

Vergaderjaar 2008–2009

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 82

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 13 januari 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 10 december 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 augustus 2008 over de afbakening van geneesmiddel/kruidentmiddel; uitvoering van de motie-Schermers (31 200, nr. 179);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juli 2008 over de uitvoering van de motie-Van der Veen c.s. over de vergoeding van cholesterolverlagers (29 477, nr. 64);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2008 inzake de nadere invulling van de langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening (29 477, nr. 62);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 juli 2008 over de stand van zaken van het onderzoek naar vermeende onderbehandelingen met dure geneesmiddelen in ziekenhuizen (29 477, nr. 65);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 november 2008 over de stand van zaken met betrekking tot het preferentiebeleid en het apotheekhoudende tarief (29 477, nr. 69);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2008 ter aanbieding van het advies van de NZa betreffende de langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid (29 477, nr. 72);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 december 2008 over het flexibel apothekerstarief in 2009 (29 477, nr. 71).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

¹ Samenstelling:

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Een enorme cijferberg is de afgelopen weken over ons uitgestort in de dans om de miljoenen in de farmacie. Dat betekent dus business voor fabrikanten, groothandels en apothekers. Hoogst opmerkelijk en onverantwoord is de opstelling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Apothekers houden gemiddeld € 90 000 over aan bonussen en kortingen bovenop hun jaarsalaris van ruim € 100 000. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit gaat het om gemiddelden en is het probleem van de «clawback» dat dit ook een gemiddelde is. De ondernemende apotheker die goed voor zichzelf zorgt, is goed uit, maar de apotheker die consciëntieus met zijn vak omgaat, wordt benadeeld. Kan er niet een meer gerichte «clawback» komen die meer is toegevoegd op de individuele apotheker en de apotheekhoudende huisarts? Wat zijn de gevolgen van de clawback voor apothekers en apotheekhoudende huisartsen in de kleine kernen? Is de minister bereid hiernaar te kijken? De SP wil benadrukken dat het geld dat bij de apothekers aan de strijdstok blijft hangen, het gevolg is van het ingezette overheidsbeleid. Als men apothekers vraagt zich als koopman te gedragen, moet men niet verbaasd opkijken als zij dat ook gaan doen. Op 2 juli 2008 onderschreef de minister het standpunt van de SP. Hij zei dat het buiten kijf staat dat de kortingen en bonussen moeten verdwijnen. Waarom worden die kortingen en bonussen dan niet per direct afgeschaft? Waarom gaan wij niet over op een volledig kostendekkend tarief voor de apotheker? Wat de SP betreft, stoppen wij voor eens en altijd met de rol van de apotheker als koopman en wordt de apotheker weer zorgverlener. Wat vindt de minister van de kritiek van apothekers dat de NZa bij de kosten te weinig rekening houdt met de maatregelen om kwaliteit van de zorg te verbeteren? Is de invoering van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) er ook in meegenomen? De SP is voorstander van een kostendekkend abonnementensysteem voor de apotheker om meerdere redenen: minder bureaucratie, patiënten worden net als bij huisartsen vaster gekoppeld aan de apotheek en dat draagt bij aan de kwaliteit en goede zorg om de hoek. Graag hierop een reactie van de minister.

De minister noemt zichzelf een groot voorstander van het preferentiebeleid. De SP is daar principieel tegen omdat wij van mening zijn dat alleen artsen mogen en kunnen bepalen welk geneesmiddel vergoed moet worden. Uiteraard moet gelden: goedkoop als het kan, maar het preferentiebeleid leidt tot chaotische toestanden in apotheken zelf. Elk jaar verandert het preferentiebeleid, alle zorgverzekeraars hebben een ander preferent geneesmiddel, vaak is er ook nog een andere dosering per merk, de bevoorrading is ronduit lastig voor de patiënt en daarbij komt nog de medicijntrouw. Voor de apotheekhoudende huisarts in de kleine kernen is het moeilijk om al die verschillende preparaten op voorraad te hebben. Wil de minister hiernaar kijken? De NZa adviseert om de dure geneesmiddelen voor 100% te vergoeden en wil hier preferentiebeleid invoeren. Erkent de minister dat juist bij deze groep medicijnen, bijvoorbeeld bij medicijnen tegen kanker, het allemaal heel erg nauw komt? Kan de minister garanderen dat, ook bij deze groep dure medicijnen, het best passende medicijn wordt gegeven? Wanneer gaat die regeling overigens in?

Wij hebben eerder Kamervragen gesteld over de vergoeding van Remicade bij sarcoïdose. Sarcoïdose is een zeldzame ziekte, een weesziekte. Alle onderzoeken met Remicade zijn positief. Klopt het dat buiten het ziekenhuis, in de commerciële hoek, wel vergoeding plaatsvindt, maar in het ziekenhuis niet? Wat gaat de minister hieraan doen?

Wat is de stand van zaken van de pilots «medication review» of liever

gezegd de jaarlijkse medicijnencheck bij risicogroepen? De SP is een groot voorstander van invoering. Wanneer mogen wij de vervolgstappen verwachten waar de Kamer unaniem, via de motie-Kant, op heeft aangedrongen? Wat is overigens de reactie van de minister op de evaluatie van het reclamebesluit geneesmiddelen? Ik neem aan dat de minister nog met een schriftelijke reactie komt. Wat de SP betreft, komt er een einde aan de zelfregulering. Wij hebben al invallen gehad bij de fabrikanten met betrekking tot het baarmoederhalskankervaccin. Wat vindt de minister van informatiepakketten over diabetes die Novo Nordisk op scholen verspreidt? Heeft de inspectie voldoende capaciteit om adequaat en effectief toezicht te houden op reclameactiviteiten van farmaceuten? Wat vindt de minister van symptoomreclames voor aandoeningen als maagzuur en erectiestoornissen, zoals wij de laatste tijd op de televisie kunnen zien? Erkent de minister dat dergelijke reclames aanzetten tot meer medicijngebruik? Is de minister bereid om in zijn reactie op de evaluatie ook zijn visie op dergelijke reclames te geven? Is hij het met ons eens dat deze vorm van reclame verboden dient te worden? Wat vindt hij van een verbod op individueel artsenbezoek door een artsenbezoeker? De hoogleraar Dementie aan de Universiteit van Amsterdam, Van Gool, vindt dat fabrikant Janssen-Cilag te ver gaat met radiospotjes en de site remalzheimer.nl. Hij beschuldigt de fabrikant van misleiding omdat de claim dat cholinesteraseremmers de ziekte afremmen niet wetenschappelijk onderbouwd is. Wat vindt de minister hiervan en is hij bereid deze fabrikant tot de orde te roepen? Is de minister bereid zijn oorspronkelijke plan om kortdurende behandeling met slaapmiddelen te vergoeden uit te voeren en dit ook te doen bij de indicatie spasme bij neurologische aandoeningen? De vergoeding van medicijnen, hulpmiddelen en toediening bij transmurale zorg, zoals de vacuümtherapie thuis, wordt gecoördineerd vanuit het ziekenhuis. De vergoeding van deze vacuümtherapie verkeert in een vacuüm. Kan de minister dit oplossen? Hoe wordt de financiering adequaat geregeld? Tot slot: hoe staat het met de Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID's) en de beoordeling door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)? Dienen deze niet uitsluitend via de apotheek te worden verstrekt?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Vandaag weer een debat over de langetermijnvisie op de geneesmiddelenvoorziening en de weg daarnaar toe. De minister sprak tijdens ons vorige overleg over een stip op de horizon waar hij heen wilde en waarbij er regelmatig overleg zal zijn met de Kamer. Hoe ziet die stip eruit volgens de CDA-fractie? In de toekomst is de zorgverzekeraar een echte zorgverzekeraar, wat inhoudt dat hij patiëntveiligheid hoog in het vaandel heeft staan en daarvoor ook wil betalen. De zorgplicht gaat voor hem verder dan alleen zorgen dat elke verzekerde aan goede medicijnen kan komen. Ook andere aspecten van medicatieveiligheid spelen daarin een grote rol. Daartoe heeft de zorgverzekeraar zicht op de kwaliteit die door zijn gecontracteerde apotheker wordt geleverd. De apotheker zorgt er, in nauw overleg met de huisarts, voor dat de patiënt het goede medicijn krijgt afgeleverd in de juiste dosering en voorzien van adequate informatie. De apotheker bewaakt de interactie en zorgt er zo goed mogelijk voor dat de patiënt het geneesmiddel ook goed inneemt. Uit onze gesprekken met de jonge apothekers weet ik dat er op dit gebied heel mooie projecten lopen. Zo brengen apothekers huisbezoeken aan alle klanten die met vijf of meer medicijnen uit het ziekenhuis worden ontslagen en daarbij komt dan ook de zelfmedicatie op tafel. Naar mijn mening is dit een prachtig voorbeeld van goede farmaceutische zorg. De patiënt moet weten dat het de veiligheid niet ten goede komt als hij zijn chronische medicatie bestelt via de centrale apotheek, ook al wordt die medicatie dan afgeleverd via de huisarts. Het is niet goed om schaamte-medicijnen als bijvoorbeeld Viagra te bestellen via het internet. Als het

bijvoorbeeld suikertabletten zijn in plaats van Viagra werkt het niet, maar dat is dan nog minder erg dan als er een heel ander medicijn in de verpakking zit of als de tabletten verontreinigd zijn. Ik heb over dit onderwerp al vaak schriftelijke vragen gesteld, waarbij ik telkens te horen kreeg dat er niet veel aan te doen is. De aanhouder wint, want ik begrijp dat er nu wordt gezocht naar een mogelijkheid om in ieder geval de klant te waar- schuwen met een pop-up als hij medicijnen per internet wil bestellen. Wanneer horen wij of dat gaat lukken? Al met al: het moet voor de patiënt duidelijk zijn dat hij het beste af is bij zijn eigen apotheker. Is het een idee om hier een Postbus 51-spotje aan te wijden?

Het systeem moet het toekomstbeeld dat ik zo-even schetste waar kunnen maken en waar kunnen blijven maken. Hoe zorgen wij ervoor dat de patiënten ook in de toekomst de benodigde medicatie kunnen krijgen?

Wat vergoeden wij en op grond waarvan laten wij die medicatie voor vergoeding in aanmerking komen? Hoe zorgen wij ervoor dat er ook doelmatig wordt voorgeschreven? Het toekomstbeeld is dat de arts gaat voor- schrijven op grond van de behandelrichtlijn van de beroepsgroep, waarbij de richtlijnen naast kwaliteitseisen ook moeten voldoen aan doelmatigheidscriteria. Dat die richtlijnen dan ook dienen voor aanspraken op vergoeding wordt door de CDA-fractie onderschreven.

Alleen wil ik nog nauwkeuriger van de minister horen hoe hij dat denkt aan te gaan pakken en hoe hij denkt de implementatie goed te regelen. Er wordt gedacht aan een doelmatigheidsinstituut als het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Engeland. Als men wil sturen op doelma- tigheid, zal uitkomstonderzoek moeten gebeuren. Wie gaat dat doen? Er moet structuur komen in de aanpak. Graag wil ik van de minister een tijdpad horen en hoe hij de doelmatigheid in de richtlijnen wil verwerken. Ook nog een woord over dure geneesmiddelen, want wij vergeten haast dat er ook nog intramurale farmacie bestaat. De regel dat een nieuw geneesmiddel via een sterk verkorte procedure op de markt kan worden gebracht en voor drie jaar mag worden voorgeschreven waarbij die drie jaar moeten worden gebruikt om onderzoek te doen, bevalt goed. Wel is het de vraag of uit dit onderzoek wel de optimale gegevens worden gehaald als dat willekeurig in elk ziekenhuis kan worden voorgeschreven, ook door artsen die dat middel maar één keer gebruiken. Is het niet beter hiervoor speciale ziekenhuizen aan te wijzen?

Ten aanzien van de veiligheid van geneesmiddelen nog het volgende: het CBG heeft een product met sint-janskruid geregistreerd als Uitsluitend Apotheek (UA) geneesmiddel, zo leerden wij naar aanleiding van een door mij ingediende motie, maar hetzelfde kruid is nog steeds verkrijgbaar als warenmiddel. Dat zou niet moeten kunnen. Kan de minister ervoor zorgen dat verkoop van sint-janskruid als warenwetmiddel niet langer wordt gedoogd?

Als wij duidelijk hebben waar de patiënt recht op heeft, dan moet er voor worden gezorgd dat het systeem houdbaar is, ook financieel. Wat dat aangaat, zitten wij op een breekpunt in de overgang van de farmaceu- tische zorg naar volledige tariefsvrijheid. In 2004 was er het eerste conve- nant en in 2007 het transitieakkoord. Wij hebben enkele dagen geleden de nieuwe receptregelvergoeding gehoord. De minister wil per 2010 vrije prijsvorming hebben. Is het dan juist dat die vergoeding maar voor één jaar geldt? Is dat wel haalbaar of wordt het toch 2011? Er is sinds het transitieakkoord veel gebeurd: de inkoopvoordelen van de apothekers werden onderzocht, verzekeraars startten met preferentiebeleid, de claw- back werd opgeschort en toch weer gestart. Kortom: het is beslist nog niet rustig in het veld. Er is veel te doen geweest over de beloning van apothe- kers. Het tarief bestaat uit materiaalkosten, zeg maar de medicijnen, en praktijkkosten, zeg maar de verleende service. De prijzen van medicijnen zijn door het preferentiebeleid van 1 juli 2008 sterk gedaald. Niet alle zorgverzekeraars hebben een preferentiebeleid, maar wel elke zorg- verzekeraar heeft er profijt van. Patiënten kunnen van zorgverzekeraar

veranderen naar één die geen preferentiebeleid voert. Is het de minister bekend of zorgverzekeraars overwegen met het preferentiebeleid te stoppen en wat zou daar dan het gevolg van kunnen zijn?

De receptregel is al jarenlang hetzelfde. De toenmalige staatssecretaris Simons heeft aangegeven dat apothekers maar korting moesten bedingen bij de inkoop van geneesmiddelen. De groei in de praktijkkosten werd tot het transitieakkoord gehaald uit kortingen en bonussen. Die moeten weg, daar is iedereen het over eens, en dat is gedeeltelijk al gebeurd, maar nog niet helemaal. Wat er nog inzit, moet er dus ook nog uit en dat zal gedeeltelijk moeten worden gebruikt om de apothekers te honoreren en terug te sluizen naar de patiënten. Daar moet dan wel een reëel tarief tegenover staan. De NZa heeft zich beziggehouden met dat tarief en kwam op 4 december jongstleden met een tarief van € 7,27 als basis. De CDA-fractie is van mening dat het goed is dat het nieuwe tarief is gedifferentieerd. Een gedifferentieerd tarief geeft de mogelijkheid om te komen tot prestatiebekostiging. De zorgverzekeraars kunnen met de apothekers afspraken maken over extra modules. Het basisbedrag zal voldoende moeten zijn voor een goede, doelmatig werkende apotheek. Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat zorgverzekeraars die extra modules ook willen inkopen? Apothekers klagen over het feit dat onderhandelingen met zorgverzekeraars moeizaam verlopen omdat zij, gezien hun omzet, als snel vallen onder de bagatelregeling. Zij kunnen dan geen gezamenlijke onderhandelingen voeren met de zorgverzekeraars. Het is vaak slikken of stikken. Graag een grondige reactie van de minister hierop. Deelt de minister de mening dat de komende verruiming van de bagatelregeling hier soelaas kan bieden, maar komt die mogelijk niet te laat?

De heer **Van Gerven** (SP): Als ik het goed beluister, bent u voor de apotheker als zorgverlener, daar zijn wij het volledig met elkaar eens. U bent ook voor het stoppen met de kortingen en bonussen. Bent u dan ook voor een kostendekkende receptregelvergoeding en beantwoordde het voorstel van de Nederlandse Zorgautoriteit hieraan, want die laat de kortingen en bonussen overeind? Kunt u ook ingaan op de suggestie van de SP om over te gaan op een abonnementensysteem, zoals wij dat ook bij huisartsen kennen?

Mevrouw **Schermers** (CDA): U hebt mij inderdaad horen zeggen dat ik voor de apotheker als zorgverlener ben en dat daar een reële receptregelvergoeding voor moet zijn. Er is nu een advies van de NZa. Ik zie dat advies als een advies van een adviesorgaan dat specifiek op dit gebied heeft geadviseerd. Ik volg dat advies in die zin dat er nog speling in die markt zit en dat wij nu nog in die transitiefase zitten. Het is wel zo dat de kortingen en bonussen er op den duur helemaal uit moeten. Het abonnementstarief moet mogelijk worden als er straks sprake is van een vrije markt, want dan kan de apotheker met de zorgverzekeraar overleggen hoe de honorering geregeld moet worden. Als zij er gezamenlijk uitkomen dat dit een abonnementstarief is met daarbovenop modules, dan kan dat.

De heer **Van Gerven** (SP): Waarom ligt er niet een voorstel, dat was naar mijn idee bij het laatste debat heel erg duidelijk, dat het breed gedragen wordt dat er een kostendekkend tarief moet komen? Waarom komt de Nederlandse Zorgautoriteit niet met een kostendekkend tarief? Waarom pleiten wij daar nu niet voor? Waarom moet er weer een tussenfase komen waarin de kortingen en bonussen blijven bestaan en waarbij ook, en daar mag u ook op ingaan wat mij betreft, ongelijkheid wordt geïntroduceerd door de verschillen in tarieven die gaan ontstaan? Die 10% onderhandelingsruimte leidt tot kwaliteitsverschil.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik zie het zo dat het tarief dat er nu ligt, een kostendekkend tarief moet zijn, met daarbovenop de kwaliteitsmodules.

Voorzitter. Wij staan op een breekpunt en er kunnen nu twee scenario's ontstaan: of de partijen blijven tegenover elkaar staan en blijven vechten, of de partijen gaan samenwerken. De CDA-fractie gaat ervan uit dat wij voor het komende jaar alle zeilen bij moeten zetten om ervoor te zorgen dat mensen gaan samenwerken vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en gaan werken aan het toekomstbeeld waar wij allen heen willen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Dit is een dossier waarin het nodige gebeurt; wij hoeven ons er in ieder geval niet mee te vervelen. Het is ook een dossier waar, ik doe het nu een paar maanden, men nog steeds kan spreken van redelijk verziende verhoudingen. Alles wordt op scherp gezet; er zit natuurlijk heel veel historie achter en dat komt terug in allerlei zaken. Het is wel eens tijd om daar uit te komen, want wij moeten hiermee toch verder.

Over het preferentiebeleid en met name het transitieakkoord is nog steeds wat onduidelijkheid. Er was een akkoord, toen stapte de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin) eruit. Nu hangt het een beetje boven de markt of er nu wel een akkoord is of niet en wie er zich aangehouden voelt. De VVD is daar helder in: er was een akkoord en als een partij uit een akkoord stapt, is er geen akkoord meer. Het is voor de helderheid belangrijk om te zeggen waar wij nu precies staan, want anders gaat de ene partij x roepen en de andere y.

Het preferentiebeleid is er gekomen en is succesvol: er is een enorme daling van generieke geneesmiddelenprijzen. Het staat echter wel onder druk. Naar de mening van de VVD is het nog wel een tijdje nodig: er komen nog andere geneesmiddelen uit patent en er zijn nog steeds bonussen in de markt. Wat ons betreft, moeten die eruit. Het leidt tot situaties waar de patiënt soms de dupe van is. Er zijn apothekers, wij hebben hier brieven over gekregen, die samen met een huisarts contracten weigeren. Dat kan natuurlijk niet. Er zijn situaties waarbij apothekers geneesmiddelen verstrekken, niet zijnde het preferente middel, waarvan zij zouden moeten weten dat de patiënt bij zijn verzekeringsmaatschappij geen vergoeding gaat krijgen. Er kan een conflict zijn tussen een apotheker en een zorgverzekeraar, dat is dan een zakelijk conflict, maar de patiënt hoort daar niet de dupe van te zijn. Daarom stelt de VVD voor om hier te regelen dat er een wettelijke plicht komt op het leveren van verzekerde zorg. Het kan niet zo zijn dat men medicijnen verstrekt die niet verzekerd zijn. Ik wil hier graag een reactie op van de minister.

Over het NZa-rapport over de bonussen is een hoop te doen geweest. Ik denk dat het gerechtvaardigd is dat zowel de apothekers als hun woordvoerder, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), enigszins kwaad zijn geworden. Men kan namelijk bij de extrapolaties naar 2007 en 2008 enige vraagtekens zetten. Wat over-eind blijft, is dat er nog steeds bonussen zijn. Ik herhaal mijzelf maar: die moeten eruit. Waar gaan wij dan naar toe met zijn allen? Wat de VVD betreft, gaan wij toe naar een situatie waarin wij te maken hebben met een gemoduleerd systeem, zoals dat ook per 1 juli 2008 mogelijk is gemaakt, waarbij wij een heel laag basistarief moeten hebben waardoor het gebouw van de apotheker en de broodnodige dingen worden gefinancierd. Heel veel dingen die nu in het basistarief zitten, kunnen er wat ons betreft uit. Die dingen moeten gemoduleerd worden toegekend en uitonderhandeld worden door zorgverzekeraar en apotheker. In die onderhandelingen worden verschillende zaken geregeld, bijvoorbeeld het bezorgen van geneesmiddelen. Welke apotheker doet dat in een stad of streek en tegen welk tarief? Als men het basistarief te hoog maakt, dat is ons commentaar op wat de NZa doet met de tarifiering, wat is dan de incentive, de prikkel, om extra kwaliteit te bieden en om dat inzichtelijk te maken? De NZa constateert terecht dat er op dit moment onvoldoende gegevens zijn over kwaliteitsverschillen. Dat krijgt men natuurlijk niet inzichtelijk door een hoog basistarief te berekenen. Ik zeg wel dat, waar de

bonussen verdwijnen, een goede tarifiering noodzakelijk is. Het kan niet zo zijn dat wij de bonussen uitknippen en vervolgens niet nadenken over een situatie waarbij apothekers middels de tarifiering een fatsoenlijke bedrijfsvoering moeten kunnen voeren. Dit moet wel in balans met elkaar zijn. De minister heeft ons een lijn gegeven rond de richtlijnen voor het voorschrijfgedrag. In hoofdlijnen steunen wij dat richtlijnen een belangrijk rol moeten spelen in het voorschrijfgedrag van artsen en bij het doelmatigheids criterium. De artsen gaan over de medische noodzaak, maar moeten meer dan nu de doelmatigheid meenemen. Wij onderschrijven ook de conclusie van de NZa dat invoering van het nieuwe systeem per 1 januari 2010 te vroeg is. Wij vinden overigens dat wij daar nog eens nader met de minister over moeten spreken. De brief hierover is op 4 december 2008 binnengekomen en ik moet zeggen dat ik, met een onderwijsbegroting daarbij, niet veel verder ben gekomen dan de samenvatting. Het is belangrijk dat wij daar goed over spreken naar aanleiding van een reactie van het kabinet. Wij moeten ervoor zorgen dat de richtlijnen op een goede manier zijn vormgegeven. Wij kennen de voorbeelden van de gevallen waarin men duurdere medicijnen moet nemen, terwijl daar medisch gesproken geen noodzaak toe is. Een arts kan zich dan wel beroepen op de richtlijnen, maar dan gaat het nog steeds verkeerd. Wij vinden het een goede zaak om het onafhankelijk toetsen van richtlijnen in te stellen zoals de minister aangeeft.

Het is goed om te zien dat de vrije prijsvorming door de NZa wordt gezien als een stap voorwaarts, maar wel met de nodige randvoorwaarden. De komende tijd moeten wij gaan praten over de randvoorwaarden die nodig zijn om te komen tot die vrije prijsvorming en hoe wij komen tot een systeem waarbij wij een goede tarifiering hebben voor apothekers en daarmee de bonussen uit de markt kunnen prijen. De focus moet zich richten op een eindoplossing en minder op een situatie waarbij wij in de problemen blijven zitten. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat wij het preferentiebeleid de komende tijd overeind houden. Ik heb het bij de begroting al aangegeven: om dat te doen, moet het zo zijn dat de verzekeraar die een preferentiebeleid voert ook het voordeel daarvan krijgt en dat de verzekerde bij die verzekeraar ook het voordeel ziet in de premie. Als wij dat niet voor elkaar breien, zal het preferentiebeleid naar onze mening in elkaar vallen. Wij hebben dat juist de komende jaren nog nodig om te zorgen dat die prijzen en bonussen blijven dalen.

De heer **Van Gerven** (SP): In uw pleidooi stelt u voor om de basistarieven, de beloning van de apothekers, heel laag te houden. Daarmee introduceert u echter ongelijkheid en verschillen in kwaliteit omdat de rest via modules moet worden aangevuld. Dat betekent dat er verschillen gaan ontstaan. Vindt u dat niet principieel onjuist en moeten wij er niet voor kiezen om de basiszorg van de apothekers in heel Nederland gelijk te laten zijn en in gelijke mate aan te bieden?

De heer **Zijlstra** (VVD): Nee. Neem de regio Den Haag, daar zijn heel veel apotheken. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om de bezorging van geneesmiddelen uit te zetten in de regio Den Haag en dat aan één apotheek te geven. Dat kan een prima oplossing zijn: het is zo weg te zetten en daarmee komt de verlening van de zorg aan de patiënt niet in het gedrang. Een verzekeraar kan ook zeggen dat elke apotheek dat kan doen. De ene keer zit dat dan wel in het tarief en de andere keer niet. Daarmee ontstaan verschillen maar is de kwaliteit van de zorg nog steeds gewaarborgd.

De heer **Van Gerven** (SP): U wilt de distributie en de bezorging van medicijnen loskoppelen van de individuele apotheker, terwijl het juist heel erg belangrijk is dat de apotheekzorg om de hoek wordt geleverd in samenspraak met de huisarts. Dat systeem helpt u met uw plannen om zeep.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik help helemaal niets om zeep; ik schep mogelijkheden. Het lijkt mij buitengewoon verstandig de zorg niet zo breed mogelijk in het basispakket te doen, want dan is elke prikkel weg om iets extra's of speciaals te doen. Het systeem moet er juist op worden ingericht om te prikkelen: dus een lage basisvergoeding en een vergoeding per extra geboden dienst. Dan is er een incentive voor de apotheker om extra dingen te doen en voor de zorgverzekeraar om innovatieve zorg neer te zetten met een hoge kwaliteit.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Deelt u niet de mening dat het basistarief voldoende zou moeten zijn voor de basisfarmaceutische zorg en dat wij het erover eens moeten worden wat wij mogen verwachten van de basisfarmaceutische zorg in een apotheek? Daar komen dan de modules bovenop.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dan krijgen wij meteen de grote discussie: wat is basiszorg in de apotheek? Ik heb de indruk dat daar op dit moment alles onder valt. Dat is ook terecht een frustratie die leeft in het veld, want als er gesproken wordt over iets extra's, wordt er meteen gezegd dat dit een onderdeel van de basiszorg is. Daarmee slaat men elke discussie over kwaliteit en differentiatie meteen weg. Wat ons betreft, moet het basistarief ervoor zorgen dat een apotheek feitelijk en beschikbaar is. Wat er vervolgens aan diensten geboden wordt rond geneesmiddelenverstrekking enzovoorts, kan prima in modules gedaan worden. Heel veel van die modules zullen bij heel veel apotheken noodzakelijk zijn, maar bij sommige ook weer niet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik zeg niets nieuws als ik zeg dat de ontwikkelingen in de farmacie zich in sneltreinvaart voltrekken. De vele apothekers die ik spreek, hebben het gevoel dat zij het ontzettend om hun oren krijgen en bij een aantal lijkt het wel of de grond onder hun voeten wordt weggeslagen. Ik kan mij daar heel veel bij voorstellen, zeker bij de apothekers, en dat zijn er gelukkig nogal wat, die zich echt bezighouden met de kwaliteit van de zorg. Het lijkt nu net alsof het in dit debat alleen maar over geld gaat. Laat ik vooropstellen dat de PvdA het zeer eens is met de minister dat er beloond moet worden voor zorg en dat dit fatsoenlijk gedaan moet worden. Het is goed dat die langetermijnvisie er ligt. Dit betekent wel dat wij in een overgangssituatie zitten omdat er nu beloond wordt op basis van distributie. Die overgang vraagt tijd en vraagt ook van alle partijen beheerst gedrag.

Nu naar de korte termijn: velen in de farmaceutische wereld zijn geraakt door het NZa-rapport. Wij zijn blij dat het NZa-rapport er ligt, daar hebben wij ook om gevraagd, en dat er nu inzicht is in de kortingen en bonussen. Ik maak de complimenten aan de NZa voor de snelheid waarmee zij dit rapport geleverd heeft. Wij constateren dat het preferentiebeleid geleid heeft tot een aanmerkelijke opschoning van kortingen en bonussen, maar het rapport toont ook aan dat die financiële ruimte voor die opschoning meer dan aanwezig was. Naar aanleiding van het NZa-rapport is vervolgens het tarief aan de orde geweest en het NZa heeft vorige week een nieuw, flexibel tarief voor apothekers vastgesteld. In alle eerlijkheid moet ik zeggen dat dit tarief in onze ogen meer dan kostendekkend is. Ik ga niet in op de techniek; wij hebben daar gisteren vragen over gesteld en ik hoop dat het mogelijk is om die begin volgende week beantwoord te krijgen. Als wij kijken naar die cijfers, dan blijkt dat er volgend jaar een kostenstijging is van 80 mln. voor de apothekers, die dan nog die kortingen mogen behouden en daarop nog een vangnet krijgen van zo'n € 110 000 per jaar. Om het maar even in begrijpelijke termen te zeggen: dat betekent € 5 premie per Nederlander. Het tarief van die € 6,65 dat is al een aantal keren aangegeven, zou kostendekkend moeten zijn en wij vragen ons werkelijk af waarom dat tarief zo hoog moet zijn. Wij vinden

dat de onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars uit moeten kunnen gaan van een redelijk tarief, waarbij in die onderhandelingen bekeken moet worden wat dat tarief moet zijn. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en als het gaat om apothekers die buiten hun schuld in de problemen komen dan moeten die ontzien worden, wij hebben daarvoor al eerder een pleidooi gehouden. Het is dan aan de zorgverzekeraars om in de onderhandelingen en op basis van de zorgplicht te kijken hoe zij dat financieel mogelijk moeten maken. Zorgverzekeraars hebben een extra verantwoordelijkheid om heel zorgvuldig in de onderhandelingen met de apothekers om te gaan. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat de zorgverzekeraars soms wel erg gemakkelijk omgaan met de gevoelens van de apothekers en dat niet bij alle zorgverzekeraars in dezelfde mate farmaceutische kennis aanwezig is. Iets dat voor ons niet aan de orde is, is dat een generieke vergoeding niet kan. Wij denken dat er maatwerk geleverd moet worden en voor alle duidelijkheid: wij willen niet twee keer voor de goodwill betalen. De onderhandelingen zijn voor apothekers uitermate lastig; een individuele apotheker kan nauwelijks tegenspel bieden aan een zorgverzekeraar. Ik doe een beroep op de minister om te kijken of bij de bagatelregelingen toch niet meer kan, het CDA heeft dat ook aangegeven. Kunnen de apothekers zich krachtiger organiseren? Ik denk dat dit belangrijk en nodig is.

De heer **Van Gerven** (SP): Vindt de PvdA dat de kortingen en bonussen, de erfenis van staatssecretaris Simons, moeten verdwijnen en dat er een kostendekkende receptregelvergoeding moet komen of een abonnementsysteem?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Die kortingen en bonussen moeten zo snel mogelijk uit het systeem. Iedereen heeft er last van en het hindert elke discussie, dus daarover geen misverstand. Wij willen toe naar een kostendekkend tarief op basis van zorgprestaties, iets dat ook in het NZa-advies aan de orde is. Ik denk dat wij zeer op één toer zitten.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan begrijp ik het niet. U zegt in uw eerdere betoog dat de nieuwe tariefvoorstellen van de receptregelvergoeding te hoog zijn, maar die zijn niet kostendekkend. Daar moeten dus nog bonussen en kortingen bij om het kostendekkend te maken. Uw verhaal is inconsistent: de PvdA is voor een kostendekkende receptregelvergoeding en zegt dat de kortingen en bonussen weg moeten, maar uw voorstel leidt tot hoge tarieven. Die moeten weer omlaag en dan bent u dus toch weer voor kortingen en bonussen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als je alles in de tijd op één punt schuift, heeft de heer Van Gerven gelijk. Ik heb net aangegeven dat wij in een overgangssituatie zitten; dat er nu nog op basis van distributie beloond wordt en dat wij graag naar de situatie toe willen dat er beloond wordt op zorgprestatie. De tarieven die nu zijn vastgesteld, die geadviseerd worden door de NZa, zijn nog gebaseerd op de oude systematiek. In de nieuwe systematiek, uitgaande van het advies van de NZa waarin op zorgprestatie beloond wordt, zijn naar ons idee de kortingen en de bonussen niet meer nodig en dan wordt er een kostendekkend tarief betaald.

Voorzitter. Ik vraag aan de minister om eens heel kritisch te gaan kijken hoe die onderhandelingen volgend jaar verlopen, zeker gelet op het feit dat het nu al december is. Wij stellen het op prijs, als reactie op hoe partijen nu toch met een grote mate van wantrouwen tegen elkaar aankijken, als de NZa die onderhandelingen strak kan monitoren zodat er meer zicht komt op wat er gebeurt.

Het preferentiebeleid heeft goed gewerkt. Wij vinden dat het vooralsnog gehandhaafd moet blijven en dat verzekeraars voor hun preferentiebeleid

beloond moeten worden. Wij willen graag weten of dat misschien mogelijk is via een aanpassing van het vereveningssysteem. Mijn collega Zijlstra heeft er al op gewezen hoe bepaalde apothekers en huisartsen op dit moment omgaan met verzekeren en wij keuren dat in dezelfde mate als de VVD af. Wij vragen de minister om de NZa daar nog eens goed naar te laten kijken. Ook wij voelen er voor om dat preferentiebeleid tot een verzekerd recht te maken. Wellicht kan dat in de nieuwe consumentenwet geregeld worden.

Het NZa-rapport heb ik dit weekend gekregen dus het is nauwelijks mogelijk daarop te reageren. Wat de richtlijnen betreft, maken wij ons wel wat zorgen; naar ons idee is het op dit moment niet mogelijk om over te gaan op richtlijnen als leidraad voor opname in het pakket. Wij willen daar graag een discussie over hebben op basis van het NZa-rapport en wellicht ook op basis van de reactie die wij nog krijgen op het regieorgaan. Wij gaan ervan uit dat de huidige systematiek voor opname in pakketten gehandhaafd wordt, inclusief het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Er ligt nog een motie, mede van mijn hand, over de cholesterolverlagers. Wij zijn bereid de motie zodanig aan te passen dat deze tegemoetkomt aan een aantal juridische punten die in het antwoord van de minister op deze motie zijn genoemd. De richtlijnen zijn op dit moment niet echt uitvoerbaar. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat bij het cardiovasculair risicomanagement de richtlijnen maar door 36% van de huisartsen en 63% van de specialisten worden opgevolgd. Dat is voor zorgverzekeraars ontzettend lastig te controleren. Ik doe een beroep op de minister om, als wij met aangepaste motie komen, die alsnog uit te voeren.

De heer **Zijlstra** (VVD): U wilt het geneesmiddelenvergoedingssysteem handhaven. Sinds 1999 hebben wij dat niet meer geïndexeerd. Wij zijn het beide eens over het feit dat het preferentiebeleid succesvol is; dat heeft nogal wat effecten op prijzen. Bent u het met de VVD eens, als wij het over het GVS hebben, dat wij opnieuw moeten indexeren omdat de werkelijkheid een heel andere geworden is?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben blij met deze aanvullende vraag. Vanwege de tijd heb ik mijn pleidooi voor de actualisering van het GVS achterwege gelaten. Ik onderstreep wat de heer Zijlstra op dat punt aangeeft.

Voorzitter. Wij willen graag opening van het rapport over Stratterra dat voor een gedeelte niet openbaar is. Er bestaat veel onrust over wat er in dat niet openbare gedeelte van het rapport zou staan. Ik doe nogmaals een klemmend beroep op de minister om dat volledige rapport zo snel mogelijk vrij te geven. Wij denken dat dit onnodige onrust voorkomt en zien ook niet waarom dat niet zou kunnen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Het geneesmiddelen dossier is net als vele zorgdossiers een taai dossier. Als nieuwkomer in dit veld is het worstelen door de hoeveelheid stukken en was ik verheugd over een recente analyse van het Centraal Planbureau (CPB) van november 2008 die zeer behulpzaam was. Het CPB analyseert daarin het preferentiebeleid en de prijsvorming van geneesmiddelen. Daaruit wordt duidelijk dat de geneesmiddelenmarkt een markt is waar sprake is van heel veel marktfalen, omdat die markt niet goed werkt. Dit komt omdat er sprake is van enorme verschillen in macht en onderhandelingspositie tussen de verschillende marktpartijen. De langetermijnvisie van de minister over het geneesmiddelenbeleid beoogt dat ook aan te pakken, maar gaat naar mijn smaak te veel voorbij aan die verschillen.

Ik wil mij in hoofdlijnen concentreren op twee zaken: het preferentiebeleid aan de ene kant en de apothekerstarieven en de vrije prijsvorming die in het verschieft ligt aan de andere kant. Het preferentiebeleid is heel succes-

vol geweest, dat blijkt uit de cijfers van het NZa en uit de CPB-analyse. Wij zijn er blij mee dat dit tot een drastische daling van de prijs van de generieke geneesmiddelen heeft geleid en tot een drastische vermindering van de bonussen aan apothekers. Een lichte kanttekening is daarbij wel op zijn plaats, die heeft de heer Van Gerven uitgebreid gemaakt, namelijk dat het preferentiebeleid voor sommige apothekers, zeker voor jonge en innovatieve, risico's heeft. Daar moeten wij oog voor hebben; het preferentiebeleid moet er niet toe leiden dat apothekers het bestaan onmogelijk wordt gemaakt en zeker niet de apothekers die wij willen ondersteunen omdat zij innovatief zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben een krachtig pleidooi rond het zomerreces gehouden dat moet worden voorkomen dat apothekers buiten hun schuld in de problemen raken. Ik heb net aangegeven dat ik vind dat zorgverzekeraars daar een extra plicht hebben, gelet op het feit dat zij een zorgplicht hebben en de onderhandelingen doen. Hoe denkt u daarover?

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik zie daar een taak voor de zorgverzekeraars, maar ik begrijp dat het NZa in 2009 een soort terugvaloptie ontwikkelt op basis van een aantal criteria en een regeling waardoor er iets gedaan kan worden als apothekers in de problemen komen, vooruitlopend op die terugvaloptie. Ik ben blij met die combinatie van de zorgverzekeraars en de NZa die hier een terugvaloptie biedt.

Voorzitter. GroenLinks is het zeer eens met de collega's van de PvdA en de VVD dat het preferentiebeleid doorgezet moet worden. Dat is tot nu toe het enige succesvolle middel gebleken om de hoge kosten van medicijnen en de bonussen aan te pakken. In onze visie betekent het dat wij de vergoeding aan verzekerden op basis van die richtlijnen zullen moeten uitstellen en dat wij eerst moeten waarborgen dat de doelmatigheid goed verankerd wordt. Dat is nu echt nog een probleem. Als wij daar te snel op overgaan, zal juist het preferentiebeleid onmogelijk worden. Het betekent ook dat wij goed moeten kijken of de prikkels nu wel de juiste kant opgaan en of wij het doorzetten van het individuele preferentiesysteem in het huidige systeem wel mogelijk maken. Ik zie daar problemen die ook al door de collega's van PvdA en VVD genoemd zijn. Een groot probleem is dat apothekers verzekeraars die een preferentiebeleid voeren, kunnen gaan ontwijken en daar geen contracten meer mee afsluiten. Wij hebben inderdaad ook signalen gekregen dat apothekers aan hun klanten melden dat het niet meer zeker is of zij wel een vergoeding voor medicijnen krijgen. Wij vinden dat ontoelaatbaar en ik wil het pleidooi van de heer Zijlstra voor een wettelijke leverplicht van apothekers om de verzekerde zorg te leveren, ondersteunen. Om verder het preferentiebeleid echt succesvol te laten zijn, is het nodig dat de voordelen daarvan kunnen toevloeien aan de verzekerden van de verzekeraars die dat preferentiebeleid voeren. Nu lift eigenlijk iedereen mee op de positieve resultaten die die verzekeraars weten te boeken. Wij vinden dat dit naar de verzekerden moet gaan die dan de lasten, maar ook de lusten van het preferentiebeleid dragen. Ik verwacht dat de baten van het preferentiebeleid in de toekomst relatief beperkt zullen zijn. Als men kijkt wat er in het totaal omgaat aan generieke geneesmiddelen dan is dat een relatief beperkt bedrag van de totale medicijnenkosten. Ik heb hier een actueel staatje van Vektis, daarin schat men dat er in 2009 voor 640 mln. aan generieke geneesmiddelen is, op een totaal van 5,3 mld. De grootste kostenpost bij de geneesmiddelen zit toch bij de geneesmiddelen die nog onder patent zitten; daar gaat een kleine 3 mld. in om. Ik vraag mij af, als wij verdere kostendalingen willen bereiken, of wij niet meer actie moeten ondernemen op die geneesmiddelen die nog onder patent zitten. Ik weet dat mevrouw Kroes daarmee bezig is in EU-verband, maar ik ben benieuwd of deze minister zelf mogelijkheden ziet om daar in de toekomst meer aan te doen. Als wij meer

winst op doelmatigheid willen maken, zullen wij wellicht meer daar moeten zijn, dan bij de generieke medicijnen. Dit brengt mij op het apotheekhoudende tarief. De NZa heeft een uitgebreid advies geformuleerd. Gezien de korte termijn ben ik niet eens aan de managementsamenvatting toegekomen. Ik ondersteun ook hier het pleidooi om er op een later moment nog eens goed op terug te komen. Wat ik er wel van begrepen heb, is dat de NZa nu zegt dat de vrije prijsvorming uitgesteld zou moeten worden tot 2011. Ik vraag mij af of dat misschien niet nog te vroeg is. Ik ben het eens met het pleidooi van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) om eerst de kwaliteit en de transparantie te stimuleren, voordat wij verder gaan met die vrije prijsvorming. De kwaliteit kan gestimuleerd worden door meer gebruik te maken van het flexibel tarief en de mogelijkheden die dat biedt. Ook ik vind dat het basistarief dat nu door het NZa is vastgesteld vrij hoog is. Wat voor norm willen wij nu eigenlijk voor het inkomen van apothekers stellen? Hier wordt voortdurend mooi gesproken over een kostendekkend tarief, maar bij de vraag wat dat is, is natuurlijk één van de hoofdvragen wat wij een acceptabel inkomen vinden voor apothekers. Als ik kijk wat er voor komend jaar in het verschiet ligt, dan vinden wij een norminkomen van € 103 000 met daarboven op nog een overwinst van € 110 000 kennelijk een acceptabel inkomen. Dan zit men toch op € 213 000 en dat zit in ieder geval een stuk hoger dan de Balkenendenorm. Is niet die Balkenendenorm een mooi streefpunt voor deze sector? Wat mij betreft mag het echt nog wat lager zijn. Om de kwaliteit van het zorgaanbod van apothekers te stimuleren, is het in de ogen van mijn fractie belangrijk om het flexibele deel in het tarief reëel te maken. Dat deel is voor het komend jaar zo laag, dat ik bang ben dat daar nauwelijks verschil mee is te maken. Ook ik hoor graag van de minister een reactie op een lager basistarief en meer mogelijkheden om het flexibel met modules uit te bouwen, zodat er meer garantie geboden kan worden voor een betere kwaliteit van de apothekerszorg.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. De kwaliteit van zorg en het in de hand houden van de kosten van het geneesmiddelenbeleid zijn twee pijlpalen die bij dit dossier horen. De kwaliteit en het in de hand houden van de kosten moeten, zeker voor toekomstige generaties, ten goede komen aan de patiënt. Als ik naar het geneesmiddelenbeleid kijk, zijn er een aantal partijen die hier een belangrijke rol spelen: de zorgverzekeraars, de apothekers, de huisartsen en de farmaceutische industrie. Ik begrijp met betrekking tot de langetermijnvisie van de minister dat hij geen actieve rol wil innemen op de geneesmiddelenmarkt. Wat mij in deze zeer van belang lijkt, is dat deze markt geen vrijmarkt is, maar een gereuleerde markt. Dat betekent dat juist dan de overheid een heel heldere rol moet spelen en niet aan alle touwtjes, maar zeker aan een paar touwtjes heel hard moet trekken. Die touwtjes zijn: de kwaliteit van geneesmiddelen en de kwaliteit van de zorg en de medicijnen. Wij zullen op een later moment verder spreken over dit dossier, maar dat zijn wel de pijlpalen. Er moeten dus scherpe richtlijnen komen waar toezicht op is, net als bij alle andere beroepsgroepen. De richtlijnen moeten niet zo ruim zijn dat alle geneesmiddelen daaronder vallen en dat daarmee een eerlijk tarief voor apothekers onmogelijk wordt gemaakt. De kosten willen wij niet laten toenemen. Wij hebben gezien dat de komende periode de kosten in de zorg enorm zullen stijgen; de aanschaf van onnodig dure medicijnen kost de maatschappij jaarlijks honderden miljoenen. Door het preferentiebeleid blijven de kosten in de hand. Als ik vervolgens kijk hoe ervoor gezorgd wordt dat het preferentiebeleid werkt, dan moeten bepaalde verzekeraars ook een compliment krijgen. Verzekeraars die met de voordelen meelopen, horen daar niet alleen de lusten van te dragen, maar ook de lasten. Kan de minister kijken hoe wij ervoor kunnen zorgen dat verzekeraars die dit voor elkaar hebben gekregen niet

alleen de lasten dragen, maar ook de lusten? Ook het punt dat apothekers wettelijk verplicht worden om verzekerde zorg te leveren, steunt mijn fractie.

Het lijkt erop of het preferentiebeleid innovatie tegenwerkt; dat zouden wij niet moeten willen. Uit een onderzoek door het ministerie van VWS blijkt dat het in de farmaceutische industrie erg moeilijk is om nieuwe producten op de markt te krijgen. Dit komt vooral door ingewikkelde administratieve rompslomp en daardoor vinden nieuwe medicijnen maar mondjesmaat de weg naar de patiënt. Juist de innovatie zorgt ervoor dat de kosten in de hand worden gehouden. Ik wil niet dat wij straks zo aan de andere kant zitten met het preferentiebeleid, dan wel ander beleid, dat innovatie de nek omgedraaid wordt. Het zou juist een evenwicht moeten zijn zodat wij niet alleen de kosten beperken, maar ook bijvoorbeeld dé medicijn voor kanker ontdekken. Ik heb vandaag nog gelezen dat de grootste doodsoorzaak in 2010 kanker zal zijn. Daar is werk aan de winkel en ik vraag de minister om met de farmaceutische industrie te spreken, ik neem aan dat hij dat ook regelmatig doet, hoe men aan de ene kant met preferentie- dan wel ander beleid de kosten in de hand houdt als het gaat om het geneesmiddelenbeleid en aan de andere kant de farmaceutische industrie de ruimte blijft geven om te innoveren.

Ik zal niet alle apothekers over een kam scheren. Ik heb een bijzonder gevoel als het gaat om de jonge apothekers en ik vind dat zij veel flexibeler en reëler staan tegenover wijzigingen in het beleid. Als ik de jonge apothekers hoor, is er een reële angst die weggenomen dient te worden. Zeker voor de nieuwstartende apothekers, niet degene die in loondienst zijn, moet er aandacht zijn. De kortingen zijn door bepaalde apothekers in de zorg gestoken: er zijn gezondheidscentra opgericht, zij verlenen diensten aan patiënten op basis van kwaliteit en ouderen worden geholpen als zij een doos aan medicijnen nodig hebben. Dat zorgt er ook voor dat de kosten in de hand worden gehouden. De kwaliteit van de zorg om medicijngebruik heen moet in stand blijven. Als collega's hier zeggen dat zij een transparant tarief willen, kan ik dat alleen maar toejuichen. Men moet dit dan wel goed in kaart brengen, zodat wij precies weten hoe het is opgesteld en dat wij daarboven ook de kwaliteit kunnen doen zodat apothekers niet alleen maar medicijnen afleveren, maar die kwaliteit van zorg kunnen geven. Misschien kan de minister met de Voedsel- en Warenautoriteit (VWA) in gesprek.

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik zeg het mevrouw Sap graag na: dit is een weerbarstig en ingewikkeld dossier en vooral boeiend omdat er zo veel gerechtvaardigde belangen mee gemoeid zijn: belangen van patiënten, apothekers en natuurlijk ook van verzekeraars en premiebetalers. 2008 is een, de heer Zijlstra constateerde dat terecht, wel zeer bewogen jaar geweest voor de farmacie. De heer Van der Veen stond daar ook bij stil en heeft tot die beweging ook af en toe aanleiding gegeven, op een terechte manier overigens, blijkt uit de laatste rapportage van NZa rond de kortingen en bonussen. Het is niet voor niets dat dit bewogen jaar er is want wij gaan toe naar een situatie, dat is ook de strekking van de betogen van veel van de leden, dat wij af moeten van het transitieakkoord en de akkoorden die daaraan vooraf gingen en toe moeten naar een meer stabiele situatie. Die omslag, die transitie, brengt de nodige herpositionering met zich mee van verzekeraars en apothekers. Echter ook voor de rol van de overheid, zeg ik in de richting van mevrouw Koşer Kaya, want ook die moeten wij herdefiniëren met als belangrijkste uitgangspunten: de zorg, de toegankelijkheid en de beheersing van de kosten. Het is noodzakelijk om dat voortdurend voor ogen te houden.

Ik maak graag van de gelegenheid gebruik om terug te blikken en in die terugblik de vragen te beantwoorden. Twee punten staan daarbij centraal:

de langetermijnvisie op het extramurale geneesmiddelenbeleid en de bekostiging van de apotheek, en het voorschrijven en de vergoedingen. Vervolgens komt ook de korte termijnvisie van de NZa aan bod als het gaat over tariefstelling. In januari van dit jaar heb ik de langetermijnvisie aangeboden, waarna wij op 2 april van gedachten hebben gewisseld. Tijdens dat debat lag de nadruk op het apothekersdossier en in het bijzonder op de problematiek van de kortingen en bonussen van de apotheekhoudenden. In februari en maart heb ik samen met de partijen een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om versneld een eind te maken aan de bestaande problematiek van kortingen en bonussen. Een problematiek die overigens ook geïllustreerd wordt door de opmerking van de heer Van Gerven die zei dat ook bij een kostendekkend tarief een deel van die kortingen en bonussen nog noodzakelijk is, terwijl wij daar eigenlijk van af willen. Wij willen het omzetten van de distributie- naar de zorginhoudelijke kant, zoals de heer Van der Veen zojuist zei. Dat is de basis waarop wij de transitie moeten invullen.

Kort na dat debat over de verkenningen om van de kortingen en bonussen af te komen, heb ik de NZa verzocht onderzoek te doen naar de inkoopvoordelen en de praktijkkosten van apotheekhoudenden. Dit werd mede geïnitieerd door de heer Van der Veen en met in achtneming van de debatten die wij in 2007 al hadden gevoerd. Niet lang daarna werd duidelijk dat de inkoopvoordelen van de apothekers onder druk kwamen te staan als gevolg van de uitbreiding van het preferentiebeleid van enkele zorgverzekeraars. Vooral de vormgeving van dat beleid, waarbij soms slechts één middel preferent werd, zorgde voor ongekend lage prijzen. Zo laag dat zelfs gevreesd werd voor de continuïteit van de distributie van de middelen. Over de mogelijke gevolgen voor individuele apotheekhoudenden spraken wij op 3 juli 2008 tijdens een algemeen overleg. Ik heb daarbij aangegeven dat naar mijn mening apothekers nog steeds over voldoende inkomsten beschikten voor een kostendekkende praktijk en dat de apothekers die desondanks toch in grote problemen dreigen te komen naar de zorgverzekeraars zouden kunnen gaan, dan wel naar de NZa. Het was de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven dat de «clawback» tijdelijk geschorst moest worden, die even voor rust en een adempauze in de sector zorgde. Dat die rust zich uitkristalliseerde, bleek uit de zeer beperkte signalen die wij kregen van apothekers die daadwerkelijk in financiële nood dreigden te raken. De rust begon weer over te gaan toen de NZa begin november de resultaten van het onderzoek over de inkoopvoordelen en de praktijkkosten bekend maakte. Uit dat onderzoek bleek dat apotheken en apotheekhoudende huisartsen in 2007 zo'n 780 mln. aan kortingen en bonussen ontvingen en dat de standaard-apotheek na aftrek van de praktijkkosten en de «clawback» € 186 000 aan kortingen en bonussen overhield náást het vaste inkomen. Wel bleek ook uit de rapportage van het NZa dat de inkoopvoordelen als gevolg van het preferentiebeleid in 2008 zouden dalen naar 570 mln., dat is een vermindering van 780 mln. naar 570, en in 2009 naar circa 500 mln. Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat de praktijkkosten in de afgelopen jaren zijn gestegen. Die twee ontwikkelingen samen maken dat de overwinst, zoals leden en de NZa dat noemden, van de apotheker bij ongewijzigd beleid daalt van € 186 000 in 2007 naar € 34 000 in 2009. Bij de doorrekening voor 2008 kwam verder het beeld naar voren dat de schorsing van de clawbackkorting door de voorzieningenrechter niet nodig was geweest. Daar hebben wij tijdens de begrotingsbehandeling over gesproken. Er is van de kant van de commissie gevraagd om die «clawback» te herstellen met terugwerkende kracht naar 2008. Zelfs met behoud van de clawback in de tweede helft van 2008 behaalt de gemiddelde apotheek een overwinst boven het norminkomen van ongeveer € 83 000. Veel partijen hebben zowel intern bij de NZa als extern via de media, hun ongenoegen over het onderzoek kenbaar gemaakt en in het bijzonder over de inschatting die de NZa moest maken over de effecten

van het preferentiebeleid. Op die ongenoegens kom ik zo nog terug. Het sluitstuk van dit zeer bewogen jaar vormt het besluit van de raad van bestuur van de NZa van 3 december jongstleden om een gemiddeld tarief van € 7,27 in combinatie met een clawback van 6,82% vast te stellen met daarbij een vrij onderhandelbare bandbreedte. Ik teken daarbij aan dat binnen die bandbreedte van € 7,27 tot € 7,92 onderhandeld kan worden met een maximum met betrekking tot de receptregel, maar dat die € 7,27 een tarief is waar men ook onder kan gaan zitten, als men daar in de onderhandelingen op uitkomt. Het is dus een richtprijs en geen dictaat dat het een minimumbedrag zou moeten zijn. Als er gesproken wordt over onderhandelbare ruimte is dat niet alleen in de richting van die € 7,92 naar boven, maar kan dat ook naar beneden iets betekenen. Die bandbreedte houdt in dat apotheehoudenden en zorgverzekeraars kunnen afwijken van het tarief als daarover een contract wordt gesloten. Met de overeenkomst mag per afgeleverd recept ten hoogste € 7,92 worden overeengekomen. Dat is op zichzelf een belangrijke doorbraak en een belangrijke opstap naar meer flexibiliteit in de tarieven en meer mogelijkheden om afspraken te maken over de farmaceutische zorgtaken. Die flexibilisering past ook bij een structuur van de tarieven waarmee wij dit jaar werken en die meer mogelijkheden geeft om per module afspraken te maken.

In het verlengde daarvan ligt de verdere ontwikkeling, daar gaat de NZa nu ook naar kijken, van de toekomstige verhouding tussen verzekeraar en apotheehoudende om de kwaliteit van de zorg. Mevrouw Schermers gaf daar een aantal goede voorbeelden van: het bewaken van de medicatie, huisbezoek aan mensen die uit het ziekenhuis komen en vijf medicijnen hebben voorgeschreven gekregen, letten op de interactie en medicatietrouw. Dat zijn echt kwalitatieve meerwaarden die van de kant, en ik wil dat graag onderstrepen, van jonge apothekers vaak geboden worden en die dienen gehonoreerd te worden. Dat is het belangrijkste doel van de transitie. De heer Van Gerven sprak daarover in termen van de apotheker als koopman, maar wij kunnen ook zeggen dat wij van een apotheker die alleen maar recepten uitgeeft en daar vervolgens voldoende inkomen aan ontleent, toegaan naar een situatie waarin kwaliteit beloond en gehonoreerd dient te worden. Dat vergt onderhandelingen tussen de partijen die daarmee gemoeid zijn. De flexibiliteit in de tariefstructuur en in de mogelijkheden om prijsafspraken te maken, is van buitengewoon groot belang in de toekomstige verhoudingen die wij willen.

Wat wij niet willen, en dan sluit ik aan bij de terminologie gebezigd door de heer Van der Veen, is dat apothekers worden beloond op basis van distributie en verstrekking. Wij willen toe naar een betaling op basis van dienstverlening en toegevoegde waarde. Een flexibel apothekerstarief geeft apothekers en zorgverzekeraars de mogelijkheid om binnen grenzen te onderhandelen over de prijzen en de kwaliteit van de farmaceutische zorg. Apothekers zullen een contract met de zorgverzekeraars willen sluiten om een hoger tarief te ontvangen voor aanvullende farmaceutische diensten. Omdat het tarief een maximumtarief is, geeft dit tegelijkertijd een prikkel aan de zorgverzekeraar om via onderhandelingen tot een lager tarief te komen per uitgeschreven recept. Uiteindelijk moet dat variabele tarief leiden tot een betere kwaliteitsverhouding in relatie tot de prijs. De NZa zal in 2009 monitoren of partijen hun rol oppakken en of er sprake is van evenwichtige marktverhoudingen. Daarbij zal de bagatelbepaling, waar ik nog op terugkom, een rol spelen, want voor goede marktverhoudingen zijn ook evenwichtige relaties en machtsbalans nodig.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik wil in dat kader toch ook even kijken naar de patiënt. Preferentiebeleid zal er toe leiden dat er voortdurend nieuwe doosjes voorgelegd worden en nieuwe informatie gegeven moet worden. Hoe zorgen wij ervoor dat de patiënt zo min mogelijk last ondervindt van de andere kant van het preferentiebeleid?

Minister **Klink**: Ik zal het al te bekende wellicht nog maar eens benoemen; het preferentiebeleid gaat wel over dezelfde werkzame stof. Het gaat niet om therapeutische preferentie in die zin dat men verschillende middelen heeft met verschillende werkzame stoffen die hetzelfde therapeutische effect hebben. De voorlichting van de verzekeraars aan de verzekerden dient optimaal te zijn, dat hebben wij van meet af aan benadrukt. Ik heb een aantal brieven van verzekeraars aan hun verzekerden gezien die ik, en velen met mij, buitengewoon begrijpelijk vonden. Maar u bedoelt kennelijk iets anders.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Als er om de drie maanden een ander doosje voorgelegd wordt aan een patiënt, zal dat niet helpen. Wat voor informatie men ook vooraf geeft. Ik denk dat u met het monitoren van het geheel daar specifiek naar moet kijken.

Minister **Klink**: Die voorlichting is ook buitengewoon belangrijk voor de patiënt en voor de verzekerde: voor de verzekerde zodat hij weet welke polis hij koopt en voor de patiënt in relatie tot de apotheker. De keerzijde van het preferentiebeleid is natuurlijk wel dat gegeven bepaalde tijdvakken die met het preferentiebeleid gemoeid zijn, naderhand een ander merk ingekocht kan worden met diezelfde werkzame stof. Dat kan tot verwarring leiden, dat realiseer ik mij ook, en dat leidt ook af en toe tot verwarring. Dat vergt een goede inbedding en voorlichting. Het is een schaduwzijde c.q. keerzijde van het preferentiebeleid, maar naar mijn beleven in zekere zin onontkoombaar.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat risico is er, maar wij moeten het ook niet overdrijven. Ik noem altijd maar het preferentiebeleid dat vanzelf tot stand is gekomen, namelijk de werkzame stof paracetamol waarbij het de gemiddelde Nederlander geen donder uitmaakt of hij nou naar het Kruidvat, de Etos of naar wat dan ook gaat. Ja, er zijn risico's, daar moeten wij op wijzen en over voorlichten, maar vindt de minister ook dat wij het niet overdrijven, gezien de praktijkvoorbeelden waar het vanzelf tot stand is gekomen?

Minister **Klink**: Er zijn twee redenen om te zeggen dat wij het niet moeten overdrijven. De eerste is de uwe: de werkzame stof paracetamol is inderdaad buitengewoon bekend en de merknamen zijn daar bijna aan ondergeschikt. De tweede is dat apothekers zelf ook vaak gewisseld hebben van merknaam op het moment dat er verschillende kortingen en bonussen met verschillende merken gemoeid waren, terwijl in feite dezelfde werkzame stof werd verschaft. In die zin is wat de verzekeraars nu doen, als ik het een beetje chargeer, het continueren van een praktijk die al langer aan de gang was, maar dan van de kant van de apotheekhoudenden.

De heer **Van Gerven** (SP): De minister vindt ook dat kortingen en bonussen moeten verdwijnen. Wat is dan een kostendekkend tarief? De bandbreedte van de tarieven die de NZa aangeeft, is dat kostendekkend? Ik neem aan dat u dat niet vindt. Als ik het goed beluisterd heb, hebt u de ondergrens van de receptregelvergoeding van € 7,27 losgelaten en mag men daar in de onderhandelingen met de verzekeraars onder gaan zitten. Dat zou een nieuw feit zijn, want dat haalt feitelijk alles weer onderuit.

Minister **Klink**: Het is een maximumtarief met daarbovenop weer een maximum van € 7,92. Ik vind het ook belangrijk dat men daarover kan onderhandelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Maar u bent tegen de bonussen en kortingen. Dan moet u toch met een kostendekkende receptregelvergoeding komen, want anders blijven die kortingen en bonussen toch noodzakelijk voor het

inkomen van de apotheker? Wilt u ook nog ingaan op uw voorstel van een half jaar geleden dat wij de bonussen en kortingen kunnen aanpakken via het gebodsmoedel uit Duitsland, waarbij de netto-inkopen via de verzekeraars lopen zodat die kortingen en bonussen ook weg zijn?

Minister **Klink**: Even voor de feitelijkheden: op dit moment is er voor de receptregelvergoeding ook een maximumtarief en men kan ook daarmee onderhandelen; men kan er onder gaan zitten. Het gebeurt nu niet, maar wij gaan toe naar de situatie waarin het onderhandelen over de prijzen normaal wordt. Dan kunnen wij verschillende modellen kiezen. U kiest kennelijk voor een kostendekkend tarief dat gegarandeerd wordt van overheidswege in de veronderstelling dat kortingen en bonussen dan niet meer voor zullen komen op grond van het feit dat er dan een toereikend inkomen is. Die laatste veronderstelling laat ik graag voor uw rekening, want daar geloof ik eerlijk gezegd niet zo in. Met betrekking tot de receptregelvergoeding gaat het om de hoogte. De dienstverlening van distributie en verstrekking die wij van overheidswege verbinden aan een kostendekkend tarief is één model. Daartegenover zet ik mijn model waarbij het veel meer gaat om de kwaliteit van de zorg. Daarvoor wil ik een tariefstructuur ontwikkelen, de NZa is daar al mee bezig geweest en die zullen wij nader verfijnen. Op basis van de daarin geïncorporeerde modulen zal onderhandeld dienen te worden binnen de randvoorwaarden van kwaliteit en toegankelijkheid en de zorgplicht van de verzekeraar. Dat laatste is overigens ook niet onbelangrijk, want uit die zorgplicht vloeit voort dat in ieder geval de medicijnen beschikbaar dienen te zijn. Daarover zullen wij met elkaar nog moeten nadenken, denk alleen maar aan wat zich rondom de curatieve zorg in de Jsselmeeziekenhuizen aftekent. Wat is de zorgplicht in termen van beschikbaarheid en bereikbaarheid? Om die reden is het ook een transitiepad, maar de richting daarvan moge duidelijk zijn. Ik geef alleen aan dat, als u veronderstelt dat wij met een kostendekkend tarief de kortingen en bonussen van de receptregel kunnen ondervangen, ik denk dat dit niet klopt.

Voorzitter. Het gemiddelde bedrag per receptregel van € 7,27 betekent een verhoging van de € 6,10 die wij nu kennen. De reden voor die stijging is de sterke daling van de inkoopvoordelen waarmee de apotheekhoudenden sinds juli 2008 te maken hebben gekregen. De NZa heeft bij de vaststelling van het tarief rekening gehouden met een zogenaamde veiligheidsmarge. De € 7,27 in combinatie met de clawbackkorting van 6,8% betekent voor de gemiddelde apotheek dat er in 2009 een financiële veiligheidsmarge overblijft van rond de € 110 000 bovenop het norminkomen van de apotheker. Niet iedere apotheker heeft die marge, dat moge duidelijk zijn. Gezien de onzekerheden over de gevolgen van het preferentiebeleid, en trouwens ook de onduidelijkheden omtrent de kredietcrisis, acht de NZa een ruime veiligheidsmarge noodzakelijk om de kwaliteit en continuïteit van de farmaceutische zorg niet onder druk te zetten. Bovendien is de spreiding van de praktijkkosten en inkoopvoordelen van dien aard dat anders het risico zou kunnen ontstaan dat er op te grote schaal apotheekhoudenden omvallen en daarmee de voorzieningsstructuur en de bereikbaarheid onder druk komen te staan, evenals de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Ik zeg bewust op te grote schaal, omdat wij er serieus rekening mee moeten houden dat de komende jaren toch apotheekhoudenden zullen verdwijnen. Dat is voor de betrokkenen tragisch, maar uit bedrijfseconomisch oogpunt niet altijd te vermijden. Er zijn de afgelopen jaren, voor mij is dat eerlijk gezegd wel een kengetal, 200 apotheken bijgekomen. Dit aantal staat niet in verhouding tot de bevolkingsgroei en illustreert dat daar een enorme markt was die vanwege het prijsmechanisme en de ontwikkelingen die mevrouw Sapschetste erg ruimhartig was. Ik onderken overigens ook het ondernemingsrisico dat hiermee gemoeid is. Dat betekent tegelijkertijd dat de transitie die wij doormaken extra risico kan toevoegen voor deze ondernemers. Ik

loop daar niet voor weg, sterker nog het is een richting die wij bewust kiezen, maar ik vind wel dat de bereikbaarheid van de zorg gegarandeerd moet zijn, vandaar de terughoudendheid en de zorgvuldigheid met het transitiepad dat daarmee gemoeid is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wil terugkomen op de veiligheidsmarge. De minister zegt dat die wordt ingebouwd door de NZa, om te voorkomen dat er ongelukken gaan gebeuren en er geen maatwerk geleverd wordt. Nu zegt de minister, in het debat is dat ook eerder aan de orde geweest, dat zorgverzekeraars een heel belangrijke taak hebben in die onderhandelingen. Volgens mij is het van tweeën één: of wij denken dat die onderhandelingen niet goed lopen en dan bouwen wij een hele ruime veiligheidsmarge in of wij zeggen dat de zorgverzekeraars in staat zijn om te onderhandelen en wij monitoren dat. Dan kan die veiligheidsmarge lager zijn omdat ervan uit wordt gegaan dat die zorgverzekeraars in het kader van de zorgplicht ook maatwerk willen leveren.

Minister **Klink**: Daar hebt u een punt. Wij mikken meer en meer op die onderhandelingen tussen verzekeraars en apothekhoudenden. Tegelijkertijd zien wij een dusdanige spreiding dat zelfs met deze reactie op de hoge receptregelvergoeding er toch apothekhoudenden wat betreft hun praktijkkosten onder een marge komen. Wij kunnen zeggen dat een ondernemer daarop kan inspelen, in die veilige marge kan komen en dat daar de eerste verantwoordelijkheid van de betrokkene zelf ligt, maar het niveau is dusdanig vastgesteld dat daaruit het comfort naar voren komt dat het zorgaanbod toereikend is en blijft. Tegelijkertijd vind ik dat wij het niveau moeten garanderen. Het is voor mij een bepalend punt voor volgend jaar, als de NZa opnieuw gaat kijken naar de receptregel en de hoogte van de vergoeding, dat de receptregel in 2009 met enige scherpte verzekeraars en apothekers op elkaar gaat binden, zodanig dat men zich realiseert dat men afhankelijk van elkaar is: de apotheker van de zorgverzekeraar met betrekking tot zijn continuïteit en de hoogte van de tarieven die afgesproken worden en de zorgverzekeraar van de apothekhoudende met zijn zorgplicht. De zorgverzekeraar moet zich ook realiseren dat hij deze instellingen, dienstverleners, nodig heeft om überhaupt aan die zorgplicht te voldoen. Dat luistert inderdaad vrij nauw. Natuurlijk is het mogelijk om te zeggen dat wij de tarieven laag gaan vaststellen en erop mikken dat voor 2009 de onderhandelingen dusdanig zullen zijn, dat alle partijen zich bewust zijn van die maatschappelijke verantwoordelijkheid. Ik denk dat transitie en balans zoeken daar belangrijk is en dat wij geen risico moeten nemen; er zit voor de groothandel een risico aan vast dat er te veel apothekhoudenden failliet gaan en dat de groothandel daar vervolgens problemen mee krijgt. Ik heb mij stellig voorgenomen om in het voorjaar opnieuw te kijken naar hoe die ontwikkeling zich aftekent. Als daaruit blijkt dat dit tarief te veel comfort geeft, kijken wij, wellicht met terugwerkende kracht, naar een aanpassing van die tarieven. Voor mij blijft het van belang, in het licht van die langetermijnvisie en de ontwikkelingen daaromtrent, dat men meer en meer op elkaar gebonden dient te zijn en dat de receptregelvergoeding niet het comfort moet geven van een toereikend inkomen. Uit dien hoofde deel ik echt van binnenuit het urgentiegevoel dat u aan de dag legt tot de vraag of dit tarief wel dusdanig vastgesteld is dat het die comfortzone niet te groot maakt. Laat ik het ruitertlijk zeggen: u hebt hier vaker punten aan de orde gesteld waarvan naderhand bleek dat het grootste gelijk aan uw kant lag, onder andere met de kortingen en bonussen. Wij zijn met elkaar een pad aan het uitstippelen en ik sluit niet uit dat u hier weer een punt hebt. Eén ding is duidelijk; de NZa heeft haar eigen bevoegdheid, die stelt het tarief vast op basis van het feit dat zij marktmeester is. Als minister moet je van goeden huize komen om daarvan af te wijken en ik weet niet of dat nu direct nodig is. Ik ga echter wel in 2009 zeer kritisch met u kijken naar in hoeverre het tarief

dat nu vastgesteld is, een push betekent voor het op elkaar binden van apothekers en verzekeraars. Aan de kant van de verzekeraars dient men zeer doordrongen te zijn van het feit dat de zorgplicht geldt en dat als een tarief te laag is vastgesteld men op basis van de ontwikkelde tariefstructuur en op grond van de zorgplicht over de brug moet komen met maatwerk in de richting van vergoedingen. Het kan dan ook niet zo zijn dat verzekeraars tevreden zeggen dat het tarief betrekkelijk laag is vastgelegd, dat zij de ontwikkelingen volgen en wel zullen zien wat er vervolgens met de apotheekhoudenden gebeurt. Er moet balans en verantwoordelijkheidszin zijn aan de kant van beide partijen.

Voorzitter. De motie van de heer Van der Veen ging, als ik het mij goed herinner, over de gedifferentieerde clawback. In de brief van 4 december jongstleden heb ik aangegeven dat de gedifferentieerde clawback mij aanspreekt voor zover de clawback ook op langere termijn gehanteerd moet worden. Met een dergelijke «clawback» kan immers in beginsel beter worden aangesloten bij de daadwerkelijk gehanteerde kortingspercentages per categorie van geneesmiddelen. Bij de verdere besluitvorming over de langetermijnvisie zal ik nagaan of de «clawback» aan de orde blijft en zo ja, in welke vorm. Ik verwacht hierover medio 2009 uitsluitel te geven.

De KNMP en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben kritiek geleverd op het NZa-rapport, zowel over de gevolgde procedure als de uitkomsten. Allereerst hecht ik eraan op te merken dat het onderzoek naar de praktijkkosten en inkoopvoordelen dit jaar volledig is opgezet overeenkomstig de methodiek die over het vorig jaar is gehanteerd en dat dezelfde onderzoekers het onderzoek hebben uitgevoerd. Destijds hadden alle betrokken partijen zitting in de begeleidingscommissie, maar daar is dit jaar niet voor gekozen vanwege de korte termijn die ermee gemoeid was. Wel heeft de NZa alle partijen in de gelegenheid gesteld over de uitkomsten te discussiëren, eerst in een technisch overleg en naderhand in de zogenaamde adviescommissie. Ik heb begrepen dat de NZa uitgebreid mondeling en schriftelijk heeft gereageerd op de kritiek van de KNMP op het onderzoek. Het rapport van de NZa en de kritiek van de KNMP zullen nog aan de orde komen in de bezwaarprocedure tegen de tariefbeschikking die de KNMP inmiddels heeft aangekondigd. Dat is dus onder de rechter en daarom zal ik daar niet dieper op ingaan. Ik wil wel opmerken dat de NZa in 2009 een aanvullend onderzoek zal doen naar de effecten van het preferentiebeleid op de inkoopvoordelen en daarbij eventuele verdere prijsverlagingen zal meenemen. Zo nodig zal de NZa het tarief dan nogmaals aanpassen. Als wij spreken over het surplus aan kortingen en bonussen dat er nog inzit en tegen de achtergrond waarvan op dit moment de tariefmaatregel van de zijde van de NZa is genomen, dan moet ik wel verdisconteren dat wij niet weten hoe het preferentiebeleid er in de komende jaren uit ziet. Er werd net 80 mln. genoemd die het extra zou kosten met betrekking tot het kader dat wij kennen. Op het moment dat dit verbreed wordt, zal het tot een vermindering van het aantal kortingen en bonussen leiden en dus ook komen tot een prijsdaling en zijn werking hebben op de kaders. Dat kan ook het geval zijn als bijvoorbeeld van de zijde van de Bogin de prijzen van generieke geneesmiddelen zelfstandig worden verlaagd. Ook dat heeft natuurlijk effect op de kaders en de prijs van geneesmiddelen en dat zullen wij ook door de monitoring in 2009 van de NZa laten meenemen, evenals de punten die ik zo-even memoreerde.

Ook over de langetermijnvisie heeft de NZa advies uitgebracht. Ik beschouw dat advies als een ondersteuning. De NZa komt namelijk tot de conclusie dat de vrije apothekerstarieven de belangen van consument en patiënt kunnen dienen. De NZa heeft een risico-inschatting gemaakt van het invoeren van vrije tarieven en geeft aan dat voordat daartoe overgegaan kan worden, een aantal randvoorwaarden vervuld dient te zijn. Die voorwaarden hebben betrekking op de omschrijving van de set van pres-

taties; daarin komen de punten van mevrouw Schermers dus terug. Ik hecht er erg aan dat dit een belangrijke ondergrond wordt voor de onderhandelingen en het tastbaar maken van de kwaliteit. Eén van de modules op basis waarvan onderhandeld kan worden, kan bijvoorbeeld zijn: hoe stellen wij medicijnen ter beschikking? Daarnaast wijst de NZa op de noodzaak om ervaring op te doen met een nieuwe set van prestaties en met de praktische problemen bij de implementatie. Ik voeg er van mijn kant aan toe dat ik de zorgplicht en de bereikbaarheid van medicijnen van groot belang vind, net als de rol die de verzekeraars daarbij hebben. Het moet dus niet alleen een aangelegenheid worden van mij als minister, maar een uit de polissen voortvloeiende plicht van de verzekeraars. Als voldaan is aan die voorwaarden kan de invoering van vrije tarieven volgens de NZa positieve effecten hebben op zowel de consument als de apotheekhoudende en de zorgverzekeraar. Zoals bekend heb ik in mijn visie aangegeven dat wat mij betreft die vrije prijzen per 1 januari 2010 worden gerealiseerd. Ik heb dat niet voor niets gedaan en daarmee duidelijk willen maken, vandaar mijn opmerkingen zo-even over tarieven en de hoogte daarvan, dat zorgverzekeraars en apothekers echt serieus werk moeten maken van de onderhandelingen over de inkoop van geneesmiddelen aan de ene kant en de zorgverlening aan de andere kant. De NZa adviseert mij het pas in 2011 in te voeren. Ik heb daarvan kennis genomen, net als van de reacties van de veldpartijen en ik zal medio 2009 onder andere op basis van de Monitor Farmacie zelf besluiten over de fasering van de koers die mij voor ogen staat. 2009 is daarmee wel een belangrijk en cruciaal overgangsjaar op weg naar nieuwe verhoudingen tussen zorgverzekeraars en apothekers. Niemand kan zich veroorloven om achterover te leunen, vandaar dat ik de datum van 2010 toch nog in de lucht houd. Het beschermen van centraal vastgestelde tarieven zal wegvallen en het komt er echt op aan om de onderhandelingen over de dienstverlening en de kwaliteit van de zorg te gaan starten. Dit overigens wel met in achtneming van de macro-economische en budgettaire kaders waaraan ik als minister van VWS natuurlijk ook gehouden ben. Dat is één van de punten die voortdurend meegenomen wordt met betrekking tot de omslag die wij gaan maken.

Ik wil stil staan bij de ontwikkeling, de naleving en de vergoeding van overeenkomstig richtlijnen. Eén vraag, en die speelt al bij cardiovasculair risicomanagement, is wel heel essentieel: in hoeverre bieden die richtlijnen voldoende aanknopingspunten voor verzekeraars om daadwerkelijk een vinger aan de pols te houden en te bezien in hoeverre de doelmatigheid, die er hopelijk in geïncorporeerd zit, echt van de grond gaat komen? In hoeverre is toch het GVS als achtervang of als hoofdinstrument van betekenis om de kosten in de hand te houden? Er wordt door het veld al jarenlang hard gewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen, maar er is nog vrij veel te doen. In eerdere debatten heb ik aangegeven dat richtlijnen ook voor de overheid van belang zijn omdat daaruit normen te ontwikkelen zijn voor de veiligheid van de zorg, waarop de inspectie vervolgens toeziet. Richtlijnen zijn ook van belang om doelmatigheid te incorporeren zodat de verzekeraar daar uiteindelijk op kan toezien. Wij moeten onderkennen dat de meeste richtlijnen doelmatigheid niet geïncorporeerd hebben en dat daar te weinig aandacht voor bestaan heeft. Dat blijkt ook uit een tweetal quickscans die wij hebben gedaan en een wittevlekkenanalyse die is gemaakt. 10% van de geanalyseerde richtlijnen heeft in voldoende mate aandacht besteed aan kosteneffectiviteit. Uit de quickscan van vijf behandelrichtlijnen met geneesmiddelen volgde dat bij de meeste richtlijnen de rol van economische overwegingen onvoldoende is. Daarom geef ik de regie op richtlijnontwikkeling en -implementatie een impuls met een regieraad waarin onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op het gebied van richtlijnontwikkeling plaats zullen nemen. Hierover krijgt de commissie nog dit jaar, binnen nu en een week, een brief. Ik zal de regieraad vragen concrete, prioritaire doelmatigheidsthema's te

benoemen waaraan de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen aandacht behoeven. De raad zal aandachtspunten formuleren voor zowel het ontwikkelen als voor het implementatieproces en daarbij overleggen met verschillende partijen. Hij krijgt daarbij een regisserende en stimulerende rol om daadwerkelijk die richtlijnontwikkeling te realiseren. De ontwikkeling van een richtlijn is één, twee is de naleving en de rol van de verzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen meer dan nu al het geval is de naleving van richtlijnen meenemen in hun contracteerbeleid. Ik constateer met de commissie dat, daar waar een enkele verzekeraar dat probeert, dit toch een buitengewoon lastig proces blijkt te zijn. Dat heeft naar mijn stellige overtuiging ook te maken met het gegeven dat als een verzekeraar, ook al refereert hij aan de richtlijnen van de beroepsgroepen, zegt dat voorschrijvers in een bepaald geval goedkopere en even effectieve geneesmiddelen moeten voorschrijven, de verzekeraar altijd een geïsoleerde partij is. Als men het als enige doet, heeft men te weinig massa om daadwerkelijk krachtig te kunnen zijn. Daarbij loopt de verzekeraar altijd het risico dat zijn reputatie in de waagschaal wordt gesteld omdat de zorgverleners stellen dat hij zich bemoeit met zaken die aan hen toekomen. Ik vind dat eerlijk gezegd het meest kwetsbare punt van de langetermijnvisie van de richtlijnontwikkeling die mij voor ogen staat. Daarom vind ik die regieraad van betekenis. Ten eerste om die witte vlekken in beeld te brengen en ten tweede om als gezaghebbende, externe instantie, die verder geen financiële belangen heeft bij de verdere ontwikkelingen, de zaak naar boven te tillen. Het is belangrijk dat er een grote mate van partijvariatie is bij het voorschrijfgedrag. Als vervolgens blijkt dat in bepaalde regio's of bij bepaalde zorgverleners aanmerkelijk wordt afgeweken van de richtlijnen die door de hulpverleners zelf opgesteld zijn, kan men voldoende massa geven aan de afwijkingen die zich aftekenen. De verzekeraar kan daaraan vervolgens weer refereren bij zijn onderhandelingen, bij de contracten die hij afsluit en bij het bewaken daarvan. Ik hecht eraan dat zo'n regieraad een landelijk gewicht geeft aan het inzicht in praktijkvariatie en als min of meer onafhankelijke instantie kan fungeren waarnaar verwezen wordt bij de afwijkingen van de onder- en overbehandeling. Het is een essentiële schakel voor de ontwikkeling van de richting die wij willen ingaan.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Wij hebben nu te maken met richtlijnen die door de beroepsgroep zijn opgesteld en wij gaan kijken in hoeverre daar doelmatigheid inzit. Men mag wel een beetje verwachten dat, als er twee gelijke middelen zijn, primair de goedkoopste voorgeschreven wordt. Is dat de enige doelmatigheid die u wilt inbouwen? Moeten wij niet een meer gestructureerde aanpak hebben, waarbij wij eerst eens nadenken over hoe de richtlijnen tot stand moeten komen, wat er in vervat moet zijn en dat wij dan aankondigen dat die richtlijn vanaf heden gaat gelden, ook voor de vergoeding? Wij gaan nu met terugwerkende kracht naar witte vlekken zoeken en ik denk dat dit niet de weg is.

Minister **Klink**: Zelfs met terugwerkende kracht kan dat geen kwaad: wij agenderen dan die domeinen die er bij kostenontwikkeling toe doen, zeker als het over voorschrijven van medicijnen gaat. Die witte vlekkenbenadering vind ik van betekenis. De regieraad legt dus ten eerste een soort agenda neer. Het blijven wel de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsgroepen die de richtlijnen gaan opstellen. Het tweede is dat de regieraad een appel kan doen op de wetenschappelijke verenigingen om dit binnen een bepaalde termijn te realiseren; er zijn wellicht ook mogelijkheden om een subsidie te verstrekken om die richtlijnen te ontwikkelen. Vervolgens vind ik het minstens zo belangrijk dat de regieraad greep en zicht gaat krijgen op de mate waarin richtlijnen nageleefd worden. Op het moment dat men met die gegevens een soort status van onafhankelijkheid kan geven, daaraan massa kan verbinden zodat het niet meer de

individuele verzekeraar is, maar een landelijke regieraad die de cijfers inzichtelijk maakt, kunnen verzekeraars daar vervolgens aan refereren bij hun onderhandelingen. Men wint ten eerste massa, ten tweede een onafhankelijk oordeel en ten derde is het zo dat door het refereren aan die cijfers de reputatieschade hopelijk wordt ondervangen. Daarnaast doet die regieraad ook een appel op iets wat van binnenuit de artsen moet komen; het bewustzijn dat doelmatigheid ook hun pakkie-an is. Dat vind ik een van de belangrijkste punten die ik hiermee wil onderlijnen: het kan en mag niet zo zijn dat de enigen die zich verantwoordelijk weten voor de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg de zorgverzekeraar en de overheid zijn. De beroepsgroepen zijn zelf ook verantwoordelijk en dat moet men zich meer en meer gaan realiseren. Temeer omdat de winsten die te behalen zijn vaak ook terugvloeien naar het zorgveld zelf.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb wel fundamentele twijfels bij die richtlijnenontwikkeling omdat de kerngedachte waarop het is gebaseerd is, is dat men professionals, de huisartsen en de specialisten, probeert aan te sturen op de inhoud van het werk dat zij leveren. Daar laten professionals zich in het algemeen niet zo goed op sturen omdat dat juist de kern van hun professionaliteit is en omdat de sturingsmogelijkheden naar mijn idee veel meer in de randvoorwaarden en de juiste prikkels gezet moeten worden. Hoe zorgen wij ervoor dat die professionals het zelf gaan voelen als zij niet doelmatig voorschrijven, in plaats van richtlijnen te verplichten die hen naar hun eigen gevoel in hun professionaliteit kunnen belemmeren?

Minister **Klink**: Het is ook precies in die randvoorwaarden dat wij beleid voeren, want de richtlijnontwikkeling blijft voorbehouden aan de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsgroepen. Ik ken een aantal jonge specialisten die baanbrekend werk verrichten op bepaalde domeinen en de sporen erin zetten om die doelmatigheid wel degelijk in hun zorgprotocollen en -standaarden te verdisconteren. Ik denk dat er aan ambitie in het veld geen gebrek is. Het bewustzijn dat doelmatigheid ook een verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen is, begint zich gaandeweg te ontwikkelen en dat willen wij met de regieraad stimuleren. Vervolgens kan het toch helemaal geen kwaad dat zo'n regieraad de bestaande richtlijnen in beeld gaat brengen en vervolgens een wittevlekkenbenadering hanteert. De regieraad zegt dat 90% er nog niet aan voldoet, wat de prioriteiten zijn en doet een oproep aan de wetenschappelijke verenigingen om die richtlijnen met voorrang verder te specificeren en de ontwikkeling ter hand te nemen. Vervolgens worden in de richtlijn de aanspraken rondom aandoeningen neergelegd, waarin staat wat het preferente geneesmiddel of het prioriteitsgeneesmiddel is. Het monitoren van het plaatsvinden van die praktijkvariatie door de regieraad betekent eigenlijk niet meer en niet minder dan het kijken naar de mogelijkheden om over- en onderbehandeling in beeld te krijgen en uit te sluiten. Dat is goed voor de patiënt en de veiligheid en tegelijkertijd wordt in de kostenontwikkeling inzichtelijk gemaakt waar die over- of onderbehandeling met te hoge kosten gepaard gaat. Dat is weer een aangrijpingspunt voor verzekeraars om er niet met de botte bijl op te gaan slaan, maar te spiegelen in hoeverre wij op de goede weg zijn.

Tot die richtlijnontwikkeling en het vrijgeven van de richtprijs van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, dan wel het weghalen voor een cluster medicijnen, gaan wij pas over als er richtlijnen zijn die doelmatigheid geïncorporeerd hebben. Rond cardiovasculair risicomanagement gaan wij nauwgezet volgen in hoeverre dat van de grond komt. Ik voeg er nog een punt bij: ik zal het GVS en de mogelijkheden van herberekening niet opgeven voordat het zich bewezen heeft. Ik gooi oude schoenen niet weg terwijl ik overga tot het hanteren van die richtlijnen in een breed spectrum om daar vervolgens de doelmatigheidswinst van te verwachten.

In die zin sluit ik herberekeningen helemaal niet uit. Wellicht is wat zich rond statines aftekent een eerste proef om te zien in hoeverre het kan werken.

Voorzitter. In juni van dit jaar heeft de Kamer mij in een motie verzocht om de vergoedingen van cholesterolverlagingsmiddelen aan te scherpen door in beginsel alleen de vergoeding van simvastatine op te nemen in het basispakket, de heer Van der Veen refereerde daaraan. In de brieven van 28 juli 2008 en 31 oktober 2008 heb ik juridische bezwaren daarvan neergezet. Ik gaf net al aan dat ik dit als een eerste proef zie van de richting die wij opgaan, maar dat ik zeer intensief zal volgen hoe het werkelijk van de grond komt. Ik zal de andere methoden van kostenbeheersing zeer zeker niet weggooien, sterker nog, wellicht kom ik er nog op terug.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister geeft aan dat wij alleen overgaan op de richtlijn als die zich bewijst. Nu heb ik aangegeven in mijn betoog dat er nogal wat twijfels zijn over die cardiovasculaire richtlijnen wat betreft de objectiviteit, maar met name ook over de naleving. Ik heb een voorstel gedaan aansluitend op wat de minister heeft geantwoord op de vragen rond mijn motie. Ik wil de minister dringend in overweging geven om na te gaan of de aangepaste motie toch niet uitgevoerd kan worden, omdat mijn hele grote zorg vooral zit bij de naleefbaarheid van het geheel. Bovendien komen de aanpassingen die ik heb voorgesteld, ook heel dicht bij wat de minister beoogt.

Minister **Klink**: Ik zal kijken naar de motie om te bezien in hoeverre dat dichter bij elkaar komt. Ik sluit het niet uit, maar wil de motie welwillend en kritisch bekijken. Het punt is dat het juridisch haalbaar moet zijn; wij hebben daar de landsadvocaat bij ingeschakeld, die had gereede twijfels bij wat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voorstelde. Daarnaast is het belangrijk om te bezien in hoeverre verzekeraars uit de voeten kunnen met richtlijnen waarin daadwerkelijk doelmatigheid wordt geïncorporeerd. Het zijn belangrijk kritische vraagpunten voor 2009 om te zien in hoeverre de voorschrijvers zich er aan houden en in hoeverre de verzekeraars via artsenverklaringen dergelijke toereikende instrumenten weten te ontwikkelen om daar een vinger aan de pols te houden. Tegen die achtergrond wil ik daar welwillend naar kijken en wacht ik de gewijzigde motie af.

Voorzitter. Ik kom nu tot de vragen van de afzonderlijke leden. De heer Van Gerven vroeg een standpunt op het evaluatierapport Reclamebesluit Geneesmiddelen dat eind september 2008 is toegestuurd; mijn standpunt daarover kan hij één dezer dagen tegemoet zien. Daarin wordt ook ingegaan op een aantal punten dat hij noemt: de symptoomreclame en in hoeverre het verbod op individuele artsenbezoeken onder het reclamebesluit dient te vallen. Ik zal alzheimer.nl onder de aandacht van de inspectie brengen en hem in kennis stellen van haar reactie. Over de beslissing over de UA-status van NSAID's; in een nader advies van professor De Smet over risicovolle geneesmiddelen was een specifieke aanbeveling opgenomen. Het advies heb ik ter kennis gebracht van het CBG en dat heeft aangegeven in het voorjaar op die NSAID's terug te komen. De heer Van Gerven vroeg of Remicade bij sarcoïdose wel extramuraal maar niet intramuraal vergoed wordt. Ziekenhuizen nemen zelf beslissingen welke zorg zij geven en financieren die uit hun eigen budget. Dat geldt ook voor deze behandeling. Als die behandeling zwaar drukt op het ziekenhuisbudget is extra financiering via de beleidsregel Dure Geneesmiddelen mogelijk, ook als het om een niet-geregistreerde indicatie gaat. Hij vroeg ook naar het preferentiebeleid in de invloed op de distributie en de logistiek. Door het preferentiebeleid is er een versnelde beweging gekomen naar een aparte beloning van logistieke prestaties omdat de prijzen dusdanig laag waren dat de distributie en de kosten er niet meer uit betaald konden worden. Dan is het niet meer een percentage van de brutoprijs van het geneesmiddel, maar betaalt men logistieke

«fees». De NZa heeft rekening gehouden met de aparte logistieke «fees» en de tariefberekeningen die men heeft gemaakt. Waarom wordt medicatie voor kortdurend gebruik of afbouwmedicatie niet vergoed? Toen ik vorig jaar besloot om chronische zorg bij chronisch gebruik niet langer te vergoeden, heb ik het over slaapmiddelen, heb ik het CVZ specifiek gevraagd of er mogelijkheden waren om kortdurend gebruik wel in de vergoeding te houden. Het CVZ is na een uitgebreide veldraadpleging tot de conclusie gekomen dat dit uitvoeringstechnisch niet mogelijk is. Met name de apothekers en zorgverzekeraars zagen geen mogelijkheden om de maatregel goed uit te voeren. Op grond hiervan zie ik geen mogelijkheden om de afbouwmedicatie in de vergoeding te houden. Ben ik bereid om slaapmiddelen bij spasmen te vergoeden? In het advies van het CVZ werd spasmen niet genoemd als indicatie waarvoor slaapmiddelen noodzakelijk zijn. Ik ben wel bereid om te bestuderen of dat niet toch noodzakelijk is. Wat zijn de gevolgen voor de clawback voor kleine apotheken? De clawback betreft dus het percentage van de inkoopkosten, dat is voor grote en kleine apotheken gelijk en gemaximeerd op 6,8% per geneesmiddel. Met het nieuwe, flexibele tariefsysteem van het NZa is de hoogte van de clawback onderhandelbaar, met name als er aanvullende afspraken gemaakt worden over de kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. Een meer gerichte clawback, in de zin van een gedifferentieerde clawback die specifiek is toegesneden op bepaalde geneesmiddelen, kwam ook tijdens de begrotingsbehandeling aan de orde. Dit spreekt mij aan in zoverre een clawback noodzakelijk blijft. Daarover heb ik de Kamer per brief geïnformeerd in een reactie op de motie van de heer Van der Veen. De heer Van Gerven vroeg naar het per direct afschaffen van de kortingen en bonussen. Ik ga uit van een eindsituatie waarin onderhandeld wordt over de prijzen en ik heb aangegeven dat wat mij betreft de netto-inkoopkosten van medicijnen in rekening worden gebracht bij de verzekeraar, waardoor wij in feite langs die lijn van de bonussen en kortingen afkomen. Internationale verkenningen leren dat Denemarken en Duitsland een poging hebben ondernomen om kortingen en bonussen daadwerkelijk te verbieden. Dat is op grond van Europese regelgeving niet over de hele linie mogelijk, maar er zijn wel mechanismen, waaronder die ik zo-even noemde, waarbij men de netto-inkoopprijs in rekening brengt, die ook in die landen in zwang zijn om de kortingen en bonussen zo veel mogelijk te vermijden.

Mevrouw Schermers vroeg naar de handel via internet en de vervalste geneesmiddelen. Wij starten binnenkort samen met verschillende partijen zoals de fabrikanten, apothekers, patiënten- en consumentenorganisaties een publiekscampagne om mensen te attenderen op de gevaren. Wij hebben ook een plan van aanpak om het probleem te bestrijden. Aan een Postbus 51-spotje denk ik nu niet: ik ben er niet van overtuigd dat dit voldoende effect zou hebben, maar ik zal het in overweging nemen en bezien in hoeverre het kan werken. Ik zeg korthedshalve dat de VWA naar de producten met sint-janskruid zal kijken of uit deze producten gevaren voortvloeien die maken dat zij niet vrij verkoopbaar dienen te zijn in de reguliere verkoop.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Een medicijn dat sint-janskruid bevat, is in de UA-categorie terechtgekomen omdat er een verhoogd risico is op interacties met middelen. Is de VWA de juiste instantie om daarnaar te kijken?

Minister **Klink**: Voor zover het een middel is dat uitsluitend via de apotheek beschikbaar zou moeten zijn, moet het als medicijn gekwalificeerd zijn. Voor zover bepaalde producten niet als medicijn zijn gekwalificeerd maar daadwerkelijk wel de volksgezondheid kunnen schaden, is het de VWA die daar onderzoek naar doet. Het gaat hier om een regulier product, in die zin dat het geen medicijn is. Er doen zich dan twee vragen

voor. Ten eerste: is het als medicijn te kwalificeren en gaat de distributie via de apotheker of de vrije verkoop? De tweede vraag is of het schadelijk is? Naar dat laatste wordt nu gekeken door de VWA en dan hebben wij het dus niet over de vraag in hoeverre het als medicijn gekwalificeerd dient te worden.

Voorzitter. Over de onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars heb ik gesproken. Daar zijn heel verschillende percepties: verzekeraars hebben soms het gevoel dat zij er niet doorkomen, terwijl apothekers het gevoel hebben dat zij alleen maar een kruisje kunnen zetten achter datgene dat de zorgverzekeraar aanbiedt. Het inkoopbeleid van de verzekeraars moet aan een aantal criteria van de NZa voldoen: het moet objectief, transparant en non-discriminatoire zijn. Op dit moment is er een wetsvoorstel van de heer Aptroot in de maak om zorgaanbieders samen te kunnen laten onderhandelen met verzekeraars. Daar zijn de richtsnoeren van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) voor en daarop is de zogenaamde bagatelbepaling van de mededingingswet, waaraan de heren Zijlstra en Van der Veen refereerden, van toepassing. De drempel van die bagatelbepaling is overigens in oktober 2007 opgehoogd en onlangs heeft de voorzitter van het bestuur van de NMa aangegeven dat er meer mag en kan dan op het eerste gezicht lijkt. Ook de NZa is gevraagd hierover te adviseren en ik heb de NZa gevraagd om te bezien of zogenaamde «good contracting practises» een positieve bijdrage kunnen leveren aan de structuur waarbinnen de onderhandelingen plaatsvinden. De introductie van een flexibel apothekerstarief per 1 januari 2009 bevordert mijns inziens ook de totstandkoming van overeenkomsten; er is immers voor beide partijen iets te winnen.

Dan het punt van de heer Zijlstra en de heer Van der Veen waaraan ook mevrouw Sap en mevrouw Schermers refereerden; de zorgaanbieders die de medicijnen niet aanbieden die preferent zijn van de zijde van de verzekeraar. Naar de suggestie om dat mee te nemen in de consumentenwet, de wet cliënt en kwaliteit van zorg, wil ik even kijken. Voor mij zijn daar een paar belangrijke punten mee gemoeid. De zorgplicht van de verzekeraar is dat hij een toereikend pakket aanbiedt in de polis waarvoor de verzekerde heeft gekozen in de verwachting dat daarmee het totale pakket geleverd wordt. Vervolgens is het de zorgaanbieder die zegt: «U hebt dat wel afgesproken in die polis, maar ik bied dat product niet aan. Gaat u maar naar een andere apotheekhoudende of neem maar een ander geneesmiddel.» Men kan zeggen dat in de Zorgverzekeringswet zelf ligt besloten dat ook de zorgaanbieder zelfstandig contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar. Dat is geen dictaat van de kant van de zorgverzekeraar, daar is een contracteervrijheid van de kant van de zorgaanbieder. Die twee punten schuren met elkaar; het zijn beide elementen van de zorgverzekeringswet. Het risico dat vervolgens ontstaat als veel apotheekhoudenden zeggen dat zij daar niet aan meedoen, is dat het preferente middel niet meer beschikbaar is voor de zorgverzekerde die heel uitdrukkelijk voor dié polis met dié prijzen en dié voorwaarden gekozen heeft. Daar zit een ongemak dat ik onderken en begrijp. Naar de suggestie om een verplichting aan de kant van de zorgaanbieder neer te leggen om het in de polis afgesproken product ook daadwerkelijk af te leveren, wil ik welwillend kijken en bezien in hoeverre dat in de Wet cliënt en kwaliteit van zorg opgenomen kan worden. Ik denk wel dat als wij dat willen regelen het een wettelijke bepaling vergt. Ik gaf echter zo-even ook de keerzijde van één en ander aan: er wordt dan wel geïntervenieerd in de contracteervrijheid van verzekeraar en zorgaanbieder. Daar moet ik gewoon ook juridisch goed naar kijken. De opmerking en de strekking daarvan, zeker als daardoor het preferente middel domweg niet beschikbaar is, neem ik zeer ter harte en onderken ik ook.

De heer Van der Veen vroeg naar Strattera en de openbaarmaking van de rapporten. Op dit moment loopt daar een rechtszaak over. De rechtbank heeft beoordeeld dat het CBG beter moet motiveren waarom slechts delen

van het rapport openbaar zijn gemaakt en dat kan ertoe leiden dat er meer delen van het rapport in de openbaarheid komen. De fabrikant van Strat-tera heeft echter weer hoger beroep aangetekend en de uitkomst daarvan moet worden afgewacht. Ik beslis er uiteindelijk niet over, maar volledige openbaarmaking op korte termijn kan alleen als dit in kort geding gevorderd wordt, lopende het hoger beroep. Het ligt dus onder de rechter en wij moeten daar de uitkomst van afwachten.

Mevrouw Sap vroeg in hoeverre ik het GVS ga herberekenen. Een herberekening van het GVS met de huidige systematiek, het instrument dat ik heb, sluit ik zeker niet uit. Ik gaf al aan dat ik dit parallel aan de ontwikkeling van de visie in stand wil laten. Op dit moment kies ik echter voor de aanpak om bij bepaalde GVS-clusters meer ruimte te bieden voor prijsconcurrentie op grond van de richtlijnontwikkeling. Ik overweeg in 2010 bij bepaalde clusters de GVS-limiet vrij te laten en een vorm van functionele aanspraak te hanteren zodat die prijsconcurrentie op gang komt, zonder dat het direct de richtprijs is die met de GVS-limieten samenhangt. Mocht die aanpak niet werken, dan zal ik voor specifieke clusters willen herberekenen, want zo blijven bijbetalingen bij andere middelen uit. Ik onderzoek nog in hoeverre die selectieve herberekening kan, want op het moment dat ik dit generiek doe, zit er soms de consequentie aan vast dat er op bepaalde middelen, waarvan wij dat niet willen, bijbetaling moet komen, terwijl op medicijnen waar wij bijbetaling wel zouden willen, dat niet gaat en die worden dan volledig vergoed. Lipitor 40 mg is daar een voorbeeld van, is mij verteld. Daarom is een selectieve aanpak van betekenis. Wat ga ik doen met de prijsstijging van dure spécialités? Mevrouw Sap heeft gelijk; één van de mensen die ik onlangs sprak, zei dat wij met elkaar mikken op een postzegel en een brede ansichtkaart. Die brede ansichtkaart is dan de totale geneesmiddelenvoorziening van zowel de merkgeneesmiddelen als de generieke geneesmiddelen, dus die spécialités zijn ook van belang. De functionele aanspraak geldt ook voor de merkgeneesmiddelen, dat is een eerste punt van aandacht. Door de aanspraak minder specifiek te omschrijven, bijvoorbeeld op groepsniveau in plaats van per individueel middel, gaat er een prijsprikkel uit in de richting van de goedkopere middelen. Daarbij wordt internationaal door veel landen en ook door ons gekeken naar prijsvolumeafspraken. Dat is in feite het systeem van «flexibel pricing», dat er op neer kan komen dat, als bepaalde medicijnen voor meer indicatiegebieden van betekenis zijn en er meer volume uit voortvloeit in termen van afzet, er een bepaald mechanisme of, automatisme is waardoor de prijs vervolgens weer naar beneden gaat. Mijn ambtenaren participeren in internationale gremia want de thematiek van de merkgeneesmiddelen speelt niet alleen bij ons, maar ook over de grenzen heen. Ik geef grif toe dat, na alle aandacht die wij voor de generieke middelen gehad hebben, dit specifieke aandacht vergt en ik ga mij intern beraden op de vraag in hoeverre wij niet eens in kaart moeten brengen welke nationale en internationale mogelijkheden zich aftekenen en wat daaromtrent het beleid dient te zijn. Ik kom daar graag op een later tijdstip op terug.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb de minister nog niet gehoord over een knelpunt van het preferentiebeleid dat door mij en een aantal collega's is opgebracht en wat in de risicoverevening zit. Op dit moment hebben verzekeraars die een individueel preferentiebeleid voeren daar zelf geen voordeel van en kunnen zij dat ook niet aan hun verzekerden doorgeven, terwijl zij daar wel nadeel van dreigen te hebben omdat een aantal apothekers en huisartsen niet meer met hen wil contracteren. Ik weet dat het NZa naar die risicoverevening aan het kijken is en u heeft zich eerder bereidwillig getoond om daarnaar te kijken. Ik vraag mij af wat daar nu uw standpunt in is.

Minister **Klink**: Rondom het voordeel spelen inderdaad twee punten. Ten eerste de bekende, landelijke, openbare lijst. Vervolgens het prijsniveau dat door degenen die een preferentiebeleid voeren gehanteerd wordt en dat weer door een andere verzekeraar, het liftgedrag werd dat zo-even genoemd, wordt meegenomen. Die lijst is weliswaar openbaar, maar wel privaat, dus in die zin heb ik daar geen invloed op. Verzekeraars zouden een andere wijze van selectie kunnen willen, bijvoorbeeld via aanbesteding, maar dat is in feite een bevoegdheid van de verzekeraars zelf. Het tweede punt is de risicoverevening en de ex post risicoverevening. Alle inspanningen zijn erop gericht om zowel de nacalculatie te verminderen als de bandbreedte te verbreden, dusdanig dat er meer risico komt voor verzekeraars in de richting van hun verzekerden. Dat is een proces dat weliswaar voortschrijdt, maar waarin wij ook zorgvuldig moeten zijn. Ik zal niet alle verwickelingen debiteren, maar die hebben onder andere te maken met kapitaallasten die gaan integreren in tarieven en een basement dat gehanteerd wordt dat weer extra mogelijkheden geeft om aan de risicoverevening werkelijk meer risico toe te voegen in de richting van de verzekeraars, maar die balans gaat over de hele range van de zorginkoop van verzekeraars en geldt ook voor het preferentiebeleid. Mijn algemene punt is dat de risico's gaandeweg zullen toenemen, ook voor de verzekeraars en dat slaat terug op het preferentiebeleid.

De heer **Zijlstra** (VVD): Maar daarmee gaat het volgens mij de verkeerde kant op als dit de opstelling is. De minister ziet weliswaar de problemen, maar ik hoor hem niet zeggen dat wij er rond de verevening voor gaan zorgen dat de zorgverzekeraars die het voordeel hebben gehaald dat mogen houden voor dat jaar, ik noem maar een oplossingsrichting. Een zorgverzekeraar heeft bijvoorbeeld 20 mln. bespaard en dat wordt nu teruggegeven. Misschien moeten wij dat eenmalig voor dat jaar niet doen om dat voordeel daar ook te laten liggen. Als wij andere oplossingen niet neerzetten, dan is de VVD bang dat wij uitkomen op een situatie waarin het preferentiebeleid heeft gewerkt, maar de nadelen overeind blijven staan voor de verzekerden en de verzekeraar omdat er allerlei processen gaande zijn en de facto het preferentiebeleid verdwijnt. Wat zijn nu de concrete maatregelen die de minister bereid is te nemen om dat preferentiebeleid overeind te houden en het voordeel bij de zorgverzekeraar en de verzekerden te laten liggen?

Minister **Klink**: Het kernpunt is naar mijn stellige overtuiging dat dit gedrag min of meer wordt uitgelokt door die openbare lijsten. Daar zijn verzekeraars zelf als eersten aan zet. Ik zie uw punt van de risicoverevening, maar ik heb daar wel aarzelingen bij. Ik vind het risicovereveningssysteem dat wij kennen een beleidsarm systeem, in die zin dat wij de patronen van de kosten verbinden met de verzekerdenkenmerken. Dat betekent dat op basis van postcode, leeftijd, geslacht, farmaceutische kosten groepen (FKG's), diagnose kosten groepen (DKG's) en dergelijke, wij proberen om de individuele kenmerken van de personen geclusterd om te zetten in parameters die vervolgens weer ten goede komen in de ex-anteverevening; als er in bepaalde stedelijke gebieden meer mensen met een lage sociaaleconomische status verzekerd worden, dan zijn er meer kosten. Het is in die zin beleidsarm dat wij risicoselectie aan de kant van de verzekeraars proberen te vermijden. Er zijn ooit voorstellen gedaan om verzekeraars te stimuleren om bijvoorbeeld vooral diabetespatiënten te contracteren of mensen met hartfalen en hen daar een bonus voor te geven. Op het moment dat ik daar beleidsmatige punten aan ga toevoegen, ben ik bang dat wij die objectieve grondslagen voor die risicoverevening gaan mixen met beleidsvoorstellen van mijn of uw kant en dat, als ik het preferentiebeleid op die manier ga invlechten in het risicovereveningssysteem, ik die Rubicon als het ware overga. Ik heb er eigenlijk niet zo veel zin in om het risicovereveningssysteem daarvoor te gaan

gebruiken. Daar zit dus een vrij algemene overweging voor een vrij algemeen systeem achter, dat ik wil vrijwaren van al te veel beleidsbeïnvloeding op grond van het feit dat wij, en daar worden wij internationaal om geprezen, een zeer objectief hanteerbaar vereveningssysteem hebben dat gerelateerd is aan verzekerd kenmerken.

Voorzitter. Mevrouw Koşer Kaya geeft een terecht punt aan over de snelheid van implementering van de innovatie. Ik gaf tijdens de begrotingsbehandeling al aan, en ik wil dat nu nog een keertje onderstrepen omdat wij eergisteren een overleg hadden van het Zorg- en Innovatieplatform, dat wij naast het stimuleren van experimenten die innovatief zijn, systematisch gaan verkennen welke belemmeringen zich aftekenen in de carrousel die doorlopen moet worden bij de geneesmiddelen, bij de hulpmiddelen en met betrekking tot nieuwe zorgproducten, vooraleer het een bekostigde en geleverde dienst is. Ik zal de leden in het voorjaar in kennis stellen van de vorderingen die wij daar maken.

Het is wel mogelijk om per 1 januari 2009 voor zorgverzekeraars die een preferentiebeleid voeren, het risico van verzekeren niet te belasten met de kosten van preferente geneesmiddelen. Een dergelijke mogelijkheid hebben de zorgverzekeraars die geen preferentiebeleid voeren en alleen meeliften met de lagere prijzen dan niet. Daar zit dan een voordeel in voor de verzekeren.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De SP constateert dat, als wij het hebben over kwaliteit, de minister en ook veel partijen vooral willen sturen langs de weg van het geld; langs financiële prikkels in plaats van ervan uit te gaan wat de werkelijke behoefte is die apothekers nodig hebben om fatsoenlijke zorg te leveren en ervoor te zorgen dat het medicijn op de goede plaats terechtkomt. Dat zal leiden tot verschillen in kwaliteit, tweedeling, minder toegankelijkheid en chaos. Een chaos die wij nu al kennen en die alleen maar groter zal worden als ik lees dat de NZa vindt, dat zegt de minister ook, dat het niet erg is als een apotheker failliet gaat. Er zijn er 200 bij gekomen, maar die kunnen eigenlijk ook wel weer weg, want daar was te veel ruimte voor. Het uitgangspunt moet toch goede zorg om de hoek zijn; dat geldt zowel voor huisartsenzorg als voor de apotheek. Dat is ook wat het volk, de mensen, graag wil. Als dan in Deventer in de Rivierenbuurt, één van die bekende Vogelaarwijken, een apotheek dichtgaat en een uitdeelpost wordt, dan denk ik dat wij op de verkeerde weg zijn. Wat is er mis met een fatsoenlijk abonnementensysteem waarbij de apotheker loon naar werken krijgt en in alle rust zijn werk kan doen met zijn of haar mensen? In het onderwijs hebben wij ook niet het stukloon of betaling per product. Waarom zouden wij niet die kant opgaan? Ik vraag dat ook nog eens richting de Partij van de Arbeid, want zij is voor een abonnementensysteem voor de huisarts, waarom dan niet voor de apothekers? Dat lijkt mij niet erg consequent. Ik rond af met een aantal vragen die niet beantwoord zijn, namelijk die over de vacuümtherapie waarvan de beloning in een vacuüm verkeert en de motie van de heer Van der Veen over de cholesterolverlagers. Gaat de minister daar niet op de stoel van de hulpverleners zitten? Ik vraag dat in den brede, want ik vind dat de arts en de apotheker in dit geval het medicijn voorschrijven en afleveren. Dat is een professionele autonomie die geborgd moet zijn, los van alle maatregelen die de minister voorheeft om doelmatigheid te bevorderen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik ben blij te constateren dat er structuur komt in de aanpak van richtlijnen waar doelmatigheid ingebouwd is en dat daar regie in komt. Ik denk dat dit nodig is. Ik maak mij nog wel wat zorgen over het gelijke speelveld tussen apothekers en zorgverzekeraars. Er is een verruiming van de bagatelregeling die heel nood-

zakelijk is, daar moet overigens de naam van de heer Ten Hoopen van het CDA aan verbonden worden. Ik wil graag dat de minister nog even ingaat op dat gelijke speelveld, want de daadwerkelijke situatie is nog steeds zo dat de apothekers een contract krijgen voorgeschoteld waar zij wel of niet hun handtekening onder kunnen zetten en dat was het dan. Ik wil ook graag horen wanneer ik wat hoor over dat sint-janskruid, want nu wordt het blijkbaar gedoogd dat het onder de Warenwet vrij verkrijgbaar is, terwijl er ook een UA-status op ligt; het is dus nu beiden. Nog één vraag is niet beantwoord, die over nieuwe geneesmiddelen in ziekenhuizen die een versnelde toelatingsprocedure krijgen en dan drie jaar gebruikt mogen worden waarbij wel gegevens aangeleverd moeten worden over de werkzaamheid en de veiligheid. Moet dat gebeuren in alle ziekenhuizen zodat ook artsen die dat middel maar één keer voorschrijven, het zijn vaak antikankermiddelen, daarvoor in aanmerking komen of moet dat toch gepouled worden?

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Als de minister in het preferentiebeleid het voordeel ex post niet wil laten liggen bij de zorgverzekeraars, wat wil hij dan wel doen om het preferentiebeleid overeind te houden en het financiële voordeel wel degelijk bij die zorgverzekeraars die dat voelen, te laten? Als hij het ene middel niet wil, wat dan wel omdat anders de facto het preferentiebeleid wel eens kan verdwijnen. De minister gaf aan dat de differentiatie van het eigen risico al mag, maar hoe gaat men dat bekostigen als men het financiële voordeel van een preferentiebeleid niet mag houden? Welke oplossing is dan die van de minister? De VVD vindt het dringend noodzakelijk om, daarom is de komende jaren het preferentiebeleid nog nodig, ook op de gebieden waar het nu nog niet toegepast wordt, de bonussen uit de markt te drukken. Daarbij gaan wij naar een systeem van bekostiging op basis van tarieven. De minister heeft aangegeven, en daar wil ik ook nog graag een verduidelijking op, dat het een maximumtarief is wat wij nu hebben, daar mag ook onder gecontracteerd worden, maar de situatie is natuurlijk wel vaak zo dat het een hele andere onderhandeling is als men start met een maximumtarief en men wil iets minder, dan als men start met een, wat wij voorstellen, laag basistarief en vervolgens onderhandelt wat er extra gedaan wordt en komt op een eindtarief. Is de minister niet met de VVD van mening dat dit een veel betere, inzichtelijkere methodiek is omdat wij daarmee precies helder krijgen wat wel en niet gedaan wordt en wat ervoor betaald wordt? Voor de patiënt is die differentiatie in kwaliteit belangrijk en wordt dat met zo'n opzet inzichtelijk. Daarom is het naar de mening van de VVD heel gek dat de NZa in haar rapport wel zegt dat differentiatie op kwaliteit nodig is en vervolgens een heel hoog maximumtarief neerzet. Rondom het onderhandelen van apothekers heeft de heer Aptroot van de VVD het initiatief genomen, dat vinden wij noodzakelijk. Ik denk dat het zowel tegemoetkomt aan de wensen van apothekers als aan die van zorgverzekeraars. Met betrekking tot de plicht tot verzekerde zorg zien wij dat schuren ook. In het kader van het overeind houden van het preferentiebeleid – dat iets is voor de komende jaren, want naar onze mening doet het tijdelijk zijn werk en komt er op een gegeven moment een uitbalancering van die markt – hebben wij dit soort middelen wel degelijk nodig om te voorkomen dat de patiënt gebruikt wordt als middel om de strijd tussen apothekers en zorgverzekeraars uit te vechten. Dat laatste mag naar onze mening niet gebeuren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Wij hebben nog schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van het tarief; ik hoop dat het inderdaad lukt om daar voor het begin van volgende week op te reageren. Dan is er ook meer duidelijkheid over de terechtheid of onterechtheid van het tarief. Het preferentiebeleid willen wij graag entameren, wij danken de minister ook voor de ondersteuning daarvan en ik sluit aan bij de opmerkingen die de heer Zijlstra daarover maakt. Stratera zullen wij nakijken: ik kan ook

niet op reageren op die juridische argumenten. De minister heeft zich wat voorzichtiger uitgelaten over de richtlijnen en de mogelijkheden hiervan en dat spreekt mij aan. Tot slot: de komende periode wordt een heel lastige periode, zowel voor apothekers als voor zorgverzekeraars. Ik realiseer mij ook dat het een emotioneel traject is en ik wil de minister vragen nog eens een beroep te doen op alle partijen om dit volgend jaar goed te gebruiken. Ik heb de minister goed gehoord dat de NZa dit traject gaat monitoren en dat lijkt mij een heel goede zaak; de vooroordelen die over elkaar leven zijn heel sterk. Ik heb de minister ook heel goed begrepen dat hij zegt dat het altijd mogelijk is om het tarief benedenwaarts aan te passen, maar nogmaals, ons oordeel over de definitieve hoogte van het tarief hangt af van het antwoord dat wij zullen krijgen op de schriftelijke vragen.

De heer **Van Gerven** (SP): Wilt u ook ingaan op het abonnementsstelsel voor de apotheker dat u, net als de SP, voor de huisarts bepleit?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat zit u hoog, merk ik.

De heer **Van Gerven** (SP): Ja, ik vind het namelijk een heel goed voorstel en misschien dat wij daar iets over kunnen afspreken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Wij hebben gezegd dat de aanbevelingen zoals die in het NZa-advies aan de orde zijn geweest, waarvan ik echt hoop dat wij het daar nog eens goed met elkaar over kunnen hebben, ons aanspreken omdat de langetermijnvisie vastligt van een basistarief met aanvullende modules gericht op kwaliteit. Of wij dat basistarief nu een abonnementstarief noemen of niet, daar moeten wij nog eens goed naar kijken. In die zin ben ik het niet eens met de heer Zijlstra die uitgaat van een wel heel beperkte opvatting van het basistarief.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Allereerst de toekomst van het preferentiebeleid; ik ben blij dat de minister welwillend gaat kijken naar de mogelijkheid voor een wettelijke leverplicht van apothekers. Het lijkt mij dat daar enige urgentie meegemoed is omdat het preferentiebeleid echt een zaak is van de korte toekomst. Wil de minister ons dit zo spoedig mogelijk doen toekomen, als het kan in januari? Op de risicoverevening hoor ik de minister erg terughoudend en aarzelend reageren. Hij is daar eigenlijk terughoudender in dan in de recente brieven daarover, waarin hij nog zegt dat hij dat aan de NZa voorlegt. Ik beproef een zekere koerswijziging en vraag mij af waar die aan te wijzen is. Is wellicht het advies van de NZa al bekend bij de minister? Wij hebben het nog niet gezien. Over de kosten van geneesmiddelen onder patent, de dure spécialités, heeft de minister gezegd dat er dingen lopen en toegezegd dat er een notitie over gaat komen. Ik ben blij met die toezegging. Ook dat wil ik graag wat concreter maken en ik vraag of het mogelijk is om dit in de loop van het voorjaar aan ons aan te bieden: dus een verkenning naar de mogelijkheden om ook bij die geneesmiddelen onder patent aanzienlijke kostenreducties te bewerkstelligen door aan te haken bij wat erop EU-terrein gebeurt en wellicht andere maatregelen in te zetten. Dan het punt van de vrije prijsvorming; de minister wil boven de markt houden dat dit eventueel al in 2010 ingaat en zal daarover medio 2009 besluiten. Hij gaf daarbij ook aan dat een belangrijk punt zal zijn dat de kosten binnen het kader moeten blijven. Welke ideeën heeft de minister daarover? Moeten wij dan denken aan een soort prijsbeheersingsinstrument wat achteraf ingezet wordt? Ten slotte de richtlijnontwikkeling; in antwoord op mijn vraag gaf de minister aan dat het toch geen kwaad kan dat de regiegroep daar eens goed naar gaat kijken. Ik denk inderdaad dat dit helemaal geen kwaad kan, maar de vraag is of wij er echt baat bij zullen hebben. Ik begrijp dat de verzekeraars er al heel veel informatie in

het verleden over vergaard hebben, over de manier waarop er behandeld wordt en de manier waarop richtlijnen in de praktijk werken. De meerwaarde van de regiegroep zou er wat mij betreft in moeten zitten dat die echt goede doelmatigheidsprikkel ontwikkelt. Heeft de minister de regiegroep daar goed voor bemenst? Als het vooral richtlijndeskundigen zijn, weet ik niet of het met die doelmatigheid goed zit. Ik wil de minister vragen of er wellicht ook een aantal goede economen in die commissie zit en zo niet, of die toegevoegd kunnen worden.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Wij juichten preferentiebeleid toe, want het levert echt honderden miljoenen op en dat is goed. Ik wil hier echter ook de schaduwkanten aanstippen. Ik blijf dat doen omdat, als wij het goede willen behouden, wij ook naar die schaduwkanten moeten durven kijken. Voor patiënten, met name ouderen, kan het echt problemen opleveren als zij om de drie maanden een ander doosje zien. Generieke fabrikanten zullen mogelijk vertrekken, want op een gegeven moment zullen zij niet veel meer verdienen. Hoe ziet de minister dat? Identieke werkzame stoffen zijn niet hetzelfde als de samenstelling. Een ei bakken met boter, dierlijke vet of olie is ook iets anders. Ik kan mij voorstellen dat men daar gezonde dingen inziet, maar ook minder gezonde. Zo zie ik dat ook bij geneesmiddelen want, nogmaals, identieke werkzame stoffen zijn niet hetzelfde als de samenstelling.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als het zo was dat er om de drie maanden van medicijnen gewisseld zou worden, dan zou ik uw bezwaren zeer delen. Mijn beeld is dat dit gemiddeld één keer per jaar gebeurt en dat dit zelfs wat minder is dan toen de apothekers zelf nog van geneesmiddel wisselden; er schijnt hierover een onderzoek te liggen van Menzis. Op zich deel ik uw analyse dat als dit vaak gebeurt wij dat moeten voorkomen, maar wij moeten wellicht toch even kijken naar de praktijk, want ik geloof niet dat het heel vaak voorkomt dat dit om de drie maanden gebeurt en dan zeg ik het heel voorzichtig.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik weet niet of het vaak of niet vaak gebeurt. Ik geef alleen aan dat als dat straks de praktijk blijkt te zijn, wij daarop alert moeten zijn.

Voorzitter. Ik dank de minister voor de toezegging over innovatie, maar ik wil er nog een stukje bij. In hoeverre kan het preferentiebeleid de innovatie remmen, want dat is daar toch ook een onderdeel van? Ik wil graag dat de minister daar specifiek naar kijkt. Over de doelmatigheid en de richtlijnen heeft mevrouw Sap al het nodige gezegd. Mijn punt is toch dat er ook goed toezicht moet zijn en dat de overheid piketpalen moet slaan als het gaat om de kwaliteit. De kwaliteit van medicijnen is zeer van belang om mee te nemen, net als hoe het toezicht daarop vorm moet worden gegeven. Bij jonge startende apothekers zitten volgens mij heel wat knelpunten. Kan de minister met de jonge apothekers om tafel gaan zitten om te kijken hoe hij hen ter wille kan zijn? Tot slot denk ik dat de verzekeraars ook wat extra aandacht mogen krijgen voor de prijsdaling zodat er bij de verzekeraars die meeliften een evenwichtiger geheel komt.

Minister **Klink**: Voorzitter. De heer Van Gerven voorspelt tweedeling en dergelijke; ik geloof dat eerlijk gezegd niet. Wij willen die variatie om de omslag te maken van een systeem waar men voor distributie betaald wordt naar een systeem waar men voor kwaliteit betaald krijgt. Wij hebben een transitieakkoord gesloten, de NZa heeft naar de tarieven gekeken, juist om via het pad van geleidelijkheid te gaan naar een situatie waarin apotheekhoudenden en verzekeraars op elkaar gebonden worden en via onderhandelingen tot prijsstellingen en dergelijke te komen. Dus hier is bepaald geen sprake van een onevenwichtig proces, ook al gaat het met veel rumoer gepaard.

Dan het punt van het abonnementssysteem: in de onderhandelingen kan best een abonnementssysteem afgesproken worden, ook tussen verzekeraars en apotheekhoudenden, maar om dat op te leggen, gaat mij iets te ver. Daarmee wordt het simpelweg te algemeen en wordt elke apotheker op dezelfde manier betaald, waarna innovatie en kwaliteit niet meer specifiek wordt beloond. Daarom ben ik daar niet voor. Het. CVZ heeft mij over de vacuümtherapie geadviseerd. Als het geen extramurale hulpmiddelen zijn, valt het onder de ziekenhuiszorg, de medisch specialistische zorg en deze zorg moet vanuit het ziekenhuis worden bekostigd. Ik zie geen enkele reden om van het oordeel van CVZ af te wijken.

De heer **Van Gerven** (SP): De vacuümtherapie kwam ook in het vorig algemeen overleg over de hulpmiddelen al aan bod. De discussie is niet dat het geen verzekerde zorg is, maar of het voor een stuk bij de AWBZ zit of bij de Zorgverzekeringswet. Wie moet de injecties toedienen of de hulp verlenen en wie gaat dat betalen? Er is nu geen adequate diagnosebehandelcombinatie (dbc) voor en geen bekostiging. Kan het in het geval van de ziekenhuizen niet op een aparte lijst komen zodat de financiering geregeld is, totdat er een fatsoenlijke dbc of een andere financieringsstructuur is?

Minister **Klink**: Voor zover mijn informatie strekt is het medisch specialistische zorg en moet het betaald worden vanuit ziekenhuisbudget, maar ik zal naar aanleiding van uw opmerking daar goed naar kijken.

Voorzitter. Wij gaan niet op de stoel van de hulpverleners zitten. Integendeel, de richtlijnen worden ontwikkeld door het veld zelf: de beroepsgroepen en de wetenschappelijke verenigingen. Het enige dat ik wil doen, is de informatie naar boven tillen om te kijken in hoeverre men zich aan de eigen normen, richtlijnen en afkapmomenten houdt. Die richtlijnen zijn er niet voor niets; die zijn gemaakt om onder- en overbehandeling te voorkomen, daar zitten zelfs gezondheidsrisico's in. Als wij de spiegel voorhouden, mede met het oog op die eventuele gezondheidsschade, lijkt mij daar niets mis mee. Integendeel: wij nemen de beroepsgroepen daarin meer dan serieus.

Ik heb aangegeven dat het bestuur van de NMa aangeeft dat er meer mogelijk is. Dit wordt ondersteund door het feit dat de criteria verruimd worden en er met groepskracht onderhandeld kan worden. Ik denk dat dit een ontwikkeling is die de goede richting uitgaat. De NZa zal dit ongetwijfeld monitoren omdat er marktmacht meekomt van de afzonderlijke partijen die gaan onderhandelen, hetzij de verzekeraars, hetzij de apothekers.

Mevrouw Schermers vroeg nogmaals naar het sint-janskruid. De VWA is ook bevoegd om op basis van de Geneesmiddelenwet te handhaven. Op het domein van sint-janskruid dat buiten de apotheek wordt verkocht en dat in feite een geneesmiddel kan zijn, kan door de VWA worden gehandhaafd. Op het punt van de nieuwe geneesmiddelen en de werkzaamheid wil ik schriftelijk terugkomen.

De heer Zijlstra refereerde aan het preferentiebeleid en het financiële voordeel. Hij heeft gelijk; op het moment dat het eigen risico voor een deel wordt kwijtgescholden, betekent dat in financiële termen geen winstpunt. Het kan wel betekenen dat het aantal verzekerden en gegadigden voor die polis toeneemt en dan heeft men daar indirect een voordeel bij omdat de kwantumkring als het ware uitbreidt. Daar ligt het voordeel voor de verzekeraars, naast het feit dat, en dat is toch wel een punt van aandacht, het wel een openbare, maar geen publieke lijst is waar die brutoprijzen in termen van de taksen worden geplaatst. Men kan het ook op een andere manier doen, via aanbesteding, via onderhandse contractering met afzonderlijke fabrikanten en dan gaat het voordeel wel eenzijdig neerslaan bij de verzekeraar.

Voor wat betreft het risicovereveningssysteem zal ik het advies van de NZa afwachten en daar nog eens goed naar kijken. Ik realiseer mij dat ik

daar in schriftelijke antwoorden ook naar verwezen heb. Ik gaf zo-even in algemene zin aan waarom ik het risicovereveningssysteem zo beleidsarm wil houden ten einde het te laten doen waar het voor beoogt is: risico-selectie voorkomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wat ons betreft gaan wij helemaal van het risico-vereveningssysteem af, maar dat is een hele andere discussie. Ik wil toch even terug naar het preferentiesysteem. U zegt dat het een openbare prijslijst is en het spel daar gebeurt, maar het is natuurlijk het systeem rond de ex-postverevening die er voor zorgt dat die voordelen transparant zijn. Helaas komen die niet bij de betreffende zorgverzekeraar terecht. Waar u eigenlijk voor pleit is om het onderhands te doen zodat wij het niet zien, maar dan mag het wel worden gehouden. Wij willen het toch iets transparanter neerleggen en de voordelen wel degelijk overeind houden. Hoe ziet u dat? Als u dat schriftelijk wilt terugkoppelen is dat ook prima, maar ik wacht nog steeds op het ei van Columbus waarmee wij gaan voorkomen dat het preferentiebeleid over een paar maanden gewoon ophoudt.

Minister **Klink**: Ik vrees dat ik mijzelf ga herhalen. Het is in normale markt-verhoudingen ook zo dat fabrikanten niet altijd openbaar maken wat de prijs is die zij betalen. Dat hoeft hier ook niet tussen de fabrikant en de verzekeraar. De taxe zorgt voor de transparantie op basis waarvan diegene die niet zelf die prijs neergezet heeft en de onderhandelingen gedaan heeft, mee kan liften. Mocht het nu zo zijn dat het preferentie-beleid langs deze lijnen of langs een andere weg erg belemmerend werkt voor het incasseren van het voordeel, dan zal ik des te kritischer kijken naar het risicovereveningssysteem en wellicht overtuigd kunnen worden van het feit dat daar mogelijkheden en openingen zitten. Laat ik het bij die algemene opmerking houden. Ik zie dat u «buitengewoon tevreden» bent.

De **voorzitter**: Dat is «uitlokking».

Minister **Klink**: Ik zeg dat laatste niet voor niets. U zegt in feite: mijnheer de minister, zorg ervoor dat de randvoorwaarden voor het in de benen houden van het preferentiebeleid in stand blijven. Dat deel ik volstrekt en daarom ga ik welwillend kijken naar die bepaling van het afleveren van zorg van de kant van de zorgaanbieder op het moment dat dit uit de polis voortvloeit. Ik zal met datzelfde oog nog eens kijken naar het cluster van afwegingen dat hier voorligt en in hoeverre wij kunnen afwijken van de taxe en de openbare lijst en er voordelen te behalen zijn uit het preferentiebeleid. Laat ik nog even aangeven waarom ik dat zelf van belang vind. Als wij straks de richtlijnen krijgen met medicatie die afhankelijk van de aandoening, het stadium en van de ernst van de aandoening, voorgeschreven wordt en wij willen daar doelmatigheidswinst mee behalen, dan moeten er wel prijsverschillen zijn. Via het preferentiebeleid komen die prijsverschillen aan het licht. Ik heb dus een mechanisme nodig waardoor én prijsverschillen ontstaan én er tegelijkertijd richtlijnen zijn die refereren aan de prijsverschillen en op basis daarvan prioriteiten uitspreken. In die zin is uw zorg mijn zorg: er moeten, onder andere door het preferentiebeleid, prijsverschillen blijven en ik zal de randvoorwaarden daarvoor creëren. Het NZa advies daarover komt nog; ik geef daar omtrent een beschouwing en ik kan daar wellicht de wettelijke bepaling rondom het afleveren van die diensten en medicijnen in meenemen. Ik zal u daar begin volgend jaar over inlichten.

Voorzitter. Wij gaan proberen de antwoorden op de schriftelijke vragen van de heer Van der Veen binnen week aan hem te doen toekomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het liefst begin volgende week omdat een eventueel Voortgezet Algemeen Overleg (VAO) week dinsdag plaatsvindt.

Minister **Klink**: Hoeveel vragen waren het?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het waren hele goede kennisvergroten-
de vragen in een heel logische volgorde, dus de beantwoording lijkt mij geen
probleem. Hoeveel weet ik niet meer uit mijn hoofd, maar niet té veel.

Minister **Klink**: Wij gaan proberen dat begin volgende week aan u te doen
toekomen. Mocht dat niet lukken, dan stellen wij u daarvan in kennis.
Voorzitter. Mevrouw Sap vraagt of wij in het voorjaar met een notitie
kunnen komen over de merkgeneesmiddelen; daartoe gaan wij een
poging wagen. Het kostenbindend kader nemen wij mee in de nadere
afweging voor het daadwerkelijk invullen van het langetermijnbeleid,
want dat is een belangrijk punt. Dat is ook gebleken rondom de ziekenhuis-
besteding.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik vroeg nog hoe wij die doelmatigheids-
prijkkels echt handen en voeten gaan geven en of de regieraad ook
mensen bevat met de juiste expertise.

Minister **Klink**: Ik zie op dit moment kritisch welke mensen ik in de
regieraad zet, want de opdracht van het regieorgaan moet sporen met de
kwalificaties en competenties van de mensen die erin gaan zitten. Ik zal
vooral kijken naar de economen en vooral naar goede economen.
Mevrouw Koşer Kaya vroeg in hoeverre de innovatie afgeremd wordt
door het preferentiebeleid. Dat is naar mijn stellige overtuiging niet zo.
Het gaat juist financiële ruimte opleveren die vervolgens weer kan worden
geïntroduceerd voor de innovatie. Ik zie het verband niet zo. Op het
moment dat wij goedkopere geneesmiddelen als het ware selecteren, is
dat een aanmoediging om innovatief en goedkoop te handelen. De lange-
termijnvisie creëert mogelijkheden, om op het gebied van zorginhoud en
alles wat daarmee samenhangt ook innovatief te zijn, vandaar de contrac-
tering tussen verzekeraars en apothekers. De algemene strekking van het
beleid op middellange termijn is een klimaat te creëren waarin innovatie
en kwaliteit beloond worden en waarin doelmatigheid geprikkeld wordt.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik had nog een aantal andere vragen in
verband met de schaduwkanten. Misschien kan de minister volstaan met
een toezegging dat hij in de komende tijd, want het zal duidelijker worden
naarmate wij meer preferentiebeleid hebben, alert blijft en dit bij de moni-
toring kan meenemen. Wij moeten natuurlijk niet de goede dingen kwijt-
raken doordat wij niet letten op die schaduwkant.

Minister **Klink**: Dat laatste kan en wij nemen dat in die monitor mee. U
had nog een vraag over de jonge apothekers, die pak ik met dankbaarheid
op omdat dit ook een vorm van reëliek is op wat de heer Van Gerven zei.
Ik gaf zo-even aan dat wij een zorgvuldig proces willen en dat heeft te
maken met het feit dat ons de geluiden niet onbekend zijn dat het vooral
de jonge apothekers zijn, die met goodwill en hoge afschrijvingskosten
zitten, die heel vaak het meest innovatief zijn. Dit is geen beleid van een
koude sanering, wat even in de woorden van de heer Van Gerven besloten
lag. Het is niet zo dat het mij niet interesseert wat er in die sector gebeurt:
vandaar het transitieakkoord en de geleidelijkheid die wij willen inbre-
ngen. Daarnaast zit de zorg voor de jonge apothekers die een toekomst
moeten hebben binnen de kaders die wij zo-even aangaven. De zorg-
verzekeraars hebben de plicht te voldoen aan de zorgplicht want dat is
voor mij maatgevend. Wat ik voor de ziekenhuizen ooit zei, geldt in feite

ook voor de apothekers: als wij ruimte creëren voor ondernemerschap betekent het dat de risico's voor ondernemerschap in de sector zelf liggen en die hoeft de overheid niet altijd naar zich toe te trekken.

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

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