

6de vergadering

Dinsdag 23 november 1999

Aanvang 13.30 uur

Voorzitter: Korthals Altes

Tegenwoordig zijn 69 leden, te weten:

Baarda, Bemelmans-Vidéc, Van den Berg, Bierman, Bierman-Beukema toe Water, De Boer, Boorsma, Van den Broek-Laman Trip, Van Bruchem, Castricum, Dees, Doesburg, Dölle, Dupuis, Van Eekelen, Eversdijk, Van Gennip, Ginjaar, Van Heukelum, Hilarides, Hirsch Ballin, Hofstede, Holdijk, Van den Hul-Omta, Jaarsma, Jurgens, Ketting, Kneppers-Heynert, Kohnstamm, Korthals Altes, Van der Lans, Van Leeuwen, Van der Linden, Lodders-Elfferich, Luijten, Lycklama à Nijeholt, Meindertsmá, Pastoor, Pitstra, Platvoet, Le Poole, Rabbinge, Rensema, Roscam Abbing-Bos, Rosenthal, Ruers, Van Schijndel, Schoondergang-Horikx, Schuurman, Schuyer, Stekelenburg, Stevens, Swenker, Tan, Terlouw, Van Thijn, Timmerman-Buck, Varekamp, Ter Veld, Veling, De Vries, Van Vugt, Werner, Wiegel, Witteveen, Woltring, Wolfson, Wöltgens en Zwerver,

en mevrouw Borst-Eilers, vice-minister-president, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en de heer Oudkerk, lid van de Tweede Kamer der Staten Generaal.

□

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat is ingekomen bericht van verhindering van het lid De Jong, wegens bezigheden elders.

Dit bericht wordt voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst, die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik

voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

(Deze lijst is, met de lijst van besluiten, opgenomen aan het eind van deze editie.)

Aan de orde is de behandeling van:
- **het voorstel van wet van het lid Oudkerk houdende wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (25408).**

De beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: De heer Oudkerk laat zich bijstaan door mevrouw Erpenbeek.

□

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! De indiener van het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, de heer Oudkerk, en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst hebben het onze fractie, en misschien wel de hele Kamer, niet gemakkelijk gemaakt om tot een afgerond oordeel over dit voorstel te komen. De indiener niet omdat hij voor een door hem gesignaleerd probleem, te weten het niet kunnen leveren door een ziekenhuisapotheek van geneesmiddelen aan verpleeghuizen en andere intramurale voorzieningen, een oplossingsrichting heeft gekozen die een veel verdere strekking heeft dan strikt nodig was voor het oplossen van het door hem gesignaleerde probleem.

Had hij zich beperkt tot het verruimen van de afleveringsmogelijkheid van de ziekenhuisapotheek tot andere intramurale instellingen, dan waren wij hier waarschijnlijk snel klaar geweest. Maar nu hij er in zijn voorstel voor gekozen heeft om de ziekenhuisapotheek toe te staan behalve aan andere intramurale voorzieningen ook extramuraal geneesmiddelen te leveren, heeft hij zich begeven op het pad van het bredere herstructureringsbeleid van de geneesmiddelenvoorziening van de minister van VWS. De beoordeling van zijn voorstel kan dan ook niet los gezien worden van het herstructureringsbeleid dat de minister op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening nastreeft.

De minister heeft het ons op haar beurt ook niet gemakkelijk gemaakt, omdat er op dat herstructureringsbeleid nog maar weinig zicht is. Het aan het regeerakkoord ten grondslag liggende plan-Koopmans is onder druk van ook in deze Kamer door ons uitgesproken kritiek bij de begrotingsbehandeling van het jaar 1999 inmiddels weer verlaten. Recentelijk is een nieuw plan van de commissie-De Vries gepubliceerd. Het standpunt van de minister daarover is nog niet bekend, alhoewel zij wel heeft laten doorschemeren het plan te willen omhelzen.

Zowel de heer Oudkerk als de minister heeft onderkend dat dit voorstel inderdaad onderdeel is van een bredere herstructurering van de geneesmiddelenvoorziening. De minister heeft dat aangegeven tijdens de schriftelijke voorbereiding en bij het mondeling overleg dat wij met haar daarover hebben gevoerd.

Hoe kunnen wij een goed oordeel geven over het onderhavige voorstel,

als nog geen zicht bestaat op de grotere herstructurering van de geneesmiddelenvoorziening? De minister moet daarover immers haar standpunt nog bepalen. Vooropgesteld zij, dat onze fractie van mening is dat alleen al uit een oogpunt van klantvriendelijkheid de vorming van politheken in ziekenhuizen wenselijk is. Vanuit die optiek hebben wij dan ook eigenlijk weinig bezwaren tegen het voorstel van de heer Oudkerk.

Onze vragen richten zich hoofdzakelijk op de inpasbaarheid van dit voorstel binnen de totale herstructureringsplannen van de minister. Daarvoor hebben wij nog een vijftal aanvullende vragen.

Op de eerste plaats betreft dat het effect op de kosten. In de schriftelijke en mondelinge gedachtewisseling bij de voorbereiding van de behandeling in deze Kamer, is ons door de minister verzekerd, dat zij, indien het onderhavig voorstel in deze Kamer zou worden aanvaard, het niet eerder in werking zal laten treden dan nadat middels de administratieve bepalingen van het COTG voldoende waarborgen zijn ingebouwd. Eerst zal namelijk zowel op het punt van het voorkomen van U-bochtconstructies als op het punt van de controle van de verzekeraars op de verzekeringsgerechtigdheid, in voldoende mate moeten zijn afgedicht, dat enerzijds klinisch voorgeschreven geneesmiddelen die binnen het budget van de instelling vallen niet poliklinisch worden voorgeschreven en daarmee buiten het budget van de instelling worden gebracht en anderzijds de verzekeraars op het punt van de verzekeringsgerechtigdheid voldoende controle kunnen uitoefenen. Wij gaan ervan uit dat de minister deze toezeggingen zal nakomen bij aanvaarding van het voorstel van wet in deze Kamer. Voor het overige verwacht de CDA-fractie op korte termijn geen grote consequenties met betrekking tot de kosten van de geneesmiddelen. Wel zal een grote verschuiving optreden tussen de omzet van de openbare apotheken en die van de ziekenhuisapotheken.

Ook heeft de minister in de schriftelijke voorbereiding laten weten, dat budgettering van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget geen noodzakelijke voorwaarde is voor het succesvol kunnen invoeren van het voorstel van de heer Oudkerk. Zij heeft in de

schriftelijke voorbereiding laten weten dat zij dit een apart punt vindt dat de verdere implementatie van het voorstel van de heer Oudkerk niet in de weg hoeft te staan en dat zij nog over die budgettering met partijen overleg voert. Mocht er verschil zitten tussen wat wij begrepen hebben uit de schriftelijke voorbereiding en wat de indiener en de minister voor ogen heeft gestaan, dan zouden wij dat in deze gedachte-wisseling graag van de initiatiefnemer en/of de minister horen. Als wij geen andere opvatting hier vernemen, gaan wij ervan uit dat de minister de toezeggingen die zij bij de voorbereiding van deze behandeling heeft gedaan, zal nakomen.

Voorzitter! Ik memoreerde zojuist dat er verschuiving van kosten zou kunnen plaatsvinden tussen de openbare apotheken en de ziekenhuisapotheken. De minister heeft zeer recentelijk overeenstemming bereikt met de openbare apotheken over een omvangrijke bezuiniging van netto circa 350 mln. in verband met het wegwerken van de voordelen die voortkwamen uit de bonussen en de kortingen. Ik vraag de minister of er enige strijdigheid zit tussen de politheekvorming in de ziekenhuizen en de met de openbare apotheken gesloten overeenkomst. Is met de apothekers gesproken over de consequenties van de invoering van het onderhavige voorstel van wet? Kan de minister verzekeren, dat niet nieuwe narigheden ontstaan als tengevolge van deze wetwijziging, de openbare apotheken fors verlies van omzet gaan ondervinden als gevolg van het toetreden van de ziekenhuisapotheken en de politheken in de polikliniek van ziekenhuizen? Dreigt niet het gevaar, dat de openbare apotheken langs twee wegen gepakt zullen worden: omzetverlies alsmede de opgelegde bezuinigingstaakstelling? Heeft de minister dit voorzien en verdisconteerd in de overeenkomst die zij recentelijk met de openbare apotheken heeft gesloten? Is daarover met de openbare apothekers overleg gevoerd en bestaat daarvoor overeenstemming?

Een derde punt betreft de kwaliteitsbewaking. Essentieel voor een goede medicatiebewaking is, dat apothekers een totaal overzicht hebben van de geneesmiddelen die een bepaalde patiënt gebruikt. Openbare apotheken hebben daarvoor een omvangrijk informatie-

systeem. Ziekenhuisapotheken zijn daar in het algemeen niet op ingespeeld. Onze fractie hecht eraan, dat dit instrument van de kwaliteitsbewaking ook ten volle door politheken van ziekenhuizen en eventueel door andere afleveraars van geneesmiddelen gehandhaafd en zelfs verbeterd wordt. Hoe denkt de minister bij de vorming van politheken te waarborgen, dat integrale medicatiebewaking gehandhaafd wordt? Moet zulks niet als voorwaarde worden gesteld voor ziekenhuisapotheken die extramuraal gaan leveren?

De initiatiefnemer heeft in de toelichting van het wetsontwerp de verwachting uitgesproken dat de verhoogde concurrentie die zou kunnen gaan ontstaan tussen de ziekenhuispolitheken en de stads-apothekers, mogelijkwerijs een prijsvoordeel oplevert. Het realiteitsgehalte daarvan acht onze fractie voorshands niet erg groot zolang het COTG de prijzen blijft vaststellen en de ziekenhuizen dezelfde door het COTG vastgestelde prijzen in rekening kunnen brengen als de openbare apothekers. Men zou er wel voor waken om de markt in dat opzicht te verpesten. Toch doemt hier een complex vraagstuk op. Hoe kunnen partijen, apothekers, voorschrijvers en verzekeraars, lokaal samenwerken terwijl zij tegelijkertijd ook elkaars concurrent zijn? Zal dit niet gauw leiden tot constructies die de mededingingsautoriteiten uit een oogpunt van voorgestane marktwerking wellicht zullen verbieden, terwijl samenwerking juist is geboden om een doelmatig voorschrijfgedrag aan de hand van formularia te bevorderen? Hier geldt het juiste evenwicht. In hoeverre kunnen onderlinge competitie en de broodnodige samenwerking op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening hand in hand gaan?

In de zorgsector zijn al vele mislukkingen met marktwerking te melden, bijvoorbeeld in de kraamzorg en in de thuiszorg. Wanneer er marktwerking is, bijvoorbeeld op het terrein van de kunst- en hulpmiddelen, blijkt die niet tot kostenmatiging bij te dragen. Graag vernemen wij van de indiener en de minister hoe zij dit spanningsveld beoordelen. Dit geldt temeer nu het beleid erop gericht is om steeds meer leveranciers van geneesmiddelen toe te laten. Uit de schriftelijke gedachte-wisseling die aan deze behandeling

vooraf is gegaan blijkt overigens dat de minister de ziekenhuizen vrijlaat in de wijze waarop zij de politheekfunctie vormgeven. Vele modaliteiten zijn in de praktijk denkbaar. Denkbaar is dat een ziekenhuis besluit de ziekenhuisapothek poliklinische geneesmiddelen te laten verstrekken. Evengoed is denkbaar dat zorgverzekeraars zich melden bij het ziekenhuis om in de polikliniek geneesmiddelen te verstrekken, want ook zij mogen tegenwoordig apotheken vestigen. Voorts is mogelijk dat de stadsapothek door het ziekenhuis wordt ingeschakeld om de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in de polikliniek te laten leveren of dat een combinatie van drie partijen, verzekeraars, ziekenhuisapothek en stadsapothek, een gezamenlijk belang neemt in de politheek van het ziekenhuis. Is het nu juist dat al deze constructies – nog vele andere zijn denkbaar – uit een oogpunt van mededinging door de mededingingsautoriteiten zullen worden toegestaan? Laat de minister partijen echt geheel vrij in de wijze waarop zij vorm zullen geven aan de politheken?

De minister heeft toegezegd bij een eerstvolgende gelegenheid een paar kleine technische mankementen in de wet te repareren, zoals het gebruik van twee verschillende definities van het begrip "ziekenhuis". Ik neem aan dat de minister deze schriftelijke toezegging zal nakomen en dat zij bij de eerstvolgende gelegenheid dat de Wet op de geneesmiddelenvoorziening wordt gewijzigd ook dit manco zal repareren. Hetzelfde kan worden gevraagd voor het opnemen in de wet van de verplichting dat er een schriftelijke overeenkomst is tussen de toezichthoudende apotheker en de instelling waar deze wordt aangesteld. Het gaat er niet om dat de minister die overeenkomst behoeft goed te keuren, maar dat er een verplichting is om een schriftelijke overeenkomst aan te gaan.

Mijnheer de voorzitter! De CDA-fractie heeft in algemene zin sympathie voor het voorstel van wet dat de heer Oudkerk hier heeft ingediend, maar zet tal van vraagtekens bij de inpasbaarheid ervan binnen het totale herstructureringsbeleid van de minister, waarvan nog maar weinig bekend is. Ik heb dat in het voorgaande hopelijk duidelijk gemaakt.

Gelet op de vele onzekerheden en de vele spanningen in dit dossier – de geschiedenis mag toch leren hoe moeilijk dit dossier is – vraag ik de minister of zij bereid is alvorens de wet in werking te laten treden met alle partijen enige spelregels af te spreken en eventueel vast te leggen in de vorm van een convenant, hoe te handelen bij het oprichten van politheken in ziekenhuizen. De vele onduidelijkheden in het beleid inzake de geneesmiddelenvoorziening vereisen in onze optiek enige regie van de minister om te voorkomen dat er ontsporingen optreden. Onze fractie had er dan ook de voorkeur aan gegeven dat het voorstel van de heer Oudkerk was meegenomen als onderdeel van het bredere herstructureringsbeleid van de minister, zodat alle facetten in onderlinge samenhang beoordeeld hadden kunnen worden. Wij zijn echter bereid om het voorstel van de heer Oudkerk separaat te behandelen en te beoordelen, mits een zorgvuldige implementatie van dit voorstel door de minister verzekerd is. Wij wachten met belangstelling het antwoord van de initiatiefnemer en de minister af.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Tijdens de relatief langdurige schriftelijke en mondelinge voorbereiding van dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer hebben wij ruimschoots de gelegenheid gekregen om het initiatiefvoorstel te toetsen aan werkzaamheid, deugdelijkheid en ongewenste bijwerkingen, termen uit de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. De lange duur had overigens vooral te maken met de samenhang met andere beleidsontwikkelingen op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening. Ik denk daarbij aan het voornemen om de inkoopfunctie bij de openbare apotheker weg te halen, waardoor competitie op basis van kwaliteit, prijs en dienstbetoon tussen openbare apotheker en ziekenhuisapotheker nauwelijks of geen kans zou krijgen. Door de recente afspraken tussen minister en KNMP is naar mijn interpretatie dit voornemen van de baan. Derhalve kan de VVD-fractie zich positief opstellen tegenover dit wetsvoorstel.

Ook de problematiek van de U-bochtconstructie is voor ons een belangrijke factor geweest. Als er

voor de intramurale, poliklinische en extramurale geneesmiddelenvoorziening verschillende financiële regimes bestaan, is er het grote gevaar dat lasten en risico's worden afgewenteld op dat segment van de geneesmiddelenvoorziening dat financieel de meeste ruimte biedt. Ik geef daar geen waardeoordeel over. Alleen al dat fenomeen zou evenwel tot het inzicht moeten leiden dat geïsoleerde wijzigingen in de wet- en regelgeving eigenlijk niet wenselijk zijn en misschien ook bijna niet mogelijk zijn. In mijn tijd als jong Tweede-Kamerlid – dat is dus heel lang geleden – heb ik dat wel eens het balloneffect genoemd. Wanneer je bezig bent met de beheersing van de geneesmiddelenvoorziening, heb je al gauw dat balloneffect. Als je links in de ballon knijpt, komt er rechts een uitstulping. Het is alleen al dat ballonfenomeen dat tot de conclusie zou moeten leiden dat het beter zou zijn geweest om de wijziging van artikel 13, zoals die nu wordt voorgesteld, niet geïsoleerd te behandelen, maar die te plaatsen in een algehele herziening van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening of een totaalplan voor de farmakolom, waar de heer Werner terecht over sprak. Genoemd bezwaar geldt voor ons minder sterk, nu de minister een- en andermaal heeft aangeduid, voordelen te zien in het voorliggende wetsvoorstel. Verder heeft zij aangeduid dat risico's ten aanzien van U-bochtconstructies zijn afgeschermd. Ik neem aan dat de minister hier nog op zal ingaan. De kritiek die wij op een geïsoleerde wetswijziging hebben, neemt overigens niet weg dat wij waardering hebben voor de vasthoudendheid van de indiener en voor het feit dat hij kwaliteitsoverwegingen bij de verdediging van zijn wetsvoorstel in een eerdere fase centraal heeft gesteld. Het zijn die kwaliteitsverbeteringen, die ook een doelstelling van het wetsvoorstel zijn, die ons aanspreken.

Ik kom eerst over de positieve punten te spreken. Wordt de geneesmiddelenvoorziening door dit voorstel verbeterd? Hierbij denken wij met name aan de patiënt, omdat die voor ons het toetsingspunt is. Voor de patiënt is positief de keuze om het voorgeschreven geneesmiddel via het ziekenhuis of via de apotheker te betrekken. Dat kan, sprekend over de positie van de patiënt, een goede uitwerking

Dees

hebben op kwaliteit en dienstbetoon. Voor de zorgverzekeraars kan het wetsvoorstel het voordeel hebben dat zij de extramurale verstrekking zowel bij de openbare apotheker als bij het ziekenhuis kunnen contracteren. Dat kan een basis zijn voor het zo doelmatig mogelijk inkopen door de zorgverzekeraar van de geneesmiddelenvoorziening. Dus voor de patiënt kunnen kwaliteit en dienstbetoon een rol spelen en voor de zorgverzekeraar – dat merkt de patiënt maar indirect – kunnen kostenoverwegingen een rol spelen bij de inkoop van zorg. Als de openbare apotheker een beter pakket aanbiedt dan de ziekenhuisapotheker, dan kunnen er preferenties voor de zorgverzekeraar ontstaan. Een derde voordeel van het wetsvoorstel is dat er meer kans is de concepten van transmurale zorg in de geneesmiddelenvoorziening toe te passen.

Er zijn ook minpunten. In aantal zijn het er meer, maar dat wil niet zeggen dat dit ook geldt voor de zwaarte ervan. Ik noem er vijf. Ik krijg daar graag een reactie op. Het eerste minpunt betreft de reciprociteit. De ziekenhuisapotheker mag weliswaar extramuraal leveren, maar waarom zou de openbare apotheker niet intramuraal mogen leveren? Wanneer je uitgaat van de gereglementeerde competitie, dan zou zo'n reciprociteit een functie kunnen hebben. Dat recept heeft de minister ooit aangeprezen voor de invulling van het tweede compartiment van de Ziekenfondswet. Naar mijn waarneeming, maar ik heb daar geen precieze gegevens over, nemen sommige openbare apothekers de geneesmiddelenvoorziening in het ziekenhuis nu al voor hun rekening. Dat weet ik nagenoeg zeker. Is er wat dat betreft sprake van een overgangsproblematiek?

Het tweede minpunt betreft de U-bochtconstructies. Ik heb die al genoemd. De minister wees erop dat een en ander volgens de nieuwe COTG-beleidsregels zou zijn afgedicht. De heer Oudkerk heeft zich daarbij aangesloten. Toch houd ik altijd enige zorg over dit soort punten. De suggestie van de heer Werner om er nog eens goed met de betrokkenen over te praten, met het oog op de zorgvuldigheid, kan heel nuttig zijn. De heer Oudkerk zegt echter in het schriftelijke antwoord op een vraag van ons dat de afdichting – ik vertaal het vrij – nog

niet helemaal goed is geregeld, omdat de minister de beleidsregel dure geneesmiddelen die het COTG had voorgesteld, heeft afgekeurd. Als ik de heer Oudkerk goed begrijp, dan ziet hij de aanvaarding van de beleidsregel dure geneesmiddelen als een middel om deze zaak definitief af te dichten. Ik heb overigens al eens bij een begrotingsbehandeling gezegd dat de COTG-beleidsregel dure geneesmiddelen tot stand is gekomen in buitengewoon goede harmonie met alle partijen in de gezondheidszorg. Dat zie je niet elke dag. Het veld heeft zelf een oplossing verzonnen voor het tegengaan van U-bochtconstructies, al is het gat niet helemaal gedicht. Ik heb er kennis van genomen dat het voor de hemostatica intussen wel goed is geregeld. Daarvoor dank ik de minister. Het is echter nog niet waterdicht.

Ik kom op het derde minpunt. Als je de ziekenhuisapotheker de mogelijkheid biedt extramuraal te leveren, vallen de inkoopvoordelen voor het ziekenhuis dan niet weg? De ziekenhuizen hebben nu enorme inkoopvoordelen bij het aankopen van geneesmiddelen. Dat is ingegeven door marketingoverwegingen. Als de farmaceutische industrie eenmaal binnen is in het ziekenhuis, als de specialist met zijn pen geneesmiddelen gaat voorschrijven, dan wordt een en ander verder wel geïmplementeerd in de gezondheidszorg. Ik herinner wat dat betreft aan wat Dunning eens heeft gezegd, namelijk dat het duurste instrument in de gezondheidszorg de pen van de arts is. Vanuit marketingoverwegingen kun je er wel iets bij voorstellen dat de farmaceutische industrie geneesmiddelen goedkoop aanbiedt aan de ziekenhuizen. Wanneer het extramurale traject erbij komt, dan is het echter de vraag of dat nog wel zal gebeuren. Dan kan het commerciële belang van de industrie worden geschaad. Dat heeft risico's. Dat is ook een fundamenteel punt bij je analyse van de farmakolom. Eigenlijk moet je vaststellen dat er in de farmakolom geen competitie op basis van prijzen plaatsvindt, zoals in een ondernemingsgewijze productie, maar op basis van kortingen en margeconcurrentie en op basis van marketingmethoden. Dat is heel ongezond. Ik haal er inderdaad ook wel wat bij, maar ik probeer het toch een beetje te

doseren. De Prijzenwet heeft er misschien op een heel kunstmatige wijze aan bijgedragen dat er geen prijsconcurrentie meer is, omdat er is toegewerkt naar het maximum van wat de Prijzenwet aangeeft. Het valt op dat de prijzen van de generieke geneesmiddelen niet eens zo ver afliggen van de prijzen van de specialités. In plaats van dat er meer competitie en prijsconcurrentie is ontstaan, zijn er andere mechanismen ontstaan, waarbij marketing en margeconcurrentie een rol zijn gaan spelen. Dat is voor de geneesmiddelenvoorziening en voor de kosten uiteindelijk geen goede zaak.

Het vierde punt is dat er meer distributiepunten komen voor de extramuraal voorziening. Op mijn vraag of dat er niet toe kan leiden dat de totale kosten omhooggaan, antwoordt de indiener dat dit niet mogelijk is vanwege de receptregelvergoeding. Ik zal niet te veel in de techniek duiken, maar naar mijn mening gaat die stelling niet op. Laten we ervan uitgaan dat het aantal receptregels macro hetzelfde blijft. Je zou nog de stelling kunnen verdedigen dat meer distributiepunten ook een aanzuigende werking heeft op het aantal receptregels, maar waar de arts voorschrijft, lijkt dit niet waarschijnlijk. In de receptregelvergoeding zit echter wel de factor beschikbaarheid. Als deze factor door de bestaande openbare apotheken moet worden gefinancierd, terwijl de apotheek minder receptregels zou hebben omdat deze naar het ziekenhuis gaan, leidt dat tot een opwaartse druk op de receptregelvergoeding. Daar kan dus een opwaartse werking zijn, die alleen geen nadeel oplevert als er elders bezuinigingen zouden ontstaan door het mechanisme dat gaat werken.

Mijnheer de voorzitter! Mijn laatste punt betreft de eventuele risico's. Als de ziekenhuisapotheken kansen krijgen om extramuraal te gaan afleveren, kan dat dan risico's opleveren voor de geneesmiddelen op het platteland? Wij hebben op het platteland een goede bereikbaarheid van de geneesmiddelenvoorziening, omdat er apothekers en soms ook apotheekhoudende huisartsen zijn. Deze bereikbaarheid is voor oudere mensen heel belangrijk. Als blijkt dat grote delen van de populatie – de heer Werner noemde een percentage van 20 – naar de regionale ziekenhui-

Dees

zen gaan die op 30, 40 of 50 kilometer afstand kunnen liggen, wat heeft dat voor gevolgen voor de fijnmazige geneesmiddelenvoorziening in de dorpen en woonkernen? Oudere mensen die niet naar de ziekenhuizen gaan, zijn hiervan afhankelijk. Daar kunnen potentiële risico's liggen. Het kan daar tot een vermindering van punten leiden. Daarmee is de toegankelijkheid van de geneesmiddelenvoorziening niet gediend. Ik zou het op prijs stellen wanneer aan de mogelijke neveneffecten nog eens aandacht wordt besteed.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Mijnheer de voorzitter! Ik voer mede namens de fractie van RPF/GPV het woord. Allereerst willen wij onze waardering uitspreken voor de initiatiefnemer van dit wetsvoorstel. Het is bovendien nuttig en nodig om wat extra beweging te brengen in het geneesmiddelenbeleid. Al een groot aantal jaren zijn we in ons land bezig met dat geneesmiddelen-dossier. Veelal was beheersing van de kosten hierbij het uitgangspunt. Zo vroeg in 1983 de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden een advies over het zelfmedicatiebeleid aan de toenmalige geneesmiddelencommissie. Het advies verscheen in mei 1985. Bij het ontwerpen van de regelgeving in diezelfde tijd, die tot bezuinigingen in de gezondheidszorg zou moeten leiden, is met de aanbevelingen van de commissie onvoldoende rekening gehouden, zo constateren onze fracties achteraf. Terwijl juist snelle realisering niet alleen zou leiden tot een verruiming van zelfmedicatie, maar ook tot een aanzienlijke besparing van de collectieve uitgaven.

In hetzelfde tijdsbestek brachten prof. Rutten en drs. Trouw een verslag uit van een inventariserend literatuuronderzoek naar de kosten en baten van geneesmiddelen. Zij signaleerden dat er op dit terrein in Nederland nauwelijks sprake was van enige activiteit. Nu kunnen wij niet ontkennen dat die activiteiten inmiddels wel volop aan de orde zijn. Ik probeerde echter te zeggen dat het al erg lang duurt voor we eens tot een goed beleid komen. Zij pleitten toen voor meer onderzoek, waarbij niet alleen een analyse zou moeten worden gemaakt van de kosten van

geneesmiddelen en de besparingen elders in de gezondheidszorg, de zogenaamde netto besparingen, maar vooral dat er meer rekening zou worden gehouden met de gezondheidswinst voor de patiënt. Die samenhang nemen onze fracties nog altijd als uitgangspunt.

Wij moeten helaas constateren dat wij er nog steeds niet uit zijn, mijnheer de voorzitter. Bij het doorlezen van tal van stukken ging het bij mij althans wat duizelen. Soms kreeg ik er wat hoofdpijn van. In zulke situaties raadpleeg ik veelal het ABC der volksgeneeskunst, zelfmedicatie dus. Ik vond een probaat middel vermeld: schijfjes aardappel met eau de cologne op het hoofd leggen. Ik kan de indiener van het wetsvoorstel verzekeren dat hij met zelfmedicatie op de goede weg is, want het helpt. De kosten van dit middel, zo heb ik zelf kunnen constateren, zijn zeer acceptabel, terwijl er nog accijns op de eau de cologne zit, zo heb ik eveneens geconstateerd. Maar toch.

Uit mijn inleidende woorden moge duidelijk zijn, dat wij het initiatiefvoorstel op twee aspecten beoordeelen: draagt het bij aan de kostenbeheersing en is het in het belang van het welzijn van de patiënt. Aanneming van het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat de ziekenhuisapotheker of het ziekenhuis de vrijheid krijgt, extramuraal geneesmiddelen af te leveren. Kan dit een oneigenlijk concurrentienadeel opleveren voor de extramurale apotheek? Immers, als het mogelijk wordt gemaakt dat de intramurale apotheek kan gaan concurreren met de extramurale apotheek, moet het de extramurale apotheek ook worden toegestaan, met de intramurale apotheek te gaan concurreren. Wanneer dit niet mogelijk is of wordt gemaakt, dan vragen onze fracties zich af of het wetsvoorstel niet in strijd zou kunnen zijn met de Mededingingswet en daarmee contra legem.

Mijnheer de voorzitter! Het zal duidelijk zijn dat de intramurale apothekers op bepaalde gebieden heel andere kennis in huis hebben dan de extramurale apothekers. Een ziekenhuisapothek wordt uitsluitend bezocht door medische professionals. Een stadsapotheek wordt vrijwel uitsluitend bezocht door patiënten die specifieke voorlichting nodig hebben. Een stadsapotheek levert de patiënt in de meeste

gevallen ook andere soorten geneesmiddelen dan die welke in het algemeen door de ziekenhuisapotheker aan de medische professionals worden geleverd. Een stadsapotheek heeft daarom een gedegen kennis van de geneesmiddelen die door de consumenten worden afgenomen. Dit in tegenstelling tot de intramurale apotheek die een grotere kennis zal hebben van meer specifiek in ziekenhuizen gebruikte geneesmiddelen. Een succesvolle, goed functionerende extramurale apotheek is dan ook gericht op vragen van de consument/patiënt. Zal met het oog op het patiëntenbelang, zo vragen wij de heer Oudkerk, een intramurale apotheek hierdoor niet tekort schieten op het gebied van patiëntengerichtheid en de daarvoor benodigde productenkennis?

Mijnheer de voorzitter! De aan het voorstel tot wetswijziging ten grondslag liggende veronderstelling dat er kostenvoordeel kan worden verkregen doordat de hoge kortingen die de intramurale apothekers ontvangen, zullen doorwerken wanneer zij ook extramuraal zullen gaan leveren, vinden onze fracties aanvechtbaar. De kortingen die nu worden gegeven, zullen naar onze mening niet meer of niet meer in die mate gegeven worden, wanneer de ziekenhuisapotheker ook extramuraal gaat leveren. Ook al heeft de ziekenhuisapotheker natuurlijk altijd een goede onderhandelingspositie, voor ons blijft de vraag bestaan of dit een groot kostenvoordeel op zal leveren. Bovendien vragen wij ons af, of er wellicht sprake zal zijn van verschuiving van kosten. Collega's hebben daar reeds op gewezen.

Voorzitter! Graag vernemen wij van de minister of dit wetsontwerp past binnen het toekomstige geneesmiddelenbeleid, zoals dat door het kabinet zal worden gevoerd.

Voorzitter! Ik acht het niet onmogelijk dat enkele aanwezigen slaperig zijn geworden van mijn inbreng. Laurentius Frisius heeft daarvoor een goed recept achtergelaten. Hij publiceerde in 1532 zijn "Spiegel van de geneeskunst voor leken". Bij slaapzucht, wanneer men de lijder niet wakker kan krijgen of houden, gaf hij de raad het hoofd kaal te scheren en met honing te besmeren zodat vliegen worden aangetrokken. Die vliegen zouden dan de slaapzuchtige wakker houden en ook vele kwade vochten uit het

Van den Berg

hoofd zuigen. Dat laatste is natuurlijk goed voor ons aller welzijn!

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Wij mogen in dit huis geen initiatiefvoorstellen indienen en het doet altijd goed als wij een collega-parlementariër van de overkant ontmoeten, die niet alleen dat recht heeft benut, maar er ook nog zinvol gebruik van maakt. Dit wetsvoorstel is geïnspireerd door de uitvoeringspraktijk en beoogt praktische problemen op te lossen. Dat is altijd een goede zaak. De wijziging van artikel 13b heeft dan ook de volmondige instemming van mijn fractie. De memorie van toelichting geeft uitgebreid aan welke problemen kleine verpleeghuizen kunnen ontmoeten met het huidige artikel 13b. De geschiedenis van verpleeghuis "de Flecke" in Joure spreekt wat dit betreft boekdelen. Bij aanname van dit wetsvoorstel zullen ook kleine verpleeghuizen zich kunnen aansluiten bij een gemeenschappelijke ziekenhuisapotheek en aldus de voordelen kunnen genieten van deze expertise en de thans nog goedkopere medicijnen.

De wijziging van artikel 13a lijkt eveneens sympathiek. Intramurale apotheken mogen voortaan ook extern afleveren. Het hoeft dus niet. Zo heeft het Westeindeziekenhuis in Den Haag de apotheek bij wijze van spreken aan de overkant van de straat, dus waarom zou het dat doen? Ook de ziektekostenverzekeraars wezen er expliciet op dat dit wetsvoorstel een groot voordeel kan hebben voor de patiënt/consument. De medicijntrouw kan beter gewaarborgd worden als meteen vanuit de polikliniek het geneesmiddel kan worden meegenomen. Als de overheid patiënt- en consumentvriendelijk optreedt, kan dat alleen maar geprezen worden. Toch leidde dit voornemen – en dat is ook merkbaar geweest in de zorgvuldige voorbereiding van deze behandeling – tot de meeste vragen. Wij willen dit debat graag gebruiken om de puntjes op de i te zetten.

Voorzitter! Of er nu concurrentie ontstaat, vind ik niet zo vreselijk interessant. Voor de consument zal de prijs niet verschillen, of hij het medicijn nu aanschaf bij de ziekenhuisapotheek of de stads-

dorpsapotheek. Bovendien is de keuze van het medicijn niet aan de patiënt. De arts of specialist schrijft voor en de patiënt moet slikken. En zelfs als bewust shoppen wel iets zou uitmaken, wat dan nog? Extra reiskosten en reistijd wegen niet op tegen de kleine verschillen, zoals die ook nu nog kunnen bestaan als gevolg van parallelimport. Bovendien worden de meeste medicijnen toch volledig vergoed door de verzekering. Kan het een probleem zijn als mensen bij meerdere apotheken hun geneesmiddelen kopen? Zo ja, zijn die problemen dan ook oplosbaar? Ik denk aan de volgende praktijkproblemen. Er bestaat kennelijk een verplichting om nieuwe medicijnen nooit langer dan voor een periode van twee weken mee te geven. Als een patiënt dat medicijn gehaald heeft bij de polikliniek, moet hij dan daarnaar terug? Krijgt hij het vervolgerecept mee voor de eigen apotheek en moet die apotheek dan ook weer beginnen met het voorschrijven van een recept voor een periode van twee weken? Dat lijkt mij verrekte onhandig, zeker als je op redelijke afstand van het ziekenhuis woont.

Een tweede probleem is of er voldoende oog kan worden gehouden op de onderlinge afstemming van medicijnen. Weten de specialist en de patiënt welke andere medicijnen er worden gebruikt? Een geneesmiddel – bijvoorbeeld voor pijnbestrijding bij reuma – kan bijwerkingen hebben op bijvoorbeeld het terrein van de astma. De reumatoloog hoeft niet te weten of kan vergeten dat een patiënt astma heeft en daartegen geneesmiddelen gebruikt. De patiënt hoeft zelf ook niet altijd te weten dat juist die geneesmiddelen op elkaar inwerken. In de praktijk worden bepaalde problemen en onderlinge bijwerkingen juist vaak geconstateerd in de relatie apotheek-huisarts-patiënt, temeer doordat specialisten niet aan de huisarts doorgeven welke medicijnen zij voorschrijven. Misschien is het een idee "uit de oude doos", maar wij hadden het idee dat nu juist de vaste apotheek een zeker zicht en toezicht zou blijven houden op het medicijngebruik en de onderlinge uitwerking ervan. Verwacht de minister dat met een elektronisch patiëntenvolgsysteem, met een zorgpas en dergelijke, de onderlinge afstemming even goed of wellicht zelfs beter zal

verlopen? Ik begrijp dat er ontwikkelingen zijn op dit terrein. Ik verwijs naar de regio Eemland waar een experiment gaande is met de zorgpas. Zijn er nog meer experimenten voorzien? Hoe verhouden die zich met de nieuwe privacywetgeving? Met een bonuskaart krijg ik nog iets terug van de grootgrutter en dan verstrek ik graag al mijn privacygegevens, maar in dit geval krijgt de verzekeraar niets, want die zal mij niet verzekeren als hij kan zien wat ik mankeer.

Kan dit leiden tot een gematigder prijsontwikkeling of zelfs tot een verdere kostenstijging in het geneesmiddelen dossier? Het afleveren van medicijnen aan de extramurale consument kost immers ook geld. Er moet een op zijn minst deskundige, maar ook aardige persoon zijn die de geneesmiddelen aflevert. Die geneesmiddelen moeten in kleine verpakkingen worden afgeleverd, terwijl de intramurale apotheker ze natuurlijk meestal in grote verpakking inkoop. Het vereist bovendien extra administratie.

Het gevolg van deze "concurrentie" kan zelfs zijn dat de stadsapotheek en vooral de dorpsapotheek hun marktpositie zien verkleinen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de apotheek uit de kleine kernen verdwijnt, terwijl het zo handig is om, als je 's ochtends voor tien de huisarts hebt gebeld, na twee uur de medicijnen te kunnen afhalen bij de eigen apotheek. Als dit het gevolg zou kunnen zijn, is de cliëntvriendelijkheid van dit wetsvoorstel op wat langere termijn ver te zoeken. Ook hierover hoor ik graag de opvatting van de indiener en de minister.

Een volgende vraag is of het er goedkoper van wordt. In aansluiting op eerdere sprekers wijs ik erop dat op dit moment ziekenhuizen als groot- en voorloperverbruiker extra goedkoop medicijnen kunnen inkopen om die – zoals dat zo mooi heet – in de specialistenpen in te slijten. Zou de industrie deze kortingen echter handhaven als de intramurale apotheek ook extramuraal levert? Wordt dan alles goedkoper? Het kan natuurlijk net zo goed duurder worden. Volgens mij is juist op dit dossier de kostenbewustheid de eerste zorg van de minister.

De administratieve lasten van het ziekenhuis zullen aanzienlijk toenemen. Dat is goed, want ook

Ter Veld

thans zijn U-bochtconstructies denkbaar tussen ziekenhuizen intramuraal en stadsapotheken. In ieder geval moet worden vermeden dat er een U-bocht ontstaat tussen ziekenhuis en poliklinisch voor te schrijven geneesmiddelen. De minister stelt dat hiervoor administratierichtlijnen zijn ontwikkeld door het COTG. Ziet zij hier ook een rol weggelegd voor of verwacht zij wellicht zelfs een impuls van de zorgverzekeraars? Die hebben toch ook belang bij het voorkomen van dit soort U-bochtconstructies.

Kan de minister aangeven hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot haar verdere beleidsvoornemens? Ik denk hierbij aan het voornemen om te komen tot budgettering van de poliklinische zorg. Zouden wij – om oneigenlijke verhoudingen te voorkomen – ook niet moeten overgaan tot de budgettering van de stads- en dorpsapotheek als medicijnen poliklinisch worden voorgeschreven? Ik begrijp dat wijziging van artikel 13 zou passen in de aanbevelingen van het advies voor een “helder recept”. Maar past het ook in het vervolg op de aanbevelingen van de commissie-Koopmans? Is de minister van plan de weg van het “heldere recept” op te gaan? Hoe denkt zij verder artikel 13 passend te krijgen zonder de daarbij aanbevolen vervolgstappen te zetten, of zou het misschien verstandig zijn de suggestie van de CDA-fractie te volgen, dat wil zeggen dat een invoeringsoverleg met alle betrokkenen wordt gevoerd en dat de Wet pas daarna inwerking treedt? Er zijn dan in ieder geval meer afspraken gemaakt dan alleen over de administratierichtlijnen.

Mijnheer de voorzitter! Evaluatie is altijd belangrijk. Het lijkt wel of wij geen wet meer aannemen zonder evaluatie. Een evaluatie mag echter geen dooddoener zijn. Het is van belang vooraf te weten wat er eigenlijk moet worden geëvalueerd en welke meetinstrumenten daarbij zullen worden gehanteerd. Een begrip als “doelmatigheid” roept immers de vraag op: doelmatigheid voor wie en op welke termijn? Efficiency moet zowel worden bekeken vanuit de optiek van de consument als vanuit de optiek van de gezondheidszorg in bredere zin.

Deze begrippen zullen duidelijk moet worden gedefinieerd en geëxpliciteerd. Het is verstandig om dat te doen voordat een wet wordt

ingevoerd, omdat het moeilijk is nieuwe vragen achteraf aan een evaluatie toe te voegen. Ik vond de antwoorden in de schriftelijke voorbereiding nog niet voldoende geruststellend. De vragen die in dit huis zijn gesteld, moeten aan de hand van de evaluatie nader kunnen worden getoetst als wij zo'n twee jaar verder zijn. Ik wil dan vooral weten welke beïnvloedingsmogelijkheden er dan zijn, mocht uit de evaluatie onverhoopt blijken dat een aantal negatieve bijwerkingen de bovenhand krijgen.

De minister heeft zelf aangegeven van plan te zijn geweest, in het ruimere kader van een meer omvattende wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorzieningen ook artikel 13 te wijzigen. Kan het naar haar indruk goed kan functioneren zonder dat zij het bredere kader heeft kunnen herzien?

Het is waar dat als alles op alles moet wachten, er helemaal niets gebeurt. Wie alle oplossingen van problemen voorziet, houdt uiteindelijk alleen problemen over. Ik verwacht daarom dat de minister in dit debat een aantal problemen van een oplossing of een oplossingsrichting zal voorzien. Dat maakt het ons mogelijk, dit sympathiek ogende wetsvoorstel met overtuiging te ondersteunen.

□

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! Door andere sprekers is al uitgebreid uit de doeken gedaan dat dit wetsvoorstel vooruitloopt op inpassing in toekomstig geneesmiddelenbeleid. Ik hoef daar daarom nu niet verder op in te gaan, hetgeen niet wegneemt dat ik wel met belangstelling wacht op de reactie van de minister. Uit het oogpunt van klantvriendelijkheid voor poliklinische patiënten heeft de fractie van GroenLinks geen enkel bezwaar tegen dit wetsvoorstel. Wij zijn echter wel bang voor negatieve effecten. Wij signaleren ruwweg drie problemen. Ik stel voorop dat ook de fractie van GroenLinks voorstander is van het opruimen van wettelijke beperkingen die een goede dienstverlening in de weg staan. Dat was nu juist het uitgangspunt van dit wetsvoorstel. Kwaliteitseisen zijn een eerste vereiste.

Ik kom nu te spreken over het eerste probleem dat wij hebbenesignaleerd. De indiener ziet het als

een voordeel dat kleinere ziekenhuizen en verpleeghuizen voor het betrekken van medicijnen voor hun patiënten een keuze kunnen maken op grond van kwaliteit en prijs. Hij wil een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Hij gaat daarbij uit van de vooronderstelling dat de met het ziekenhuis verbonden apotheker voordeliger medicijnen kan inkopen dan een apotheker die een dergelijke overeenkomst niet heeft. Dat kan alleen worden bereikt door korting bij de geneesmiddelenfabrikant. Hoewel het al uitgebreid aan de orde is geweest bij de schriftelijke voorbereiding wil ik vandaag toch een duidelijk antwoord hebben op de volgende vragen. Ik stel deze vragen zowel aan de indiener als aan de minister. Wat gebeurt er met het financiële voordeel dat het ziekenhuis krijgt? Hoe verhoudt zich dat tot de budgetfinanciering van een ziekenhuis?

Ons tweede probleem heeft betrekking op het systeem van kortingen en bonussen bij de apotheker. Dit systeem vindt iedereen ongewenst. De overheid probeert er daarom greep op te krijgen. Mijn fractie is ook zeer tegen dit systeem gekant, maar verschilt wel van mening met de minister over te volgen strategie. Misschien herinnert zij zich dit nog van voorgaande debatten. De fractie van GroenLinks vindt in tegenstelling tot de minister dat eerst een kostendekkende vergoeding voor de apotheker – de extramuraal en de stads- of dorpsapotheker – moet worden geregeld, voordat wordt ingegrepen in het systeem van kortingen en bonussen. Als de receptregelvergoeding wordt aangepast, is er geen enkele rechtvaardiging meer voor het systeem van kortingen en bonussen. Maar – en dat is het tegenstrijdige – bij het voorliggende wetsvoorstel wordt ervan uitgegaan dat ziekenhuisapothekers korting krijgen bij de geneesmiddelenfabrikant. Ik vind dit meten met twee maten. Wellicht kan dit worden uitgelegd.

Voorzitter! Het lijkt erop – dat is althans mijn indruk – dat dit wetsvoorstel is gebaseerd op een voorliefde voor marktwerking in de gezondheidszorg, met de bijbehorende concurrentie tussen de spelers op dit veld, concurrentie tussen apothekers en misschien ook concurrentie tussen huisartsen, zoals laatst is gesuggereerd. Heb ik gelijk

Schoondergang-Horikx

met deze veronderstelling? Wat is het standpunt van de indiener over marktwerking in de gezondheidszorg? GroenLinks loopt niet zo warm voor marktwerking, en zeker niet in de gezondheidszorg. De huidige voorbeelden daarvan, bijvoorbeeld in de thuiszorg, zijn evenzovele aansporingen om geen marktwerking toe te passen. Het pad van privatisering is in de gezondheidszorg overduidelijk een heilloze weg. Efficiënt en effectief werken is natuurlijk altijd en overal noodzakelijk, maar tijdens de algemene beschouwingen die de vorige week in deze Kamer werden gehouden, is duidelijk geworden dat de hele Eerste Kamer zich zorgen maakt over de om zich heen grijpende privatiseringsgolf. De een maakt zich hierover wat meer zorgen dan de ander, dat wel.

Als een oplossing wordt gevonden voor de signaleerde problemen, is het wetsvoorstel wel verdedigbaar voor instellingen, maar volgens GroenLinks niet voor individuen, particulieren. Mijn fractie ziet niets in de situatie waarin extramurale patiënten een keuze uit apothekers gaan maken op grond van kwaliteit en prijs. Immers, elke apotheker dient garant te staan voor goede dienstverlening en goede kwaliteit, met een vaste prijs voor medicijnen. Het is ongewenst dat prijsbewuste patiënten gaan "shoppen" voor het betrekken van hun medicijnen. Medicatiebewaking en persoonlijke advisering en begeleiding zijn in de visie van GroenLinks centrale taken van de apotheker. Is de heer Oudkerk dit met ons eens? Andere woordvoerders hebben aangegeven wat de gevolgen van een en ander zouden kunnen zijn voor de positie van de apotheker op het platteland. Er zouden daar wel eens apothekers kunnen gaan verdwijnen. Ik vraag mij af hoe de minister en de indiener daartegenover staan. Zien zij mogelijkheden om deze gang van zaken te voorkomen?

Voorzitter! Hoe is het gesteld met de afstemming en communicatie tussen specialist en huisarts? Deze vraag leg ik vooral de minister voor. Welke rol is volgens haar in deze communicatie voor de apotheker weggelegd?

Al geruime tijd wordt er nagedacht over de positie van de apotheker in de gezondheidszorg. De vraag werd gesteld of niet moet worden overgegaan op een splitsing van

inkoop- en zorgfuncties. Uit de bijdrage van de heer Dees maak ik op dat deze discussie al niet meer speelt en dat dit al van de baan zou zijn. Ik hoor graag van de mensen achter de regeringstafel hoe het hiermee zit. Als de inkoopfunctie inderdaad voor de apotheker vervalt en deze zich concentreert op de zorgfunctie, is het dan nog wel zo belangrijk of een extramurale, stads- of dorpsapotheker of een intramurale, ziekenhuisapotheker de contractpartner wordt van een instelling? Is dit wetsvoorstel dan nog wel zinnig?

De vergadering wordt van 14.28 uur tot 14.55 uur geschorst.

□

De heer **Oudkerk**: Ik dank de geachte afgevaardigden voor hun inbreng in eerste termijn en voor de uitgebreide schriftelijke en ook mondelinge ronde die ik vóór vandaag met hen mocht hebben. Ik vind het wel een bijzondere dag; je staat hier niet iedere dag als Tweede-Kamerlid. Ik vind het ook een eer dat ik mijn wetsvoorstel in deze Kamer bij u mag verdedigen.

Nu heb ik, als ik goed geteld heb, mevrouw Schoondergang drie problemen, grote problemen, horen analyseren, de heer Dees vijf, mevrouw Ter Veld zeven, de heer Van den Berg drie en de heer Werner vijf. Ik zal proberen voorzover die problemen op mijn terrein liggen, daarover ook allemaal aan u een antwoord te geven. Maar voordat ik daar specifiek op inga, denk ik dat het goed is om toch nog even in te gaan op het feit waarom ik nu dit initiatief heb genomen, waarom ik niet gewoon gewacht heb op het kabinet, waarom het eigenlijk niet ingebed kon worden naar mijn mening in een wijziging van de hele Wet op de geneesmiddelenvoorziening en waarom – velen van u hebben daarnaar gevraagd – het niet beter ware geweest om het in te bedden in een totale herziening en herstructurering van het geneesmiddelenbeleid.

Over geneesmiddelenvoorziening praten we al, zo denk ik, meer jaren dan ik de leeftijd heb. Het gaat bijna altijd over betaalbaarheid en over kostenbeheersingsmogelijkheden; gelukkig gaat het ook soms over toegankelijkheid, over kwaliteit en over het welzijn van de patiënt. En

iedere dag leer je weer wat. Ik moet u zeggen, mijnheer Van den Berg, ik heb een nevenfunctie als huisarts, maar ik wist twee dingen niet; in de eerste plaats betrof dat die aardappel met de eau de cologne. Als het echt werkt, is dat in ieder geval kostenbesparend en niet zo'n beetje ook, want hoofdpijnpillen en trouwens ook nog wel sterkere pijnstillers worden vaak voorgeschreven door Nederlandse huisartsen. Het tweede vond ik wat minder aangenaam, namelijk het hoofd kaalscheren en die vliegen. Dus als u het niet erg vindt, wilde ik die aanbeveling maar niet aan mijn beroepsgroep doorgeven. Maar ik heb er in ieder geval weer wat bijgeleerd.

Mijnheer de voorzitter! De zorg over de kosten en de toegankelijkheid van de beschikbare middelen is absoluut niet nieuw. Ik wees er zo-even al op. In de vorige periode is er naar mijn mening door het kabinet een veelheid aan goede maatregelen genomen om te proberen die zaken in de klauwen te krijgen. Ik noem de Prijzenwet, continuering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, het stimuleren van het farmacotherapeutisch overleg, het voorschrijven op stofnaam en verdere verzekeraarsbudgettering. In deze kabinetsperiode zijn er mijns inziens nu al twee belangrijke dingen bijgekomen, namelijk het verder aanscherpen van de vergoedingsslimieten van het GVS en met name het terughalen van de kortingen en bonussen die al jarenlang bij apothekers bleven hangen – vergeeft u het mij dat ik het zo zeg. Verder is er een verbod gekomen op het in loondienst nemen van de apotheker en het verbod aan zorginstellingen is weggenomen om een eigen instelling te hebben als apotheek. Dat is allemaal niet niks. Maar los daarvan vond ik – dit bleef mij steeds tegen de borst stuiten – dat er toch wel een merkwaardig gegroeide monopoliepositie is, als het gaat om het afleveren van geneesmiddelen, waarbij blijkt dat soms wet- en regelgeving in de weg staat aan doeltreffendheid, doelmatigheid en effectiviteit en met name aan een vrije keuze voor patiënten, maar ook soms zelfs voor verzorgingshuizen en instellingen.

Nu was die constatering van mij niet nieuw, want in het begin van de vorige kabinetsperiode is er een interdepartementale werkgroep geweest die al een hele hoop

Oudkerk

voorstellen heeft gedaan om een aantal imperfecties op het geneesmiddelen terrein op te lossen. Een van die aanbevelingen in 1994 was letterlijk: het opheffen van het verbod voor ziekenhuizen om geneesmiddelen extramuraal af te leveren. Met andere woorden: het opheffen van het verbod aan ziekenhuisapothekers om bijvoorbeeld in een verpleeghuis, maar ook poliklinisch aan patiënten, de geneesmiddelen af te leveren. Nu vond niet alleen de interdepartementale werkgroep artikel 13 – daar gaat het hier dan om – verouderd en de monopoliepositie onterecht. Het was in feite een beperkte keuze die zowel patiënten, als instellingen hadden. Ook de minister van Volksgezondheid, die hier naast mij zit, heeft in 1994 al gezegd: eigenlijk zou je artikel 13 moeten wijzigen, maar ik wil dat meenemen in een totale modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Die zou eerst eind 1996 komen, toen eind 1997, maar die kwam nog steeds niet. Ik vond het niet noodzakelijk en ook niet wenselijk om nog langer te wachten met het separaat indienen van een initiatiefwetsvoorstel tot wijziging van artikel 13.

Ik heb dat niet zozeer gedaan omdat de minister die mening ook was toegedaan – dat was weliswaar een belangrijke steun – maar omdat in de dagelijkse praktijk van de geneesmiddelenvoorziening de verzorgings- en verpleegtehuizen last hadden van artikel 13.

Een aantal geachte afgevaardigden heeft gevraagd, of artikel 13 zelfstandig gewijzigd kan worden zonder dat de gehele Wet op de geneesmiddelenvoorziening wordt meegenomen. In de Wet op de geneesmiddelenvoorziening staan ontzettend veel verschillende artikelen. Zo hebben wij bijvoorbeeld een keer de uitsluitend apotheek- en uitsluitend receptverordeningen gewijzigd. Dat kon separaat gebeuren omdat het de andere artikelen van die wet niet beet. Gezien de last die veroorzaakt wordt door artikel 13, vond ik het verantwoord om dat artikel als het ware eruit te lichten.

Last but not least: dit artikel breekt de markt open. U moet dat echter niet verkeerd begrijpen, mevrouw Schoondergang. Ik bedoel, dat het handelt in het kader en in de geest van de Mededingingswet. Er is namelijk meer keuzevrijheid voor de

patiënten. Dat is niet hetzelfde als de markt openbreken. Daarover kunnen allerlei andere interpretaties worden gegeven. Ik zal straks nog even ingaan op uw vraag.

De heer Dees heeft drie positieve punten ten aanzien van dit wetsvoorstel naar voren gebracht. In de eerste plaats is er meer keuze voor de patiënten. In de tweede plaats is er sprake van contracteervrijheid voor de zorgverzekeraar. En in de derde plaats is er het zowel voor de heer Dees als voor mij niet onbelangrijke punt, dat dit wetsvoorstel bijdraagt aan een verbetering van de transmurale zorg; minder schotten tussen ziekenhuis en eerste lijn.

Gevraagd is, of het wetsvoorstel niet uit de pas loopt met andere ingezette beleidsvoornemens. Mevrouw Schoondergang vroeg zelfs, of het wetsvoorstel in die zin nog wel zinnig was. Ik vind van wel. Ik vind dat het wetsvoorstel zeer in de pas loopt met nieuwe ontwikkelingen.

In de eerste plaats met de in het regeerakkoord afgesproken uitvoering van de plannen van de commissie-Koopmans. Die worden naar mijn weten op dit moment wel degelijk uitgevoerd. In die plannen worden onder andere aanpassingen genoemd zoals het opheffen van het verbod op extramuraal leveren en het verbod op loondienst van apothekers.

In de tweede plaats met de Mededingingswet. Daarin wordt in feite aangegeven, dat artikel 13 een verouderd artikel is. Meer concurrentie bij de aflevering van geneesmiddelen lijkt mij geen slechte zaak. Per slot van rekening willen wij in de gehele gezondheidszorg en ook ver daarbuiten de nodige serviceconcurrentie.

In de derde plaats past het naar mijn mening ook goed in de plannen van de commissie-De Vries, waarover overigens nog geen kabinetstandpunt is verschenen, in de aanbevelingen die de heer Wijers volgende week naar buiten zal brengen en in de aanbevelingen van de interdepartementale werkgroep.

Mijnheer de voorzitter! Ik wil geen misverstand laten bestaan over het doel van de wet. Met name in de bijdrage van de heer Van den Berg proefde ik een misverstand over het doel en met name over de grondslag waarop dit initiatiefwetsvoorstel gebaseerd is. Dat is uiteindelijk niet een kostenbeheersing in de

geneesmiddelenvoorzieningen, hoewel ik dat dolgraag had gewild. Het zou natuurlijk prachtig zijn als je met zo'n initiatiefwetsvoorstel meteen kon regelen dat alle kosten met 0,1% omlaag zouden gaan, maar dat was niet de oorspronkelijke basis van het wetsvoorstel. Doel van deze initiatiefwet is, het voor kleinere verpleeghuizen mogelijk te maken geneesmiddelen te verkrijgen via de ziekenhuisapotheek. Het huidige primaat van de openbare stads- of dorpsapotheek voor instellingen met minder dan 300 bedden, betekent immers dat een verpleeghuis geen gebruik kan maken van een ziekenhuisapotheek, ook niet wanneer dat aantoonbare voordelen biedt. Dat vind ik op zijn minst merkwaardig, zo niet ongewenst. Het primaat bij de stads- of dorpsapotheker leggen is mijns inziens te streng. Bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel bleek ook, dat een groot verpleegtehuis met meer dan 300 bedden op grond van de wet niet mocht kiezen voor een stadsapotheker, dus voor een openbare apotheker. Het tehuis wilde dat doen vanwege de duidelijke voordelen die een stadsapotheker bood. Als iets op grond van de wet niet mag, terwijl dat op grond van de praktijk en de ervaring een betere kwaliteit en een betere voorziening oplevert, dient de wet aangepast te worden. Daarom heb ik gemeend niet alleen het verbod op extramuraal afleveren voor ziekenhuisapotheken te moeten opheffen, maar ook, conform de wens van vele collegae aan de overkant bij de schriftelijke inbreng, het mes aan de andere kant te moeten laten snijden.

Daarmee kom je wel op een probleem. De heer Dees sprak over de reciprociteit en de heer Van den Berg vroeg zich af hoe het qua service zat met de ziekenhuisapotheken. Je kunt je ook afvragen wat de opvatting van de Nederlandse mededingingsautoriteit is. Die kan van mening zijn dat wat aan de ene kant mag, ook aan de andere kant moet mogen. Waarom zouden ziekenhuizen met bijvoorbeeld 800 bedden niet de gelegenheid moeten krijgen om hun geneesmiddelenvoorziening via de openbare apotheek te regelen? Ik ben tot de overtuiging gekomen, dat in grote ziekenhuizen een eigen apotheek en een gespecialiseerde ziekenhuisapotheker noodzakelijk zijn. De ziekenhuisapotheker heeft namelijk

Oudkerk

zeer specifieke kennis van het distributiesysteem aldaar. Veel belangrijker is, dat hij specialistische kennis heeft van geneesmiddelen die bijvoorbeeld ook voor intensieve thuiszorg worden geleverd. Die thuiszorg lijkt immers steeds meer op ziekenhuiszorg. Verder geldt dat de ziekenhuisapotheker heel korte lijnen heeft met de medisch specialisten en zij schrijven de medicijnen toch voor. Die medisch specialisten zijn vaak als consultant in verpleeghuizen aanwezig en zij vergemakkelijken daarmee de communicatie tussen alle betrokkenen. De ziekenhuisapotheker is eraan gewend om inkoopvoordelen maximaal door te geven aan het ziekenhuis. In een advocatenrapport werd zelfs gesteld, dat hierdoor de kosten 15% lager zouden kunnen zijn. De ziekenhuisapotheker is op korte termijn in staat minder courante geneesmiddelen te leveren. Hij kan snel, soms telefonisch, overleg voeren met de behandelend specialist, of die nu op de polikliniek of in de kliniek werkzaam is. Hij heeft verder een vast dienstverband bij het ziekenhuis met een duidelijke taak en verantwoordelijkheidsverdeling. Last but not least, hij heeft een duidelijke invloed als het gaat om het door alle partijen gewenste FTTO, het farmaco therapeutisch transmuraal overleg. Daardoor krijg je niet meer de situatie waarin huisartsen met elkaar en met de openbare apotheker afspreken om geneesmiddel x en y voor te schrijven, terwijl op de polikliniek van het ziekenhuis ondertussen nog steeds geneesmiddel z wordt voorgeschreven.

Nu is het natuurlijk de vraag of de Nederlandse mededingingsautoriteit, juist in het kader van de mededingingswet, zegt dat wat aan de ene kant mag ook aan de andere kant moet mogen. Zij zou dan ook kunnen bepalen dat hetgeen wij willen, niet mag. Ik meen evenwel op grond van deze acht kwaliteitsargumenten te mogen stellen, dat als het al zou komen tot een verschil van mening met de mededingingsautoriteit hier een ontheffing op haar plaats zou zijn.

Enkele leden vroegen: mist die ziekenhuisapotheker niet iets wat de openbare apotheker wel heeft? Ik denk nu niet aan het contact dat hij met de patiënt in de buurt heeft, maar ook aan een hele hoop andere dingen en aan hetgeen de openbare apotheker heeft opgebouwd. Ik

veronderstel dat de ziekenhuisapotheker niet iets mist wat de openbare apotheker wel heeft. Ik meen dat de ziekenhuisapotheker als geen ander betrokken is bij de patiënten, in ieder geval bij de patiënten die intramuraal zijn opgenomen. Ontzettend veel ziekenhuisapothekers gaan zelf langs bij de mensen die zijn opgenomen om het medicijnenbeleid te evalueren. Dat medicijnenbeleid is vaak in de huisartsenpraktijk opgebouwd. Misschien leidt dit initiatief tot heel veel politieken en zou in het ziekenhuis meer empoel ontstaan voor apothekers. Meerdere apothekers zouden dan dit beleid vorm kunnen geven. Ik geloof dat een ziekenhuisapotheker goed in staat is om zeer patiëntgericht en zeer patiëntvriendelijk te opereren. Hierover kom ik bij de beantwoording van specifieke vragen nog te spreken. Kort en goed, ik blijf erbij, dat het goed is dat het specialisme ziekenhuisapotheker blijft bestaan. Dat is ook van belang met het oog op het creëren van opleidingsplaatsen. Wat mij betreft kunnen kleinere ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en andere instellingen, bijvoorbeeld instellingen voor verstandelijk gehandicapten, kiezen op grond van kwaliteit en ervaring en zodoende bepalen of zij een ziekenhuisapotheker of een openbare apotheker willen.

Mevrouw Schoondergang en andere sprekers hebben gevraagd of de stadsapotheker een concurrent zal worden van de ziekenhuisapotheker, die zo direct mag doen wat hij tot nu toe vanwege de wet niet mocht doen dan wel of zij zullen samenwerken. Wordt het marktwerking of wordt het samenwerking? Als initiatiefnemer en als lid van de fractie van de PvdA in de Tweede Kamer geloof ik meer in samenwerking dan in marktwerking. Misschien zullen sommigen tegenwerpen dat het onvergelykbare grootheden zijn. Samenwerking in sommige regio's op het terrein van het geneesmiddelenbeleid en afspraken over zinnig en zuinig voorschrijven, niet alleen tussen apothekers en specialisten of huisartsen, maar ook met de voornamelijk regionaal werkende ziektekostenverzekeraar, hebben al tot veel voordelen geleid. Het zou mij een lief ding waard zijn als de ziekenhuisapothek, de openbare apothek, de medisch specialist in de

polikliniek en de huisarts in de extramurale praktijk beter kunnen samenwerken door dit wetsvoorstel.

De heer Van den Berg heeft gevraagd naar de service aan patiënten door de ziekenhuisapotheker. Mevrouw Ter Veld zegt dat het zo handig is dat je, als je 's ochtends om tien uur naar je huisarts belt, 's middags om twee uur je recept bij de apotheek kunt ophalen. Je krijgt nu een recept voor twee weken en daarna is het op; moet je dan weer helemaal terug naar dat ziekenhuis dat 30 kilometer verderop ligt? Dat lijkt haar niet zo handig. Neen, dat lijkt mij ook niet handig en absoluut niet gewenst. Overigens is een klacht vaak verholpen als die veertien dagen voorbij zijn.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik ben niet zo uitgebreid deskundig op het terrein van medicijngebruik, maar volgens mij is er een spelregel van het ministerie dat nieuwe medicijnen niet voor een langere periode dan twee weken mogen worden meegegeven opdat het overschot niet te groot is. Als ik het recept vervolgens bij de apotheek haal, geldt dat dan opnieuw voor twee weken? Of mag het dan worden gezien als een reeds lopend recept? Daarvoor moet je spelregels maken, want die zijn er nog niet.

De heer **Oudkerk**: Ik meen dat het een zeer goede regel is dat je slechts voor veertien dagen medicijnen mag meegeven. Gelet op alles wat er wordt weggegooid nadat men drie dagen heeft geslikt, is die periode van veertien dagen misschien toch nog te lang. Of iets nu via de politiek dan wel via de huisarts en de openbare apotheek is verkregen, door de automatisering en informatisering moet het zeker na veertien dagen toch bekend kunnen zijn via welke apotheker c.q. politiek de patiënt dat bepaalde middel slikt. Mocht dat nog niet het geval zijn, dan verwijs ik de gezondheidszorg maar weer naar de luchtvaartwereld. Daar kun je welk reisbureau dan ook binnenstappen, want iedereen weet alles van elkaar: welk KLM-vliegtuig of welk Transaviavliegtuig is op welk moment volgeboekt, hoeveel mensen zitten erin, wie zitten in de niet-rokenafdeling en wordt er een tussenstop gemaakt. Kortom, ik meen dat door de automatisering en informatisering in de gezondheids-

Oudkerk

zorg vele kansen worden geboden, maar die moeten wel worden gegrepen.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Ik heb deze vraag expliciet aan de minister gesteld. Ik kan met absolute zekerheid zeggen dat een dergelijk elektronisch patiëntenvolgsysteem door heel Nederland op dit moment niet aanwezig is. Als ik op vakantie wil gaan, zal ik zowel bij de ziekenhuisapothek als bij mijn dorpsapothek mijn gezondheidspaspoort moeten halen, omdat die systemen er nog niet zijn. Misschien kan de minister er meer inzicht in geven, maar op dit moment is dat lastig.

De heer **Oudkerk**: Ik zal dat zeker doorgeleiden naar de minister.

U zei zelf al iets over de grootgrutter en de bonus. Afgezien daarvan meen ik dat er heel veel gegevens op een zorgpas of op creditcard lijkende kaartjes kunnen worden ingevoerd. Ik neem aan dat 80% van de huisartsenpraktijken geautomatiseerd is, dat alle openbare apotheken geautomatiseerd zijn en dat alle ziekenhuisapotheken geautomatiseerd zijn; dat laatste weet ik zelfs zeker. Ik ben geen automatiseringsdeskundige, maar het lijkt mij dat die bestanden gekoppeld moeten kunnen worden. Ik ben het met u eens dat dit geen fluitje van een cent zal zijn, maar laat het dan vier fluitjes van een dubbelkje zijn.

Mijnheer de voorzitter! Ik was bij de service aan patiënten gebleven. Ik geloof, eerlijk gezegd, dat het de therapietrouw bijzonder ten goede zou komen, als patiënten tegelijk met de therapie van de apotheker in het ziekenhuis of van de mensen die bij hem in dienst zijn, het geneesmiddel krijgen met alle uitleg daarbij. Verder geloof ik – ik heb dat al gezegd – dat de ziekenhuisapotheker bij uitstek gericht is op de consument en dat hij zeer gericht is op een adequate informatievoorziening. Ik verwacht niet dat de informatie die bij een stadsapotheker hetzij via folders, hetzij mondeling wordt gegeven, bij een ziekenhuisapothek niet gegeven zou kunnen worden.

Een belangrijk punt dat in de schriftelijke voorbereiding, maar ook vandaag naar voren is gekomen, betreft de U-bochtconstructie. De vraag is of dit wetsvoorstel er uiteindelijk niet toe leidt dat via de

constructie waarbij extramuraal van alles gedeclareerd kan worden, de geneesmiddelenvoorziening alleen maar duurder wordt. Per slot van rekening kent een ziekenhuis een gesloten financiering en is bij extramuraal nog steeds sprake van een open financiering. Je zou bijna zeggen dat dit om een verschuiving van de kosten vraagt. Als er sprake is van een gesloten financiering, terwijl er elders wel gedeclareerd kan worden, dan zou dat wellicht aanleiding geven tot een gedrag dat wij met z'n allen niet willen. Ik wijs in dit verband op een brief van de verzekeraars van 27 augustus 1998 waarin zij zeggen dat dit wetsvoorstel de toepassing van de U-bochtconstructie geenszins zal vergemakkelijken. De minister komt hier ongetwijfeld op terug, maar ik hecht eraan om hier ook iets over te zeggen, omdat het in het kader van mijn wetsvoorstel toch belangrijk is.

Er is aantal redenen om niet al te bang te zijn voor het gebruik van die U-bochtconstructie. De eerste reden is gelegen in de verzekeraars-budgettering. Anders dan vroeger hebben verzekeraars er nu echt belang bij om de kosten laag te houden. De tweede reden is dat er een beleidsregel van het COTG is waardoor er een volledig inzicht komt in de kosten en de uitgaven, de declaraties. Dat leidt mijns inziens tot de gewenste transparantie. De gescheiden administratie kan via artikel 2a van de WTG ook worden opgelegd. Iedereen kan zeggen dat dit meer bureaucratie betekent – wellicht kost het af en toe een A4'tje of een computerscherm extra – maar het leidt uiteindelijk wel tot de transparantie die wij met z'n allen zo gaarne wensen in de geneesmiddelenvoorziening. In het kader van sturing door verzekeraars lijkt mij dit zelfs een belangrijke wetswijziging, want je hebt hierdoor in samenhang met het flankerend beleid meer mogelijkheden om te controleren. Verder heb je hierdoor meer informatievoorziening en daardoor kun je waarschijnlijk ook beter sturen.

Een andere reden om niet al te bang te zijn voor het gebruik van de U-bochtconstructie is gelegen in de Wet op de integratie van de medisch specialisten. Elke toediening, poliklinisch of klinisch, valt dan onder het ziekenhuisbudget. Daarmee wordt een U-bocht, in welke variatie dan ook, formeel

onmogelijk. Ik denk hierbij verder aan het farmacotherapeutisch transmuraal overleg. Mij lijkt het ondenkbaar dat middelen die in het ziekenhuis niet aan patiënten worden gegeven, omdat zij niet in het Formularium zitten, op de polikliniek ineens heel uitgebreid kunnen worden voorgeschreven. Ik denk dat directies van ziekenhuizen en voorzitters van raden van bestuur van ziekenhuizen toch wel de vinger aan de pols zullen houden, als enerzijds in het licht van het intramurale beleid wordt gesproken over minder cholesterolremmers en minder maagzuurremmers, terwijl die middelen anderzijds vrolijk op de polikliniek worden voorgeschreven.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! Is het op dit moment al zo dat alle medicijnen die zowel intramuraal als extramuraal door de specialist worden voorgeschreven, onder de budgettering vallen?

De heer **Oudkerk**: Voor intramurale voorschrijvingen heb je het Formularium. Dat is een afspraak tussen ziekenhuisapothekers en medisch specialisten. Aan het bed – dat is altijd een wat gemakkelijker vergelijking – wordt middel X dus wel gegeven, maar middel Y niet. Poliklinisch is het weliswaar niet zo dat een specialist alles kan voorschrijven wat hij wil, maar in de meeste ziekenhuizen lijkt het daar wel op. Daar kan in principe vrij worden voorgeschreven, zoals het huisartsen op dit moment overigens ook vrijstaat om alle geneesmiddelen die zij geïndiceerd achten, voor te schrijven. Dat is dus een niet dichtgeschroeid systeem.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik meende dat er net op werd gewezen dat een en ander reeds nu onder één budgetteringssysteem valt. Dat is echter nog niet het geval.

De heer **Oudkerk**: Neen. Dat is ook iets wat verder buiten dit wetsvoorstel valt. Ik wil mij daar op dit moment dan ook niet mee bemoeien.

Ik ga terug naar mijn betoog. Ik vind het ondenkbaar dat er poliklinisch van alles wordt voorgeschreven, terwijl dat klinisch via het formularium niet nodig wordt geacht. Dit is ook een verantwoordelijkheid van het veld, dus van ziekenhuisdirecties en staven van

Oudkerk

medisch specialisten. Het farmaco-therapeutisch transmuraal overleg moet in mijn ogen gesanctioneerd overleg zijn, in die zin dat niet wordt afgesproken dat men het gaat proberen, maar dat men het gaat doen.

Dan nog iets over de U-bochtconstructies, het via een andere methode meer declareren. De NMA houdt de vinger aan de pols als het gaat om een bepaalde vorm van mededinging die hierbij wellicht in het geding zou kunnen zijn.

Ik voel heel veel voor de suggestie van de heer Werner met betrekking tot het invoeringsoverleg over het wetsvoorstel. In de praktijk loop je namelijk altijd tegen bepaalde zaken aan. Daar kun je dan over praten. Volgens mij kan die suggestie betrekking hebben op elk wetsvoorstel, maar in dit geval gaat dat zeker op. Wij kunnen wetten maken, aannemen en vervolgens denken dat het in de praktijk wel goed komt, maar dat hoeft niet het geval te zijn. Het lijkt mij goed, zeker wat dit wetsvoorstel betreft, als er in het kader van het invoeringsoverleg een keer met de partners in de zorg, de ziekenhuisapothekers, specialisten en openbare apothekers, wordt gesproken. Dit valt ook buiten mijn competentie, maar ik vind dit een heel goede suggestie.

De vraag over poliklinisch budgetteren laat ik aan de minister over. Ik kom op de definitie van het ziekenhuis. Hoe die ook gaat luiden – bij andere wetswijzigingen kom je misschien weer op een andere definitie van het ziekenhuis uit – ik heb begrepen dat de onderscheiden instellingen, enerzijds ziekenhuizen, anderzijds andere gezondheidszorginstellingen, gehandhaafd blijven.

Dan de uitbreiding van de distributiepunten. Dat is een mag-bepaling in de wet. Als de wet zou worden aangenomen, dan wordt geen enkel ziekenhuis verplicht gesteld om allerlei politieken te openen, integendeel. Als het Westeindeziekenhuis een openbare apotheker aan de overkant heeft zitten – mevrouw Ter Veld sprak daarover – dan hoeft dat echt niet te gebeuren. Anderzijds ziet men er misschien wel de voordelen van in. Dat laat ik echter graag aan het veld zelf over. Je krijgt dus wellicht een uitbreiding van de distributiepunten. De heer Dees vroeg zich af of er dan geen probleem ontstaat met de receptregelvergoeding bij openbare

apotheken. Daar is de beschikbaarheid in verdisconteerd. Leidt dat niet tot een opwaartse druk op de receptregelvergoeding? Ik denk dat dit niet het geval is, omdat ik ervan uitga dat er in de regio's, kijkend naar het huidige aantal distributiepunten, afspraken zullen worden gemaakt over wie wat doet.

Daarmee kom ik op het plattelandsprobleem. Ik hecht eraan dat de distributie aldaar blijft bestaan. Ik moet er niet aan denken dat mensen straks een flink eind moeten rijden, met de auto of met het openbaar vervoer, als ze naar hun politiek moeten voor het afhalen van geneesmiddelen. Op het platteland werken nog ongeveer 650 apotheekhoudende huisartsen. Dat is verreweg het meest patiëntvriendelijk. Je krijgt het recept voorgeschreven. Vervolgens kun je dat bij dezelfde dokter ophalen. Er zijn ook nog veel plattelandsapotheken. Naar mijn mening moeten die blijven bestaan, al was het maar vanwege het 14-dagen-traject van mevrouw Ter Veld.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! Een aanvullende vraag. Toen de heer Oudkerk overwoog een initiatiefwetsvoorstel op te stellen, heeft hij het probleem van het omzetverlies toen al gezien? Stel dat er in de 120 ziekenhuizen 100 politieken bij komen. Stel dat die massaal geneesmiddelen gaan verkopen in de polikliniek. Dan is dat geen kleinigheid. Dat betekent omzetverlies voor openbare apotheken, plattelandsapotheken en huisartsenapotheken. Heeft de heer Oudkerk er toen ook bij stilgestaan dat er door die 100 nieuwe politieken distributiepunten verdwijnen? Ik wijs ook nog op de bezuiniging van 350 mln. Die moet ook nog worden gerealiseerd. De rendementen van bepaalde distributiepunten worden dan zo laag dat ze dicht gaan. Heeft de heer Oudkerk daarover nagedacht toen hij het wetsvoorstel indiende?

De heer **Oudkerk**: Op beide laatste vragen kan ik ja zeggen. U schetst een reëel potentieel gevaar. Ik heb echter bij het opstellen van het initiatiefwetsvoorstel onder meer rekening gehouden met het feit dat de functie van de openbare apotheker in het zicht van steeds meer intensieve thuiszorg en steeds minder ziekenhuiszorg beroepsinhoudelijk zou kunnen gaan

veranderen. Ik heb zelfs bij mijn wetsvoorstel betrokken dat apothekers straks misschien, afgezien van scheiding van zorg en inkoop, evenals huisartsen op een abonnementsstarief gaan werken en beroepsinhoudelijk meer een functie krijgen in de overigens door hen al jaren bepleite medicatiebewaking, medicatiebewaking bij chronische patiënten en begeleiding van technologische intensieve thuiszorg. Ik heb dat wel degelijk erbij betrokken. Er zal wellicht een verschuiving plaatsvinden van het werk van de openbare apotheker in de stad of op het platteland naar een ander soort zorgverlening die ook door de KNMP zeer gewenst wordt geacht.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! Nog even voor alle duidelijkheid. Het antwoord op mijn vraag is dus dat de heer Oudkerk niet verwacht dat er als gevolg van dit wetsvoorstel in kleine dorpen marginale apotheken zullen gaan verdwijnen?

De heer **Oudkerk**: Ik verwacht dat niet omdat ik hoop en ervan uitga dat de taak en de functie van de plattelandsapotheker zodanig zal veranderen dat hij of zij een veel belangrijker functie krijgt in de daadwerkelijke zorg voor chronische patiënten en niet slechts het "afleverpunt" is van geneesmiddelen met een beetje medicatiebewaking. Ik denk overigens dat het emplot voor het werken in de stad of op het platteland daarmee wel eens groter zou kunnen worden.

De heer **Werner** (CDA): Het spijt me geweldig. Het zijn prachtige zinnen en bewoordingen, maar zij dringen niet helemaal door tot de kern waar het in mijn ogen om gaat. De heer Dees heeft zojuist gezegd dat er, als de afleveringsvergoeding hetzelfde blijft bij een omzet die 20% minder is, er wel iets aan de hand is in die apotheek. Juist vanwege de argumenten die u noemt, zoals de serviceverlening, het contact en de hulpverlening vinden wij het belangrijk dat die apotheken er blijven op het platteland. Dat argument delen wij. Ik heb echter nog geen hard argument gehoord dat die apotheken rendabel en daar gevestigd blijven, met alle maatregelen die nu cumuleren. Als die apotheken zouden blijven, zou het volume omhoog moeten. Dat lijkt me

Oudkerk

zo ongeveer het meest ongewenste gevolg dat het beleid zou kunnen hebben.

De heer **Oudkerk**: Daar heeft u ongetwijfeld gelijk in, maar ik benadruk dat dit alleen het geval is als de apotheker in kleine gebieden voor zijn inkomsten afhankelijk blijft van het huidige vigerende systeem. Mijn stellige overtuiging is dat de functie van de openbare apotheker zodanig zal veranderen dat ook zijn of haar inkomsten op heel andere criteria zullen zijn gestoeld dan op dit moment het geval is. De minister zal hier dadelijk ook iets over zeggen, omdat het niet sec mijn wetsvoorstel is. Overigens zou ik een dergelijke ontwikkeling zeer toejuichen.

Voorzitter! Ik kom op het punt dat door de heer Dees als derde en door mevrouw Ter Veld als vijfde punt naar voren is gebracht. Kunnen ziekenhuizen op dit moment niet heel goedkoop hun geneesmiddelen inkopen omdat de farmaceutische industrie hoopt dat, als een geneesmiddel in de pen van de medisch voorschrijvende specialist zit, de huisartsen in de regio zullen volgen? Dit wordt met een lelijk anglicisme ook wel "dual pricing" genoemd. Voor dat ene middel wordt in het ziekenhuis door de industrie veel minder gevraagd dan extramuraal.

Ik denk hier toch genuanceerder over. Stel dat er zo'n politheek geopend zou worden, dan heeft de ziekenhuisapotheker wel iets in de aanbieding, namelijk volume. In tegenstelling tot nu kan hij zeggen dat hij niet alleen de intramurale patiënt mag bedienen met een bepaald geneesmiddel, maar ook een groot aantal mensen in de regio die de geneesmiddelen ophalen. Ik heb van de industrie geleerd dat prijs maal volume constant is. Dat blijkt ook wel in Frankrijk. Volgens mij is de industrie zeer geneigd, het verschil tussen extramurale en intramurale prijzen op te heffen als er geleverd wordt aan de omgeving. De heer Dees heeft terecht gezegd dat je daardoor veel meer incentives krijgt voor prijsconcurrentie in plaats van margeconcurrentie. Ik ben het volstrekt met de heer Dees eens dat het niet juist is dat er op dit moment nog steeds een systeem van margeconcurrentie is in plaats van prijsconcurrentie. Als het goed is en het wetsvoorstel overeenkomstig mijn verwachtingen leidt tot meer

onderhandelen tussen inkopers en farmaceutische industrieën, dan zou de inkoper daarvan voordeel moeten hebben, omdat hij de industrieën tegen elkaar kan uitspelen. Dit staat los van de vraag of die onderhandelaar de apotheker of de ziektekostenverzekeraar moet zijn. De apotheker blijft altijd een rol houden in het professioneel begeleiden. Het tegen elkaar uitspelen van industrieën, anders gezegd: prijsconcurrentie tussen industrieën, kan wel degelijk nog het een en ander opleveren.

Over het platteland en de fijnmazige distributie heb ik al gesproken.

Voorzitter! Ik meen hiermee in eerste termijn de meest belangrijke vragen te hebben beantwoord.



Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! De heer Werner heeft in het begin van zijn betoog meteen twee vragen aan mij gesteld, namelijk of ik bepaalde toezeggingen na zal komen. De eerste toezegging betreffende administratieve bepalingen van het COTG om U-bochtconstructies te voorkomen en controle van verzekeraars meer mogelijk te maken, kom ik inderdaad na. Ik zal daar straks nader op ingaan. De tweede toezegging betreft de budgettering van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in het ziekenhuisbudget. Zij is geen noodzakelijk voorwaarde voor de invoering van dit wetsvoorstel. Ik zal uitleggen waarom mijns inziens het omgekeerde het geval is. Alle woordvoerders hebben namelijk gevraagd, hoe dit wetsvoorstel past in het totale beleid en of het wel zo geïsoleerd kan worden ingevoerd.

Zoals de heer Oudkerk zelf ook zei, past het naar mijn mening goed in het totale beleid. Het is met name een voorwaarde om verder te kunnen gaan met het budgetteren van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. Dat was een van de centrale punten in het advies van de commissie-Koopmans. De geneesmiddelen die op de polikliniek van ziekenhuizen worden voorgeschreven, hebben nog steeds een openeindekarakter, net als de geneesmiddelen die door de huisarts worden voorgeschreven. Het is niet voor niets dat juist die twee categorieën zo'n enorme snelle kostenontwikkeling te zien geven.

Binnen de muren van een ziekenhuis of verpleeghuis ligt dat anders. Daar is men, onder de druk van de budgettering, gekomen tot het opstellen van formularia, dus een beperkte lijst van geneesmiddelen waar men het mee doet. Vervolgens gaat men voor die beperkte lijst van geneesmiddelen zelf inkopen. Men kan met die lijst de boer op om zaken te doen met de goedkoopste leverancier. Het systeem van formularia is uit een oogpunt van kwaliteit heel goed te verdedigen, omdat daardoor artsen met een beperkte hoeveelheid geneesmiddelen veel ervaring opdoen. Zij leren de bijwerkingen ervan kennen, kunnen van tevoren zeggen welke patiënt daar vermoedelijk niet goed op zal reageren en leren als het ware ermee spelen in het hele medicatiebeleid. Ik ben er een groot voorstander van dat iedere groep artsen uit die grote bak van 10.000 à 15.000 geneesmiddelen er een paar honderd uitkiest waar zij het dan mee doen, uitzonderingen natuurlijk altijd daargelaten. Wij willen dit kostenbesparende en kwaliteitsverhogende gedrag graag uitbreiden naar de polikliniek. Uiteindelijk moeten wij komen tot transmurale formularia. In een bepaalde plaats of regio gaan huisartsen, apothekers en medisch specialisten met elkaar een formularium afspreken. Dat is een van de pijlers van het advies van de commissie-Koopmans en die pijler is overgenomen door de commissie-De Vries.

Er zijn meerjarenafspraken gemaakt met de sector curatieve zorg. In vijf regio's zal worden geëxperimenteerd met de FTTO's (farmaco-therapeutisch transmuraal overleg). Dat wordt zeer gesteund door de Orde van Medisch Specialisten en de apothekers. De huisartsen hebben eigenlijk al een FTO.

Ik heb al gezegd dat intramuraal de kosten van geneesmiddelen geringer zijn. Gezegd wordt dat dat alles heeft te maken met het feit dat ziekenhuizen goedkope contracten met leveranciers kunnen sluiten. De farmaceutische industrie wil graag dat een groot ziekenhuis haar pil gaat gebruiken in de hoop dat het doordringt tot de polikliniek en uiteindelijk ook tot de huisarts. De industrie heeft wel wat over voor deze marketing: je zaait je eigen geneesmiddel in en daar heb je wel wat geld voor over. Toch is dat zeker niet de enige verklaring. Ik denk dat

Borst-Eilers

het formularium een belangrijke tweede verklaring is. Je zou verwachten dat in verpleeghuizen de uitgaven voor geneesmiddelen per verzorgde cliënt hoger zijn dan in verzorgingshuizen, maar het omgekeerde is het geval. Verzorgingshuizen kennen een openeinderegeling, terwijl verpleeghuizen met budgetten werken. Ik denk dat het budgetstelsel een belangrijke verklaring is. Vandaar mijn vurige wens om ook iets van dat systeem op de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen te leggen.

Hoe moet dit alles vorm en inhoud worden gegeven? Volgend jaar zal er een belangrijke stap worden gezet. Vier ziekenhuizen hebben afgelopen jaar geëxperimenteerd met een administratie van hetgeen klinisch en poliklinisch wordt voorgeschreven. Deze ziekenhuizen gaan in 2000 werken met een poliklinisch budget. De andere ziekenhuizen moeten het jaar 2000 gebruiken om ervaring op te doen met de nieuwe administratievoorschriften. Om U-bocht-risico's af te wenden is een beleidsmaatregel afgesproken – dit heb ik inmiddels met het COTG afgehandeld – met betrekking tot de administratievoorschriften. Op grond van die regeling worden al degenen die extramurale farmaceutische zorg leveren verplicht tot het bijhouden van een administratie die een en ander inzichtelijk maakt. De zorgverzekeraars zijn hierin buitengewoon geïnteresseerd; zij moeten immers gegevens in handen hebben om te kunnen sturen. De verplichting tot administreren vergroot ook het inzicht in de genoten kortingen en bonussen. Dat is dan mooi meegenomen. De verzekeraars zouden dan zelf eventuele kortingen en bonussen kunnen verrekenen na afloop van het convenant dat ik hierover met de KNMP heb gesloten.

In het kader van de regeling administratievoorschriften wordt ook de naam van het ziekenhuis en de voorschrijvend specialist in code vermeld. Dan kan ook bekeken worden of het recept echt is voorgeschreven door een specialist en zo ja, door welke. Eigenlijk wordt hiermee vooruitgelopen op het poliklinisch budgetstelsel, maar u begrijpt dat, om ermee te kunnen experimenteren, een ziekenhuis-apotheek de mogelijkheid moet hebben om extramuraal af te

leveren. Men krijgt natuurlijk niet alleen maar met die budgettering te maken, zonder zelf iets te kunnen doen aan de prijs. Het budgetstelsel is gericht op volumebeheersing van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen, maar een ziekenhuis moet natuurlijk ook de kans krijgen die geneesmiddelen zelf in te kopen en af te leveren.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik zou graag voor de helderheid willen weten of je – als alles mag – ook met het recept van je huisarts naar de ziekenhuisapotheek mag gaan. Hoe verhoudt zich dit tot de budgettering als niet tegelijkertijd de andere apotheken zijn gebudgetteerd?

Minister **Borst-Eilers**: De administratievoorschriften gelden ook voor de openbare apotheek. Die moet dus ook administreren wat hij aan recepten aflevert van huisarts en specialist. De openbare apotheek stuurt de declaraties nu naar de zorgverzekeraar, dus hij beschikt al over alle gegevens. Daaraan kun je zien of het recept door de huisarts is voorgeschreven. Als een patiënt – omdat dat handiger is of om welke reden dan ook – met zijn recept naar de ziekenhuisapotheek gaat, valt dit buiten de poliklinische budgettering omdat het recept is voorgeschreven door een huisarts. Zo wordt het hele systeem sluitend gemaakt.

De boodschap van mijn betoog tot nu toe is dat het klinisch budgetstelsel tot stilstand komt als de ziekenhuis-apotheek niet extramuraal mag afleveren. Ik wil het klinisch budgetstelsel graag voortzetten en daarom ben ik heel blij met het initiatief van de heer Oudkerk.

Ik ben het eens met alles wat de heer Oudkerk heeft gezegd over de U-bochtconstructie. De zorgverzekeraars hebben een groot belang gekregen door hun steeds verdergaande risicodragendheid. In het convenant met de KNMP is afgesproken dat de apothekers die prescriptiegegevens zullen bijhouden. Het is dus ook van die kant nog eens vastgelegd.

Ik heb een convenant gesloten met de huisartsen over het zuinig voorschrijven. Na een proefperiode hebben zij uitgerekend dat dit 300 mln. kan opleveren. Zij mogen een deel van dit bedrag terugploegen voor de financiering van de praktijkondersteuning. Zij hebben er dus alle belang bij dat er geen

afwenteling optreedt, dus dat niet de specialist de huisarts te veel de specialistische recepten laat voorschrijven. Mocht in het belang van de patiënt toch een verschuiving nodig zijn, dan moet ook het geld de zorg volgen. Verder is er nog het FTO waar de afspraken worden gemaakt en ten slotte de Regeling administratievoorschriften.

De heer Werner sprak over de kwestie van de openbare apothekers die een fors verlies van omzet kunnen ondervinden als gevolg van de toetreding van ziekenhuis-apotheken op de extramurale markt. Eigenlijk heeft hij gevraagd naar de overlevingskans van de stads-apotheken. In het convenant met de KNMP heb ik een afspraak gemaakt over de receptregelvergoeding. In de nieuwe tariefstructuur wordt die receptregelvergoeding minder volumeafhankelijk; de verhouding is 60-vast:40-variabel. De kans dat een apotheek failliet zou gaan doordat er minder receptregels omgaan, wordt daardoor kleiner. Het is financieel in mijn voordeel als er meer receptregels zijn, omdat de vergoeding niet gelijk opgaat met het volume. Er werd echter gesproken over minder receptregels en dat is natuurlijk in het voordeel van de apotheeker.

Ik ben het eens met de opmerking van de heer Oudkerk dat wij, zeker niet volgend jaar, maar hopelijk wel op afzienbare termijn toegaan naar een apotheeker die niet alleen medicijnen aflevert, maar ook een belangrijke adviseur is van de arts. Een deel van zijn tijd zal opgaan aan die rol als farmaceutisch deskundige. Dat is een goede ontwikkeling, want hij weet oneindig veel meer van geneesmiddelen en de werking daarvan dan artsen. Artsen krijgen namelijk niet zo heel veel onderwijs over medicijnen. De apotheeker wordt voor dit adviseurschap of zorgverlenerschap gehonoreerd, waardoor zijn praktijk een andere structuur krijgt.

Op dit moment gaan steeds meer huisartsen in deeltijd werken. Verder komt het op het platteland nog wel eens voor dat twee huisartsen samen een praktijk draaien. Dergelijke praktijken op het platteland zijn vaak apotheekhoudend, omdat de inkomsten anders onvoldoende zijn. Ik was ooit van plan om de apotheekhoudende huisarts uit Nederland uit te bannen. Ik ben echter op dit voornemen teruggekomen, omdat ik tot de conclusie ben

Borst-Eilers

gekomen dat dit eigenlijk een goede voorziening is. Ik heb de Landelijke Huisartsenvereniging inmiddels verzekerd dat ik de apotheekhoudende huisarts overeind wil houden. Er zullen ook steeds meer parttime werkende huisartsen komen die een kleine openbare apotheek beheren. Ik vind ook dat niet langer een slechte ontwikkeling.

Ik constateer met de heer Oudkerk een toename in de werkzaamheden van de openbare apotheken. Zij leveren immers steeds vaker genees- en hulpmiddelen aan huis af. De thuiszorg in Nederland groeit gigantisch en die zorg is gericht op patiënten die steeds meer genees- en hulpmiddelen, zoals infuus-apparatuur, nodig zullen hebben. Op dit moment betrekken kankerpatiënten die thuis worden verpleegd, deze middelen al van de openbare apotheek. Al met al wordt de omzet van de apothekers zowel beïnvloed door een opwaartse als een neerwaartse druk. De vergoeding wordt minder volumeafhankelijk en er komen nieuwe functies bij, waarvoor een honorarium zal worden verstrekt. Alles overziend maak ik mij geen grote zorgen over de mogelijkheid dat apotheken op het platteland moeten worden gesloten.

De heer Werner noemde de medicatiebewaking. Mevrouw Ter Veld zei in dit verband terecht dat het een illusie is, te denken dat die op dit moment ideaal is. Mensen halen bij meerdere apotheken in hun gemeente medicijnen en soms halen zij deze zelfs op weg naar hun werk bij een apotheek in de plaats waar zij werken. Helaas zijn de bestanden van al deze apotheken nog niet aan elkaar gekoppeld. Er is dus nog geen ideale situatie. Wij moeten echter wel naar zo'n situatie toe, want de heer Oudkerk merkte terecht op dat het een fluitje van een cent is om een op de patiënt gericht elektronisch communicatiesysteem in het leven te roepen, waarmee achterhaald kan worden welke geneesmiddelen een patiënt nu precies gebruikt. Een dergelijk systeem zal echter slechts toegankelijk zijn voor een beperkte groep, want ook hier moet rekening worden gehouden met de bescherming van de privacy. Mevrouw Ter Veld beoordeelde deze privacybewaking wel iets te idealistisch. De zorgverzekeraar kan namelijk allerlei gegevens over de patiënt aflezen van de rekeningen die

zij krijgen van de ziekenhuizen. Op deze rekeningen staat immers vermeld aan welke kwalen een patiënt lijdt en op welke manier hij is behandeld. Of wij dat prettig vinden of niet is een andere zaak. Ik ga er echter van uit dat de zorgverzekeraars zorgvuldig met deze gegevens omgaan. Ik heb nog niet gehoord dat hierover rellen zijn ontstaan.

Onder andere de heer Werner heeft mij gevraagd hoe ik denk over de mededinging. Ik heb binnenkort een gesprek met de heer Kist van de NMA over de NMA en de gezondheidszorg. Dat gebeurt niet omdat ik mij hierover nu zulke vreselijke zorgen maak, maar steeds opnieuw vraagt men zich af of die NMA wel voldoende rekening houdt met het unieke karakter van de gezondheidszorg. Naar mijn overtuiging heeft de NMA oog voor kwaliteit. Waar samenwerking in plaats van concurrentie in het belang is van de kwaliteit, zal men heus niet zeggen: die kwaliteit zal ons een zorg zijn, u moet maar gewoon flink gaan concurreren. Niettemin lijkt het mij goed, hierover nog eens ten principale met de heer Kist te spreken. Een verslag van dit gesprek zal ik de Tweede en Eerste Kamer doen toekomen.

Met de heer Oudkerk verwacht ik in de gezondheidszorg meer heil van samenwerking. Gisteren was ik in Almere op werkbezoek en daar beschikt men over die éne prachtige zorgketen, waarin iedereen met iedereen samenwerkt, van huisarts tot GGZ. Tenzij je buiten Almere je zorg gaat zoeken, kom je altijd die ene club tegen. Het is weliswaar niet één organisatie, maar ze hebben wel een netwerk met elkaar, en wel op een manier die mij bijzonder aanspreekt. Ik heb daar niets dan lof voor. Er zijn daar ook geen wachtlijsten. Ik zeg in dit verband: de kwaliteit gaat voor. Niettemin moet door middel van dat gesprek worden getracht, het misverstand tegen te gaan dat de NMA hierover heel anders zou denken.

Terecht is gesteld dat in het kader van de totale herziening van de WOG naar de definitie van ziekenhuizen kan worden gekeken, maar in het onderhavige geval móest wel een andere definitie worden gekozen. Immers, de definitie, verwoord in artikel 1, eerste lid, onder o, van de WOG luidt: "Een inrichting waarin personen worden opgenomen voor

het ondergaan van genees-, heel-, verloskundig onderzoek of dito behandeling." Voorzitter! Deze definitie is bijzonder ruim. Daaronder vallen ook verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, kraamklinieken enz. Artikel 13 van het initiatiefvoorstel beoogt juist om alleen aan gewone ziekenhuizen met meer dan 300 bedden de verplichting inzake de ziekenhuisapotheek op te leggen. Er moest dus wel van de bestaande definitie worden afgeweken, maar wij zullen het allemaal weer bij elkaar brengen in een herziene WOG.

Gevraagd is of ik bereid ben om, alvorens de wet in werking treedt, met partijen rond de tafel te gaan zitten om na te gaan of iedereen wel op dezelfde manier denkt over de spelregels. Voorzitter! Dat lijkt mij een goed voorstel; daartoe ben ik graag bereid.

De heer Dees heeft aandacht gevraagd voor de beleidsregel dure geneesmiddelen ziekenhuizen. Voorzitter! In verband hiermee zeg ik altijd dat ziekenhuizen afwegingen moeten maken binnen hun totale budget. Als ik al te gemakkelijk dure geneesmiddelen daarbuiten plaats, neem ik een belangrijke taak van de ziekenhuizen – het maken van die afwegingen – uit hun handen, nog afgezien van het feit dat dit extra geld zou kosten. Er zijn niettemin situaties waarin toch, via de Wet bijzondere medische verrichtingen, op dit punt iets kan worden gedaan. De behandeling van de hemofiliepatiënten is in dit verband een voorbeeld. Voorts zijn voor de behandeling van AIDS-patiënten bijzondere centra aangewezen die daarvoor extra budget krijgen, ook omdat de geneesmiddelen voor AIDS-behandeling zo ontzettend duur zijn. Met andere woorden: uitzonderingen zijn mogelijk, maar ik handhaaf deze regel niettemin nogal strak.

Toen de heer Dees zei dat er in de farmakolom geen concurrentie was, dacht ik: lees het rapport-De Vries en je ziet hoe het wél zou kunnen. Inderdaad heb ik daar op dit moment overwegend positieve gevoelens over maar ik begrijp dat hierover nog een forse discussie zal moeten plaatsvinden. Men kent het tijdpad dat ik daarvoor heb uitgezet. Eerst komt er een conferentie zodat de partijen in het veld elkaar nog eens goed in de ogen kunnen kijken en

Borst-Eilers

duidelijk kan worden wat er nu allemaal precies wordt bedoeld. Het idee dat een inperking van het ziekenfondspakket aan de orde zou zijn, is een misverstand. Het gaat veel meer om de formularium-gedachte, maar dan wel "afgezegd" met de afspraak dat de verzekeraar in principe niet meer dan het regionaal formularium vergoedt.

Maar goed, daar komen we allemaal nog op terug. Ik denk inderdaad dat het tijd wordt om van de margeconcurrentie over te stappen naar de prijsconcurrentie. Niemand is eigenlijk blij met de margeconcurrentie: de farmaceutische industrie niet, de apothekers niet, de politici niet en ook de patiënten niet, want dit geld komt niet aan hen ten goede, maar aan de apothekers. Je moet het dan vervolgens weer afromen. Kortom, het zou veel beter zijn, als het zich allemaal direct in een lage prijs ging vertalen. Ik hoop dat dit in ieder geval in het nieuwe beleid ook gerealiseerd kan worden, maar het heeft natuurlijk nogal wat consequenties. Overigens adviseert de commissie-De Vries om voor de nieuwe geneesmiddelen de Prijzenwet te handhaven. Wat ook wel weer interessant is, omdat ook in veel andere Europese landen over de nieuwe geneesmiddelen prijsafspraken worden gemaakt tussen de overheid en de farmaceutische industrie.

Daarmee heb ik, denk ik, ook de meeste vragen van mevrouw Ter Veld beantwoord. Zij had het nog wel over de kleinverpakkingen en de extra administratie voor de intramurale apotheek. De intramurale apotheek levert ook intramuraal per patiënt af. Zij zijn dus gewend om vier tabletjes of zo voor één patiënt af te leveren. Dat gaat niet in bulk naar de afdeling, maar het wordt echt op naam afgeleverd. Dan zit het alleen niet in een doosje, maar er zijn ergere dingen dan dat iets niet in een doosje zit.

Ik lees nog in haar tekst dat mevrouw Ter Veld vraagt of het niet zou moeten komen tot budgettering van de stads- en dorpsapotheek. Nee, als we het hebben over budgetteren, dan gaat het altijd over de voorschrijver. Ik zou het niet reëel vinden dat degene die het moet afleveren, zonder dat hij ook maar iets over het voorschrijven te zeggen heeft, nu gebudgetteerd zou worden. Wij hebben wel eens overwogen de

huisartsen te budgetteren voor de geneesmiddelen, maar we hebben gezien hoe dat in Engeland gegaan is. Dat is uiteindelijk niet zo'n succes geweest; men is daar ook weer van teruggekomen. Nu is dat niet helemaal een vergelijkbare situatie, maar wij denken dat we met de regionale structuur – de regisserende zorgverzekeraar, de FTTO's – de zaak op die manier in de klauwen kunnen krijgen.

De heer Van den Berg had aan mij heel weinig vragen; het betrof vooral zijn vraag of het past in het totale beleid. Daar heb ik inmiddels op geantwoord. Ook ik zal onmiddellijk bij de eerste hoofdpijnaanval de aardappelschijfjes en de eau de cologne proberen. Hij krijgt van mij ook te horen hoe het bevalt. Dat kan nog een goede business worden!

Mevrouw Schoondergang vroeg wat er gebeurt met het financiële voordeel dat het ziekenhuis krijgt en hoe dat zich verhoudt tot de budgetfinanciering. Het is wel zo dat het poliklinisch geneesmiddelen voorschrijven voorlopig apart wordt gebudgetteerd. Ik denk dat het uiteindelijk tot één geheel zal kunnen komen, maar dan zijn we weer een poosje verder. In ieder geval komt de opbrengst die het oplevert op de polikliniek, ten goede aan het ziekenhuis. Dat mag het ziekenhuis behouden, maar het moet er wel zorg voor leveren. Het mag er dus geen andere leuke dingen mee doen.

Voorts vroeg mevrouw Schoondergang nog expliciet aan mij hoe het staat met de afstemming en communicatie tussen specialist en huisarts. Nu, als we het even beperken tot het geneesmiddelenbeleid, dan zijn beide partijen ten volle bereid om met elkaar in het transmurale farmacotherapeutisch overleg de afstemming en communicatie te gaan verbeteren, maar dat is een zaak die nu in ontwikkeling is.

Ik denk dat hiermee de aan mij gestelde vragen zijn beantwoord, mijnheer de voorzitter.

□

De heer **Werner** (CDA): Ik dank de heer Oudkerk en de minister voor de uitvoerige beantwoording. Op de vele aspecten van het geneesmiddelenbeleid die in tweede termijn over de tafel zijn gegaan, kan ik in de vijf minuten van mijn tweede termijn niet allemaal ingaan.

Ik beperk mij daarom tot drie kernpunten waarover ik in tweede termijn graag verduidelijking wil krijgen. De heer Oudkerk heeft in zijn beantwoording voor 90% gesproken over zaken die niet in dit initiatiefwetsvoorstel worden geregeld. Dat is nu exact het punt waar het naar onze mening om gaat. Het gevaar van initiatiefwetsvoorstellen is altijd dat één aspect eruit gepikt wordt. De minister moet dan maar zorgen voor de rest. Daaraan heeft de initiatiefnemer verder geen boodschap. Vandaar dat wij het zo ongelukkig vinden dat dit ene element los van de totale context wordt behandeld.

Ik heb reeds in eerste termijn gezegd, dat het een zeer eenvoudig wetsvoorstel betreft; slecht een wijziging van een paar artikelen. Dus het wetje is verder wel goed. De vraag is echter, of het past in de context van het totale geneesmiddelenbeleid. Vrijwel alle facetten daarvan zijn over tafel gegaan.

Deze facetten zijn geheel of gedeeltelijk in ontwikkeling. Er vinden experimenten plaats. Ik wijs ook even op de U-bochtconstructie waarvan wij aannemen dat die met de administratieve regelingen zal worden voorkomen. Is dit alles aanleiding voor de minister om nog even te wachten met een KB en samen met de betrokkenen nog eens heel serieus na te gaan, of dingen over het hoofd gezien zijn en daarna tot een verantwoorde inwerkingtreding van deze wet te komen?

Ik beluister dat de minister daartoe bereid is, opdat er geen problemen ontstaan ook niet ten aanzien van de kwetsbare punten die hier aan de orde zijn gekomen.

Ik zou nog een opmerking willen maken over de budgettering van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. De minister stelt dat als een patiënt met een door de huisarts voorgeschreven geneesmiddel naar de ziekenhuisapotheek gaat, dit buiten de poliklinische budgettering valt. En dat is nu exact de methode die in de U-bochtconstructie wordt gevolgd. Daar wordt de patiënt namelijk verwezen naar de huisarts met de vraag om een bepaald geneesmiddel voor te schrijven zodat het buiten het budget valt. Het voorbeeld trof mij omdat deze methode in de praktijk wordt gehanteerd om die budgetten te omzeilen. Er zijn dus nog best wat

Werner

haken en ogen. Ik raad de minister dan ook aan, nog eens serieus met de partners te overleggen alvorens tot inwerkingtreding van deze wet te besluiten.

Ik wijs in dit verband ook op het punt van het omzetverlies op het platteland. Dat betreft immers een serieuze zaak. Het is duidelijk dat ook daar de geneesmiddelenvoorziening voor iedereen bereikbaar moet blijven.

Het punt van de zowel door de heer Oudkerk, als door de minister als door onze fractie onderschreven voorkeur voor regionale samenwerking boven concurrentie, is mij nog niet helemaal duidelijk. Aan de ene kant sprak de heer Oudkerk duidelijk over keuzes en concurrentie creëren en daaruit voordelen putten, terwijl hij aan de andere kant sprak over samenwerken. Ik geef u op een briefje dat in de situatie van Almere en andere plaatsen waar regionaal integraal wordt samengewerkt, vormen voorkomen die de Mededingingsautoriteit nooit goed zou vinden. Er is mijns inziens spanning tussen de voorgestane marktwerking en de woorden die de directeur van dit bureau, de heer Kist, heeft uitgesproken bij Zorgverzekeraars Nederland. Als er al sprake is van keuze voor mensen is de mededingingsautoriteit in het geding en worden er voorwaarden aan de exploitatie gesteld. Ik heb een viertal voorbeelden gegeven van de manier waarop aan politheken vorm kan worden gegeven. Allerlei constructies zijn denkbaar. Dan wordt ook nog gezegd, dat de Prijzenwet en het COTG-systeem zullen worden losgelaten. Dan vind ik de ambivalentie tussen marktwerking en samenwerking nog niet goed opgelost.

Voorzitter! Ten slotte: de minister gaat de spelregels nog bespreken. Mevrouw Ter Veld en ik hadden in de pauze een gedachtewisseling. Mensen die gebruik maken van de ING bank hebben een folder in de bus gekregen om mee te doen aan een speciaal beleggingsfonds voor farmaceutische bedrijven. Kennelijk verwacht men een goede toekomst. Ik heb evenwel nog niet ingeschreven. Ik wacht eerst het antwoord van de minister af.

□

De heer **Van den Berg** (SGP):
Voorzitter! Ik vind dat de collega die

zojuist heeft gesproken zich op glad ijs begeeft. Hij heeft namelijk voorkennis. Daarom adviseer ik hem niet in te tekenen.

Voorzitter! Ik wil de minister en de initiatiefnemer bijzonder bedanken voor de grondige beantwoording. Ik vond het heel fijn dat de heer Oudkerk het onderwerp in een context plaatste. Met name vond ik het positief, dat de intensieve thuiszorg in beeld werd gebracht. Voor die thuiszorg is het voorstel een pre. Deze ontwikkelingen zijn heel goed.

De minister heeft gezegd overleg te zullen voeren over de aspecten van de Mededingingswet. Wij hebben op dit punt vragen, maar wellicht zullen de gesprekken voor opheldering zorgen en wij wachten de uitkomst daarvan dan ook af.

De minister heeft nadrukkelijk gezegd, dat het voorstel goed bij het gevoerde beleid past. Zij heeft iets gezegd over het beleid in de nabije toekomst. Die opmerkingen waren hoogst interessant. Met een beetje ongeduld wachten wij de verdere stappen van de minister af. Voorzover wij dat nu kunnen inschatten zou sprake kunnen zijn van een goede insteek.

Voorzitter! Na de beantwoording denken wij positief over het voorstel en wij zullen dan ook voor het initiatiefwetsontwerp stemmen.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Het zal u niet verbazen dat ik mij vergaand bij de opmerkingen van de heer Werner kan aansluiten. Ik kreeg trouwens de folder van de Postbank, maar misschien heeft dat iets te maken met mijn giroblauwneigingen. Het kan echter nooit toeval zijn geweest, dat een dergelijk fonds start op het moment waarop we deze wet bespreken. Expliciet is gezegd, dat de kostencomponent bij deze wet niet echt van belang is.

Een heleboel problemen die ik zou hebben kunnen bedenken worden niet alleen ook in de praktijk bedacht, maar daar eveneens van een oplossing voorzien. Daarom ben ik na de woorden van zowel de indiener als van de minister volstrekt gerustgesteld: een invoeringsoverleg zouden wij inderdaad vaker moeten hebben. Als er eerst een invoeringsoverleg komt en er dan pas wordt overgegaan tot een grote verbreding van het aantal verkooppunten, zullen

veel problemen zich in de praktijk niet voordoen. Dat stelt mij gerust. Ik ga er daarom van uit, dat er eerst een invoeringsoverleg komt. Ik hoef dan ook geen problemen te bedenken en dat scheelt een stuk.

Voorzitter! Ik ben heel erg verheugd vanwege de positieve visie op de rol van de apotheker. Ik heb altijd al gevonden, dat de opleiding voor dat vak veel te lang en veel te duur is als er alleen maar sprake is van winkeliertje spelen. Ik ben er erg voor dat de apothekers een nieuwe rol in de gezondheidszorg krijgen. Dat betekent, dat zij juist op het platteland van zeer groot belang zijn. Wij zouden ze eerst kunnen wegconcurreren en het doen voorkomen dat zij een bijverschijnsel zijn, maar als daarna blijkt, dat de intensieve thuiszorg deze zorg-hulpverlening niet meer kan krijgen, zou dat jammer zijn. Ik hoop dat dit beleid een beetje gelijk opgaat.

Dat geldt ook voor het elektronisch patiëntenvolgsysteem. Ik denk altijd dat het nergens goed voor is dat de verzekeraars alles weten, want dan weten zij ook of zij moeten uitkeren. Verzekeraars zijn vooral goed in het verzekeren van betonnen palen onder water en niet van meer risico. Maar het is waar dat zij dat nu ook al weten. Toch vraag ik graag aandacht voor de privacy, want het geeft toch een ongemakkelijk gevoel dat men alle rekeningen van je specialist ziet als je een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangaat. Het lijkt mij geen fluitje van een cent, maar wel een heel goede zaak. Ik hoop dat dergelijke dingen een beetje gelijk oplopen. Gesteld dat er na de evaluatie toch wijzigingen zijn, dan hoop ik dat er nog voldoende mogelijkheden zijn om op enigerlei wijze in te grijpen. Anders zijn wij een heleboel dingen kwijt.

Voorzitter! Mijn fractie is na deze beantwoording natuurlijk meer dan van harte geneigd om het wetsvoorstel te steunen.

□

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! Ook ik bedank de heer Oudkerk en de minister voor de beantwoording.

De heer Oudkerk heeft benadrukt dat de reden voor dit wetsvoorstel was dat de verpleeghuizen in de praktijk last hadden van artikel 13; ik vat het heel kort samen. Hij heeft ook gezegd dat hij concurrentie in de

Schoondergang-Horikx

aflevering van medicijnen helemaal niet zo slecht zou vinden. Ik kan mij daar iets bij voorstellen als die concurrentie zich toespitst op de dienstverlening. Dan ben ik daarmee eens. Ik heb aangekaart dat het meten met twee maten is dat wij het heel vanzelfsprekend vinden dat ziekenhuisapotheken grote kortingen bedingen bij de fabrikant en dat wij daar negatief tegenover staan bij dorps- en stadsapotheken. Ik heb daarop geen duidelijk antwoord gekregen.

Dit wetsvoorstel betreft inderdaad een mag-bepaling: je mag kiezen voor een stadsapotheker of een ziekenhuisapotheker. Ook de individuele particuliere patiënt mag kiezen of hij naar de stadsapotheker dan wel de ziekenhuisapotheker gaat. Die mag-bepaling is wel gebaseerd op de kortingen. Die zijn een voorwaarde, want anders heeft het weinig zin om te kiezen. Het wetsvoorstel geeft een opening voor concurrentie in de strijd om de klandizie van de patiënt. De heer Oudkerk kan wel zeggen dat samenwerking tussen alle partners hem een lief ding waard is. Als er echter een concurrentiestrijd ontbrandt om de klandizie van de patiënten, spoort dat niet met elkaar.

De minister heeft toegelicht dat dit wetsvoorstel past in het totale beleid en dat het heel plezierig is om budgettering van poliklinische voorschrijvingen van geneesmiddelen mogelijk te maken, de zogenaamde poliklinische budgettering. Daarvoor is die gescheiden administratie nodig, die er ook komt, van klinisch en poliklinisch voorgescreven medicijnen. Nieuw voor mij is dat dit ook geldt voor de administratie van de extramurale apotheken. Het voordeel daarvan is dat er ook inzicht komt in het voorschrijfgedrag van huisartsen. Net was al aan de orde dat het misschien handig zou zijn om ook de huisartsen te budgetteren, maar de minister heeft voorbeelden aangehaald waaruit blijkt dat dit niet bepaald werkt. Er zullen wel afspraken moeten komen over het voorschrijfgedrag, niet alleen tussen specialisten en huisartsen, maar ook voor huisartsen sec. Ik hoop dat dit ook in de FTTO's zit.

Er zijn zorgen uitgesproken over de apothekers op het platteland, die gevaar zouden lopen om te verdwijnen. De heer Oudkerk heeft gezegd dat hij er niet aan moet

denken dat zij zullen verdwijnen. Hij gelooft er ook niet echt in. Ik vind hem optimistisch in dat opzicht. De minister heeft gezegd dat zij er ook niet zo in gelooft dat zij verdwijnen, maar zij heeft nog iets anders gezegd. Er is door deze ontwikkeling een neerwaartse druk op de klandizie voor de stads- en dorpsapotheker, maar er is ook een opwaartse druk in verband met de toegenomen thuiszorg, die leidt tot een toemend beroep op de apotheker. De toekomst zal uitwijzen of zij daarin gelijk heeft. Het vervelende is echter dat de apotheker in de huidige situatie deze taken heeft. Het zou dus best kunnen dat in de jaren die het nog duurt voordat de apotheker zijn nieuwe taken heeft, de apothekers op het platteland weggeconcentreerd worden. Wat denkt de minister te doen om dat te voorkomen?

Voorzitter! Ik ben tevreden over de toezegging dat er een invoeringsoverleg komt met de partners in de zorg. Ik wil echter nog wel heel duidelijk horen – hiermee sluit ik mij aan bij anderen die hier al over gesproken hebben – dat pas als een en ander tot tevredenheid is geregeld, tot invoering van de wet wordt overgegaan. Ik voeg daar nog de vraag aan toe of de Eerste Kamer daar alsdan nog haar tevredenheid over kan uitspreken.

□

De heer **Oudkerk**: Voorzitter! Ik dank de woordvoerders voor hun inbreng in tweede termijn. Ik kom meteen op de woorden van de heer Werner. Wat hij zei, trof mij namelijk in positieve zin. Hij zei dat 90% van wat ik gezegd heb, niets met het initiatiefvoorstel te maken heeft. Je kunt dit natuurlijk op twee manieren opvatten, maar ik vat het op de volgende manier op. Ik besef heel goed dat, als je een of twee woordjes wijzigt in een wet, dit een veelheid aan effecten kan hebben, soms zelfs op terreinen waarop je dat niet verwacht. Tijdens de voorbereiding heb ik dit heel duidelijk gemerkt. Die zaken behoren er evenwel allemaal bij betrokken te worden, omdat één woordje een hele wereld van verschil kan uitmaken. Daar zijn voorbeelden te over van, maar die zal ik niet allemaal noemen. Om die reden hechte ik er echter waarde aan om zeker tijdens de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel hier over die 90% te spreken. Als je alleen maar een paar

woorden wijzigt, heb je namelijk nog niet bereikt dat verpleeghuizen, ziekenhuizen en openbare ziekenhuisapothekers het zo mogen doen, zoals het in ieder geval mij het meest doelmatig en efficiënt lijkt. Ik heb, wat dat betreft, dus van de nood een deugd gemaakt. Ik heb zelf de overtuiging dat er door die 90% eromheen op dit moment voldoende flankerend beleid is om van deze op zichzelf inderdaad heel kleine wetswijziging succes te mogen verwachten.

Ik kom op de concurrentie om het zo maar te zeggen. Opgemerkt is dat keuzes maken, concurrentie, samenwerking en marktwerking soms niet met elkaar in evenwicht zijn. De minister heeft hier gezegd dat zij gisteren op werkbezoek in Almere is geweest en dat iedereen daar met elkaar samenwerkt. Dat zal mij overigens een zorg zijn. Daarna zei de minister echter dat daar geen wachlijsten zijn. Nou denk ik dat je in de gezondheidszorg altijd moet bekijken wat uiteindelijk het beste effect heeft voor de patiënt. Ik kan niet over de situatie in Almere oordelen. Als het echter zo is dat daar door samenwerking een betere situatie is ontstaan voor de patiënt die hulp zoekt bij de huisarts, de apotheek of het ziekenhuis, dan zou ik zeggen: op naar meer samenwerking. Ik wil hier eigenlijk wel een duidelijke uitspraak over doen. Als de Nederlandse mededingingsautoriteit – ik heb in de Tweede Kamer al begrepen dat de minister hier met de heer Kist over gaat praten – zegt dat dit niet van de wet mag, dan denk ik dat je niet alleen onmiddellijk een ontheffing moet aanvragen, als je tot dat samenwerkingsverband in Almere behoort, maar dat je die ook gehonoreerd moet krijgen. Het zou namelijk van de zotte zijn dat, als je in een regio uiteindelijk iets geregeld hebt waardoor de meeste problemen voor patiënten zijn opgelost, er een mededingingsautoriteit zou zijn die zegt: het spijt mij, maar de wet zegt dat dit niet mag; u moet dus maar met elkaar gaan concurreren. Als wij zo ver komen met onze gezondheidszorg – ik weet nog veel meer voorbeelden, maar dan ga ik ver over de 90% van de heer Werner heen – dan zijn wij volstrekt op de verkeerde weg. En wat mij betreft, is die weg ook onacceptabel.

Over die ING-folder waar de heer Werner het over had, kan ik niets

Oudkerk

zeggen. Ik heb die namelijk niet in de bus gehad. ING en Postbank werken volgens mij trouwens samen.

De heer Van den Berg heeft geen punten meer naar voren gebracht, waarop ik nog zou moeten ingaan. Hetzelfde geldt voor mevrouw Ter Veld. Zij heeft nog een vraag over het platteland aan de minister gesteld.

Mevrouw Schoondergang ben ik nog een verklaring schuldig over de hoge bedingen van ziekenhuis-apothekers bij kortingen. Dat vinden wij allemaal prima, maar de openbare apothekers zouden dat niet mogen. Ik heb daar een duidelijke reden voor. Ziekenhuisapothekers – zo is het systeem nu eenmaal – kunnen met het geld wat zij verdienen als zij een korting van 80% bedingen op een bepaald middel weer zorg kopen, want dat geld vloeit regelrecht terug naar het ziekenhuis. In goed Hollands: er kan dan weer iemand worden geholpen aan een bed of in de polikliniek. Dat geldt niet voor de openbare apothekers. Het geld dat de openbare apothekers overhouden als zij een korting bedingen, komt niet ten goede aan de patiënt, maar aan de openbare apotheken. Dat was ook altijd mijn bezwaar daartegen. Ik gun iedereen alles, maar kijkend naar het betaalde premiegeld door de burgers lijkt mij dit geen ideale situatie.

Dan de concurrentiestrijd en de afspraken op regioniveau. Ik denk niet dat de plattelandspotheker wordt weggeconcurrereerd door de grote politheken van samenwerkende ziekenhuizen. De heer Werner heeft daar een aantal voorbeelden van genoemd. Mevrouw Schoondergang zegt dat de plattelandspotheker straks meer adviezen gaat geven en dat hij zich meer met de thuiszorg bemoeien, zodat hij een heel andere functie krijgt. Naar mijn stellige overtuiging is dat nu al gaande, gezien ook de andere ontwikkelingen in de geneesmiddelenvoorziening. De zorg extramuraliseert bijna volledig. Vroeger gebeurde alles in het ziekenhuis, maar als je nu aan een blindedarm wordt geopereerd, dan ben je een dag later al thuis. Dat geldt ook voor veel grotere operaties. Vervolgens wordt er gewerkt met genees- en hulpmiddelen, soms ook met infusen. De plattelandspotheker krijgt dus heel snel een andere taak. Kijkend naar het beleid dat de minister zojuist heeft aangegeven – eerst zouden de

apotheekhoudende huisartsen en de plattelandspothekers uit Nederland moeten worden verbannen, maar zij is van die zienswijze teruggekomen en daardoor is het beleid veranderd – ben ik van mening dat zij niet zullen worden weggeconcurrereerd. Sterker nog, misschien hebben ze een nog wel betere concurrentiepositie ten opzichte van de grote politheken, want die zie ik nog niet in busjes rondrijden om overal bij patiënten op het platteland van alles te doen.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Dat zie ik de apotheken ook nog niet doen, in ieder geval niet de huidige apotheken. Hoe wordt de relatie met wat vroeger het witgele en het groene kruis was? Het heeft nog allerlei andere namen gehad. Van die kant verzorgt men al die hulpmiddelen. Die komen niet bij de apotheek vandaan. Als er een andere structuur moet komen in de gezondheidszorg, dan moet dat ook worden meegenomen.

De heer **Oudkerk**: Voorzitter! Als ik mij verkeerd heb uitgedrukt, dan excuseer ik mij daarvoor, maar ik heb het met name over de chronische medicatie die een patiënt gebruikt. Er komen steeds meer hoogwaardige middelen. Die kunnen ziekenhuisopnames soms vervangen. Mensen boven de 75 jaar krijgen vaak een veelheid aan specialistische zorg. Ze gebruiken een veelheid aan medicijnen. De apotheker is als geen ander in staat om zowel adviezen te geven over wat wel en wat niet kan en op welk moment als te zorgen voor begeleiding van bepaalde zaken. De apotheker heeft een zeer gedegen en langdurige opleiding gehad. Mijns inziens kan hij of zij die gebruiken op een manier die geen enkele andere zorgverlener in Nederland kan. Daarmee dient men zijn concurrentiepositie ten opzichte van andere zorgverleners.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! De heer Werner heeft nog zorgen geuit, maar je moet toch een keer een stap durven zetten. In de gezondheidszorg hangt alles met alles samen. Niet alles kan op alles wachten. Dat neemt niet weg dat zijn zorg niet van realiteitszin is ontbloeit. Ik herhaal mijn toezegging dat ik invoeringsoverleg zal voeren. Ik zal het

wetsvoorstel niet invoeren – het gaat om een KB – voordat ik dat echt verantwoord acht. Dan moet er sprake zijn van dezelfde opvattingen en dezelfde interpretaties van wat er moet gebeuren.

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Ik heb in tweede termijn nog niet bekendgemaakt hoe wij staan tegenover dit wetsvoorstel. Met deze nadrukkelijke toezegging zullen wij ook als CDA dit voorstel van wet van de heer Oudkerk steunen.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Dat geldt ook voor GroenLinks.

Minister **Borst-Eilers**: Hartelijk dank, ook namens de heer Oudkerk. Ik zou er als minister verantwoordelijk voor de kostenbeheersing bij de geneesmiddelen helemaal geen belang bij hebben als ik tot invoering zou overgaan als ik wist dat het niet verantwoord was. Als er U-bocht- en afwentelingsbewegingen gaan ontstaan, heb je het nakijken op het punt van de kostenbeheersing. De mogelijkheid is geopperd dat de specialist zal gaan afwentelen op de huisarts, waardoor iemand met een huisartsenrecept naar de politheek zal moeten. Het budgetteren is gekoppeld aan de voorschrijvers en niet aan de afleveraars. Als de zorgverzekeraar in de administratie ziet dat er door een huisarts is voorgeschreven, legt hij de afrekening daar. Is dit door de specialist gedaan, dan legt hij de afrekening bij de specialist. Ik heb net uitgelegd dat de huisartsen hier geen belang hebben, omdat hun praktijkassistenten op de tocht komen te staan als zij de 300 mln. niet halen. Het is een aan alle kanten afgegrendelde constructie. Het is goed dat alle spelers rond de tafel dat beseffen.

Ik zeg graag toe dat ik zal blijven zorgen voor een goede spreiding van apotheken. Ik zeg in de richting van mevrouw Schoondergang dat het risico dat er dramatische dingen gaan gebeuren niet reëel is. Dit kan niet op korte termijn. In de eerste plaats is er de 60/40-verhouding en in de tweede plaats zullen komend jaar de FTTO's van start gaan. Het wordt dan regel dat de apothekers die daar een rol vervullen, hier ook een deel van hun inkomsten van krijgen. Dat heeft weer consequen-

Borst-Eilers

ties voor de rest, maar we zijn met de KNMP bezig om een nieuwe honoreringsstructuur op te bouwen, bestaande uit de nieuwe taken. Dat zal betrekkelijk snel gaan. Voor die tijd zullen zich al die risico's niet kunnen voordoen, omdat er door de 60/40-afspraken een zeer forse vertraging is.

Ik ga nog even terug naar de inbreng van de heer Werner. Ik ben het met de heer Oudkerk eens. Als de situatie, zoals er in Almere en gelukkig ook op enkele andere plaatsen in het land gewerkt wordt, niet goedgekeurd wordt, moet er ontheffing plaatsvinden of moet er een aanwijzing komen in de richting van de NMA door de minister van Economische Zaken over de wijze waarop om te gaan met de gezondheidszorg. Het lijkt me niet goed om meteen met dit soort vervelende maatregelen aan de slag te gaan. Ik denk dat het gesprek tussen mij en de heer Kist – die in zijn hart bij de gezondheidszorg goede kwaliteit natuurlijk van belang acht – veel kou uit de lucht kan nemen.

Ik ben Postbankcliënt en ik heb die aanbieding ook gekregen. Ik denk dat de farmaceutische industrie een goede toekomst tegemoetgaat. De nieuwe ontwikkeling op het gebied van de geneesmiddelen, denk aan gerichte nieuwe geneesmiddelen voor de kankerbehandeling, maakt dat het geen slechte belegging zou zijn. Maar we blijven er wel voor strijden dat de prijzen van de geneesmiddelen in Nederland omlaaggaan, waarbij ik het dan vooral over de wat oudere geneesmiddelen heb.

Ik wil graag tegen mevrouw Ter Veld zeggen dat de aandacht voor de privacy blijft. Er moeten na evaluatie wijzigingen mogelijk zijn. Sommigen van u zeiden dat het wetje bestaat uit een zinnetje veranderen. Het is mij niet helemaal helder wat er dan gewijzigd moet worden. Ik doe echter graag de toezegging van een evaluatie. Het is een algemene regel dat je, als iets anders uitpakt dan gedacht, daarop terug moet durven komen.

Mevrouw Schoondergang heeft gevraagd of er afspraken komen voor het voorschrijfgedrag van huisartsen. De huisartsen werken aan het invoeren van een elektronisch voorschrijfsysteem, gebaseerd op richtlijnen die zij ontwikkeld hebben voor het voorschrijven van genees-

middelen door huisartsen. Los van hun overleg met de specialisten is er een arsenaal aan geneesmiddelen dat vooral door de huisdokter wordt voorgeschreven. De afspraken daarover zijn voor het grootste deel al gemaakt.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! Wordt, voordat het wetsvoorstel wordt ingevoerd en na het overleg met alle partners, de Eerste Kamer nog ingeschakeld?

Minister **Borst-Eilers**: Ik heb de Kamer reeds toegezegd, verslag te doen van het overleg.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

Sluiting 16.21 uur

Besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

De voorzitter heeft na overleg met het College van senioren besloten om:

a. de plenaire behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op:
30 november 1999

Wijziging van de Wet personenvervoer voor het taxivervoer (deregulering taxivervoer) (25910);

Uitvoering van de Richtlijn 96/71/EG van het Europees Parlement en van de Raad van de Europese Unie van 16 december 1996 betreffende de terbeschikkingstelling van werknemers met het oog op het verrichten van diensten (PbEG 1997, L 18) (Wet arbeidsvoorwaarden grensoverschrijdende arbeid) (26524);

Wijziging van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (XI) voor het jaar 1998 (slotwet) (26613);

Wet tot herstel van de Wet van 1 juli 1999 houdende wijziging van de Wet op de Ruimtelijke Ordening (Stb. 302) (26844);
13/14 december 1999:

Wijziging van de Wet op de omzetbelasting 1968 (verfijning definitie telecommunicatiediensten) (26839);

Wijziging van enkele belastingwetten (technische aanpassingen) (26852);

b. het voorbereidend onderzoek van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden door de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid op:
23 november 1999

Wijziging van de Werkloosheidswet in verband met wijziging van de instroom in de wachtgeldfondsen alsmede enkele andere wijzigingen in de Werkloosheidswet (26726);
30 november 1999

Wijziging van de Pensioen- en spaarfondsenwet en enkele andere wetten onder meer met het oog op verbetering van het toezicht op de uitvoering van aanvullende pensioenregelingen, invoering van een verbod op uitstelfinanciering van pensioenaanspraken en verduidelijking van de regels inzake waardeoverdracht van pensioen en aanspraken op pensioen (wijziging PSW in verband met toezicht, verbod op uitstelfinanciering en waardeoverdracht) (26415).

Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:

1. de volgende door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen wetsvoorstellen:

Verandering in de Grondwet van de bepalingen inzake de verdediging (26243, R1622);

Wijziging van de Politiewet 1993 en de Wet politieregisters in verband met de overdracht van het beheer van het Korps landelijke politiediensten aan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (26461);

Wijziging van de regulerende energiebelasting en de inkomstenbelasting met het oog op het bevorderen van energiezuinig en milieuvriendelijk gedrag (26532);

Verlenging van de werking van krachtens de In- en Uitvoerwet ten aanzien van de invoer en de uitvoer van goederen gestelde regels (26644);

Wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek in verband met de mogelijkheid een registratiedatum te bepalen voor de uitoefening van stem- en vergaderrechten in de naamloze vennootschap (26668);

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van