

Vergaderjaar 2008–2009

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 101

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 16 juli 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 25 juni 2009 overleg gevoerd met minister Klink over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 april 2009 over geneesmiddelenreclame (29 477, nr. 84);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 april 2009 bij het rapport Vervolgonderzoek Dienst-apotheken: medicatiebewaking nog verre van sluitend (29 477, nr. 85);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 april 2009 bij het inspectierapport over fase IV-onderzoek met marketingdoeleinden (29 477, nr. 86);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 28 april 2009 over onder meer het preferentiebeleid (29 477, nr. 87);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 mei 2009 met een reactie op de rapportage Evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang van de RVZ (29 477, nr. 89);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 mei 2009 ter aanbieding van de vernieuwde werkafspraken over de samenwerking tussen partijen op het gebied van geneesmiddelenreclame (29 477, nr. 88);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 juni 2009 over ontwikkelingen op het terrein van de farmacie (29 477, nr. 91);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juni 2009 over monitor contractering farmacie 2009 (29 477, nr. 92).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

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), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gil'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Smilde
Griffier: Teunissen

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

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

De **voorzitter**: Dit is het algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid. Er staan verschillende brieven op de agenda. Ik stel een spreektijd voor van maximaal vier minuten per woordvoerder.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Laten wij dit debat eens positief beginnen. De SP-fractie is blij dat de minister oren heeft naar ons voorstel voor een onafhankelijk fonds om onderzoek te doen naar geneesmiddelen. Wij vinden dat dit onafhankelijk onderzoek snel moet worden gedaan. Wat ons betreft moet het ook een onderzoek zijn naar de bijwerkingen van geneesmiddelen, het zogenaamde post-marketingonderzoek. Uiteraard is de eerste vraag wanneer dat fonds er komt. Ik heb begrepen dat de industrie daar niet direct om staat te springen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt de laatste tijd wat actiever, mede naar aanleiding van verzoeken van de Kamer. Nu blijkt dat de farmaceutische industrie nog steeds de grenzen van de reclameregels overschrijdt. Nog steeds worden espressoapparaten, draadloze toetsenborden enz. weggegeven. Ook worden er nog steeds vergoedingen aan artsen gegeven en is er sprake van twijfelachtige onderzoeken, al gebeurt dat in mindere mate dan tien tot twintig jaar geleden. Het antwoord van de minister daarop is dat wij de zelfregulering verder moeten verbeteren. De vraag is echter of dat gaat werken. Ik verzoek de minister om toch scherper in te grijpen. De afgelopen jaren is immers niet gebleken dat zelfregulering werkt. Zelfs in de Verenigde Staten is men tot de conclusie gekomen dat de overheid niet stil moet zitten. President Obama is betrekkelijk voortvarend bezig met de aanpak van de farmareuzen. Goed voorbeeld doet goed volgen.

Graag wil ik een reactie van de minister op het voorstel voor een wettelijke regeling voor de openbaarheid van alle vergoedingen. De SP-fractie dringt daarop al veel langer aan. Verder vraag ik mij af of het mogelijk is om vergoedingen aan privépersonen te verbieden en dus niet uit te gaan van rechtstreekse betalingen aan artsen indien zaken worden voorgescreven die niet echt met onderzoek te maken hebben.

Verder vraag ik om alle onderzoeksgegevens openbaar te maken. Ik doel dan niet alleen op gegevens van afgerond onderzoek, maar ook op nieuw gestarte onderzoeken en het tussentijds stoppen daarvan. Ik verzoek de minister om dat ook in Europees verband na te gaan.

Laten wij stoppen met zelfregulering van de marketing. De SP-fractie is er een groot voorstander van dat de inspectie weer actief aan opsporing gaat doen. Daarvan gaat ook een preventieve reactie uit.

In de evaluatie van het Reclamebesluit Geneesmiddelen wordt een aantal punten genoemd. Het element symptoomreclame viel de SP-fractie op. Uit die evaluatie blijkt dat dit fenomeen steeds vaker voorkomt en dat dit een groot probleem is. De SP-fractie vindt dat er naar wegen moet worden gezocht om dat af te schaffen. Hoe kijkt de minister daar tegenaan? Wij vragen ons ook af hoe wij moeten omgaan met de medical opinion leaders.

Het Nederlands Huisartsengenootschap en andere organisaties zouden graag zien dat wordt gestopt met de individuele artsenbezoeker. Hoe meent de minister dat te stimuleren of te bewerkstelligen?

Ik kom op het punt van de onafhankelijke voorlichting. Er wordt geconstateerd dat er wat dat betreft de afgelopen jaren een grote leemte is ontstaan. Wat denkt de minister daaraan te kunnen doen?

Er wordt massaal een pleidooi gehouden voor het behoud van het Geneesmiddelenbulletin. De SP-fractie onderschrijft dat. Als dat bulletin gedegradeerd wordt tot een mededelingenblad, lijkt mij dat niet goed voor de mensen met een kritische kijk op de geneesmiddelen in Nederland. Graag wil ik hierover het standpunt van de minister.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie heeft steeds gepleit voor een goede doelmatige farmaceutische zorg. De overgang naar prestatiebekostiging volgt zij nauwgezet met de intentie dat er een eind moet komen aan de overvloedige dollars en kortingen die in de kolom blijven hangen en die ten goede komen aan de apothekers. Deze ommezwaaier moet dan wel gepaard gaan met de opbouw van een realistisch tarief voor de apotheker. Wij mogen wel zeggen dat wij goed op weg zijn, maar wij zijn er nog lang niet. In december ondersteunden wij de motie van de PvdA-fractie met de intentie om het tarief per 1 mei te herzien, wetende dat is toegezegd dat op die datum de resultaten van het onderzoek van de NZa naar een reëel tarief bekend zouden zijn. De minister liet weten dat die resultaten pas later bekend zullen zijn. Voor ons is dat geen onoverkomelijk bezwaar. Voor ons is de belangrijkste vraag hoe wij moeten komen tot een systeem dat ervoor kan zorgen dat 24 uur per dag goede doelmatige zorg kan worden geleverd. Wij willen ons baseren op het onderzoek van de NZa.

Helaas kan ik slechts op enkele van de vele punten ingaan. De minister wil naar een systeem van doelmatig voorschrijven op grond van richtlijnen. Op dit ogenblik is er nog een groot verschil in kwaliteit van richtlijnen. Bovendien komen die richtlijnen op geheel verschillende wijze tot stand. Bij de ene richtlijn zijn de stakeholders goed betrokken en bij de andere helemaal niet. Recent is de regieraad opgericht met als doel om te bevorderen dat er doelmatige richtlijnen tot stand komen. Desondanks vragen wij ons af of de huidige richtlijnen een dermate goede kwaliteit hebben dat die al als basis kunnen dienen voor het voorschrijven en het vergoeden van geneesmiddelen. Doelmatigheid is nog in onvoldoende mate een punt van aandacht geweest. De CDA-fractie vindt dit des te belangrijker nu de minister in zijn brief van 12 juni aankondigt dat hij een pilot wil uitzetten naar een functionele aanspraak op geneesmiddelen. De bedoeling daarvan is dat op grond van richtlijnen de aanspraak van verzekeren meer in algemene bewoordingen wordt omschreven. Dat houdt in dat min of meer vergelijkbare middelen zullen worden vergoed en dus niet meer geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof. Naar de mening van de CDA-fractie kan dat alleen indien wordt voldaan aan enkele aanvullende voorwaarden: er zouden recente richtlijnen moeten zijn die zijn goedgekeurd door de regieraad. Doelmatigheid moet daarvan onderdeel uitmaken. Er dient controle op die doelmatigheid te worden uitgeoefend. Anders verwordt die al snel tot het kiezen van het goedkoopste product. Graag verneem ik van de minister hoe de regieraad zal gaan werken. Hoe sterk zal zijn regie zijn? De minister wil beginnen met een pilot voor cholesterolverlagers en maagzuurremmers. Beide geneesmiddelen worden door een grote groep mensen gebruikt. Komen die pilots niet te snel en zullen die niet te groot worden opgezet, nu de regieraad nog maar net is geïnstalleerd? Graag wil ik een uitgebreide reactie hierop van de minister.

De heer **Van Gerven** (SP): De functionele aanspraak op geneesmiddelen is een cruciale verandering ten opzichte van het huidige stelsel. Mochten wij een en ander functioneel omschrijven, dan betekent dit dat de macht van de verzekeraars wordt vergroot. Verzekeraars zullen wat dat betreft immers bepalend worden. De keerzijde daarvan is dat niet de professional

de macht krijgt. De SP-fractie heeft daartegen grote bezwaren. Zij vindt dat onjuist, omdat de autonomie van de professional daarmee op fundamentele wijze wordt aangetast. Hij of zij kan dan immers niet meer het medicijn met de betreffende stofnaam voorschrijven. Hoe staat de CDA-fractie tegenover dat dilemma? Zij noemt wel voorwaarden, maar over het principe laat zij zich niet uit.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De heer Van Gerven heeft extra tijd «gekocht» om zijn punt te maken. Ik deel zijn bedenkingen. Daarom bevroeg ik de minister uitvoerig op dit punt. Dat doe ik juist op dit punt, omdat ik van mening ben dat de verantwoordelijkheid van de professional belangrijk is. Daarom wil ik weten wat die regieraad gaat doen en in hoeverre die invloed zal kunnen uitoefenen op het doelmatig voorschrijven van medicijnen en niet alleen op het goedkoop voorschrijven daarvan. De CDA-fractie is een voorstander van het op doelmatige wijze voorschrijven van medicijnen. Dat betekent dat er sprake moet zijn van een goede indicatie en dat niet per se de goedkoopste medicijnen moeten worden voorgeschreven.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij delen dat doel, maar het middel is pervers. Als de verzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten, wordt de prijs leidend. Dat is althans het grote risico, zeker in deze marktwerkingsconstructie.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, u houdt heel lange betogen in plaats van dat u kort interrumpeert. Als u dat blijft doen, moet ik het aantal interrupties beperken. U kunt beter korte vragen stellen. Dat is meer collegiaal dan ervoor te zorgen dat het aantal interrupties wordt beperkt.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn collega's kunnen uiteraard ook interrumperen.

Als de richtlijnen leidend worden, dreigt het pakket aan medicijnen dat vergoed wordt en waarvan artsen gebruikmaken, bij het voorschrijven ernstig te worden ingeperkt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): De minister is voornemens om twee pilots op dit terrein te doen. Ik plaats mijn vraagtekens daarbij, althans bij de termijn waarbinnen hij die wil doen. De heer Van Gerven spreekt over vermoedens. Ik weet nog helemaal niets. Ik vraag de minister alleen of die pilots in de huidige situatie niet te vroeg worden gedaan. Wat daar verder uit komt, weet ik ook niet. Daarom worden die pilots gedaan. Herhaaldelijk verzekerde de minister ons dat het altijd mogelijk zal zijn om gemotiveerd af te wijken van een richtlijn op grond van medische noodzaak. Ons bereiken signalen dat apothekers alleen voor een hogere vergoeding in aanmerking komen als het percentage «medische noodzaak» niet te hoog is. Zo verwordt dat percentage tot een door de verzekeraars opgeworpen drempel om zelfs maar in gesprek te komen over een eventueel hoger tarief. Vindt de minister dat acceptabel? Ik ga in op het afleveren van een geneesmiddel bij de patiënt. In het rapport van de IGZ van 2008 over de dienstapotheken zijn onverantwoorde situaties beschreven. Het gaat daarbij om de communicatie tussen apothekers van de dag naar de buiten kantooruren. Het komt frequent voor dat interacties niet kunnen worden gecontroleerd. De kwaliteit van de farmaceutische zorg buiten kantooruren is dus onacceptabel laag. Dat er geen verbetering in de situatie is gekomen sinds het eerste onderzoek uit 2005, vind ik nog erger. Om de cyclus voort te zetten, kondigt de minister een hernieuwd onderzoek aan in 2011. Mocht een en ander dan nog niet goed zijn, dan wordt er misschien wel een bestuurlijke boete opgelegd. Graag wil ik een reactie van de minister.

Een belangrijk communicatiemiddel is de bijsluiter. Het is vaak lastig om die te lezen, want dat is ook een juridisch document. Ik verzoek de minister om onderzoek te doen naar de mogelijkheid om die twee componenten uit elkaar te trekken, zodat er voor de patiënt een leesbare bijsluiter komt.

Er zijn gebieden waar het voor de farmaceutische industrie onaantrekkelijk is om medicijnen te ontwikkelen. Ik noem weesgeneesmiddelen en personalised. Graag wil ik weten of de minister mogelijkheden ziet om daarnaar onderzoek te promoten door bijvoorbeeld extra patent bescherming, zoals dat voor de kinderregistratie is geregeld.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag over de vrije prijsvorming voor de apothekers. De minister wil die in 2011 invoeren. Vreest de CDA-fractie niet dat dit zal leiden tot een kaalslag onder de apothekers? Verzekeringen zeggen dat het wel met 30% minder kan. Dat zou de bereikbaarheid kunnen aantasten, maar ook de kwaliteit van de zorg van apothekers. Hoe staat de CDA-fractie daar tegenover? Is zij ook voorstander van die vrije prijsvorming? Ziet zij ook die risico's?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb gezegd dat wij het overgaan tot prestatiebekostiging sterk ondersteunen en dat dit op een zorgvuldige manier moet gebeuren. Ik heb nog geen signalen ontvangen waaruit blijkt dat 2011 niet haalbaar is.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De farmacie is behoorlijk in beweging. Wij benadrukken met elkaar het belang van transparantie en willen graag dat er een eind komt aan de bonuscultuur. De vraag is natuurlijk wel waar wij met onze apotheker naartoe willen. Is hij slechts een dozenschuiver? Mag er best 30% minder aan apothekers zijn in Nederland? Of beschouwen wij de apotheker als een belangrijke zorgverlener in de eerste lijn? Als wij de laatste vraag bevestigend beantwoorden – de ChristenUnie-fractie doet dat – moeten wij de conclusie trekken dat daarop niet simpelweg marktwerking kan worden losgelaten. Dan moet helder zijn of op basis van de huidige tarieven van medicijnadoosjes een goede apotheekhuishouding gevoerd kan worden, of daarvoor voldoende tijd en aandacht aan de cliënt kan worden gegeven in zijn nabijheid. De apotheker zal moeten kunnen voldoen aan de indicatoren waarop de IGZ controleert. Ik constateer dat er ondertussen op de achtergrond een strijd om de macht wordt gevoerd. Wie beheert het medicatiedossier? Kennis is immers macht. Ik vind dat wij moeten voorkomen dat wij in een soort Albert Heijn-cultuur terechtkomen. Albert Heijn beschikt over kennis van de klant. Hij kan zijn gegevens namelijk opvragen met de bonuspas. In die sfeer moeten wij niet terechtkomen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het ging over kennis is macht en over het Elektronisch Patiëntendossier (epd). Ik verzoek mevrouw Wiegman nader uit te leggen wat zij daarmee bedoelt. Het epd is omgeven met grote privacywaarborgen. Hoe kan kennis dan macht zijn op dit vlak?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik kijk uit naar een goed werkend epd. Het gaat mij nu echter om de huidige situatie waarin wordt gewerkt met het medicatiedossier. Mij gaat het om de wijze waarop daarmee nu wordt omgegaan en wie daarvoor verantwoordelijk is. Het is een kwestie van een en ander goed in de gaten houden en daarover duidelijkheid verschaffen.

Denken in functionele bekostiging en ketenzorg, bijvoorbeeld op het terrein van COPD, is mooi, maar dat zou ook een bedreiging kunnen zijn voor de generalistische aard van de eerstelijnszorg. Het risico bestaat dat het uiteindelijk om de centen gaat als per ziektebeeld wordt bekostigd.

Voordat je het weet, wordt de cliënt dan een soort product dat je niet uit handen wilt geven. Je ziet nu dat zorgverzekeraars de neiging hebben om de inkoop naar een soort coöperaties te verschuiven en dat zij proberen om eigen inkoopcriteria te hanteren zonder dat er een afdoende inhoudelijke basis is. Ik waarschuw daarvoor. Die weg moeten wij niet inslaan. Ik leg graag ook de nadruk op de gegevens van de NZa-monitor van 2009. Ruwweg zijn de conclusies daarvan dat er sprake is van verschillende inzichten, verschillende verwachtingen en een gebrek aan vertrouwen. Er is bovendien geen eenduidige onderhandelingsstaal. Daarom steun ik het besluit van de minister om de invoering van vrije tarieven een jaar uit te stellen. Het lijkt mij goed dat er een nieuwe monitor van de NZa komt, maar wat doet de minister ondertussen met deze gegevens om op deze terreinen voortgang te boeken?

Wij steunen de inzet om meer ruimte in te bouwen voor het belonen van kwaliteit. Wij verwachten dan echter wel dat het komende jaar wordt benut om verder te werken aan een goede invulling van de randvoorwaarden.

Als het gaat om het preferentiebeleid, zeg ik dat wij moeten doorgaan op de weg van de generieke geneesmiddelen. Wij moeten echter wel letten op chronisch zieken en de noodzaak van beschikbaarheid en betaalbaarheid van spécialités.

De minister wil dat op de lange termijn vergoeding van geneesmiddelen plaatsvindt op basis van functionele aanspraak. Met het oog daarop wordt al in 2010 gestart met een pilot voor cholesterolverlagende en maagzuurremmers. Ook hiervoor geldt dat het van belang is dat de randvoorwaarden op orde zijn. Zijn de partijen daar wel klaar voor? Komt de pilot dus niet te vroeg? Wij moeten voorkomen dat de zorgverzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten. Ook moet er de garantie zijn dat zorgverzekeraars ten opzichte van verzekerden en zorgverleners transparant zijn over de geneesmiddelen die op grond van de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Welke middelen hebben VWS en het CVZ om de uitvoerbaarheid, de haalbaarheid en de kwaliteit te monitoren? Onze aandacht wordt opgeslokt door de discussies over geneesmiddelen. Ondertussen stijgt het aantal mensen dat in toenemende mate een beroep doet op de gezondheidszorg en dat te kampen heeft met een ernstige, chronische ziektelast. Laten wij daarom in dit dossier ook de preventie niet vergeten. Preventie hoort immers ook thuis in dit dossier. Ik denk dat de voedingsgeneeskunde prachtige mogelijkheden biedt op het gebied van de preventie. Dat is een aanvulling op het lifestyledebat dat wij voeren. Voedingsgeneeskunde is een vorm van geneeskunde die in Nederland nauwelijks voet aan de grond heeft gekregen. Het zou dus goed zijn als daarvoor meer ruimte kwam. In Nederland wordt overgewicht bijvoorbeeld als een kwantitatief probleem gezien, namelijk het te veel en te vet eten. Eigenlijk is het echter een kwalitatief probleem, namelijk een verkeerde samenstelling van de voeding. Ik vind dat huisartsen en apothekers tools moeten krijgen om hiermee iets te doen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Het zal niet lukken om in vier minuten een veld te behandelen dat zo in beweging is. Ik zal er dus staccato doorheen gaan en bied de heer Van Gerven mijn twee interruptiemogelijkheden aan. Ik houd er namelijk rekening mee dat hij mij wil interrumperen. Hij mag van die mogelijkheid dus gebruikmaken.

Ik ga eerst in op de brieven over de werkafspraken tussen de inspectie en de Stichting Code Geneesmiddelenreclame. Die afspraken zouden ontoereikend zijn voor de handhaving. Waarom wordt er dan toch gekozen voor zelfregulering? Als iedereen dat echt wil, kun je toch net zo goed regelgeving toepassen? Dat zou naar mijn idee pas echt transparant zijn. De RVZ geeft een duidelijk onafhankelijk advies, namelijk het bij- en nascholen van de industrie. Graag wil ik dat de minister een uitgewerkt plan toezegt ten aanzien van de aanbevelingen van de RVZ.

Het is eigenlijk te gek voor woorden dat door de farmaceutische industrie marketing over de rug van de patiënten bedreven wordt. Wij vinden dat de minister op een zo kort mogelijke termijn wettelijke regels dient op te stellen om fase-4-onderzoek op basis van marketingdoeleinden onmogelijk te maken.

Ik kom op de drie moties die hier al enige tijd geleden aan de orde zijn geweest. Wij constateren dat het preferentiebeleid tot nu toe het enige middel is om de kosten in de hand te houden. De kosten zijn inderdaad gedaald, maar die voor de receptregels zijn gestegen. Die kosten zijn bijna hoger dan de kostendaling.

De motie-Van der Veen heeft betrekking op de tarieven, de opbrengst van 100 mln. Wij moeten constateren dat de NZa ondanks alle toezeggingen het rapport en de inventarisatie nog niet gereed hebben. Ik heb van de minister begrepen dat dit zo snel mogelijk zal gebeuren. Ik hoop dat er dan ook zo snel mogelijk actie wordt ondernomen ten aanzien van de tarieven.

Wij zien geen reden om de motie-Sap c.s. niet uit te voeren. Wij zijn het ook niet eens met de aangevoerde argumentatie. Het lijkt ons een kwestie van niet willen in plaats van niet kunnen. Naar ons idee kan het effect van die motie ook bereikt worden als de minister de NZa een aanleiding geeft. Aan de motie-Zijlstra c.s. zit een Europeesrechtelijk aspect vast. Wij vragen ons af waarom het dit jaar nog niet gelukt is om Brussel op dat punt te raadplegen en gaan ervan uit dat dit zo snel mogelijk gebeurt. Daar is immers het punt van de staatssteun aan de orde.

Ik kom op de langetermijnvisie. De minister gaat uit van vrije tarieven en onderhandelingen. Op dit moment is daarvan nog geen sprake. Mevrouw Schermers gaf al aan dat er wat dat betreft echt nog het nodige moet gebeuren. Wij zijn nog niet zo ver dat wij nu zien dat dit in 2011 ingevoerd kan worden. Wij willen echter wel iets kwijt. Ik heb net gezegd dat de sector enorm in beweging is. Ik merk ook dat er onder de apothekers een duidelijk besef is dat zij meer zorgverlener zijn dan koopman. De houding van de zorgverzekeraars stelt mij ernstig teleur nu uit de monitor blijkt dat er slechts 80 contracten zijn gesloten. Ik adviseer de minister om de verzekeraars nog eens onder druk te zetten. Zij zijn nu echt aan zet en moeten nu werkelijk waarmaken dat het hen ook om de kwaliteit van de zorg gaat. Als ik hoor dat er een soort boekhouders bij de apothekers langs worden gestuurd, zijn wij naar mijn oordeel niet goed bezig.

Ik kom op de functionele aanspraak. De minister wil volgend jaar al een tussenstap invoeren op weg naar de functionele aanspraak. Wij hebben daarmee heel veel moeite, omdat wij denken dat de verzekeraar niet zal kiezen. De verzekeraar zal echt alles doen om te voorkomen dat ook maar de indruk ontstaat dat hij op de stoel van de arts gaat zitten. Wij gaan er dus van uit dat veel op de medische noodzaak zal worden afgeschoven en dat de kosten daardoor enorm zullen stijgen. Wij vinden het ook jammer dat in het voorliggende model het instrument van het geneesmiddelenvergoedingssysteem is verlaten. Er wordt echt een sluis opengezet. In de systematiek van de functionele aanspraak wordt aanspraak «ingevuld» op basis van richtlijnen. Die zijn er nog onvoldoende. Als die er wel zijn, wordt daarvan geen gebruik gemaakt.

De **voorzitter**: De heer Van Gerven wil van uw genereuze aanbod gebruikmaken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Gelukkig! Ik zat daar al op te wachten.

De heer **Van Gerven** (SP): De heer Van der Veen was in blijde verwachting, of in blijde afwachting. Het gaat mij om het principiële punt van de principiële aanspraken. Hoe staat de PvdA-fractie tegenover de positie van de professionele autonomie? Ik vind dat een heel zwaarwegend punt. Die

autonomie wordt door die functionele bekostiging immers fundamenteel aangetast.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik denk dat er twee kanten zijn. De professionals zullen zeggen dat hun functionele autonomie wordt aangetast. De zorgverzekeraars zullen zeggen dat zij daar nooit de vinger achter krijgen. Zij zullen zeggen dat zij er direct van beschuldigd worden dat zij op de stoel van de arts gaan zitten op het moment dat iets geen medische noodzaak is. Dat zal aanleiding geven tot heel ongemakkelijke situaties en afkopen. Daarvan ben ik overtuigd. Wij gaan er dus echt van uit dat dit alleen maar aanleiding zal geven tot kostenstijgingen. Er is op zichzelf niets op tegen dat de zorgverzekeraar beoordeelt of zaken al dan niet doelmatig gebeuren, mits hij de autonomie van de hulpverlener respecteert. Dat behoort ook tot zijn taak. Maar uiteraard zijn wij voor professionele autonomie.

De heer **Van Gerven** (SP): Stelt u zich voor dat er komt te staan dat maagzuurremmers vergoed moeten worden. Zoiets stel ik mij voor. Wij hebben tien van dat soort medicijnen met verschillende werkzame stoffen. De verzekeraar kan straks zeggen dat hij slechts twee van die tien middelen vergoedt. Dat is toch een directe aantasting van de keuzevrijheid die een arts moet hebben? Hij moet toch kunnen zeggen dat dit of dat medicijn nodig is? Ik snap uw punt van doelmatigheid wel, maar het is een fundamentele koerswijziging als wij daar ja tegen zeggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ja, maar daarom hebben wij grote aarzelingen. Het is iets anders dan bij het preferentiebeleid. Dan is er immers sprake van exact gelijke geneesmiddelen. Ik zeg het nu met mijn eigen woorden.

De heer **Van Gerven** (SP): U verwacht dat die kosten uit de hand lopen.

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van Gerven, u overvraagt mij.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Je loopt risico door niet met exact gelijkwaardige producten te werken. De zorgverzekeraar moet misschien noodgedwongen een keuze maken. Ik ga nu even aan de kant van de zorgverzekeraar staan. Hij heeft geen poot om op te staan als een huisarts zegt dat het medisch noodzakelijk is om een ander geneesmiddel voor te schrijven. Een verstandige zorgverzekeraar zal dat dan ook niet doen. Mijn inschatting is dan ook dat men geneigd zal zijn om medische noodzaak vaker als argument aan te halen dan medisch noodzakelijk is. Dat risico bestaat. Daardoor zullen heel ongelukkige situaties ontstaan. Je moet daarmee dus heel voorzichtig zijn. In het GVS, dat enigszins vergelijkbaar is, was er in ieder geval sprake van een limiet. Ik benader het nu uit financieel oogpunt. Hieraan is echter ook geen limiet gesteld. Wij vinden het voor de zorgverzekeraars en de professionals dan ook uitermate onverstandig om al op dit moment uit te gaan van functionele aanspraak en dan zeg ik het heel voorzichtig.

Dat wat er ten aanzien van het Geneesmiddelenbulletin gebeurt, vinden wij echt maf. Evenals anderen zijn wij van mening dat dit bulletin gewoon moet blijven bestaan. Graag willen wij een reactie van de minister daarop. Tot slot verzoeken wij de minister om na het reces nog eens goed met ons te discussiëren over de langetermijnvisie farmacie. Wij denken namelijk dat dit nog onvoldoende is gebeurd.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik ga eerst in op reclame die gericht is op beroepsbeoefenaren. De minister constateert in zijn stuk ten aanzien van de implementatie van de Europese richtlijn dat hij geen aanleiding ziet tot wettelijke wijzigingen. Tegelijkertijd staat er dat er in de naleving

van de normstelling geconstateerd moet worden dat er sprake is van ontoereikende implementatie van de Europese richtlijn. Op pagina 4 staat dus dat dit onvoldoende gebeurt en op pagina 5 geeft de minister aan dat hij niets gaat doen. Gaat hij die richtlijn op een goede manier implementeren of niet?

De minister zei op 9 april over het fase-4-onderzoek dat hij op korte termijn overleg zou voeren met de inspectie, de CGR, de beroepsbeoefenaren en de farmaceutische industrie. Wat heeft dat overleg opgeleverd? Wat zijn de eventuele vervolgstappen, in lijn met wat mijn voorgangers hebben gezegd?

Uit alle stukken blijkt dat wij willen dat er onafhankelijke informatie wordt gegeven. Er zijn niet veel onafhankelijke bronnen. Het Geneesmiddelenbulletin is wel een onafhankelijke bron voor huisartsen en anderen. Ik moet eerlijk zeggen dat dit bulletin kwalitatief enigszins verbeterd kan worden. Graag vernemen wij van de minister waarom hij deze stap heeft gezet en welke alternatieve informatiebronnen er volgens hem zijn.

Mochten die er zijn, dan is dat prima. Anders moet de minister dit besluit heroverwegen.

De VVD-fractie wil niet dat wij doorslaan in ons wantrouwen ten opzichte van de farmaceutische industrie. Gezond wantrouwen is prima, maar als artsen aan nascholing willen doen op het gebied van medicatie, is het uiteraard vanzelfsprekend dat diegene die deze medicatie heeft ontwikkeld en produceert, daarin een belangrijke rol speelt. Waar haal je anders de kennis vandaan? Ik wil dan ook graag dat die balans blijft bestaan. Als er in de media of waar dan ook zaken worden gemeld die niet waar zijn, vind ik dat de farmaceutische industrie de mogelijkheid moet hebben om die in de openbaarheid te bestrijden. Nu kan men in de media van alles roepen en zit de farmaceutische industrie met gebonden handen. Ik vind dat ook die balans aangebracht moet worden. Verder moeten wij naar mijn idee overgaan tot regelgeving over samenwerking. De heer Van der Veen zei dat ook al. Wij zijn een groot voorstander van zelfregulering, maar over dit onderwerp is al zo veel gediscussieerd dat ik denk dat het verstandig is om hierover klip en klaar helderheid te verschaffen.

Ten aanzien van de motie-Van der Veen merk ik op dat wij wachten op de NZa. Ik hoop dat zij opschiet, want het te laat aanleveren van stukken is een tendens. Wij hebben daarover gisteren al gesproken.

Wij volgen de redenering van de minister ten aanzien van de motie-Sap c.s. niet. Die moet dan ook gewoon worden uitgevoerd.

Ten aanzien van mijn motie merk ik op dat wij volgens mij verder zijn gekomen dan uit de woorden van de minister blijkt. Hij heeft indertijd overleg gevoerd met een aantal zorgverzekeraars over wat er kan gebeuren. Op 25 juni zal hij daarover rapporteren. Volgens mij hebben wij twee opties om deze motie uit te voeren, namelijk met een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds. Dat vereist dat de minister in Brussel toetst of dat niet op Europese regelgeving stuit. Gaat de minister dat doen? Mocht hij dat niet doen, dan verneem ik heel graag waarom niet. Wat ons betreft gaat dat namelijk gebeuren. De tweede richting is dat wij een dubbele taxte invoeren. Een individuele verzekeraar kan dat hebben en een nationale. Met die verschillen kan de minister er toch voor zorgen dat het preferentiebeleid terugvalt aan de verzekeraar die dat beleid voert. Het tweede heeft als voordeel dat er een marktwerkingssituatie ontstaat met verschillende producten. Het eerste heeft als voordeel dat de kosten terugvallen aan de maatschappij. Ik zou die twee opties graag naast elkaar zien, zodat de Kamer daarover een oordeel kan vellen.

Tot slot kom ik op de functionele aanspraak. De werkbare stof vindt de VVD-fractie een belangrijk criterium. Als daarvan wordt afgeweken, roept dat allerlei vragen op over kosten, de professionele autonomie enz. Graag zouden wij daarop een uitvoeriger antwoord willen. Het antwoord dat wij nu hebben ontvangen, vinden wij namelijk te mager.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Op het terrein van de zorg zag en ziet mijn fractie nog steeds veel mogelijkheden om de kwaliteit te behouden en zelfs om die te verbeteren. Tegelijkertijd ziet zij mogelijkheden om tot een aanzienlijke kostenreductie te komen. Daarvoor is het bovenal nodig dat de te grote invloed van de farmaceutische industrie – die had zij en die heeft zij – op het voorschrijven van de medicatievoorziening wordt teruggedrongen. Vandaar dat wij zeer hechten aan de drie moties over het preferentiebeleid. Mijn twee buurmannen hebben daarover ook het nodige gezegd. Wat betreft de moties van de heer Van der Veen en de heer Zijlstra sluit ik mij korthedshalve aan bij de woorden die zij daarover gesproken hebben. Ten aanzien van mijn eigen motie merk ik op dat ik onderstreep dat ik de reactie van de minister onbevredigend vind. De kern van zijn reactie is dat die motie niet uitgevoerd kan worden vanwege de contracteervrijheid. Volgens mij moet contracteervrijheid bijdragen aan betaalbare, kwalitatief goede en toegankelijke medicatievoorzieningen. Als het daaraan afbreuk doet, moet de minister juist opkomen voor de belangen van de cliënt. Hij moet dan niet bang zijn om een en ander een beetje te schenden. Ik vind dus dat de minister die moties moet uitvoeren. Wij verwachten ook dat de minister wat dat betreft snel stappen zet en dat hij daarop in het najaar bij ons terugkomt. Wij verwachten dat hij die motie dan alsnog gaat uitvoeren. Ik zie dat het niet uitvoeren van die moties betekent dat de verzekeraars die vooroplopen in dat preferentiebeleid, zich genoodzaakt voelen om naar alternatieve opties te grijpen. Met die alternatieve opties is de GroenLinks-fractie echter niet zo blij, want die gaan echt ten koste van de transparantie. Daarover is in het openbaar al het nodige gezegd. Dat betekent dat de voordelen wel meer bij de individuele verzekeraars terecht zullen komen, maar wel op een niet transparante manier. Daar zijn wij absoluut niet voor. Als je dan ziet dat dit preferentiebeleid toch op een succesvolle manier de invloed van de farmaceutische industrie wat terugdringt, mag je verwachten dat die industrie langs andere kanalen probeert om haar invloed te laten gelden. Dat is geen beschuldiging, maar zo lopen die dingen gewoon. Je moet dan ook extra alert zijn op wat er op die andere kanalen gebeurt. Ik noem er een aantal. Ik begin bij het fase-4-onderzoek. Het is extra belangrijk om daar goed alert op te zijn, omdat daarop meer druk zal worden uitgeoefend. Wij onderschrijven het pleidooi van een aantal collega's om daarover op korte termijn met wettelijke regels te komen. Als wij hier op Europa wachten, kan het nog jaren duren voordat wij iets gaan doen. Dat vinden wij ongewenst. Ga het gewoon nu doen. Regel het alvast in de geest van Europa. Als er dan te zijner tijd wellicht kleine wijzigingen nodig zijn, kunnen die gewoon worden aangebracht.

Ik kom op de handhaving van het Reclamebesluit. Gaat de inspectie na welke veldnormen in beleidsregels omgezet moeten worden? Dat lijkt mij een goede zaak, maar ik vraag de minister om helder aan te geven wat het tijdsplan is en ik verzoek hem om toe te zeggen dat de Kamer tijdig een voortgangsrapportage krijgt. Wat mij betreft moet dat snel gebeuren, namelijk uiterlijk dit jaar.

Ik kom op de onafhankelijkheid van na- en bijscholing. Wij maken ons toch zorgen over de invloed van de farmaceutische industrie, maar zien tegelijkertijd dat zij als leverancier van kennis niet helmaal kan worden gemist. Graag wil ik van de minister een uitgebreider plan ontvangen waaruit blijkt hoe de onafhankelijkheid kan worden versterkt, zeker gezien het risico dat daar waarschijnlijk meer druk op komt te staan. Het is immers nog één van de kanalen die de farmaceutische industrie heeft om nog wel invloed uit te oefenen.

Wij vinden het onacceptabel dat de onafhankelijke, kritische informatievoorziening in de vorm van het Geneesmiddelenbulletin moet verdwijnen. Wij roepen de minister dan ook op om dat bulletin te blijven steunen. Dat kan een rol vervullen bij de informatievoorziening over de richtlijnen,

maar dat neemt niet weg dat het daarnaast onafhankelijke, kritische informatie kan geven.

Welke mogelijkheden ziet de minister om naast de generieke middelen de middelen aan te pakken die als het ware onder patent zijn? Mevrouw Kroes komt deze weken vanuit de EU met een notitie daarover. Graag wil ik dat de minister een en ander snel oppakt en dat hij nagaat op welke manier wij het misbruik en het oneigenlijk oprekken van patenten aan banden kunnen leggen.

Wat de toekomst betreft sluit ik mij korthedshalve aan bij de opmerkingen van de ChristenUnie-fractie. Het is dus belangrijk om voorzichtig te zijn met marktwerking bij apothekers. Het gaat vooral om het maken van een kwaliteitsslag in de toekomst en om de visie op de rol van de apothekers. Ook sluit ik mij korthedshalve aan bij de bedenkingen die al zijn geuit over functionele aanspraken. Als wij de rol van de farmaceutische industrie willen terugdringen, moeten wij ervoor oppassen dat wij die inruilen voor andere vormen van te grote winst en prijsgedrevenheid door een te grote rol te geven aan de vrije marktwerking of aan de zorgverzekeraars. Professionals moeten hier centraal staan.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Als voorheen iemand bij de huisarts kwam, schreef laatstgenoemde de volgens hem benodigde medicatie voor. Vervolgens ging de patiënt met dat recept naar de apotheek. Daar werd hij door de apotheker voorgelicht over het gebruik. Nu kan de huisarts alleen nog maar kiezen uit een lijstje gedicteerde preferente medicijnen met dezelfde werkbare stof. Hij moet eerst kijken bij welke verzekeraar de patiënt is aangesloten. Er is immers een aantal zorgverzekeraars dat per jaar het goedkoopste medicijn aanwijst. Over twee jaar komt iemand bij de dokter met bijvoorbeeld een te hoog cholesterolgehalte. De arts schrijft dan netjes een generiek recept uit. Bij de apotheek aangekomen, blijkt echter dat de zorgverzekeraar uit het geformuleerde cluster het goedkoopste middel heeft geselecteerd. De patiënt gaat niet naar huis met het medicijn dat voor hem of haar het beste is. Gelukkig gaat het hier niet om diabetes, want in de huidige plannen zou die patiënt onderdeel zijn van een zorggroep. Dan is het afhankelijk van de zorgverzekeraar welke afspraken zijn gemaakt en dus op welke medicijnen de patiënt recht heeft. Ook de begeleiding door de apotheker is dan niet meer vanzelfsprekend. De zorgverzekeraars maken dan immers ook afspraken over extra begeleiding, dus of die al dan niet vergoed wordt. Zo kan het voorkomen dat in de apotheek straks twee patiënten staan die allebei een ander geneesmiddel krijgen. Eén van hen zal zonder additionele informatie worden heengezonden en de ander zal uitgebreide voorlichting ontvangen. Alle ingrepen in de zorg van de afgelopen jaren vallen onder het kopje «meer cliëntgericht en cliëntvolgend» en worden zodoende door de Kamer geloodst. Met de voorgenomen maatregelen valt de minister echt wel door de mand. De patiënt wordt daar niet beter van, de arts raakt zijn keuzevrijheid kwijt om medicijnen voor te schrijven en er zal een heel groot verschil ontstaan in het beleid van de zorgverzekeraars, waardoor de patiënt er niet meer zeker van is dat hij voor elke aandoening de benodigde zorg zal ontvangen. En kom niet aan met de vrijheid om van verzekeraar te wisselen want wie te maken krijgt met twee ziektebeelden, is straks echt de pineut.

Ook het voornemen om maagzuurremmers niet meer te vergoeden, komt niet ten goede van de kwaliteit van zorg in Nederland. Dat zal leiden tot vermindering van het gebruik met alle gevolgen van dien: een toename van het aantal maagzweren, maagbloedingen bij het gebruik van pijnstillers en misschien zelfs een toename van het aantal gevallen van slokdarmkanker. Dat zal straks meer kosten dan het vergoeden van deze medicijnen.

Mijn aandacht werd getrokken door een puntje in de stukken. Artsen moeten inzichtelijk maken wat hun preferentiebeleid is. Wij lazen vandaag

ook een groot artikel in het Algemeen Dagblad over medicatiefouten die verminderd moeten worden door het dragen van fel gekleurde hesjes tijdens het uitdelen van medicijnen. Dat is toch niet de menselijke maat waar wij in dit land voor zouden moeten staan? Als er voldoende personeel is in de verpleeghuizen en er ook genoeg tijd is om een praatje te maken, zullen die lichtgevende hesjes hopelijk niet nodig zijn. Ook in het weekend moet er voldoende personeel zijn. Vaak worden in de weekenden niet eens medicijnen uitgedeeld. Het zou goed zijn als verpleeghuisartsen inzichtelijk maakten wat hun uitschrijfbeleid is. Wij hebben kiesbeter.nl en in het kader van de transparantie zou mijn fractie graag weten wat er in de verpleeghuizen gebeurt. De motie-Agema over separeren en fixeren is aangenomen. De intentie daarvan is dat, als drogeren of separeren moet, het drogeren niet mag toenemen. Hoe zit het nu met het drogeren? Wat doet het ene verpleeghuis en het andere? Krijgt iedereen in het ene verpleeghuis bijvoorbeeld standaard dipiperon druppeltjes, wordt er in het andere verpleeghuis meer tijd ingeruimd voor een praatje of wat dan ook en wordt daardoor veel minder uitgeschreven? Het zou toch om transparantie moeten gaan. Graag wil ik inzicht in de wijze waarop verpleeghuizen en verpleeghuisartsen omgaan met het uitschrijven van medicatie. Dat wil ik weten in verband met het drogeren van ouderen.

Minister Klink: Voorzitter. Ik dank de commissieleden voor hun inbreng in eerste termijn. Ik merk op dat dit een belangrijk dossier is. Het is ook weer een ingewikkeld dossier. Het lijkt erop dat in de zorg helemaal niets eenvoudig is en dat geldt zeker voor deze sector. Daarom is het goed om daarover met elkaar te spreken. Gisteren hebben wij in de namiddag en avond een algemeen overleg gevoerd, waarmee maar gezegd is dat wij elkaar niet uit het oog verliezen. Het is toch wel jammer dat er nog een nacht is! Zonder gekheid zeg ik dat het van belang is om in het oog te blijven houden dat het om de patiënt gaat. Dat zal ook een leidraad zijn in mijn beantwoording, alsmede een referentiepunt. Dat neemt niet weg dat de transitie ook hier – er zijn immers veel veranderingen binnen de gezondheidszorg die dynamiek en veel onzekerheid met zich meebrengen. Gisteravond spraken wij over de vraag in hoeverre er bij mij, de andere leden van het kabinet en mijn ambtenaren sprake is van onzekerheid. Ik heb gezegd dat daarvan wel sprake is. Wij hebben gemeld dat de DOT-structuur pas in 2011 geïntroduceerd zal worden voor zover dat kan. Hiervoor geldt ook dat wij aanvankelijk het idee hadden om een recept-regelvergoeding, tarieven enz. in 2010 vrij te geven. Naar het zich nu laat aanzien, zal dat pas in 2011 gebeuren. Dat doen wij ook om het veld dat inderdaad in transitie is, rust te geven. Ik hecht eraan om dat te benadrukken, want dat zal de leidraad blijven. Dat zal de komende jaren, als ik blijf zitten, ook mijn leidraad zijn en ik ben geneigd om te zeggen «anders op andere domeinen». Met «domeinen» bedoel ik ook domeinen buiten de overheidssfeer.

Die zorgvuldigheid is belangrijk. Ik zeg nogmaals dat dit zeker hier geldt, omdat die patiënt daarmee wel gemoeid is. Wij kunnen het gewoonweg niet hebben dat er in de zorgsector spaanders vallen en dat geldt ook voor de farmaceutische sector. Daarop zullen wij dan ook goed letten.

Wij spreken vandaag over twee thema's, namelijk de invulling van de langetermijnvisie op het geneesmiddelenbeleid en de ontwikkeling op het gebied van reclame en de beïnvloeding door de farmaceutische industrie. Het laatste punt stelde de heer Van Gerven als eerste en bijna exclusief aan de orde. Ook de andere sprekers hebben daarover ook opmerkingen gemaakt. Op beide punten zal ik de algemene lijn kort schetsen. Daarna zal ik de vragen beantwoorden. Wellicht zal ik een aantal vragen al in de algemene inleiding beantwoorden.

Begin 2008 waren de contouren van de langetermijnvisie geschetst. Ik zeg nogmaals dat de patiënt daarin centraal staat. Voorschrijvers, fabrikanten,

apothekhouders en zorgverzekeraars zullen zich richten op het tot stand brengen van een maximale toegevoegde waarde voor de patiënt en de verzekerde, alsmede een transitie naar een zo goed mogelijke prijs/kwaliteitverhouding. Dat was de inzet. Dat zou moeten gebeuren langs de volgende lijnen: doelmatig voorschrijven volgens de richtlijnen, aanspraak op geneesmiddelen functioneler omschrijven – ik zal daarop uitvoerig terugkomen – het dereguleren van de prijsvorming en bekostiging van apothekhouders. Ik zei over het laatste overleg al dat dit pas in 2011 zijn beslag zal krijgen. De reden daarvan is dat de NZa dan naar schatting een gemeenschappelijke taal heeft gevonden op basis waarvan op een transparante manier invulling kan worden gegeven aan de contractering van apothekers. Dat kan dan naar verwachting op dusdanige wijze gebeuren dat die kwalitatieve meerwaarde meer tot zijn recht komt. Die kan dan een aangrijpingspunt zijn voor de contractering. Wij hebben daarover al verschillende malen met elkaar gesproken. Volgens mij deden wij dat in december 2008 voor het laatst uitvoerig. Sindsdien hebben partijen hard gewerkt om invulling te geven aan de nieuwe rol en aan het creëren van een nieuw speelveld. Dat brengt inderdaad de nodige dynamiek met zich mee, ook tegen de achtergrond van het preferentiebeleid. Dat is steeds meer op individuen gericht. Er kan worden geconstateerd dat verzekeraars aan de slag zijn gegaan met het ontwikkelen van een onderscheidend eigen inkoopbeleid. In mijn antwoord van 12 juni jl. op de schriftelijke vragen van de heer Van Gerven over het preferentiemodel van UVIT heb ik aangegeven dat de manier waarop het aanwijzen van preferente middelen gebeurt, goed past in het nieuwe zorgstelsel. Daarin is sprake van zorgverzekeraars die onderling concurreren en ook op kosten. Ik spreek ook over zorgverzekeraars die op kosten concurreren, want daarachter gaat ook veel innovatief vermogen en doorzettingsvermogen van sommige verzekeraars schuil. Ik noem bijvoorbeeld de mensen van Menzis Zorg die zich daarvoor buitengewoon hebben ingespannen, soms tegen de druk in. Zij deden dat wel met uiteindelijk goede resultaten. Ik hecht eraan om dat een keer te zeggen.

Ik vind dat het individueel preferentiebeleid een belangrijke bijdrage heeft geleverd en nog levert aan het in stand houden van de kosten en de uitgaven van geneesmiddelen. Ik begrijp dat dit enig rumoer oplevert. Wij hebben innovatoren nodig. Gisteren heb ik in het openbaar de naam Julius van Damme genoemd. Het hangt vaak van personen af in hoeverre de innovatie slaagt. Ik geloof dat dit geen rumoer veroorzaakt. Mijn waardering voor de verzekeraars en de personen die daarachter schuil gaan, is in dat opzicht dus groot. Dat neemt niet weg dat het voor mij onmogelijk is gebleken om de motie-Zijlstra uit te voeren. In mijn brief van 21 april jl. schreef ik dat het niet mogelijk is om het risicovereveningssysteem in te zetten. Vervolgens is nagegaan in hoeverre het mogelijk is om het concurrentievoordeel van het preferentiebeleid aan de betreffende verzekeraar toe te laten komen. Er is dus onderzocht of er buiten het risicovereveningssysteem mogelijkheden zijn om de motie uit te voeren. Wij moesten constateren dat de opties, bijvoorbeeld een nieuw verdelingsfonds, onherroepelijk stuiten op dezelfde Europeesrechtelijke bezwaren ten aanzien van ongerechtvaardigde staatssteun. De heer Van der Veen wees daar al op. Dat is twee keer door de landsadvocaat nagegaan en die komt tot dezelfde conclusie. Het gaat hier om Europese regelgeving, om een Europese duiding van de staatssteun. Ik ben dan ook bereid om een en ander aan Brussel voor te leggen. Dit, ondanks dat wij daarnaar, zoals ik al zei, onderzoek hebben gedaan. Ik vind het van betekenis om die laatste stap te zetten en te bezien in hoeverre dat kan. Ik doe dat omdat ik gevoelig was, ben en blijf voor de argumentatie in die motie, namelijk dat gegeven het feit dat het preferentiebeleid via een openbare prijslijst tot stand komt, andere verzekeraars meeliften. De «winst» valt dus niet eenzijdig toe aan diegene die zijn nek uitgestoken heeft en die daadwerkelijk dat preferentiebeleid voert. Wellicht komt die soms in de sfeer – ik

spreek nadrukkelijk van sfeer – van reputatieschade in de vorm van: «kijk eens wat ze doen. Je krijgt alleen maar dit medicijn. Het andere mag niet meer. Andere verzekeraars zijn royaler enz.» Zeker tegen de achtergrond van die pogingen tot waardering, vind ik het van betekenis dat «winsten» toevallen aan diegenen die het aandurven om een en ander te realiseren. Vandaar dat ik naar Brussel ga. Ik teken daar wel bij aan dat diegenen die het preferentiebeleid voeren via het eigen risico en het kwijtschelden van die preferente middelen ook een extra cachet kunnen geven aan hun beleid. Dat doet echter niets af aan datgene wat ik zo-even over Brussel zei.

Het tarief van de apothekhouder had met name te maken met de motie-Van der Veen. De dynamiek van het preferentiebeleid heeft ook zijn weerslag op de discussie over de hoogte van het tarief. Dat mochten wij vorig jaar ervaren en ook in de loop van dit jaar. Daarover is veel te doen geweest. Er liepen en lopen procedures bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) en de NZa. Bij de vaststelling van het tarief voor 2009 was niet volledig bekend wat de effecten op de hoogte van inkoopvoordelen en praktijkkosten van apothekhouders waren van het individuele preferentiebeleid dat op 1 juli 2008 was ingegaan. Het ging dus om de effecten op inkomsten in bredere zin. De NZa heeft daarom een inschatting van die effecten gemaakt. Die inschatting is verwerkt in het tarief van 2009. In december 2008 hebben wij daarover gedebatteerd en de NZa heeft die toen vastgesteld. Laatstgenoemde heeft het tarief toen ook flexibeler gemaakt en ruimte gecreëerd om tevens zorgafspraken te maken die zowel tot een hoger tarief zouden kunnen leiden als tot een lager tarief. De claw back was daarbij ook onderhandelbaar. Mede vanwege de onduidelijkheid over de effecten van het preferentiebeleid heeft de NZa in het gemiddelde tarief een veiligheidsmarge opgenomen. Dat was het aangrijpingspunt voor het debat. De vraag die daarin centraal stond, was of die veiligheidsmarge niet te hoog was. Weliswaar waren de risicovolle gevallen gevrijwaard van een enorme omzetchachteruitgang, maar de vraag was in hoeverre die marge overmatig en bovenmatig was, gegeven het feit dat anderen die wel toereikende inkomsten hebben hierdoor extra werden gecompenseerd en meeliften op die compensatie die in dat gemiddelde tarief lag. Dat debat heeft geleid tot de motie-Van der Veen. Daarin verzoekt hij de regering om het tarief per 1 mei 2009 vast te stellen op een gefixeerd bedrag, namelijk € 6,61. In reactie op die motie heb ik toen aangegeven dat de NZa de bevoegdheid heeft tot het vaststellen van een dergelijk tarief. Ook heb ik gezegd dat een aanvullend onderzoek naar de inkoopvoordelen en de praktijkkosten wat mij en de NZa betreft leidend zullen zijn voor een eventueel nieuw tarief voor 2009. Tevens heb ik aangegeven dat dat onderzoek van de NZa in het voorjaar of in de zomer zou komen. Weliswaar is gestreefd naar 1 mei, maar de uitvoering ligt nu eenmaal in handen van de NZa. Het onderzoek is bijna afgerond. Ik onderstreep dat dit vooral te danken is aan de bereidwilligheid van de apothekers die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Zij hebben de boeken geopend. Als zij hun medewerking niet direct hadden verleend, had dat onderzoek nog veel meer tijd in beslag genomen. Ik spreek dan ook mijn waardering uit voor de apothekers die door mee te werken wilden aangeven dat zij bereid zijn om mee te denken over de toekomst. Ook spreek ik mijn waardering uit voor de NZa en het onderzoeksbureau dat het onderzoek echt in korte tijd moesten doen. De NZa zal een extrapolatie maken van de gegevens over 2008 die zij na 2009 gekregen heeft. Vervolgens zal zij het tarief opnieuw bezien. Ik hoop dat ik de Kamer binnenkort kan melden wat de bevindingen van dat onderzoek zijn en wat de NZa met de tarieven zal doen, dus of zij die zal aanpassen. Er ligt ook een advies van de NZa over de introductie van vrije tarieven per 1 januari 2010. De NZa concludeert in haar advies dat vrije tarieven kunnen leiden tot een meerwaarde voor consumenten, dus patiënten, apothekhouders en zorgverzekeraars. De NZa noemt wel een paar

belangrijke randvoorwaarden voor het loslaten van het tarief, namelijk een realistische timing en een nieuwe set prestatiebeschrijvingen. Met het laatste wordt bedoeld op die taal waarover ik sprak. Die prestatiebeschrijvingen moeten voldoende transparantie bieden en de onderhandelingen vergemakkelijken. Verder noemt de NZa prestatie-indicatoren die de kwaliteit borgen. Dat zijn de randvoorwaarden. Een gemeenschappelijke taal is belangrijk, opdat de kwaliteit het aangrijpingspunt is voor de onderhandelingen. Prestatie-indicatoren zijn van belang om de uitkomst daarvan te kunnen bezien. Daarover is de Kamer op 12 juni jl. door mij geïnformeerd.

Afgelopen vrijdag heb ik de monitor contractering farmacie 2009 van de NZa toegezonden. Daaruit blijkt dat partijen inmiddels in beperkte mate gebruikmaken van de flexibiliteit van de tarieven op dit moment. Dat er sprake is van die flexibiliteit, heeft te maken met die spil waarvan naar boven en naar beneden kon worden afgeweken. Er zijn 26 contracten met een hogere receptregelvergoeding dan de gemiddelde van € 7,28. Twee zorgverzekeraars hebben een contract afgesloten met een internet-apotheek waarin een lagere receptregelvergoeding is afgesproken. Dat zijn geen grote aantallen. Op zichzelf is dat niet gek, want de meeste partijen waren immers al ver gevorderd met het afsluiten van de contracten op het moment dat de NZa de tariefbeschikking bekend maakte. Het geeft wel een eerste indicatie, namelijk dat van die ruimte gebruik wordt gemaakt. Dat geeft ook wel vertrouwen voor de toekomst in de zin van dat dit een aangrijpingspunt zal worden voor de onderhandelingen. Ik constateer ook dat er tijd nodig is om de partijen te laten wennen aan de nieuwe situatie. Tegelijkertijd constateer ik dat die gemeenschappelijke taal er nog niet is. Zoals ik al aangaf, zullen die vrije tarieven niet in 2010 worden gerealiseerd. Dat zal 2011 worden. Ik heb de commissie dat meegedeeld in de brief over de stand van zaken.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Wat gaat de minister doen met datgene wat hij uit de monitor opmaakt en met het feit dat het veld rust nodig heeft? Geeft de minister het proces tijd en gaat hij ervan uit dat een en ander vanzelf zal worden opgelost, of ziet hij voor zichzelf een belangrijke taak weggelegd om duidelijkheid te geven, de partijen samen te brengen en een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen?

Minister **Klink**: Nee, die taal zal ontwikkeld worden door de NZa. Zij gaat als het ware modules ontwikkelen die aangrijpingspunten kunnen zijn voor de onderhandelingen en dus ook voor het betalen. Ik noem het begeleiden van mensen, de medicatietrouw goed bekijken, dus de meer kwalitatieve aspecten. Die taal moet er wel zijn voordat de receptregelvergoeding wordt afgeschaft. Dat is een belangrijke voorwaarde. Verder zijn kwaliteitsindicatoren belangrijk. In de aanloop – je hebt het dan meer over de overgangperiode – is het zinvol om na te gaan in hoeverre in 2010 iets meer flexibilisering gerealiseerd kan worden. De eerste aanzetten daartoe zijn door de NZa al gegeven.

De heer **Zijlstra** (VVD): In dat spel is natuurlijk ook een rol voor de NMa weggelegd. De Kamer heeft een initiatiefwet gemaakt met de intentie om wat meer toe te staan op het punt van gezamenlijk onderhandelen, in dit geval door apothekers. Wij zien dat zorgverzekeraars eenzijdig contracten voorleggen. Je kunt die wel beschouwen als een dictaat. De heer Van der Veen heeft daarover duidelijke woorden gesproken. Ik denk dat hij daarmee de spijker op zijn kop heeft geslagen. Mocht zich de situatie voordoen dat zorgverzekeraars een eenduidig contract voorleggen aan de apothekers en dat de helft van de apothekers in Den Haag een alternatief voorlegt dat kwalitatief en financieel beter is, vindt de minister dan dat de NMa dat moet kunnen blokkeren? Het is dan immers meer dan de 10% die

de NMa toestaat. Of zou dat in een dergelijke situatie toegestaan moeten worden, gezien het feit dat eigenlijk iedereen daar beter van wordt? In de onderhandelingen zou het laatste de apothekers de ruimte geven die zij naar mijn idee moeten hebben om tot verbetering van de zorg te kunnen komen.

Minister **Klink**: Graag kom ik daarop in tweede termijn uitvoerig terug. Ik hoop dat ik daarover dan wat informatie heb gekregen. De heer Zijlstra schetst nu een situatie die als het ware het spiegelbeeld is van datgene wat in de motie-Sap staat over de contracteerplicht van apothekers ten opzichte van verzekeraars op het moment dat op grond van het preferentiebeleid wordt gewerkt. Daarbij doet zich in feite hetzelfde probleem voor, maar dan in spiegelbeeld. Het gaat dan om de vraag in hoeverre marktmacht op een dusdanige manier wordt georganiseerd dat de ander niet meer aan zet is. Daarvoor gelden de regels van de aanmerkelijke marktmacht van de NZa. Ik loop dan ook niet weg voor die motie. Die is mij eerlijk gezegd uit het hart gegrepen. Als apothekers zich aaneensluiten en tegen UVIT, Menzis Zorg of welke verzekeraar dan ook zeggen dat hun beleid hen niet aanstaat, dat zij dat op grond van hun marktmacht blokkeren, is dat onverkooptbaar. De implicatie daarvan kan simpelweg zijn dat mensen die in een bepaald gebied verzekerd zijn bij Menzis Zorg of UVIT, kilometers moeten rijden. Ik vind dat eerlijk gezegd misplaatst. Om die reden is die motie mij uit het hart gegrepen. Als wij die motie willen uitvoeren, moeten wij ons wel bij de spelregels kunnen aansluiten en ons afvragen in hoeverre het mogelijk is om een contracteerplicht op te leggen. Verder is de vraag wat de implicatie is van een contracteerplicht. Als ik uitga van het voorbeeld van de heer Zijlstra, zou die implicatie daarvan kunnen zijn dat die apothekers ook moeten slikken ... De heer Zijlstra zegt dat het voor de patiënt niet de allerbeste manier is. Er zijn immers alternatieven die door de apothekers zelf worden aangereikt. Dat brengt mij op een reactie die zowel voor de zojuist door mij genoemde motie geldt als voor het door de heer Zijlstra geschetste voorbeeld. Ik zeg nogmaals dat de problematiek die aan de motie ten grondslag ligt, mij uit het hart gegrepen is. Ik vind dat de regels voor de aanmerkelijke marktmacht moeten gelden, maar dat de NZa moet toekomen aan het preciseren van die regels. Die regels gelden immers ook hier en uiteindelijk gelden ook de regels van de NMa.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het gaat mij om het maken van misbruik: het staand beleid proberen te torpederen. Wij zijn het snel eens over datgene wat de minister over de motie-Sap heeft gezegd. Met mijn voorbeeld schets ik inderdaad de omgekeerde situatie. Als men in een bepaalde situatie een eenzijdig contract voorgelegd krijgt, men betere alternatieven aanbiedt en men aan de andere kant op nee stuit, ben ik het met de minister eens dat de NZa daarover iets moet zeggen. Het lijkt mij echter ook verstandig om daarover een specificatie te krijgen. Uit de monitor blijkt dat er veel onduidelijkheid en wantrouwen is. Als wij er niet voor zorgen dat die onduidelijkheid verdwijnt, zal dat wantrouwen blijven bestaan. Volgens mij is dit één van de belangrijke punten daarbij. De NMa regel is wel duidelijk: meer dan 10%. Neem de apotheken in Den Haag als voorbeeld. In Den Haag zijn 100 apotheken. Als meer dan 10 van die apotheken iets gaan doen, is de wettelijke grens al bereikt. Dat werkt op dit gebied wel behoorlijk beperkend. Als de minister daarop in tweede termijn terug wil komen, graag.

Minister **Klink**: Ik begrijp het punt van de heer Zijlstra en kom daarop graag in tweede termijn terug. De heer Zijlstra gaf zojuist de leidraad aan op basis waarvan hij redeneert. Ik zal nagaan in hoeverre die 10% maatgevend is. Het punt van de heer Zijlstra is dat er dan nog te weinig marktmacht is om tegenover de verzekeraars iets te stellen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Als men een grotere machtspositie heeft en het alternatief kwalitatief en financieel beter is – het is ook mogelijk dat het alternatief alleen kwalitatief of alleen financieel beter is – is er dan een grond om daarover reëel te praten of stuit men dan per definitie op njet?

De **voorzitter**: De minister komt in tweede termijn op dat punt terug.

Minister **Klink**: Ik maak alvast het volgende onderscheid: er zit een kwalitatief element in de redenering van de heer Zijlstra en ook een kwantitatief element. Het kwantitatieve element is die 10%. De vraag is in hoeverre dat percentage «de lat» is. Het kwalitatieve element is dat het alternatief beter is. Dat is echter een punt van discussie. De vraag is dan wie daarover gaat en beslist. Ik meen dat de NZa daarover geen uitspraak moet doen en ik evenmin. Het kwantitatieve punt is naar mijn idee reëel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Het afgelopen anderhalf jaar hebben wij een aantal AO's gehad. Daarin hebben wij in een vrij grimmige sfeer over het gedrag van de apothekers gesproken. Daaruit is het preferentiebeleid voortgekomen. Daardoor zijn de apothekers hard getroffen. Ik heb aangegeven dat wij nu in een overgangssituatie zitten en benadruk nogmaals dat de zorgverzekeraars nu aan zet zijn. De minister antwoordt dat men dezelfde taal moet leren spreken. Op zichzelf begrijp ik dat, maar ik zou toch wat krachtiger en preciezer willen horen wat de minister doet met de intentie, de zorgverzekeraars aan te sporen om te onderhandelen met de apothekers over het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De heer Zijlstra heeft een voorbeeld gegeven. Dat zou uit het oogpunt van de NMa technisch kunnen. Ik hoor echter nog te vaak verhalen waaruit blijkt dat die zorgverzekeraars – ik spreek de goede nu niet aan – echt met een soort stempeltje werken en dat zij niet of nauwelijks ingaan op goede voorstellen van apothekers. Ik verzoek de minister om daarop in tweede termijn preciezer in te gaan. Ik denk namelijk dat de apothekers dat verdiend hebben.

Minister **Klink**: Ik kom daarop graag in tweede termijn terug. Nu maak ik alvast duidelijk welke beelden ik daarbij krijg. Wij hebben in Amsterdam met betrokkenen ooit langdurig om de tafel gezeten. Toen ging het gesprek over de receptregelvergoeding en de vraag in hoeverre die op niveau zou moeten blijven. Dat is ook de discussie voor dit jaar. Vandaar dat de NZa die omhoog getild heeft. Zij deed dat teneinde de ongemakken die uit het preferentiebeleid voortvloeien in elk geval te vergoeden. Daar bleek duidelijk dat de verzekeraars geleidelijke afbouw van die receptregelvergoeding niet wenselijk acht. Daarvoor droegen zij diverse redenen aan. Eén reden was dat zij van mening waren dat er uiteindelijk echt over de kwaliteit, de meerwaarde enz. van apothekers moet worden gesproken. Daarop werd zwaar ingezet. De keerzijde daarvan is wel dat je, als je dat op een dergelijk moment meldt en je dat een reden vindt om onzekerheid toe te voegen aan apothekers, jezelf gecommiteerd hebt aan het feit dat je daarop gaat inzetten. Dat is zeker het geval als er ruimte ontstaat en de receptregelvergoeding in 2011 weg zou vallen. Het is dan een dure plicht om daarop in te zetten, want die discussie is mede daarover begonnen. Ik onderstreep dan ook wat de heer Van der Veen zegt, namelijk dat de verzekeraars echt aan de bak moeten. De NZa creëert de randvoorwaarden door die modules te benoemen op basis waarvan je kunt contracteren. Vervolgens is het zaak dat men niet achterover leunt. Men moet niet leunen op een algemeen tarief of een contractering die een dusdanige algemeenheid kent dat er geen beleid gevoerd wordt op het terrein van inkoop en de patiënt die centraal staat. Als hierover meer te melden valt, kom ik daarop graag in tweede termijn terug. Toen was het blokkerend voor nadere afspraken. Nu kan het dus niet zo zijn dat, daar waar ruimte geboden wordt, die niet wordt opgepakt. Ik hoor nu ook geen rumoer.

Ik gaf al aan dat wij voor 2010 nagaan in hoeverre er flexibiliteit in het tarief kan worden ingebouwd. Ik vind het belangrijk dat wij de ontwikkelingen in de geneesmiddelenvoorziening en de effecten die dat heeft, blijven monitoren. Dat zullen wij in 2010 dus ook doen. Ook ten behoeve van de verzekeraars is het van belang om de druk daarop te houden om te bewerkstelligen dat die receptregelvergoeding, die ook gemak geeft – men hoeft zich dan niet zo erg in te spannen op het terrein van zorginkoop – zal verdwijnen.

Ik kom op de aanspraken en de functionele omschrijving.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom terug op de toekomst en de vrije prijsvorming. Kan de minister ingaan op twee punten die volgens mij heel belangrijk zijn? De minister wil dat omdat hij van de kortingen en bonussen af wil. Verdwijnen die daardoor? Volgens mij wordt het daarvoor niet per se transparanter.

Als je een en ander vrijgeeft, moeten er toch bereikbaarheidscriteria zijn? De afstand van de patiënt tot de apotheker moet een aantal kilometers zijn. Ik noem maar wat. En er moeten ook bepaalde kwaliteitsgaranties zijn. Hoe worden die zaken in de visie van de minister gegarandeerd en geborgd?

Minister **Klink**: Ik begin bij de bereikbaarheid. Dat is natuurlijk ook de zorgplicht van de verzekeraars. Zij moeten ervoor zorgen dat er bereikbare en toereikende zorg geboden wordt. Het lijkt mij dus belangrijk om die bereikbaarheid in elk geval te garanderen.

Ik gaf al aan dat kwaliteitsindicatoren meer en meer belangrijk worden. De taal en die modules zullen ook toegesneden zijn op het verbeteren van die kwaliteit. In die zin wordt dat dus meer dan nu het aangrijpingspunt. In het kader van de receptregelvergoeding wordt wel eens oneerbiedig over «doosjes schuiven» gesproken. Dat is wellicht te oneerbiedig, maar die vergoeding is in ieder geval niet sterk gedifferentieerd met kwaliteit. In die zin zullen daaruit verbeteringen voortvloeien.

Het eerste punt van de heer Van Gerven ben ik even kwijt.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat ging over het verdwijnen van de bonussen. Dat was de afgelopen twee jaar namelijk ook een discussiepunt.

Minister **Klink**: Gegeven het preferentiebeleid dat zich ontwikkeld heeft en de koers die verzekeraars daarbij gevolgd hebben en nog volgen, ben ik er niet ongerust over dat die kortingsbonussen weer terugkomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Die bonussen en kortingen worden niet verboden. Ik denk dat het goed zou zijn als het onterechte koopmanschap eruit ging. Dat is ook een wens die in de samenleving breed leeft. Moet dat niet meer geborgd worden?

Ik kom ook terug op de normen. Als je een en ander vrij geeft – de SP-fractie is daarvan geen voorstander – moet er toch een soort algemene norm zijn ten aanzien van de kwaliteit en de bereikbaarheid? Moet die niet ergens te lezen zijn, los van de individuele verzekeraar die deze zorgplicht heeft?

Minister **Klink**: Daarover zullen wij nader spreken naar aanleiding van de uitwerking van de langetermijnvisie. Ik ben het met de heer Van Gerven eens dat die bereikbaarheid een aangelegen punt is. Wij zijn dat tegengekomen in de ziekenhuissfeer. Ik heb al eerder gezegd dat, daar waar de Zorgverzekeringswet geldt, het taken van de overheid betreft. Ik doel op de financiële toegankelijkheid en alles wat daarmee gemeend is, de betaalbaarheid van de zorg, de kwaliteit enz. De overheid moet de kwaliteit in de gaten houden, evenals de betaalbaarheid en de toegankelijkheid. Ten aanzien van de bereikbaarheid was er te weinig geregeld. De staatssecre-

taris en ik zullen binnenkort met een brief daarover komen. Dat geldt ook hier, dus ik zal eenzelfde omissie voorkomen als die ten aanzien van de somatisch curatieve zorg. Ik kom op dat punt dus uitvoeriger terug. Als je een tarief vaststelt waarmee je in feite de zwakkere apothekers het comfort geeft van toereikende inkomstenbronnen en je iedereen over de hele linie naar boven trekt, ben je in feite met bereikbaarheidsbeleid bezig. Je zorgt ervoor dat er geen gaten vallen. Dat is een nogal ongedifferentieerde manier om het bereikbaarheidsbeleid te voeren. Je kon dat wellicht ook selectief doen. Daarbij zijn wel vragen aan de orde als binnen welke afstand er een apotheker moet zijn, of er andere distributiekkanalen zijn die Nederland kunnen voorzien enz. Die vragen spelen daarbij dus wel degelijk een rol.

Zoals gezegd, willen wij de aanspraken voor specifieke geneesmiddelen-groepen algemeen omschrijven. Dat houdt wat ons betreft in dat de aanspraak op cholesterolverlagere en maagzuurremmers per 2010 niet langer op productniveau omschreven zullen zijn en dus niet op groepsniveau. Dat hebben wij aan de Kamer voorgelegd. In beginsel biedt dat inderdaad verzekeraars de ruimte om specifieke voorkeursmiddelen uit die groepen aan te wijzen. Dat systeem zullen wij invoeren om extra prikkels in te bouwen voor doelmatige geneesmiddelenzorg, terwijl er tegelijkertijd ruimte blijft voor vergoeding van maatwerk. Zodoende kan de verzekeraar waar mogelijk de vergoeding beperken tot een goedkoop middel. Meestal zal dat octrooieloos zijn. Een duurder middel – wij spreken nu over een cholesterolverlager – zal hij volledig moeten vergoeden als de voorschrijvende arts gebruikmaakt van het duurdere middel en dat medisch noodzakelijk acht.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Hierbij plaats ik veel vraagtekens. Om die doelmatigheid in die richtlijnen te brengen, hebben wij aangegeven dat er een regieraad nodig is. Die is ongeveer vorige maand geïnstalleerd. Het kan niet zo zijn dat dit nu al in werking wordt gesteld, want dan wordt er binnen zo'n uitgebreide groep niet op grond van doelmatigheid gekozen. Volgens mij is het nog veel te vroeg. In eerste instantie vroeg ik de minister al om een reactie te geven. Hoe kan die regieraad volgens hem nu al zijn werk doen? Op welke wijze is nu al doelmatigheid in die richtlijnen ingebouwd? Vindt de minister zelf stiekem ook niet dat het veel te vroeg is?

Minister **Klink**: Ik zal mevrouw Schermers stiekem melden wat ik daarvan vind. Nee, ik denk niet dat het te vroeg is. De condities die mevrouw Sterk noemt, onderschrijf ik van harte. Doelmatigheid moet in de richtlijn ingebakken zijn. Laat ik het nu algemeen houden. Mevrouw Schermers brengt in elk geval twee risico's naar voren. Het eerste risico is dat er geen richtlijn is en dat de kwaliteit van de zorgverlening daaronder gaat leiden. Het tweede is dat er misschien risico's zijn in die zin dat je financieel uit de bocht vliegt. De heer Van der Veen wees daar ook op. Over beide risico's zeg ik kort iets.

Wij hebben nu juist besloten om op groepsniveau te definiëren, daar waar de richtlijnen er zijn. Cardiovasculair risicomangement is een richtlijn waarin de doelmatigheid juist wel geïncorporeerd is. Ik hecht eraan om die doelmatigheid in meer richtlijnen te incorporeren. Om die reden is de regieraad ingesteld. Zeker bij cardiovasculair risicomangement is die doelmatigheid dus wel degelijk in die richtlijn ingevlochten. Voor maagzuurremmers geldt dat in iets mindere mate. Die doelmatigheid geeft de huisarts of de specialist aangrijpingspunten om in zijn voorschrijfbeleid af te gaan op de richtlijn zoals die er is. Dan nog kan hij daarvan afwijken. Een huisarts of een specialist kan zeggen dat hij het noodzakelijk vindt om middel X voor te schrijven, ondanks dat dit in afwijking is van de richtlijn. In dat geval moet dat middel vergoed worden.

Vervolgens wil ik, om dat doelmatig voorschrijven te borgen, ook in de bekostiging van met name huisartsen een module – laat ik het zo noemen – inbouwen die aanspoort tot doelmatig voorschrijven. Dat is dan aangrijpingspunt voor onderhandelingen tussen de verzekeraars en de huisartsen. Maar nogmaals, dat gebeurt allemaal pas op een moment dat de richtlijnen aanwezig zijn. Die waarborg is er dus gewoon. In hoeverre lopen wij risico's op het moment dat je de limieten weghaalt? Daarvoor geldt dat bij de twee clusters die ik heb genoemd, dat risico er niet is, want de WGP-prijzen drukken de prijzen van cholesterolverlagers en maagzweerremmers al onder de vergoedingslimieten van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Als dit wordt «vrijgegeven» gaan de prijzen niet ineens boven de prijs in de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) uitschieten tot het niveau van de vergoedingslimiet, daar waar men nu in feite met lagere prijzen moet rekenen. Ik zeg het nog duidelijker: wij schaffen de vergoedingslimiet af. Dat kan betekenen dat bepaalde middelen inderdaad duurder worden. Maar gegeven het feit dat er een ander plafond ligt, namelijk dat van de WGP-prijzen, zal dat niet gebeuren en schieten die niet naar een hoger niveau dan dat wat op dit moment is geborgd. Dat gebeurt langs andere lijnen dan de vergoedingslimieten, maar wel via de WGP. Dat financiële risico doet zich daar dus niet voor. Ik ben het volstrekt met de heer Van der Veen eens – vandaar dat ik spreek van een pilot – dat dit wel een risico is. Als wij ertoe overgaan om andere clusters als het ware op groepsniveau te definiëren, doe ik dat alleen als ik die zekerheid heb. De praktijk zal moeten uitwijzen in hoeverre de strategie van richtlijnen en doelmatig voorschrijven werkt. Mocht ik daarvoor aarzelingen hebben, dan haal ik de vergoedingslimieten niet weg. Sterker nog: als het tegenvalt, haal ik die gewoon weer terug. Ik hecht daaraan. De Kamer mag dit als een belofte opvatten: ik ga niet onverhoeds over tot het zomaar wegnemen van de vergoedingslimieten in andere clusters dan nadat ik mij zeker heb gesteld van het feit dat noch de kosten ontsporen, noch de kwaliteit in het geding zal zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Bij dit onderwerp is iets heel belangrijks aan de orde, namelijk dat partijen elkaar vertrouwen. Wij hebben net geconstateerd dat ze dat niet doen. Wat gebeurt er? Een huisarts schrijft bijvoorbeeld een cholesterolmiddel voor op basis van medische noodzaak. Er is sprake van zo'n anderhalf miljoen gebruikers. Hoe moet ik mij voorstellen dat een zorgverzekeraar moet beoordelen dat dat wel of niet echt medisch noodzakelijk is? Ik ga ervan uit dat er een medicijn wordt voorgeschreven dat niet is aangewezen door de zorgverzekeraar. Er kunnen twee dingen gebeuren. Die zorgverzekeraar kan ingrijpen als er te veel op medische indicatie wordt voorgeschreven. Dat is wel een erg onnauwkeurige methode. De andere mogelijkheid is dat de zorgverzekeraar op individueel niveau nagaat of het middel wel of niet terecht is voorgeschreven. Bij anderhalf miljoen gebruikers kan dat helemaal niet. Nogmaals, partijen vertrouwen elkaar niet. Apothekers zullen zich afvragen waar de zorgverzekeraar zich mee bemoeit. Verder is het de vraag wat de zorgverzekeraar er op dit moment aan verdient om met een huisarts in discussie te gaan over de vraag of iets wel of niet medisch noodzakelijk was. Daar wint hij helemaal niets bij. Mijn stellige overtuiging is dat de zorgverzekeraar het wel goed vindt. Daarmee heb je in een pilotfase iets heel doms gedaan. In plaats van dat je in die fase heel sterk werkt aan het herstel van vertrouwen, bevorder je in feite met deze pilot het wantrouwen. Ik zie werkelijk niet in waarom wij, met alle ingewikkeldheden die wij hebben in de farmacie, volgend jaar deze pilots moeten doen. Wij hebben zeer grote aarzelingen over het geheel, aangezien ik de toegevoegde waarde daarvan niet inzie, los van de vraag of het beoogde financiële effect zich voordoet.

Minister Klink: Ik heb al gesproken over de kwaliteit en de financiële risico's. Over vertrouwen in elkaar zeg ik het volgende. Hier wordt een basis gelegd voor extra vertrouwen. Wij leggen de doelmatigheid die de verzekeraars aan het hart gaat, neer als een soort «plicht» bij de beroepsgroepen om in hun eigen richtlijnen die doelmatigheid te incorporeren. Daar zal de verzekeraar in de regel zijn beleid op afstemmen. Ik zie geen enkele verzekeraar die los van die richtlijnen uit een soort eigenwijsheid een eigen lijn gaat volgen. Sterker nog: ik denk dat de doelmatigheid die in de richtlijn zit door de bloedgroepen zelf wordt gemaakt en dat die aangrijpingspunt wordt voor het beleid van de verzekeraar. De medische noodzaak kan hooguit in beeld komen als een voorschrijver op grond van medische noodzaak wil afwijken van de richtlijn. Dat kan, maar daaruit zullen geen ongelukken voortvloeien. Er wordt dan een duurder geneesmiddel voorgeschreven dan dat wat in de richtlijn besloten ligt, maar dat kan hij ook nu al doen. Sterker nog: dat gebeurt nu al te veel. Wat wij doen, is op basis van de richtlijn en de attentiewaarde die dat oplevert voor de verzekeraar doelmatigheidswinst genereren die ik bovendien hard nodig heb om de bezuinigingen/ombuigingen waarvoor ik sta, te realiseren. Doe ik dat niet, dan moet ik limieten herberekenen met bijbetalingen voor de patiënt. Dan moet ik eventueel het eigen risico gaan verhogen enz. Waarom zou ik geen gebruikmaken van het besef in de beroepsgroep dat doelmatigheid belangrijk is en dat dat in een richtlijn wordt neergelegd? Ik vermag dat niet in te zien. Als er clusters zijn waar limieten wel werken, zal ik daartoe pas overgaan als ik zeker ben van het feit dat er geen medische en/of financiële risico's zijn. Ik heb het hard nodig en volgens mij zijn er geen risico's. Sterker nog: ik bind de betrokkenen meer op elkaar dan nu het geval is, temeer omdat ik het bewustzijn op dit punt probeer te vergroten. Anders gaan – dat zeg ik uitdrukkelijk tegen de voorschrijvers – de politiek, de regieraad of verzekeraars bepalen wat doelmatig is. Laat ze zelf die verantwoordelijkheid oppakken. Dit is een stimulans daartoe. In de vervolgstappen zie ik wel risico's, maar niet bij deze clusters. Dit biedt een context waarbinnen de partijen zonder risico's meer op elkaar ingespeeld kunnen raken.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik verwijs naar de aangenomen motie van de PvdA-fractie waarin suggesties worden gedaan voor het zuiniger omgaan met cholesterolverlagende middelen. De motie is niet door u overgenomen, maar er zijn dus wel alternatieven. Richtlijnen veronderstellen vertrouwen. Het hebben van richtlijnen veronderstelt ook het zich daaraan houden. Daarvoor gaan wij nu een traject in, maar dat kunstje moet nog geleerd worden. Waarom wordt, waar het wantrouwen nog groot is, zo-iets ingewikkelds gedaan? U hebt mij op dat punt niet overtuigd.

Minister Klink: Als er nu een beroepsgroep is die ervan overtuigd is dat doelmatigheid van belang is, is het deze wel. Het charmante, mooie en vertrouwenwekkende van het systeem is dat die doelmatigheid aangrijpingspunt wordt voor de verzekeraars om te gaan contracteren en te gaan bekijken of men zich daaraan houdt. Dat is ook van belang voor de toekomst. De klacht was altijd dat verzekeraars gaan bepalen wat doelmatig is, terwijl ze daarvan geen verstand hebben. Nu is de doelmatigheid iets van de beroepsgroep zelf, waarnaar de verzekeraar kan verwijzen. Ik zie het eerder als een basis voor vertrouwen dan als een inbreuk daarop. Het transitieakkoord, een wens van de Kamer, loopt af. Zoals ik al aangaf, wordt 2010 een overgangsjaar met iets meer flexibilisering en onderhandelingsruimte voor verzekeraars en apothekers. Wij hopen in 2011 de belangrijke stap naar vrije tarieven te zetten. Er zijn twee belangrijke rapporten verschenen die ik de Kamer heb doen toekomen: de evaluatie van het Reclamebesluit geneesmiddelen door het NIVEL en het advies van de RVZ over de farmaceutische industrie. Uit die

rapportages zijn een paar hoofdconclusies getrokken. Om te beginnen is de zelfregulering goed in staat om normen te ontwikkelen en die onder de aandacht te brengen. Het toezicht op de naleving van normen is nog onvoldoende en moet versterkt worden. Artsen en farmaceutische bedrijven werken veel samen. Dat is op zich goed, maar er is wel behoefte aan transparantie. Er bestaat behoefte aan een specifiek geneesmiddelenonderzoek dat echter niet plaatsvindt, omdat het commercieel niet aantrekkelijk is. Ik trek mij die conclusies aan. Transparantie tussen de farmaceutische bedrijven en artsen, maar ook wetenschappers vind ik van groot belang. Wat mij voor ogen staat, is de Sunshine Act: transparantie van giften en gaven die zijn toegekend aan onderzoekers, artsen en voorschrijvers. Ik wil daar werk van maken. Ik heb met het CBG gesproken over een eventuele zelfregulering. Als dat niet snel gebeurt, ga ik over tot de indiening van een wetsvoorstel dat analoog aan de Sunshine Act inzichtelijk maakt met welke onderzoekers en welke artsen men welke financiële relaties heeft. Ik werd getroffen door het feit dat de farmaceutische industrie zelf heeft aangekondigd dat zij betalingen aan artsen openbaar wil maken. Een deel van de farmaceutische industrie geeft daarmee aan dat zij zich niet met schimmige praktijken wil bezighouden. De liefde moet wel van twee kanten komen. Er zijn ook artsen en onderzoekers die zich dit alles laten welgevalen, wat minstens zo kwalijk is. Voor hen is transparantie minstens zo belangrijk.

Ik kom toe aan de zelfregulering. De sector is zelf aan de slag met reclame en beïnvloeding en wil dat blijven. Dat is een belangrijke reden om eerst naar de zelfregulering te kijken. Vorige maand vierde de Stichting code geneesmiddelenreclame haar 10-jarig bestaan. De heer Korthals, de voorzitter van die stichting, heb ik erop gewezen dat ik aan de slag wil met het ontwikkelen van normen die een Nederlandse variant zijn van de Sunshine Act. Mijn voorgangers en ik hebben vaak gesproken over de capaciteit van de inspectie. Met inachtneming van het feit dat wij fte's moeten inleveren, heb ik toch bepaald dat er twee fte's naar het reclametoezicht toe moeten. Er waren 2.8 fte's. Dat worden er 4.8. Dat is dus een verdubbeling van de capaciteit. Ik ben ervan overtuigd dat dit een behoorlijke slag is om het toezicht te verbeteren, iets waar de rapporten om vroegen. Er moet dus meer transparantie komen, wat ook geldt voor de huisartsenbezoekers en de giften die daar worden gegeven, waarvoor een maximumbedrag van € 50 geldt, maar ik denk erover na om daarbij ook transparantie te eisen. Verder heb ik fte's toegekend aan de inspectie. De farmaceutische industrie verricht veel onderzoek, maar daarbij richt zij zich vooral op de commercieel interessante projecten. Commercieel niet aantrekkelijk onderzoek vindt niet of te weinig plaats. Dat is overigens vanuit het oogpunt van de industrie wel begrijpelijk. Er zijn initiatieven geweest en die zijn er nog, van het Topinstituut Pharma, waar wij impulsen willen blijven geven aan maatschappelijk relevant geneesmiddelenonderzoek. ZonMw heb ik gevraagd om voor mij in kaart te brengen welk soort onderzoek nu onvoldoende plaatsvindt. Dat signalement krijg ik volgende maand aangeboden en ik zal dat de Kamer doen toekomen. Tegen de achtergrond van dat document zal ik afwegen in hoeverre wij geen middelen kunnen afzonderen die vervolgens langs publieke weg worden vrijgegeven voor onderzoek naar geneesmiddelen die commercieel niet interessant zijn. Daarbij zal ik kijken naar Italië. De heer Van Gerven vroeg naar het geneesmiddelenonderzoek. Wij doen het wel goed op het gebied van klinisch onderzoek. De Times Higher Educations, kennelijk een gezaghebbend tijdschrift, heeft daarop gewezen. Drie Nederlandse onderzoekscentra behoren tot de top-10 van Europa. Ik gaf al aan dat ik ZonMW laat verkennen waar nog hiaten zijn. Daarna zal ik nagaan of wij het Italiaanse en/of Engelse model zullen volgen. In hoeverre kan fase-4-onderzoek worden verboden? Een verbod zal buitengewoon lastig, zo niet onmogelijk zijn. Ik moet er wel bij zeggen «met marketingdoeleinden». Dat is overigens wel lastig te separeren. Men kan

dat alleen goed beoordelen door het onderzoeksdesign goed door te nemen en er vervolgens via opsporing achter te komen in hoeverre hier onrechtmatige trajecten zijn doorlopen. Ik ben een groot voorstander van de openbaarheid van wetenschappelijk onderzoek.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik heb niet gevraagd om een verbod, maar om wat het overleg met de verschillende partijen heeft opgeleverd.

Minister **Klink**: Vooral nog levert dat op dat de farmaceutische industrie heeft laten weten tegen seeding trials te zijn. Men is al enige tijd bezig om de afspraken daaromheen aan te scherpen. Naar aanleiding van het rapport van de inspectie heeft Nefarma dit onderwerp de hoogste prioriteit gegeven. Wij blijven in overleg. Dat kan onbevredigend klinken op grond van het feit dat je geen krachtig wettelijk instrument hebt. Fase-4-onderzoek kan wel, maar er is lastig te bezien in hoeverre je het over marketingdoeleinden hebt. De inspectie moet daar de vinger op leggen door een diepgaand onderzoek te doen. Wij zijn wel afhankelijk van de medewerking en het bewustzijn bij de farmaceutische industrie dat dit niet moet. Wij werken dus langs twee kanten: de inspectie aan de ene kant en het bewustzijn binnen de industrie en de beroepsgroepen dat dit niet moet. Daarom blijven wij het onder de aandacht brengen. Nefarma heeft dit aangemerkt als een topprioriteit.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Uit de stukken heb ik begrepen dat de minister het langs Europese weg wil aanpakken en dat hij niet het inspectieadvies wil volgen om al in 2009 met wettelijke regels te komen. Nu noemt hij een ander argument. Zal dat wachten op de Europese regels niet veel te veel vertraging opleveren? Kennelijk vindt de inspectie het zo urgent dat zij de minister adviseren om dit jaar al met maatregelen te komen. Ik maan de minister tot spoed.

Minister **Klink**: Ik heb gewezen op het feit dat het binnen Nefarma de hoogste prioriteit heeft. Men is zich ervan bewust dat de marketingdoeleinden uit fase-4-onderzoeken moeten verdwijnen. Dat geeft mij op dit moment voldoende vertrouwen om te menen dat wij nu niet tot regelgeving moeten overgaan. Het is ook erg lastig om te onderzoeken wanneer marketingdoeleinden prevaleren en wanneer niet. Daarom kies ik eerst voor deze insteek, waarna wij verder kunnen kijken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Hoe speelt Europa daarin een rol? Wat is het tijdspad en wanneer komt u met een wettelijke regeling?

Minister **Klink**: Er spelen twee dingen een rol. Men is bezig in Europa om deze regels op te stellen. Binnen de farmaceutische industrie bestaat een groot bewustzijn op dit punt. Tegen die achtergrond vind ik het op dit moment ongewenst om daar tussenin met eigen regels te komen. Ik loop niet weg voor extra inspanningen, wat kan worden afgeleid uit mijn investering in de inspectie en het feit dat ik de Sunshine Act boven de markt laat hangen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het rapport van de inspectie over de seeding trials was vernietigend. Er moet dus iets gebeuren. Is het geen goed idee om alle onderzoeken vooraf te laten toetsen, bijvoorbeeld in het kader van de Wmo? Ik begrijp dat niet alle onderzoeken daar nu onder vallen, maar je zou dat kunnen doen, want dan kun je veel ellende voorkomen.

Minister **Klink**: Ik kan op die vraag niet direct antwoord geven. Uit de losse pols: mij lijkt dat de criteria voor het al dan niet Wmo-plichtig zijn van onderzoek vrij helder zijn, zodat die dan moeten worden aangepast.

Maar ik wil niet op voorhand zeggen dat ik dat helemaal niet wil. Ik neem dit mee als suggestie.

De heer **Van Gerven** (SP): Als het zonder regelgeving kan en betrokkenen committeren zich daaraan, is dat goed uitvoerbaar. De inspectie kan dat niet allemaal met die vier fte's doen. Maar als de toetsingscommissies daaraan hun medewerking kunnen verlenen, hebben wij in ieder geval een eerste stap gezet.

Minister **Klink**: Ik zal mij ervan laten vergewissen hoe snel Europese regelgeving tot stand komt. Die ziet er vooral op dat er controle plaatsvindt op eventuele commerciële doeleinden, wat bij ons door het CBG zou moeten worden getoetst. Ik neem de vraag van de heer Van Gerven mee.

De heer **Zijlstra** (VVD): Welke instrumenten heeft de inspectie om, indien wordt geconstateerd dat sprake is van een seeding trial, op te treden?

Minister **Klink**: Daar kom ik in tweede termijn op terug. Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat wetenschappelijk onderzoek openbaar zou moeten zijn. Er wordt gewerkt aan aanpassingen van de database om dit beter mogelijk te maken. Nefarma heeft toegezegd om snel over te gaan tot publicatie. Hierbij zal ook gestopt onderzoek worden meegenomen. Ik vind dit belangrijk voor het draagvlak binnen de sector, maar als dit niet snel tot stand komt, overweeg ik ook hier wettelijke regels. Er wordt vaak niet voor niets gestopt met onderzoek, omdat de uitkomsten dan wellicht onwelgevallig zijn. Dat moet ook bekend zijn. Het staat artsen vrij om artsenbezoekers te ontvangen, wat precies de reden is voor het verbod van de heer Van Gerven. Dat is wel ingrijpend, want dan zou je nogal ingrijpen in de vrijheid van artsen en industrie. Ik ga niet over hun personeelsbeleid, maar ook niet over de mate waarin men mensen ontvangt. Een verbod zal niet effectief zijn. De heer Van Gerven vroeg in hoeverre vergoedingen aan artsen kunnen worden verboden. Los van de vraag of ik in staat ben om vergoedingen te verbieden, vraag ik mij af of je dat kunt handhaven. Gegeven de proportionele inzet van de inspectie lijkt mij dat een lastig punt. Ik wees al op de Sunshine Act, die een plafond kent van \$ 100, dat inzichtelijk moet worden gemaakt. Ik vermag op voorhand niet in te zien waarom wij niet een veel lagere grens zouden hanteren. Het is nu verboden boven de € 50, maar ik vermag niet in te zien waarom wij dat niet transparant maken. Tenslotte gaat De Telegraaf soms ook over dubbeltjes. Voor zover mensen stroomomzetteren willen aanschaffen voor hun werk, zodat ze ook in de auto kunnen werken, lijkt mij dat ook prima. Over het geneesmiddelenbulletin heb ik nog geen enkel besluit genomen. Er ligt een notitie voor, waarover wordt gesproken met betrokkenen. Ik zal de Kamer schriftelijk inlichten over eventuele beslissingen die ik neem, daarbij een toelichting gevend op de afwezigingen die daarbij een rol spelen. Ik zeg de Kamer toe dat ik geen besluit zal nemen dan nadat zij de notitie heeft ontvangen en zich daarover een oordeel heeft kunnen vormen. Die oordeelsvorming zal niet plaatsvinden na mijn besluitvorming.

Symptoomreclame baart mij zorgen. Wij gaan nu opnieuw een gesprek aan met de CGR en de inspectie om dat te achterhalen. Direct noch indirect mag naar medicijnen worden verwezen als voorlichting wordt gegeven over bepaalde aandoeningen. Mevrouw Schermers vroeg in hoeverre er signalen zijn dat apothekers pas hogere vergoedingen krijgen als zij een beperkt percentage medische noodzaak afleveren. Dat signaal is mij niet bekend. De artsen bepalen of sprake is van medische noodzaak, dus dat zou sowieso niet op de apothekers van toepassing zijn. Als mevrouw Schermers hiervan voorbeelden heeft, hoor ik graag welke dat zijn.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Een apotheker heeft twee apotheken in verschillende steden. In de ene apotheek heeft hij 96% substitutie en hij kan een gewoon contract krijgen, of één met een verhoogd tarief. In de andere stad heeft hij 94% substitutie en daar kan hij alleen een contract krijgen tegen het gewone tarief.

Minister **Klink**: Ik zal dat laten nagaan. U bracht het overtuigend! Mevrouw Schermers vroeg over de dienstapotheken of niet te laat onderzoek wordt gedaan. Ik denk dat het vroeg genoeg is, want in de tussentijd, dus tot 20 november 2011, gebeurt er al het nodige. Verbeteringen voor de korte termijn zijn inmiddels aangebracht en bijna 1700 apotheken hebben het verbeterprogramma uitgevoerd. Dat leidde tot meer bewustwording bij de apothekers: risico op slecht gegevensbeheer, schoning en ontdebbling van patiëntenbestanden, controle van informatiesystemen, verbetering van de uitwisseling, verbetering van de informatievoorziening aan de patiënt. Daarnaast zijn KNMP en LHV samen aan de slag gegaan om tot verbeteringen te komen bij de apotheekhoudende huisartsen. Dit jaar wordt voor het eerst de prestatieset kwaliteitsindicatoren van de inspectie door 94% van de apothekers ingevuld. Voor de inspectie is dit toezichtsinstrumentarium voor de apothekers een nieuw onderdeel van de kwaliteitszorg. Daarmee is een benchmark mogelijk, en wordt ingespeeld op een brede maatschappelijke behoefte aan transparantie. Ook in 2010 zal gerapporteerd worden over deze basisset. De IGZ analyseert elk jaar de gegevens en zal zo nodig tot actie overgaan. De gesprekken tussen patiënten en zorgverleners over de geneesmiddelen verlopen niet optimaal. De bijsluiters zijn voor veel patiënten te ingewikkeld. Begin dit jaar zijn adviezen ontvangen van de faculteit taalwetenschappen van de Universiteit van Utrecht over de mogelijkheden om de bijsluiters begrijpelijker te maken. Aan de hand daarvan kan verbetering worden bereikt op nationaal en Europees niveau. De bijsluiters zijn onderdeel van Europese regelgeving. Ik werk hierbij samen met de farmaceutische industrie, de consumenten- en patiëntenorganisaties en het CBG. Volgende week wordt een gezamenlijk plan van aanpak vastgesteld. De uitkomst zal ik de Kamer schriftelijk doen toekomen. Mevrouw Wiegman heeft een punt: goede voeding en preventie zijn belangrijk. De visie op gezondheid en preventie uit 2007 en de nadere brieven over obesitas en voeding geven mijn beleid op dat gebied weer. Een belangrijke rol hierbij spelen de eerste lijn, waaronder de huisarts. Als de overheid op dit terrein optreedt, is het al heel snel interventie in leefstijlen, wat vaak ineffectief is. Een huisarts heeft veel meer gezag, want die doet dat uit hoofde van zijn professie. Daar wordt ten onrechte of terecht de gevoelswaarde in gelegd dat het die man of die vrouw echt om betrokkene te doen is, dan dat ene Ab Klink of wie dan ook daarover iets roept. Je schaadt met ongezonde voeding niet alleen jezelf, maar ook derden. Dat is een aanknopingspunt voor de overheid om op te treden.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb geen behoefte aan een vettaxa. Natuurlijk, de rol van de overheid hierin is beperkt. Het zijn nu juist de zorgverleners die hierin een belangrijke rol spelen. Maar ze moeten wel tools hebben. Is de minister bereid om de NZa een opdracht mee te geven om het terrein van de voedingsgeneeskunde te onderzoeken?

Minister **Klink**: Dat van de NZa zie ik minder snel voor mij, maar ik kan mij wel voorstellen dat dit punt in de richtlijnen van beroepsgroepen wordt meegenomen, evenals het feit dat bewegen meer en meer van betekenis is in het vermijden van obesitas en dergelijke. Ik kan mij goed voorstellen dat dit al in de richtlijnen zit, maar ik vind het wel een aangelegen punt om bij de beroepsgroep de bewustwording in stand te houden

en op zijn minst te activeren. Ik zal dat laten nagaan. Dat zal een punt van aandacht zijn voor de regieraad.

Een gebod tot contracteren aan is lastig aan de zijde van de apothekers vanwege allerlei civielrechtelijke redeneringen. Ik vind het wel van belang dat de NZa het begrip «aanmerkelijke marktmacht» preciseert. Hetzelfde geldt voor «verticale integratie». Daarvoor heb je het aanknopingspunt nodig dat iemand een klacht indient. Naar ik heb vernomen, is dat al gebeurd. Ik vind die regels van belang en heb al gezegd waarom.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister zegt dat het van belang is dat er een klacht bij de NZa wordt ingediend, en dat is nu gebeurd. Maar dat is wel nieuwe informatie, want in de brief die de minister ons eerder heeft gestuurd, staat dat hij de NZa zelf zal vragen hierover een advies op te stellen. Waarom moet worden gewacht op een zaak? Wanneer denkt de minister dat wij die helderheid van de NZa zullen krijgen?

Minister **Klink**: Om te illustreren dat ik voor het eerste punt niet wegloop, zeg ik het volgende: morgen ligt in de ministerraad een brief voor die mede gaat over verticale integratie. Ook daarin wordt gerefereerd aan mijn verzoek aan de NZa om daarvoor regels te benoemen, zodat je die op voorhand kent. Ik ben wel gelukkig dat er een klacht is ingediend. Het feit dat iemand dat doet wil ik overigens niet in mindering brengen op de noodzaak van benoeming van beleidsregels. Met andere woorden: ook zonder die casus vind ik het van belang dat helder wordt waar verzeke- raars en apothekers aan gehouden zijn.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Fijn dat de minister nog eens bevestigt wat al in de brief staat. Op welke termijn kunnen wij dat krijgen? Wij hebben heel duidelijk het signaal afgegeven dat wij als gezamenlijke indieners van deze motie van mening zijn dat de minister haar niet uitvoert, terwijl wij willen dat dat wel gebeurt. Wij zijn niet overtuigd door de argumenten. Ik ben best genegen om nog even te wachten of het tegenbod van de minister ons enigermate tegemoet komt, maar dat moet geen half jaar duren, daarover moeten wij snel duidelijkheid kunnen krijgen. Wij willen namelijk graag dat de minister dit gaat regelen.

Minister **Klink**: U krijgt snel antwoord op de vraag binnen welke termijn dat kan. Of dat heel snel kan, durf ik niet te zeggen, aangezien het een buitengewoon complexe zaak is. Daar zijn grote belangen mee gemoeid, zodat uit dien hoofde spoed is geboden. Nog voor het reces laat ik u weten aan welke periode ik denk.

In hoeverre moet je nascholing van de farmaceutische industrie verbieden? De nascholing die door de farmaceutische industrie wordt aangeboden, zal moeten worden geaccrediteerd, wat garanties geeft voor de kwaliteit ervan. Die kwaliteit is betrekkelijk hoog. Met de KNMG brengen wij in kaart op welke punten artsen nog nascholing behoeven. Gezamenlijk zullen wij proberen de bewustwording te vergroten. In het tarief van de huisartsen en de medisch specialisten zit een bepaalde component voor nascholing. Het organiseren daarvan en het letten op de kwaliteit en de onafhankelijkheid daarvan, zal voor een groot deel bij de beroepsgroep vandaan moeten komen.

Mevrouw Agema bracht een casus aan. Apothekers moeten werken volgens de NAN-normen. Daaronder valt ook het informeren van de patiënt bij de aflevering van een geneesmiddel, wat niet verandert door het preferentiebeleid. Deze regel geldt over de hele linie en altijd. In antwoord op de vraag in hoeverre je medicatie en dwangmedicatie kunt toepassen, herinner ik mij – het is het domein van de staatssecretaris – dat de inspectie aangaf dat er grote verbeteringen zijn met betrekking tot de toepassing van dwangmiddelen. Ik herinner mij een vrij overtuigend verhaal van de staatssecretaris dat daar behoorlijke stappen zijn gezet. Ik

wil de vraag graag aan haar doorgeven. Mocht dat leiden tot een nadere schriftelijke beantwoording, dan zeg ik dat graag toe.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat lijkt mij erg goed, maar ik vind de beantwoording toch wat vaag. Komt die nadere schriftelijke toelichting er nu, of niet?

Minister **Klink**: Ik had de indruk dat de staatssecretaris daar in een uitvoerige brief op in is gegaan, gevolgd door een uitvoerige toelichting. Ik laat het aan haar over of dit een nieuwe brief vergt. Maar ik heb de indruk dat veel van uw vragen toen reeds zijn beantwoord.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit gaat over het voorschrijven van medicatie door verpleeghuisartsen. Mijn fractie vindt dat de luiken open moeten; daar is nog geen brief over verschenen. Wij kunnen niet vergelijken of het ene verpleeghuis standaard ouderen onder de drogeermiddelen stopt, en het andere niet. Die openheid zou er wel moeten zijn. Op kiesbeter.nl wordt daaraan helemaal geen aandacht gegeven. Mijn pleidooi is: luiken open. Als daar schriftelijk op wordt gereageerd is dat prima, maar tot nu toe is daarover geen enkele brief naar ons toe gekomen.

Minister **Klink**: Ik zeg u toe dat er een schriftelijke reactie op uw vraag komt, waarin zo mogelijk wordt verwezen naar de stukken die daarop een toereikend antwoord geven. Als die er niet zijn, krijgt u alsnog een inhoudelijk antwoord.

Mevrouw Sap vroeg wat er gebeurt met de dure geneesmiddelen. In de loop van dit jaar, na het reces, kom ik met een notitie daarover. Daarbij gaan wij ook in op de verhouding tussen intramurale en extramurale geneesmiddelen en het voorschrijfgedrag aldaar. Ik zal daarbij niet wachten op de uitkomsten van het onderzoek van mevrouw Kroes.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik las in de evaluatie van het Reclamebesluit dat de regelgeving moet worden aangepast, omdat er volstrekte onduidelijkheid is. Is de minister dat van plan? Op welke termijn gaat de vergoeding voor dure geneesmiddelen naar 100%? Ik heb begrepen dat de minister daar ook voor is. Hoe staat het met de medicijnencheck? Er zou een heroverweging komen van de indicaties voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Hoe staat het daarmee? Remicade is bewezen werkzaam bij sarcoidose, maar de vergoeding is nog steeds niet geregeld. Schering Plough wordt ingelijfd door een ander bedrijf. Daarmee verdwijnt wereldwijd 15% aan banen. Daarbij staan ook de banen in Oss en andere plaatsen op de tocht. Dat kan dramatische gevolgen hebben voor de R&D aldaar, waarvan wij al te weinig hebben. Wat weet de minister daarvan en wat gaat hij daaraan eventueel doen?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Dank voor de beantwoording. Ik waardeer de zorgvuldigheid en het feit dat de minister bepaalde zaken durft uit te stellen. Wel geef ik de minister mee goed te letten op al die autonome ontwikkelingen die onder tussentijdse plaatsvinden. Uitstel en het voortbestaan van onduidelijkheden kan ruimte bieden voor autonome ontwikkelingen. Ik denk aan apotheken die het niet trekken en moeten stoppen. In het kader van de bereikbaarheid moet daarbij wel op harde grenzen worden gelet. Ik ga alleen akkoord met een pilot als het echt om nieuwe richtlijnen gaat, waarin de doelmatigheid heel duidelijk is vastgelegd. Zelfregulering van geneesmiddelenreclame is natuurlijk goed. Tot nu toe zijn daarmee goede resultaten geboekt. Ik heb wel behoefte aan een harde deadline.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoord. Ik begreep dat het convenant in 2010 afloopt, terwijl ik dacht

dat het allang was afgelopen. Wij gaan nu een transitiefase in de farmacie in. Ik zie duidelijk dat de apothekers bezig zijn om nieuw beleid te ontwikkelen en ik ben blij dat de minister met de zorgverzekeraars in de slag wil, zodat dat nieuwe beleid ook vanuit die kant een kans krijgt. Daarom moet het onderzoek van de NZa zo snel mogelijk helderheid geven. Zolang bonussen en kortingen nog boven tafel blijven hangen, wordt het heel lastig om met elkaar te praten. Alle partijen hebben belang bij duidelijkheid daarover. Een transitieperiode vraagt rust en opbouw van vertrouwen. Ik blijf het hoogst onverstandig vinden dat wij op dit moment met die functionele aanspraken aan de slag gaan. Partijen ontmoeten elkaar in een situatie waarin zij moeten aangeven dat zij het wel of niet goed doen, in dit geval met het voorschrijven van bepaalde medicijnen. Ik doe een klemmend beroep op de minister om de functionele aanspraken een jaar door te schuiven. Wij stellen een vervolgoverleg in september/oktober op prijs over de langetermijnvisie op de farmacie en de motie-Sap. Dat zou een start kunnen zijn voor het nieuwe beleid.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Dank voor de antwoorden. Dank voor het feit dat de minister in Brussel gaat voorleggen hoe wij kunnen omgaan met een eventuele uitkering vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Maar hoe zit het met de andere optie die wij daarnaast willen zien: een individuele taxatie versus een landelijke taxatie? Ik neem aan dat hij ook dat pad bewandelt, zodat wij in het gunstigste geval kunnen kiezen. In het ongunstigste geval hebben wij er altijd nog een over. De minister heeft als het gaat om de functionele aanspraken, veel verduidelijkt. Het lijkt ons verstandig nog eens goed op een rijtje te zetten waar alle risico's en potentiële problemen liggen, ook in het licht van de transitieperiode waarin wij zitten. Ik ben niet zo stellig als de heer van der Veen, maar ik zie wel een aantal risico's op dit gebied. Ik ondersteun het verzoek om in september/oktober een aantal dingen ten principale door te nemen, waaronder dit onderwerp, om te zien of er voldoende vertrouwen in het veld is. De signalen vanuit het veld zullen voor ons belangrijk zijn. De richtlijnen zijn belangrijk, wij vinden het goed dat men een en ander zelf moet oppakken, maar daarvan wordt regionaal alweer afgeweken. Welke verzekering hebben wij dat het in de toekomst beter gaat? Wat zelfregulering in plaats van wetgeving betreft vraag ik mij af wanneer de minister tot wetgeving overgaat. Ook dat kan in het vervolg-AO in het najaar worden bekeken. Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag over onjuiste informatie over geneesmiddelen. Wat zijn de mogelijkheden voor fabrikanten? Verder is mijn vraag over reclame, gericht op beroepsbeoefenaren, niet beantwoord. Ik constateerde dat daarin een zekere tegenstrijdigheid zit.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Dank voor de beantwoording. Goed dat er na het zomerreces een notitie komt over geneesmiddelen die nog onder octrooi zijn. Wat dat betreft gaan wij niet op Europa wachten. Door de nadruk op het preferentiebeleid en het weghalen van de bonussen kwamen de apothekers in een wat kwaad daglicht te staan. Wij zien zeker dat er een belangrijke rol is weggelegd voor apothekers die op het terrein van medicatie, begeleiding en bewaking een goede functie te vervullen hebben. In de afgelopen periode hebben wij stevig op de prijs geknepen. Als er nog lucht in zit, zullen wij dat zeker blijven doen, maar de kwaliteit moet de hoogste prioriteit hebben. Zouden de patiëntenorganisaties geen belangrijke rol kunnen vervullen bij de zorginkoop? De minister heeft gisteren in het overleg over de dbc's toegezegd dat hij daarover nog een brief aan de Kamer zal sturen. Kan daarbij ook worden nagegaan of zij ook op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening een rol kunnen spelen? Over de seeding trials heeft de minister in eerste termijn aangegeven dat hij in tweede termijn terug zal komen op een aantal vragen daarover. Als dat niet kan, vraag ik hem wanneer wij daar-

over een brief krijgen. Wanneer komen de Europese regels en wat kan de inspectie nu doen bij het ontbreken van wettelijke regels? Van harte steun ik het pleidooi van de heer Van der Veen om in september/oktober een vervolg-AO te houden. Graag wil ik de bevestiging van de minister dat dat haalbaar is. Dan kan de brief die wij volgende week zouden krijgen, achterwege blijven. Over het toezicht op het Reclamebesluit: heel goed dat de inspectie nu extra capaciteit krijgt. Wat is het tijdsplan voor dat traject?

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Hij stelt dat de NAN-normen altijd gelden. Maar hoe verhoudt zich dat met het feit dat de zorgverzekeraars afspraken gaan maken over het al of niet vergoeden van begeleiding?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik heb de minister gevraagd of hij wat meer inzicht kan geven in het functioneren van de regieraad. Ik gaf een voorbeeld van de wijze waarop de toegang tot het hogere tarief verloopt en vroeg de minister naar zijn reactie daarop. Vindt hij het acceptabel dat een drempel wordt opgeworpen om überhaupt in gesprek te komen met de zorgverzekeraar over een hoger tarief? Zijn reactie op de dienstapotheker accepteer ik. Ik constateer dat er in 2005 en 2008 onderzoeken zijn gedaan die geen enkel kwaliteitsverschil lieten zien: het bleef even beroerd als het was. Een volgend onderzoek zou in 2011 worden gedaan, maar ik denk dat dat niet aan de orde kan zijn. Er moet echt iets veranderen in de dienstapotheken. Dat vertrouwen moet ik hebben, anders moeten wij echt vanaf 2010 de dienstapotheken die het slecht deden – dat is gewoon uit het onderzoek op te maken – alsnog vervroegd bezoeken. Ik heb gevraagd of de minister mogelijkheden ziet om het juridische gedeelte van de bijsluiters los te koppelen van het patiënt-informatiegedeelte. Zolang wij die twee blijven koppelen, krijgen wij geen goede leesbare bijsluiters.

Minister **Klink**: Voorzitter. De heer Van Gerven – wat kan die man in korte tijd toch altijd veel vragen stellen – vroeg of er nog wordt gewerkt aan verbetering van de veiligheid van geneesmiddelengebruik. In Koers op kwaliteit zijn de grote lijnen uiteengezet waarmee wij het geneesmiddelengebruik willen verbeteren. Daarbij gaat het onder andere om de introductie van periodieke medicatiebeoordeling onder risicopatiënten, dus mensen van 65 jaar en ouder, niet zelfstandig wonend en polifarmacie, het organiseren dat de medicatieoverdracht zorgbreed kwalitatief beter verloopt, een betere registratie binnen de apotheken en aandacht voor de belangen van het melden van ernstige bijwerkingen. Die in gang gezette activiteiten hebben een doorlooptijd van 20, 10 en 11 jaar. Wij hebben het voornemen om de IPCI-studie naar vermijdbare ziekenhuisopnamen die geneesmiddelengerelateerd zijn te herhalen om de effecten van genomen maatregelen af te zetten tegen eerdere resultaten. Die nieuwe cijfers hopen wij eind 2010 gereed te hebben. Met de onderzoekers zijn wij in gesprek over de aard, de opzet en de publicatie van het onderzoek. Ik heb begrepen dat verschillende verzekeraars zich bezighouden met de medicijncheck, wat op zichzelf een goede zaak is. Binnen het tarief is er ruimte om hierover afspraken te maken. Dure geneesmiddelen zijn inderdaad een aangelegen punt. Bij het invoeren van prestatiebekostiging worden volgens het advies van de NZa dure geneesmiddelen via een «add on» bovenop de dbc's gefinancierd. Voor een volledige financiering daarvan zijn waarborgen nodig, namelijk dat doelmatig wordt voorgeschreven en dat doelmatig met een duur geneesmiddel wordt omgegaan. Partijen hebben aangegeven dat zij daarom met protocollen komen. Tot die tijd en totdat ik ervan overtuigd ben dat het echt doelmatig gebeurt, blijft de huidige beleidsregel bestaan: vergoeding tot 80% van de

vergoedingspercentages. Dit hangt samen met de mate waarin wij overgaan tot prestatiebekostiging en het tempo waarin dat gebeurt. Het CVZ is bezig met een advies over remicade, gelet op de beleidsregel dure geneesmiddelen. Als het advies over opname inhoudelijk in tegenpraak is met eerdere adviezen, zal ik de Kamer daarover zo snel mogelijk inlichten. Daarover verschijnt binnenkort een CVZ-advies. Over slaap- en kalmeringsmiddelen zeg ik het volgende. Het CVZ-advies daarover verkeert in een afrondende fase. Daarbij gaat het vooral om de spasmen. Ik verwacht binnenkort advies, zo binnenkort dat ik dat graag meeneem in het AO over de Zvw. Wat Schering Plough betreft moest ik denken aan de opmerking van de heer Van der Veen van anderhalf jaar geleden dat, als mevrouw Kant zich uitsprekt over de farmaceutische industrie, de vlaggen daar uitgaan. Dat had toen alles te maken met het preferentie-beleid. De zorgen van de heer Van Gerven zijn terecht. Samen met de minister van EZ ben ik onlangs in Oss op bezoek geweest. Daar heb ik heb gesproken met de CEO van Schering Plough, welk bedrijf wordt overgenomen door Merck. Wij hebben gewezen op het vestigingsklimaat in Nederland en het belang dat wij hechten aan onderzoek. Verder hebben wij gewezen op ontwikkelingen in de politiek ten aanzien van de geneesmiddelen. Wij hebben aangegeven hoe gunstig ons vestigingsklimaat voor deze bedrijven is. Dit punt heeft alle aandacht. Wij zijn hoopvol. Hiermee is veel werkgelegenheid en veel onderzoek gemoed en er is sprake van een enorme spin off. Nederland heeft een goed vestigingsklimaat. Wij hebben een beetje op een rij gezet wat de plussen en minnen van Nederland zijn.

Mevrouw Wiegman stelde een vraag over de deadline voor de zelfregulering. Als zelfregulering onvoldoende van de grond komt en niet vertrouwenwekkend is, gaan wij wat transparantie betreft over tot de Sunshine Act. Wij zullen in september nog spreken over een langetermijnvisie. Ik wil dan aangeven waar wij op dit punt staan. Ik hoop dat ik dan de eerste uitkomsten van de overleggen met de CGR kan melden. In september wil ik ook graag terugkomen op die functionele bekostiging. De financiële risico's zijn naar mijn stellige inschatting nihil vanwege de lagere prijs van de WGP. Medisch gezien bieden de verschillende richtlijnen aanknopingspunten voor doelmatigheid. Wij maken therapeutische substitutie mogelijk. Dat is een wens die al vele jaren geleden door de verzekeraars bij ons is neergelegd. Wij maken het alleen mogelijk, men hoeft daarvan dus geen gebruik te maken. Altijd blijft het mogelijk om, gelet op medische noodzaak, een ander middel voor te schrijven. Ik noemde daarnet al de innovatoren, en het is duidelijk dat dit bij de met name genoemde personen vandaan komt. Wij komen daarop in september terug.

De heer **Van der Veen** (PvdA): U neemt nu nog geen beslissing over functionele aanspraken. Dat zult u pas doen na het AO in september.

Minister **Klink**: Ja, hiervoor geldt hetzelfde als wat ik zo-even meldde. Het is mijn intentie om een en ander tot september uit te stellen. Mocht dat niet kunnen, dan laat ik dat de Kamer weten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Die AMvB kan worden beëindigd. Om procedurele situaties te voorkomen, zou het handiger zijn om de zaak aan te houden en na september met een nieuwe voorhangprocedure te komen. Volgens mij is dat heel goed mogelijk. Dit zal veel kou wegnemen.

Minister **Klink**: Een AMvB moet langs de Raad van State. Die komt dus ook altijd terug van de Raad van State. Tot dat moment kan worden bepaald om het al dan niet te doen. Het antwoord op uw vraag is ja. De eventuele niet-landelijke taxeen buiten de openbare prijslijst om is al mogelijk. De NZa stelt wel formele inrichtingseisen waaraan een dergelijke prijslijst moet voldoen. Wij gaan na in hoeverre dat een geloofwaar-

diger alternatief kan zijn voor het preferentiebeleid via de openbare taakstelling. Naar mijn overtuiging – dat zat ook al een beetje in de brief besloten – is dat mogelijk. Er komen wel vervolgvragen uit voort, zoals naar wie de kortingen gaan die voortvloeien uit bonussen. Er is druk om dat ook aan de verzekerden door te geven, anders onderscheid je je nauwelijks van je concurrenten, wat wel de bedoeling is van preferentiebeleid. De richtlijn is goed geïmplementeerd. Daarmee bedoel ik te zeggen dat de normen goed zijn overgenomen en dat die via zelfregulering goed zijn gestipuleerd. Maar een en ander wordt niet nageleefd. Vandaar de uitbreiding van het reclametoezicht en onze gesprekken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wat is de speelruimte van de farmaceutische industrie bij onjuiste informatie over hun middelen?

Minister **Klink**: Daar kom ik schriftelijk op terug. Mevrouw Sap vroeg naar de apotheker als zorgverlener. Voorop staat het vertrouwen in apotheekhoudend Nederland. Dat deel ik met haar, maar kennis en kunde worden of kunnen niet altijd worden benut. Daarom willen wij overgaan tot een andere manier van bekostiging. Er is nog veel aan medicatieveiligheid te winnen als de apotheker en de assistenten meer tijd en moeite steken in begeleiding van het medicatiegebruik van bijvoorbeeld patiënten die te maken hebben met polifarmacie. Ook is er veel winst te boeken door uitwisseling en samenwerking met dokterspraktijken en wellicht betrokkenheid bij zorggroepen van huisartsen. Dat heeft echter niet veel te maken met initiatieven vanuit de apothekers zelf. Als initiatieven worden genomen, zeker als daarin geld wordt gestoken, willen wij ervoor zorgen dat die ambulante worden in de afspraken met de zorgverzekeraars. Ik kom ook schriftelijk terug op het betrekken van de patiëntenorganisaties bij de zorginkoop. Mevrouw Agema vroeg naar de NAN-normen. In het kader van Zichtbare zorg worden prestatie-indicatoren voor de farmacie ontwikkeld. Die kunnen leidend zijn voor de zorginkoop door de verzekeraar die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de vergoeding, conform de NAN-normen. Mevrouw Schermers stelde een vraag over de dienstapotheken. Op 20.11 gaan wij nieuw onderzoek doen. Tot die tijd wordt een aantal activiteiten ontplooid dat ik zo-even noemde. De basisset indicatoren van de inspectie geeft inzicht in het functioneren van de dienstenapotheken. Mocht daaruit naar voren komen dat extra aandacht nodig is, dan zal de inspectie dat inderdaad moeten doen. Het scheiden van de doelen van de bijsluiter, namelijk patiënteninformatie en het juridisch document voor de farmaceutische industrie, is op zichzelf interessant. Wij zijn wel huiverig om daarop in te gaan, omdat het tot vertraging kan leiden. Er moet dan immers eerst onderzoek plaatsvinden naar de mogelijkheid van een dergelijke scheiding. Wij zijn ook huiverig, omdat de bijsluiter in Europese regelgeving is vastgelegd. Een eventuele scheiding moet dus ook op Europees niveau worden doorgevoerd. Daarbij komt dat de bereidheid om de verbeteringen in de huidige systematiek door te voeren, alle activiteiten in de weg kan staan. De regieraad zal bezien wat de witte vlekken voor de veiligheid en de doelmatigheid zijn. Hij brengt advies uit over de kaders voor de ontwikkeling van richtlijnen, maar gaat die niet zelf ontwikkelen. Dat doen de beroepsgroepen, en dat zal zo blijven. Verder wordt de praktijkvariatie in beeld gebracht, zodat je eventuele verschillen in behandeling zult zien.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De inspectie zal de veldnormen omzetten in beleidsregels voor het Reclamebesluit. Welk tijdspad geldt daarvoor?

Minister **Klink**: U krijgt op die vraag schriftelijk antwoord.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Graag wil ik in september wat meer duidelijkheid over de precieze rol van de regieraad.

De heer **Zijlstra** (PvdA): Heb ik goed begrepen dat de minister voor het vervolg-AO in september/oktober helder zal schetsen hoe hij de toekomst ziet?

Minister **Klink**: Tegen de heer Zijlstra zeg ik dat ik de Kamer een kort stuk zal doen toekomen waarin ik daarop inga. Ik dacht dat er een brief naar de Kamer was gestuurd over de regieraad. Als er iets nieuws is te melden over de agenda van die raad, zal ik dat doen. Over de beleidsregels had ik tegen mevrouw Sap al instemmend geknikt: wij zullen de Kamer daarover inlichten.