

Vergaderjaar 2012–2013

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 228

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 27 februari 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 januari 2013 inzake het Besluit aanstelling eb taakopdracht verkenner extramurale farmaceutische zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 219). De op 15 februari 2013 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 26 februari 2013 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppéus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	3

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de taakopdracht van de verkenner extramurale farmaceutische zorg bestudeerd. Deze leden vragen nogmaals uit te leggen waarop de veronderstelling is gebaseerd dat het nieuwe systeem goedkoper is?

Genoemde leden hebben naar aanleiding van het besluit de volgende vragen en aanvullingen op de taakopdracht voor de minister.

- Kan aangegeven worden hoe de ontwikkeling van het aantal apotheken in Nederland verloopt? Hoeveel apotheken zijn er de laatste jaren bijgekomen? Hoeveel apotheken zijn er in verhouding tot het bevolkingsaantal en hoe is de spreiding? Welke overwegingen c.q. voorwaarden worden gehanteerd om een nieuwe apotheek te openen?
- Welke wijzigingen zijn noodzakelijk in het bestaande speelveld om te komen tot een efficiënte geneesmiddelenvoorziening? Welke belangen spelen daarbij een rol? Welke machtsverhoudingen kunnen worden onderscheiden? Welke partijen richten zich voornamelijk op het handhaven van de bestaande situatie? Kan een overzicht gegeven worden van de wensen die op dit moment bij de verschillende partijen bestaan en op welke wijze deze partijen proberen deze wensen in beleid om te zetten?
- Welke partijen kunnen worden onderscheiden, van welke lobbykanalen wordt gebruik gemaakt en hoe krachtig zijn hun lobby's?
- Welke rol speelt het ministerie van VWS ten aanzien van het bewaken c.q. behartigen van belangen van partijen in het geneesmiddelen-veld? Met welke partijen wordt regelmatig contact onderhouden?
- Welke voordelen zou het hebben om de financiële controle op het geneesmiddelen-dossier bij het ministerie van Financiën onder te brengen met name voor wat betreft de prijsonderhandelingen voorwaardelijke toelating en aanpassing Wet geneesmiddelenprijzen?
- Met welke knelpunten in de geneesmiddelenvoorziening worden patiënten op dit moment geconfronteerd? Welke knelpunten kunnen worden onderscheiden in de relatie tussen respectievelijk apothekers en zorgverzekeraars, zorgverzekeraars en verzekerden, apothekers en groothandel, apothekers en patiënten?
- Welke nationale en Europese wet- en regelgeving staat een meer efficiënte geneesmiddelenvoorziening in de weg? Welke concrete wijzigingen in wet- en regelgeving zouden de bestaande knelpunten oplossen?
- Krijgt de patiënt in de apotheek zorg conform de nieuwe beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)?
- Voeren apothekers de nieuwe prestaties uit en zo nee, waarom niet?
- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om betaalbaarheid, ook gezien het feit dat dit jaar weinig geneesmiddelen uit patent zullen gaan, de kostendempende werking van preferentiebeleid daarom minder is en de kosten ten gevolge van volumestijging dus weer zullen gaan toenemen?
- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om kwaliteit en zo ja, waarom?

- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om eigen betalingen? Genoemde leden krijgen signalen dat apotheken voor geneesmiddelen die klanten zelf moeten betalen fors hogere prijzen vragen. Hoe en in welke mate worden er hogere kosten berekend?
- Worden er stappen gezet om farmaceutische zorg toekomst bestendig te maken? Hoe, door wie en waar?
- Is preferentiebeleid verantwoordelijk voor meer wisselingen van geneesmiddelen of zijn er minder wisselingen met preferentiebeleid? In welke mate zou het helpen als doosjes geneesmiddelen eenvoudiger zijn, duidelijker de naam van het geneesmiddel bevatten, en klein de leveranciersnaam?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de taakopdracht verkenners extramurale farmaceutische zorg. Deze leden willen van de minister weten waarom zij er niet voor heeft gekozen een uitputtend, volledig of diepgaand onderzoek te doen in plaats van een verkenning zoals nu voorgesteld. De minister stelt dat zij een gefundeerd oordeel wil vormen. Genoemde leden willen van de minister weten of zij met hen van mening is dat een diepgaand onderzoek zich beter leent voor een gefundeerd oordeel dan een verkenning in combinatie met de marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze leden vinden een diepgaand onderzoek gerechtvaardigd gezien de problemen die patiënten hebben ondervonden door het ontbreken van contracten van zorgverzekeraars met apothekers. Zij vragen de minister alsnog te kiezen voor een diepgaand onderzoek. Voorts willen de leden van de SP-fractie weten waarom de minister er niet voor heeft gekozen om ook alternatieven voor het preferentiebeleid te laten onderzoeken. Genoemde leden zouden een aantal vragen willen toevoegen aan de door de minister voorgestelde onderzoeksvragen, zij vragen de minister de volgende vragen over te nemen en op te nemen in de onderzoeksopdracht:

- Is centraal geregelde inkoop van medicijnen een goed alternatief voor het huidige preferentiebeleid? (Kiwi-model)
- Is het abonnementensysteem voor apothekers niet wenselijk om het basispakket voor apothekers te borgen en onnodige discussie en bureaucratie daarover uit te sluiten?
- Hoe functioneert het systeem van bonussen en kortingen? Moeten bonussen en kortingen niet volledig worden afgeschaft?
- Hoeveel kilometers mag een apotheek, waar de patiënt terecht kan zonder daarvoor gedwongen te zijn contant af te rekenen voor medicijnen, verwijderd zijn van de woonplaats van de patiënt? Binnen welke afstand moet een patiënt bij een apotheek overdag terecht kunnen?
- Op welke wijze kan voorkomen worden dat de patiënt er last van heeft wanneer er een conflict bestaat tussen de zorgverzekeraar en de apotheker?

II. Reactie van de minister

Inleiding

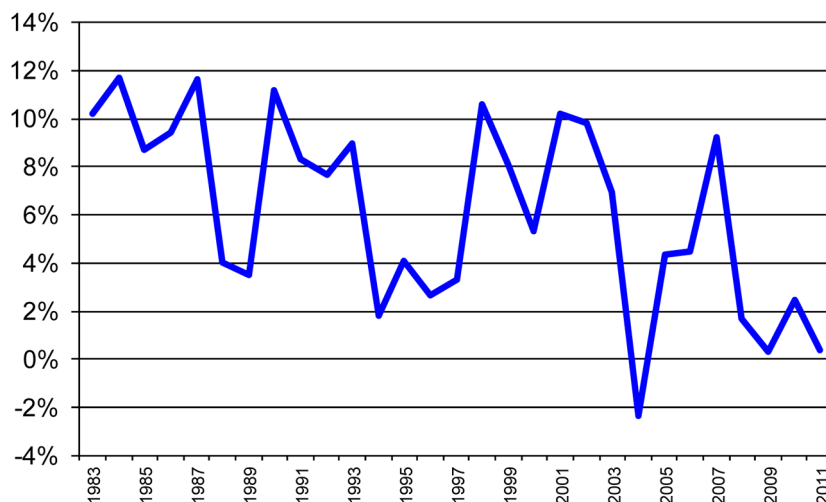
Een tweetal fracties heeft mij vragen en opmerkingen voorgelegd over de aanstelling en de taakopdracht van de verkenners extramurale farmacie, de heren Rinnooy Kan en Reibestein. Ik dank de leden van deze fracties voor hun inbreng over de ontwikkelingen en de toekomst van de extramurale geneesmiddelenvoorziening na de introductie van nieuwe prestatiebeschrijvingen en vrij onderhandelbare tarieven voor apotheekhoudenden.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Naar aanleiding van de taakopdracht van de verkenner extramurale farmaceutische zorg vragen de leden van de PvdA-fractie om nogmaals uit te leggen waarop de veronderstelling is gebaseerd dat het nieuwe systeem goedkoper is.

Ik ga er ten algemene van uit dat met wettelijke maximumtarieven er een tendens is dat slechts de maximumtarieven worden afgesproken. Het maximumtarief is dan feitelijk een minimumtarief geworden, waardoor elke apotheker hetzelfde tarief krijgt, ongeacht of hij goed of slecht werk aflevert. Deze veronderstelling wordt gestaafd door de ervaringen met de tot 2011 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vastgestelde maximum-apothekerstarieven. Daarnaast wil ik er op wijzen dat de extramurale farmaceutische zorg de enige sector is in de volksgezondheid waar de uitgaven niet stijgen, ondanks een stijging van het volume (rekening houdend met de overheveling van een aantal dure medisch specialistische geneesmiddelen naar de ziekenhuisaanspraak). Enkele zorg-verzekeraars hebben de uitgavenontwikkeling in de extramurale farmaceutische zorg zelfs als reden genoemd waarom de zorgpremies 2013 niet (of zeer beperkt) hoefden te stijgen.

Figuur 1: Jaarlijkse kostengroei farmacie 1993-2011 (bron CVZ)

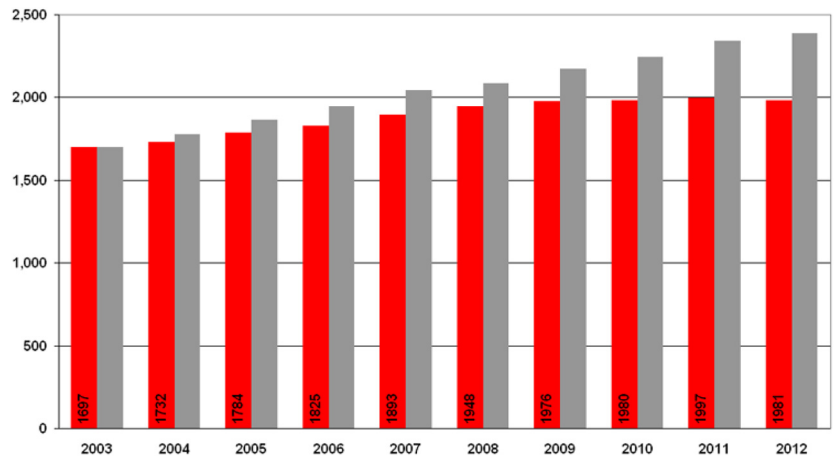


Bovenstaand overzicht laat zien dat de jaarlijkse groei van de uitgaven voor extramurale farmacie is gedaald door de inzet van het beleid van circa 12% naar circa 0% in 2011. Naar verwachting zullen de uitgaven over het jaar 2012 een daling laten zien van ten minste € 200 mln. Of het een structurele of incidentele daling betreft weet ik nog niet. Ik heb al eerder aangegeven dat ik hierop terug zal komen in het kader van de voorjaarsbrief.

De genoemde leden vragen ook of kan worden aangegeven hoe de ontwikkeling van het aantal apotheken in Nederland verloopt en hoeveel apotheken er de laatste jaren zijn bijgekomen. Ook willen zij weten hoeveel apotheken er zijn in verhouding tot het bevolkingsaantal, hoe de spreiding is en welke overwegingen c.q. voorwaarden worden gehanteerd om een nieuwe apotheek te openen.

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) houdt jaarlijks een overzicht bij van het aantal openbare apotheken en van het aantal apotheken dat de deuren sluit of opent. Zie het hieronder opgenomen overzicht dat onlangs is gepubliceerd in het Pharmaceutisch Weekblad.

Figuur 2: Ontwikkeling (2003–2012) van het aantal openbare apotheken (rood) en een indicatie van het aantal openbare apotheken als dat de zorgvraag zou hebben gevolgd (grijs)



Bron: SFK, Pharmaceutisch Weekblad van 24 januari 2013, Jaargang 148, nr. 4

Volgens de SFK nam het aantal openbare apotheken in 2012 voor het eerst af: «Eind december telde Nederland 1981 openbare apotheken. Dat zijn er zestien minder dan het jaar daarvoor. Deze afname toont aan dat de sector onder druk staat. In 2012 kwamen er 34 nieuwe openbare apotheken bij. Hiertegenover stonden vijftig sluitingen. Per saldo nam het aantal apotheken dus met zestien af tot 1981. Dit is een daling van 0,8%.»

In de Marktscan Farmacie 2012 besteedt de NZa aandacht aan de ontwikkeling van het aantal en de spreiding van alle apotheken (dus niet alleen van de openbare apotheken) en van apotheek-houdende huisartsenpraktijken. Zodra ik deze marktscan heb ontvangen zal ik deze aan de Tweede Kamer sturen.

De vraag welke overwegingen c.q. voorwaarden worden gehanteerd om een nieuwe apotheek te openen kan ik niet voor u beantwoorden aangezien het hier om individuele afwegingen van individuele partijen gaat.

De leden van de PvdA-fractie willen verder weten welke wijzigingen noodzakelijk zijn in het bestaande speelveld om te komen tot een efficiënte geneesmiddelen-voorziening en welke belangen daarbij een rol spelen. Voorts willen zij weten welke machtsverhoudingen kunnen worden onderscheiden, welke partijen zich voornamelijk richten op het handhaven van de bestaande situatie en of een overzicht gegeven kan worden van de wensen die op dit moment bij de verschillende partijen bestaan en op welke wijze deze partijen proberen deze wensen in beleid om te zetten.

Deze vragen van de leden van de PvdA-fractie wil ik niet beantwoorden zonder dat ik kennis heb genomen van de bevindingen van de verkenner extramurale farmacie en van de Marktscan Farmacie 2012 van de NZa. Overigens streef ik niet alleen naar een efficiënte geneesmiddelenvoorziening maar ook naar een kwalitatief betere geneesmiddelenvoorziening. Naar mijn mening is er in beginsel sprake van een evenwichtig stelsel,

waarin de arts bepaalt welke therapie is aangewezen en waarin op zorgverzekeraars een zorgplicht rust en apothekers houdenden verantwoordelijke zorg moeten leveren. Wel is het essentieel dat alle betrokken partijen zich bij de uitvoering van de verzekerde aanspraak op geneesmiddelen bewust zijn van hun verplichtingen en verantwoordelijkheden en daar ook naar handelen.

Wat de vraag betreft welke partijen kunnen worden onderscheiden, van welke lobbykanalen gebruik wordt gemaakt en hoe krachtig hun lobby's zijn, ontbreekt mij een overzicht om hier een volledig antwoord op te kunnen geven. Met welke partijen regelmatig contact wordt onderhouden kan ik, zonder uitpuittend te zijn, aangeven dat met enige regelmaat contacten worden onderhouden met (koepels van) patiënten, voorschrijvers, apothekers, apothekers houdende huisartsen, zorg-verzekeraars, farmaceutische industrie en farmaceutische groothandels. Overigens vind ik het niet uitzonderlijk dat belanghebbenden zich richten tot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), andere ministers of tot het parlement om hun zaak te bepleiten. Dat is hun goed recht en dat zorgt er voor dat alle argumenten kunnen worden gewisseld en gewogen. In antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie welke rol het ministerie van VWS speelt ten aanzien van het bewaken c.q. behartigen van belangen van partijen in het genees-middelenveld, merk ik op dat bij het bepalen van het beleid voor mij het algemeen belang, zoals dat met name wordt vertegenwoordigd door het belang van de patiënt en de premiebetaler, voorop staat.

Er zijn geen voordelen om de financiële controle op het geneesmiddelen-dossier bij het ministerie van Financiën onder te brengen met name wat betreft de prijsonderhandelingen en de voorwaardelijke toelating en aanpassing Wet geneesmiddelenprijzen. Dit zou het integrale beleid op het terrein van genees-middelen niet ten goede komen. Bovendien zijn op grond van de Comptabiliteitswet ministers zelf verantwoordelijk voor het beheer van hun begroting en hun ministerie. Overigens werken de ambtenaren van VWS en van Financiën samen bij de verwezenlijking van het kabinetsbeleid.

De vragen van de leden van de PvdA-fractie met welke knelpunten in de genees-middelenvoorziening patiënten op dit moment worden geconfronteerd en welke knelpunten kunnen worden onderscheiden in de relatie tussen respectievelijk apothekers en zorgverzekeraars, zorgverzekeraars en verzekerden, apothekers en groothandel en apothekers en patiënten, zullen aan de orde komen in de rapportage van de verkenner extra-murale farmacie en in de Marktscan Farmacie 2012 van de NZa. Daar wil ik niet op vooruitlopen.

De vragen van de leden van de PvdA-fractie welke nationale en Europese wetgeving een meer efficiënte geneesmiddelenvoorziening in de weg staat en welke concrete wijzigingen in wet- en regelgeving de bestaande knelpunten oplossen vergt bestudering van de rapportage van de verkenner en van de Marktscan Farmacie 2012. Vervolgens wil ik benadrukken dat regelgeving weliswaar een efficiënte geneesmiddelenvoorziening in de weg kan staan maar anderzijds wenselijk of noodzakelijk kan zijn bijvoorbeeld in het belang van de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de farmaceutische zorg.

Naar aanleiding van de vraag van deze leden of de patiënten in de apothekers zorg conform de nieuwe beleidsregel van de NZa ontvangen, merk ik op dat de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg slechts aangeeft of er een betaaltitel is voor een omschreven prestatie en dat niet alle daar omschreven prestaties zijn opgenomen in

het verzekerde pakket. Of apothekers deze nieuwe prestaties uitvoeren is onderdeel van de Marktscan Farmacie 2012 en de werkzaamheden van de verkenner extramurale farmacie. Wel is mij al bekend dat sommige prestaties niet altijd als een aparte prestatie worden gecontracteerd maar wel worden uitgevoerd en worden bekostigd met een opslag op het tarief voor het terhandstellen van geneesmiddelen.

Het is nog vroeg om mij een goed oordeel te kunnen vormen over de gevolgen van de introductie van vrije tarieven. Om de effecten daarvan en de vooruitzichten goed op waarde in te kunnen schatten heb ik de verkenner extramurale farmacie gevraagd mij behulpzaam te zijn. Samen met de Marktscan Farmacie 2012 van de NZa biedt dit mij een beter inzicht. Omdat de bevindingen van de verkenner en de marktscan nog niet beschikbaar zijn wil ik de onderstaande vragen:

- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om betaalbaarheid, ook gezien het feit dat dit jaar weinig geneesmiddelen uit patent zullen gaan, de kostendempende werking van preferentiebeleid daarom minder is en de kosten ten gevolge van volumestijging dus weer zullen gaan toenemen?
- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om kwaliteit en zo ja, waarom?
- Is de patiënt beter af in het nieuwe stelsel als het gaat om eigen beta-lingen?
- Genoemde leden krijgen signalen dat apotheken voor geneesmiddelen die klanten zelf moeten betalen fors hogere prijzen vragen.
- Hoe en in welke mate worden er hogere kosten berekend?
- Worden er stappen gezet om farmaceutische zorg toekomstbestendig te maken?
- Hoe, door wie en waar?
- Is preferentiebeleid verantwoordelijk voor meer wisselingen van geneesmiddelen of zijn er minder wisselingen met preferentiebeleid?
- In welke mate zou het helpen als doosjes geneesmiddelen eenvormiger zijn, duidelijker de naam van het geneesmiddel bevatten, en de leveranciersnaam kleiner?

na bestudering van beide rapportages op een later tijdstip beantwoorden of hierover met u discussiëren in een te zijner tijd te houden algemeen overleg geneesmiddelenbeleid. Ik wil voorkomen dat ik zou moeten speculeren zonder de input van de verkenner en de Marktscan Farmacie 2012. Overigens is een vergelijking van de uitkomsten van verschillende systemen niet goed mogelijk zonder aannames, omdat immers telkens maar één systeem van kracht is. Daarbij komt dat een aantal ontwikkelingen een autonoom karakter hebben en dus niet beïnvloed worden door de keuze voor een bepaald systeem.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie willen weten waarom er niet voor gekozen is om een uitputtend, volledig of diepgaand onderzoek te doen in plaats van een verkenning zoals nu voorgesteld.

Een volledig of diepgaand onderzoek zou feitelijk neerkomen op een evaluatie voordat de introductie van vrij onderhandelbare tarieven tot enige wasdom heeft kunnen komen. De uitkomsten van een dergelijk diepgaand onderzoek zouden daarnaast waarschijnlijk vrij lang op zich laten wachten. Ik heb gekozen voor de aanpak met de verkenner en de Marktscan Farmacie van de NZa om op overzienbare termijn een beter inzicht te krijgen. Op basis van de inzichten die daaruit komen kunnen marktpartijen zo nodig hun gedrag bijsturen en regelgeving kan worden aangepast of afgeschaft. Nadeel van een aanpak zoals voorgesteld door

de leden van de SP-fractie is de tijd die met een diepgaand onderzoek is gemoeid, waardoor eventuele wenselijke aanpassingen pas later doorgevoerd kunnen worden.

Wat betreft het toevoegen aan de opdracht van de verkenner van de vragen:

- Is centraal geregelde inkoop van medicijnen een goed alternatief voor het huidige preferentiebeleid? (Kiwi-model).
- Is het abonnementensysteem voor apothekers niet wenselijk om het basispakket voor apothekers te borgen en onnodige discussie en bureaucratie daarover uit te sluiten?
- Hoe functioneert het systeem van bonussen en kortingen? Moeten bonussen en kortingen niet volledig worden afgeschaft?
- Hoeveel kilometers mag een apotheek, waar de patiënt terecht kan zonder daarvoor gedwongen te zijn contant af te rekenen voor medicijnen, verwijderd zijn van de woonplaats van de patiënt?
- Binnen welke afstand moet een patiënt bij een apotheek overdag terecht kunnen?
- Op welke wijze kan voorkomen worden dat de patiënt er last van heeft wanneer er een conflict bestaat tussen de zorgverzekeraar en de apotheker?

merk ik op dat ik zo min mogelijk specifieke vragen heb opgenomen in de taakopdracht om de verkenner zo veel mogelijk vrijheid van handelen te geven. Inmiddels ronden zij hun werkzaamheden af om conform de taakopdracht eind februari te rapporteren.

Ik ben er vrijwel van overtuigd dat in de gesprekken die de verkenner met belanghebbenden hebben gevoerd het preferentiebeleid en mogelijke alternatieven daarvoor door die belanghebbenden naar voren zijn gebracht.

Ten aanzien van een abonnementstarief merk ik verder op dat het met de introductie van vrij onderhandelbare tarieven mogelijk is geworden om een abonnements-tarief af te spreken. Zoals ik in antwoord op Kamervragen van mevrouw Leijten (SP) al heb aangegeven deel ik niet de mening dat een apotheek beter via een vast abonnementstarief per patiënt kan worden gefinancierd. Hierdoor zou een apotheek die het slecht doet namelijk evenveel verdienen als een apotheek die het goed doet. In mijn optiek is een differentiatie in beloning tussen goede en minder goede apothekers cruciaal om het niveau van de farmaceutische zorg te verbeteren (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, Aanhangsel blz 1 e.v.).

Wat de kortingen en bonussen betreft heb ik in antwoord op Kamervragen van mevrouw Leijten en de heer Van Gerven (beiden SP) over het preferentiebeleid van zorgverzekeraars met betrekking tot het afschaffen van kortingen en bonussen aangegeven dat «dit niet mogelijk is omdat in artikel 94, vierde lid, van de (gewijzigde) Europese richtlijn 2001/83/EG is bepaald dat lidstaten geen afbreuk mogen doen aan bestaande maatregelen of handelspraktijken inzake prijzen, marges en kortingen (zie hiervoor ook de nota naar aanleiding van het verslag Vaststelling Geneesmiddelenwet, Kamerstukken, 2005–2006, 29 359, nr. 12). Anderzijds omdat het afschaffen van alle kortingen en bonussen er toe zou leiden dat apotheekhoudenden geen prikkel meer zouden hebben om doelmatig in te kopen en zorgverzekeraars deze inkoopvoordelen niet meer zouden kunnen afromen om deze ten gunste te laten komen aan hun verzekerden. De wettelijke clawback (het afromen van kortingen en bonussen) is met de invoering van vrije tarieven voor apothekers per 1-1-2012 komen te vervallen. In contracten tussen zorgverzekeraars en apotheekhoudenden

komen clawback-bepalingen nog wel voor. De dynamiek van de onderhandelingen tussen apotheekhoudenden en zorgverzekeraars moet in de toekomst uitwijzen of en in welke mate dit instrument zal worden toegepast (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, Aangangsel 4)».

Wat de hoeveelheid kilometers ten opzichte van zijn woonplaats betreft waar een patiënt terecht kan zonder daarvoor gedwongen te zijn contant te betalen, merk ik op dat hiervoor geen wettelijke normen bestaan. Er zijn ook geen wettelijke normen binnen welke afstand een patiënt bij een apotheek overdag terecht moet kunnen. Wel hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Voor verzekerden met een polis waarbij de zorgverzekeraar zorgaanbieders heeft gecontracteerd (doorgaans de naturapolis) moet de zorgverzekeraar zorg op een «redelijke afstand» van de woonplaats van de verzekerde aanbieden en «tijdig» leveren. In het veld worden zogenaamde Treeknormen met betrekking tot de tijdigheid gehanteerd. Zo mag de toegangstijd tot de apotheek voor consumenten maximaal 1 werkdag bedragen. Wat een redelijke afstand is, verschilt per zorgsoort en is niet in normen of regelgeving vastgelegd. De NZa houdt toezicht op het naleven van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

Daarbij komt dat apotheken patiënten met een acute of spoedeisende zorgvraag die op hen zijn aangewezen, niet mogen weigeren te helpen. Ook niet als die patiënten niet contant kunnen betalen.

Kortheidshalve verwijs ik verder naar de antwoorden op eerder gestelde Kamervragen over contante betaling bij de apotheek (vragen van het lid Slob, ChristenUnie, Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, nr 1199, Aangangsel 4 en vragen van het lid Van Gerven (SP) Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, nr 1204, Aangangsel 2).

Ten aanzien van de vraag op welke wijze voorkomen kan worden dat de patiënt er last van heeft wanneer er een conflict bestaat tussen de zorgverzekeraar en de apotheker geldt dat dit kan worden voorkomen als verzekerden (voorafgaand aan het polisjaar) door hun zorgverzekeraar zijn geïnformeerd over het feit dat er nog geen contract is gesloten met de betreffende aanbieder en wat de eventuele consequenties hiervan zijn. Het kan voorkomen dat er geen contract tot stand komt tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Dit kan voor verzekerden ertoe leiden dat zij contant af moeten rekenen en de declaratie in moeten dienen bij hun zorgverzekeraar. De vergoeding die zij ontvangen van hun zorgverzekeraar is afhankelijk van de polisvoorwaarden. Ingeval van een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op een marktconforme vergoeding, ingeval van een naturapolis bepaalt de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding (via art. 13 Zvw).