

Vergaderjaar 1998–1999

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

26 344

Modernisering Wet op de Geneesmiddelenvoorziening

Nr. 85

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 maart 1999

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 10 maart 1999 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van 13 november 1998 inzake plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg (24 124, nr. 68);**
- **de brief van 14 april 1998 ter beantwoording van vragen over kortingen op de inkoopvergoeding voor de WTG-geneesmiddelen en de besluitvorming rond de zogenaamde wachtkamer-geneesmiddelen (VWS-98-642);**
- **de brief van 10 juli 1998 inzake nieuwe geneesmiddelen voor glaucoom (VWS-98-922);**
- **de brief van 5 oktober 1998 inzake rapport interdepartementale stuurgroep farmaceutische zorg lange termijn (VWS-98-1111);**
- **de brief van 26 november 1998 inzake onderbouwing opbrengstramingen omtrent maatregelen geneesmiddelen-dossier (24 124, nr. 70);**
- **de brief van 8 december 1998 inzake de voorgenomen modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (26 344, nr. 1);**
- **de brief van 16 december 1998 ten geleide van de regeling tot wijziging van de regeling paramedische hulp ziekenfonds-verzekering (VWS-98-1483);**
- **de brief van 17 december 1998 inzake vermeende financiële verwevenheid farmaceutische industrie-(huis)artsen (VWS-98-1455);**
- **de brief van 24 december 1998 inzake kosten geneesmiddelen 1998 (VWS-99-9);**
- **de brief van 24 december 1998 inzake een algemene vrijstelling voor ziekenfondsen op het verbod van het exploiteren van een eigen apotheek (VWS-99-4);**
- **de brieven van 27 en 28 januari 1999 inzake het onderzoek naar bonussen en kortingen voor apothekers (VWS-99-144 en 157);**
- **de brief van 29 januari 1999 inzake nieuwe vergoedingsli-**

¹ Samenstelling:

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

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

mieten geneesmiddelen en kortingen bij apothekers (24 124, nr. 74);

- **de brief van 29 januari 1999 inzake uitkomsten bestuurlijk overleg met de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) en informatie over de uitvoering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (24 124, nr. 73).**

Van het overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Arib** (PvdA) achtte het algemeen overleg niet bijzonder zinvol omdat het regeringsstandpunt inzake kortingen en bonussen niet besproken kan worden. In de motie-Oudkerk is uitgesproken dat op 1 maart 1999 terzake conclusies getrokken moesten worden, maar de notitie is opnieuw enkele weken uitgesteld. Dat is jammer want de Kamer spreekt hier al vijf jaar over zonder dat er maatregelen kunnen worden genomen. De kortingen en bonussen moeten ten goede komen aan de zorg. Pas als de minister de motie-Oudkerk heeft uitgevoerd, zal de PvdA een oordeel over de beleidsvoornemens geven.

Waarom heeft de minister ineens besloten tot het vaststellen van een macrokader voor de receptregelvergoeding? Waarom komt de reactie van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG) pas eind april? Verwacht de minister dat het COTG positief op dit voorstel zal reageren? Waarom wordt, ondanks de toenemende extramuralisatie, het geneesmiddelenbudget van de instellingen niet overgeboekt naar het extramurale budget? Is er wellicht te weinig informatie over de intramuraal voorgeschreven geneesmiddelen en, zo ja, wat wil de minister hieraan doen? In het regeerakkoord staat dat er een budgettair kader voor de receptregelvergoeding wordt vastgesteld met een jaarlijks cumulerende verrekening van kortingen en bonussen. Totdat de omvang van de kortingen en bonussen bekend is en de opbrengst daarvan ten goede zal komen aan de zorg, dient het macrokader voor de receptregelvergoeding als een voorlopige verrekening. Over de receptregelvergoeding kan pas een definitief oordeel worden gegeven als alle gegevens beschikbaar zijn. De fractie van de PvdA heeft vanaf 1994 gehamerd op de waanzin van kortingen en bonussen, maar zij werd telkens door de minister met een kluitje in het riet gestuurd. Inmiddels is uit een onderzoek van de belastingdienst bekend geworden dat hiermee in totaal een bedrag van 580 mln. is gemoeid. Kan de Kamer uiterlijk 15 maart de notitie van de regering en het onderzoek van de belastingdienst krijgen?

De minister streeft naar kwaliteitsbeheersing, beheersing van het macrobudget, doelmatige inkoop en distributie en het nog dit jaar instellen van een regeling voor vergoeding van nieuwe geneesmiddelen op basis van een kosten-batenanalyse. Waarom zijn deze maatregelen niet eerder genomen? Wat is er de afgelopen vijf jaar gebeurd om de kosten te beheersen? Wat is er gedaan om het geld niet in de bodemloze put van de geneesmiddelen te laten verdwijnen, maar aan te wenden voor bijvoorbeeld het wegnemen van de wachtlijsten? De minister moet kunnen aantonen al het mogelijke gedaan te hebben om de kostenstijgingen, met name op het terrein van de geneesmiddelen, in de hand te houden. Mevrouw Arib wees erop dat haar fractie ook al sinds 1994 op het standpunt staat dat met het oog op de kostenbeheersing in de gezondheidszorg, de farmaceutische bedrijfskolom als eerste moet worden aangepakt. Dit geldt in het bijzonder de farmaceutische industrie en de apothekersbranche. Het generiek voorschrijven moet worden gestimuleerd. Destijds is al aandacht gevraagd voor het voordeel dat apothekers hebben als gevolg van de combinatie receptregelvergoeding en stimulansregeling, maar pas nu wordt deze regeling in de receptregelvergoeding opgenomen.

Tijdens de behandeling van het jaaroverzicht zorg (JOZ) is met veel

hangen en wurgen aan de minister de uitspraak ontlokt dat een overschrijding van het budgettair kader geneesmiddelen niet automatisch mag leiden tot pakketbeperking, maar dat deze beperking als uiterste maatregel, op voorhand niet kon worden uitgesloten. Hier komt nog bij dat overschrijdingen ten koste zullen gaan van zorg elders, met name van de thuiszorg. De minister zal moeten garanderen dat de taakstellingen gehaald worden.

De financiële onderbouwing van de grootse plannen voor het geneesmiddelenbeleid is mager. Soms worden bedragen voor het jaar ingeboekt waarin de besparingen nog niet direct zijn te verwachten. Sommige taakstellingen zullen waarschijnlijk tegenvallen. Kan er voor 15 maart een beter financieel overzicht aan de Kamer worden gezonden? In het kader van het JOZ heeft de PvdA de volgende extra maatregelen voorgesteld: de prestatieverplichting voor huisartsen inzake het elektronisch voorschrijven, het ten goede laten komen van kortingen en bonussen aan de zorg, de beïnvloeding van de industrie, de bespoediging van invoering van de maatregelen voorgesteld door de commissie-Koopmans, enzovoorts. Wanneer zal de minister deze maatregelen implementeren?

Een aantal voorstellen van de commissie-Koopmans wordt niet overgenomen in het plan van aanpak, zoals de budgettering van FTTO's (farmacotherapeutisch transmuraal overleg), het tegengaan van het geven van bonussen en kortingen door verzekeraars aan zorgverleners, de structuurmaatregelen en de invoering van een gepaste zorgpolis. Wanneer zal het wetsvoorstel inzake de modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening eindelijk verschijnen? Voor welke aanpak wordt daarbij gekozen? Wat vindt de minister van de behandeling door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel wijziging artikel 13 WOG? Hoe stelt de minister zich het beleid inzake vergoeding van geneesmiddelen en toelating van nieuwe, dure geneesmiddelen voor? Hoe staat het met de beleidsregel voor hemostatica? Zijn de administratievoorschriften inzake de controle op het gebruik van de U-bochtconstructie door verzekeraars al afgerond?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) betreurde het niet alleen dat het rapport over de kortingen en bonussen niet op tijd is verschenen, maar ook dat de brief van 2 maart geen toekomstvisie bevat. Na afronding van het overleg met de deskundigen en de advisering door duurbetaalde bureaus was er voor de minister een goede gelegenheid om zich te beraden op de vraag hoe het geneesmiddelenbeleid er in de toekomst uit moet zien. De toenemende vergrijzing heeft vergaande consequenties, maar de politiek houdt zich vooral bezig met maatregelen op korte termijn. Op veel fronten worden er maatregelen aangekondigd, maar het uiteindelijke doel is niet duidelijk. Is de apotheker een ondernemer of een zorgverlener? Hoe moet er met de goodwill worden omgegaan als de apotheker uitsluitend zorgverlener wordt? Voorkomen moet worden dat de afwikkeling van de scheiding van functies een onevenredig deel van het budget opslokt. De verzekeraars hebben al laten weten liever niet de inkoop van geneesmiddelen te verzorgen.

Het beleid van de afgelopen maanden is onduidelijk. In november 1998 heeft de Kamer uitgesproken dat er apotheekhoudende huisartsen moesten blijven. Veertien dagen daarna liet de minister weten dat dit fenomeen wat haar betreft beter kon verdwijnen, maar een maand later werd dit weer herroepen. Voor de receptregelvergoeding geldt hetzelfde. In november is het COTG gevraagd om een oordeel te geven over een eventuele verhoging van de receptregelvergoeding. Vervolgens wordt voorgesteld, deze vergoeding te verlagen.

Mevrouw Van Blerck wees erop dat haar fractie voorstander is van meer marktwerking en beperking van strakke regelgeving waardoor betrokkenen meer op hun verantwoordelijkheden kunnen worden aange-

sproken. In principe is er geen aanleiding een onderscheid te maken tussen de apotheker als zorgverlener en als ondernemer, maar er kunnen dwingende redenen zijn om daar toch voor te kiezen. Voornaamste doel is dat de problemen worden opgelost.

Het aanpakken van de bonussen en kortingen kan rekenen op de volle instemming van de VVD-fractie. De zeer ondoorzichtige margeconcurrentie bij de generieke middelen moet vervangen worden door prijsconcurrentie. Bij een goede marktwerking, waarbij de prijsfixerende systemen komen te vervallen, is er geen plaats voor kortingen en bonussen. Omdat het bedrag dat daarmee gemoeid is nog niet bekend is, kan nog geen uitspraak worden gedaan over eventuele verdere bezuinigingen. Het is echter te vroeg om nu al de receptregelvergoeding aan te pakken. Als het ene spoor wordt gevolgd, is het niet netjes ten opzichte van de beroepsgroep om tegelijkertijd op het andere in te zetten. Heeft de minister het oordeel van de landsadvocaat over de haalbaarheid van beide maatregelen gevraagd, zowel afzonderlijk als in combinatie? Wat houden de meerjarenafspraken met de apothekers overigens precies in? Op zichzelf is het goed dat de ziekenhuizen worden gebudgetteerd voor de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. Het gevaar is echter dat ziekenhuizen geen kortingen en bonussen zullen krijgen als het vervolgtraject via de huisarts vervalft. Wat is de inschatting van de minister op dit punt?

In de brief van 2 maart schrijft de minister dat de grenzen van de sturingsmogelijkheden in zicht zijn. In de politiek betekent dit vaak dat die er eigenlijk niet meer zijn. Desondanks worden maatregelen voorgesteld die een relatie hebben met die bijna nihil geworden sturingsmogelijkheden. Het geneesmiddelendossier kan dan ook beter anders worden benaderd.

De minister schrijft dat het traject van marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW) alleen van toepassing is op de inkoopfunctie van de zorgverzekeraar. In de motie-Van Zuijlen wordt echter een breder gebied aangeduid. Mevrouw Van Blerck verzocht de minister met klem, het aandachtsgebied overeenkomstig de genoemde motie aan te passen. Wil de minister in haar omgang met betrokkenen de uiterste zorgvuldigheid in acht nemen? Gelet op hetgeen er nog moet gebeuren, is een goede verstandhouding essentieel. Kunnen de toekomstige ramingen beter verzorgd worden? De vergrijzing zal bijvoorbeeld leiden tot een explosieve stijging van de vraag naar geneesmiddelen.

Verzekeraars hebben meer instrumenten nodig om binnen het budget iedereen tevreden te stellen. Heeft de minister daar ideeën over? Het systeem van de FTTO's is goed, maar invoering hiervan is een kwestie van lange adem.

Tot slot wees mevrouw Van Blerck erop dat de ingewikkelde problematiek van het geneesmiddelendossier alleen opgelost kan worden door de koe bij de horens en niet bij de staart te vatten. Zij riep de minister op duidelijk aan te geven waar zij op langere termijn naartoe wil.

De heer **Buijs** (CDA) vond dat de minister van het geneesmiddelendossier een puinhoop maakt. Het beleid te dien aanzien is zwak. Op sommige punten gaat de minister onbehoorlijk om met betrokken groeperingen. Ook naar de mening van het CDA is kostenbeheersing in de geneesmiddelensector essentieel om greep te krijgen op de snel stijgende kosten, die de budgettaire ruimte voor andere prioriteiten in de zorg dreigen te verdringen. In de vorige kabinetsperiode kon 2,2 mld. worden omgebogen, maar desondanks wordt de groei op 12% per jaar geschat en dat is te hoog.

De maatregelen van de minister om de kostentoeename tegen te gaan, schieten hun doel voorbij. Evenals bij het plan van aanpak hulpmiddelen is ook hier sprake van een veelheid van maatregelen die onderling niet altijd samenhangen en in veel gevallen niet kunnen rekenen op draagvlak

bij de partijen die deze maatregelen moeten uitvoeren, zoals de ziekenhuizen, de verzekeraars, de apothekers en de artsen. Eerder ontstonden al wildwesttaferelen bij de aanpassing van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) – de medicijnlijn – en nu wordt de oorlog verklaard aan de apothekers. Door deze maatregelen wordt de onmacht van de minister duidelijk zichtbaar.

De heer Buijs wees erop dat kostbare tijd verloren is gegaan. Naar de mening van het CDA dient de overheid het voorwaardenscheppend kader, zowel budgettair als qua verzekeringspakket, vorm te geven. Partijen dienen binnen dit kader invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid. Dit door de overheid vastgestelde kader mag er dan ook niet toe leiden dat gedetailleerde wet- en regelgeving en de daarmee gepaard gaande bureaucratie partijen belemmeren om zelf initiatieven te ontwikkelen die de doelmatigheid kunnen bevorderen. De zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld per 1 januari 1999 volledig risicodragend geworden. Zij hebben van de overheid in belangrijke mate de regie gekregen op het gebied van kostenbeheersing. Waar nodig kan de overheid zorgverzekeraars van instrumenten voorzien om deze regie daadwerkelijk in te vullen. Natuurlijk moet de overheid toezicht houden op de kwaliteit en bereikbaarheid van de zorg. De zorg dient echter verder gedereguleerd te worden en de gedetailleerde centrale sturing door de overheid dient te worden verlaten.

Het is onbegrijpelijk dat de zeer constructieve voorstellen van de zorgverzekeraars bij brief van 13 juli 1998 geen weerklank bij de minister hebben gevonden. Met deze voorstellen werd beoogd, per 1 januari 1999 afspraken te maken met artsen en apothekers die vastgelegd worden in het bestaande overeenkomstenstelsel. Veel van deze voorstellen komen overeen met de maatregelen die de minister naar aanleiding van het plan-Koopmans voorstelt, zoals afspraken over indicatiegerichte formularia, deelname aan het farmacotherapeutisch overleg, elektronische uitwisseling van gegevens en inzicht in kortingen en bonussen. De minister heeft kostbare tijd verloren laten gaan door verder te gaan met de ontwikkeling van haar eigen voorstellen. Het niet binnen de gestelde termijn realiseren van een kostenombuiging is de minister dan ook voor een belangrijk deel zelf aan te rekenen.

De geneesmiddelenvoorziening wordt gekenmerkt door een eenvoudige formule: kosten zijn prijs maal volume. Het GVS – en het regelmatig bijstellen ervan – heeft zijn nut bewezen. Mits artsen en patiënten tijdig worden voorgelicht, is dit een bruikbaar instrument. De ontwikkelingen op Europees niveau moeten overigens nauwlettend in de gaten worden gehouden. De commissie-Bangemann lijkt een andere richting op te gaan. Het wil maar niet boteren tussen de minister en de apothekers. De onderlinge relatie is verder verslechterd nu het onderzoek van de belastingdienst bij de farmaceutische groothandel doet vermoeden dat de hoogte van kortingen en bonussen 580 mln. bedraagt. Waarop dit bedrag is gebaseerd, is nog onduidelijk. Is het inclusief de korting van 200 mln.? Betreft het generieke middelen of specialités? Heeft het betrekking op parallelimport?

Opmerkelijk is dat dit bedrag naar buiten is gekomen nog voordat de minister het met de apothekers afgesproken onderzoek van Price Waterhouse Coopers heeft afgerond. Als de bedoeling was om hiermee meer druk op de ketel te zetten, is er sprake van een zwaktebod waardoor de medewerking van apothekers aan een doelmatig voorschrijfpatroon gebruskeerd wordt.

Los van het inzicht in kortingen en bonussen en zonder een voorstel voor een nieuwe honoreringsstructuur voor apotheekhoudenden wil de minister de receptregelvergoeding korten en de stimulansregeling op de helling zetten. Dit is in strijd met de meerjarenafspraken. Het is niet meer dan logisch dat de KNMP juridische stappen zet. Afspraak is afspraak, dat geldt ook voor de minister.

De opbrengst van kortingen en bonussen bij apotheekhoudenden moet transparant zijn. Het is maatschappelijk niet aanvaardbaar dat de inkomsten van apotheekhoudenden door de bonussen en kortingen naast de reguliere vergoeding onevenredig hoog zijn. Het voorstel om inkoop en distributie te scheiden zal echter eerder kostenverhogend werken. De apotheker kan namelijk zeer voordelig inkopen.

Het opheffen van het verbod op eigen instellingen door zorgverzekeraars wordt vooral gezien als een stok achter de deur bij de onderhandelingen met de apothekers. Deze maatregel zal verder geen effect hebben.

De minister moet zich concentreren op het volume, dus op het voorschrijfpatroon. De kosten van de geneesmiddelen komen uit de pen van de arts. Er wordt een reeks van maatregelen voorgesteld om het voorschrijfpatroon te verbeteren. Het is goed dat een en ander wordt vastgelegd in overeenkomsten met verzekeraars.

Het budgetteren van de verzorgingshuizen is niet gewenst omdat zij geen invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Het is beter dat verzekeraars en huisartsen daarover afspraken maken.

De heer Buijs deed drie suggesties om de problemen op te lossen. In de eerste plaats moeten verzekeraars nieuwe overeenkomsten sluiten met de aanbieders van zorg en apotheekhoudenden. In dit kader moeten maatregelen worden overeengekomen voor een meer doelmatig voorschrijf- en distributiebeleid. De overheid zal verzekeraars desgewenst van instrumenten voorzien om een en ander te realiseren, bijvoorbeeld op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg.

In de tweede plaats moeten apotheekhoudenden volledig inzicht geven in de hoogte van kortingen en bonussen. Daarnaast moet er een nieuwe honorerings- en bekostigingsstructuur voor apotheekhoudenden worden ontwikkeld. Deze moet bestaan uit een vast deel (kosten) en een variabele deel (inkoopbeleid).

In de derde plaats moeten de zorgverzekeraars, die volledig risicodragend zijn, volledig inzicht geven in een plan van aanpak, inclusief tijdpad voor de financiële taakstelling. De taakstelling moet dan uiteraard wel realistisch zijn.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) merkte op dat in het plan van aanpak een duidelijke lijn wordt aangegeven waarlangs het geneesmiddelenbeleid zich in deze kabinetsperiode moet ontwikkelen. Het doel is een combinatie van verbetering van de kwaliteit en waarborging van de kostenbeheersing. Dit moet bereikt worden via gedragsveranderingen van voorschrijvers en verzekeraars en rolverandering van de apothekers. Hiertoe wordt een aantal maatregelen op korte en op lange termijn voorgesteld. De planning is dat ongeveer vanaf het jaar 2000 de kosten van extramuraal verstrekte geneesmiddelen het budget niet overschrijden. In dit kader moet een keuze gemaakt worden voor scheiding van zorg en inkoop. De verzekeraar wordt inkoper en de apotheker wordt zorgverlener. Een en ander dient vorm te krijgen in een goed regionaal overleg waarin de verzekeraar optreedt als regisseur. De minister heeft ervoor gekozen om, naar aanleiding van de motie-Van Zuijlen, een MDW-werkgroep geneesmiddelen in te stellen die zich met name richt op de mogelijkheden van verzekeraars om de verantwoordelijkheid voor de inkoop te nemen. De wijze waarop de inkoop door verzekeraars opgezet moet worden, is niet de startvraag maar een, overigens wel belangrijke, vervolgvraag. De eerste essentiële vraag die beantwoord moet worden, is of en, zo ja, op welke wijze landelijk werkende ziekenfondsen en particuliere verzekeraars op lokaal en regionaal niveau kunnen optreden als regisseur. Vervolgens moeten de regio's bepaald worden. In het plan-Koopmans worden deze vragen overgeslagen. Wil de minister daar haar licht eens over laten schijnen? Er ontbreekt een sturingsinstrument inzake het voorschrijfgedrag van huisartsen. Mevrouw Van Vliet was blij met de meerjarenafspraken over

de invoering van een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). In combinatie met een FTO of een FTTO kan er heel wat bereikt worden. Leidt de zeer duidelijke betrokkenheid van de koepels nu ook tot gedragsverandering bij de individuele huisartsen en specialisten? Zal er meer op stofnaam voorgeschreven worden? Zal een arts meer nadere onderzoeksvragen aan de patiënt stellen voordat hij een herhalingsrecept uitschrijft? Zal het aantal door huisartsen voorgeschreven antidepressiva dalen? Als dit onverhoopt niet of in onvoldoende mate lukt, welke sturingsinstrumenten heeft de verzekeraar dan?

De budgettering van de FTTO's had niet de eerste voorkeur van mevrouw Van Vliet. Eerst moet bezien worden of de FTTO's op basis van verantwoordelijkheid en professionaliteit op een goede wijze tot stand komen. Het is overigens verstandig om dit voorstel niet geheel van tafel te vegen. Mocht de vrijwilligheid tot vrijblijvendheid leiden dan is budgettering een mogelijkheid om het gewenste proces alsnog tot stand te brengen. Waarom komt de minister niet meer terug op dit door de commissie-Koopmans voorgestelde plan? Ziet zij er niets in?

Met de keuze voor de apotheker als zorgverlener wordt op hoofdlijnen uitgesproken dat het inkomen van deze beroepsgroep op een andere wijze samengesteld moet worden. Voordat daar een duidelijke uitspraak over kan worden gedaan, moeten eerst de gegevens over bonussen en kortingen op tafel komen. Overigens is het verbazingwekkend dat het onderzoek naar de hoogte van de receptregelvergoeding nog niet is aangevraagd. Zal het COTG worden verzocht dit onderzoek op zich te nemen?

Op dit moment moet nog uitgegaan worden van het huidige inkomensysteem. Er wordt voorgesteld om het extra inkomen van apothekers als gevolg van het uitschrijven van meer recepten door huisartsen terug te vorderen. Deze mogelijkheid is in het regeerakkoord reeds aangestipt en is nader uitgewerkt in de motie-Oudkerk waarin een uiterste termijn van 1 maart 1999 wordt genoemd. Een en ander staat echter los van de onderzoeken naar de kortingen en bonussen en naar de hoogte van de receptregelvergoeding.

Vervolgens vroeg mevrouw Van Vliet aandacht voor de maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van substitutie. Als de poliklinisch voorgeschreven middelen onder het budget van het ziekenhuis vallen, kan de ziekenhuisapotheker de gevolgen op de huisartsen afschuiven. Bij de overheveling van buiten WTG-geneesmiddelen kan gekozen worden voor een ander WTG-middel. Ook is het mogelijk dat een patiënt eerder chronisch ziek wordt verklaard. Leidt het aanpakken van de zogenaamde hardlopers niet tot veelvuldig zwaarder indiceren? Wat wordt gedaan om substitutie te voorkomen? Wordt er in de financiële onderbouwing rekening mee gehouden dat substitutie niet geheel te voorkomen is?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) was zeer verbaasd over de inhoud van de brief van begin maart en wel op het punt van de begrotingsbewaking, de uitvoering van het werkplan en het overeengekomen beleid. Een goedgekeurde begroting kan niet zonder meer gewijzigd worden. Het nu gepresenteerde financieel overzicht spoort niet met het plan van aanpak dat van november 1998 dateert. Is dit overzicht eigenlijk een begrotingswijziging?

Een werkplan bij een begroting is taakstellend. De voornemens uit het regeerakkoord om de stijgende kosten van geneesmiddelen om te buigen waren noodzakelijk in verband met de consequenties voor andere delen van de zorg. Nu worden echter tal van onderdelen van het plan van aanpak op de lange baan geschoven. In november werd nog stellig opgemerkt dat het elektronisch voorschrijfsysteem voor huisartsen ongeveer 300 mln. zal opbrengen en dat het FTTO voortvarend ingevoerd zal worden. Nu is er sprake van proeftuinen, van een ondersteuningsstructuur, van stimulering van overleg, van onderzoek en van een

begeleidingsstructuur. Dit kost veel geld en gevreesd moet worden dat de kosten maar nauwelijks gedekt worden door de opbrengsten. Invoering van FTTO en EVS samen zal volgens schatting 380 mln. opleveren, dus nauwelijks meer dan de eerder genoemde 300 mln. van het EVS.

De minister schrijft dat partijen – de apothekers en het ministerie – al het mogelijke doen om op zeer korte termijn inkoopvoordelen zichtbaar te maken en om volledige transparantie van kortingen en bonussen te bieden. Tegelijkertijd dient echter inzicht verkregen te worden in de reële praktijkkosten. Hiertoe is een onafhankelijk onderzoek gestart.

De minister-president heeft in het kader van de regeringsverklaring gezegd: wij zeggen wat wij doen en wij doen wat wij zeggen. In het regeerakkoord staat dat de bestuurlijke betrokkenheid van het veld van de gezondheidszorg van groot belang is. Verzekeraars en instellingen moeten het samen met de regering doen. Het kabinet stelt het kader, risico-dragende verzekeraars bewaken de budgetten; het maatschappelijk ondernemerschap. Dit is nodig om de gewenste transmurale zorg vorm te geven, maar hoe verhoudt dit zich tot al die minutieuze maatregelen en deelbudgetten?

Mevrouw Hermann verduidelijkt vervolgens het standpunt van Groen-Links terzake. Kern van het probleem is het voorschrijfgedrag van artsen. Kinderen met gedragsstoornissen krijgen in gigantische hoeveelheden kalmerende, concentratieverhogende middelen. Degenen die somber zijn krijgen enorme hoeveelheden antidepressiva. Mensen die het moeilijk hebben, krijgen kalmerende middelen. Vroeger werd bij maagklachten een zorgvuldig dieet voorgeschreven, maar nu medicijnen. Bij een te hoog cholesterolgehalte wordt niet de nadruk op verstandig voeding gelegd, maar worden medicijnen voorgeschreven. De Nederlander krijgt gemiddeld negen recepten per jaar. Als iedere Nederlander een recept per jaar minder krijgt, levert dat 780 mln. op. Waarom wordt niet voor die route gekozen?

De oplossing van de problematiek begint in de spreekkamer van de dokter, met goed geïnformeerde patiënten en zorgvuldig werkende artsen. De zorgverzekers hebben in juli 1998 zeer heldere voorstellen op dit punt gedaan. Hetgeen in de brief van 2 maart jl. staat, is daarmee moeilijk te rijmen. Mevrouw Hermann drong erop aan terug te keren naar de eerder gekozen lijn. Bij het vaststellen van formularia moeten niet alleen de beroepsbeoefenaren maar ook de patiëntenverenigingen een zeer belangrijke inbreng hebben. Zorgverzekeraars bieden daar in het algemeen ook ruimte voor.

Mevrouw **Kant** (SP) merkte op dat de minister probeert greep te krijgen op de spelers op de geneesmiddelenmarkt. Daarbij vergeet zij echter de speler die het meest scoort, namelijk de farmaceutische industrie, die een zeer belangrijke drijfveer heeft en wel het maken van winst. Gemiddeld is de winstmarge op dit moment 25%. De meest succesvolle bedrijven halen zelfs marges van 32% tot 42%. De fundamentele vraag daarbij is of er zoveel verdiend mag worden aan zieke mensen. De omzet in Nederland is ongeveer 4,2 mld. Grofweg kan gezegd worden dat er in Nederland 1 mld. winst wordt gemaakt. Onderschrijft de minister deze cijfers? Beschikt zij wellicht over andere gegevens en wat is haar mening over deze forse winsten?

Patiënten moeten zo min mogelijk medicijnen gebruiken. Uit de ervaringen met de medische centra van de SP blijkt dat er, wanneer er meer tijd wordt uitgetrokken voor de patiënt, minder medicijnen worden voorgeschreven. Overigens zijn er nog meer redenen voor het te hoge voorschrijfgedrag.

Als de positie van de industrie niet ook wordt aangepakt, blijven de premiegelden van de burgers naar de winstmarges van de farmaceuten gaan. Bij alle genomen maatregelen zal de industrie naar wegen zoeken om het marktaandeel te behouden of te vergroten. De voorzitter van het

COTG heeft opgemerkt dat de industrie veel weg heeft van een ballon: wordt er aan de ene kant geknepen, dan stulpt zij aan de andere kant uit. De samenleving geeft per jaar 6 mld. uit aan geneesmiddelen. Er moet een garantie gegeven worden dat dit bedrag zoveel mogelijk ten goede komt aan de zorg.

Mevrouw Kant vroeg de minister om een reactie op de volgende voorstellen. Voordat een nieuw middel wordt toegelaten, moet er volledig inzicht zijn in de prijsvorming, waarna de overheid de maximale prijs kan vaststellen. De hoge winstmarges geven aan dat de marges omlaag kunnen. Als er kortingen gegeven kunnen worden, is het zonder meer mogelijk om de prijzen te laten dalen.

Bij de toelating van medicijnen moet er meer openheid komen en mag er getoetst worden aan het behoeftecriterium. Geneesmiddelen zonder therapeutische meerwaarde mogen in elk geval niet duurder zijn dan vergelijkbare bestaande middelen. Driekwart van de kostenstijging is het gevolg van de introductie van nieuwe geneesmiddelen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat slechts 10% van deze nieuwe middelen een belangrijke therapeutische vooruitgang betekent.

De industrie ontkent niet dat 25% van het budget wordt uitgegeven aan marketing. Naast de winst van 1 mld. is er eenzelfde bedrag gereserveerd voor verkoopbevordering, dus er komt 2 mld. niet ten goede aan de zorg. Het is duidelijk dat hier iets aan gedaan moet worden.

Mevrouw Kant was de minister dankbaar dat deze enkele van de eerder door haar voorgestelde maatregelen wil uitvoeren. Zijn de uitgaven aan reclame en promotie fiscaal aftrekbaar? Als dit het geval is, is het de vraag of dit maatschappelijk geoorloofd is. Alle onderzoek moet vooraf getoetst worden, ook van huisartsen. Het moet verboden worden dat patiënten vanwege een onderzoek een bepaald middel krijgen voorgeschreven. Vergoedingen voor deelname aan een onderzoek moeten worden opgenomen in de beoordeling van medisch-ethische toetsingscommissies. Dit alles om te voorkomen dat onderzoek gebruikt wordt om een medicijn in de pen van een arts te krijgen. Kan er een onafhankelijk informatiebureau worden opgericht, zodat artsen niet afhankelijk zijn van de informatie van commerciële artsenbezoekers? De informatie uit bijvoorbeeld het Farmaceutisch weekblad komt vaak te laat.

De krantenkop «Apothekers pesten, lost het pillenprobleem niet op», is raak getypeerd. Het beleid is veranderd van paniekvoetbal in een onduidelijk potje stratego. Er valt geen duidelijke lijn te ontdekken. Er worden twee sporen gevolgd. In het geneesmiddelenbeleid hinkt de overheid al jaren op twee gedachten: marktwerking en overheidsregulering. Voortdurend waren maatregelen nodig om de markt in te tomen, maar men bleef geloven in de zegeningen van de markt. De apothekers zitten klem tussen overheid en commercie. Enerzijds zijn het boemannen vanwege de kortingen en anderzijds moeten zij die kortingen juist voor de overheid binnenhalen. Deze onmogelijke positie is alleen maar te veranderen als de overheid zelf de kortingen bij de industrie bedingt, bijvoorbeeld via de Prijzenwet. De apotheker moet zich volledig kunnen concentreren op de zorgverlening. Dat wil de minister ook, maar de vraag is wanneer. Waarom worden er eerst weer allerlei halfslachtige maatregelen genomen, waarvan het maar de vraag is hoe deze uitpakken? Waarom wordt niet direct ingezet op de structurele veranderingen? Het wordt tijd dat de minister snel begint aan een goed spelletje stratego. Zij is al vijf jaar minister en er is nu duidelijk behoefte aan een strategie voor de langere termijn. Zij moet ophouden met het plaatsen van bommetjes, zoals de aangekondigde verlaging van de receptvergoeding. De minister speelt daarbij vals spel, want dit is volledig in strijd met de afspraken met de apothekers.

De patiënt moet niet meer krijgen dan nodig, maar ook niet minder. Het verwijderen van de zelfzorgmiddelen uit het pakket kan hier wel toe leiden. De patiënten kunnen het slachtoffer van deze maatregel worden.

Daarbij wordt een strategische denkfout gemaakt, want de geraamde opbrengsten zullen niet gehaald worden vanwege substitutie en extra bureaucratie.

Is het juist dat de minister voorlopig afziet van verdere ingrepen in het GVS? De minister heeft toegezegd dat negatieve effecten voor patiënten nauwlettend in de gaten zullen worden gehouden. Wat gebeurt er op dat terrein? Kan de minister de garantie geven dat onverhoopte overschrijdingen van het geneesmiddelenbudget niet ten koste gaan van andere vormen van zorg en niet zullen leiden tot beperking van het pakket?

De heer **Van der Vlies** (SGP) wees erop dat hij mede het woord voerde namens de fracties van RPF en GPV.

De voorgeschiedenis van dit dossier kan worden omschreven als «pappen en nathouden» vanwege het politieke onvermogen om meerderheden te creëren voor bepaalde maatregelen. Daarmee is tijd verloren gegaan en het gevolg is dat het probleem alleen maar groter is geworden. Inmiddels wordt dit ook door het kabinet onder ogen gezien.

Er is behoefte aan een breed gedragen consistent beleid. Ook de fracties van SGP, RPF en GPV wachten de definitieve voorstellen inzake de bonussen en kortingen af. Op voorhand zijn genoemde fracties geneigd het beleid van de minister te steunen. De overheid moet duidelijke kaders stellen in verband met het budget, de kwaliteit, de toegankelijkheid, enzovoorts, waarbinnen partijen een zo groot mogelijke eigen verantwoordelijkheid hebben. Alleen op die wijze kan er werkelijk op de medewerking van alle betrokkenen gerekend worden.

De stijgende kosten moeten beheersbaar worden. De niet gerechtvaardigde groei moet worden tegengegaan. Uitgangspunt blijft dat het beste medicijn tegen een redelijke prijs verstrekt wordt.

Voor alle maatregelen in het plan van aanpak is een bedrag ingeboekt, maar het ligt voor de hand dat er sprake is van een zekere beïnvloeding. De vraag is wat het uiteindelijke resultaat is. Heeft de minister dit laten berekenen of moet er afgewacht worden hoe groot de overlap is?

Is budgettering van de extramurale geneesmiddelenvoorziening overwogen? Dezelfde vraag geldt voor de FTTO's en de geneesmiddelenverstrekking in de verzorgingshuizen, waarover in het kader van het JOZ 1997 uitspraken zijn gedaan. Waarom wordt een en ander pas tweeënhalft jaar later opgepakt? Hoe staat het met de toegezegde analyse van een eventuele beperking van het pakket?

Ten aanzien van de apothekers worden een volumeafhankelijke bekostiging en scheiding van inkoop en zorg voorgesteld. De verzekeraar krijgt een belangrijke rol als inkoper. In een regio zijn er echter verzekeraars die elkaar beconcurreren. Welke verzekeraar krijgt dan welke taak? Hoe moeten de landelijke ziekenfondsen en de landelijk werkende verzekeraars de regisserende rol invullen?

Het voorschrijven op stofnaam gebeurt al, maar er zijn nog geen sancties als dit wordt nagelaten. Wordt er op dit punt actie ondernomen? Heeft het plan van aanpak consequenties voor het praktisch functioneren van de opgestelde richtlijnen en protocollen door de beroepsgroepen? Is daarover met betrokkenen overlegd?

In de stukken is er vrijwel geen aandacht voor de rol van de patiënt-cliënt. Wat is de visie van de minister op dit punt?

Tot slot sloot de heer Van der Vlies zich aan bij de vragen van mevrouw Hermann over de financiële aspecten.

Het antwoord van de regering

De **minister** wees erop dat in het regeerakkoord de visie van het plan-Koopmans is onderschreven. In de brieven van 13 november 1998 en 2 maart 1999 is getracht de maatregelen in hun context te plaatsen. Het is echter kennelijk niet gelukt om het toekomstbeeld helder over het

voetlicht te brengen. Daarop gelet, achtte de minister het verstandig nogmaals het uiteindelijke doel van het beleid te schetsen.

Er wordt gestreefd naar een stelsel waarin alle partijen belang hebben bij lage prijzen en bij doelmatig gebruik van geneesmiddelen. Hiertoe zijn een gedragsverandering van voorschrijvers en zorgverzekeraars en een positieverandering van de apothekers nodig. Er moet doelmatiger voorgeschreven worden. De minister onderschreef de opmerking van de heer Buijs dat de kern van het probleem de pen van de dokter is. De inkoop moet gescheiden worden van de aflevering en mag niet langer geschieden door iemand die persoonlijk belang heeft bij kortingen. De opbrengst van kortingen en bonussen moet ten goede komen aan de zorg. Daarnaast moet via verschuivingen financiële ruimte geschapen worden voor innovatieve geneesmiddelen.

Voor het beheersen van prijs en volume is een structuurverandering nodig en die is niet op korte termijn – in 1999 en 2000 – te realiseren. Dit betekent dat er een overbruggingsperiode is waarin andere instrumenten gebruikt moeten worden, zoals sturing op prijs en vergoedingscomponenten.

Voor het bereiken van het uiteindelijke doel is budgettering een beproefd middel. De verzekeraars zijn met ingang van 1 januari 1999 praktisch 100% gebudgetteerd voor de geneesmiddelen en hebben derhalve belang bij een laag uitgavenpatroon. Voor de ziekenhuizen en de verpleeghuizen geldt hetzelfde, maar nog niet voor de huisartsen, de specialisten op de polikliniek en de verzorgingshuizen. De staatssecretaris werkt aan een plan om per 1 januari 2001 de geneesmiddelen te budgetteren voor degenen die in een verzorgingshuis verblijven. Dit is inderdaad al eerder toegezegd, maar helaas nog niet gerealiseerd.

Bij budgettering kunnen twee wegen gevolgd worden. De eerste is de klassieke WTG-route, namelijk het rechtstreeks opleggen van een budget aan bijvoorbeeld een FTTO. De tweede is de route via de zorgverzekeraar. De ziekenfondsen kunnen contracten afsluiten met voorschrijvers. De zorgverzekeraars zullen in onderling overleg een vertegenwoordiger aanwijzen om onderhandelingen te voeren. Dit zal de verzekeraar zijn die in de desbetreffende regio dominant is.

In dit kader moet flexibel omgegaan kunnen worden met de budgetten, dus moet in de regelgeving het geven van incentives worden toestaan. Deze incentives mogen uiteraard niet leiden tot persoonlijk voordeel van de arts, maar moeten gericht zijn op het bieden meer mogelijkheden in de zorg, zoals praktijkondersteuning. Bij deze route kan er goed gebruik gemaakt worden van een FTTO. Verzekeraars kunnen in het JOZ lezen op welke wijze hun geneesmiddelenbudget zich ontwikkelt. Zij zijn dan ook in staat tijdig afspraken te maken met de partijen. De tweede route sprak de minister het meest aan. In dat kader worden vier à vijf proeftuinen gecreëerd. In een beperkt aantal regio's vinden experimenten plaats waarbij men van de huidige regelgeving mag afwijken. De klassieke WTG-route is weliswaar bekend, maar brengt veel administratieve lasten met zich. Desondanks is het COTG gevraagd na te gaan of de kosten van de extramurale geneesmiddelenvoorziening op die manier in de hand te houden zijn. Daarbij moet het voorkomen van substitutie een punt van aandacht zijn.

Op welke wijze wordt bereikt dat de farmaceutische industrie in Nederland belang krijgt bij lage prijzen? Anders dan bijvoorbeeld in Frankrijk is er in Nederland slechts één innovatief farmaceutisch bedrijf, waardoor het niet mogelijk is met meerdere bedrijven te onderhandelen en op die wijze een gunstige prijs te bedingen. Het GVS blijkt redelijk te werken. Er wordt echter wel overlegd met de farmaceutische industrie. Intussen sturen wij op de prijzen en vergoedingen. Hier staat dan tegenover dat in Nederland goed, betrouwbaar veldonderzoek naar nieuwe geneesmiddelen kan worden gedaan. Voor de faciëring daarvan is reeds overlegd met de ministers van Financiën en Economische Zaken. De FTTO's zullen qua

schaal zeer geschikt zijn voor zo'n onderzoek. Er is al een goed systeem voor het melden van bijwerkingen. Als een geneesmiddel in Nederland is getest en goed bevonden, kan het betrokken bedrijf daar in de rest van de wereld zijn voordeel mee doen.

Geneesmiddelen die tot de EU zijn toegelaten, komen ook in Nederland op de markt. Zij moeten tegen een zodanige prijs aangeboden worden, dat zij door het ziekenfonds vergoed kunnen worden. Op grond van de Prijzenwet worden de prijzen op het Europees gemiddelde gebracht. Het is niet toegestaan die prijzen verder te drukken.

Sturing vindt plaats op volume, prijs en distributie. Het volume wordt beperkt via budgettering. Idealiter wordt een en ander geregeld in het verkeer tussen verzekering en FTTO. De overheid stelt de kaders en de partijen in het veld zorgen voor de verdere invulling.

Onder het wettelijk plafond is nog steeds veel ruimte voor handelsvoordelen. Iedereen is het erover eens dat deze ten goede moeten komen aan de zorg. Om die reden worden de verzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop. Dat is overigens iets anders dan dat zij zelf inkopen.

Apothekers weten op dit terrein van de hoed en de rand. Zij kunnen de inkoop blijven verzorgen, maar dan is volstrekte transparantie vereist. De zorgverzekeraar moet vervolgens de inkoopvoordelen ten goede laten komen aan de zorg. De ziekenfondsen kunnen, gelet op de Wet maximering reserves, de voordelen direct aan de zorg besteden of aanwenden voor premieverlaging. Door afspraken over de prijzen te maken, moet voorkomen worden dat fabrikanten afzien van kortingen en bonussen.

De huidige wijze van distributie schijnt 1,2 mld. te kosten. Het idee is om de distributie zoveel mogelijk aan marktpartijen over te laten.

Deze toekomstvisie is geen statisch geheel. Het is een plan in ontwikkeling. Aanpassing is uiteraard altijd mogelijk. Met het oog daarop wordt er ook met proeftuinen gewerkt. Het gaat overigens te ver om de zorgverzekeraars de regie voor het gehele beleid in handen te geven. In de meerjarenafspraken spelen ook huisartsen, specialisten en apothekers een rol. Hoe meer verzekeraars aantonen het maatschappelijk ondernemerschap serieus in te vullen, des te meer flexibilisering toegestaan kan worden. De macrokaders worden dan in Den Haag vastgesteld, waarna partijen hun verantwoordelijkheid mogen nemen. De enige eisen daarbij zijn dat men uitkomt met het geld en dat er kwaliteit geleverd wordt. De minister was bereid voor het volgende algemeen overleg de toekomstvisie nogmaals op schrift te stellen.

In de meerjarenafspraak met de apothekers staat duidelijk dat zal worden getracht inzicht in de inkoopvoordelen te krijgen en dat de beroepsgroep daaraan mee zal werken. Het percentage apothekers dat gevolg geeft aan de oproep om dit inzicht te verschaffen, is hoog; aanzienlijk hoger dan bij de apotheekhoudende huisartsen. De minister zegde graag toe op 15 maart a.s., wanneer de uitslag van het onderzoek van Price Waterhouse Coopers aan de Kamer gestuurd zal worden, ook de gegevens van de belastingdienst te overleggen.

Het is overigens zeer te betreuren dat een en ander naar buiten is gekomen op het moment dat bekend werd dat de apothekers bereid waren mee te werken aan het onderzoek naar kortingen en bonussen. Hierdoor kon de indruk ontstaan dat de overheid al wist wat dit onderzoek op moest leveren. De belastingdienst heeft zich niet alleen gericht op geneesmiddelen en apothekers, maar ook op hulpmiddelen en apotheekhoudende huisartsen. Daarbij komt dat het onderzoek alleen betrekking heeft op de groothandel, waardoor er sprake is van overschattings- en onderschattings-elementen.

Er is overigens geen schuldige aan te wijzen voor de vertraging die is ontstaan op het punt van het onderzoek naar de kortingen en bonussen. Het kostte meer tijd dan gedacht om het eens te worden.

Onderdeel van de meerjarenafspraak is een onderzoek naar de praktijk-

kosten. Als de apotheker alleen zorgverlener is, moet een andere honoreringssystematiek worden gehanteerd. Daar komt bij dat de omzet fors daalt als de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget worden ondergebracht. Een koude sanering van apothekers ligt absoluut niet in de bedoeling en is onaanvaardbaar ten opzichte van een beroepsgroep die de samenleving sinds de middel-eeuwen van dienst is.

Aangezien de herstructurering niet op korte termijn gerealiseerd kan worden, moet bezien worden of de huidige praktijkkostenvergoeding wel adequaat is. Het COTG wordt dan ook verzocht om het desbetreffende onderzoek zo spoedig mogelijk ter hand te nemen. De minister hoopte dat daarmee het misverstand uit de wereld is en dat er in een goede sfeer verder overlegd kan worden met de KNMP; een zeer belangrijke partij bij de vernieuwing van het systeem.

Het budget voor de receptregelvergoeding is in 1998 met 230 mln. overschreden. Er is berekend dat de apothekers 73 mln. meer hebben kregen omdat er meer recepten werden voorgeschreven. De minister wees erop dat zij vorig jaar bij de behandeling van het JOZ heeft gezegd dat een dergelijke onverhoedse inkomstenverhoging door volumestijging gekort moet worden door de receptregelvergoeding naar beneden bij te stellen en dat daar toen geen weerwoord van de Kamer op is gekomen. Integendeel, de coalitiepartijen waren er enthousiast over. In deze maatregel is de stimulansregeling betrokken, omdat apothekers via de kortingen en bonussen een meer dan redelijk inkomen hebben. Het COTG, een onafhankelijk ZBO, is gevraagd om daar een beleidsregel voor op te stellen. Er wordt uiteraard ook een relatie gelegd met het onderzoek naar de praktijkkosten.

Ten aanzien van de communicatie met de KNMP is nauw contact gehouden met de landsadvocaat. De minister had, gezien de publiciteit van de afgelopen dagen, behoefte aan overleg met het COTG. Uit de eerste gesprekken had zij niet de indruk gekregen dat men de verlaging van de receptregelvergoeding geen passende maatregel vond. De opgaande lijn van de receptregelvergoeding van de afgelopen jaren was het gevolg van de indexering. De volumestijging van de laatste tijd was niet van dien aard – 5% à 6% – dat daarvoor extra personeel aangetrokken moest worden, maar heeft wel tot een onterechte inkomensstijging van apothekers geleid. Het huidige systeem leidt ertoe dat apothekers door het toenemen van werkzaamheden van anderen meer inkomsten verwerven. Ook het KNMP wil trouwens graag van dit systeem af. Een apotheker zal in de toekomst een honorarium moeten hebben dat overeenkomt met dat van een academisch beroeps-beoefenaar. Langs welke route dit bereikt moet worden, is nog onderdeel van bespreking. Met het oog op de nieuwe systematiek worden besprekingen met de KNMP gevoerd.

Bij de beoordeling van de praktijkkosten zal ook rekening gehouden worden met de buurt waar de apotheker gevestigd is. Sommigen hebben te maken met een klantenkring waarin tachtig verschillende talen worden gesproken. De zorgverzekeraars zullen daar in hun regiefunctie aandacht voor moeten hebben.

De minister sprak tegen dat er de afgelopen vijf jaar niets is gebeurd in de sfeer van de kortingen en bonussen. Staatssecretaris Simons heeft hierop 50 mln. gekort en in de vorige kabinetsperiode is er op dit gebied voor 150 mln. omgebogen. Bij elkaar is dat 200 mln.

Het RIVM gaat na in hoeverre het overgaan van de zorg van het ziekenhuis naar elders – de extramuralisatie – tot stijging van het budget moet leiden. Daarbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de stijgende kosten als gevolg van de vergrijzing en het duurder worden van geneesmiddelen en de extramuralisatie. Het lijkt logisch dat het budget als het ware «meeverhuist» met de patiënt.

De zorgverzekeraars kunnen, als decentrale regisseur, het volgen van het

EVS belonen. Op macroniveau is in de meerjarenafspraken met de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) opgenomen dat, wanneer de toegezegde taakstellingen niet gehaald worden omdat veel huisartsen het EVS niet toepassen, dit ten koste gaat van het huisartsenkader. Dit is gedaan om te voorkomen dat onverhoopt elders zorg moet worden weggehaald.

De modernisering van de WOG is gepland voor eind 1999. De Eerste Kamer bepaalt zelf wanneer zij het initiatiefwetsvoorstel van de heer Oudkerk op de rol zet.

De richtlijn van de Ziekenfondsraad inzake de toelating van nieuwe geneesmiddelen zal eind maart gereed zijn. Het idee is om nieuwe middelen niet alleen te beoordelen op werkzaamheid, maar ook op kosteneffectiviteit; de farmaco-economische beoordeling. Met de Kamer is in het verleden afgesproken dat de nieuwe geneesmiddelen eens per jaar worden toegelaten. Het budget is dan bekend en men weet welke middelen de moeite van het toelaten waard zijn. In overleg met de Kamer kan vervolgens een keuze worden gemaakt. Uiteraard wordt er een uitzondering gemaakt voor een nieuw levensreddend middel.

De dure hemostatica zijn via artikel 8 van de Wet bijzondere medische verrichtingen opgenomen in het systeem. Er komt dus een extra budget voor beschikbaar.

De grenzen van de sturingsmogelijkheden prijs en vergoeding zijn inderdaad voor de korte termijn in zicht. Dit geldt vooral voor het systeem van de vergoedingen. Na het verwijderen van de zelfzorgmiddelen uit het pakket, komt bij de volgende stap de patiënt in beeld. Zover is het gelukkig nog niet. Het kabinet staat op het standpunt dat degenen die kortdurend een huismiddel nodig hebben, dit zelf moeten betalen. Chronische patiënten worden uiteraard ontzien.

De MDW-toets heeft betrekking op de opties van verzekeraars om hun inkoopverantwoordelijkheid waar te maken en op de distributie. De minister zegde toe de Kamer de volledige tekst van de opdracht aan de werkgroep toe te sturen. In overleg met minister Jorritsma-Lebbink is deze opdracht zodanig aangepast dat er sprake is van een zekere synergie met het huidige beleid.

De dreigende explosieve kostenontwikkeling als gevolg van de vergrijzing kan wellicht gedeeltelijk ingedamd worden door de extramuralisatie financieel te begeleiden, dus door het geld de zorg te laten volgen. In de raming is al rekening gehouden met een sterke kostenontwikkeling. De ontwikkelingen in Europees verband en met name de voorstellen van commissaris Bangemann worden nauwlettend in de gaten houden. Er wordt getracht hierop tijdig in te spelen.

Op dit moment wordt al 40% van de geneesmiddelen door de huisartsen op stofnaam voorgeschreven. Het EVS kan een deel van de taken van het Farmacotherapeutisch kompas overnemen. In dit systeem is alle informatie van dit kompas opgeslagen. Wanneer de gegevens van de patiënt worden ingevoerd, wordt via het EVS een geneesmiddel aangegeven voorzien van de kosten. Eventueel kan er een keuze worden gemaakt. Ook is er aandacht voor de onverenigbaarheid van middelen. Het nieuwste snuffje is dat met één druk op de knop het recept verschijnt. Bij de geneesmiddelen gaat het om premiegefinancierde uitgaven, waarbij het systeem van voortgangsrapportages wordt gehanteerd. Deze verschijnen elk kwartaal. Zodra overschrijdingen dreigen, moeten er in samenspraak met de Kamer maatregelen worden genomen. Hiervoor behoeft de begroting echter niet aangepast te worden. Er is dus geen wetswijziging nodig.

De rol van de patiëntenorganisaties is van groot belang. De NPCF heeft een eigen project ontwikkeld inzake het doelmatig gebruik van geneesmiddelen. Ook met de afzonderlijke patiëntenverenigingen wordt hierover overlegd. De minister onderschreef de stelregel «slik minder en leef langer».

De reclame van de farmaceutische industrie is als fiscale kosten aftrekbaar van de belastingen. Dit budget valt onder de praktijkkosten. Er wordt vooral via modernisering van de WOG naar een oplossing voor dit probleem gezocht. Het reclamebesluit zal ook worden aangescherpt. Bij overtreding van de regels volgt een fikse bestuurlijke boete. Huisartsenonderzoek waarvoor zoveel betaald wordt dat beïnvloeding dreigt, zou eigenlijk verboden moeten worden. Het is echter niet eenvoudig om «wetenschappelijk» onderzoek te verbieden. Het College ter beoordeling geneesmiddelen zou moeten weigeren onderzoek waarvoor betaald is in zijn oordeel te betrekken. De minister was bereid om contact op te nemen met de voorzitter van dit college om te bezien of het mogelijk is een eind aan deze praktijken te maken. Invoering van EVS en FTTO leveren samen maar een besparing van 315 mln. op, omdat in het systeem van het FTTO de dwang tot elektronisch voorschrijven is ingebouwd. Er is geprobeerd te voorkomen dat besparingen dubbel worden ingeboekt. De minister zegde toe een schriftelijke toelichting te geven op de in de brief van 2 maart weergegeven actualisering van de derde bijlage inzake het overzicht van maatregelen bij het plan van aanpak van 13 november jl.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen