport constateert dat het principe van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen in drie groepen breed wordt gedragen. Het constateert echter ook dat er kritiek op de uitvoering is. Er moet gezocht worden naar een balans tussen veiligheid en verkrijgbaarheid van zelfzorggeneesmiddelen. De ChristenUnie ondersteunt de aanbevelingen uit het NIVEL-rapport om een onderzoek uit te voeren naar de omvang, oorzaken en gevolgen van verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen, met name als het gaat om paracetamol. In dit onderzoek dient ook de relatie met de AV-indeling nadrukkelijk aan bod te komen. Graag ontvang ik een reactie van de minister.

Tot slot heb ik nog een vraag over de aangekondigde ratificatie van het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde (VRMB). In de kabinetsbrief over het standpunt ten aanzien van het advies van de commissie-Doek staat dat tot ratificatie zal worden overgegaan en wetsvoorstellen zullen volgen. Alvorens de minister daartoe overgaat, zou ik graag een brief willen ontvangen met de stand van zaken betreffende dit verdrag. Welke artikelen uit het VRMB botsen met de huidige Nederlandse wetgeving? Als we dit verdrag al hadden geratificeerd, zou het vrijwel onmogelijk zijn geweest om iets met het advies van de commissie-Doek te doen. Ik heb het idee dat het verdrag al aardig oud is en dat de inhoud ervan door allerlei nieuwe ontwikkelingen is ingehaald. Als we nu voortvarend met het rapport van de commissie-Doek aan de slag gaan, is het belangrijk dat we onszelf niet in de wielen rijden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Dit kabinet heeft alle reden om zich druk te maken over de prestatiebekostiging van geneesmiddelen. Deze moet er immers toe leiden dat de kwaliteit van de zorg door apotheken verbetert en dat de kosten ervan omlaag gaan. D66 steunt dit. Als we willen weten of apotheken kwaliteit bieden en wij hen daarop willen afrekenen, moeten we weten welke prestaties zij leveren. Weten we dat nu? Weten we of een apotheek het goed doet of wanneer het beter zou kunnen? Ik vrees van niet.

Als mijn wat vergeetachtige moeder bloedverdunnende medicijnen moet gebruiken om een beroerte te voorkomen, wil ik weten op welke wijze haar apotheek haar hierin ondersteunt. Ik wil weten welke informatie de apotheker haar over het geneesmiddel verstrekt en of hij daarbij rekening

houdt met haar vergeetachtigheid en haar medicijnen voor andere kwalen. Ik wil ook weten op welke manier de apotheker haar begeleidt bij het medicijngebruik. Ik vind het immers belangrijk dat mijn moeder de bloedverdunners trouw blijft innemen en dat dat veilig gebeurt. Hoe checkt haar apotheker dit? Die goede informatieverstrekking en begeleiding bij het gebruik zijn indicatoren voor de kwaliteit van de behandeling. Daarmee zouden apotheken onderling kunnen worden vergeleken. Ik zeg met nadruk zouden. Nu blijkt dat immers niet of nauwelijks te kunnen. Er zijn onvoldoende gegevens beschikbaar en de informatievoorziening over medicijngebruik en de begeleiding daarbij laten te wensen over.

Hoe bepaal je nu de prijs als je geen gegevens hebt over de uitkomsten van farmaceutische zorg of als die gegevens onbetrouwbaar zijn en niet met elkaar vergeleken kunnen worden? Wat gaat de minister hieraan doen? Hoe waarborgt ze in dezen de rechtspositie van de verzekerden, consumenten en patiënten?

Hoe voorkomt de minister enorme prijsverhogingen, als de prijzen van geneesmiddelen vrij onderhandelbaar zijn, maar er onvoldoende concurrentie in een bepaald gebied is? Dit blijkt namelijk uit het BCG-rapport. Ik vraag de minister in haar beantwoording ook nieuwe initiatieven te betrekken, zoals internetfarmacie.

Mijn fractie steunt de minister in het voortzetten van het preferentiebeleid. Om dit te verbeteren zijn onafhankelijke richtlijnen nodig. Hoe waarborgt de minister het onafhankelijke karakter van deze richtlijnen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik kom nog even terug op de vrije prijzen. De PvdA-fractie deelt de twijfel die mevrouw Dijkstra heeft uitgesproken. Zij vindt het op zich ook een goed idee om die kwaliteit beter te omschrijven. De hamvraag is of je dat al per 1 januari 2012 moet doen op de wijze die de minister voorstelt. Wat is de opvatting van mevrouw Dijkstra daarover, mede in het licht van het BCG-rapport? Moet een en ander nu echt per 1 januari 2012 worden ingevoerd?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het is eigenlijk gelijk aan hetgeen we in een vorig debat over prestatiebekostiging hebben vastgesteld. Op zich ondersteunt mijn fractie het feit dat de minister vaart maakt met deze maatregelen. De D66-fractie raadt haar echter aan om de zaken waarop zij op dit moment al kan afrekenen heel goed inzichtelijk te maken. Wat moet er nog moet gebeuren en hoe ziet de minister dat voor zich? Hoe gaat ze een en ander straks vormgeven?

De **voorzitter**: De vraag van de heer Van der Veen was iets concreter.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zal de vraag herhalen. Vindt mevrouw Dijkstra dat die vrije prijsvorming wel of niet moet worden ingevoerd, gelet op alle onzekerheden die zowel zij als de PvdA heeft geschetst en gelet op het feit dat de beslissing nu genomen moet worden, omdat er nog een half jaar voor de invoering nodig is?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik denk dat we het zouden moeten proberen. Er dient echter wel duidelijkheid te komen over de vraag of er in de periode tussen nu en 1 januari 2012 meer kan worden gedaan aan die indicatoren. Daarop moet we een en ander afrekenen.

De **voorzitter**: Kan ik dit samenvatten als: ja, tenzij?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Mijn fractie vindt dat doelmatigheid een criterium moet zijn bij de keuze van een arts voor een bepaald geneesmiddel. Waarom moet voor een duur geneesmiddel worden gekozen als goedkopere middelen dezelfde werking hebben? In de richtlijnen

ontbreekt nu de doelmatigheid. De minister voert prestatiebekostiging in. Het doel is betere zorg voor minder geld. Hoe wil de minister het gesprek hierover in de spreekkamer bevorderen? Vraagt zij de patiënt om een eigen bijdrage als deze tegen het preferentiebeleid in toch kiest voor een duurder geneesmiddel? Hoe zorgt de minister ervoor dat verzekerden meeprofiteren van een financieel concurrentievoordeel van hun verzekeraar, als laatstgenoemde een goed preferentiebeleid voert?

De TNF-alfaremmers zijn dure geneesmiddelen, die jaarlijks een 0,5 mld. kosten. D66 vindt dat het voorschrijven en verstrekken van deze middelen zo efficiënt mogelijk moet gebeuren. Er is veel discussie over de uitwisselbaarheid van deze middelen. Er zijn voor- en tegenstanders van therapeutische substitutie binnen deze geneesmiddelengroep. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs, waaruit blijkt of de TNF-alfaremmers wel of niet uitwisselbaar zijn. Ik vraag de minister om hiernaar wetenschappelijk te laten doen. Hierover moet duidelijkheid komen. Dat geeft patiënten rust en biedt artsen aanknopingspunten om gericht uit behandelopties te kiezen.

D66 wil in 2013 naar een reguleringsmodel, dat ziekenhuizen optimaal prikkelt om kortingen te bedingen, artsen prikkelt vooral te kiezen voor het middel met de laagste maatschappelijke kosten en kortingen bekend maakt bij de zorgverzekeraars, zodat die worden doorberekend aan de verzekerden. Zo'n reguleringsmodel moet recht doen aan de verschillen tussen geneesmiddelen en de verschillen tussen ziekenhuizen. Het risico op onderbehandeling van patiënten moet zo klein mogelijk zijn. Het moet niet mogelijk zijn om dit reguleringsmodel te omzeilen. D66 beschikt over de studie van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) in Rotterdam, onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum. Die studie dateert uit 2008. Daarin zijn verschillende modellen uitgewerkt. Ik zou de minister willen vragen om samen met belanghebbenden het model van de integrale DOT-prijzen voor TNF-alfaremmers in de komende twee jaar verder uit te werken. Ziekenhuizen moeten bovendien transparanter werken als ze behandelen met TNF-alfaremmers. Patiëntregistraties zijn van groot belang, zoals in geval van de DREAM studies bij reumapatiënten. Een koppeling tussen deze registraties en geopende DOT's maakt de prijs-kwaliteitsverhouding van behandelingen inzichtelijk en stimuleert de concurrentie. Je zou patiëntregistraties als een voorwaarde voor zorgcontractering kunnen opnemen. Ik wil graag een reactie van de minister op dit voorstel.

Tot slot kom ik op de zelfzorgmiddelen. Er is hier om een onderzoek gevraagd. De minister heeft al eerder toegezegd dat zij een onderzoek wil doen naar de relatie tussen de toename van het aantal vergiftigingen met paracetamol en de vrije verkoop van dit geneesmiddel. Is dit onderzoek inmiddels gestart en wat is de exacte onderzoeksvraag?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ruim twee jaar geleden stonden de zorgverzekeraars en apothekers lijnrecht tegenover elkaar tijdens een grote actie van apothekers op het Binnenhof. Inmiddels lijkt sprake te zijn van herstel van vertrouwen, om de woorden van de heer Alders te gebruiken. De NZa constateert dat het contracteerproces inmiddels beter verloopt. Dat zijn positieve geluiden in een sector, waarin de laatste jaren veel overhoop is gehaald. Dat is maar goed ook, want de invoering van de vrije prijzen per 1 januari 2012 moet zorgvuldig en verantwoord lopen. Goede verhoudingen zijn daarvoor belangrijk. De CDA-fractie heeft daarover nog enkele vragen. Zijn die verhoudingen inmiddels dusdanig hersteld dat constructief contracteren mogelijk is? Gebeurt dat ook al? Zijn partijen in staat om constructief te contracteren en hoe wordt de kwaliteit zichtbaar gemaakt in die contractering? Hoe wordt er gecontracteerd? Is er inderdaad een level playing field tussen de apotheker en zorgverzekeraar? Wordt kwaliteit, oftewel extra dienstverlening, inderdaad beloond? Is het duidelijk wat bij de reguliere zorg hoort en wat extra dienstverlening is?

Zijn de uitkomsten van de pilot die ontwikkeld wordt op tijd om te worden gebruikt bij het contracteren?

Ik kom op de vrije prijzen zelf. Hoe gaat die prijsontwikkeling? In de brief staat, dat de partijen vrij zijn om afspraken te maken binnen de ruimte die de nieuwe prestatiebekostigingen van de NZa bieden. Is deze voldoende om te hoge prijzen te voorkomen? Als je te hoge prijzen hebt, kan de patiënt daarvan de dupe worden, omdat zijn eigen risico meer volloopt. Hoe ziet de minister dit? Lopen we dit risico inderdaad?

Per 2012 worden de TNF-alfaremmers overgeheveld. Daarmee is een dubbele aanspraak van de baan. Mijn fractie is hiermee akkoord gegaan, omdat de minister zegt dat de patiënt daarvan geen hinder heeft en het in wezen een papieren verschuiving betreft. Het allerbelangrijkste punt is de zorgvuldigheid voor de thuissituatie. De toediening in thuissituatie is bij deze geneesmiddelen weliswaar slechts 5%, maar deze moet wel heel goed geregeld zijn. Op dit moment is deze heel goed geregeld. Ik heb de indruk dat ziekenhuizen nog niet erg bezig zijn met de voorbereidingen voor die overheveling. Het zijn heel belangrijke middelen. De mensen zijn ook zeer tevreden erover. Ik vraag de minister om een en ander goed te monitoren. Is het in de eerste plaats goed geregeld dat de overheveling per 1 januari 2012 plaatsvindt? De andere geneesmiddelen zullen we een jaar later overhevelen. In de loop van volgend jaar zouden we moeten weten hoe het met deze overheveling gaat, teneinde ook de overheveling van die andere middelen per 2013 verantwoord te laten gebeuren.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik wil iets weten over de liberalisering van de farmaciemarkt. Mevrouw Smilde stelde een aantal kritische vragen, vooral ook over de kostenstijging voor patiënten. Deze was ook een van mijn zorgpunten. Wat vindt mevrouw Smilde van dit punt? Vindt het CDA dat we die liberalisering niet moeten doen, als blijkt dat deze tot hogere kosten voor patiënten leidt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, dat zegt mijn fractie niet. Dat is enigszins een «wat als»-vraag. Ik ga ervan uit dat er een mechanisme is om een en ander goed te laten verlopen. Ik stel de minister een aantal vragen. Over de vragen die mijn fractie opwerpt, is in het voortraject nagedacht. Je moet een en ander altijd vergelijken met de wijze waarop het nu gaat. We zijn zo langzamerhand eraan toe om deze stap te zetten. Ik heb er wel vertrouwen in, maar ik heb niet voor niets gezegd dat de NZa die prestatieomschrijvingen heeft. Het gebeurt niet vanuit de losse pols. Binnen die kwaliteitswaarborgen en overheidswaarborgen vindt die vrije prijsvorming plaats. Dat is ook zo met de vrije prijzen in het B-segment. Die waarborgen zijn hierbij heel belangrijk.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Zijn die waarborgen voor het CDA een voorwaarde om al dan niet in te stemmen met de liberalisering?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ja, maar aan die voorwaarde is al voldaan. De minister schrijft in de brief dat de NZa daarvoor prestatieomschrijvingen maakt. Daarmee is in principe aan die voorwaarde van kwalitatieve waarborgen vanuit het publieke toezicht voldaan. Hoe ga je dit echter aanpakken in een dorp waar maar één apotheek is? Misschien is daar de oplossing dat je naar een andere zorgverzekering gaat. Dat zal de minister de Kamer straks wellicht toelichten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik constateer dat de CDA-fractie voor invoering van de vrije prijzen is per 1 januari 2012. Zij vindt dat aan alle voorwaarden is voldaan en heeft hetzelfde idee over onderzoeken als de PVV-fractie, een soort ontkenningsfase rond het rapport van de BCG. Het CDA hecht nogal zwaar aan de relatie tussen de zorgverzekeraars en het KNMP. Stel dat zowel die zorgverzekeraars als het KNMP zeggen dat het

uitermate onverstandig is om een en ander al per 1 januari 2012 te doen, trekt de CDA-fractie zich daarvan dan iets aan? Heeft het voor haar een betekenis als beide partijen, die het samen moeten doen in deze ingewikkelde periode en die elkaar net gevonden hebben, dat zouden uitspreken?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Ik heb altijd bijzonder veel problemen met «als dan»-vragen. Laat ik het als volgt formuleren. Het BCG-rapport was een beetje laat en heb ik het diagonaal gelezen. Daarin zitten wel wat aannames. Bovendien heb ik gisteravond nog een brief gekregen van een apothekersketen, die afstand van het rapport neemt en nuanceringen erbij heeft. Mijn fractie moet hierin toch haar eigen koers varen. De minister heeft een pilot aangekondigd. Deze is al een jaar uitgesteld. Een paar jaar geleden waren de partijen het erover eens om deze wel te gaan doen. In verband met de kabinetsformatie is de pilot een vol jaar uitgesteld, teneinde wat extra tijd te hebben. Ik ga derhalve ervan uit dat men er hier uitkomt. Ik negeer helemaal niets. Ik stel de minister de vraag hoe het zit met de hogere prijzen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is niet zo dat partijen die vrije prijsvorming niet zouden willen. Uit de reacties van beide partijen, zij dat deze iets verschillen, begrijp ik dat een en ander per 1 januari 2012 niet in een soort big bang moet worden gedaan. Mevrouw Smilde zegt dat het zo zij en dat we gewoon moeten doorgaan op het risicovolle pad.

Mevrouw **Smilde** (CDA): De afgelopen weken heb ik op zijn zachts gezegd verdeelde adviezen en berichten over dit onderwerp ontvangen. Ik houd mij aan hetgeen het kabinet de Kamer voorhoudt en aan de vragen die ik aan de minister stel. Als de minister ook van mening is dat de partijen het niet willen, dan hoor ik dat wel. Als je allemaal tegenstrijdige adviezen krijgt, kun je de route van de kabinetsbrieven volgen. Dat wil ik voorlopig doen.

Voorzitter. Gisteren of eergisteren heeft de Kamer een plan gekregen voor voorwaardelijke opneming van nieuwe en innovatieve geneesmiddelen in het pakket. De CDA-fractie is blij dat de minister dit voorstelt. Het komt tegemoet aan de signalen dat er goede middelen op de markt die nog niet kunnen worden gebruikt. De patiënten vragen ook daarnaar. De minister geeft een aantal voorwaarden. Dat moet ook. Het is een voorwaardelijke opname. We wachten de voorstellen af. Hoe lang duurt die voorwaardelijke opname, als daartoe wordt besloten? Wordt er ook een einddatum gesteld? Kan het ook zijn dat er medicijnen weer uitgaan? De ervaring leert dat instroom heel gemakkelijk is. Uitstroom gaat vaak minder snel, ook al zeg je er nog zo duidelijk bij dat het voorwaardelijk is.

De KNMP heeft een witboek uitgebracht, waarin kwaliteit hoog in het vaandel staat. Hoe kunnen we de individuele apotheken beoordelen op de kwaliteit die zij leveren? Ik sluit mij graag aan bij het voorbeeld over de vergeetachtige moeder van mevrouw Dijkstra. Ik heb ook een vergeetachtige moeder. Er is voldoende potentieel om doelmatiger voor te schrijven door medisch specialisten. Dat klinkt bijna als een understatement. Bij de zbc's wordt vooral op merknaam voorgeschreven en niet op generieke wijze. Dit soort zaken zou anno 2011, na zoveel jaren preferentiebeleid, niet meer moeten voorkomen. Laten we in ieder geval proberen om goed voor te schrijven.

De informatie aan patiënten door drogisten kan veel beter. Het kan best zo zijn dat kopers van paracetamol daarop niet zitten te wachten, maar ik meen dat een kassacheck belangrijk is.

Mijn fractie heeft de brief gelezen van de minister om te komen tot betere en duidelijkere bijsluiters. Zij wil volgend jaar om deze tijd graag weten hoe ver de vorderingen zijn. Sterker nog, het CDA zou volgend jaar de bijsluiters willen lezen over die pilot voor de aanvalsbehandeling van

migraine. Als de Kamerleden als leken die bijsluiter snappen, dan zal deze wel in orde zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik begin met de voorwaardelijke toelating. Mevrouw Smilde heeft daarover ook iets gezegd. Mijn fractie is blij met het voorstel dat de Kamer vorige week ontving. Zo komen nieuwe geneesmiddelen snel beschikbaar voor patiënten. Wat de VVD betreft, starten we snel daarmee. In de brief wordt 2013 als startdatum genoemd. Waarom starten we niet zo snel mogelijk met die pilots? We kunnen die dan ook testen tijdens de voorwaardelijke toelating. Mevrouw Smilde zei reeds dat de toelating makkelijk is, maar de exit moeilijk. Dat heeft een aantal redenen. Vaak willen artsen toch iets doen, omdat het voor patiënten de laatste strohalm is. Men schrijft dan maar gewoon iets voor. Ik vraag de minister om een duidelijke exitstrategie, die gekoppeld is aan een einddatum en testen. Volgens mij heeft de stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON) in het VUMC richtlijnen voor de vraag wanneer je iets doet en wanneer je ermee stopt. Het lijkt me goed dat concept van HOVON verder uit te rollen.

In het rapport Verdieping Goed Gebruik Geneesmiddelen van ZonMw staat een aardig voorbeeld van twee geneesmiddelen tegen netvliesaan- doeningen, Lucentis en Avastin. Deze werden getest. Wellicht kunnen we veel meer hiermee doen. Als je twee geneesmiddelen hebt, waarvan je weet dat ze ongeveer hetzelfde doen – de beroepsgroep zal dat weten – test ze dan. Ik was laatst ook in het andere academische ziekenhuis in Amsterdam. Over de vraag waarom ze er in Amsterdam twee hebben, komen we nog wel eens te spreken. Dat is een ander rondetafelgesprek. In ieder geval was daar professor Ben Willem Mol. We kennen hem allemaal, omdat hij aanwezig was bij de rondetafelconferentie over babysterfte. Hij had een onderzoeksvoorstel. Hij wilde twee geneesmiddelen testen, nifedipine en atosiban. Het ene geneesmiddel kost € 2 per behandeling, het andere € 700 per behandeling. De medische centra gebruiken beide middelen, vijf van het een en vijf van het ander. Laten we deze testen en wellicht blijft de goedkoopste over. In ieder geval is het goed voor de patiënt, want dan weet je zeker wat het goede geneesmiddel is. Je komt daarmee ook tegemoet aan de beroepseer van artsen die middelen voorschrijven, waarvan je weet dat het de beste zijn. Idem dito voor stopstrategieën. HOVON, die ik reeds noemde, heeft een stopstrategie voor geneesmiddelen. Financieel kan deze zich ronddraaien. ZonMw doet nu de subsidiëring. Men zegt dat deze versnipperd is. Door dat dure middel in de test niet te gebruiken, kun je die test betalen. Graag ontvang ik een reactie op die suggestie. Er gaat immers wel bijna 5 mld. in de geneesmiddelen om. Dan moet het onderzoek natuurlijk wel geprotocolleerd zijn en voldoen aan ethische toetsen. Mensen zijn immers geen proefkonijnen.

Ik kom op het preferentiebeleid. Ik ben econoom. Die farmaceutische markt is bijzonder. De minister zegt eigenlijk dat zij niet naar een andere referentiegroep wil, omdat dat leidt tot een stijging van de geneesmidde- lenprijzen in andere landen. Wat houden we hier nu in stand? Dit zijn monopolisten die gebruikmaken van prijsdiscriminatie, zoals economen dat noemen. Als je het woord discriminatie hoort, moet je altijd oppassen. Hoe groot zijn die monopoliewinsten in die verschillende landen? Als je dat weet en je weet hoeveel men van die winst nodig heeft om innovaties te bekostigen, kun je pas echt zeggen of die prijs niet lager kan. Graag ontvang ik een economische analyse. De VVD zou het liefst zien dat die prijzen omlaaggaan. Misschien kan het Centraal Planbureau (CPB), dat al eerder een studie heeft gedaan naar het preferentiebeleid, nog eens daarbij helpen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is een boeiend betoog van de heer Mulder. Begrijp ik het nu goed dat de VVD eigenlijk die motie-Van der Veen/Leijten wel een goed idee vond? De VVD heeft die niet gesteund, of toch wel?

De heer **Mulder** (VVD): Destijds was Halbe Zijlstra lid van deze commissie. Uit mijn hoofd zeg ik dat de VVD die motie heeft gesteund. Ik heb het gecheckt. De minister reageert en daarom reageer ik op mijn beurt op deze manier. De VVD-fractie heeft die motie gesteund. Graag wil zij een studie naar de monopoliewinsten. Met de gegevens die nu beschikbaar zijn, kun je niet zomaar concluderen dat je een en ander niet moet doen. Je moet inzicht hebben in of een schatting hebben van je monopoliewinst.

De heer **Van Gerven** (SP): Laten we eens kijken naar die prijsstelling. Als in Griekenland een middel tegen bedrag x kan worden geleverd, waarom zou dat dan niet in Nederland kunnen? Vindt de VVD ook niet dat je dan eigenlijk diezelfde prijs zou mogen vragen? We hebben het uiteindelijk over premiegelden die daarvoor moeten worden betaald en over publieke gezondheidszorg.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begrijp de redenering van de heer Van Gerven. Daarom stel ik ook deze vraag. Er is sprake van prijsdiscriminatie. De fabrikant wil natuurlijk winst maken, al is het maar omdat hij zijn innovatie wil terugverdienen. Als je zegt dat hij geen winst mag maken, zal er ook nooit meer een innovatie komen. Het gaat om de goede balans. Het feit dat er verschillende prijzen zijn, betekent dat er winsten zijn. Hoe hoog zijn die? Je wil ook innovatie hebben. Je kan niet zeggen dat je op de kostprijs gaat zitten, want dan gaat die fabrikant natuurlijk niets meer maken. Dit is een heerlijk denkertje voor economen van misschien wel het Centraal Planbureau.

De heer Van der Veen is heel blij met het rapport van de Boston Consulting Group. Dat begrijp ik wel. Hij is de man van de pas op de plaats en de Boston Consulting Group voedt hem daarin. Ik heb gehoord dat het rapport € 350 000 heeft gekost. Dat rechtvaardigt het feit dat de heer Van der Veen daaraan een bijdrage levert. Het rechtvaardig natuurlijk ook een reactie van de minister daarop. Ik heb op voorhand twee vragen. Ik vind dat het rapport wat laat komt. De NZa had haar marktbevindingen al in 2008. Terwijl we naar aanleiding hiervan reeds hadden besloten een en ander te gaan doen, komt er in 2011 dit rapport van de verzekeraars. Ik moet die vraag niet hier stellen, maar het rapport is in ieder geval laat. Opvallend vond ik ook dat de Boston Consulting Group de opvatting is toegedaan, dat er weinig apotheken zijn. In bepaalde delen zal de prijs derhalve omlaaggaan. De grote organisatie van zorgverzekeraars Univé, VGZ, IZA en Trias (UVIT) heeft echter niet eens zo lang geleden gezegd, dat we het wel afkunnen met 1 000 á 1 200 apothekers in plaats van 2000. Die zorgverzekeraars geven dus twee tegenstrijdige signalen af. Ik ben overigens wel blij met de studie. Deze is goed voor het debat en stimuleert het denken. Ik heb al eerder gezegd: marktordening is denkwerk. Iedereen die daaraan een bijdrage levert, al is het wat laat, is natuurlijk van harte welkom.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het is het een of het ander. Het is iets wat een debat stimuleert of wet enkel bedoeld is om dingen tegen te houden. Ik ga niet in op de opmerking van de heer Mulder, dat de PvdA voor stilstand zou zijn. Mijn fractie is er voorstander van dat de invoering van nieuwe systemen op een beheerste manier plaatsvindt en dat deze niet ten koste gaat van patiënten en zeker niet van de premie. Daarover verschilt de PvdA waarschijnlijk van mening met de VVD. Vindt de heer Mulder het rapport van die Boston Consulting Group nu wel of niet goed? Enerzijds zegt hij dat het een soort ingekocht verhaal is. Hij noemt ook die

prijs ad € 350 000. Ik kan het niet anders uitleggen dan dat er waarschijnlijk wat liefde gekocht is of zo. Hoe beoordeelt de heer Mulder het rapport?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zei al dat het rapport opvallend is. In de bijzinnen zei de heer Van der Veen dat die premies de VVD niet uitmaken. Die maken voor de VVD juist wel uit. De NZa zegt dat die eventuele prijsstijging beheersbaar is. Dat maakt uit. Daarom laat je een en ander ook toetsen door de NZa. In de bijzinnen suggereert de heer Van der Veen iets wat niet klopt. Ik zet dat maar even recht. Ik heb bij de presentatie van afgelopen maandag ook gezegd. Het is heel bijzonder als je in een rapport constateert dat de prijzen gaan stijgen – in de markt komt derhalve winst – maar dat er geen nieuwe toetreding van aanbieders is. Elke econoom weet dat als de prijzen stijgen er in de markt winsten worden behaald, er nieuwe toetreders komen en dat die prijzen weer gaan dalen. Dat zegt de NZa ook. Dat is mijn eerste reactie op het rapport. Die heeft de heer Van der Veen ook maandag kunnen horen. De apothekers zeggen dat dit rapport een aantal veronderstellingen bevat dat niet klopt. Het rapport is gepresenteerd bij de minister op het ministerie. We zullen dadelijk nog wel meer argumenten krijgen op de vraag waarom dit rapport wel of niet goed is. Als econoom vond ik dat al wonderlijk, net zoals het tijdstip en de eerdere opmerking dat we wel naar 1000 á 1200 apothekers zouden kunnen. Ik weet niet precies wat er bij de zorgverzekeraars achter zit. Ik heb wel eens gevraagd – dat moet ik ook eigenlijk niet doen – of ze niet een beetje koudwatervrees hebben. Dit zou dat kunnen bevestigen, maar ik weet dat natuurlijk niet precies. Ik kan immers niet kijken onder het schedeldak van de mens.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De heer Mulder is in staat om dingen suggestief te zeggen.

Ik wil nog even naar het punt van die concurrentie. De kern van het BCG-rapport is nu juist dat er onvoldoende concurrentie is. Daardoor zullen de prijzen stijgen. De oplossing van de heer Mulder is dat we de prijzen de komende jaren laten stijgen. Vervolgens zullen er wel nieuwe toetreders komen. Daarmee is dan wel een tijd lang te veel betaald. Op het moment dat er nieuwe toetreders komen, zullen de prijzen dalen. In afwachting van die nieuwe toetreders, investeren patiënten eerst in een hogere premie. Dat is de conclusie van het verhaal van de heer Mulder.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begrijp de agenda van heer Van der Veen wel. Ik heb hem nu een half jaar meegemaakt. Hij maakt pas op de plaats als het gaat om liberalisering en competitie. De heer Van der Veen is natuurlijk ontzettend blij met dit rapport.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In de politiek kan het ook om zakelijke argumenten gaan. Ik kan mij voorstellen dat ...

De heer **Mulder** (VVD): Natuurlijk is het zakelijk. Ik constateer echter wel, dat bijna elke bijdrage of vraag aan wie dan ook samenhangt met het maken van een pas op de plaats. Ik constateer dat het NZa-rapport iets anders zegt. Ik heb de neiging om daarnaar te kijken. Ik ben benieuwd of de minister andere inzichten heeft op basis van dit rapport, ervan uitgaande dat zij dit heeft gelezen. We hebben al een NZa-rapport dat iets anders zegt dan dit BCG-rapport.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Liefde is niet te koop en we zullen altijd wel een verschil van mening hebben. Ik weet de VVD echter wel te vinden op het punt van de zorg over dreigende monopolieposities. Als het gaat om discussies over fusies van ziekenhuizen of een fusie van een verzekeraar met een ziekenhuis, bemerk ik altijd een

kritische houding van de VVD. Ik vind het dan ook opmerkelijk dat zij juist dit als een kernprobleem van het BCG-rapport ziet. Gaan er op die kleine lokale markt niet heel ongezonde monopolieposities ontstaan?

De **voorzitter**: Wat is de vraag van mevrouw Wiegman-van Meppelen Scheppink aan de heer Mulder?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Gaan er niet heel ongezonde monopolieposities ontstaan?

De heer **Mulder** (VVD): Het bijzondere is dat de NZa zegt dat dat niet gebeurt. Zij veronderstelt dat er wel sprake is van toetreding. Ik ben ook blij met dat rapport, omdat je daardoor een scherpere discussie krijgt. Hoe weegt de minister die twee rapporten? We hebben al eerder gesproken over de overhang vrije tarieven. Hij komt laat, maar goed. Ik ontvang, desnoods in de blessuretijd, graag die reactie.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is toch wel een heel interessante discussie. De SP gaat even mee in de redenering van de heer Mulder dat de prijzen eerst zullen stijgen. Dan komen er meer apothekers en meer aanbieders en dan gaan de prijzen weer dalen. Is de VVD er geen voorstander van dat er maar 1 000 apothekers komen, conform de lijn van UVIT?

De heer **Mulder** (VVD): Nee, het aantal apothekers is op zichzelf geen doel. Het gaat erom dat er voor de consument een goede kwaliteitszorg is tegen een goede prijs. Het aantal apothekers is daarbij niet zozeer een doel, eerder een middel. Ik zou derhalve niet willen sturen op het aantal apotheken.

De heer **Van Gerven** (SP): Waar wil de VVD-fractie naartoe? Wil zij naar 1 000 apothekers of juist naar heel veel apothekers? Dat laatste is immers het gevolg als de markt groeit. Volgens de visie van de heer Mulder komen er dan meer aanbieders en dus ook meer apothekers.

De heer **Mulder** (VVD): Ik zou het nooit formuleren in de trant van: ik wil zo veel apothekers. Ik wil een goede kwaliteitszorg tegen een goede prijs. Dat is de wijze waarop je naar die materie zou moeten kijken. Het aantal apothekers kan daarbij een rol spelen als zijnde een afstandscriterium.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik volg de redenering van de heer Mulder. In zijn visie komen er meer apothekers. De markt neemt immers toe als we de prijzen gaan vrijgeven. Er valt wat te verdienen. De heer Mulder is tevens een voorstander van de lijn van UVIT met meer efficiency en minder apothekers. Ik constateer dat de uitkomst van de markt dan niet is wat hij wil. Er komen meer apothekers. Zal dat niet juist leiden tot nog meer omzet en kostenstijgingen? Meer aanbieders betekent over het algemeen meer omzet, zeker in de zorg.

De heer **Mulder** (VVD): Er zijn twee dingen. Ik zeg niet dat ik het eens ben met UVIT. Er zijn twee tegengestelde signalen. Een grote zorgverzekeraar zegt dat er te veel apothekers zijn en in een rapport wordt geconcludeerd dat er in bepaalde delen van het land te weinig apotheken zijn. Kunnen deze conclusies allebei waar zijn?

Ik kom terug op de redenering van de heer Van Gerven. Als er op een gegeven moment in de markt winsten worden gemaakt, zijn er toetreders. Die toetreders gaan natuurlijk scherper concurreren, waardoor de prijzen omlaaggaan en je uittreding krijgt, faillissement. Er is geen oneindig grote groei van apothekers. Dat aantal gaat op een gegeven moment weer naar beneden. Dat is economie. De heer Van Gerven kijkt enigszins moeilijk,

maar zo werkt dat. Het aantal zal niet onbeperkt groeien. Op een gegeven moment ga je weer failliet.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit was uitlokking.

De heer **Mulder** (VVD): We hebben de competenties. De heer Van Gerven is arts, ik ben econoom en samen zouden we een goede combi kunnen vormen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat weet ik zo net nog niet. De heer Mulder is ongetwijfeld een aardige man. De kosten zijn prijs maal omzet. In een marktsysteem neemt de omzet altijd toe. We hebben dat gezien in de ziekenhuizen. De prijs van bijvoorbeeld de dbc's is niet extreem gestegen, maar de omzet is echter wel megagroot geworden. Daardoor is sprake van veel hogere kosten. Is de heer Mulder volgens zijn economische visie niet bang voor dit scenario?

De heer **Mulder** (VVD): De heer Van Gerven stelt een heel fundamentele vraag over de zorg in het algemeen. Apotheken worden als het goed is gedreven door recepten. Ik zie niet gebeuren dat artsen massaal recepten gaan voorschrijven, omdat zij de apotheek op de hoek een beetje wil matsen. Dat lijkt mij ook ingaan tegen de beroepseer.

De **voorzitter**: De rest van deze discussie bewaren we voor de tweede termijn.

De heer **Mulder** (VVD): De innovatie is nog niet genoemd. De sector geeft aan dat het heel moeilijk is om in Nederland onderzoek te doen naar geneesmiddelen. Daarvoor zouden 90 dagen staan, maar in Nederland zijn daarvoor 100 extra dagen nodig. Een nadeel is dat Nederland daardoor minder aantrekkelijk is voor onderzoeken. Die verhuizen naar het buitenland. Mijn fractie zou graag van de minister een beschrijving willen ontvangen van de stappen in het proces om tot goedkeuring te komen. Waar kun je die stappen versnellen? Mevrouw Wiegman vroeg wanneer het actieplan voor weesziekten er komt. Ik sluit mij aan bij deze vraag. Wat betreft de VVD is de uiterste datum 31 december 2013, maar het mag ook eerder.

De werkgevers hebben een brief gestuurd aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het verzoek om financiële compensatie voor de overheveling van de geriatrische revalidatie naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Blijkbaar is daarvoor een regel. Dit is dan ook geregeld.

Mevrouw Wiegman had het over het VRMB uit 1997. De minister kijkt enigszins verward. Dit verdrag is door Nederland getekend, maar het moet nog geratificeerd worden. Het kabinet schrijft daarover iets in zijn reactie op het advies van de commissie-Doek. Staan in dat verdrag zaken die ontwikkelingen in Nederland, zoals onderzoek, in de weg staan? De Embryowet had er mogelijk niet kunnen komen als we dat verdrag reeds hadden getekend. Staat dat verdrag geneeskundig onderzoek en geneeskundige ontwikkelingen in de weg?

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik heb gebundeld. Ik heb immers zo veel vragen gekregen. Ik probeer alles heel snel maar grondig af te werken. Er stond een groot aantal stukken op de agenda, maar gelukkig hebben de Kamerleden zich toegespitst op een aantal onderwerpen.

De kern van het beleid is dat het altijd gaat om het bevorderen van een zo goed mogelijke farmaceutische zorg voor de patiënt, tegen zo laag mogelijke kosten en met snelle toegang tot nieuwe vormen van zorg en innovatieve geneesmiddelen. Om dit te bereiken, is het belangrijk dat we zorgpartijen de ruimte geven om hun rol te kunnen waarmaken.

De tijdelijke toelating tot het pakket is een belangrijke wijziging die niet geheel zonder risico's is. We willen namelijk allemaal dat de patiënt de noodzakelijke geneesmiddelen krijgt als die ook op de markt zijn. Nieuwe innovatieve geneesmiddelen moeten beschikbaar voor de patiënt zijn als hij deze nodig heeft. We hebben beperkte financiële middelen die we zo goed mogelijk willen besteden. De uitdaging is om zowel de toegang als de betaalbaarheid te borgen.

In tegenstelling tot tien jaar geleden zijn de nieuwe geneesmiddelen van vandaag vaak specialistisch en bedoeld voor ernstige ziektebeelden, zoals kanker. Het huidige systeem kraakt in zijn voegen, zoals zichtbaar is bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Er is sprake van steeds kleinere groepjes. Daardoor is het steeds lastiger om, gezien de eisen die in Nederland worden gesteld aan de toelating tot het pakket, de kosteneffectiviteit aan te tonen. Heeft het middel meerwaarde ten opzichte van bestaande behandelingen? Zijn de meerkosten ervan gerechtvaardigd? Als het over heel dure geneesmiddelen gaat voor kleine groepjes specialistische kankerbehandelingen, zijn voornoemde punten moeilijk te beoordelen. Er zijn twee risico's. Ofwel je laat het middel toe en achteraf blijkt dat het geen meerwaarde heeft gehad. Je hebt dan veel geld betaald voor iets wat niets heeft opgeleverd. Ofwel je doet het andersom, wat betekent dat een patiënt het middel niet krijgt en daardoor de dupe is. Dat gebeurt steeds meer. Wij merken dat ook. Dat is ook de reden waarom wij het huidige ja/nee-systeem willen aanvullen met een tijdelijke voorwaardelijke opname in het pakket.

Het is ongelooflijk belangrijk dat je naast een instroom- ook en uitstroom-systeem hebt. Je kunt middelen toelaten, maar op een gegeven moment tot de conclusie komen dat een bepaald middel geen meerwaarde heeft of dat de kosteneffectiviteit ontbreekt. Dat middel moet er dan ook uit. Als we dat niet doen, faalt het systeem en kunnen we het niet handhaven. Dit is derhalve een absolute voorwaarde voor het systeem.

Behalve dit nieuwe instrument voor pakketbeheer wil ik ook werken met prijs/volume-afspraken. Belangrijke effectieve geneesmiddelen mogen best hoge prijzen hebben. Je kijkt immers naar de kosten en de baten, niet alleen naar de prijs. Als het middel hoge baten heeft voor de patiënt, kun je weliswaar menen dat het duur is. Het is echter wel de moeite waard is. De totale uitgaven aan een specifiek geneesmiddel moeten redelijk en proportioneel zijn, ook in relatie tot de ontwikkelingskosten. Via afspraken over prijzen en volume kunnen we meer hierop sturen, maar dat is alleen nodig als prijscompetitie niet werkt. Deze nieuwe instrumenten, de voorwaardelijke pakketopname en de prijs/volume-afspraken kunnen de toegang van de patiënt tot belangrijke geneesmiddelen waarborgen. Daardoor krijgt ook beloftevolle informatie een kans en wordt de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg bevorderd.

In de brief heb ik aangegeven dat ik mij beleidsmatig meer wil focussen op monopolistische dure geneesmiddelen en minder op geneesmiddelen die al langer beschikbaar zijn. De heer Van der Veen refereerde daaraan. Mijn idee is om alle energie en menskracht in datgene te steken waar het echte geld zit, de dure geneesmiddelen. Daar is geld te verdienen voor de premiebetaler. In datgene waar veel minder geld te halen is, omdat we al jaren erop persen, zou ik minder energie willen steken. De herberekening van het GVS is geen risicoloze exercitie en kan ook duurder uitpakken. Deze is heel ingewikkeld en kun je niet zomaar even doen. De herberekening van het GVS heeft risico's, kosten en baten. Je weegt dit heel ingewikkelde traject af tegen hetgeen je eruit kunt halen. Laten we onze energie steken in dure geneesmiddelen. Daarvan weten we dat er honderden miljoenen zitten. Ik heb dit in mijn brief aan de Kamer ook als overweging meegegeven. Ik heb de Kamer gevraagd of zij het op dit punt met mij eens is.

Mevrouw Voortman vroeg waarom de uitbreiding van de Wgp-basis slecht uitpakt voor de goedkoopste EU-landen. De farmaceutische

industrie past prijsdifferentiatie toe. In landen met een laag welvaartsniveau wordt in een aantal gevallen een lagere prijs gevraagd dan in landen met een hoog welvaartsniveau. Doordat de farmaceutische industrie dat doet, kun je in een land met een laag welvaartsniveau die geneesmiddelen nog krijgen. Als landen met een hoog welvaartsniveau diezelfde prijs gaat hanteren, is dat systeem binnen de EU afgelopen. Dat kun je garanderen. Dat betekent dat de geneesmiddelen in die landen niet meer ter beschikking komen of dat de prijs ervan omhoog gaat. Dat gevaar is aanwezig.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister zegt dat een en ander zou kunnen. Laten we het maar proberen. Noorwegen doet dat bijvoorbeeld ook. Wij zouden dat dus ook kunnen doen.

Ik kom op het versneld op de markt brengen van die dure nieuwe geneesmiddelen. In tien jaar tijd heeft een omzetgroei plaatsgehad van 7 mln. naar 400 mln. De markt is binnen tien jaar tijd geëxplodeerd. De minister wil de geneesmiddelen snel voorwaardelijk op de markt hebben. Dat vind ik prima. Er is dan wel een risico met betrekking tot de kwaliteit en de veiligheid. Hoe gaat de minister deze borgen? Er moet een uitstekend post marketing surveillance zijn, opdat het geneesmiddel weer afgevoerd kan worden als het niet in orde is. Ik noem een concreet voorbeeld. Rituximab is een middel dat gegeven wordt bij lymfomen. In Amerika is het ook geregistreerd voor vasculitis, een immunologische aandoening. CVZ heeft geen tijd om het te beoordelen. In Europa kan dat pas in 2012 geschieden, terwijl het voor een heel kleine groep waarschijnlijk wel heel effectief kan zijn. Hoe denkt de minister dit soort zaken te kunnen oplossen? Dit is namelijk de realiteit van alledag.

Minister **Schippers**: Ik wil in ieder geval dat er voor die kleinere groep van patiënten meer specialistische medicijnen komen. Met zo'n kleine groep patiënten kan steeds moeilijker worden voldaan aan de eisen die wij nu aan toelating tot het pakket stellen. Die aantallen haal je gewoon niet. Dat betekent dat dure geneesmiddelen niet ter beschikking worden gesteld aan patiënten die heel ernstig ziek zijn. Het betreft vaak oncologische medicijnen. Ik laat een middel natuurlijk niet zomaar voorwaardelijk toe. Het moet veelbelovend zijn. Alles wordt gedurende de jaren bijgehouden. De fabrikant verbindt zich ook aan onderzoeken naar die therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit. Die lopen gewoon door. Als je een en ander precies volgt en er in die jaren iets gebeurt wat niet de bedoeling was, dan haal je het er meteen uit. Voor de overige medicijnen doen we die beoordeling in ieder geval na vier jaar. Zo zit het systeem in elkaar.

De heer **Van Gerven** (SP): Wat wordt de rol van het CVZ? Het water loopt hem nu over de schoenen met al die aanvragen die moeten worden beoordeeld. Daardoor zijn we soms twee jaar verder, wat niet in het belang van de patiënt is. Hoe gaat de minister dit tackelen? Welke specialist of instantie gaat akkoord geven op de voorwaardelijke registratie?

Minister **Schippers**: De instanties die nu daarvoor zijn, gaan dat straks ook doen. We hebben allemaal termijnen gesteld waarbinnen de beoordeling moet plaatshebben. Of die beoordeling langer duurt, kan aan heel veel zaken liggen, zoals onvolledige dossiers of nadere vragen. Het is evident dat het ingewikkeld is. Met een enkel ja of nee missen we kansen. Bij een tijdelijke toelating kunnen we zeggen dat het middel hartstikke veelbelovend is. Het komt natuurlijk niet out of the blue en er zijn al onderzoeken gedaan. We geven patiënten in ieder geval de kans op zo'n middel. Als we een en ander handhaven zoals het nu is, zullen zij die kans

steeds minder krijgen. Zij hebben steeds verder gespecialiseerde geneesmiddelen nodig.

De heer **Van Gerven** (SP): Bij het CVZ is een capaciteitsvraagstuk aan de orde om het allemaal tijdig beoordeeld te krijgen. Wil de minister daarnaar kijken en zo mogelijk een oplossing bieden?

Minister **Schippers**: Natuurlijk, dat wil ik. Als er capaciteitsproblemen zijn, moeten we bekijken op welke wijze we die kunnen oplossen, zodat er een beetje tempo blijft in hetgeen iedereen moet doen en we binnen de termijnen blijven. Ik heb dit in mijn brief genoemd, maar wij schrijven dit natuurlijk nog verder uit. De komende tijd gaan wij precies uitwerken waaraan een middel moet voldoen om in te stromen en uit te stromen. Het gaat mij er nu om dat wij van het ja/nee-systeem naar een tijdelijke toelating kunnen. Dat geldt ook voor heel veel andere zaken. Wij hebben het nu bij farmacie voorgesteld. Initieel is het eigenlijk een motie uit de Kamer geweest, die geïnspireerd werd door de hulpmiddelen. Bij medische hulpmiddelen heb je vaak heel kleine bedrijfjes die niet aan al die heel grote pakketeisen kunnen voldoen. Dan zijn ze failliet. De Kamer heeft toen tijdelijke toelating voor veelbelovende hulpmiddelen voorgesteld, ook via het CVZ.

De heer **Mulder** (VVD): De minister heeft aangegeven dat wij door welvaartsverschillen tussen landen de prijzen van geneesmiddelen niet zomaar kunnen verlagen. In theorie klopt dat. Waar ligt echter de exacte grens? Waarom zou dat nu niet kunnen, behalve op basis van dit theoretische argument? Is er inzicht in de monopoliewinsten die worden gemaakt? Zijn die bekend of moeten we die bestuderen? Misschien is daarin nog ruimte en die zou ik dan willen benutten.

Minister **Schippers**: Als ik in een brief aan MSD vraag wat de winst, kosten en bedrijfsgegevens zijn, heb ik niet het gevoel dat ik heel veel inzicht ga krijgen in het Amerikaanse hoofdkantoor. Zo werkt het nu eenmaal. Er zijn natuurlijk wel onderzoeken gedaan. Noorwegen kijkt overigens niet alleen naar het goedkoopste land, maar hanteert een mix van negen landen. Dat is derhalve niet allemaal zo eenduidig. Het is ook niet zo dat wij niet naar een mix van landen willen kijken. Dat willen we wel. We bekijken ook of we een en ander niet slimmer in elkaar moeten zetten. Het voorstel om alleen naar de goedkoopste landen te kijken, heeft eveneens ernstige consequenties. Als we dat gaan toepassen, merkt de patiënt dat direct. Het is meer dan theorie.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begrijp de opmerking van de minister. MSD zal niet zeggen dat je naar het hoofdkantoor kunt gaan. Je krijgt een kopje koffie of misschien iets met meer luxe, gezien de prijzen. Mijn fractie zou wat meer inzicht willen in de vraag hoever de prijzen omlaag kunnen. Er zijn hierover vast wel theoretische modellen.

Minister **Schippers**: Er zijn hiernaar wel onderzoeken uitgevoerd, maar niemand weet of die prijzen op het goede niveau zitten. Niemand kent de exacte kostprijs. Dat weet alleen de fabrikant.

De heer **Mulder** (VVD): Wij lopen nu dus het risico dat we te veel betalen.

Minister **Schippers**: Ja, je hebt altijd het risico dat staatstarieven te hoog zijn. Bij monopolies heb je het risico dat de prijzen te hoog zijn. Zo werkt het nu eenmaal. Concurrentie is soms wel een goede oplossing om deze naar beneden te krijgen. Dat kan niet bij alle geneesmiddelen. De vraag die de heer Mulder stelt, is eigenlijk ondoenlijk. Er wordt wel onderzoek gedaan en er zijn schattingen. We moeten echter niet onze

spaarzame ambtenaren hierop zetten. Ik ben het wel met de heer Mulder eens dat we continu moeten bekijken of we voor dat Wgp de slimste landen hebben uitgekozen en of we qua mix goed zitten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb twee korte opmerkingen. Op zich ben ik het ermee eens dat je je moet storten op datgene waar het meeste te halen valt. De GVS-berekening is over en weer een welles-nietesspelletje. Ik hecht eraan dat de Kamer daarvan een proefberekening krijgen, zodat zij kan zien op welke manier een en ander uitwerkt. Ik neem aan dat die proefberekeningen gemaakt zijn, gelet op de antwoorden van de minister. Ik zou het derhalve plezierig vinden om die voor het zomerreces te ontvangen.

De minister geeft in haar brief aan dat er juridisch nog wat haken en ogen aan het Wgp zitten. Zij wil juridisch advies inwinnen. Wellicht dat de landsadvocaat in juridische zin nog eens kan aangeven wat wel of niet kan.

Minister **Schippers**: Wij hebben oude berekeningen. We hebben afgezien van het maken van nieuwe berekeningen. Anders zouden we ze nu moeten maken. De motie-Van der Veen vraagt of ik daartoe bereid ben. Ik heb alleen de oude berekeningen waarvan de Kamer al eerder de uitkomsten heeft gehad. Zij heeft van het ministerie niet de berekeningen aan sich ontvangen, maar wel de uitkomsten. Als je naar de markt kijkt en ziet waar het geld zit, is het verstandig om, in plaats van het maken nieuwe actuele berekeningen, ons te concentreren op die dure geneesmiddelen. Daarvan weten we dat er veel meer geld zit voor de premiebetaler.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik bestrijd ook niet dat je je moet concentreren op datgene waar je het meeste kunt halen. Ik heb grote verwachtingen van die TNF-alfaremmers. Het laat onverlet, mede gelet op de discussie die we hebben gevoerd en de brede steun die de GVS-motie heeft gehad, dat een proefberekening kan worden gemaakt. Op zich lijkt mij daarmee niets mis. Op basis daarvan zou je elkaar ook kunnen overtuigen. De PvdA-fractie denkt met die berekening niet haar gelijk te halen, maar het maakt de discussie wat zakelijker.

Minister **Schippers**: Als de Kamer terecht vraagt of ik wil snijden in het aantal ambtenaren en of ik wil bekijken op welke manier ik het ambtenarenapparaat zo klein mogelijk kan houden – we moeten immers efficiënt werken – moet ik bekijken waar ik de mensen inzet. Die proefberekening is heel ingewikkeld en kan ik niet zomaar ergens door een halve fte kan laten doen. Wij moeten onze mensen inzetten daar waar wij het geld halen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Nu breekt mijn klomp enigszins. Ik doe een realistisch voorstel. De PvdA-fractie maakt geen deel uit van deze coalitie. Als we telkens terugkrijgen dat als gevolg van een tekort aan ambtenaren bepaalde vragen niet kunnen worden beantwoord, krijgen we met elkaar een heel ingewikkeld traject.

Minister **Schippers**: De Kamer heeft de uitkomsten van de berekeningen van een vorig kabinet gekregen. Zelf geef ik de prioriteit aan het inzetten van al onze energie op de dure geneesmiddelen. Ik heb echter in de brief geschreven dat als de Kamer een GVS-herberekening wenst, dat voor mij geen principiële kwestie is. Het is een kwestie van keuzes. Waar zet je je mensen in? Ik kies ervoor om mensen in te zetten op de plek waar zij het meeste kunnen betekenen voor het beleid en de premiebeheersing. Als de Kamer toch die GVS-beheersing wil, is het niet iets principiëls en zal ik uiteraard daarnaar luisteren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister geeft zelf aan dat wat betreft die Wgp ook naar de verdiensten gekeken moet worden. Kan de landsadvocaat nog eens daarnaar kijken?

Minister **Schippers**: Dat gebeurt in het najaar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De landsadvocaat maakt immers geen deel uit van het ministerie.

Minister **Schippers**: Onze mensen werken heel hard, maar ook beleid maken is een keuze van inzet.

Voorzitter. Ik kom op de dure geneesmiddelen en de overheveling van de TNF-alfaremmers. In het algemeen overleg van 6 april 2011 hebben we gesproken over de toekomstige ziekenhuisbekostiging van die dure geneesmiddelen. Ik heb een voorhangbrief gestuurd over de specifieke overheveling van de TNF-alfaremmers. Waarom doen we die overheveling nu eigenlijk? Ten eerste is deze belangrijk als je een eenduidige bekostiging van deze geneesmiddelen wil. Intra- en extramurale financieringsgeschillen worden voorkomen en er ontstaan betere prikkels voor prijscompetitie. De Kamer is waarschijnlijk geconfronteerd met die geschillen. Ik ben ook vaak daarop aangesproken. We moeten natuurlijk af van de onenigheid die bestaat tussen patiënten, zorgverzekeraars en anderen. Als er sprake is van concurrerende producten, kunnen ziekenhuizen als inkoper lagere prijzen bedingen. Niet bij alle dure geneesmiddelen is reeds sprake van concurrentie, maar wel bij de TNF-alfaremmers. Deze komen per 1 januari 2012 onder de ziekenhuisbekostiging. Andere geneesmiddelengroepen volgen een jaar later. Althans, dat is de planning. Er is uitgerekend dat als ziekenhuizen lagere prijzen bedingen voor de TNF-alfaremmers dit een doelmatigheidsbesparing oplevert van 50 mln. Dat komt niet door minder volume, maar door prijsverlaging. De vraag is natuurlijk of die kortingen mogelijk zijn. Als de uitgaven aan TNF-alfaremmers van 240 mln. in 2008 naar mogelijk 500 mln. in 2012 stijgen, is dat meer dan een verdubbeling. Ik neem aan dat die volumestijging medisch gezien geheel legitiem is. Die moet dan ook bekostigd worden. Bij dergelijke uitgaven zet ik wel mijn vraagtekens bij het feit dat de prijzen niet dalen. Je kan mij niet wijsmaken dat daarin geen ruimte zit, die eruit gedrukt kan worden. Dat gaat natuurlijk niet automatisch. Daarvoor moeten stimulansen en prikkels zijn. Die introduceren we bij deze overheveling.

De patiënt mag geen hinder ondervinden van de overheveling van de TNF-alfaremmers. Er verandert ook helemaal niets aan de verzekerde aanspraak. Het gebruik in de thuissituatie zal gewoon mogelijk moeten blijven. Ik verwacht dat de partijen deze zorg per 2012 goed kunnen organiseren. Ik verwacht echter niet dat wij daaraan niets hoeven te doen. We hebben met patiëntenorganisaties afspraken gemaakt. We hebben geld vrijgemaakt, zodat die patiëntenorganisaties hun informatievoorziening goed op orde kunnen hebben en patiënten informatie kunnen geven. Ze kunnen een meldpunt oprichten, zodat ze kunnen monitoren. We houden de vinger aan de pols en grijpen in als dat nodig is.

Mij werd gevraagd of de patiënt hiervan beter wordt. Ik denk van wel. Althans, sommige patiënten zullen er misschien minder van merken dan andere. Die overheveling is belangrijk, omdat je een eenduidige bekostiging krijgt en je afkomt van die geschillen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, waarvan patiënten de dupe kunnen worden. Volgens mij zijn alle partijen het erover eens dat die eenduidige regeling er moet komen. Ook vinden de partijen dat de zorg met dure geneesmiddelen echt medisch specialistische zorg betreft. De regie en daarop aansluitend de bekostiging moet dan ook bij de ziekenhuizen liggen, waarbij de patiënten de behandeling wel thuis moeten kunnen blijven ondergaan. De ziekenhuissector meent dat de overheveling de kwaliteit

van zorg ten goede kan komen. Door dure geneesmiddelen onder de ziekenhuisbesteding te brengen geven we ook zo veel mogelijk stimulans aan prijscompetitie daar waar dat kan. Ik verwacht dat de prijzen daardoor dalen. De professionele autonomie van de voorschrijver wordt hiermee niet aangetast. Een en ander heeft helemaal niets te maken met het voorschrijven, maar met prijzen.

Zijn de TNF-alfaremmers uitwisselbaar? Nee, niet in alle gevallen en bij alle indicaties, maar wel bij reuma en dat betreft het merendeel van de voorschriften. Mevrouw Dijkstra vroeg of ik extra onderzoek daarnaar wil doen. Ik kan nu niet inschatten in hoeverre er vanuit de beroepsgroep behoefte is aan dergelijk onderzoek of hoeveel erover bekend is. Wellicht is het een goed idee om dat nader te onderzoeken. Is hieraan behoefte? Ik bepleit niet dat patiënten moeten switchen naar een andere TNF-alfaremmers. Dat is zeker niet nodig in relatie tot het prikkelen van de prijscompetitie. In die zin is dit onderzoek niet noodzakelijk, maar het kan best nuttig zijn. Ik zal in ieder geval vragen of de beroepsgroep dit nuttig vindt. Vervolgens kom ik bij de Kamer hierop terug.

Ik heb al aangegeven dat wij de patiëntenorganisaties financieren om een en ander goed te monitoren en een meldpunt op te richten.

Mevrouw Gerbrands vroeg of zorgverzekeraars baat hebben bij die regeling, aangezien zij straks veel minder risico lopen dan nu. De zorgverzekeraars zullen per 2015 100% risico lopen aangaande die dure intramurale geneesmiddelen. Wij hebben met elkaar dat traject afgesproken. Om technische redenen kunnen we dat bij de dure geneesmiddelen die als add-on aan de dot worden toegevoegd niet eerder realiseren. Dat geldt in principe ook voor de TNF-alfaremmers. Uiteindelijk gaan we naar een systeem waarbij de zorgverzekeraars op alle punten risico's lopen.

Mevrouw Wiegman vroeg wat er gebeurt als die prijskortingen niet worden gerealiseerd. Voor een individueel ziekenhuis heeft dat geen directe gevolgen omdat de verwachte korting niet als afslag in de tarieven van de toevoeging, de add-on, wordt verwerkt. Ziekenhuizen kunnen hun netto inkoopkosten declareren. Op macrokostenniveau is er echter wel sprake van een taakstellende korting van het kader voor medisch-specialistische zorg. Als deze onverhoopt niet gerealiseerd wordt, veroorzaakt dat een overschrijding van het macrokader. Op basis van hetgeen we nu met elkaar hebben afgesproken, halen we die later weer bij de sector terug. Iemand moet altijd ergens een overschrijding betalen. Bij zo'n systeem vragen we ons wel af waar de meeste mogelijkheden zijn om die kosten te drukken. Gezien de ontwikkeling in de afgelopen jaren en de geringe prijsdaling, maken we met deze move meer kans om iets goeds te doen voor de premiebetaler dan wanneer we niets zouden doen. Mevrouw Smilde en mevrouw Wiegman vroegen hoever de ziekenhuizen zijn met het organiseren van de thuisbehandeling met TNF-alfaremmers. Vorig jaar is de invoering van de maatregel één jaar uitgesteld om meer voorbereidingstijd te bewerkstelligen. In de tussentijd is volgens mij wel vooruitgang geboekt. De sector is hard aan de slag om de thuisbehandeling van patiënten met TNF-alfaremmers mogelijk te maken per 1 januari 2012. Het is voor mij echter moeilijk om op zo'n afstand precies te beoordelen hoe ziekenhuizen ervoor staan. Het afgelopen jaar heb ik gemerkt dat het in ieder geval erg leeft in de sector. Ziekenhuizen denken dat zij de zorg kunnen verbeteren als zij de regie over die thuisbehandelingen krijgen. De sector is druk doende met de overheveling per 2012 op grond van de waarborgen voor de patiëntenzorg. Ik heb vertrouwen erin dat dit goed zal gaan.

Mevrouw Dijkstra vraagt de behandeling met de TNF-alfaremmers transparanter te maken. Zij adviseert om DOT's en dbc's aan een registratieverplichting te koppelen. Ik vind het transparant maken van behandelingen en uitkomsten van dure geneesmiddelen ook belangrijk. Mijn ministerie praat daarover met de partijen, zoals de beroepsgroepen

en de ziekenhuissector. Die staan positief hiertegenover. De koppeling van DOT's, dbc's en het verplicht registreren van de behandelingen is zeker een mogelijkheid. Ik neem contact op met de NZa om te bekijken of zij dat ook vindt of dat zij nog andere variaties heeft.

Mevrouw Smilde vroeg om pas te besluiten tot overheveling van de andere geneesmiddelen als we weten hoe het met de TNF-alfaremmers afloopt. Dat lijkt mij een goed uitgangspunt. Wij gaan die effecten monitoren en hebben dan zicht op wat er gebeurt. Als het niet naar verwachting loopt, dan hebben wij tijd genoeg om het bij de nieuwe geneesmiddelen anders te doen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Een en ander is me wel helder geworden. Bij de eventuele overschrijding zijn er geen gevolgen voor de individuele ziekenhuizen. Als de taakstelling echter niet wordt gehaald, gaat er wat gebeuren met het macrobudget. Dat zijn nu juist heel vervelende en ontransparante maatregelen. Deze macromaatregel, een heel bot middel, kun je als overheid inzetten. Dit is typisch zo'n voorbeeld dat aansluit bij een van mijn kernvragen uit mijn bijdrage. Hoe voorkomen we dat zorginhoudelijke overwegingen ondergeschikt worden gemaakt aan financiële overwegingen? Dat dreigt hier namelijk te gebeuren.

Minister **Schippers**: Het is niet zo dat we het overhevelen, over de schutting gooien en niet meer ernaar kijken. Wij monitoren het allemaal strak. We weten in ieder geval dat de huidige situatie niet optimaal is, noch zorginhoudelijk, noch qua prijsconcurrentie. Die prijzen dalen niet noemenswaardig, terwijl het volume in die periode bijna verdubbeld is. Vanuit zorginhoudelijke en kostenoverwegingen hebben we niet de ideale situatie. Het speelt al jaren dat wij een bedrag koppelen aan zo'n overheveling. Je kan dit vanaf twee kanten bekijken. Enerzijds is het mooi, omdat je de druk op de ketel houdt. Iedereen doet zijn uiterste best, zodat we een prijsverlaging eruit halen. Anderzijds vindt iedereen het heel gevaarlijk, omdat de vraag rijst wat er gebeurt als die taakstelling niet wordt gehaald. Je koppelt niets daaraan, zodat de kans aanwezig is dat onvoldoende druk erop staat. Dat is altijd wel een dilemma. Als we de situatie echter laten zoals die nu is, hebben we voor de patiënt qua kwalitatief en premie niet het beste resultaat.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wat je niet hoopt, is dat iemand het middel zorginhoudelijk zou willen voorschrijven, maar hiertoe niet overgaat, omdat het financieel gezien risicovol is. Is die balans goed? Met de patiëntenorganisaties zijn afspraken gemaakt, ze kunnen eventueel een meldpunt oprichten. Blijft er wel voldoende zicht op hetgeen er werkelijk gebeurt en kunnen patiëntenorganisaties daarop adequaat reageren?

Minister **Schippers**: We hebben juist geregeld dat we dat zicht hebben, dat we het strak monitoren en dat we een meldpunt en informatievoorzieningen hebben. Ik heb wel eens overhevelingen gezien die wat minder goed begeleid waren. Het is heel belangrijk om dit te doen, want het heeft ook gevolgen voor die andere middelen die aansluitend worden overgeheveld. Vanuit het ministerie is er ook nauw contact met de beroepsgroepen die hiermee te maken hebben. We moeten bekijken wat er gebeurt en dat goed in de gaten houden, zodat wij daaruit lessen kunnen trekken.

De heer **Van Gerven** (SP): Zegt de minister dat via die toevoegingen, de add-on's, een kostendekkende vergoeding wordt gegeven? Stel dat het middel € 1 000 kost, dan zit in de add-on die € 1 000, waarvoor een macrokorting van 50 mln. plaatsvindt. Dat is een ander bericht dan dat ik

tot nu toe hoorde en betekent dat er geen risicoselectie hoeft plaats te vinden. Is dat juist?

Minister **Schippers**: Ja.

De heer **Van Gerven** (SP): Extramurale behandeling wordt nu vergoed. Ik heb een casus van verzekeraar Achmea, die de infuusbehandeling van patiënten buiten het ziekenhuis niet vergoedt. Dat is niet de enige casus, want ik heb er nog een liggen. Er is een groot conflict aangaande een patiënt die betrokken is bij professor Drent uit Maastricht, van wie de afdeling per 1 mei 2010 gesloten is. Er is dus sprake van een acuut probleem. We zitten nu in dat overgangsjaar. Vindt de minister in dat soort gevallen dat patiënten ook buiten het ziekenhuis die behandeling moeten krijgen?

Minister **Schippers**: Ik weet niet uit mijn hoofd welke casus dit is. Het idee hiervan is juist dat het medisch specialistische zorg betreft, die je ook thuis kunt geven en waarover het ziekenhuis de regie zal krijgen. Die hele kwaliteitsverbetering gaan we met deze overheveling toepassen. Ik zou de casus die de heer Van Gerven aanhaalt best willen bekijken. Ik ga hierop echter niet uit mijn hoofd reageren, aangezien ik deze niet ken.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik zal ervoor zorgen dat de minister na het algemeen overleg die casus krijgt. Ik hoor haar reactie graag terug. Tot slot kom ik op het voorschrijfbeleid van de specialist, die aangeeft dat middel A in plaats van middel B nodig is, omdat TNF-alfaremmers niet onderling uitwisselbaar zijn. Blijft dit geborgd?

Minister **Schippers**: Ja, er verandert niets.

Voorzitter. Het volgende blokje gaat over een het wegnemen van belemmeringen in de tariefstructuur voor extramurale farmaceutische zorg, het apothekerstarief. Het is tijd om stappen te zetten op dit terrein. Niemand kan hierover verbaasd zijn. De NZa heeft in 2008 al geadviseerd om vrije tarieven in te voeren. Dat heeft zij niet zomaar gedaan. Hieraan voorafgaand heeft de NZa onderzoek gedaan. Zij heeft gemeend dat het vanuit verschillende oogpunten beter zou zijn om de vrije tarieven in te voeren. Dat is vier jaar geleden. Het feit dat we die vrije tarieven in 2012 willen invoeren, kun je derhalve niet overhaast noemen. Het is ook niet zo dat het vorige kabinet het niet wilde, want het heeft die invoering reeds in het vooruitzicht gesteld. Daaraan is terecht gerefereerd. Het kan niet als een donderslag bij heldere hemel voor wie dan ook komen. Iedereen is momenteel druk bezig om die nieuwe prestaties vast te stellen en uit te werken. Partijen krijgen de ruimte om eigen afspraken te maken over prestaties en daaraan gerelateerde beloningen. Dat biedt mogelijkheden om zorg te vernieuwen. Uit de signalen van partijen maak ik op, dat ze druk bezig zijn met de voorbereiding op de invoering van die vrije tarieven en nieuwe prestaties. Natuurlijk lopen partijen tegen allerlei vragen op. Waar mogelijk, probeert VWS die vragen te beantwoorden. Er vindt ook regelmatig bestuurlijk overleg plaats met apothekhoudenden en zorgverzekeraars over de voorbereiding, de stand van zaken en de dingen die moeten worden opgelost. Ik begrijp goed dat de nieuwe situatie onzekerheden met zich meebrengt. Die kan ik nooit allemaal wegnemen. Dat is nu eenmaal zo als je verandert en zeker als je meer vrijheid geeft. Vrijheid kan alle kanten opgaan. Je moet wel bekijken of de randvoorwaarden voldoende zijn. Er zullen keuzes moeten worden gemaakt die goed of minder goed kunnen uitvallen ten opzichte van de concurrent. Dat geeft onzekerheid. Het geeft echter ook een stimulans om het beter te doen, niet stil te blijven staan bij eenmaal gemaakte keuzes en om verdere verantwoordelijkheid te nemen. We hebben nu eenmaal gekozen voor een systeem waarbij wij de zorgverzekeraars aansporen

namens om hun patiënten zorg in te kopen. Zij streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit tegen een zo scherp mogelijke prijs. Dat systeem hebben we nu ingesteld. Als die stappen gezet worden, geeft dat natuurlijk onzekerheid. Je moet nu immers een en ander echt gaan doen. Dat is lastig. Ik vind het wel opmerkelijk dit stadium een onderzoek heeft opgeleverd, mede gezien het feit dat in de Kamer al eerder is gezegd dat het besluit tot de aanwijzing aan de NZa al genomen is. We hebben eerder daarover gesproken. Qua timing was het misschien beter om het onderzoek een paar maanden eerder te doen. Maar goed, het is gedaan. Het is positief dat we weten waarmee we rekening moeten houden als we overgaan. Waar zitten volgens de BCG de zwakheden en de sterktes? Mij valt op dat er in het rapport staat, dat er een grote bereidheid bij de patiënt is om van apotheek te wisselen als de prijs te hoog is of de kwaliteit onvoldoende. Ik vind dat het rapport ook een aantal zwakke kanten heeft. Een daarvan betreft de aannames die erin staan. Er wordt van uitgegaan dat je vijf apotheken binnen een straal van vijf kilometer nodig hebt om het systeem te laten werken. Dan wil ik in de overige zorg ook nog wel bekijken op welke wijze we dat kunnen leveren, zodat het systeem gaat werken. Kan een zorgverzekeraar dan niet scherp inkopen als er slechts vier apotheken zijn? Ik heb daarvan geen onderbouwing gezien, behalve een heel generieke theorie. De NZa werkt bovendien niet met deze aanname in de gezondheidszorg.

Ook wordt aangegeven dat alles binnen een straal van vijf kilometer vaak een keten is. Ketens zitten juist veelal in verschillende gebieden. Het meest opmerkelijke in het rapport vond ik dat in drie zinnen de nieuwe toetreders worden weggeschreven. Een heel ziekenhuis met ontzettend ingewikkelde apparatuur en bijna geen beschikbare behandelaren bouw je niet zomaar even op. Is de apotheekzorg qua nieuwe toetreders daadwerkelijk zo anders dan alle andere vormen van eerstelijnszorg? Gesteld werd dat je langzaam maar zeker meer winst kunt halen uit deze markt, maar niemand komt op het idee om ergens een nieuwe apotheek te openen of uit te breiden. De zaken die de BCG heeft omschreven zullen in geval van een jaar uitstel niet veranderen. Deze zijn volgend jaar precies hetzelfde. Ik kan me niet voorstellen dat we dan opeens een heel ander aantal apotheken in Nederland hebben, zoals bijvoorbeeld tien apotheken binnen een straal van vijf kilometer. Het zijn geen zaken waarbij je na een jaar uitstel een heel andere situatie kunt verwachten. Niet iedereen heeft zich overigens achter dit onderzoek geschaard. Er zitten heel veel aannames in. Het is een opgezet onderzoek dat toeschrijft naar de conclusie dat we de overheveling nu niet moeten doen. Ik heb hier een brief van de apothekers. Dit is niet echt een steunbrief voor het BCG-onderzoek, aangezien daarin staat: «Apothekers steunen de lijn, zoals ingezet door de minister, te weten de liberalisering van de hele markt.» Ik zeg niet dat er helemaal geen risico's zijn en dat iedereen moet juichen. Ik zeg dat we met ons allen, en zeker de beroepsgroepen die het betreft, een proces doormaken, waarbij we naar een nieuwe situatie met nieuwe rollen gaan en wij elkaar anders moeten aanspreken. Ik zeg ook niet dat we niet gewezen moeten worden op eventuele zaken waarmee we rekening moeten houden. Dit traject is lastig, maar het is niet gisteren gestart. Het loopt al jaren. Het is goed om op een gegeven moment duidelijkheid te scheppen en helder te zijn tegen de partijen die rond de tafel zitten en zich afvragen op welke prestaties we elkaar gaan afrekenen. We moeten dan ook zeggen dat we het per 1 januari gaan doen. Het is noodzakelijk om dat traject door te zetten. We moeten overeenstemming krijgen over die prestaties en indicatoren. Voor mij is er in ieder geval geen aanleiding om het besluit te herzien. Ik heb de NZa wel gevraagd om inzicht te geven in hetgeen er allemaal moet gebeuren en aan te geven of het ver genoeg is. Als de NZa als deskundige mij aan het eind van de zomer een jaar uitstel of wat dan ook adviseert, houd ik daartoe mijn ogen en oren open. Ik zie echter niet in waarom ik nu zou moeten besluiten tot uitstel. Ik wacht het

traject van de NZa af. Zij komt netjes bij mij met haar bevindingen, stand van zaken en oordeel over de vraag hoe wij daarmee staan. Ik heb hier allerlei bespiegelingen over het onderzoek. De essentie is dat ik vertrouwen erin heb dat dit traject een meerwaarde oplevert en eindelijk ruimte zal geven aan de kwaliteit van zorg en zorgverlening die wij willen belonen. Wij moeten goed voor ogen houden dat, mochten wij per 1 januari 2012 ervan afzien, er weer een tarief moet zijn. De NZa moet dan aan het rekenen slaan. In het verleden is dit niet zonder slag of stoot gegaan. Een paar maanden geleden zeiden de apothekers dat het tarief te laag was, terwijl de zorgverzekeraars het te hoog vonden. Je weet het immers ook nooit zeker met die tarieven. Uitstel betekent dat de NZa weer een tarief moet gaan maken, hetgeen ik niet aanlokkelijk vind. De voorzitter wordt ongerust. Zolang ik het idee heb dat het goed gaat en de NZa mij de geruststelling geeft dat het traject op schema loopt, vind ik dat we hiermee moeten doorgaan.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Op zich is mijn fractie ook voor die beloning op basis van kwaliteit, mede gelet op alle eerder gevoerde discussies, waarin het ook steeds over geld ging. Hierover bestaan geen misverstanden. Ik wil de heer Mulder ook graag verlossen van dat beeld. Ik vraag mij af waarom dat Zorgverzekeraars Nederland zo voorzichtig en gereserveerd is over de invoering van volgend jaar. Dat krijg ik niet helder. Wat is het belang van met name Zorgverzekeraars Nederland om die invoering te vertragen? Men kan toch ook terecht een aantal zorgen hebben? Ik ga niet inhoudelijk op het rapport in, want dan blijf ik eindeloos bezig. Met nieuwe toetreders is het lastig dat je apothekers nodig hebt en die heb je niet een-twee-drie opgeleid. Dat puzzelt mij. De kwaliteit van die farmaceutische zorg is best redelijk op orde en de prijs van de farmaceutische hulp ligt onder het gemiddelde in Europa. Als je iets gaat doorvoeren waarvan anderen zeggen dat je daarvoor moet oppassen, loop je dan niet een enorm risico dat je de verworvenheden die je nu hebt ter discussie stelt? Daar zit iedere keer de zorg. Moet we wel of niet kiezen voor liberalisering? Over de farmacie is mijn fractie steeds helder geweest.

Ik beluister in de antwoorden van de minister, dat zij een en ander doordrukt vanuit ideologische overwegingen. Ik kan mij echter niet indenken, mede gelet op haar uitspraken van begin dit jaar, dat de minister meent dat die marktwerking niet aan de orde is. Ik krijg niet helder waarom een en ander coûte que coûte moet worden doorgedrukt en waarom een partij als Zorgverzekeraars Nederland zo aarzelend is.

Minister **Schippers**: Ik vind «doorgedrukt» een wat rare term. Als je toezichthouder meent dat het goed zou zijn over te gaan tot invoering en je doet dat vier jaar later, dan is van doordrukken geen sprake. Het vorig kabinet heeft eveneens gezegd dat we het moesten doen. Dat is echter gevallen, waardoor het traject gestopt is. Als ik vervolgens als derde in de rij besluit om tot invoering over te gaan, vind ik «doordrukken» niet een goede term. Een en ander is niet uit de lucht komen vallen. Ik kan niet in de hoofden van zorgverzekeraars kijken. Het kan natuurlijk ook een soort koudwatervrees zijn. De zorgverzekeraars hebben wij immers ingesteld om selectief in te kopen. Als zij dat niet doen, hebben wij een heel duur systeem. Ik kan in dat geval beter als overheid centraal inkopen, dat is dan veel efficiënter. Wij hebben zorgverzekeraars die in concurrentie met elkaar selectief moeten inkopen. Een zorgverzekeraar die dit slechter doet dan zijn concurrent, heeft een achterstand. Het kan natuurlijk koudwatervrees zijn, waardoor je je afvraagt of je alles wel voor elkaar hebt en krijgt. Wij werken nu al jaren met een systeem, waarbij we die zorgverzekeraars de rol van selectief zorginkoper toebedelen. Jaar na jaar breiden we de hoeveelheid instrumenten uit, waarmee zorgverzekeraars hun rol kunnen vervullen. Eigenlijk doen we de laatste tien jaar niet anders. Zorgverzeke-

raars zeggen steeds dat zij hun rol niet kunnen waarmaken, omdat zij nog een instrument missen. Dat instrument krijgen ze vervolgens. Op een gegeven moment moet het systeem gaan lopen. Dat meen ik echt. Dat geldt niet alleen voor de farmacie, maar voor de gehele gezondheidszorg. Als die zorgverzekeraar zijn rol niet oppakt, moeten wij ons in alle redelijkheid met elkaar afvragen of we het wel goed georganiseerd hebben of dat we het anders moeten doen. Ik geef het die kans, omdat wij als meerderheid en ten tijde van verschillende kabinetten met verschillende samenstellingen tot de conclusie zijn gekomen dat bij dit systeem de zorgverzekeraars de beste zorg voor de patiënt inkopen tegen een scherpe prijs. Gaat het niet lopen, dan moeten we die conclusie ook met elkaar durven trekken. Alvorens we dat doen, wil ik eerst de ruimte geven om de verzekeraars in hun positie te brengen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het al dan niet doorvoeren van de selectieve zorginkoop is inderdaad een heel essentieel punt. Het is de spil van het stelsel. Als nu blijkt dat die zorgverzekeraars dat niet willen of misschien zelfs niet eens hoeven te doen – er zijn immers maar een paar zorgverzekeraars, dus zoveel effect zal het allemaal niet hebben – dan hebben we met elkaar een groot probleem. Geeft het systeem niet juist aanleiding tot hoge prijzen, als je mensen aanzet tot iets wat zij niet willen en eigenlijk ook niet hoeven, gelet op de redelijke monopoliepositie die zij innemen? Wanneer constateer je dat de aannames, die ten grondslag liggen aan de marktwerking en stelselbesluit, deels niet werken? Wanneer is dat moment aangebroken? Daarop hoeft overigens nu geen antwoord te komen.

Minister **Schippers**: We hebben de afbouw van de ex post compensatiemechanismen voor zorgverzekeraars in gang gezet. Dat is heel lang aangewezen als de reden waarom alles wat minder scherp aan de schede wordt gedaan. Bij een systeem waarin voor iedere partij een rol is toebedacht, moet je op een gegeven concluderen of het gaat lopen of niet. Dat ben ik geheel met de heer Van der Veen eens. Wij vinden elkaar in ieder geval in de gedachte dat je op een gegeven moment moet afvragen of partijen doen wat zij moeten doen. Wat betreft de farmacie zijn er natuurlijk verschillende opties. Zorgverzekeraars zien kansen in vrije tarieven voor dienstverlening door apothekers. Apothekers zien daarin risico's. Willen zorgverzekeraars wel voldoende betalen voor kwalitatieve zorg? Met die vraag kampen de apothekers. Waar zorgverzekeraars risico's zien, namelijk in de prijzen van geneesmiddelen, zien apothekers juist weer kansen. Dat is heel logisch, want ze zitten precies in een omgekeerde positie. Maar goed, dat is een eventuele verklaring van koudwatervrees. De heer Van der Veen vraagt waarom ik die macronacalculatie en die ex post compensatiemechanismen afbouw. Waarom wordt die prestatiebekostiging ziekenhuizen doorgevoerd en wordt het B-segment naar 70% uitgebreid? Waarom zetten we deze stap? Ik vind dat het stelsel nu moet werken. We hebben te lang gewacht. Wie is daarvan uiteindelijk de dupe? De premiebetaler, want die betaalt te veel premie. Het moet derhalve gaan werken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De vraag is of het überhaupt gaat werken. Wanneer constateer je dat het niet werkt? Wanneer constateer je dat een en ander niet heeft opgeleverd wat het zou moeten opleveren? Die vraag is nu niet te beantwoorden.

Minister **Schippers**: Als de zorgverzekeraars alle ruimte hebben om selectief in te kopen en dat de komende jaren niet doen, trekken we met ons allen aan een dood paard. Dat is mijn persoonlijke mening, maar iedereen moet natuurlijk zijn eigen conclusies trekken.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had aan de minister gevraagd of die wisselingen van apotheker wenselijk zijn. Die zitten immers in het systeem ingebakken, terwijl het juist uit kwalitatief oogpunt een groot goed is dat patiënten bij eenzelfde apotheek blijven, net zoals bij de huisarts. Klopt het dat die bonussen en kortingen gewoon blijven bestaan in het systeem dat de minister volgend jaar wil invoeren?

Minister **Schippers**: Als je niet tevreden bent met je apotheker, omdat je de zorg die hij levert kwalitatief onder de maat vindt, of als je een huisarts hebt die jij niet goed vindt, is het juist heel belangrijk dat je kunt overstappen. Anders zouden we kunnen uitrekenen hoeveel we er nodig hebben en die zetten we dan neer. Ik vind de mogelijkheid tot het wisselen van apotheker belangrijk en zeker als wij straks veel meer kwalitatieve zorg krijgen. Mevrouw Dijkstra heeft in dat kader al heel aardige zaken gedaan. Apothekers zijn heel druk bezig met het oppakken en vormgeven van hun rol. Hoe kunnen zij doen aan medicatiebewaking? Hoe kunnen zij de vergeetachtige moeder van mevrouw Dijkstra helpen? Er zijn allerlei systemen die helpen om haar therapietrouw te houden. Daarin zit wat mij betreft de meerwaarde voor een apotheker. Als de een dat nu niet oppakt en de ander wel, dan lopen de patiënten over. Dat hopen we.

De heer **Van Gerven** (SP): Dit is een verkeerde voorstelling van zaken. Een en ander kan nu ook al. Iedereen kan naar een andere apotheker gaan. Dat is niet het punt. Het punt is dat de minister een systeem creëert, waarbij het wisselen van apotheker om financiële redenen wordt opgelegd, bijvoorbeeld geëntameerd door de zorgverzekeraar. Financiële afwegingen gaan derhalve prevaleren boven het belang om juist zo veel mogelijk stabiele en langdurige relaties in de eerste lijn te creëren.

Minister **Schippers**: Uiteindelijk besluit de patiënt dat zelf.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar de minister onderschrijft dus mijn waarneming dat op grond van financiële afwegingen patiënten straks een andere apotheker moeten kiezen, in plaats van dat zij zelf op grond van kwalitatieve afwegingen die stap maken?

Minister **Schippers**: Ik denk dat het juist andersom is. Veel meer mensen krijgen zicht op hetgeen een apotheek aan kwaliteit doet. Dat inzicht in kwaliteit is er nu niet. Als je heel veel mensen vraagt wat hun apotheek aan kwaliteit levert en welke apotheek de beste van het dorp is, zullen zij dat niet weten. Het is immers niet inzichtelijk en mensen zijn er niet mee bekend. Dit gaat nu juist enorm van de grond komen. Kortingen en bonussen bestaan juist als je vaste prijzen hebt. Als die prijzen vrij worden, heb je in ieder geval niet langer dat heel perverse systeem met die kortingen en bonussen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is een verkeerde voorstelling van zaken.

Minister **Schippers**: Mevrouw Smilde vroeg of de pilots op tijd klaar zijn om te gebruiken bij het contracteren. Die zijn op tijd beschikbaar. Op 1 juni 2011 worden ze aangeboden aan de NZa. Die zal op 1 juli 2011 de prestatiebeschrijvingen vaststellen. Zij neemt daarin de uitkomsten van de pilot mee. Partijen kunnen deze dus gebruiken voor de contracten van 2012. Ik zal de NZa vragen om de contractering in 2012 goed te monitoren en daarbij specifiek te letten op de prijsontwikkeling op plaatsen waar slechts één apotheek is.

De heer Van der Veen had een vraag over de conclusies van de heer Alders. Is deze beantwoord? Zijn de verhoudingen tussen zorgverzekeraars en apotheken voldoende hersteld? Partijen zijn niet gezamenlijk met een rapport gekomen. Enkel de zorgverzekeraars kwamen met een

rapport. Ze zijn derhalve nog geen dikke vrienden. De heer Alders wil ik echter een groot compliment maken, aangezien hij hierin veel heeft betekend. Door alle partijen is een enorme inspanning verricht om de verhoudingen te verbeteren. Daarin zijn grote stappen gezet. De situatie is niet te vergelijken met een tijd geleden.

Ik kom om de vraag over de financiële afwikkeling van het transitieakkoord. Hebben de apothekers een compensatie gekregen voor de meeropbrengst van het transitieakkoord? Het transitieakkoord is financieel afgewikkeld. Apothekers hebben geen financiële compensatie ontvangen voor de meeropbrengst van het transitieakkoord. Dat is conform de motie van de Kamer van 29 oktober 2009, waarin compensatie werd afgewezen. Apothekers hebben dit geaccepteerd in een recent overleg met VWS. De cijfers over het transitieakkoord herkennen mijn ambtenaren niet. Het extramurale kader farmacie kende in 2009 geen overschrijding. Het transitieakkoord heeft wel degelijk goed gewerkt. De werking is versterkt door de werking van de Wet geneesmiddelenprijzen en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, precies zoals was beoogd. Het transitieakkoord heeft in 2008 € 1 419 000 000 opgeleverd en in 2009 € 1 999 000 000. Dat betekent per gezin een ziektekostenpremie die € 250 lager is dan zonder transitieakkoord. Die premieverlaging is ten opzichte van 2004.

De heer **Van der Veen** (PvdA): In het jaarverslag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport staat letterlijk dat er een tegenvaller is geweest van 531 mln. Voor twee onderdelen, volume en receptregelvergoeding, wordt iets aangegeven. De rest wordt toegeschreven aan de afloop van het transitieakkoord. Ik weet niet wie die tekst heeft gemaakt, want er zit hier nogal een aantal mensen aan tafel. In de feitelijke vragen zal mijn fractie daarop terugkomen.

Minister **Schippers**: Ik ken een en ander niet uit mijn hoofd. Zou de heer Van der Veen daarop in zijn feitelijke vragen willen terugkomen?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, ik zal daarop in mijn feitelijke vragen terugkomen.

Minister **Schippers**: Mevrouw Wiegman vroeg op welke manier de meeropbrengst van het transitieakkoord terugvloeit in de sector. Met de besparingen van het transitieakkoord is de afgelopen jaren, niet alleen in 2009, rekening gehouden bij het vaststellen van het tarief voor de apotheekhoudenden. Daar waar kortingen en bonussen daalden, is het tarief gestegen. De opbrengst is dus al teruggevloeid in de sector. Er ligt geen geld op de plank. Bij het transitieakkoord gaat het om minder uitgaven voor het budgettair kader zorg en niet om contant geld. Het is voor apothekers en zorgverzekeraars mogelijk om de taxe als uitgangspunt bij de doorberekening van de geneesmiddelenprijzen te blijven hanteren. We leggen het niet langer centraal op, maar partijen kunnen daarop nog wel voortborduren.

Ik kom op de gevolgen van vrije tarieven voor de positie van apotheekhoudende huisartsen. Daaraan verandert eigenlijk weinig. Zij kunnen door die vrije tarieven nieuwe prestaties ontwikkelen, zodat zij zich beter kunnen onderscheiden en misschien aantrekkelijk zijn om contracten mee af te sluiten.

Mevrouw Wiegman vraagt wat er kan worden gedaan aan het veelvuldig wisselen van preferente middelen. Is het mogelijk dat de apotheek een extra vergoeding vraagt aan de zorgverzekeraar voor de kosten daarvan? Het is vervelend voor zowel de patiënt als voor de apotheek. Apotheken hebben soms laden met heel veel van hetzelfde. Zorgverzekeraars hebben wat aanpassingen in hun preferentiebeleid gedaan. Zorgverzekeraar Menzis wijst preferente geneesmiddelen inmiddels voor 20 maanden aan.

De patiënt hoeft dan in beginsel bijna twee jaar niet te wisselen. De kosten van de uitvoering van het preferentiebeleid zijn in beginsel door de NZa meegenomen in het maximumtarief dat zij nu nog vaststelt. Als er vrije tarieven zijn, is het makkelijker om daarover in onderhandeling overleg afspraken te maken, zowel over de termijn als over de kosten.

De heer Van Gerven vraagt waarom wij niet centraal geneesmiddelen gaan inkopen. Dat is een bekende vraag van de SP-fractie. De voorganger van de heer Van Gerven stelde deze vraag ook geregeld. Het past niet in het zorgstelsel dat wij met elkaar hebben. Ik zie een farmaceutische behandeling met geneesmiddelen niet anders dan een andere behandeling. Het moet een integraal onderdeel van elkaar zijn. Het systeem waarmee wij geneesmiddelen inkopen, moeten wij niet laten afwijken van het systeem waarmee wij de rest van de zorg in Nederland inkopen. Moet de patiënt zelf betalen als hij kiest voor ander middel dan een preferent middel? De arts bepaalt wat een patiënt krijgt. Als een patiënt een speciaal geneesmiddel of merkgeneesmiddel nodig heeft, dan kan de arts dat op het recept schrijven en wordt het gewoon afgeleverd. Als de arts dat niet doet en de patiënt vindt dat hij dat nodig heeft, kiest hij zelf daarvoor. In dat geval kan de patiënt zelf besluiten of hij het geld ervoor over heeft en waarom.

Hoe bepaal je de prijs als je geen gegevens hebt over de kwaliteit van de apotheker? Er zijn natuurlijk al jarenlange onderzoeken van de NZa. Het is niet zo dat er helemaal geen gegevens zijn. Partijen hebben ervaring met contracteren, ook met het contracteren van elkaar. De prestatiebeschrijvingen van de NZa en de kwaliteitsindicatoren voor zichtbare zorg kunnen hierbij helpen. Dat neemt niet weg dat er veel te doen is om de transparantie en het inzicht in de kwaliteit te verbeteren. Partijen kunnen met elkaar daarover afspraken maken. Iedereen is druk bezig om dit verder te ontwikkelen.

Hoe kunnen we de individuele apotheker beoordelen op de kwaliteit die hij levert? In eerste instantie vind ik dat de individuele apotheker dat zelf zichtbaar moet maken richting zijn patiënt in de trant van: «Ik bevorder therapietrouw, ik heb hier dit en dit systeem voor en ik zal dat en dat doen.» Zo beschikken apothekers steeds vaker over een apart kamertje, waar zij bijvoorbeeld het gebruik van een inhaler, bepaald farmaciegebruik of anderszins aan hun patiënten kunnen uitleggen. De prestatiebeschrijvingen van de NZa helpen daarbij. Die vormen de grondslag op basis waarvan de NZa afspraken maakt met de apotheker.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Zegt de minister dat er op dit moment voldoende inzicht is in de kwaliteit van het werk van de apotheker, ook als het gaat om de zorgverlening? Hebben de verzekeraars daarop voldoende zicht? Dat was nu juist een van die punten waarvan we niet voldoende op de hoogte waren. De minister zei aan het begin van haar betoog, dat de zorgverzekeraars een zo hoog mogelijke kwaliteit tegen een zo scherp mogelijke prijs moeten inkopen. Hierop moet je dan een heel goed zicht hebben.

Minister **Schippers**: Juist onder de druk van de liberalisering die hier plaatsvindt, worden enorme slagen gemaakt. Als je straks gaat contracteren op de kwaliteit die je levert, moet je deze wel inzichtelijk maken. Er worden enorme slagen gemaakt in prestatiebeschrijvingen en indicatoren. Is alles al rond? Nee, het is onderhanden werk, maar er worden nu meer slagen gemaakt dan tien jaar geleden. Althans, dat zeg ik op eigen titel. Je ziet dat hierin een enorme ontwikkeling gaande is.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik ben het met de minister eens en steun de lijn van minister om dit per 2012 in te voeren. Zijn er nog momenten waarop de minister kan aangeven dat een en ander voldoende geregeld is? Zij

heeft zelf gezegd dat de NZa in september, na het zomerreces, met een rapport daarover komt. Waarin krijgen we dan inzicht?

Minister **Schippers**: Natuurlijk bekijken we wat er gebeurt. Dat doen we nu ook en dat houden we in de gaten. Je kunt je afvragen wanneer iets af is. Is het helemaal af als we overstappen? Het zal mij niet verbazen als veel apothekers en zorgverzekeraars nog heel veel afspraken zullen maken die ze nu ook al maken en dat ze zelfs nog die taxelijsten erbij nemen. We moeten deze beweging in gang houden en de apothekers en zorgverzekeraars die meer willen en expliciet afspraken willen maken over bepaalde zaken, de ruimte geven.

Hoe staat het met de invloed van de farmaceutische industrie op de behandelrichtlijnen? De inspectie heeft dit in 2007 en 2009 onderzocht. Zij concludeert dat de behandelrichtlijnen vatbaar zijn voor beïnvloeding door de farmaceutische industrie door middel van meerdere methoden, zoals het gratis of bijna gratis aanbieden van geneesmiddelen, het onderhouden van banden met individuele werkgroepen en het indienen van een inhoudelijk pleidooi voor opname van geneesmiddelen. Er zijn grote verschillen tussen en binnen werkgroepen. De bevindingen van de inspectie zijn ter harte genomen door de Regieraad Kwaliteit van Zorg, die straks overgaat in het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg. De bevindingen vormen een belangrijk aandachtspunt bij dat Kwaliteitsinstituut. De Regieraad heeft hier reeds een slag geslagen. Met dat Kwaliteitsinstituut hopen wij dat te kunnen doen. Ik ben in overleg met de hulpmiddelenindustrie om te bekijken of wij daarmee ook een gedragscode kunnen opstellen. Ik ben het met de Kamer eens dat op dat punt wel wat nodig is.

Hoe waarborg ik de totstandkoming van behandelrichtlijnen? Het is ongelooflijk belangrijk dat er checks and balances in die richtlijncommissie zitten. Ik heb van onafhankelijke partijen, zoals het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), vernomen dat de samenstelling van de richtlijncommissies over het algemeen voldoende solide is. Nadat de behandelrichtlijn is opgesteld, wordt die binnen de beroepsgroep bediscussieerd en doet iedereen daarover zijn zegje. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut willen wij dit aan kracht en onafhankelijkheid laten winnen.

De Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW), de Gezondheidsraad, de Orde van medisch specialisten, het CBO, het NHG en de KNMG werken aan een uniforme belangenverklaring die voor de zomer beschikbaar zal komen en die door al die partijen zal worden gebruikt en ondertekend. Ik vind het altijd wel belangrijk als een en ander uit de sector zelf komt, omdat hij dan ook zelf een commitment eraan heeft. Je hebt een commitment van de sector zelf nodig, dus daarvoor is die verklaring belangrijk. Anderzijds vind ik dat Kwaliteitsinstituut belangrijk om hierin nog afhankelijker te kunnen staan.

Mevrouw Voortman en mevrouw Gerbrands vroegen naar de transparantie over betalingen van de farmaceutische industrie aan artsen en apothekers. De Stichting Code Geneesmiddelenreclame heeft vorige week een nieuwsbericht uitgebracht over de wijze waarop zij wil komen tot transparantie over de financiële banden tussen artsen en apothekers in de farmaceutische industrie. Het was behoorlijk moeilijk om verschillende soorten relaties op een goede manier in kaart te brengen en om tot zorgvuldige openbaarmaking te komen. Daarvoor is heel veel werk verzet. In de loop van dit jaar werkt de Stichting Code Geneesmiddelenreclame dit uit, zodat in het eerste kwartaal van 2013 over het jaar 2012 gerapporteerd zal worden. Na de zomer worden de details van de regeling bekend. Ik heb deze zelf nog niet gezien en zal binnenkort daarnaar kijken. Er is wel op ambtelijk niveau met de Stichting gesproken. Ik hoor daarover goede berichten, maar zal nog zelf ernaar moeten kijken. Een uitgangspunt van de regeling is, dat jaarlijks de financiële banden openbaar worden

gemaakt. Daarbij is een meldgrens van € 500 per jaar gesteld. Het gaat om relaties op basis van dienstverleningscontracten van artsen of apothekers of sponsorovereenkomsten voor zorginstellingen. Publicatie vindt bij voorkeur plaats in een centraal register. Deze regeling is aanvullend op hetgeen nu reeds wordt gepubliceerd over deelname aan wetenschappelijk onderzoek via openbare trialregisters of over een optreden als spreker of adviseur.

Mevrouw Gerbrands vraagt of dat ver genoeg gaat. Dat is natuurlijk altijd aan degene die daarover oordeelt. De sector wil in ieder geval maximale transparantie. Het is heel belangrijk dat de sector dat zelf zegt. Deze zal uiteindelijk daarop ook zijn commitment moeten betonen. Ik kan niet zeggen of dat nieuwe systeem ook echt tot die maximale transparantie zal leiden. Dat moeten we dan bekijken. Daarop zullen we moet toezien. Is dit register ook daadwerkelijk een verbetering?

Ik vind het een goed idee om andere partijen hierbij te laten aansluiten. Het is in alle sectoren van belang, dus ook in de medische hulpmiddelen. Bij de medische hulpmiddelen moet echt nog een grotere slag worden geslagen dan bij de farmacie. Ons ministerie heeft daarover reeds contacten. Ook in die contacten wordt wel benadrukt dat die medische hulpmiddelen die slag echt zullen moeten slaan.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De minister gaf aan dat ik een en ander niet ver genoeg zou vinden. Ik vind het echter prima en wat mij betreft ook ver genoeg. Ik vind echter dat ook anderen aan die transparantie en openbaarheid moeten meewerken. Dat openbaar maken gaat wat mij betreft ver genoeg, maar dan moeten we het ook doortrekken naar die andere groepen die ik heb genoemd.

Minister **Schippers**: Ik ben het helemaal eens met zowel mevrouw Gerbrands als de heer Van der Veen. We moeten er bij de hulpmiddelen bovenop zitten.

Ik kom op de quiz. Baat het niet, dan moet je het niet gebruiken. Dat hebben ze hier bedacht. Ik weet niet of ik nu een prijs heb gewonnen. Baat het niet, dan kan het echter schaden.

De heer **Van Gerven** (SP): Een beroemde voorgangster van de minister, mevrouw Borst, zei: «Baat het niet, dan schaadt het wel».

Minister **Schippers**: Schade hadden wij als nummer twee. Voorzitter. De heer Van der Veen vroeg of er bij het CBG aparte deskundigen voor de zelfzorg komen. Het CBG heeft voldoende deskundigheid in huis. Het heeft ook alle rapporten uit binnen- en buitenland tot zijn beschikking. Het oordeel is dat een en ander niet nodig zou zijn. Heeft de heer Van Gerven berichten dat het CBG daarin tekort zou schieten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik sluit aan bij de opmerking van de KNMP. Ook de drogisten hebben gezegd dat die deskundigheid in dat CBG nodig is. Het is niet zo dat ik vanavond heel verdrietig naar huis ga op dit punt, maar het is wel van belang. Dat wil ik wel kwijt. Ik heb daarover een motie ingediend. Daarover is eindeloos heen en weer gedelibereerd. Het is niet opgeschoten. Wat betreft het CBG en die zelfzorggeneesmiddelen kan het wat mij betreft een slag anders dan op dit moment gebeurt. Ik heb gevraagd om die indelingscriteria nog eens goed te monitoren, want er moet echt wel iets gebeuren. Ik kon me heel goed vinden in de suggestie van de KNMP en de drogisten.

Minister **Schippers**: Volgens mijn informatie is die deskundigheid aanwezig. Die motie is van voor mijn tijd en kan ik mij niet herinneren. Ik zal nagaan wat er sinds die motie aan extra denkracht is gebeurd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat lijkt mij een goede zaak.

Minister **Schippers**: Uit welk jaar dateert de motie?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Die is in ieder geval van na 2006.

Minister **Schippers**: Mevrouw Dijkstra vroeg of het onderzoek naar het verband tussen gestegen gebruik van paracetamol en de vrije verkoop is gestart en wat de onderzoeksvraag is. Ik heb het CBG gevraagd of dit een nader onderzoek nodig acht. Dit blijkt niet het geval. De heer Van Gerven en de heer Van de Veen vroegen ook daarnaar. Ik begrijp dat er een onderzoek is gevraagd, maar dat niet uitgevoerd is. Uit het NIVEL-onderzoek blijkt niets over een verband tussen de AV-categorie en het gestegen gebruik.

De heer **Van Gerven** (SP): Het NIVEL raadt ook aan om het goed in de gaten te houden.

Minister **Schippers**: Het is voor mij een nieuwe vraag. Ik ga bekijken of het zinvol is om hierop een onderzoek te starten. Zullen we het op die manier afspreken? Ik laat de Kamer dat weten. Ik heb ook een aantal toezeggingen gedaan voor een brief. Ik zal de Kamer laten weten wat onze bevindingen daarvan zijn en of we dat onderzoek doen.

De **voorzitter**: De minister is in een toezeggingenbui. Daarvan moeten we dus even gebruikmaken. Het NIVEL is behoorlijk kritisch over de toename van het melden van vergiftigingen en geeft aan dat er een verband kan zijn met het vrijgeven van die zelfzorg. De minister komt daarop terug. Wil zij dan ook nadrukkelijk terugkomen op de casus ibuprofen en de status daarvan in het kader van de vergiftigingen en de bijwerkingen?

Minister **Schippers**: Ja, dat zal ik meenemen als ik toch hiernaar laat kijken.

Voorzitter. Ik kom op de weesgeneesmiddelen en zeldzame ziekten. Doet Nederland genoeg daaraan of niet? Genoeg is altijd een heel moeilijke term. Er bestaat goede internationale samenwerking. De Nederlandse strategie is vanaf 2001 geïmplementeerd. Wij oriënteren ons ook heel sterk op internationale samenwerking. Wij nemen altijd deel aan internationale bijeenkomsten en proberen positieve bijdragen daaraan te leveren. Wij nemen ook deel aan de Europese comités die voortkomen uit het beleid van de Europese gemeenschap. Organisaties op het terrein van zeldzame ziekten, patiëntenonderzoekers, behandelaars, farmaceutische bedrijven werken eveneens in internationaal verband. Voor landen binnen en buiten Europa geldt hetzelfde.

Wij hebben een hele strategie voor weesgeneesmiddelen en zeldzame ziekten. Die gaat onder meer over diagnostiek en behandeling, screening, wetenschappelijk onderzoek, vergoeding van geneesmiddelen. Ik heb de hele lijst hier staan, maar het lijkt me nu wat veel om deze op te noemen. Momenteel bereiden wij een brief voor aan de Kamer over het beleid voor de komende jaren. Daarin zal ik al deze dingen aan de orde laten komen. In plaats van ze hier aan de Kamer voor te dragen, lijkt het me beter die brief daarover af te wachten.

Ik keek wellicht wat moeilijk, maar ik wist ook niet wat er precies staat in het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde. Zowel de heer Mulder als mevrouw Wiegman zeg ik toe dat ik schriftelijk op hun vragen terugkom.

Door mevrouw Smilde en mevrouw Gerbrands is geïnformeerd naar het voorschrijven op merknaam bij vooral zbc's, maar ook bij ziekenhuizen. In het najaar heb ik met de Orde afspraken gemaakt over heel veel zaken,

waaronder de doelmatigheidswinst die te behalen is op het voorschrijven van geneesmiddelen. We zijn ook in overleg met de zorgverzekeraars. In die gesprekken zeggen we dat hun taak is om zinnig en zuinig zorg in te kopen. Als er onterechte variaties zijn in ziekenhuizen, waarbij je constateert dat het ene ziekenhuis allemaal merkgeneesmiddelen voorschrijft en het andere dat veel efficiënter doet, dan moet die zorgverzekeraar dat ziekenhuis aanspreken op het feit dat het heel duur is en vragen waaraan dat ligt. Heeft het ziekenhuis daarvoor een goede verklaring of niet? In deze zaken heeft iedereen eigenlijk zijn verantwoordelijkheid. De specialist moet het alleen voorschrijven als het echt moet en niet anders kan. Anders moet hij generiek voorschrijven. De zorgverzekeraar heeft ook een taak om te bekijken op welke wijze zich dat in verschillende ziekenhuizen en zbc's met elkaar verhoudt. Waarom is het in het ene ziekenhuis veel meer dan in het andere? Niet alleen ik, maar ook de specialisten hebben onderkend dat dit een aandachtspunt moet zijn en dat zij kwalitatief goed moeten voorschrijven. Ook zorgverzekeraars zien dit punt. Iedereen moet daarin zijn rol pakken.

Ik ga verder met de begrijpelijke bijsluiter. Ik zeg graag toe aan mevrouw Smilde dat ik volgend jaar daarop terugkom. Ik weet niet welke bijsluiter eerder hier op tafel heeft gelegen. Als ik dat tegen die tijd weet, kunnen we in ieder geval toetsen of die bijsluiter is verbeterd en wat de resultaten zijn.

De heer **Mulder** (VVD): Ik had nog een vraag over het gebruik van geneesmiddelen. Kun je middelen testen die mogelijk even goed zijn en stopstudies bestuderen die zichzelf kunnen bekostigen? Ik zou daarop graag een reactie ontvangen.

Minister **Schippers**: In de gezondheidszorg is er geen behandeling die zijn kosteneffectiviteit en therapeutische meerwaarde zo hard moet aantonen als een behandeling met medicijnen. Een medicijn komt niet in het pakket als het niet kosteneffectief is of geen therapeutische meerwaarde heeft. In de gezondheidszorg worden allerlei andere behandelingen gedaan, waarbij je je sterk kunt afvragen of die zo kosteneffectief zijn. Wij hebben derhalve een heel behoorlijk systeem voor kosteneffectiviteit. Daarnaast loopt er ook een aantal programma's. Een daarvan is Goed Gebruik Geneesmiddelen. Dat is van start gegaan en heeft dit soort doelen centraal staan. Ik praat ook met de beroepsgroepen, die oog moeten hebben voor veiligheid. Het moet goedkoop zijn waar dat kan en duur zijn waar het moet. We hebben een en ander toch behoorlijk geregeld, van de toelating tot ons pakket, waarin geneesmiddelen die niet kosteneffectief zijn uiteindelijk niet terechtkomen, tot aan het voorschrijven van het ene of het andere geneesmiddel voorschrijven. Of begrijp ik de heer Mulder verkeerd?

De heer **Mulder** (VVD): Ik noemde in mijn bijdrage een voorbeeld van twee geneesmiddelen die worden voorgeschreven met hetzelfde doel, nifedepine en atosiban. De een kost € 700 per behandeling en de ander € 2 per behandeling. Een hoogleraar vraagt een onderzoeksbudget bij ZonMw. Hij krijgt dat niet, omdat er blijkbaar nog iets aan de hand is. Kun je dit soort systemen zichzelf niet laten bekostigen? Het verschil betreft een factor 350. Als je een en ander onderzoekt, kun je het zichzelf weer laten bekostigen. Geneesmiddelen gaan inderdaad goed, beter dan medische behandeling. Je kunt daarin echter nog een slag maken. ZonMw doet dat ook, maar zijn die budgetten toereikend?

Minister **Schippers**: Dit gebeurt dus onder dat programma Goed Gebruik Geneesmiddelen?

De heer **Mulder** (VVD): Dat zou je graag willen, maar deze aanvraag is weer afgewezen.

Minister **Schippers**: Ik kan niet op een individuele afwijzing ingaan, maar ik zou het kunnen nagaan. Maar ik vind het altijd een beetje lastig om op individuele situaties in te gaan. Ik kan wel de gronden van afwijzing voor nagaan. Ik hoor dat de aanvraag waaraan de heer Mulder refereert is gedaan, maar dat het programma nog niet was begonnen. Dat kan ook een reden zijn. Misschien kan die hoogleraar zijn aanvraag een opnieuw indienen, maar qua individuele casuïstiek weet ik dit niet. In ieder geval hebben we nu het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen dat net van start is gegaan.

De heer **Mulder** (VVD): De minister maakt het voor mij lastig. Ik maak een generieke opmerking met een specifiek voorbeeld, en dan is het voorbeeld te specifiek of ik ben te generiek. Ik probeer mijn bijdragen te illustreren.

Minister **Schippers**: Ik probeer de heer Mulder een zo goed mogelijk antwoord te geven. We hebben net een programma gestart, waarin we de mogelijkheden hebben om een en ander te doen en daaronder te vatten. Ik weet niet wat in het specifieke voorbeeld is gebeurd. Ik kan eventueel altijd nagaan wat daar aan de hand is geweest.

De heer **Mulder** (VVD): Voor innovatie staat 90 dagen, maar daarbij komen 100 dagen. Kan het toelaten tot het onderzoek van geneesmiddelen sneller? Nederland is daarin traag. Ik hoop dat de minister hierop kan ingaan.

Minister **Schippers**: Ten eerste hebben we dus een voorwaardelijke vergoeding. Die zal er enorm in helpen. Ten tweede neem ik voor het onderzoeksklimaat ook aan dat de sector life sciences, die als topprioriteit is aangemerkt, veel oog heeft voor de vraag waarom wij in Nederland bepaald onderzoek niet van de grond krijgen. De sector zal ook met allerlei punten komen. Ik houd mij zeker aanbevolen voor verbeteringen. Als wij iets kunnen verbeteren opdat onderzoek hier plaatsvindt in plaats van elders, moeten we daarnaar kijken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb nog een onbeantwoorde vraag. Volgens mij is de minister niet ingegaan op mijn zorg dat Nederland veel geneesmiddelen exporteert, omdat ons land gemiddeld goedkoper is in Europa. Ook kom ik op de mogelijke tekorten die in Nederland zijn ontstaan. Ik heb van een apotheker wat voorbeelden gekregen. Herkent de minister deze zorgen? Kennelijk is er in Venlo een soort groothandel die geneesmiddelen terugkoopt uit het buitenland en voor meer geld gaat verkopen. Dit lijken mij heel rare praktijken.

Minister **Schippers**: Deze situatie herken ik niet. Als mevrouw Wiegman voorbeelden heeft, kunnen we daarnaar kijken. Ik weet wel dat bepaalde geneesmiddelen opeens niet meer geleverd worden of omdat er iets mis is met iemand die het produceert. Dat soort vragen heb ik ook heel recent, ik geloof nog vandaag, beantwoord. Ik ben echter niet bekend met voorbeelden waaruit blijkt dat wij de geneesmiddelen exporteren en niet meer in Nederland verkrijgbaar hebben.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik zal de minister een voorbeeld laten doen voorkomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Als we dat traject van die prijsvorming ingaan, schaffen we eigenlijk alle regels af die de afgelopen 20 jaar zijn gegroeid een zijn ontstaan. Daarvoor komt er een nieuw systeem. Is er echter ook een plan B, waarbij we terug kunnen? Als je het overgeeft aan de markt, komt Europa en dan is er geen weg meer terug. Is er nog een weg terug?

Minister **Schippers**: We schaffen niet alle regels af van de afgelopen 20 jaar. Wij laten het tarief niet meer vaststellen door de NZa, maar geven het vrij.

Je kunt altijd besluiten dat je opnieuw ergens om een of andere reden een tarief instelt. Als we het kunnen afschaffen, kunnen we het ook instellen. De Kamer kan wetten afschaffen, maar ook weer nieuwe wetten maken. Niets is onomkeerbaar.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We hebben het uitvoerig gehad over die vrije tarieven. Wanneer is het nu wel verantwoord om deze in te voeren en wanneer niet? Mijn collega's zijn daarop op verschillende manieren teruggekomen. Krijgen wij na het reces een beeld van de wijze waarop het staat met het aantal prestatie-indicatoren? Vooral mevrouw Dijkstra heeft daarnaar verwezen. Is er nog een moment waarop beslist kan worden of het wel of niet ingevoerd gaat worden per 1 januari 2012? Ik vertaal hem als «ja, mits». Het is wel aardig om dat «mits»-moment te hebben. Daaraan heb ik wel behoefte. We moeten proberen elkaar te overtuigen. Iedereen heeft zo zijn rapporten en argumenten. Er zitten aannames van beide kanten bij. Het zou aardig zijn als er een moment is, waarop een beslissing genomen kan worden die ofwel leidt tot de invoering per 1 januari ofwel tot het behoud van de bestaande situatie waarbij een plan B in werking treedt. Ik wil daarover dan een motie indienen.

Minister **Schippers**: Als de heer Van der Veen een en ander niet wil, is het verstandig om die motie nu in te dienen. De NZa moet dan immers nieuwe tarieven maken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het gaat niet om de vraag wat ik wel of niet wil. Het gaat erom dat ik ook aan mijn linkerzijde «ja, mits» hoor en iets in de trant van: «Hoe zit het met dit, hoe zit het met dat en hoe zit het met dat?»

Minister **Schippers**: Dat is de vertaling van «mits». Mits betekent dat je iets moet hebben om op terug te vallen. Ik heb de NZa gevraagd hoe die prestaties eruit gaat zien. Dat komt. Die maakt de NZa nu en kan ik ook aan de Kamer toesturen. Het «go/no go»-moment vindt ongeveer nu plaats. Op een gegeven moment is het zo dat de NZa geen prestaties heeft. De Kamer bijvoorbeeld in oktober of november zegt dat de Kamer van gedachten is veranderd. Dan hebben wij geen tarief.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister zegt dat nu al het «go/no go»-moment er ligt. Wat er dan ook verder gebeurt, die vrije prijzen worden ingevoerd per 1 januari 2012. Dat «ja, mits» is dus geheel niet aan de orde.

Minister **Schippers**: Partijen moeten zich ook in alle redelijkheid kunnen voorbereiden. Zij moeten hun systemen aanpassen et cetera. Daarom vind ik het nu een fatsoenlijk «go/no go»-moment. Ik zeg niet dat je nooit meer kunt terugvallen op iets anders, als er tot de conclusie wordt gekomen dat alles staakt en iedereen achterover leunt en er geen vooruitgang wordt geboekt. Ik vind nu een fatsoenlijk «go/no go»-moment. Iedereen moet zich goed kunnen voorbereiden. Iedereen is heel druk bezig om die overschakeling te maken. Als we dat niet willen, moeten we nu zeggen dat we het niet gaan doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wat is dan plan B? Ik sluit mij aan bij de heer Van Gerven. «Go/no go», we gaan. Op enig moment zou echter kunnen blijken dat het niet goed loopt. Wat dan?

Minister **Schippers**: Dan kan de NZa uiterlijk in oktober een alternatieve beleidsregel vaststellen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Betekent dat dan dat je tot uiterlijk 1 oktober nog de gelegenheid hebt om het te laten doorgaan en met een noodmaatregel alsnog ervoor kan zorgen dat het volgend jaar netjes loopt?

Minister **Schippers**: Ik vind dat niet. Ik vind dat je nu moet bepalen of je het wel of niet doet. Het veld heeft dan ook zekerheid dat het in een traject en dat met alle redelijkheid en fatsoen kan doen. Als er nu iets heel bijzonders of speciaals gebeurt, waarop de Kamer niet had gerekend en waarmee zij geen rekening gehouden, dan kan zij uiterlijk in oktober een alternatieve beleidsregel vaststellen. Zo ligt het, maar het «go/no go»-moment ligt nu en niet in oktober. Dat is voor uitzonderingen en noodsituaties. Een fatsoenlijk «go/no go»-moment is nu.

De heer **Van Veen** (PvdA): Dan concludeer ik dat alle partijen die ja, mits hebben gezegd ja hebben gezegd.

Minister **Schippers**: Dat hangt ervan af wie voor de motie van de heer Van der Veen gaat stemmen.

De heer **Van Gerven** (SP): Partijen staat het ook volkomen vrij om nee te zeggen. Er volgt een plenaire afronding. De democratie kan dan haar vervolg hebben.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Met het oog op de klok zal ik nu niet te veel erover uitwijden. Voor mij is het heel erg belangrijk dat we weten wat de doelen van de minister precies zijn. Waarop kunnen we haar afrekenen? Kan de minister dat aangeven? Daarvan wordt de Kamer dan op de hoogte gesteld. Uit de beantwoording heb ik begrepen dat zij daartoe bereid is. Ik wilde dat nu nog even toevoegen. De rest komt wel in de afronding.

Minister **Schippers**: Het is een traject dat van de partijen heel veel vergt en waarbij iedereen druk bezig is.

De **voorzitter**: Ik stel vast dat er een VAO komt en dat er een aantal toezeggingen is gedaan. Ik sluit dit AO.

Volledige agenda

1. 1. *Voortgang die het afgelopen jaar is geboekt in het verbeteren van de begrijpelijkheid van bijsluiters bij geneesmiddelen*
29 477-107 – Brief regering d.d. 19-10-2009
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
2. *Inspectierapport over invloed op behandelrichtlijnen*
31 765-6 – Brief regering d.d. 27-10-2009
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
3. *Transitieakkoord farmaceutische zorg 2008/2009*
29 477-122 – Brief regering d.d. 10-11-2009
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
4. *Uitvoering motie-Van der Veen c.s. (29 477, nr.113) over ontmoedigen van het aanbesteden onder couvert*
29 477-123 – Brief regering d.d. 10-11-2009
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
5. *Uitvoering motie Zijlstra cs.(29 477, nr. 76) over de financiële concurrentievoordelen van het preferentiebeleid.*
29 477-121 – Brief regering d.d. 09-11-2009
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
6. *Stappenplan geneesmiddelenbeleid*
29 477-125 – Brief regering d.d. 08-01-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
7. *Informatie over geneesmiddelen*
29 477-127 – Brief regering d.d. 03-02-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Klink A.
8. *ZonMw rapport Verdieping Goed Gebruik Geneesmiddelen*
29 477-131 – Brief regering d.d. 11-06-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink
9. *Aanbieding monitor Extramurale Farmacie 2010 en het begeleidend schrijven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*
29 477-133 – Brief regering d.d. 13-07-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink
10. *Aanbieding evaluatie Zelfzorggeneesmiddelen*
29 477-137 – Brief regering d.d. 08-10-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, A. Klink
11. *Standpunt Evaluatie indeling zelfzorggeneesmiddelen en rol drogist*
29 477-138 – Brief regering d.d. 05-11-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Betalingen aan artsen door de farmaceutische industrie*
22 894-291 – Brief regering d.d. 24-11-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. *NZa-apothekerstarief 2011*
29 477-141 – Brief regering d.d. 16-12-2010
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. *Rapporten over het tarief van apotheekhoudenden in 2011*
29 477-142 – Brief regering d.d. 12-01-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
15. *Ranglijst van ziekenhuizen met percentages van voorgeschreven specialités*
29 477-143 – Brief regering d.d. 19-01-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
16. *Overheveling TNF-alfaremmers*
29 248-168 – Brief regering d.d. 08-02-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
17. *IGZ-rapport Het resultaat telt apotheken 2009*
32 500-XVI-123 – Brief regering d.d. 07-02-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
18. *Voorzitterconclusies Alders-overleg tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden*

- 29 477-145 – Brief regering d.d. 11-02-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
19. Aanwijzing prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven
farmaceutische zorg
29 477-150 – Brief regering d.d. 17-05-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
20. Voorhang van de bekostiging van dure geneesmiddelen (TNF-
alfaremmers)
29 248-208 – Brief regering d.d. 11-05-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
21. Begrijpelijke bijsluiter
29 477-149 – Brief regering d.d. 09-05-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
22. Voorstellen voor voorlopige en voorwaardelijke opname van nieuwe
geneesmiddelen in het pakket
29 248-209 – Brief regering d.d. 19-05-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
23. Stand van zaken doelmatigheidsonderzoek geneesmiddelen
29 689-320 – Brief regering d.d. 25-05-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers