

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 278

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het dreigende faillissement van zeven apotheken*. (Ingezonden 14 september 2009)

1

Wat is uw reactie op het nieuws dat zeven apotheken failliet dreigen te gaan door het overheidsbeleid?<sup>1</sup>

2

Onderschrijft u de conclusie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), dat apothekers vanwege het wegvallen van inkomsten door het preferentiebeleid van verzekeraars de kwaliteit van de zorg niet meer kunnen garanderen? Zo, nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat u dit oplossen?

3

Vindt u het acceptabel als door het huidige beleid de twee apotheken in Wijk bij Duurstede failliet zouden gaan en verdwijnen? Zo ja, kunt u dit toelichten? Zo nee, hoe gaat u dat voorkomen?

4

Wat is uw reactie op het feit dat jonge apotheken in grote problemen zijn gekomen vanwege de goodwill waarvoor voor de invoering van het preferentiebeleid bijvoorbeeld wel tot 1,5 maal de jaaromzet van een

praktijk werd betaald, zijnde een goodwill van circa 7,5 miljoen euro voor de twee apotheken in Wijk bij Duurstede?<sup>2</sup>

5

Wat is de rol van de zorgverzekeraar in deze in het kader van de zorgplicht?

6

Kunt u aangeven hoeveel jonge apothekers met vergelijkbare problemen kampen? Dreigt niet hierdoor de continuïteit en kwaliteit van de geneesmiddelenzorg van apothekers in Nederland in het geding te komen doordat willekeurig her en der nu apotheken (dreigen) te gaan?

7

Wat is uw reactie op het nieuws dat verantwoorde zorgverlening in apotheken niet meer mogelijk is, vanwege wurgcontracten opgelegd door zorgverzekeraars aan apothekers omdat u de regie volledig kwijt lijkt?<sup>3</sup>

8

Hoe beoordeelt u de thans aan de apothekers aangeboden contracten voor 2010 van Achmea (IDEA of Preferentie), die beschouwd worden als «wurgcontracten», waarbij apothekers kunnen kiezen uit «kwaad» of «erger»? Vindt u het reële contracten op basis waarvan

apothekers goede zorg kunnen blijven bieden? Zo ja, kunt u dit toelichten? Zo nee, waarom niet?

9

Is het u bekend dat er sinds de invoering van het preferentiebeleid diverse terugroepacties op generieke geneesmiddelen zijn geweest als gevolg van problemen met de kwaliteit/veiligheid van de betreffende middelen? Zo nee, bent u bereid dit te gaan onderzoeken? Zo ja, wat gaat u doen om te garanderen dat de veiligheid van alle geneesmiddelen te allen tijde is gegarandeerd, zodat apothekers, als eindverantwoordelijken voor de kwaliteit van hetgeen zij afleveren, niet verantwoordelijk worden voor kwaliteitsverliezen ten gevolge van een door zorgverzekeraars ontketende prijzenslag in de geneesmiddelenmarkt?

10

Is het bij u bekend dat het zogenaamde «onder couvert» aanbesteden van zorgverzekeraar UVIT bij het middel Pantozol er toe leidt, dat patiënten van deze verzekeraar 30 euro moeten betalen via hun eigen risico terwijl er Pantozol producten beschikbaar zijn die slechts 3 euro kosten? Is het bij u bekend dat de verzekerd van UVIT opdraaien voor dit prijsverschil? Wat denkt u daaraan te gaan doen?

11

Hoe is de stand van zaken met betrekking tot het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over kostendekkende tarieven voor apothekers?

12

Waarom laat de uitkomst van dat onderzoek zo lang op zich wachten?

13

Is er geen sprake van onbehoorlijk bestuur en gebrek aan regie van uw zijde als niet voor 1 oktober a.s. de kostendekkende tarieven bekend zijn, zodat de grote onzekerheid en problemen die thans bij alle betrokkenen worden veroorzaakt kunnen worden weggenomen?

14

Bent u bereid om voor 1 oktober a.s. met voorstellen voor een kostendekkende receptregelvergoeding te komen? Zo nee, waarom niet?

15

Hoe beziet u de huidige ontwikkelingen in het licht van de door de Kamer aangenomen motie<sup>4</sup> om een regeling te treffen voor jonge apothekers die vanwege recente investeringen in de problemen dreigen te komen? Bent u bereid de motie alsnog uit te voeren?

16

Onderschrijft u de uitkomst dat om goede farmaceutische zorg te kunnen verlenen er op elke 5000 patiënten één apotheker nodig is? Momenteel is er in een gemiddelde apotheek 1,6 fte apotheker aanwezig. Hoe kunt u de kwaliteit en de continuïteit van de geneesmiddelenzorg nog garanderen als er door de huidige ontwikkelingen veel tweede apothekers hun baan dreigen te verliezen?

17

Op welke wijze garandeert u de bereikbaarheid van de geneesmiddelenzorg geleverd door (jonge) apothekers?

18

Kunt u de vragen nog deze maand beantwoorden, dat wil zeggen vóór het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid op 8 oktober a.s.?

<sup>1</sup> NRC, 6 september 2009: «Zeven apotheken mogelijk failliet».

<sup>2</sup> Algemeen Dagblad, 8 september 2009: «Toekomst apotheek onduidelijk».

<sup>3</sup> Haarlems Dagblad, 8 september 2009: «Heemsteedse apotheek op randje faillissement».

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 59.

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 8 oktober 2009)

1

De melding in de NRC dat 7 Medsen apotheken uitstel van betaling zullen vragen is onjuist. Niet de betrokken onderliggende B.V.'s met de 7 individuele apotheken hebben uitstel van betaling gevraagd, maar een overkoepelende holding BV: AIO XI BV. De 7 apotheken hebben zich ook niet tot de Nederlandse Zorgautoriteit of zorgverzekeraars gewend voor financiële bijstand. Interim-directeur van de Medsen-groep Hans Preijde heeft in het Pharmaceutisch Weekblad van 11 september 2009 laten weten dat hij hoopvol is gestemd om de 7 apotheken op een andere manier onder te kunnen brengen in de holding en dat de geneesmiddelenvoorziening is gewaarborgd.

De situatie bij Medsen is zeker niet exemplarisch voor de hele sector. De Medsen-groep heeft blijkens een artikel in het Pharmaceutisch Weekblad van 27 februari 2009 «Medsen in zwaar weer», een belang in 61 apotheken en bestaat verder uit de Centrale Bereidings Apotheek Nederland, Medsen Central Filling en Medizorg, dat gespecialiseerd is in onder meer unieke geneesmiddelen. Onder het kopje: «Wat is er mis met Medsen?» geeft interim-directeur Hans Preijde aan:

«Een combinatie van factoren. Interne strubbelingen, het ontbreken van actuele financiële informatie, aandeelhouders die niet op een lijn zitten en ook nog belangen hebben in groothandel Regifarm. En daar komt het preferentiebeleid bij. Dat laatste heeft een forse druk gezet op de inkomende geldstroom, maar is niet de enige oorzaak van de problemen. Als we onze zaken op orde hadden gehad, waren de gevolgen van het overheidsbeleid makkelijk op te vangen geweest. Ik vind het iets te makkelijk dat de KNMP stelt dat Medsen door het overheidsbeleid in de problemen is gekomen. Dat klopt niet voor 100%.

Want ook wij hebben tegen te hoge prijzen bedrijven gekocht. Er zijn ook

eenmansbedrijven in de problemen. Alle apotheken die de laatste drie jaar door zelfstandige apothekers zijn gekocht met externe financiering moeten liquiditeitsdruk hebben». Ik heb het volledige artikel uit het Pharmaceutisch Weekblad bijgevoegd zodat de aangehaalde opmerkingen in hun volledige context kunnen worden gelezen.<sup>1</sup>

2

Nee. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt het (gemiddelde) tarief vast aan de hand van een onderzoek naar praktijkkosten en inkoopvoordelen. Daarbij houdt de NZa zoveel mogelijk rekening met recente ontwikkelingen. Binnenkort zal de NZa een beslissing nemen of het huidige tarief op basis hiervan aangepast moet worden en hoe hoog het tarief 2010 moet worden vastgesteld. De huidige tariefstructuur gaat sinds enige tijd uit van een flexibele prestatiebekostiging en biedt juist meer ruimte om (betere) kwaliteit te belonen.

3

Het is niet aannemelijk dat de betrokken apotheken door het huidige beleid failliet zullen gaan en verdwijnen. De exploitatie van de apotheken is op zich zelf rendabel. Het probleem ligt bij de hoogte van de betaalde goodwill en de duur van de financiering. Mocht de farmaceutische zorg in Wijk bij Duurstede onverhoopt toch in gevaar komen dan zal ik zorgverzekeraars aan hun zorgplicht houden. Zorgverzekeraars hebben mij inmiddels toegezegd in dat geval maatregelen te nemen, al dan niet in de tarieven sfeer, om de farmaceutische zorg in Wijk bij Duurstede te waarborgen.

4

Ik ben het eens met de hierboven aangehaalde opmerking van de heer Preijde dat er apotheken tegen te hoge prijzen zijn gekocht. Goodwill in de orde van grootte van 1,5 maal de omzet is al tijden zeer hoog, gezien het al jaren geleden ingezette beleid om de kortingen en bonussen te vervangen door structurele prijsverlagingen (al vóór het Geneesmiddelenconvenant in 2004). Mijn ambtsvoorgangers ik en hebben op die ontwikkeling geattendeerd. Hierbij valt de vraag te stellen naar het realiteitsgehalte van het advies

van financiële adviseurs voorzover die dergelijke constructies hebben aanbevolen. Zeker als de financiering van de goodwill er op zou zijn afgestemd om die goodwill in bijvoorbeeld slechts 7 tot 10 jaar op te brengen uit de inkomsten uit kortingen en bonussen.

5

Zorgverzekeraars hebben de plicht farmaceutische zorg voor hun verzekerden in voldoende mate te waarborgen. Zie ook het antwoord op vraag 3.

6

Ik beschik niet over dergelijke informatie. Er hebben zich geen jonge apothekers gemeld bij de NZa met een formeel verzoek tot financiële ondersteuning. Wel hebben enkele apothekers bij de NZa geïnformeerd en zijn er contacten geweest waaruit bleek dat er sprake was van hoge goodwillssommen. Van willekeurige her en der faillissementen van apotheken is ook geen sprake. Zie ook de antwoorden op vragen 1, 2, 3, 4 en 15.

7 en 8

Een apotheekhoudende zal een afweging moeten maken of hij op dergelijke voorwaarden een contract wil aangaan. Voor de ene apotheekhoudende zal dit anders uitpakken dan voor de andere. Het staat apotheekhoudenden in beginsel vrij om al of niet een overeenkomst aan te gaan met een zorgverzekeraar. Voor zover geen contract tot stand komt gelden de maximum-tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit waarmee het leveren van verantwoorde zorg mogelijk moet zijn. Als een apotheekhoudende wel een IDEA contract met Achmea sluit<sup>2</sup> hanteert Achmea een verhoogde receptregelvergoeding (op dit moment tot het verhoogde maximum dat de NZa toestaat: € 7,94, daarnaast wordt voor «multi source» geneesmiddelen de clawback feitelijk «afgeschaft»). Conform de tariefbeschikking van de NZa wordt de in rekening gebrachte vergoeding voor inkoopkosten met maximaal 9,33% verhoogd om de clawback-korting van 8,53% ongedaan te maken. Op dit moment beziet de NZa de hoogte van het huidige tarief. De NZa neemt daarbij de actuele

ontwikkelingen mee. Zie ook de antwoorden op de vragen 11 en 12.

9

Terugroepacties vinden plaats wanneer het geneesmiddel niet voldoet aan de registratie-eisen en er mogelijk een risico is voor de patiënt. Terugroepacties beperken zich niet tot generieke geneesmiddelen of geneesmiddelen die onder het preferentiebeleid vallen. Doordat er een wereldwijd netwerk van inspectiediensten bestaat, informeren de inspectiediensten elkaar na het signaleren van een gebrek snel en kan een terugroepactie volgen als dat nodig is om potentieel risico uit te sluiten. In Nederland legt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in voorkomende gevallen een bedrijf op een terugroepactie uit te voeren. Het feit dat producten soms worden teruggeroepen laat zien dat het (mondiale) toezicht op de kwaliteit en veiligheid goed werkt. Overigens is de veiligheid van patiënten op geen enkel manier in gevaar geweest bij de meer recente terugroepacties waar u op doelt, aldus het College ter beoordeling van geneesmiddelen.

10

Dit is onjuist. Zorgverzekeraar UVIT heeft mij aangegeven de in het kader van het preferentiebeleid aangewezen geneesmiddelen, waaronder Pantozol, in het geheel niet ten laste van het eigen risico van de verzekerde te brengen.

11

De NZa neemt voor het Algemeen Overleg van 8 oktober een besluit of het tarief 2009 voor apotheekhoudenden al of niet moet worden aangepast.

12

Het cijfermatige onderzoek is al enige tijd geleden afgerond. De uitkomsten van het onderzoek moeten worden vertaald naar het jaar 2009. De NZa doet dat heel zorgvuldig en betreft daarbij ook de opmerkingen die betrokken partijen, waaronder de KNMP, nog in de laatste klankbordgroep op 29 augustus 2009 hebben gemaakt. Zie ook het antwoord op vraag 2.

13

Nee. Zie verder het antwoord op vraag 14.

14

Nee. De Nederlandse Zorgautoriteit is de wettelijke tariefinstantie, ik ben daar niet toe bevoegd. De NZa is onderhevig aan het toezicht van de rechter. Uiteindelijk beslist de rechter in conflicten over een door de NZa vastgesteld tarief. Het beroep van de KNMP tegen de hoogte van het tarief 2008 heeft het College van Beroep voor het Bedrijfsleven op 18 juni 2009 ongegrond verklaard.<sup>3</sup> Ook tegen het tarief 2009 heeft de KNMP beroep ingesteld bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven. Dat beroep is nog niet behandeld.

15

Het steunbeleid van de NZa is er ten algemene op gericht om de noodzakelijke zorg in stand te houden en niet om elke zorginstelling cq zorgverlener een financieel bestaansrecht te garanderen, ongeacht de grootte, lokatie en kwaliteit van (in dit geval) de apotheek. In het steunbeleid van de NZa hebben zorgverzekeraars een cruciale rol. Zij moeten immers hun zorgplicht ten opzichte van hun verzekerden waarmaken. Mede om dit te kunnen faciliteren bevat de huidige tariefstructuur sinds 1-01-2009 een vrij te onderhandelen tariefcomponent. Zonodig kan daardoor een meer op de situatie toegesneden tarief worden overeengekomen. Er hebben zich geen (jonge) apothekers met een formeel verzoek om financiële ondersteuning tot de NZa gewend. Voor zover er contacten waren met de NZa betrof het apothekers die te kampen hebben met de hoogte van goodwill en niet zozeer met de bekostiging van de farmaceutische zorg op zichzelf. Financiering van goodwill is echter geen onderdeel van de tariefonderbouwing van vrije beroepsbeoefenaren derhalve ook niet van steunverlening. Volledigheidshalve merk ik op dat er blijkens gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen per saldo een toename is geweest van het aantal apotheken van ruim 300 apotheken sinds 1 januari 2002 (van 1629 apotheken naar 1943 apotheken per 1-01-2009). Zie verder het antwoord op vraag 6.

16

Nee, die uitkomst onderschrijf ik niet. Het aantal apothekers zal afhankelijk zijn van o.a. de samenstelling van de populatie van patiënten die worden bediend, de wijze van organisatie van de farmaceutische zorg, eventuele specialisatie op zorginhoudelijke taken (specifieke ziektebeelden, medication review e.d.), en de wijze van distributie van geneesmiddelen.

17

Via de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben ten opzichte van hun verzekerden. Het flexibele tarief geeft hen daar ruimte voor.

18

Ja.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Zie ook persbericht op [www.achmea.nl](http://www.achmea.nl) van 18 september 2009.

<sup>3</sup> Het College geeft in haar persbericht aan dat: «De geschillen zagen op tariefbeschikkingen voor de periode 1 januari 2008 tot 1 juli 2008 respectievelijk 1 juli 2008 tot 31 december 2008. In deze tariefbeschikkingen is vastgelegd welk bedrag apothekers in rekening mogen brengen voor geleverde medicijnen. Volgens KNMP is de vergoeding ontoereikend en daarmee in strijd met de Wet marktordening gezondheidszorg. Het College deelt dat standpunt niet. De NZa mag volgens het College bij de vaststelling van het tarief rekening houden met door de apothekers genoten inkoopvoordelen. De door de NZa in dat verband gehanteerde aannames konden volgens het College worden gebruikt als grondslag voor de bepaling van de tariefhoogte.»