

### **Verslag Campagnebijeenkomst LEF 17 september 2026**

De bijeenkomst wordt geopend door Erik Mijnhardt, bestuurslid LEF en dagvoorzitter. Hij heet de aanwezigen welkom en licht het programma van het eerste deel van de bijeenkomst toe.

Vervolgens wordt de bijeenkomst geopend met de brief die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft gestuurd naar de minister. Dit naar aanleiding van de campagne, welke LEF en de VJA nog moeten starten, met daarin het verzoek aan de minister afstand te nemen hiervan. Oftewel: de campagne brengt de markt nu al in beweging.

#### Thijs Tonnon - Nafinco

Aan de hand van verschillende geneesmiddelen laat Thijs zien dat het huidige systeem tot grote financiële risico's voor apotheken kan leiden.

Er zijn situaties waarin de inkoopprijs aanzienlijk hoger ligt dan de vergoeding. Wanneer sprake is van medische noodzaak (= AIP – clawback) of logistieke noodzaak, blijft vaak alsnog het LPG-principe gelden. Alleen bij tijdelijke leveringsproblemen wordt daar soms van afgeweken, maar dat is eerder uitzondering dan regel. Financiële schade kan ontstaan zonder dat een apotheek feitelijk iets verkeerd heeft gedaan.

Thijs toont voorbeelden waarbij één doosje tot honderden euro's verlies kan veroorzaken en voorbeelden waarbij de potentiële schade rond €1.000 per doosje ligt. Een belangrijk probleem is dat een deel van deze schade niet direct zichtbaar is en pas via correctiebestanden of latere afrekeningen naar voren komt. Nafinco heeft een lijst met producten opgesteld om apothekers te helpen bij de beoordeling en advisering.

Belangrijk is dat gekeken wordt naar de transparantie van de uiteindelijke vergoedingssystematiek, inkoopprijs en contractuele afspraken.

#### Dierik Cras – Stek Advocaten

Door Dierik wordt ingegaan op de contracten met zorgverzekeraars. Verschillende knelpunten worden onder de loep genomen:

- Uitvoering preferentiebeleid
- Uitvoering laagste prijs garantie
- Baxter
- Medische Noodzaak geneesmiddelen
- Tabel 180

Het preferentiebeleid als zodanig wordt niet ter discussie gesteld. Het probleem zit vooral in de manier waarop het beleid door verzekeraars in de praktijk vorm wordt gegeven en wordt uitgevoerd. Als een geneesmiddel preferent wordt verklaard, moet het ook daadwerkelijk leverbaar zijn. Daarbij is de vraag wanneer een geneesmiddel als 'niet leverbaar' wordt aangemerkt. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat wordt gekeken naar de feitelijke leverbaarheid voor de betreffende apotheek.

Daarnaast moeten de aankondiging van een nieuwe preferentie en de zogenoemde notice period redelijk en billijk zijn. Apothekers moeten voldoende tijd hebben om zich aan te passen en bestaande voorraad uit te verkopen. Het preferentiebeleid kan werken, maar alleen als het aansluit bij de economische en juridische realiteit.

De kern is dat Laagste Prijs Garantie en preferentie alleen redelijk en billijk zijn als het betreffende geneesmiddel daadwerkelijk leverbaar is voor de apotheek en wijzigingen tijdig worden aangekondigd, zodat bestaande voorraad kan worden uitgeleverd. Dit geldt ook voor Baxter-verpakkingen: als de preferente of goedkoopste variant niet in de benodigde verpakking beschikbaar is, zou het risico niet bij de apotheek of patiënt moeten liggen.

Daarnaast ligt de medische beoordeling (primair) bij de voorschrijver. De rechter is daarover in het verleden ook duidelijk geweest. Het is daarnaast ook niet redelijk om de apotheker achteraf verantwoordelijk te maken voor de juistheid van een medische noodzaak die door de voorschrijver is vastgesteld of om deze situaties mee te nemen in de beoordeling van de effectiviteit van de apotheek. De apotheek heeft hier vaak geen invloed op. Daarbij kunnen tegenstrijdige bepalingen in verzekeringscontracten voor extra onduidelijkheid zorgen.

Ook is er onvoldoende transparantie over de prijs die zorgverzekeraars hanteren. Tabel 180 uit de G-Standaard kan, zo wordt door de aanwezigen aangegeven, in het AIS automatisch een prijs overnemen die afwijkt van de AIP of de prijs die de apotheek declareert. Dit is niet altijd zichtbaar voor de apotheker en verschilt per verzekeraar, waardoor onduidelijk is op basis van welke prijs wordt afgerekend. Dit speelt onder andere bij doorgeleverde bereidingen en kan leiden tot financiële verliezen.

Juridisch geldt dat zorgverzekeraars wel contractsvrijheid hebben, maar dat deze niet onbeperkt is. Ook daar is de rechter enkele malen duidelijk over geweest. Het betrof weliswaar andere zaken/partijen, maar deze lijken toch goed toepasbaar op de situatie van de apothekers. De afhankelijke positie van apothekers, de machtspositie van verzekeraars en het belang van transparantie spelen mee bij de uitleg van contracten en de toepassing van redelijkheid en billijkheid. Als onderhandelingen geen oplossing bieden, kunnen individuele apothekers eventueel via een (proef)procedure bij de rechter hun gelijk proberen te halen.

Erik dankt de sprekers voor hun tijd en legt vervolgens de verbinding met de campagne. De kern is dat de sector zelf meer in beweging moet komen, de campagne wordt daarbij als middel ingezet. Hiermee wordt gezamenlijk druk uitgeoefend op zorgverzekeraars. Door apothekers, contracteerpartijen en andere organisaties te betrekken, kunnen de knelpunten concreet worden gemaakt en de mogelijkheden voor het komende contracteerseizoen beter worden benut. De campagne heeft als belangrijkste doel: herziening van het preferentiebeleid in het belang van de medicatieveiligheid en de geneesmiddelenbeschikbaarheid voor miljoen Nederlanders. Daarnaast dient het huidige preferentiebeleid werkbaar te zijn.

De strategie richt zich daarom op een combinatie van publieke en politieke druk, onderhandelingen met verzekeraars, juridische mogelijkheden en samenwerking met andere (branche)partijen. Concrete cijfers, praktijkvoorbeelden en patiëntbelang kunnen daarbij helpen om de druk verder op te voeren. Daarover meer in het tweede deel van de bijeenkomst.