

Vergaderjaar 1999–2000

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

24 036

Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit

Nr. 102

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 juni 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 31 mei 2000 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de brief van 17 april 2000, houdende het kabinetsstandpunt op rapporten geneesmiddelenbeleid** (24 124/24 036, nr. 101).

Hierbij zijn tevens aan de orde:

- brief van de minister van VWS van 25 oktober 1999 ten geleide van het rapport «Een helder recept. Bevindingen en adviezen van de begeleidingscommissie Uitvoering geneesmiddelenbeleid» (VWS-99-1584);
- brief van de minister van VWS van 1 december 1999 inzake het RIVM-onderzoek «Stijgende geneesmiddelenkosten: theoretische en praktische inzichten» (VWS-99-1838);
- brief van de minister van VWS van 6 december 1999 ten geleide van het rapport van de MDW-werkgroep geneesmiddelen (VWS-99-1897);
- brief van de minister van VWS van 11 februari 2000 ten geleide van het rapport «Farmaceutische zorg in beleid en praktijk» (VWS-00-215).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Oudkerk** (PvdA) vroeg zich af of alle debatten, in het verleden over de geneesmiddelen en de kosten daarvan gevoerd, terecht plaatsvonden. Deze vraag kan worden beantwoord met driemaal ja en tweemaal neen. Ja: het is een goede zaak dat de Prijzenwet er is; deze wet moet worden gehandhaafd. Ja: de distributie is veel efficiënter geworden terwijl de zeer grote marges eruit zijn gehaald. Ja: monopolieposities zijn aangepakt. Neen: de uitgaven op dit terrein per hoofd van de bevolking zijn zo ongeveer de laagste in Europa. Neen: ook in de toekomst zullen geneesmiddelen van onschatbare waarde blijken te zijn met het oog op gezondheidswinst en maatschappelijke participatie, met name van chronisch zieken. Wat dit betreft zijn vooral de biotechnologie en het in kaart brengen van het DNA-profiel van belang. Dit alles kost veel geld. De PvdA kiest – met inachtneming van beleid dat continu is gericht op zo laag mogelijke prijzen, zo efficiënt mogelijke distributie, zo doelmatig mogelijk voorschrijven en zo rationeel mogelijk slikken – voor gezonde investe-

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF/GPV), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Hermann (GroenLinks), Kant (SP), Gortzak (PvdA) Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD) en Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (RPF/GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD) en Th. A. M. Meijer (CDA).

ringen in geneesmiddelen, vooral ten behoeve van chronische patiënten. Dit levert, behalve gezondheidswinst, minder ziekteverzuim, polikliniek- en ziekenhuisbezoek en meer participatie op.

De uitgangspunten waaraan de PvdA het kabinetsbeleid toetst, zijn neergelegd in de in maart 2000 uitgebrachte nota Toverballen met effect: meer investeren in goede geneesmiddelen voor chronische patiënten; keuzevrijheid over de volle breedte van het arsenaal voor de chronische patiënt; geen eigen betalingen voor de chronische patiënt; het pakket wordt vastgesteld door de overheid en niet door de verzekeraar; de regie met betrekking tot inkoop en distributie mag naar de verzekeraar, maar daarbij gelden bepaalde voorwaarden; introductie van een acceptatieplicht voor de particuliere verzekeraars; grotere doelmatigheid met betrekking tot voorschrijven, inkoop, distributie en gebruik; introductie van een gepaste zorgpolis.

In de aan de orde zijnde sector is in de afgelopen jaren fors gesaneerd. De prijzen waren aanvankelijk, vergeleken met overig Europa, te hoog; ze zijn nu met 15% tot 18% gedaald. De vreemde constructie waardoor er veel te veel geld in het circuit bleef hangen, is uiteindelijk met succes bestreden. Daarnaast zijn nog andere maatregelen getroffen. Thans is het noodzakelijk om tot belangrijke investeringen te komen omdat men er nu zeker van kan zijn dat de middelen op de goede plaatsen terechtkomen. Wat de PvdA vijf jaar eerder niet zou hebben aangedurfd, forse investeringen in de geneesmiddelen, kan nu wél worden overwogen. In die zin is er sprake van een zekere omslag. Het is een goede zaak dat het kabinet voor dit jaar en volgende jaren het uitgavenkader voor geneesmiddelen substantieel heeft verruimd. In dit verband spreekt het kabinet over het bijstellen van ramingen, maar het komt neer op investeren in goede zorg. Een zekere heroverweging van deze groeirimte is op haar plaats nu er voldoende is gesaneerd.

Wat de tijdens het overleg over de financiële verantwoording aan de orde gestelde overschrijding van 585 mln. betreft, kan de PvdA instemmen met 400 mln., veroorzaakt door méér voorschrijven en de komst van betere maar duurdere middelen. Overigens dient er wat dit betreft in het kader van de Zorgnota nog een verantwoording te komen, zodat meer duidelijkheid komt over de precieze aanwending van deze middelen. Over het resterende bedrag, 120 mln. als gevolg van te laat ingezette maatregelen en 65 mln. aan structurele besparingsverliezen, zal nader moeten worden gesproken. Zo hadden kortingen en bonussen eerder moeten worden teruggesluisd naar de zorg.

Waarom wordt bij de beslissing over de vergoeding van nieuwe middelen niet méér uitgegaan van de mogelijke, ook in het buitenland ontwikkelde health-economic and pharma-economic parameters? Er moet niet alleen worden gekeken naar kosten-batenanalyses, maar ook naar effecten buiten de zorg.

De verzekeraars krijgen de regie over inkoop en distributie, maar geen carte blanche. Op dit moment geldt dat enkele koplopers hiertoe in staat zijn terwijl een grote groep geen enkele bagage heeft om deze taak nu al goed te kunnen aanpakken. De minister dient zich te realiseren dat verzekeraars, wanneer een en ander niet lukt, gebruik kunnen maken van een ventiel, in die zin dat ze gewoon de nominale premie kunnen verhogen. Ze kunnen via de rechter gedwongen worden om hun zorgplicht te erkennen en komen uiteindelijk weer bij de centrale kas terecht; er zitten nog 430 000 ouderen in een niet-gebudgetteerde WTZ.

Niet alleen bij de PvdA is er sprake geweest van een omslag, ook bij de verzekeraars. De heer Wiegel stelde nog op 21 september 1998 dat ZN er niets voor voelde om probleemeigenaar te worden van het farmadossier. Nu willen zij dit ineens wél en de vraag rijst: waarom? Tegen die achtergrond formuleert de PvdA vier voorwaarden die elk afzonderlijk moeten worden beschouwd als een *conditio sine qua non*:

1. De verzekeraars dienen nog dit jaar met een duidelijk plan van aanpak, een businessplan, te komen, waaruit blijkt hoe men een en ander denkt aan te pakken en welke verantwoordelijkheden men op welk moment wil nemen. De minister dient aan te geven op welk moment zij welke verantwoordelijkheden onder welke condities wil overgeven. Op dit moment is niet duidelijk hoe de verzekeraars hun regisseursrol kunnen waarmaken en wat precies de rol van de overheid is.
2. Er dient sprake te zijn van voldoende transparantie. Wanneer verzekeraars door middel van onderhandelingen forse kortingen weten binnen te halen, moet worden voorkomen dat die bedragen weer in de verkeerde zakken terecht komen; dat geld moet naar de zorg.
3. Niet de verzekeraar bepaalt wat er in het pakket komt; dat doet de politiek, zulks naar aanleiding van adviezen van beroepsgroepen en patiënten. De minister stelt in dit verband: «Op korte termijn vind ik het niet wenselijk en noodzakelijk dat verzekeraars dat bepalen.». Acht zij dit op lange termijn wél wenselijk en noodzakelijk? Zo ja, dan kan de PvdA daarmee niet instemmen. Voorts kan pakketbeperking niet aan de orde zijn. Hetzelfde geldt voor eigen bijdragen; dat is ook het oordeel van de minister, maar zij wil hiernaar wél onderzoek in het buitenland laten verrichten. Het laatste moet worden beschouwd als een gebrek aan historisch besef, gelet op zaken als de medicijnknaak en de eigen bijdrage in het ziekenfonds.
4. Voor verzekeraars geldt acceptatieplicht. Het kan niet zo zijn dat voor particuliere verzekeraars niet geldt wat voor ziekenfondsen heel gewoon is, namelijk dat men van verzekeraar mag wisselen.

De PvdA is er niet van overtuigd dat de besparingen ad 1,2 mld., vermeld in het rapport-Wijers zullen worden gehaald. Echter, waar de overheid er grote moeite mee heeft, kosten en baten van geneesmiddelen met elkaar in overeenstemming te brengen, dienen verzekeraars de kans te krijgen om deze zaak naar behoren te vervullen, met inachtneming van de geformuleerde voorwaarden. Blijkt later dat men het niet kan of niet wil, dan is het: einde verhaal.

De heer Oudkerk verzocht de minister in te gaan op de relatie tussen het feit dat verzekeraars een en ander moeten gaan uitvoeren en het dichtgetimmerde convenant tussen VWS en KNMP dat pas op 1 januari 2003 afloopt. Is de conclusie juist dat de 35 mln. voor zorgvernieuwing die in 2000 aan de apothekers zou worden gegeven, gewoon worden uitgekeerd in de vorm van een verhoging van de receptregelvergoeding, zonder dat daar concrete zorgvernieuwendende projecten tegenover staan? Hoe verhoudt de overheidsregulering met betrekking tot het poliklinisch budgetteren zich met de ruimte die de verzekeraars moeten krijgen om zelf voorstellen te doen tot matiging van de poliklinische kosten?

De PvdA steunt de dereguleringsvoorstellen van het kabinet maar ook wat dit betreft moet een duidelijker tijdpad worden aangegeven, mede gelet op het laten verdwijnen van de taxe, het gedeeltelijk opheffen van het GVS, de aanpassing van de WTG enz. Het Europese aspect blijft onderbelicht; er zijn tegen die achtergrond méér consequenties aan de beoogde opzet verbonden dan het kabinet nu aangeeft.

Het is een goede zaak dat het kabinet de 20-20-60-regel, verwoord in de «toverbalnotitie», onderschrijft: 20% van de patiënten slikt geneesmiddelen voor niks; 20% gaat te lang door met slikken; 60% slikt niet goed. Ook tegen die achtergrond zijn nog verbeteringen haalbaar. Uiteraard geldt voor patiënten een eigen verantwoordelijkheid, maar chronisch zieken mag men geen nieuwe middelen onthouden die beter zijn dan oude. Een college van deskundigen heeft de minister geadviseerd Viagra niet in het pakket op te nemen, behalve wanneer het gaat om mensen met een chronische ziekte, c.q. suikerziekte en dwarslaesie. Ten onrechte wil de minister deze lijn niet volgen. Het is onzinnig dat oude methoden, zoals injecties in de penis en pompjes, wél worden vergoed en een veel beter nieuw middel niet. In relatie met suikerziekte en dwarslaesie kan

werkelijk niet over «lifestyle» worden gesproken. Het is alsof de minister hier zegt: de stoomtram voor iedere Nederlander en de HSL voor degenen die het kunnen betalen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) constateerde dat tijdens het heden gehouden overleg over de financiële verantwoording niet duidelijk is geworden waaraan de overschrijdingen te wijten zijn. Daarom is een ruimhartige benadering daarvan niet terecht; de «omslag» van de fractie van de PvdA is tegen die achtergrond verbazingwekkend.

In de afgelopen periode zijn vele adviezen uitgebracht over het complexe vraagstuk van de geneesmiddelen, waaronder een eigen rapport van de KNMP. Hoewel lang niet al die stukken op deskundigheid zijn gebaseerd, is het winst dat niet alleen aandacht is gegeven aan onmogelijkheden maar ook aan mogelijkheden om tot verandering te komen. Centraal staan de voortdurende overschrijdingen en de mate waarin de overheid daarin sturend kan optreden. De overmaat aan bureaucratie als gevolg van steeds meer gedetailleerde wet- en regelgeving is goed zichtbaar geworden. Enerzijds is er de industrie die geneesmiddelen ontwikkelt en op de markt brengt; anderzijds is er de overheid die de collectieve portemonnee beheert. Daartussenin bevindt zich het strijdperk van allerlei belangengroepen; de patiënt slikt en betaalt zijn premie. De overheid blijkt altijd verkeerd te ramen. Hoewel karikaturaal, dit is het beeld van de realiteit.

Niemand heeft belang bij zinnig en zuinig gebruik. Het huidige systeem kent geen financiële prikkels en geen prikkels om artsen doelmatig te laten voorschrijven. Het systeem laat apothekhoudenden vrijelijk en legaal kortingen en bonussen bedingen, laat de groothandel vrij en biedt de verzekeraar te weinig gelegenheid om hierop in te spelen.

De VVD staat positief tegenover het voorstel van het kabinet om de overheid minder regulerend te laten optreden en meer verantwoordelijkheden te geven aan het veld, in combinatie met een regierol voor de verzekeraar. Deze opzet is in lijn met gegeven adviezen. Het is echter jammer dat dit voorstel wordt gekenmerkt door een gebrek aan concreetheid. Komt er in plaats van wetgeving een nieuwe, uitgebreide rol voor CVZ, CTG en CTU? Zo ja, dan schiet men er niets mee op. Al in 1998 heeft de VVD haar bezwaren geuit tegen de prijsfixerende systemen van het GVS enz. Op korte termijn dienen deze systemen te verdwijnen om het prijsinstrument voldoende ruimte te bieden, zodat concurrentie ontstaat. Hierover treft men in het voorstel slechts een vage opmerking aan over de lange termijn. In elk geval voor de generieke middelen dient het GVS te verdwijnen. Uit het dereguleringsprogramma blijkt dat er ten aanzien van de prijzen helemaal niet wordt gedereguleerd. Sterker nog, het voorstel wordt gedaan om de vergoedingslimieten per cluster nog eens de revue te laten passeren; er is geen sprake van prijsconcurrentie. Omdat generieke en innovatieve middelen samen in een cluster zitten, kan dit grote gevolgen hebben voor het op de markt brengen en houden van nieuwe geneesmiddelen.

Opvallend is dat in dit voorstel uitgangspunten en doelstellingen niet terug te vinden zijn. Bij een zo belangrijke wijziging van de structuur moet de gewenste situatie duidelijker worden aangegeven. Welke verantwoordelijkheden worden waar neergelegd en waarvoor blijft de overheid verantwoordelijk en aanspreekbaar? Op welke termijn moet een en ander worden gerealiseerd? Wanneer niet duidelijk is of en wanneer de overheid ingrijpt, zullen partijen niet happig zijn om hun nieuwe rollen te spelen. Er moet dan ook een tijdspad worden aangegeven.

Het kabinet blijft verantwoordelijk voor de omvang en de doelmatigheid van de collectief gefinancierde middelen. Hoe dit moet worden gecombineerd met de regierol van de verzekeraars blijft onduidelijk. Wat betekent dit voor de ramingen die altijd te laag zijn en de bereidheid van de verze-

keraars om daarop in te spelen? Worden zij hierop al in 2001 of 2002 afge-rekend?

Op dit beleidsterrein zijn verschillende meerjarenafspraken gemaakt, onder meer met de Landelijke huisartsenvereniging, de KNMP en de Orde van medisch specialisten. Zit men daaraan tot 2002 vast? Zo ja, dan kan de introductie van nieuw beleid niet plaatsvinden. Het geringe enthousiasme van de VVD voor dergelijke meerjarenafspraken is bekend; opnieuw wordt duidelijk hoe verstarrend ze kunnen uitwerken.

De VVD is ook geen voorstander van het poliklinisch budgetteren en soortgelijke maatregelen in verzorgingstehuizen en GGZ; één keer budgetteren is voldoende. Het argument dat de besparing al is ingeboekt, is niet overtuigend. Dergelijke besparingen worden toch niet gehaald. De fractie sluit zich aan bij de opmerkingen die het CTG en de commissie-De Vries hierover hebben gemaakt. Dat ziekenhuizen het voornemen hebben om zelf medicijnen te gaan inkopen, is prima maar dit betekent tegelijkertijd dat de poliklinische budgettering eraf moet. Soortgelijke maatregelen in de sfeer van verzorgingshuizen en GGZ behoren evenmin te worden door-gevoerd. Dit is niet conform afspraken die in het regeerakkoord zijn neergelegd, gericht op het niet uitbreiden van de AWBZ-aanspraken. Bovendien kan hiervan een gevolg zijn dat patiënten, die dure geneesmiddelen moeten gebruiken door deze instellingen worden geweigerd. Het probleem van de kosten van de geneesmiddelen moet in zichzelf worden opgelost en niet via budgetten van instellingen.

Op de pakketdifferentiatie wordt in de beleidsbrief niet ingegaan; wat dit betreft wordt de commissie-De Vries ten onrechte niet gevolgd. Over de invulling van de volle therapeutische breedte waarin moet worden voorzien, kan nader worden gesproken maar als in de brief niet wordt aangegeven dat men bereid is om de discussie hierover aan te gaan, wordt het voor verzekeraars erg lastig om hier hun verantwoordelijkheid te nemen. De VVD is er een voorstander van dat er een basispakket-geneesmiddelen komt waarin voor elke kwaal het geëigende middel is opgenomen. Dit behoeft niet in te houden dat voor iedereen op elk terrein alles beschikbaar is. Dat komt immers neer op een utopie terwijl in een dergelijke situatie de innovatie niet voldoende tot haar recht zou komen. Door middel van het ook door de VVD onderschreven voorschrijven op indicatie kan een uitweg worden gevonden voor probleemgevallen. Dit zou ook een oplossing kunnen zijn voor veel nieuwe geneesmiddelen, waaronder Viagra. Overigens dient bij voorschrijven op indicatie de autonome zelfstandigheid van artsen voldoende tot haar recht te komen.

Mevrouw Van Blerck vroeg de minister in te gaan op de afbakening tussen de recept- en de niet-receptstatus van middelen. Waarom is in Nederland het aantal niet-receptmiddelen veel geringer dan in omliggende landen? Wanneer geneesmiddelen eenmaal de niet-receptstatus hebben gekregen, treden prijsdalingen op van ruim 50%. Wat is precies de rol van het CBG in dezen? Deze instelling stelt zich wat dit betreft uiterst terughoudend op, zulks op voorspraak van de industrie die er uiteraard geen belang bij heeft dat de status van middelen in deze zin verandert. Er dient hier sprake te zijn van een heroverweging, zulks conform de desbetreffende Europese regelgeving die in Nederland maar mondjesmaat wordt opgevolgd.

Wat het geneesmiddelenbeleid betreft geldt naar het oordeel van de VVD: je doet het in deze regeerperiode goed of je doet het niet. Een tussenweg kan niet aan de orde zijn. Een belangrijk ambtenaar van het ministerie van VWS heeft aangegeven een stelselherziening de eerste drie regeerperioden niet te zien zitten. Denkt de minister dat haar ministerie op het terrein van de geneesmiddelen voldoende meewerkend is om wél iets van de grond te krijgen? Volgens het kabinet zijn de zorgverzekeraars nog niet gereed voor hun regierol en daarom wordt het huidige financiële systeem voor de allerlaatste keer nog eens uitgewrongen. Intussen is er voor de korte termijn nauwelijks sprake van verandering; acht van de veertien aanbevelingen worden zeer omzichtig benaderd. De minister dient duidelijke

lijk te maken dat het kabinet ernst is om nog deze regeerperiode met concrete maatregelen te komen. Als dat niet mogelijk is, is het beter om het bij voorbereidingen te laten en te wachten op de volgende regeerperiode.

De heer **Buijs** (CDA) herinnerde eraan dat de heer Dijkstal op 11 april als zijn mening naar voren bracht dat het beleid van mevrouw Borst met piepen en knijpen tot stand kwam en dat in mei haar financiële beleid tegen het licht zou worden gehouden. Hiervan komt niets uit het betoog van mevrouw Van Blerck naar voren. Integendeel, vanochtend is zij, evenals de fractie van de PvdA, akkoord gegaan met de overschrijding van 585 mln. De fractie van het CDA is blij met deze verruiming maar zij blijft van mening dat het pad van de niet-realistische ramingen al eerder had moeten worden verlaten.

De minister heeft van het geneesmiddelendossier een puinhoop gemaakt. Al in maart 1999 was duidelijk dat zij de regie over dit dossier niet in handen had. Dat zij voortdurend achter de muziek aanloopt, blijkt ook uit het feit dat de zorgverzekeraars al in 1998 aangaven dat zij het beter dachten te kunnen doen dan de minister. Schoorvoetend komt zij hieraan nu tegemoet. Het is betreurenswaardig dat zoveel tijd verloren is gegaan. In haar brief van 24 mei gaat de minister in op de achtergronden van de overschrijdingen die thans aan de orde zijn. Wat is er nu precies binnen het kabinet afgesproken met betrekking tot de budgettaire discipline? Als andere dossiers aan de orde zijn, wordt als regel vastgehouden aan Zalm-normen, maar gaat het om de gezondheidszorg, dan lijken de middelen te «verzalmen». Als de regie wordt neergelegd bij partijen in de zorg, hoe wordt dan inhoud gegeven aan de budgettaire discipline bij de verzekeraars, voorzover daarvan sprake zou moeten zijn? Zullen de verzekeraars straks op dezelfde manier met overschrijdingen kunnen omgaan als de minister nu doet? Zullen zij gewoon klakkeloos bij elke overschrijding de premies kunnen verhogen?

De veertien maatregelen beziend, kwam de heer Buijs tot de conclusie dat het veelal gaat om «bezien», «onderzoek», «nader bekijken» enz. De fractie van het CDA kan hiermee geen genoegen nemen en verlangt dat de minister met een duidelijk eigen beleid komt. Wil zijn nu wel of niet eigen betalingen invoeren? Welke visie heeft zij op het GVS, de doelmatigheidsmodules, WTG-vergoedingsregels enz.? De minister kan niet allerlei verantwoordelijkheden naar verzekeraars overhevelen zonder klip en klaar aan te geven wat het overheidsbeleid inhoudt. Zo wordt er al jaren gesproken over de cholesterolverlagende middelen. Aanvankelijk meldde de minister dat onderzocht zou worden of ze al dan niet in het pakket thuishoren. In de brief van 24 mei wordt weliswaar gesteld dat gepast gebruik wordt gestimuleerd, maar de minister denkt hier toch 230 mln. aan besparingen te kunnen inboeken. Hoe komt men aan een dergelijk bedrag? Is hier wederom sprake van een niet-realistische raming? Alleen wanneer de genoemde veertien punten worden omgezet in concreet beleid weten de verzekeraars en het Nederlandse volk waar zij aan toe zijn.

De professionele autonomie van de arts dient te worden gewaarborgd. De heer Buijs was er niet voor dat de arts de indicatie op het recept vermeldt, zodat de apotheker daarover wordt geïnformeerd. Wél kunnen apothekers in het kader van het FTO-overleg de vraag aan de orde stellen of bepaalde voorschrijfpatronen niet moeten worden veranderd.

Wat betekent het overhevelen van verantwoordelijkheden naar de zorgverzekeraars voor de gemaakte meerjarenafspraken, waaronder het hoofdlijnenakkoord met de KNMP? Meent de minister dat, wanneer de beoogde maatregelen worden doorgevoerd, partijen zullen willen meewerken aan het bewerkstelligen van de gedragsveranderingen die van hen worden verlangd?

De fractie van het CDA is tegen het poliklinisch budgetteren, mede omdat er wat dit betreft bijzonder veel vluchtroutes zijn. Het kabinet zegt weliswaar de regie bij verzekeraars te willen onderbrengen, maar het lijkt het erop dat de overheid het script schrijft en bepaalt op welke wijze dit beleidsspel wordt opgevoerd. Wat is de mening van de minister over het feit dat, als gevolg van de wijziging van artikel 13 WOG, de kortingen voor geneesmiddelen in ziekenhuizen van de baan zijn, waardoor wordt ingeschat dat het kostenniveau met 50 mln. zal stijgen? De fractie van het CDA is tegen het onderbrengen van geneesmiddelen in het budget van verpleeghuizen. Het is zeer bedenkelijk dat verpleeghuizen patiënten weigeren die zijn aangewezen op dure medicijnen. De heer Buijs verzocht de minister voorts in te gaan op de Taxolproblematiek.

Het nu aan de orde gestelde kabinetsstandpunt is zeer teleurstellend. Door de fractie van het CDA wordt sterk betwijfeld of met deze aanpak grotere doelmatigheid kan worden bereikt. Onduidelijk is of partijen willen meewerken en voldoende worden geprikkeld om tot gewenst gedrag te komen. De minister dient te komen met een concreter plan, waarmee recht wordt gedaan aan de uitgangspunten van partijen.

De heer **Van Walsem** (D66) vond het boeiend zich in het geneesmiddelen-dossier te mogen verdiepen. Voor hij daarmee begon, had hij de indruk dat het in Nederland buitengewoon slecht gesteld was met de geneesmiddelenverstrekking, maar dat is erg meegevallen. De kosten, dat wil zeggen prijs maal volume, zijn in Nederland vergeleken met omliggende landen buitengewoon laag, terwijl ook de inname per hoofd van de bevolking laag is. De prijzen zijn, mede als gevolg van de Prijzenwet, niet hoger dan het gemiddelde niveau. De vraag rijst waarom er in een dergelijke gunstige situatie nog zou moeten worden ingegrepen.

Er zijn wel degelijk redenen om te streven naar een nieuwe aanpak voor de geneesmiddelenverstrekking. Ook in Nederland is er sprake van een versnelling in de groei zodat ervoor moet worden gezorgd dat de kosten beheersbaar blijven. Als het Nederlandse kostenniveau naar het Europese gemiddelde gaat, leidt dit tot een forse verhoging.

Bepaalde factoren, van belang voor het kostenniveau, zijn niet beïnvloedbaar. De relatief sterke vergrijzing, de toename van de bevolking als gevolg van immigratie en de medisch- en biologisch-technische innovaties leiden tot volumevergroting. Het verdient aanbeveling hiernaar objectief onderzoek te doen, zodat duidelijk wordt wat de autonome groei is.

Juist omdat in het verleden niet goed is gekeken naar de autonome groei, werden de ramingen eerder gebaseerd op het gewenste dan op een realistisch budget. Er zijn nu aanzetten gegeven om hiermee in het vervolg met meer werkelijkheidszin om te gaan.

De aanbevelingen van verschillende adviescommissies wijzen in ongeveer dezelfde richting, hetgeen tot enig vertrouwen leidt en de minister de kans ontnemt om te handelen volgens het principe «verdeel en heers». De aanbevelingen van de commissie-De Vries spreken de fractie van D66 het meest aan. Deze commissie onderstreept dat, als wordt overwogen deze aanbevelingen over te nemen, het geheel moet worden overgenomen omdat de onderlinge samenhang van groot belang is. Uit de stukken komt duidelijk naar voren dat het kabinet deze aanbevelingen omarmt, maar er zijn bepaalde verschillen. Zo wenst de minister op bepaalde terreinen onderzoeken te verrichten. Ook wordt hier en daar gesproken over «niet meteen overgenomen aanbevelingen», hetgeen erop duidt dat de minister daar niet in principe afwijzend tegenover staat.

De fractie van D66 is blij met deze uitkomst omdat zij de aanbevelingen van de commissie-De Vries onderschrijft: poliklinische geneesmiddelenverstrekking niet in het ziekenhuisbudget; toekomstige besparingseffecten niet te snel boeken; pakket- en premiedifferentiatie, mét handhaving van de volle therapeutische breedte in het basispakket. Daarnaast dient de vertegenwoordiging van de patiënten in instellingen en overlegorganen te

worden versterkt omdat hun ervaringen en expertise van grote betekenis zijn. Ook is D66 voor het handhaven van de Wet geneesmiddelenprijzen en acht zij het instellen van een tijdelijk orgaan als marktmaker, pro-actief en stimulerend, verstandig. De door de commissie-De Vries vermelde termijn van twee tot drie jaar lijkt te beperkt; een termijn van vijf jaar lijkt meer realistisch. Het verdient aanbeveling de zorgverzekeraars in de tussenliggende periode bij te staan met een marketingcommissie. Voorts dient de minister te komen met een plan van aanpak, inclusief een tijdpad, waarmee de inhoud van de beleidsnotitie meer concreet kan worden gemaakt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) deelde mee dat haar fractie in de afgelopen twee jaar het geneesmiddelen dossier met moedeloosheid heeft gehanteerd. Thans bestaat de indruk dat de minister de handen in de lucht steekt, constateert dat het haar eenvoudig niet lukt en deze zaak maar overlaat aan de zorgverzekeraars.

In het januarinumnummer van het onvolprezen Geneesmiddelenbulletin wordt aandacht gegeven aan de vier toekomstscenario's die in 1993 met betrekking tot het geneesmiddelengebruik zijn opgesteld onder de titels «Soberheid in weelde», «Risico van de vermindering», «Technologie aan bod» en «Vrije markt aan het werk». GroenLinks kiest voor het eerste scenario waarmee een zekere terughoudendheid terugkeert als positieve waarde, ook al komt dit niet overeen met datgene wat nu in Nederland de bovenaan voert: de vrije markt. Een VWS-periodiek vermeldt dan ook: «Minister Borst kiest voor meer marktwerking». Daarboven staat echter: «Zuiniger en zinniger medicijnen voorschrijven», hetgeen weer overeenkomt met soberheid in weelde.

Over dit onderwerp is buitengewoon veel en gezegd en geschreven. Iedereen heeft, zoals ook geldt voor verkeer en weer, verstand van medicijnen. De minister heeft uit al die signalen, adviezen enz. een keuze gemaakt en de vraag is nu of daarmee in politieke zin kan worden ingestemd. In feite zijn er geen harde argumenten om nu «neen» tegen deze beleidsvisie te zeggen, zodat GroenLinks er met frisse tegenzin maar «ja» tegen zegt, zij het met vermelding van een aantal voorwaarden.

Voorop staat een kwalitatief hoogwaardige en goed toegankelijke farmaceutische zorg. Dit kwalitatieve aspect wordt door de minister toch wat ter zijde geschoven waar zij ermee instemt dat verzekeraars, met de markt in gedachten, eigen pakketjes samenstellen. GroenLinks is niet tegen pakketbeperking als zodanig, maar dat moet dan wél in lijn zijn met datgene wat door deskundigen aan indicatiestelling wordt gegeven. Dit vindt men terug in het Farmacotherapeutisch kompas, waarin wordt aangegeven welk middel binnen een bepaalde werkingsgroep het laagst is geprijsd; de vergoeding moet daarop zijn gericht. Als de eigen bijdrage betekent dat men de meerkosten betaalt, is GroenLinks daar niet tegen. In deze zin gaat zij met de marktwerking mee. Toegankelijkheid en kwaliteit staan voorop; het brede therapeutische pakket moet gedekt zijn. Zolang niet aan de NAN-normen wordt getornd, mag de afleveringsvorm de goedkoopste zijn. Wanneer bepaalde geneesmiddelen om marktredeven méér kosten, is het aan de patiënt om de in zijn ogen beste prijs-kwaliteitverhouding te bepalen. Er zijn geen redenen waarom de minister zich daarmee zou bemoeien. Het is jammer dat zij in deze zin afwijkt van het advies van de commissie-De Vries.

Al met al is er méér mogelijk dan de nu door de minister gemaakte keuzen aangeven. De aangegeven veertien punten zijn in feite goede voornemens en daarmee is de weg naar de hel geplaveid. Daarom dient er niet alleen sprake te zijn van een plan van aanpak, maar ook van een modelwerkplan. In verband met de beoogde nieuwe samenwerkingsvormen worden bepaalde intenties uitgesproken, maar vóór GroenLinks zich kan schikken in de rol die de verzekeraars in de nieuwe opzet krijgen en de gevolgen die daardoor voor andere participanten optreden, moet meer duidelijkheid

worden geboden over precieze werking, voorwaarden en achtergronden. Garanties moeten worden gegeven voor toegankelijkheid en kwaliteit van het brede therapeutische pakket, terwijl een reëel ramingsmodel moet worden opgesteld. Waarop baseert de minister haar in het VWS-bulletin gedane uitspraak dat er voor honderden miljoenen kan worden bespaard?

Mevrouw **Kant** (SP) vond dat de minister de hete aardappel doorschuift naar de zorgverzekeraars die in enkele jaren voor elkaar moeten krijgen wat de overheid nooit is gelukt: het indammen van de stijgende uitgaven voor geneesmiddelen. Om drie redenen worden aan de verzekeraars en de marktwerking te hoge verwachtingen gesteld. In de eerste plaats zijn de overschrijdingen van het budget te wijten aan te lage ramingen, gebaseerd op politieke wensdromen. In de tweede plaats is het zeer de vraag of op dit terrein concurrentie zal werken. Apothekers die niet wensen in te gaan op de voorwaarden van de verzekeraars, zouden geen contract meer krijgen. Vervolgens hebben de verzekeraars heel wat uit te leggen aan hun klanten, hetgeen slecht kan uitpakken voor hun imago. In de derde plaats zouden verzekerden moeten gaan «shoppen» om de verzekeraar met de beste prijs-kwaliteitverhouding te kiezen, maar de gezondheidszorg is nu eenmaal geen markt. De arts schrijft voor op grond van zijn onafhankelijke deskundigheid en dat moet zo blijven; daarbij geldt en moet blijven gelden dat degene, die middelen voorschrijft die middelen niet zelf inkoopt.

Met andere woordvoerders was mevrouw Kant niet voor de poliklinische budgetten. De problemen die wat dit betreft bij de verpleeghuizen ontstaan, maken duidelijk dat men deze weg niet moet opgaan. In een brief vraagt Arcares dringend om een aparte beleidsregel in verband met dure medicijnen voor verpleeghuispatiënten. Is de minister bereid om de verpleeghuisbudgettering af te schaffen en voor deze groep een afzonderlijke regeling in te stellen? Ook doen zich in de ziekenhuizen problemen voor in verband met middelen als Taxol. Wat gaat de minister hieraan doen?

De commissie-De Vries wil het nu beoogde systeem twee jaar de kans geven. Mislukt het, dan dient te worden overgestapt op overheidsregulering. Als dit de bepaald niet onwaarschijnlijke uitkomst is, waarom dan niet meteen overgestapt op overheidsregulering? Bovendien kan deze operatie niet los worden gezien van de stelselbespreking.

De fractie van de SP wijst de nu gepresenteerde voorstellen af en stelt daar enkele andere voorstellen tegenover. Allereerst zal men moeten accepteren dat een hoger budget nodig is. Verder mogen de prijzen van geneesmiddelen niet afhankelijk zijn van onbewezen marktprikkels; ze moeten een relatie hebben met concrete maatregelen, zoals de Prijzenwet. Dat instrument heeft goed gewerkt maar nog altijd zit er veel lucht in de prijzen. In 1999 deed de SP het voorstel om het vaststellen van de maximumprijzen in die zin te wijzigen dat Engeland niet langer als referentieland zou worden aangemerkt. Daarmee kan het prijsniveau aanzienlijk worden verlaagd. Wat heeft het toegezegde onderzoek naar deze optie opgeleverd? Ook de prijzen voor generieke geneesmiddelen worden kunstmatig hoog gehouden. Met een wettelijke regeling kan worden bereikt dat na het verlopen van octrooien de prijzen van geneesmiddelen met 20% dalen.

Wanneer nu wordt verwacht dat zorgverzekeraars, als zij de zaak hebben overgenomen, zó scherp zullen kunnen onderhandelen met de industrie dat ze veel lagere prijzen kunnen bedingen, waarom kan er dan niet nú al sprake zijn van centrale inkoop?

De concurrentie tussen farmaceutische bedrijven vindt niet plaats op basis van kwaliteit van geneesmiddelen maar op basis van marketingstrategieën. Uit berichten van de inspectie en een brief van de minister blijkt dat een aanscherping van de reclamecode wordt voorbereid maar blijkbaar gaat men hiermee weer niet ver genoeg. Er moet nu werkelijk iets worden

gedaan aan het indammen van de marketingtechnieken van de farmaceutische industrie. Ook hier moeten zachte heelmeesters worden voorkomen.

Het antwoord van de minister

De **minister** realiseerde zich dat er al lang over het geneesmiddelenbeleid wordt gesproken, omdat daar de spanning tussen het beschikbare budget en de groei van de uitgaven in de afgelopen tien tot vijftien jaar steeds een punt van zorg is geweest. De overheid heeft tal van maatregelen genomen om te trachten, deze curve naar beneden om te buigen. Daarvoor was alle reden omdat bijvoorbeeld met betrekking tot het voorschrijven veel te winnen viel. Het geneesmiddelen dossier heeft wel eens in een kwaad daglicht gestaan; vooral met betrekking tot de distributiesector werd gedacht aan gouden kettingen en belangrijke margesvoordelen. De patiënt had het nakijken, omdat hij te maken kreeg met de budgettaire krapte.

Er is nu evenwel sprake van een omslag. Ook binnen het kabinet is men van oordeel dat er veel vooruitgang is geboekt en dat partijen nu hun best doen om mee te werken aan een beheerste groei, met behoud van kwaliteit. Tegen die achtergrond kiest het kabinet ervoor om de geneesmiddelen, voorzover ze zinvol zijn en meerwaarde hebben, meer ruimte te geven. Natuurlijk is het in het verleden nooit de bedoeling geweest om onrealistisch te ramen, maar ramingen werden veelal wél opgesteld met een schuin oog naar de budgettaire mogelijkheden. Was er sprake van een bepaalde bandbreedte, bijvoorbeeld van 10 tot 12, dan richtte men zich op 10 en niet op 12. Bij verkenning van gegevens betreffende het buitenland blijkt dat ook daar de laatste jaren nieuwe zeer werkzame geneesmiddelen op de markt komen, hetgeen een goede zaak is, niet alleen voor de patiënt maar ook in financieel opzicht, omdat daarmee andere uitgaven bijvoorbeeld in de sfeer van klinische behandelingen, worden voorkomen. Het kabinet kiest er voor de rest van de kabinetsperiode dan ook voor uit te gaan van een realistisch groeipad van 11% per jaar.

In het kader van het laatste regeerakkoord werd met betrekking tot de nieuwe geneesmiddelen een ambtelijk advies ontvangen waaruit bleek dat daarvoor ten minste 450 mln. moest worden gereserveerd, maar op een gegeven moment moesten de eindjes aan elkaar worden geknoopt en richtte men zich op een aanzienlijk lager niveau. Het kan de coalitiepartijen niet verbazen dat nu blijkt dat de nieuwe geneesmiddelen meer geld vergen dan eerder werd aangenomen.

Met tevredenheid kan worden teruggekeken naar de resultaten van de maatregelen die de overheid in de afgelopen zes jaar heeft getroffen. Tijdens paars I werd voor bijna 1 mld. structureel bezuinigd op de geneesmiddelen uitgaven zonder dat patiënten daarvan nadeel ondervonden. Hierbij kan worden gedacht aan het trechteren van het pakket, het bijstellen van de vergoedingslimieten, de invoering van de Prijzenwet, het terughalen van kortingen en bonussen en het bevorderen van het generiek voorschrijven. Paars II is op dit traject voortgegaan, onder meer door het incorporeren van de stimulans in de receptregel; het is normaal dat een apotheker zo goedkoop mogelijk aflevert. Voorts zijn de GVS-limieten opnieuw bekeken. Dit alles leidt in deze kabinetsperiode tot een structureel resultaat van 650 mln. Voor de langere termijn wordt gedacht aan maatregelen in de sfeer van de FTTO's, EVS en de «hardlopers». Als dit goed uitpakt, komt men inderdaad in de buurt van het genoemde niveau van 2 mld. Moedeloosheid past niet bij dit beeld; wél is het van belang dat men blijft volhouden en creatief blijft. Bovendien heeft dit beleid tijd nodig om goede effecten op te leveren. De definitieve cijfers over 1999 geven aan dat de uitgavengroei is gestabiliseerd op 11%. Het eerste kwartaal van 2000 heeft een groeiontwikkeling van 7,2% laten zien.

Hoewel deze ontwikkeling niet ongunstig is, had de overheid al tijdens de vorige regeerperiode het idee dat de instrumenten bot begonnen te worden. In feite kunnen nog slechts op twee terreinen resultaten worden bereikt, namelijk in de sfeer van volumebeperking (zuinig en zinnig voorschrijven) en in de sfeer van de inkoop (scherper inkopen en concurrentie). Het doel hiervan is: maximale financiële ruimte creëren voor nieuwe geneesmiddelen. De «wachtkamer» is op dit moment leeg, maar de eerste «wachtenden» komen er alweer aan, waaronder een uitstekend middel tegen een aantal chronische ziekten. Hoewel dergelijke middelen bijzonder kostbaar zijn, moeten ze in het pakket worden opgenomen omdat ze zeer effectief zijn.

Wie kan nu het best de nog te treffen maatregelen nemen? Gekozen is voor de zorgverzekeraar omdat deze dicht bij de arts en de apotheker staat en omdat hij voor hen een contractpartner is. Hij kan daarom veel scherpere afspraken over de geneesmiddelen maken dan tot dusverre is gebeurd. Tijdens de vorige kabinetsperiode zijn de zorgverzekeraars geleidelijk meer risicodragend gemaakt; ze zijn nu 100% risicodragend voor de geneesmiddelenuitgaven. Dat zij belang hebben bij de nu beoogde opzet, blijkt uit het feit dat zij aan de Boston Consulting Group advies hebben gevraagd. De minister heeft de adviescommissie-De Vries ingesteld om na te gaan of de plannen, neergelegd in het regeerakkoord, zouden kunnen worden aangescherpt. Het kabinet neemt de bevindingen van deze commissie over, zij het met enkele uitzonderingen.

Vervolgens moeten de verzekeraars voldoende instrumenten krijgen en dienen belemmeringen weggenomen te worden, waartoe bepaalde dereguleringsmaatregelen zijn of worden getroffen. Een initiatiefwet van de heer Oudkerk die aan deze deregulering bijdraagt, is inmiddels in het Staatsblad verschenen en nog dit jaar zullen verschillende wetsvoorstellen op dit gebied aan de Raad van State worden voorgelegd. Overigens kunnen de verzekeraars nu al handelen in de sfeer van contracten en tariefsmodules; niets staat ze in de weg om differentiaties aan te brengen in de afspraken met artsen en apothekers.

Door de overheid kan het roer pas aan de zorgverzekeraars worden overgedragen wanneer alle belemmeringen zijn weggenomen en de verzekeraars hebben laten zien dat zij er klaar voor zijn. Gesteld dat nu het GVS en de taxe zouden worden opgeheven, dan zouden met ingang van morgen de verzekeraars voor de 500 mln. die dit structureel opbrengt, moeten zorgen, zulks door middel van het beïnvloeden van voorschrijfgedrag en inkoop. Zij geven terecht aan dat dit nu nog niet mogelijk is. De commissie-De Vries is van oordeel dat voor de eerste stap op deze weg twee jaar moet worden genomen. Dan pas zal het roer overgedragen kunnen worden en op dat moment kan de Kamer nagaan of de minister werkelijk alle belemmeringen voor het nieuwe systeem heeft weggenomen en of de zorgverzekeraars de noodzakelijke stappen hebben gezet. Overigens heeft ZN al een businessunit opgezet; er wordt aan een concreet plan van aanpak gewerkt. Na het zomerreces zal worden nagegaan hoever men hiermee is gevorderd. Geconstateerd kan worden dat er sprake is van een gedragsverandering. Nog heden deelde de voorzitter van ZN per fax mee dat de genoemde businessunit de nodige instrumenten zal ontwikkelen en individuele verzekeraars zal bijstaan. Sommige zorgverzekeraars passen de contracten met de apothekers al aan; andere verzekeraars zijn bezig met het bevorderen van het doelmatig voorschrijven. Ook steekt men in verband met de politheken de nek uit en is men doende met het scheiden van inkoop en zorg waar het gaat om de apotheekhoudende huisartsen. Al met al is er in zorgverzekeringsland een grote beweging gaande met betrekking tot het geneesmiddelendossier. Na de zomer zal aan de Kamer een concreet tijdpad worden voorgelegd met betrekking tot de door VWS te treffen maatregelen, terwijl ook zal worden aangegeven wat het resultaat van die maatregelen dient te zijn.

Het gaat om een mix van verschillende zaken, waaronder adviezen en wetsvoorstellen.

Over de gepaste zorgpolis, een van de acht door de heer Oudkerk genoemde voorwaarden, is uitvoerig op het departement gediscussieerd. Hoe zou deze optie kunnen worden gevolgd zonder de gelijke behandeling van verzekerden in gevaar te brengen? Het is niet duidelijk hoe dit concreet moet worden uitgewerkt. Het komt erop neer dat, als de verzekeraar van oordeel is dat reeds verleende zorg niet gepast is, hij de rekening niet betaalt waarna de aanbieder de rekening aan de patiënt voorlegt. Nader overleg met de heer Oudkerk is gewenst en uiteraard wordt de Kamer van de uitkomst daarvan op de hoogte gebracht. De overige zeven voorwaarden zijn aanvaardbaar.

Gevraagd is waarom de kwestie van de eigen betalingen nader wordt onderzocht. Aangenomen mag worden dat bij de komende discussies over de stelselherziening, het pakket enz. weer suggesties zullen worden gedaan omtrent eigen betalingen, met name voor geneesmiddelen. Daarop vooruitlopend lijkt het juist, ten aanzien hiervan een uitvoerings-toets te vragen. Hoe gaat het met die eigen betalingen in het buitenland? De «groene» Duitse minister van volksgezondheid heeft aangegeven dat dit systeem voor de lagere inkomensgroepen nogal wat problemen oplevert.

Voorts moet de vraag worden beantwoord of er nadelige consequenties optreden wanneer het pakket met volle therapeutische breedte door de zorgverzekeraars wordt samengesteld. Het kabinet is op het eerste gezicht van oordeel dat er ongunstige gevolgen kunnen optreden. Eén geneesmiddel per aandoening lijkt logisch maar als patiënt en arts vinden dat, gelet op bijvoorbeeld bijwerkingen of andere ziekten die iemand kan hebben, een ander middel beter is, komt dit weer neer op bijbetalen. Vooralsnog wil het kabinet dit punt niet overnemen.

Met de fractie van de PvdA meende de minister dat, als men de verzekeraar invloed geeft op het pakket, er sprake dient te zijn van acceptatieplicht. Die plicht zou deel moeten uitmaken van een nieuwe basisverzekering. Overigens kan de acceptatieplicht nu niet aan de verzekeraars worden opgelegd; dit is uitsluitend mogelijk in het kader van een wettelijke sociale verzekering. In dit verband kan worden verwezen naar de derde Europese schaderichtlijn.

Er is kritiek geuit op het feit dat niet alle aanbevelingen van de commissie-De Vries worden overgenomen en in dat verband stelt de heer Van Walsem dat zijn partij vooral de patiënt goed bediend wil zien. De Nederlandse patiënten- en consumentenfederatie (NPCF) heeft echter per brief laten weten dat zij blij is dat op de aangegeven punten het kabinet de voorstellen van de commissie-De Vries niet heeft overgenomen. Men vindt de eigen betalingen en het aparte pakket per verzekeraar geen goede ideeën.

Al enige tijd worden voorbereidingen getroffen om farmaco-economische gegevens te betrekken bij de toelating. Het gaat daarbij niet alleen om kosten en baten binnen het gezondheidsdossier. Het College voor zorgverzekeringen is gevraagd om hierover een rapport uit te brengen; dit stuk zal deze zomer verschijnen. Vervolgens zal de regelgeving daaraan worden aangepast, hetgeen waarschijnlijk driekwart jaar zal vergen omdat een en ander via de Raad van State dient te verlopen. Voorts zal wellicht een overgangperiode moeten worden geïntroduceerd omdat een en ander op juridische gronden niet onmiddellijk verplicht kan worden gesteld. Nederland zou het eerste Europese land zijn dat deze werkwijze volgt, maar in Canada en Australië werkt men al langer met dit systeem. Wat betreft de genoemde 430 000 ouderen in de WTZ wees de minister erop dat ze niet méér maar minder kosten dan ziekenfondsverzekerden van gelijke leeftijd.

Het regeerakkoord geeft aan dat alle extramurale geneesmiddelen zoveel mogelijk moeten worden gebudgetteerd. Het budgetteren van wat in de

polikliniek wordt voorgeschreven, thans een openeinderegeling, heeft het kabinet dan ook altijd als een opdracht beschouwd maar op dit moment is duidelijk dat de coalitiefracties hierover genuanceerd denken of er, bij nader inzien, niets meer voor voelen. Dit is een belangrijk politiek gegeven, maar het ligt voor de hand om het klinisch formularium dat men binnen de ziekenhuismuren gebruikt voor de opgenomen patiënten, uit te breiden tot de poliklinische receptuur. Waarom zouden de zorgverzekeraars straks genoeg nemen met het feit dat daar niet volgens het formularium maar volgens de invloed van de farmaceutische industrie wordt voorgeschreven? Overigens zijn zorgverzekeraars, voorzover zij zich met het voorschrijven bezig houden, bezig met de polikliniek. De komende maanden zullen moeten worden benut om op het niveau van de koepelorganisaties afspraken te maken. De Orde van medisch specialisten denkt hierover in positieve zin mee. Ook wordt wel gedacht aan de mogelijkheid om de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen niet in het ziekenhuisbudget op te nemen, maar een apart budget te geven, gebaseerd op historische gegevens. Een aantal ziekenhuizen is op dit terrein aan het experimenteren. Wanneer wordt uitgegaan van de feitelijke situatie en een reëel groeipercentage wordt gehanteerd, is er op zichzelf niets tegen een budget, maar het systeem van nóg meer budgetten opleggen door de overheid is strijdig met het plan om tot verdergaande deregulering te komen. In elk geval zal er met betrekking tot deze ingewikkelde problematiek na de zomer duidelijkheid moeten worden geboden; de Kamer zal daarover worden geïnformeerd. Wat de verpleeghuizen betreft is de staatssecretaris doende met tariefdifferentiatie naar zorgwaarte. Het geneesmiddelenpakket van mensen kan daarbij worden betrokken, zodat aan iemand die veel dure geneesmiddelen moet gebruiken, een hogere «score» wordt toegekend. Overigens zijn de gemiddelde geneesmiddelen-uitgaven van een verzorgingshuis anderhalf maal zo hoog als die van een verpleeghuis, terwijl vaststaat dat de mensen in verpleeghuizen zeker zijn. De conclusie moet dan ook zijn dat er in verzorgingshuizen kennelijk niet zuinig en zinnig genoeg wordt voorgeschreven. Vandaar dat overwogen is om tot een soort budgettering over te gaan. Geconstateerd moet worden dat hier het regeerakkoord zichzelf tegenspreekt: enerzijds moet er zoveel mogelijk met betrekking tot de geneesmiddelen worden gebudgetteerd, anderzijds wordt er aan de AWBZ niets toegevoegd. Uiteraard wordt de autonomie van de huisarts bij het voorschrijven gehandhaafd. Men gaat akkoord met het gebruik van het EVS voor patiënten in verzorgingshuizen. De verzorgingshuizen willen contracten gaan afsluiten met huisartsengroepen. Wanneer een bewoner aangeeft een huisarts te willen die niet bij zo'n groep behoort, wil Arcares bevorderen dat verzorgingshuizen de inspanningsverplichting hebben om een contract met de gewenste arts te sluiten. Dit is de stand van zaken met betrekking tot de afspraken die de staatssecretaris met partijen heeft gemaakt. Zij zal over de vandaag gemaakte opmerkingen worden ingelicht.

Het is duidelijk dat er met betrekking tot de ziekenhuisbudgetten spanningen kunnen optreden, zij het bij het ene ziekenhuis meer dan bij het andere. Het is echter onmogelijk om voor allerlei categorieën uitzonderingen te maken. Er is één ziekenhuisbudget en dat is genoeg of het is niet genoeg; daarover dient de discussie te gaan. Ook hier moet een te uitgebreide regelgeving worden voorkomen. Dat Taxol tijdelijk is gesubsidieerd, heeft te maken met een lopend onderzoeksprotocol waarmee een antwoord werd gezocht op de vraag waar dit middel wel en niet hielp. Vervolgens heeft het landelijk oncologisch beraad op grond van deze bevindingen aangegeven wanneer dit middel wel of niet kan worden verstrekt. Het is niet toevallig dat ziekenhuizen met deze kwestie aankomen. Men weet immers dat dit een emotioneel zwaar punt is; het gaat om jonge vrouwen met eierstokkanker. Iedereen vindt dat deze groep

optimaal moet worden behandeld, maar de minister houdt de rug recht en acht het niet zinvol een afzonderlijke discussie over Taxol te starten. Sprekend over transparantie dringt de heer Oudkerk erop aan dat de zorgverzekeraars, als zij de verantwoordelijkheid krijgen voor de inkoop, marges inzetten ten behoeve van de zorg. Inderdaad moet er sprake zijn van maximale transparantie, maar ziekenfondsen zijn gemaximeerd waar het om hun reserves gaat. Zij kunnen dus maar twee dingen doen met de bedoelde marges: ofwel de nominale premie verlagen ofwel meer zorg inkopen.

Vormt het akkoord met de KNMP geen belemmering voor de zorgverzekeraars? Duidelijk is dat ZN het wel wat ingewikkeld vindt dat men met dit akkoord te maken heeft, maar het loopt gelukkig maar tot en met 2002, hetgeen ongeveer overeenkomt met de eerder genoemde termijn van twee jaar. Overigens is ZN op het moment met de KNMP in bespreking over de tariefsmodules en over het aanwenden in 2001 van een deel van de 35 mln. voor zorgvernieuwing waarop door de heer Oudkerk is gedoeld. Dit overleg verloopt op constructieve wijze en het ziet er naar uit dat beide partijen vóór 2001 tot resultaten zullen komen, waarna de Kamer daarover zal worden bericht. Apothekers zijn realisten; ze zien in dat ze in de toekomst verder moeten met de verzekeraars.

De minister verzocht de heer Oudkerk om bij een andere gelegenheid aan te geven waarom hij van oordeel is dat de Europese context méér consequenties heeft dan de vier die het kabinet heeft vermeld.

Om twee redenen is ervan afgezien om Viagra op indicatie toe te laten tot het pakket. Allereerst is de prijs ontstellend hoog terwijl de omzet wereldwijd gigantisch is. De producent zou er dan ook goed aan doen om van die f 15 f 1.50 te maken; dan kan er verder worden gesproken. In de tweede plaats zullen huisartsen in hun goedheid geneigd zijn om dit middel bij allerlei neurologische aandoeningen voor te schrijven. Er zou al snel sprake zijn van een niveau van 150 mln.; een dergelijke ontwikkeling heeft zich ook in Engeland voorgedaan. Daar staat tegenover dat andere nieuwe, kostbare maar zeer werkzame geneesmiddelen in het pakket moeten worden opgenomen; daaraan moet de voorkeur worden gegeven. Weg kan het GVS nog niet; dit zou in het budgettaire kader een te groot gat slaan. De mogelijkheid om dit systeem te schrappen voor generieke middelen is overwogen en zelfs juridisch getoetst. Gebleken is dat dit op grond van Europese regelgeving niet mogelijk is omdat op onrechtmatige wijze onderscheid zou worden gemaakt tussen generica en specialités. Komen er straks nieuwe rollen voor CTG, CVZ en CTU dat de ene bovenbaas wordt vervangen door drie andere? Wat de CTG betreft is het de bedoeling dat straks de tarieven vrij worden gelaten, zulks in verband met de beoogde prijsconcurrentie. Ook voor de andere organisaties zijn er geen nieuwe rollen weggelegd.

Het voorschrijven op indicatie is een goed idee maar artsen moeten zich er dan wel aan houden. Apothekers en zorgverzekeraars zouden straks wel degelijk de indicatie op het recept moeten kunnen zien. De NPCF heeft hiertegen geen bezwaar mits de apotheker binnen de WGBO gaat vallen. Aangezien de zorgverzekeraar via de rekeningen van iedereen weet om welke klachten het gaat, kan het privacy-aspect hier nauwelijks een rol spelen.

Wat de grens tussen recept- en niet-receptgeneesmiddelen betreft vindt een heroverweging plaats. Dat er in het buitenland meer niet-receptgeneesmiddelen zijn, komt omdat daar überhaupt meer geneesmiddelen worden gebruikt van allerlei soort en aard. Het gaat vooral om de vraag of er in Nederland veel receptgeneesmiddelen zijn die in het buitenland niet-receptgeneesmiddelen zijn.

Naar aanleiding van vragen over afspraken, binnen het kabinet gemaakt over de budgettaire discipline, wees de minister erop dat gekeken is naar de toekomstige reële groei van de geneesmiddelenuitgave. Aan de hand daarvan is het budgettaire kader vastgesteld en dat valt onder de budget-

taire discipline. Echter, zou er sprake zijn van een belangrijke overschrijding als gevolg van verrassingen op de geneesmiddelenmarkt in de vorm van dure middelen die niettemin zeer gewenst zijn, dan maakt het kabinet zijn jaarlijkse afweging. Blijkt er dan een onderschrijding te zijn in de sfeer van de sociale zekerheid, dan mag er worden gecompenseerd.

Aangegeven is dat op bij een gepast gebruik van de cholesterolverlagende middelen 230 mln. te winnen zou zijn. Het betreft hier een stelpost. Bij het CVZ wordt een uitvoeringstoets uitgezet. Afgesproken is dat na afronding daarvan deze post zal worden omgezet in een definitief bedrag. Hiervoor zijn nu duidelijke richtlijnen opgesteld. Sommige mensen nemen deze middelen als puur primaire preventie terwijl zij andere risicofactoren gewoon laten voortbestaan. Deze ontwikkeling doet zich ook op andere terreinen voor en de vraag is of deze middelen niet voor eigen rekening zouden moeten komen.

Nagegaan wordt of de kortingen en bonussen in de ziekenhuizen zijn afgeschaft. At random zijn ziekenhuisapothekers vragen hierover voorgelegd. Sommigen geven aan dat de industrie heeft aangekondigd dat men geen kortingen meer krijgt als er sprake is van een politheek. Anderen melden dat de leveranciers het interessant vinden dat de omzet groter wordt. Een objectief onderzoek naar de achtergronden hiervan vindt nu plaats.

De door mevrouw Hermann genoemde scenario's, weergegeven in het Geneesmiddelenbulletin, werden opgesteld door de STG en niet door het Geneesmiddelenbulletin zelf. Ook het kabinet is voor zuinig en zinnig voorschrijven. Wanneer alleen de laagste prijzen zouden worden vergoed, zou dit 700 mln. opleveren maar een gedeelte van dit bedrag zou door de patiënten zelf worden betaald. Hoewel het om een aanzienlijk bedrag gaat, dient hier het belang van de patiënt de doorslag te geven. Bovendien moet er op grond van prijsconcurrentie en gepast gebruik nog een paar honderd miljoen te verdienen zijn.

Wat de door mevrouw Kant gesignaleerde relatie met de stelseldiscussie betreft, zij erop gewezen dat de onderhavige ontwikkeling los kan worden gezien van de financieringsaspecten van die discussie. Voorts opereert men met dit proces wat de sturingsfilosofie betreft geheel in lijn met datgene wat het kabinet voor de toekomst voor ogen heeft. Over de reclame zal later aan de hand van voorstellen nader kunnen worden gesproken. Een staatsinkoopbureau voor geneesmiddelen heeft het kabinet nooit willen overwegen.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Oudkerk** (PvdA) bepleitte dit debat op sommige punten plenair voort te zetten. De fractie van de PvdA heeft veel waardering voor enkele door de minister gedane toezeggingen. Het waarmaken van de toezegging dat de minister met een plan van aanpak komt, ziet zij met vertrouwen tegemoet. Enigszins anders ligt het waar het gaat om de toezegging dat de verzekeraars met een businessplan komen. Ook is de fractie ervoor erkentelijk dat de minister de acht uitgangspunten van de PvdA heeft onderschreven. Ten slotte gaf de heer Oudkerk mevrouw Hermann in overweging het verkiezingsprogramma van GroenLinks nog eens na te lezen. Dat programma wijkt immers af van het betoog dat zij vanmiddag heeft gehouden.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) gaf aan dat de fractie van de VVD niet alle acht uitgangspunten van de PvdA kon onderschrijven. Het is voorts jammer dat de minister in feite nu pas, na een zeer langdurige en uitvoerige aanloop, met duidelijke standpunten en reacties komt. Een andere werkwijze, waarbij de Kamer eerder in politieke zin haar wensen kan aangeven, verdient de voorkeur. De fractie van de VVD zal bij de plenaire voortzetting van deze discussie enkele moties indienen om

enkele nu verbaal gedane toezeggingen meer te concretiseren, inclusief heldere doelstellingen.

De heer **Buijs** (CDA) verzocht de minister de door haar aangegeven omzetting van voornemens in meer concrete beleidslijnen, inclusief keuzen en tijdpaden, op papier te zetten vóór de discussie plenair wordt voortgezet. Het is voorts een goede zaak dat de minister ruiterlijk heeft toegegeven dat de kostenontwikkelingen tot nu toe niet realistisch zijn geraamd; er is primair gekeken naar de beschikbare budgettaire ruimte. De vraag is echter of nu met betrekking tot de 230 mln. inzake de cholesterolverlagende middelen niet dezelfde fout wordt gemaakt. Onderzoekingen geven in elk geval aan dat de uitkomst hiervan heel anders kan uitpakken.

De fractie van het CDA blijft tegen het poliklinisch budgetteren en het aantasten van de professionele autonomie van de huisarts. De heer Buijs was nogal geschrokken van de opmerkingen die de minister over het laatste onderwerp heeft gemaakt. De vraag is of er wetstechnisch in deze richting zou kunnen worden gewerkt. Aan de hand van de meer concreet geformuleerde toezeggingen van de minister zal de fractie van het CDA nagaan of moties moeten worden ingediend.

De heer **Van Walsem** (D66) herinnerde aan zijn verzoek om opname van patiëntenvertegenwoordigingen in overlegorganen, waaronder FTTO. Verder mag worden aangenomen dat de commissie-De Vries blij zal zijn met de tegenstelling die door de minister is gesuggereerd: ofwel men kiest voor de patiënt, ofwel men kiest voor de commissie-De Vries. De fractie van D66 blijft van oordeel dat pakket- en premiedifferentiatie bij beperkte marktwerking behoren. Zij ziet het plan van aanpak van de minister gaarne in september tegemoet.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) verwees naar de conclusie, vermeld in het Geneesmiddelenbulletin dat in feite de industrie de vrije markt is, waaraan wordt overgelaten welke nieuwe geneesmiddelen worden ontwikkeld en aangeboden. Enorme bedragen worden gestoken in programma's om de eigen marktpositie te verbeteren. Heeft de maatschappij eigenlijk nog wel een stem waar het erom gaat te bepalen waaraan behoefte bestaat? Het terugtreden van de overheid als financier van universitair onderzoek heeft dit onderzoek grotendeels afhankelijk gemaakt van de industrie. Is de minister bereid om aan deze uitspraken consequenties te verbinden door meer ruimte te bieden voor universitair onderzoek, gericht op de werking van geneesmiddelen?

Mevrouw Hermann kent het verkiezingsprogramma van GroenLinks van 1998 heel goed. Echter, een van de redenen om aan discussies als deze deel te nemen, is dat ervoor moet worden gezorgd dat in 2002 niet weer precies dezelfde tekst wordt opgeschreven.

Mevrouw **Kant** (SP) vond het verbazingwekkend dat het centraal inkopen van geneesmiddelen door de overheid zélf nooit is overwogen. Dit komt immers overeen met datgene wat men nu van de verzekeraars vraagt. De regeling inzake de maximumprijzen is gebaseerd op de situatie in een aantal omringende landen. Waarom wordt niet overwogen om Engeland niet langer hierbij te betrekken? In dat land zijn de prijzen relatief hoog. Het is opmerkelijk dat de minister keer op keer weigert om serieus in te gaan op deze gemakkelijke manier om besparingen te realiseren. Verder kan zij niet voorbij gaan aan het weigeren van bijvoorbeeld MS-patiënten door verpleeghuizen omdat deze qua geneesmiddelenvoorziening te duur zijn. De minister zal hiervoor een oplossing moeten aanreiken.

De **minister** had al in eerste termijn toegezegd dat zij met de staatssecretaris contact opneemt over het laatste door mevrouw Kant aangesneden

onderwerp. Op de kwestie van het opnemen van Engeland in de groep van landen waarop mevrouw Kant heeft gedoeld, is wel degelijk schriftelijk aan de Kamer ingegaan. Deze optie is serieus bezien, maar de landsadvocaat heeft aangegeven dat een en ander in juridische zin niet houdbaar is. Daarnaast is er nog een praktisch probleem. De wet geeft aan dat er ten minste twee referentielanden moeten zijn. Zou Engeland wegvallen, dan zou er voor bijvoorbeeld alle HIV-middelen nog maar één referentieland zijn. Omdat in een dergelijke situatie de prijzenwetgeving niet werkt, zouden de prijzen stijgen.

Waarom kunnen de verzekeraars wél en kan de overheid niet centraal inkopen? De aardigheid van de beoogde opzet is dat de verzekeraars met elkaar gaan concurreren. Voorzover er in het verleden rijksinkoopbureaus zijn geweest, leidden deze zeker niet tot lagere prijzen terwijl een afschuwelijke bureaucratie het gevolg was.

De minister had overleg gevoerd met de minister van OCW over universitaire onderzoek naar de werking van geneesmiddelen waarbij ook het Europese en zelfs het WHO-niveau aan de orde zijn geweest. Deze zaak heeft de aandacht, maar de minister van VWS is niet primair voor dit onderzoek verantwoordelijk.

De heer Van Walsem kan ervan verzekerd zijn dat de patiëntenorganisaties worden betrokken bij het farmacotherapeutisch transmuraal overleg; de minister zal erop toezien dat dit gebeurt.

Het door de heer Buijs genoemde bedrag van 230 mln. betreft niet uitsluitend cholesterolverlagende middelen maar moet veel breder worden benaderd. Het College voor zorgverzekeringen gaat na of gepast gebruik van geneesmiddelen kan worden ingevoerd, in die zin dat er op indicatie wordt voorgeschreven. Deze werkwijze kan tot belangrijke besparingen leiden. Overigens heeft de vorige voorzitter van de Landelijke huisartsenvereniging eens in aanwezigheid van de minister tegen de heer Wiegel gezegd dat de LHV er geen principiële bezwaren tegen heeft dat de indicatie op het recept wordt aangegeven. Uiteraard is hierbij de rol van de patiënt van betekenis maar privacybescherming moet niet worden overdreven; hierbij kan worden verwezen naar het standpunt van de NPCF. De minister meende dat dit aspect niets heeft te maken met professionele autonomie.

De minister had er geen moeite mee dat een aantal nu gedane toezeggingen door middel van een plenaire voortzetting van dit debat en daarbij in te dienen moties worden vastgetimmerd. Intussen wordt er verder gewerkt aan de maatregelen die zijn aangegeven in de bijlage bij het kabinetsstandpunt; voor het grootste gedeelte betreft het hier dereguleringsmaatregelen.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen