

Voorzitter

De heer **Hessing** (VVD): Ik steun het voorstel graag, waarbij ik aanneem dat de regering ook nadrukkelijk zal ingaan op de consequenties van de ontwikkelingen in Rusland voor Nederland.

Mevrouw **Vos** (GroenLinks): Ik steun het voorstel van harte.

De **voorzitter**: Ik stel voor, het stenogram van dit deel van de vergadering door te geleiden naar het kabinet, met de aantekening dat naast het gewenste tempo van de beantwoording ook wordt verzocht om de vraagstelling zoals die in de schriftelijke vragen van de CDA-fractie naar voren is gekomen, bij die beantwoording te betrekken.

Daartoe wordt besloten.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het voorstel van rijkswet Goedkeuring van de op 18 december 1996 te Brussel tot stand gekomen Verdragen tussen het Koninkrijk der Nederlanden en het Koninkrijk België inzake de afbakening van de territoriale zee en inzake de afbakening van het continentaal plat (Trb. 1997, 14 en 15) (25684, R1600);**
- **het voorstel van rijkswet Wijziging van de Rijkswet geweldgebruik krijgsmacht in de uitoefening van de bewakings- en beveiligingstaak (25813, R1604).**

Deze voorstellen van rijkswet worden zonder beraadslaging en, na goedkeuring van de onderdelen, zonder stemming aangenomen.

Aan de orde is de behandeling van:

- **het voorstel van wet van het lid Oudkerk houdende wijziging van artikel 13 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (25408).**

De **voorzitter**: Ik geef de heer Oudkerk graag de gelegenheid om plaats te nemen in het daarvoor bestemde vak in deze zaal. Ik heb begrepen dat hij zal worden bijgestaan door mevrouw Köbben, die ik graag uitnodig om naast de heer Oudkerk en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in dit vak plaats te nemen.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**: Het woord is allereerst aan mevrouw Hermann. Zij zal met deze inbreng haar maiden-speech in deze Kamer houden.

□

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Mijnheer de voorzitter! Ik zal graag iets zeggen naar aanleiding van het voorstel van collega Oudkerk tot wijziging van artikel 13 Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Het gebruik en de kosten van geneesmiddelen zullen ons het komende jaar nog vaak bezighouden. Bewust noem ik eerst gebruik en daarna kosten. De geneesmiddelen waar wij hier over praten worden op doktersrecept gebruikt en ik wil daarbij graag drie politieke uitgangspunten formuleren.

1. Op het persoonlijke vlak: "an apple a day keeps the doctor away". Een gezonde levensstijl betekent dat mensen minder vaak met klachten naar de dokter behoeven te gaan.

2. Op het vlak van de individuele behandelaar: een verstandig voorschrijfgedrag van de dokter is de eerste stap naar kostenbesparing in de geneesmiddelensector.

3. Op het structurele vlak: gezondheidszorg dient naar de mening van mijn fractie een non-profitsector te zijn, waar bedrijfsmatig werken wordt gewaardeerd, maar waar positieve bedrijfsresultaten besteed kunnen worden aan verbetering van het proces.

Mijn fractie wil graag haar waardering uitspreken aan de initiatiefnemer voor dit voorstel dat een eerste poging doet om een reeds uit 1994 daterende aanbeveling van de interdepartementale werkgroep geneesmiddelenvoorziening te incorporeren in de bestaande wet. Wel stelt zij daarbij de vraag wanneer en hoe de minister uitvoering gaat geven aan de in het regeerakkoord aangekondigde implementatie van beleid op het terrein van de geneesmiddelen. In hoeverre gaat het daarbij vooral om op het budget gerichte maatregelen, of is de minister voornemens ook maatregelen op het gebied van de kwaliteit van zorg voor te stellen? Zoals het voorstel nu, na de tweede nota van wijziging, luidt, bevestigt het het gegeven dat de ziekenhuizen met een bepaald aantal bedden een

eigen ziekenhuisapothek hebben, waarvan de apotheker in dienst is bij het bestuur van het ziekenhuis.

Daarnaast bevat het voorstel drie elementen. De ziekenhuisapothek mag ook geneesmiddelen afleveren aan mensen die niet of niet meer in het ziekenhuis zijn opgenomen. Kleinere ziekenhuizen en andere intramurale AWBZ-inrichtingen hebben de keuze tussen een eigen ziekenhuisapothek, een overeenkomst met een andere ziekenhuisapothek of een overeenkomst met een openbare apothek. Samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen en andere intramurale instellingen die gezamenlijk een eigen apothek willen hebben, kunnen daar van de minister toestemming voor krijgen. De motivatie voor de voorstellen is dat de nu van kracht zijnde regelgeving doelmatigheid in de weg staat en dat verhoging van efficiëntie en besparing nu mogelijk zouden worden. Die redenering wordt ondersteund door het advies van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg uit 1997 en de stellingname van Zorgverzekeraars Nederland. Ook de Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der farmacie kan zich met enige kanttekeningen in het voorstel vinden. Overigens stelt het COTG, dat vooral bij de aflevering aan instellingen kwalitatieve en kostentechnische voordelen te verwachten zijn. Of een extramurale levering aan individuele patiënten ook besparingen oplevert, is zeer de vraag omdat daar vooral een verplaatsing van de aflevering optreedt. Het toezicht op de zogenaamde U-bochtconstructie vraagt volgens het COTG een wat eigen benadering. Daarop wil ik vanmiddag niet ingaan.

Mijn fractie wil vooropstellen dat de kwaliteit van zorg voor haar het belangrijkste criterium is. Voor de instellingen neem ik dan ook graag de aanbevelingen van de inspectie voor gezondheidszorg in het rapport Geneesmiddelen distributie in verpleegtehuizen uit december 1997 over. Essentieel daarin is de invulling van de functie toezichthoudend apotheker. Het instellingsbestuur is daarvoor verantwoordelijk. Sleutelwoorden zijn geneesmiddelen distributiesysteem, geneesmiddelencommissie, gebruik van het formularium, documentatie en registratie. Is de initiatiefnemer het met ons eens, dat het voldoen aan

Hermann

kwaliteitseisen het kernpunt is en dat het eigenlijk van ondergeschikt belang is of een ziekenhuis dan wel een openbare apotheker de contractpartner van de instelling is? Deelt hij mijn mening dat tegemoet moet worden gekomen aan het verzoek van de KNMP om te bewerkstelligen dat artikel 446, lid 4, van Boek 7 BW, de uitzondering die de WGBO maakt voor de gevestigde apotheken, dan ook zou moeten worden ingetrokken? Daarvoor is overigens geen plaats binnen dit wetsvoorstel.

De helft van de verpleegtehuizen maakt reeds gebruik van een ziekenhuisapothek of heeft een samenwerkingsverband waarin men gezamenlijk gebruik maakt van de apotheek. De KNMP heeft erop gewezen dat voor het laatste geval op het punt van de bereiding van geneesmiddelen nog aanvullende regelgeving nodig is omdat anders strijdigheid met artikel 3, lid 6, WOG zou kunnen ontstaan, wanneer in de ene apotheek bereide geneesmiddelen aan de andere geleverd worden. Graag hoor ik hierover de mening van de initiatiefnemer.

Wat de aflevering aan individuele patiënten betreft zie ik voordelen en bezwaren. Voordelen zijn de mogelijkheden een klinische behandeling naadloos ambulante voort te zetten en poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen direct mee te kunnen nemen. Er zijn ook bezwaren waarop ik graag de reactie van de initiatiefnemer hoor.

Medicatiebewaking en persoonlijk advies en begeleiding zijn voor mij centrale taken van de apotheker naar de patiënt. Wil een ziekenhuis-apotheek, bijvoorbeeld via een transferbalie deze rollen kunnen vervullen in samenspraak met de eigen apotheek, dan zijn entree naar een centrale database en een goede afstemming van de wederzijdse werkwijze noodzakelijk. Hoe realiseren wij dat deze collegiale samenwerking niet leidt onder een eventuele concurrentie? Hoe denkt de initiatiefnemer in dit verband over apotheekhoudende huisartsen?

Wij hebben waardering voor het initiatief. Wij zien zeker mogelijkheden voor verbetering van de bestaande situatie. Wij hebben toch nog wat vragen. De uiteindelijke stellingname behoud ik voor tot de tweede termijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann,

van harte wens ik u geluk met uw maidenspeech. U zei zojuist: "an apple a day keeps the doctor away". Ik stel de leden niettemin voor, dit advies niet op te volgen. Immers, dat zou betekenen dat wij u en drie of vier andere collega's niet meer zouden zien en dat zouden wij betreuren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Voorzitter: Van Nieuwenhoven

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Bujs. Ook hij houdt zijn maidenspeech.

□

De heer **Bujs** (CDA): Mevrouw de voorzitter! Alhoewel ik vandaag mijn maidenspeech houd, zou ik willen afzien van het gewoonterecht niet geïnterrupteerd te kunnen worden, zeker niet daar waar het dit debat kan verhelderen of verlevendigen. De bijdrage van het CDA aan de beraadslagingen over de wijziging van artikel 13 Wet op de geneesmiddelenvoorziening zal bestaan uit drie delen. Allereerst zal worden ingegaan op de motivering van dit wetsvoorstel. Ten tweede gaat het om de plaats van dit wetsvoorstel binnen het totale kader van de geneesmiddelenvoorziening. Ten derde zullen enkele specifieke onderwerpen aan de orde komen. Maar dit alles niet nadat ik collega Oudkerk heb gecompimenteerd voor zijn inspanningen om met dit initiatiefwetsvoorstel te komen, waarvoor een rechterlijke uitspraak in het geval van verpleeghuis De Flecke in Joure de directe aanleiding was.

Voorzitter! Toen ik iets meer dan 26 jaar geleden de huisartsenpraktijk van mijn voorganger overnam, kreeg ik twee dingen cadeau, te weten een bloeddrukmeter en een pen. Met het eerste zou ik volgens hem veel geld verdienen en met het tweede, de pen, het meeste geld uitgeven. Met dit laatste, voorzitter, wordt vanzelfsprekend niet mijn eigen bankrekening bedoeld, maar verzekeringsgeld. Ik moest hier dan ook aan denken bij de voorbereiding van mijn bijdrage inzake het onderhavige wetsvoorstel.

Er worden drie argumenten genoemd op basis waarvan de wijziging van artikel 13 zou moeten

plaatsvinden. Het eerste is het opheffen van het primaat van de vrijgevestigde apotheken, waardoor mogelijkerwijze – ik zeg met nadruk: mogelijkerwijze – een kostenreductie in de geneesmiddelenvoorziening zou plaatsvinden. Het tweede is een verbetering van de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening in intramurale instellingen. Met name zijn genoemd verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en instellingen voor zwakzinnigen. Het derde argument voor de wijziging is dat invoering van de wijziging van artikel 13 zoals die nu voorligt sneller zou gaan dan een algehele wijziging van de WOG.

Wat dit laatste, de snelheid, betreft is overigens een pikant detail dat de PvdA in mei 1996, dus nu meer dan twee jaar geleden, al voorstelde dit artikel 13 te wijzigen. Nu staan wij dan hier. Na indiening van het voorstel in juni 1997 is er een aantal tekstwijzigingen geweest. De laatste wijziging mochten wij onlangs, op 26 augustus, ontvangen. Ik zeg dit met nadruk niet om de PvdA te kapitelen, want ook de fractie van het CDA erkent dat dit in technisch opzicht niet zo'n gemakkelijke klus was. Eens te meer blijkt dat bij dit soort voorstellen tot wetswijziging naast de technisch moeilijke aspecten ook moet worden geconstateerd dat in de gezondheidszorg in het algemeen en in de geneesmiddelenvoorziening in het bijzonder alles met alles samenhangt.

Dat brengt mij tot een korte beschouwing over de kostenbeheersing in de geneesmiddelenvoorziening in algemene zin. Naar mijn mening zou het namelijk niet juist zijn om dit wetsvoorstel compleet geïsoleerd te zien van de door de regering voorgestelde ingrijpende wijzigingen in de geneesmiddelenvoorziening zoals verwoord in het regeerakkoord. De regering noemt in het regeerakkoord de snelle stijging van de uitgaven voor de geneesmiddelen "een bijzonder punt van zorg". Zij verwacht "dat in de komende periode bij ongewijzigd beleid de overschrijdingen van de kosten in de geneesmiddelensector zullen oplopen tot 1,7 mld.". Overigens zou dit nog wel eens een grotere tegenvaller kunnen zijn, afhankelijk van recente tegenvallers en eventueel nog nieuw toe te laten geneesmiddelen. De minister-president heeft ons toegezegd

Buijs

nadere informatie te zullen verstrekken. Het CDA zal dan ook ten tijde van de begrotingsbehandeling aan de hand van de dan verstrekte informatie hierop terugkomen.

Voorzitter! Ik wil vooropstellen dat het CDA zich eveneens zorgen maakt over de kostenontwikkeling, vooral in relatie tot het in een breder kader beschikbaar gestelde volume van middelen, namelijk 2% oftewel ongeveer 2,2 mld. Als we daar dan tegen afzetten dat in het eerste halfjaar van 1998 de kosten van de geneesmiddelen met bijna 14% zijn gestegen – ik citeer de stichting Farmaceutische kerngetallen – op een totaalbedrag van 6 mld., dan kan iedereen zien dat hier een wezenlijk probleem ligt. Maar tegelijkertijd moet ik zeggen dat die toename van de kosten voor geneesmiddelen niet nieuw is. Die toename was ook een grote zorg voor het vorige kabinet. Met maatregelen op het gebied van prijzen en distributie kon met succes een besparing op de groei van 2,2 mld. worden gerealiseerd. Ik doel hier op het geneesmiddelenvergoedingsstelsel en de Wet op de geneesmiddelenprijzen. Maar de autonome groei van circa 10% – dit is een schatting – wordt en kan daarmee niet teniet worden gedaan. Dat kan ook niet met de maatregelen van Koopmans, zoals die zijn voorgesteld in het regeerakkoord, omdat de autonome groei van de kosten geneesmiddelenvoorziening ook te maken heeft met de groei van de bevolking, de vergrijzing, de etnografische ontwikkelingen, de emancipatie en, niet te vergeten, met het op de markt komen van nieuwe en vaak duurder geneesmiddelen en verder ook met het verschijnen substitutie. Met dit laatste doel ik op de kortere duur van opnames binnen ziekenhuizen, waardoor het extramurale gebruik van geneesmiddelen eerder en langduriger zal zijn. Het rapport van het Instituut onderzoek overheidsuitgaven heeft daar recentelijk nog op gewezen. Dit laat overigens onverlet dat de maatregelen van Koopmans de moeite waard zijn om nader te bestuderen en dan met name de maatregelen die beogen het voorschrijfgedrag van artsen te beïnvloeden.

Zoals ik al zei: de bron van de kostentoeename is de pen van de arts. Tegelijkertijd moeten wij evenwel constateren dat het voorschrijfgedrag van artsen in dit land ten opzichte

van dat in ons omringende landen zeer prudent is, maar het kan nog beter, zoals ik al heb gezegd.

Dit gezegd hebbende zullen wij er naar de mening van het CDA niet aan ontkomen principiële keuzes te maken. Accepteren wij een wat hogere kostengroei van de geneesmiddelenvoorziening of moeten wij keuzes maken op het gebied van het basis-geneesmiddelenpakket en/of een eventuele aanvullende verzekering? Op deze plaats doe ik hierover nog geen uitspraak, maar ik ben er benieuwd naar of de minister de wezenlijke discussie over keuzes in de zorg met de Kamer wil aangaan.

Zoals ik al heb gezegd, heeft de commissie-Koopmans min of meer in het verlengde van de werkgroep kosten geneesmiddelen een aantal voorstellen gedaan inzake kostenbeheersing, die ertoe kunnen leiden dat de Wet op de geneesmiddelenvoorziening en andere wetten op het gebied van tarieven en distributie drastisch gewijzigd moeten worden. Het wetsvoorstel waarover wij vandaag praten, levert hieraan mogelijk een kleine bijdrage; ik zeg het heel voorzichtig. In dit kader stel ik wederom de vraag aan de indiener, eerder in de nota naar aanleiding van het verslag door het CDA gesteld, of het verstandig is nu met een klein onderdeel te komen terwijl er een ingrijpende wijziging van de WOG wordt voorgesteld. Dit onderdeel interfereert bovendien sterk met het totaalpakket. De commissie-Koopmans stelt bijvoorbeeld een totale scheiding van inkoop en zorg voor. Zijn wij op dit moment bezig met details en ontwijken wij de principieel te nemen keuze?

Ik heb uit het verslag begrepen dat onze minister in de afgelopen periode meer voelde voor een integrale wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, overigens zonder zich expliciet tegen dit voorstel te keren. Ik ben er wel benieuwd naar of de minister in het licht van de maatregelen vermeld in het regeerakkoord, het onderhavige voorstel nog steeds steunt. Het CDA is van mening dat het de voorkeur verdient de maatregelen die voor de geneesmiddelenvoorziening genomen moeten worden, in breder perspectief te plaatsen, te weten in het licht van een totaalpakket aan maatregelen, en hierover een discussie met de Kamer te voeren.

Deze voorkeur uitgesproken hebbend, kom ik bij een ander niet onbelangrijk punt, een reden om deze wijziging voor te stellen. Dit is de genoemde verbetering van de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening in verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en instellingen voor zwakzinnigenzorg bij eventuele dienstverlening door ziekenhuisapotheken. Dit argument onderschrijft het CDA voor de in artikel 13, lid 3, genoemde instellingen. Mevrouw Hermann wees er al op dat dit overigens op veel plaatsen al feitelijk de praktijk is. In ongeveer 50% van de gevallen is de situatie al zoals ik net beschreef. Het CDA is met de indiener van deze wetswijziging van mening dat de zorg in een verpleeghuis zo intensief en specialistisch geworden is, dat zij als tweedelijfszorg kan worden beschouwd, met als bijkomend argument dat de genoemde instellingen veelal gebruik maken van specialistische consultatie uit een ziekenhuis, op grond waarvan betere afstemming en medicatiebewaking mogelijk zijn in het verkeer tussen specialist en ziekenhuis-apotheker. Dit kwaliteitsaspect dient afgezet te worden tegen het argument van een mogelijke kostenbesparing en partiële wijziging van de WOG, vooruitlopend op de totale wijziging. Het CDA is wel van mening dat dit kwaliteitsaspect vooralsnog zwaar gewogen mag worden.

Dit voorstel gaat echter veel verder. Niet alleen patiënten in genoemde instellingen zullen door de ziekenhuisapothek van geneesmiddelen kunnen worden voorzien. Ook iedere andere patiënt met een recept kan bij het ziekenhuis terecht. Dit stuit heel duidelijk op bezwaren bij onze fractie. Allereerst kan dit een gevaar voor de gezondheid van de patiënt meebrengen. Ik doel hiermee op een goede medicatiebewaking. Mevrouw Hermann zei al dat dit ook voor haar een bezwaar was. Ik onderstreep dit, want het elektro-nisch verkeer tussen de intramurale en de extramurale sector maakt op dit moment afstemming tussen huisarts en specialist of ziekenhuis-apothek niet goed mogelijk. De kans dat door specialist en huisarts medicijnen worden voorgeschreven welke elkaar niet verdragen, met alle risico's van dien, is daarmee toch sterk toegenomen.



Mevrouw Van Blerck-Woerdman (VVD)

Een ander mogelijk bezwaar in dat opzicht, voorzitter, is dat de geneesmiddelenvoorziening op het platteland in gevaar komt. Apotheekhoudende huisartsen verstrekken vooral in die gebieden medicijnen waar het voor apothekers niet rendabel is. Een omzetzaling zou kunnen betekenen dat deze categorie de lier aan de wilgen hangt. Al met al, alles overziende, betekent dit dat zonder goede medicatiebewaking een brede functie van ziekenhuis-apotheken voor de totale populatie voor het CDA niet acceptabel is.

Ik heb nog een aantal meer specifieke vragen over dit wetsvoorstel, voorzitter, om ook wat meer inzicht te krijgen in de gewenste doelstelling.

1. Het voorstel artikel 19 te laten vervallen, is blijkens dit wetsvoorstel ingetrokken. Betekent dit dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst ook gewijzigd moet worden?

2. Is onderzocht of concurrentie tussen een vrijgevestigde apotheker of apotheekhoudend huisarts en een ziekenhuisapotheker (die in loondienst is) niet in strijd is met een concurrentie- of mededingingswet of andere wetgeving terzake?

3. Is de indiener van dit wetsvoorstel het met mij eens dat vooraleer een eventuele invoering van dit wetsvoorstel geëffectueerd wordt, het noodzakelijk is dat er zo snel

mogelijk een elektronische communicatie tussen ziekenhuis en huisarts komt om een goede medicatiebewaking te kunnen garanderen?

Voorzitter! Via u heb ik ook een vraag aan minister Borst. Het regeerakkoord maakt melding van extra middelen voor het bevorderen van de elektronische communicatie in de zorgsector. Is het zo dat de minister hiermee ook bedoelt de elektronische communicatie huisartsen-specialisten in het kader van medicatiebewaking? Indien dit het geval is, wanneer denkt de minister met een voorstel te komen?

Voorzitter! Samenvattend: het CDA is met de indiener van dit voorstel van mening dat de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening in intramurale instellingen mogelijk zal kunnen verbeteren, maar plaatst kanttekeningen bij het tijdstip waarop, in relatie tot de geplande verderstrekkende wijziging van de WOG, en heeft bezwaren op het punt van de medicatiebewaking. Daarnaast heeft het CDA bezwaren op het punt van de distributie op het platteland.

Om toch het goede aspect van kwaliteitsverbetering van de geneesmiddelenvoorziening in de in dit wetsvoorstel genoemde instellingen, intramuraal, te kunnen verbeteren, heeft het CDA een amendement op dit voorstel voorbereid – als het goed is, is het in

uw bezit – waardoor de strekking van dit wetsvoorstel zich beperkt tot deze genoemde instellingen. Acceptatie van dit amendement zal ertoe leiden dat het CDA zijn bezwaar tegen dit wetsvoorstel intrekt.

Voorzitter! Tot nu toe was het gezegde van toepassing "al is de minister nog zo snel, de prijzen achterhalen haar wel". Laten wij nu proberen dit te voorkomen door zo snel mogelijk de meer brede inhoudelijke discussie aan te gaan over het totaalpakket aan wijzigingen betreffende de geneesmiddelenvoorziening.

De **voorzitter**: Ik feliciteer u met uw maidenspeech.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Voorzitter! Tussen alle nieuwe sprekers voelt het onwennig om het woord te voeren, maar dat zal ongetwijfeld snel voorbij zijn.

Ik wil graag beginnen met de indiener van het voorstel te complimenteren met het initiatief. Ik vind het altijd heel goed als Kamerleden deze stap zetten. Met het initiatiefwetsvoorstel wordt het verbod voor ziekenhuizen om geneesmiddelen extramuraal af te leveren, opgeheven en dientengevolge wordt het wettelijk vastgelegde primaat van de gevestigde apotheker ingetrokken. De markt voor distributie van geneesmiddelen wordt opengebroken, waardoor het voor de verschillende partijen noodzakelijk wordt om meer aandacht te schenken aan effectiviteit en kwaliteit.

In het regeerakkoord zijn bij het onderdeel geneesmiddelen in een veel breder verband een aantal voorstellen opgenomen, die voor dit onderdeel met dit initiatiefwetsvoorstel sporen. De initiatiefnemer – zo heb ik begrepen – wilde toch de behandeling van het wetsvoorstel op dit moment doorzetten om duidelijk te maken dat het geneesmiddelen-dossier voortvarend ter hand dient te worden genomen. Ik deel overigens die opvatting omdat, uiteraard met onze instemming, dit onderdeel in het regeerakkoord verder is geregeld. Wel heb ik nog enkele vragen over de exacte bedoeling en over de juridisch technische kwaliteit van het

Van Blerck-Woerdman

wetsvoorstel. Politieke consensus is één ding, maar het is ook van groot belang dat de juridische vormgeving van hetgeen door de Kamer komt, de toets der kritiek kan doorstaan.

Ik vind het voor zo'n klein wetsvoorstel jammer dat veel is geregeld via nota's van wijziging. Dat komt de duidelijkheid niet ten goede en ik heb begrepen dat ons er vandaag nog een te wachten staat. Dat zou dan de derde zijn. Wellicht kan de indiener in de beantwoording heel goed duidelijk maken waar nu precies alle punten van wijziging hun weerslag vinden en of dat ook allemaal klopt met elkaar, gezien de context van een aantal wetten die op dit terrein aan de orde zijn. Ik deel overigens de mening van de heer Buijs, dat het geneesmiddelen-dossier buitengewoon gecompliceerd is en dat het niet de bedoeling kan zijn dat de Kamer daar nog iets aan toevoegt wat zij zelf kan vermijden.

Voorzitter! Ik zal geen beschouwing houden over het geneesmiddelen-dossier in het algemeen. Dat verdient een plek later in het jaar, omdat wij nog uitgebreid met de minister komen te spreken over de voornemens in het regeerakkoord. Ik wacht daar graag mee tot het moment waarop wij meer weten, dat wil zeggen na Prinsjesdag en via de begroting en het Jaaroverzicht zorg. Ik heb overigens met interesse geluisterd naar de bijdrage van de heer Buijs namens het CDA. Ik heb niet geïnterrumpeerd, want ik vind dat zoiets niet aan de orde is, hoewel de voorzitter zei dat dit mogelijk was.

De **voorzitter**: Ik ben dat met u eens!

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb mij dus terughoudend opgesteld, maar dat wil niet zeggen dat ik niet van mening ben dat de heer Buijs interessante punten naar voren heeft gebracht, met name over keuzes in de zorg. Ik ben heel benieuwd hoe het CDA daarmee wil omgaan. Enerzijds kun je de overschrijding accepteren, maar je kunt ook uitgaan van een grotere verantwoordelijkheid voor de mensen zelf. In het regeerakkoord staat op dit punt een aantal voorzetten, met name over een beperking van het geneesmiddelen-dossier. Daarover zullen wij misschien nog wel interessante discussies voeren.

Ik heb nog een aantal vragen over dit initiatiefwetsvoorstel. Ik kom eerst te spreken over artikel 13. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt ingegaan op de vraag van onder andere de VVD-fractie waarom artikel 13 niet gewoon wordt ingetrokken. Hiermee wordt voor alle partijen de ruimte gecreëerd om zich op deze markt te begeven. Nu krijgt in feite alleen de ziekenhuisapotheker die ruimte. De initiatiefnemer heeft in het verslag geantwoord dat het concrete voorbeeld uit de praktijk van verpleegtehuis De Flecke in Joure een belangrijke rol bij deze overwegingen heeft gespeeld. Mijn vraag aan de heer Oudkerk is de volgende. Als er vandaag opnieuw een wetsvoorstel zou worden ingediend, zou de initiatiefnemer dan overwegen om artikel 13 wel te schrappen, los van het voorbeeld van De Flecke dat ik op zichzelf heel relevant vind? Volgens mij kan dat nooit de enige reden zijn om het wetsvoorstel in te dienen, zoals dat is ingediend. Hoe zit het met de overwegingen van toen van de initiatiefnemer, vergeleken met wat hij zou doen als een en ander nu op een andere wijze aan de orde zou zijn?

Ik kom ook te spreken over artikel 25 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Daarin gaat het over de apotheker in loondienst. Heeft de initiatiefnemer daar nog gedachten over? De VVD-fractie is voorstander van het creëren van nog meer ruimte en nog meer marktwerking in dit segment. Wij zijn niet slechts voor het creëren van ruimte voor één van de participanten. Ik zou graag de mening van de initiatiefnemer daarover horen. Dan komt namelijk ook de eventuele verkoop via de drogisterij en de grootwinkelbedrijven in beeld.

Dan nog iets over de U-bochtconstructie, een van de belangrijkste punten uit het segment van de geneesmiddelenvoorziening. Door deze wetswijziging wordt de problematiek van de U-bochtconstructie niet vergroot; daar ga ik althans van uit. Deze problematiek wordt er echter ook niet door opgelost. Noch het een, noch het ander gebeurt. Hierover hebben de Ziekenfondsraad en het COTG vorig jaar voorstellen gedaan. De COTG-beleidsregel dure geneesmiddelen en cytostatica is door de minister afgewezen. De

minister heeft niet gereageerd op voorstellen over een gedeeltelijke oplossing daarvan. Mijn vraag aan de minister is wat wij op dit punt kunnen verwachten. Het is voor het totaal van deze problematiek namelijk wel van belang dat daarover duidelijkheid komt. Met alleen de constatering dat er iets gebeurt wat wij niet willen, is het probleem helaas niet opgelost.

Ik heb nog een vraag aan de minister. In de uitvoeringstoets COTG van 29 april 1997 worden zeven voor de hand liggende opmerkingen gemaakt door het COTG. Wordt daar uitvoering aan gegeven? Dit soort elementen uit zo'n toets is namelijk van groot belang als je daadwerkelijk iets wilt doen.

Dan een vraag aan de initiatiefnemer. In onderdeel III staat dat het COTG voorbereidingstijd nodig heeft om advies uit te brengen. Ik wil graag weten waar het COTG zich op beraadt als het om dit punt gaat. Is daar al wat meer over bekend? Ik vond dit heel onduidelijk in het stuk. Vervolgens wil ik nog iets vragen naar aanleiding van het technische gedeelte van de reactie van de KNMP. Met name waar het gaat om de context en de connectie tussen de verschillende trajecten van wetgeving, kwam het mij voor dat er een aantal omissies waren, waarvan ik op dit moment niet kan inschatten of een en ander inderdaad hout snijdt. Wij moeten er toch altijd voor zorgen dat wetsvoorstellen zo goed mogelijk worden afgeleverd door de Tweede Kamer.

Ik sluit mij van harte aan bij de vragen van de heer Buijs over de intrekking van artikel 19 en over de WGBO.

In zijn algemeenheid wil ik nog het volgende opmerken. Er zijn twee factoren die de effecten van dit wetsvoorstel kunnen belemmeren. In de eerste plaats is dat het feit dat ziekenfondsen nog niet geheel risicodragend zijn, waardoor de druk nog niet volledig is om een goede controle uit te oefenen. In de tweede plaats is de wet geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf nog niet definitief vastgesteld, aangezien de Eerste Kamer er nog mee bezig is. Ook in de gezamenlijke rekening zit een element waarvan je je kunt afvragen of het niet belemmerend werkt op onder meer deze wet. Het maakt het in ieder geval moeilijk om

Van Blerck-Woerdman

de effecten op hun juiste waarde in te schatten.

Even los van de antwoorden op de technische vragen die ik heb gesteld, kan ik zeggen dat wij het op zichzelf ook hadden kunnen begrijpen als de initiatiefnemer zijn wetsvoorstel even had teruggetrokken om af te wachten waarmee het kabinet zou komen als het gaat om het gehele geneesmiddelen dossier. Dat had ook een modus geweest. Dat neemt niet weg dat ik eraan hecht hier duidelijk te maken dat wat de VVD-fractie betreft, voorstellen op dit terrein met voortvarendheid bij de Kamer ingediend moeten worden. Het dossier is zo omvangrijk en gecompliceerd en geeft zoveel problemen dat er zo snel mogelijk iets mee moet gebeuren.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik ben het met u eens dat dit met voortvarendheid behandeld moet worden. Ik meen dat dit ook wel duidelijk is geworden uit de diverse inbrengen vandaag. U heeft een aantal kritische punten naar voren gebracht ten aanzien van de nota's van wijziging en de brief van de KNMP. Heeft u nog het idee dat, gezien onze eerste schriftelijke inbreng inzake dit wetsvoorstel en gelet op het aantal wettelijke veranderingen, er eigenlijk nog wel sprake is van zekerheid dat dit artikel wel goed doorwerkt in alle andere wetten? De Raad van State had bijvoorbeeld een blanco verslag. Zou dat nu nog blanco zijn? Met andere woorden: heeft u er nog vertrouwen in?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik heb gezegd dat ik het eens ben met de signaalwerking die ervan uitgaat. Dat is een heel belangrijke functie. Tegelijkertijd moeten wij ervoor zorgen dat het om wetgeving gaat die de toets der kritiek kan doorstaan. Ik vind dat wij vanmiddag op een aantal technische vragen een duidelijk antwoord moeten krijgen. Ik hoop dat dit vanmiddag kan en anders op een ander moment. Dan zullen wij bekijken of wij ons akkoord kunnen geven aan het wetsvoorstel. Ik heb ook aan de heer Oudkerk gevraagd of hij, wanneer hij dit initiatiefvoorstel nu zou indienen, artikel 13 op dezelfde wijze zou benaderen als hij destijds heeft gedaan. Het antwoord op die vraag zou ik dan ook graag willen vernemen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Als ik het goed begrijp, wacht u de antwoorden op met name de technische vragen af voordat u uw oordeel over het wetsvoorstel geeft.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Waarbij ik dus gezegd heb dat wat betreft de politieke signaalwerking het mij een goede zaak lijkt dat een en ander vandaag over de tafel komt en als het kan ook via de wet.

De heer **Buijs** (CDA): Wat bedoelt mevrouw Van Blerck precies met politieke signaalwerking?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik bedoel daarmee dat het geneesmiddelen dossier in het regeerakkoord een belangrijke plaats heeft gekregen. Dat is ook terecht, want daar komen nogal wat problemen in voor. Wij weten allemaal dat wetgeving op dit terrein een langdurige geschiedenis heeft. De voorgeschiedenis van dit wetje begint minimaal twee jaar geleden. Als je dan niet een stap zet in de richting van het veld, zou de indruk kunnen ontstaan dat wij in de Kamer de zaken laten schieten en dat wij zeggen: wij zien wel of het nu gebeurt of volgend jaar of over vier jaar, want dat maakt niet zoveel uit. Het is van groot belang om die duidelijkheid naar het kabinet en naar de farmaceutische kolom te geven.

De heer **Buijs** (CDA): Bent u met mij van mening dat de inhoud van dat signaal kwalitatief een goede moet zijn? Anders schiet u namelijk met veel buskruit op een stel eenden die naar alle kanten wegvliegen.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Ik vind dit een leuke vergelijking. Ik heb al gezegd dat het technisch-juridisch goed moet zijn. Wij kunnen het ons niet permitteren om hier zomaar even iets vast te stellen, omdat wij het zo leuk vinden om het te zeggen. In die zin deel ik uw mening dus volledig. Ik vind echter dat ik de initiatiefnemer en de minister de gelegenheid moet geven om daar iets over te zeggen.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Mevrouw de voorzitter! Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om de nieuwe

collega's met hun maidenspeeches te feliciteren. Er komt nog iemand, maar ik kan nu al aangeven dat wij als "oudere" woordvoerders, als oude getrouwen op dit onderdeel, de hoop uitspreken dat wij een aantal goede inhoudelijke debatten met elkaar kunnen voeren die uiteindelijk ten goede zullen moeten komen aan de gezondheidszorg in zijn geheel. Ik wil verder mijn dank uitspreken aan de initiatiefnemer van dit wetsvoorstel, want dit geeft ons de mogelijkheid om weer eens wat indringender te discussiëren over een heel belangrijk dossier binnen de gezondheidszorg – dat wijst het regeerakkoord ook uit – namelijk de geneesmiddelenvoorziening.

Het initiatiefvoorstel van de heer Oudkerk zou kunnen passen in de moderniseringsoperatie van de hele Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) die reeds door het kabinet in gang is gezet. Verder zou het tegemoet kunnen komen aan de voornemens van de regering om serieus en in een hoog tempo tot verdere kostenbeheersing te komen, met name ook op het terrein van de geneesmiddelen. Meer marktwerking is hiervoor een van de middelen, maar niet een doel op zichzelf. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt op deze voornemens vooruitgelopen. Allereerst een vraag aan de minister: hoe ziet de minister dit wijzigingsvoorstel in relatie tot de voornemens voor de modernisering van de WOG?

De problemen van verpleeghuis De Flecke omtrent de geneesmiddelenvoorziening was voor de indiener de aanleiding om tot wijziging van artikel 13 van de WOG te komen. Zoals wij de heer Oudkerk kennen, wachtte hij een algehele modernisering van de WOG niet af, maar diende een initiatiefwetsvoorstel in. Het oorspronkelijke voorstel, vóór de nota's van wijziging, bouwde erg voort op de situatie van het verpleeghuis. Hoe kijkt de indiener hier tegenaan?

Als gevolg van die in onze ogen voortvarende aanpak en eenzijdige benadering – ik kan daar niet echt een ander woord voor bedenken – zijn wij geconfronteerd met een flink aantal nota's van wijziging en zelfs wijzigingen die de boel steeds weer overhoophaalden. Ik denk hierbij aan het al dan niet toestaan dat een apotheker in meer dan één apothekewerkzaam kan zijn, de discussie omtrent de WGBO enzovoort. Heeft

Van Vliet

de indiener niet het idee dat de noodzaak tot wijzigen is ontstaan doordat slechts één artikel uit een gehele wet wordt gelicht, iets waar het kabinet om die reden juist vanaf heeft gezien? Voorts zou ik willen vragen aan de indiener: ligt er nu eigenlijk niet een geheel nieuw voorstel? Graag krijg ik hierop een reactie. Mijn fractie wil ook graag weten wat de visie van de indiener is op wat het kabinet in een eerder stadium heeft laten onderzoeken door het COTG, namelijk of artikel 13 niet in zijn geheel geschrapt moet worden. Het COTG is van mening dat dit mogelijk is en dat dit gecontroleerd kan worden door de WTG-systematiek. Is de indiener van mening dat naast de vandaag voorliggende aanpassing ook in deze lijn verder gedacht moet worden?

Voorzitter! Ik verzoek de indiener – in het verlengde van mijn eerdere opmerking over de nota's van wijziging – ook in te gaan op de brief van de KNMP van 28 augustus jl. waarin nog een aantal technische vragen over de artikelwijzigingen worden gesteld. Ik ga de vragen hier niet allemaal herhalen omdat ik het plenaire debat graag politiek houd; desalniettemin stelt mijn fractie het op prijs op deze punten een reactie te krijgen. Het wetsvoorstel moet, zoals al eerder is gezegd, natuurlijk wel juridisch-technisch kloppend zijn.

Voorzitter! Ik wil op een tweetal punten nader ingaan. Dit betreft allereerst de zogenaamde U-bochtconstructie, namelijk de toediening van geneesmiddelen zodanig inrichten dat de kosten hiervoor niet onder het ziekenhuisbudget komen te vallen maar afgewenteld kunnen worden op de ziektekostenverzekeringen. De indiener geeft in de nota naar aanleiding van het verslag aan dat dit probleem ook bestaat zonder voorliggende verandering en dat deze verandering de problematiek niet verder zal vergroten. De D66-fractie deelt de eerste mening. Het is in onze ogen dan ook van groot belang om binnenkort als parlement met de minister van VWS maar ook met de minister van Financiën nader over dit probleem te praten.

Bij de mening van de indiener dat het probleem door zijn initiatief niet vergroot zal worden, plaatsen wij kanttekeningen. De indiener onderbouwt zijn mening door aan te geven dat de zorgverzekeraars er

belang bij hebben deze constructie zoveel mogelijk te voorkomen. Aan de vraagzijde bestaat dus een belang. Dat is ook reeds door de interdepartementale werkgroep geneesmiddelen aangegeven als randvoorwaarde om de kostenbeheersing door extramurale levering tot stand te laten komen. De D66-fractie vraagt zich af hoe groot dat belang aan de vraagzijde op dit moment in werkelijkheid is. Op zichzelf is de reactie van de verzekeraars bemoedigend. Zo is er een afspraak gemaakt over poliklinische toediening van geneesmiddelen. Ook dit blijft onder het ziekenhuisbudget vallen. Aan de andere kant zijn de ziekenfondsen nog niet geheel risicodragend voor het variabele deel van het ziekenfondsbudget. Ook het kabinet heeft hier in zijn schriftelijke reactie op voorliggend voorstel op gewezen.

Veel belangrijker is echter nog dat de zorgverzekeraars door de indiener zelf verantwoordelijk worden gesteld om de scheiding van de extramurale en intramurale financieringsstromen tot stand te brengen. Deze scheiding wordt door de D66-fractie als een essentieel punt gezien om de mogelijkheid van het gebruik maken van de U-bochtconstructie te voorkomen. Het kabinet denkt daar kennelijk iets anders over, want ik heb begrepen dat het COTG opdracht heeft gekregen de nodige voorbereidingen te treffen in het kader van de bekostigingsregels krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Tevens is daarbij aandacht gevraagd voor de nadere invulling van het administratieve en declaratietechnische onderscheid. De uitvoering is dan uiteraard wel de autonome verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Kan de indiener aangeven of tegelijkertijd met de eventuele invoering van het voorliggend initiatief ook afspraken omtrent het scheiden van financieringsstromen gemaakt zullen worden? Zo nee, ziet hij hier dan niet een risico dat hierdoor de kostenbeheersing minder tot stand zal komen dan met zijn voorstel wordt beoogd?

Als tweede punt wil de D66-fractie het feit aan de orde stellen dat met het voorliggende voorstel openbare apothekers niet mogen leveren aan ziekenhuizen met meer dan het door de minister vastgestelde aantal bedden, behalve als hiervoor een ontheffing door de minister wordt

gegeven, dit in tegenstelling tot de levering aan grote verpleeghuizen. Dit geldt ook voor openbare apothekers die een opleiding tot ziekenhuisapotheker hebben gevolgd. Wat is hier het verschil tussen grote verpleeghuizen en grote ziekenhuizen? Waarom heeft de indiener niet voor één lijn gekozen? Deze had dan natuurlijk beide kanten op kunnen gaan, maar daar hadden we dan over kunnen discussiëren. Nader onderzoek had daar dan duidelijkheid over kunnen geven.

Ik vraag dit, voorzitter, omdat de discussie over intramurale en extramurale levering pas compleet is als er ook van deze kant naar artikel 13 wordt gekeken. Dit toont ook de complexiteit van het wijzigen van een relatief klein artikel als artikel 13 aan. Ik zou daarop graag een reactie van de indiener krijgen. Moeten wij op die lijn nog verder denken? Mijn fractie is in elk geval van mening dat het hierbij betrokken moet worden. Het betekent in onze ogen vooral dat er een visie moet komen op ziekenhuisfarmacie in brede zin. Dat mist mijn fractie toch in dit voorstel. Dat zou een enorm onderzoek gevergd hebben. Dat zou eventueel betrokken kunnen worden bij een nadere discussie over de WOG.

Dit geheel bracht mij tot de hiervoor gestelde kritische vragen. Ik heb nog geen definitieve mening gegeven over het voorstel, omdat ik de indiener de gelegenheid wil geven op al deze vragen in te gaan en mijn kritiek te weerleggen. Als ik heel diep in mijn hart kijk, vind ik het initiatief en de uitgangspunten prima. De inhoud is echter zodanig gewijzigd dat ik mij afvraag of niet nog een rondje langs de Raad van State gemaakt moet worden voordat de Kamer het verder behandelt. Ik wacht echter eerst de antwoorden van de initiatiefnemer af.

□

De heer **Rouvoet** (RPF): Voorzitter! De inbreng die ik zal leveren, spreek ik mede uit namens de fractie van het GPV.

Ook ik wil beginnen met het uitdelen van complimenten aan de initiatiefnemer, die in dit geval het initiatief heeft genomen om iets wettelijk te regelen wat breed leeft in het veld. Ook in de Kamer is dat onderstreept. Het wordt als wenselijk gezien en het heeft een breed politiek draagvlak. De nadere

Rouvoet

motivering in de nota naar aanleiding van het verslag, waarin wordt uiteengezet waarom is gekozen voor de route van het initiatiefwetsvoorstel terwijl al wordt gewerkt aan een modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, heeft de laatste aarzelingen die onze fracties op dit punt in het verslag naar voren hadden gebracht, weggenomen. Dat betekent dat onze fracties het streven om – in de woorden van Zorgverzekeraars Nederland – een eerste concrete stap te zetten naar een oplossing van de problemen rondom de structuur van de geneesmiddelenvoorziening steunen, namelijk door met het oog op de doelmatigheid in de zorg het primaat van de openbare apotheker op te heffen – dat zijn de woorden uit de toelichting van de initiatiefnemer – en de ziekenhuizen ook extramuraal te laten leveren.

Voor een parlementslid is het altijd bijzonder om in vak K terecht te komen. Naast het geven van complimenten is het dan ook gepast in dit debat de wens uit te spreken voor een sterke overtuigingskracht. Gelet op de bijdragen van een aantal voorgaande woordvoerders, zal de initiatiefnemer vanmiddag, of vanavond, nog wel het een en ander nodig hebben.

Het voorgaande wil nog niet zeggen dat de realisering van dat streven eenvoudig is, en al helemaal niet dat dit wetsvoorstel het antwoord op alle vragen is of de oplossing is van alle problemen rondom de geneesmiddelenvoorziening. Die pretentie heeft de initiatiefnemer ook bepaald niet. Er blijft op dit vlak genoeg te wensen over. De modernisering volgt niet voor niets. Dat wordt ook duidelijk uit de reacties van onder meer de KNMP op de verschillende fases van het wetgevingsproces van dit voorstel.

Dit brengt mij bij een tweede kanttekening. Dit wetsvoorstel is een typisch voorbeeld van een project dat niet zozeer een discussie oproept over de doelstelling als wel over de vraag of de doelstelling op de voorgestelde wijze dichterbij wordt gehaald of wordt gerealiseerd en of er geen vervelende, niet beoogde neveneffecten aan de gekozen route kleven. Het oorspronkelijke wetsvoorstel riep op dit punt al enkele vragen op. Het daarop geformuleerde antwoord, de eerste nota van wijziging en het laten vervallen van artikel 19 riepen weer nieuwe, en mijns inziens ook dringende vragen

op. Het is aardig om in dit verband de achtereenvolgende reacties van de KNMP nog eens naast elkaar te leggen. Eerste reageerde men "met instemming". Na de eerste nota van wijziging reageerde men "met verbazing" en na de tweede nota van wijziging "met belangstelling". Dat tekent de nuancering en de manier waarop mensen dit proces volgen.

Na alles wat al gezegd is, vind ik het niet zo heel zinvol, laat staan vruchtbaar, om de wetsgeschiedenis nog eens langs te lopen. Ik laat het bij de constatering dat onze fracties de centrale doelstelling van het wetsvoorstel steunen op grond van de overwegingen die in de memorie van toelichting zijn opgesomd. Ik zou bijna zeggen: wat kun je daar nog tegenoverstellen? In de memorie van toelichting wordt keurig, met nummertjes erbij, opgesomd wat alle voordelen zijn. Het zoeken naar de geschikteste route om de doelstelling te bereiken, is daaraan ondergeschikt. Ik zeg ondergeschikt, maar het is niet onbelangrijk. Wetstechnisch moet het wel deugen. Neveneffecten moeten zoveel mogelijk in kaart worden gebracht, onderkend en meegewogen. Ik heb hetzelfde onbestemde gevoel als mevrouw Van Vliet hierover.

Ik kan niet verhehlen dat de opeenvolging van twee nota's van wijziging bij onze fracties enige onzekerheid teweeg heeft gebracht over de juridisch-technische deugdelijkheid, samenhang met andere wetgeving, etc. Ook bij ons kwam de vraag op of het niet verstandig is om bij de Raad van State te vragen of het wetsvoorstel wetstechnisch nog deugt, nu de inhoud ervan zo anders is geworden, al is dat wat lastig als je er al een debat over hebt.

Ik vind de opmerking van mevrouw Van Blerck dat het een politiek signaal is, wel van belang, maar zo iets kan ook bij motie. Ik zou voorzichtig zijn om wetgeving waarover je niet zeker bent, te beschouwen als een politiek signaal. Ik wil wat zekerheid of het signaal dat wij afgeven, ook deugt in technische zin, maar met dat signaal zelf ben ik het wel eens.

Mevrouw Van Blerck-Woordman (VVD): Ik neem aan dat de heer Rouvoet zich aansluit bij wat ik heb gezegd. Ik heb niet gezegd dat ik dit wetsvoorstel wil omarmen om een politiek signaal af te geven. Ik heb

ook gezegd dat het wel moet deugen, dus ik denk dat wij hierover niet van mening verschillen.

De heer Rouvoet (RPF): Dat denk ik ook niet, maar ik ving op dat u zei dat u het heel belangrijk vindt om een politiek signaal te geven, als het enigszins mogelijk is in een wetsvoorstel. Als het om een signaal gaat, zijn er ook andere wegen, maar daar gaat het niet alleen om. Ik juich initiatiefwetgeving over dit onderwerp toe, maar wij moeten dan wel zeker weten dat zij deugt. Daar heb ik enkele vragen over gesteld.

Mevrouw Van Blerck-Woordman (VVD): Dan zijn wij het eens. Het zou wel erg vervelend zijn als wij over alles waarover wij een signaal willen geven, wetgeving zouden maken.

De heer Rouvoet (RPF): Nee, dat heb ik ook niet uit uw pleidooi gehaald.

Ik hecht eraan om een reactie van de initiatiefnemer te krijgen op mijn opmerking over de Raad van State. Wellicht kan de minister daarover ook haar licht laten schijnen.

Uitgaande van de tweede nota van wijziging resteren er wat mij betreft nog een paar punten die nadere toelichting behoeven. In het schriftelijk verslag is door diverse fracties gevraagd waarom artikel 13 niet wordt ingetrokken in plaats van gewijzigd. Daarop is geantwoord dat bij ziekenhuizen met 300 bedden de verplichting om een ziekenhuis-apotheek in huis te hebben, wordt gehandhaafd. De VVD heeft hierop een zinnig amendement ingediend voor 300 of meer.

Dat antwoord is op zichzelf alleszins redelijk en invoelbaar. Maar toch: de initiatiefnemer heeft de wens om gebruikers van geneesmiddelen de gelegenheid te bieden om de voor hen optimale distributie te kiezen en apothekers te prikkelen om de beste geneesmiddelenvoorziening tegen de laagste prijs te bieden. Van meet af aan was voor ons de vraag of het voor de hand ligt dat de wetgever die afweging overneemt, met een tamelijk arbitraire grens, door een plicht tot het in huis hebben van een ziekenhuisapotheker in de wet op te nemen. De initiatiefnemer noemt dat zelf een gebod. Een ziekenhuis mag toch in staat worden geacht om de specifieke voordelen van een ziekenhuis-apotheker, zoals opgesomd in de stukken, zelf behoorlijk te betrekken

Rouvoet

bij de afweging van de meest doelmatige vorm van geneesmiddelenvoorziening? Daarom vraag ik of intrekking van artikel 13 niet de voorkeur verdient.

Nu de nadelige effecten van het laten vervallen van artikel 19 groter blijken te zijn dan de voordelen, is gekozen voor het aanbrengen van een onderscheid tussen ziekenhuizen enerzijds en verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten anderzijds. Voor de definitie van ziekenhuis wordt verwezen naar artikel 8a van de Ziekenfondswet. Waarom blijft men niet bij de definitie van ziekenhuis die in de WOG al wordt gegeven? Is het verstandig om in één wet met twee definities te werken?

De KNMP heeft in haar brief van 28 augustus gevraagd wat de ratio is van het onderscheid tussen ziekenhuizen met meer dan 300 patiënten, waarvoor een ziekenhuis-apotheek verplicht is, en verpleeghuizen. Daarvoor gelden de in de stukken genoemde voordelen toch ook?

Een detail: wat de komma in artikel 13, lid 2, betreft, denk ik dat de KNMP een punt heeft. Ik hoor echter graag de exegese van collega Oudkerk.

Misschien wil hij ook ingaan op de opmerking van de KNMP over lid 3, namelijk over het in de tweede nota van wijziging stilzwijgend laten vervallen van de vereiste goedkeuring door de minister van een overeenkomst tussen de toezichthoudende apotheker en de instelling. Misschien kan de minister daar haar licht over laten schijnen.

Er zijn twee amendementen ingediend. Over het amendement van collega Passtoors – althans van de VVD-fractie – heb ik al gezegd dat dat een zinnig amendement lijkt. Ik heb zojuist een amendement van collega Buijs onder ogen gekregen. Daarvan zou ik op dit moment, met gevoel voor understatement, willen zeggen dat dat naar een destructief amendement riekt, maar ik hoor op dat punt graag het oordeel van de initiatiefnemer.

Ik kom toe aan mijn voorlopige conclusie. Ondanks de mede in verband met het risico van de U-bochtconstructies bestaande onzekerheid over de daadwerkelijke kostenbesparing – ik ga er overigens net als anderen van uit dat dit wetsvoorstel dat risico in ieder geval

niet zal vergroten – is de steun voor de doelstelling van het wetsvoorstel bij onze fracties onverkort en royaal. Het is toe te schrijven aan de ingrijpende wijzigingen in de nota's van wijziging en de onduidelijkheden op een aantal juridisch-technische en wetgevingstechnische aspecten dat onze steun voor het wetsvoorstel zoals het er nu ligt, in dit stadium van het debat niet zo royaal en onverkort kan zijn als ik eerder had gehoopt en verwacht. Wat dat betreft, zal veel afhangen van de beantwoording door de initiatiefnemer.

De voorzitter: Het woord is aan mevrouw Arib. Ook zij houdt vandaag haar maidenspeech.



Mevrouw Arib (PvdA): Mevrouw de voorzitter! Een nieuw parlementair jaar, een nieuw kabinet, een nieuw regeerakkoord en een nieuw Kamerlid dat een maidenspeech mag houden over een initiatiefwet van een collega van haar eigen fractie; een mooier begin kan ik letterlijk en figuurlijk niet verzinnen. Deze wetswijziging vormt een mooie start voor Paars II en is een signaal aan apothekers dat ook voor de geneesmiddelensector geldt dat de zorg zo doelmatig en zo goedkoop mogelijk geregeld dient te worden, ook als dat betekent dat de gangbare werkwijze en inkomsten danig moeten veranderen.

Dit wetsvoorstel loopt vooruit op de implementatie van de voorstellen van de commissie-Koopmans. In het regeerakkoord is immers al afgesproken om het verbod op extramuraal leveren door ziekenhuizen op te heffen. Deze wetswijziging vormt dus eigenlijk de start voor een nieuw geneesmiddelenbeleid en steunt de voornemens van het nieuwe kabinet: er ontstaat extra druk op de totstandkoming van het FTTO, het farmacotherapeutisch transmuraal overleg en op de regionale verantwoordelijkheid van verzekeraars voor de inkoop.

Kan de heer Oudkerk, als initiatiefnemer, aangeven hoe zijn ideaalbeeld voor de regionale geneesmiddelen distributie er nu uitziet? Welke partijen krijgen de regie en welke samenwerking zou door dit wetsvoorstel tot stand moeten komen?

Mevrouw de voorzitter! Ik heb ook vragen aan de minister. Kan zij aangeven in welk stadium de voorbereiding van de modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zich nu bevindt en wanneer het wetsvoorstel naar de Kamer gestuurd zal worden?

De achterliggende gedachte van dit wetsvoorstel is ook dat het een prikkel zou gaan vormen voor verbetering van de samenwerking tussen stadsapotheker en ziekenhuis-apotheker. Dit zou zowel ten aanzien van de kwaliteit als ten aanzien van de prijs voordelen kunnen hebben voor de apothekers, maar zeker ook voor de patiënten. In Hilversum schijnt een poliklinische apotheek, alvast vooruitlopend op wijziging van de WOG, nu al problemen te hebben met de verzekeraar. De dominante ziektekostenverzekeraar in de regio heeft de "politheek" een contract geweigerd omdat er al contracten gesloten zijn met stadsapothekers. Wat is de mening van de minister over een dergelijke ontwikkeling en hoe verhoudt dit zich tot de Mededingingswet?

Ook heb ik het gerucht gehoord dat stadsapothekers zich al aan het indekken zijn door afspraken te maken met ziekenhuisdirecties, waarbij sprake is van ten minste 50% van de inbreng en opbrengst voor de stadsapothekers. Is dit het uitgangspunt van de IWG-aanbevelingen of is dit uit het oogpunt van de IWG-aanbevelingen wenselijk? Wat is de opvatting van de minister ten aanzien van meerderheidsbelang en het voeren van de regie over geneesmiddelenbeleid in de regio? Moet dit bij de ziekenhuisapothekers of bij de stadsapothekers liggen? Volgens mij is het voordeel van een regierol voor de ziekenhuisapotheker dat ook de inkoop via het ziekenhuis loopt. Op die wijze kunnen kortingen en bonussen ten goede komen aan de zorg in plaats van aan apothekers of verzekeraars.

In het regeerakkoord is afgesproken dat het verbod op loondienst voor apothekers zal worden opgeheven. Het gaat hierbij om artikel 15 van het Besluit op de uitoefening van de artsijbereidkunst. Is de minister van plan dit mee te nemen bij de modernisering van de WOG of wordt dit meegenomen bij de implementatie van de voorstellen van de commissie-Koopmans en, zo ja, wanneer kunnen wij verwachten dat artikel 15

Arib

dan ook daadwerkelijk ingetrokken wordt?

Vorig jaar is in de Kamer de motie-Oudkerk/Van Vliet aangenomen, waarin gevraagd is de inkoopvergoeding voor apothekers structureel met 10% te verlagen. De minister heeft geantwoord dat er geen gegevens beschikbaar waren om een hogere korting dan 5% te rechtvaardigen en dat er een onderzoek zou plaatsvinden naar kortingen en bonussen. De taakstelling voor 1998 werd op voorstel van de Kamer op 150 mln. gesteld. De KNMP was het hier niet mee eens, dreigde met een kort geding en er werd weer teruggevallen op overleg. Ik ben een nieuwkomer in de Kamer, maar ik moet toch zeggen dat ik verbaasd was over de brief van de minister van 19 juni jl., waarin deze gang van zaken op een overzichtelijke wijze op een rijtje werd gezet. De conclusie van deze brief was namelijk dat omdat overleg tot niets leidde, maar teruggegrepen is naar de oorspronkelijke taakstelling van 100 mln. Pas als onderzoek beschikbaar is, zou verder naar de uitvoering van de motie gekeken kunnen worden.

Ik heb hierover twee vragen aan de minister. Ik had begrepen dat als de Kamer een motie aanneemt, een minister deze moet uitvoeren. Kan de minister mij uitleggen hoe het dan komt dat de motie-Oudkerk/Van Vliet nog niet is uitgevoerd? Het rapport van Moret Ernst & Young is inmiddels klaar. Nu wordt een nieuw onderzoek aangekondigd, namelijk "een empirisch onderzoek naar de hoogte van door apotheekhoudenden genoten kortingen en bonussen". Daarbij wordt om medewerking van de KNMP gevraagd. Ik kan mij vergissen, maar dit lijkt mij nogal naïef. Waarom zou de KNMP meewerken aan het verlagen van het eigen inkomen? De KNMP heeft al aangekondigd dat de achterban "wellicht" niet zal willen meewerken. De minister kondigt overleg hierover aan. Mijn tweede vraag aan de minister is dus: wanneer wordt de motie-Oudkerk/Van Vliet nu wel uitgevoerd?

Zorgverzekeraars Nederland en de NVZ, de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen, spreken in hun brief aan de Kamer van 27 augustus jl. over de beleidsregel dure geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen van het COTG. Collega Van Blerck heeft hier ook naar verwezen. Ik heb

begrepen dat deze beleidsregel beoogt een oplossing te bieden voor het probleem van de nieuwe en dure geneesmiddelen, en vooral de vergoeding daarvan. Simpel gezegd komt het erop neer dat nieuwe geneesmiddelen nauwkeurig worden bekeken. Als aan een aantal strikte criteria is voldaan, kan een afweging plaatsvinden: laten wij het middel toe tot het verstrekkingenpakket, en vervolgens: hoeveel geld stellen wij daarvoor beschikbaar? In de huidige situatie is het zo dat er individuele, informele regelingen bestaan. Sommige verzekeraars vergoeden een duur geneesmiddel toch buiten het ziekenhuisbudget om. Het gaat hierbij dan om een vergoeding die niet afgedekt is door de WTG en die in wezen dus illegaal is. Andere verzekeraars hebben geen weet van deze regeling en vergoeden niet. Misschien moet een ziekenhuisdirecteur in zo'n ziekenhuis wel een paar verpleegkundigen ontslaan om toch een dure behandeling met een bepaald middel te kunnen vergoeden.

Naast de informele regelingen was er nog een oplossing gevonden in de U-bocht. De dreiging van de U-bocht werd ook al genoemd in verband met de wijziging van artikel 13. De bedoeling van de beleidsregel van het COTG was de informele regelingen op te heffen en de U-bocht af te sluiten. Eenzelfde soort regeling als voor dure geneesmiddelen werd ook opgesteld voor hemostatica. Voor hemostatica zou deze regeling zelfs budgettair neutraal kunnen verlopen. VWS heeft beide beleidsregels afgewezen. Naar ik heb horen zeggen, is de hemostaticaregel afgewezen vanwege precedentwerking voor de dure geneesmiddelen. Ik kan mij voorstellen dat het een afschrikwekkend vooruitzicht voor een minister van Volksgezondheid moet zijn om iedere keer wanneer een nieuw geneesmiddel wordt ontwikkeld, een ja of nee ten aanzien van de vergoeding te moeten laten horen, waarbij een ja op grond van kwaliteit van leven of levensverlenging van ernstig zieke patiënten wel betekent dat daar een budget aanhangt dat diezelfde minister niet kan ophoesten. Toch kan ik het niet met de minister eens zijn, misschien omdat politiek en pers nog betrekkelijk nieuw voor mij zijn en ik nog niet bang ben. Ik ben echter ook niet van plan dat te worden. De beleidsregel

is een uitzonderingsregel, die zoals ik hem begrijp, inhoudelijk goed in elkaar zit. Ik ben van mening dat zo'n beleidsregel ons dwingt om naar een oplossing te zoeken voor de problemen rond nieuwe dure geneesmiddelen. Als ik even terugdenk aan de perikelen rond taxol in de afgelopen Kamerperiode, meen ik dat een dergelijke beleidsregel hard nodig is. Erger dan het nu is, kan het toch niet worden. Een dergelijke beleidsregel geeft volgens mij aan hoe de ministeriële verantwoordelijkheid inzake dit soort beslissingen behoort te verlopen. Nu zegt niemand wat, patiënten zijn overgeleverd aan individuele geluk- of pechregelingen. Wanneer de minister deze regel wel aanvaardt, betekent dit dat wanneer er een nieuw taxolachtig geneesmiddel op de markt komt, de overheid gedwongen wordt inhoudelijk, kwalitatief en kwantitatief te kijken naar de waarde van dit middel en de kosten en baten af te wegen. Wanneer de beslissing luidt dat het middel beschikbaar behoort te zijn voor patiënten, ontstaat het financiële probleem. Eerlijk gezegd, denk ik dat ik de minister hierbij een handje kan helpen. Als zij geld nodig heeft voor een ja, schrijft zij de Kamer een brief waarin zij het budget van een ander politiek onomstreden beleidsonderdeel overhevelt naar de vergoeding van dit nieuwe geneesmiddel. Dat betekent een stevige discussie in de Kamer. De minister hoeft niet alleen die verantwoordelijkheid op zich te nemen, ook de Kamer kan naar nieuwe dekkingen van het financiële probleem zoeken. Ik ga er dus van uit dat de minister mij in eerste termijn zal antwoorden dat zij de beleidsregel van het COTG ten aanzien van hemostatica onmiddellijk zal goedkeuren. Ten aanzien van de dure geneesmiddelen kan ik mij voorstellen dat zij mijn redenering nog eens wil volgen. Wellicht kan ik daar een antwoord in tweede termijn op krijgen.

Het geneesmiddelen dossier is lastig, er zijn veel verschillende belangen. De kosten in de gezondheidszorg blijven stijgen, de vraag naar zorg groeit en het beslag dat geneesmiddelen leggen op het beschikbare budget neemt toe. Met het nieuwe regeerakkoord wordt duidelijk gemaakt dat het geneesmiddelenbeleid in de komende periode stevig aangepakt

Arib

gaat worden. Ik kan vandaag alleen maar hopen dat deze initiatiefwet daar een startpunt voor vormt en dat we over vier jaar kunnen zeggen dat het regeerakkoord inderdaad uitgevoerd is.

De **voorzitter**: Ik feliciteer u met uw maidenspeech.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! De post geneesmiddelen stijgt harder dan welke andere post ook in de gezondheidszorg. Voor een belangrijk deel is de stijging van het gebruik van geneesmiddelen een gevolg van de vergrijzing en de toegenomen technische mogelijkheden. Door de stijging van het gebruik stijgen de kosten voor geneesmiddelen. Maar aan de andere kant levert een stijging van het gebruik van geneesmiddelen ook weer een kostenbesparing op in de zorg, bijvoorbeeld door preventie van ziekten of door voorkoming of verkorting van ziekenhuisopnames. Boven alles mogen wij niet vergeten dat geneesmiddelen ook een vorm van vooruitgang vormen: zij maken pijnbestrijding mogelijk bij ziekten die gepaard gaan met veel pijn, verhogen de kwaliteit van het leven en zorgen ervoor dat mensen langer leven.

Hoewel de groei dus deels noodzakelijk en deels gewenst is, is er ook nog steeds een groot deel dat aan de strijkstok blijft hangen van de farmaceutische industrie en de tussenhandel. Iedereen is het er eigenlijk wel over eens dat de kosten vooral op dat terrein beteugeld moeten worden. De meningsverschillen beginnen bij de vraag hoe wij dat zouden moeten doen. Een deel van de Kamer meent dat de markt hier de oplossing brengt, hoewel men toch ook in de vorige periode de noodzaak van de prijzenwet heeft ingezien. Afgezien hiervan, blijft toch vooral de overtuiging heersen dat de markt het moet gaan doen: "Wij moeten de markt met de markt bestrijden", merkte een van de leden van de coalitiepartijen tijdens de formatie op.

Het is volgens mij een sprookje dat je met de markt de negatieve gevolgen van diezelfde markt kunt bestrijden. Steeds blijkt weer dat

sturing door de overheid noodzakelijk is en blijft. Hoeveel maatregelen hebben wij op dit gebied de laatste jaren niet gezien? Wij hebben de prijzenwet gezien, het GVS, de sluiting van bijlage 1b. Er zou volgens mij toch een principiële keuze gemaakt moeten worden tussen markt of juist meer overheidsregulering. Zo blijft het een beetje pappen en nathouden.

Het zal niemand verbazen dat de SP niet gelooft in de heilzame werking van de markt op het gebied van kostenbeheersing. De marktwerking heeft tot nu toe niet geleid tot kostenbeheersing. Wel is het gevaar groot dat marktwerking ten koste gaat van kwaliteit. Wij vinden dat de oplossing juist moet worden gezocht in het beteugelen van de markt, bijvoorbeeld door het verscherpen van de prijzenwet waarin de overheid de prijzen vaststelt – laten wij hiervoor even kijken naar Frankrijk – door eindelijk eens te starten met een harde aanpak van de agressieve reclame van de farmaceutische industrie en door doeltreffende maatregelen tegen de bonussen en kortingen die apothekers veelal in hun eigen zak steken. Ik heb waardering voor het initiatief waar wij het vandaag over hebben, maar zouden maatregelen op die terreinen niet meer zoden aan de dijk zetten?

Voorzitter! De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen is door de ministeries steeds onderschat. Ook dat is een oorzaak van de problemen waarvoor wij staan. Nu dreigt wederom een overschrijding van 1,7 mld. Het is zeer de vraag of wij met alle in het regeerakkoord voorgenomen maatregelen dat probleem zullen oplossen. Verkeerde ramingen, die wel vaker voorkomen bij het ministerie van VWS, leiden ertoe dat wij straks met forse overschrijdingen zitten. Ik wil graag nog even kwijt dat dit, wat de SP betreft, zeker niet ten koste mag gaan van de extra groei van de zorg. Deze moet volledig worden ingezet voor de wachtlijsten en de werkdruk.

Terug naar het geneesmiddelen-dossier. Te weinig en te laat zijn hier maatregelen genomen om de kosten te beteugelen; ook de heer Oudkerk vindt dat. Vandaar nogmaals mijn waardering voor zijn initiatief om een en ander te versnellen, om de vaart erin te houden. Hij vindt dat het niet snel genoeg gaat en velen vinden dat met hem. Ik vind het goed dat hij

de vaart erin wil houden en ik steun zijn doelstelling om de medicijnenmarkt aan te pakken volledig.

Voorzitter! Geenszins twijfel dus over de goede bedoelingen van het voorstel. Wel zijn er twijfels over de effecten en daar gaat het uiteindelijk toch om. Ziekenhuisapotheken mogen voortaan ook buiten het ziekenhuis leveren. Tot nu toe konden ziekenhuisapotheken vaak goedkoop of zelfs gratis inkopen. De farmaceutische industrie probeert op die manier klanten te binden, een vorm van marktwerking. Als de mensen eenmaal gewend zijn aan een bepaald geneesmiddel, zullen zij dat willen blijven gebruiken, ook buiten het ziekenhuis. De vraag is nu of na deze maatregel de kortingen blijven bestaan, als de markt een keer helemaal opengegooid wordt. Welk effect verwacht de initiatiefnemer? Apothekers zullen een krachtige tegendruk gaan uitoefenen vanuit de verzorgingstehuizen, die voor een groot deel klant zullen worden. Het werkt gewoon langs meer kanten.

De cruciale vraag blijft toch waarom in dit geval meer concurrentie op de markt zou leiden tot kostenreductie. Ik wil het graag zien. Die kostenreductie is het doel, maar ik zie het niet. Tot nu toe leidde marktwerking altijd juist tot prijsstijging. Waarom zou zij bij dit voorstel leiden tot kostenreductie? Ik ben niet de enige. Ook het COTG wijst erop dat de introductie van een concurrentiemodel dan wel marktwerking niet zonder meer behoeft te leiden tot meer efficiëntie in de kostenbestrijding. Graag krijg ik een reactie op dat oordeel van het COTG.

Hetzelfde COTG wijst op onduidelijke gevolgen van de maatregelen voor bonussen en kortingen die nu voor de ziekenhuisapotheek aan de orde zijn. Een voordeel van de maatregelen is dat de zorg die de mensen vanuit het ziekenhuis krijgen, gecontinueerd kan worden. De mensen kunnen dan gewoon hun medicijn bij de ziekenhuisapotheek blijven afhalen. Dat is een schijnbaar voordeel, schijnbaar omdat ik mij afvraag in hoeverre de mensen dat zullen doen. Zo gauw zij weer thuis zijn, zullen zij weer heel gemakkelijk bij de apotheek op de hoek terecht kunnen en daar ook heen gaan.

Misschien het belangrijkste punt is ook al door het CDA naar voren gebracht. Ik vind dat de maatregel



Mevrouw Van Vliet (D66)

niet ten koste mag gaan van de kwaliteit. Als je een maatregel neemt, moet je het goed doen. Dat betekent volgens mij dat je dezelfde eisen moet stellen aan de ziekenhuis-apotheek als aan de apotheek om de hoek. Ik heb het bijvoorbeeld over de kwaliteitsbewaking. De heer Buijs heeft in dit verband de medicatiebewaking genoemd. Is die nog wel gegarandeerd? Hoe zit het bijvoorbeeld met de dienstverlening? Is die wel hetzelfde als bij de andere apothekers? Hoe zit het met de waarneming? Ook dat is een probleem waar we tegenaan zullen lopen. Op welke manier zijn dit soort dingen gegarandeerd?

De zogenaamde U-bochtconstructie is vandaag al vaak genoemd. Dat is de afwenteling van kosten van het ziekenhuisbudget naar de extramurale zorg. Ik vraag me af hoe de initiatiefnemer de gevolgen van die afwenteling in verband met zijn voorstel inschat. Zal dit probleem door dit voorstel niet juist toenemen? Ik wil de minister vragen, net zoals velen voor mij, naar de oplossingen die door de Ziekenfondsraad in 1996 zijn aangedragen. Wat doet het ministerie met deze oplossingen? Het COTG wijst erop dat, om de controle voor verzekeraars te vereenvoudigen via artikel 2a van de WVG, het wenselijk is om administratie- en declaratievoorschriften aan zorgaanbieders op

te leggen. Waarom is hier geen uitvoeringsbesluit over van het ministerie?

Het initiatiefvoorstel kan niet los worden gezien van de toekomstige positie van apothekers. Door deze maatregelen kan de gewone apotheker een flink deel van zijn marktaandeel kwijtraken. Ik mag hopen dat het niet de bedoeling is om de gevolgen van de concurrentie via de tarieven te compenseren. Betekent het overigens een wijziging in het tot op heden gehanteerde herijtingspatroon voor de onderbouwing van de tarieven voor apotheekhoudenden? Indien ze niet meer gaan verdienen, komen er dan minder apothekers? In dat perspectief moet je dit geheel toch ook zien. Wordt er in de toekomst onderscheid gemaakt tussen apothekers als zorgverleners en als inkopers? Hoe past dit wetsvoorstel hierin?

Mevrouw de voorzitter! Het mag duidelijk zijn dat ik nog niet overtuigd ben van het nut van dit wetsvoorstel. Wij zijn zeker voorstanders van de achterliggende doelstellingen. Ook wij willen de doelstellingen realiseren die met dit wetsvoorstel worden beoogd, maar wij hebben grote twijfels of die effecten bereikt zullen worden. De initiatiefnemer kan mijn fractie nog overtuigen als hij duidelijk maakt dat de kwaliteit gegarandeerd kan worden. Hij zal mijn fractie er dan

ook nog van moeten overtuigen dat de marktwerking, die tot nu toe nooit heeft gewerkt en nooit heeft geleid tot kostenbeheersing, in dit geval wel leidt tot kostenbeheersing. Ik wens hem hierbij veel succes.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): U geeft enerzijds aan dat u achter het initiatiefvoorstel staat omdat dit leidt tot kostenbeheersing. Anderzijds heeft u in het begin van uw betoog gezegd dat er te weinig geld beschikbaar was om op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening dat te doen wat noodzakelijk is. Hoe verhoudt dit zich met elkaar? De kostenbeheersing wordt gedeeltelijk gehaald uit een voorzichtig omgaan met het toelaten van geneesmiddelen. Hier moet zorgvuldig over worden nagedacht. Welke overweging is voor u het meest van belang?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat vind ik een goede vraag. Het zijn twee verschillende zaken. Wij zijn voor kostenbeheersing, maar dat betekent niet dat er geen nieuwe medicijnen op de markt toegelaten kunnen worden. Deze elementen worden door elkaar gehaald omdat het marktprincipe, namelijk dat de farmaceutische industrie zoveel mogelijk medicijnen wil verkopen, hierbij een rol speelt. Wij zijn voorstander van meer overheidsregulering. Dit impliceert dat nieuwe medicijnen die de vooruitgang dienen, wel degelijk toegelaten moeten worden. Deze nieuwe vorm van concurrentie werkt niet, doordat de farmaceutische industrie het doel heeft om winst te maken. Dus wanneer de methodes die tot nu toe zijn toegepast door de farmaceutische industrie, niet meer werken, zal zij alternatieven zoeken. Dan zal zij bijvoorbeeld nog meer investeren in reclame, waarmee al zoveel geld over de balk gaat. Mijn fractie vindt dat dit soort zaken aangepakt moet worden. Laten wij eens beginnen met een verbod op reclame voor geneesmiddelen. Wij zijn tegen meer marktwerking omdat deze tot een stijging van de kosten zal leiden.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): U zegt dat er zoveel geld in reclame gaat zitten. Ik denk dat dit meevalt omdat hierover strikte afspraken zijn gemaakt. Er gaat veel geld in het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen zitten. Meer overheidsregulering leidt niet tot een daling

Kant

van de kosten. Er zijn altijd nieuwe geneesmiddelen die onderzocht moeten worden met het gevolg dat zij uiteindelijk, al dan niet voorgoed, beschikbaar komen. Wat denkt u te bereiken als de overheid dit moet reguleren? Waar haalt u de kosten-beheersing dan vandaan, afgezet tegen het initiatiefvoorstel dat wij vandaag behandelen? Ook hiermee wordt geprobeerd de kosten wat te beheersen.

Mevrouw **Kant** (SP): Over dat eerste hebben wij andere ideeën. Wij zijn voorstander van een prijzenwet die veel verder gaat dan de prijzenwet die er op dit moment in Nederland is. Wij zijn er voorstander van dat apothekers in loondienst komen en dus geen voordeel meer hebben bij onderhandelingen met de farmaceutische industrie. Zo kan ik een rijtje dingen opnoemen waarover wij fundamenteel anders denken dan de situatie nu is.

Op dit moment sta ik voor een beoordeling van dit wetsvoorstel binnen de huidige situatie. Ik ben er nog niet van overtuigd dat het zo effectief zal zijn, dat het tot kosten-beheersing leidt. Als ik hiervan niet overtuigd word, kan ik het niet steunen. Ik wacht dus af welke argumenten er nog toegevoegd worden, zo deze er al zijn.

De vergadering wordt van 14.43 uur tot 14.57 uur geschorst.

□

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw de voorzitter! Ik wil vanaf deze voor mij toch vreemde plek allereerst mijn nieuwe collega's, mevrouw Arib, de heer Buijs en mevrouw Hermann, welkom heten hier. Het is toch hun eerste officiële optreden. Ik ken mevrouw Hermann en de heer Buijs uit, wat ik bijna zou willen noemen, een vorig leven; ik heb veel contacten met hen gehad. Ik verheug me dan ook zeer op de samenwerking en de debatten met hen. Hetzelfde geldt voor mevrouw Arib, die ik onder velerlei omstandigheden de laatste maanden heb leren kennen en ook daar verheug ik mij zeer op de samenwerking en de debatten die we ongetwijfeld ook intern zullen krijgen.

Mevrouw de voorzitter! Voordat ik specifiek op alle vragen inga, denk ik dat het goed is dat ik de collega's zowel bedank voor de steun die ik

her en der proef, maar toch ook en met name voor de kritiek. Immers, een wetsvoorstel moet – om maar even een hunner te citeren – wel deugen. Dat is de eerste eis die je eraan stelt. Ik hecht er dan ook waarde aan eerst nog eens kort toe te lichten waarom ik nu dit initiatief heb genomen: waarom nu en waarom niet gewacht – dat zou toch logisch geweest zijn – op het initiatief van het kabinet? Waarom het niet ingebed in de gehele wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening? Waarom het niet ingebed, bijvoorbeeld, in het plan van aanpak dat het kabinet ongetwijfeld nog naar de Kamer zal sturen, als het gaat om het gehele geneesmiddelenbeleid zoals dat is afgesproken in het regeerakkoord? Binnen welk kader past deze initiatiefwet? Zou ik – dat vond ik een heel terecht vraag – als ik het nu opnieuw zou doen, nog hetzelfde initiatiefwetsvoorstel indienen?

Mevrouw de voorzitter! De behandeling van dit initiatief komt op een moment dat velen zich zorgen maken – ik doe dit ook – over altijd maar weer de betaalbaarheid: die schijnt altijd op de eerste plaats te komen. Maar ik wil toch ook noemen: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de mogelijkheden en onmogelijkheden om het in Nederland zo ten aanzien van de geneesmiddelen te regelen. Het gaat altijd weer over de geraamde overschrijdingen en de te dekken gaten, maar het gaat primair toch ook om de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Wat is nu voor mij de essentie van een goed geneesmiddelenbeleid? Dat is optimale kwaliteit voor die ene, individuele patiënt. Het betekent beschikbaar zijn van het geneesmiddel dat hij of zij op dat moment nodig heeft. Dat moet natuurlijk adequaat worden afgeleverd, maar het moet ook goed bewaakt worden dat hij of zij niet een geneesmiddel krijgt dat het niet goed met andere geneesmiddelen doet of misschien wel iets bewerkt waardoor iemand juist zieker wordt dan hij eigenlijk was. Het moet ook – dat vind ik belangrijk – tegen een redelijke prijs geleverd worden, maar het gaat uiteindelijk altijd om die ene patiënt.

Als ik nu dit initiatiefwetsvoorstel in een kader zet, dan zijn die zorgen over kosten, toegankelijkheid en kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening niet nieuw. Ik hecht er

waarde aan om hier te zeggen dat er in de vorige kabinetsperiode mijns inziens goede en waardevolle maatregelen zijn genomen om die zaak "in de klauwen" te houden en de toelevering van geneesmiddelen naar patiënten ook te waarborgen. Ik noem de prijzenwet, de continuering van het geneesmiddelenvergoedingensysteem, meer overleg tussen huisartsen en apothekers, meer formularia en meer richtlijnen. Ook het voorschrijven op stofnaam lijkt een succes te worden, waarbij de dokters op stofnaam voorschrijven, wat vaak duidelijk goedkoper is dan het voorschrijven op merknaam. Kortom, er zijn een aantal goede maatregelen genomen, die ook de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening ten goede komen, waarbij het echt niet alleen gaat om kosten.

Maar er zijn mijns inziens zaken die – ik vind dat niet terecht – zo gebeven zijn zoals ze waren. Er zijn nog steeds te grote marges voor groothandels; er zijn wat mij betreft nog steeds te veel overmatige kortingen en bonussen voor apothekers; er is sprake van een op z'n minst merkwaardig gegroeide monopoliepositie als het gaat om het afleveren van geneesmiddelen, en soms staat gewoonweg wet- en regelgeving een in de praktijk al gegroeide doelmatige en doeltreffende geneesmiddelenaflevering in de weg. Die constatering is niet van mij en zij is ook niet nieuw. Er is namelijk in het begin van de vorige kabinetsperiode – collega's wezen er al op – door een interdepartementale werkgroep reeds op gewezen en er zijn ook voorstellen gedaan om die imperfecties – zo zie ik ze eigenlijk – op te lossen. Ik vind en wil dit duidelijk gezegd hebben vanaf deze plek, monopolieposities bij aflevering en een in de praktijk belemmerende wet- en regelgeving niet acceptabel. Dat vond de interdepartementale werkgroep ook, want een van de aanbevelingen in 1994-1995 was immers 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.

Niet alleen de interdepartementale werkgroep vond artikel 13 verouderd, ook de minister van Volksgezondheid was het ermee eens. Toen de

Oudkerk

PvdA-fractie in haar schriftelijke inbreng over adviesorganen zei dat artikel 13 eigenlijk gewijzigd moest worden, was zij het daarmee eens. Het artikel was verouderd, maar zij koos er vooralsnog voor om deze wetswijziging te betrekken in de gehele modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Daar zit voor mij het cruciale punt. Mevrouw Van Vliet zei mij te kennen en te weten dat wachten er voor mij niet bij zit. Die modernisering zou er eerst eind 1996 komen, daarna eind 1997 en daarom hebben wij in eerste instantie in 1997 het initiatief genomen. De heer Buijs zei terecht dat dit alweer twee jaar geleden is. De duur is mij eerlijk gezegd ook tegengevallen! Het laatste bericht dat ik hoorde, is dat wij binnenkort een beleidsnota krijgen over de totale Wet op de geneesmiddelenvoorziening, dat daarna de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in het kabinet wordt besproken en naar de Raad van State gaat. Alles bij elkaar opgeteld, zou het in ieder geval tot medio volgend jaar duren voordat wij de wetswijziging in de Kamer konden bespreken en zouden we ongeveer tweeënhalf jaar verder zijn als de wijziging door de Kamer was behandeld. Ik vond dat niet noodzakelijk, maar maatschappelijk ook niet gewenst om langer te wachten. De praktijk heeft namelijk "last" van de huidige, vigerende wetgeving. Ontheffing wordt soms wel degelijk gegeven, maar soms ook weer teruggedraaid. Soms staat zij kwaliteit en efficiency in de weg en er bestaat een breed draagvlak voor deze wijziging in het veld. Wat mij betreft is de samenhang met het totale geneesmiddelenbeleid in het geheel niet verstoord. Integendeel!

De Wet op de geneesmiddelen bestaat uit ontzettend veel verschillende artikelen en onderdelen. Artikel 13 staat, behalve wat technische wijzigingen, eigenlijk niet in contrast of heeft soms zelfs niet eens iets te maken met andere artikelen in de wet, die ooit bedacht is om de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening in Nederland goed te regelen. Zo zijn al eerder de uitsluitend recepten- en apotheekonderdelen gewijzigd en met de wijziging van artikel 13 wordt de markt opengebroken. Naar letter en geest van de Mededingingswet moet dat ook gebeuren en meer in het algemeen ben ik van mening dat een volksvertegenwoordiger een initiatief

moet nemen als hij uit de praktijk steeds vaker signalen krijgt – van veel meer verpleegtehuizen dan van De Flecke – dat men tegen wet- en regelgeving aanloopt. Een volksvertegenwoordiger is medewetgever en wacht bijna per definitie op initiatieven van het kabinet, maar als hij meent dat de initiatieven van het kabinet terzake te lang uitblijven en hij geen bezwaren ziet voor de samenhang met ander beleid, moet hij dat initiatief ook nemen en een wetsvoorstel indienen. Dat is een van de mooie en overigens ook eervolle mogelijkheden van een parlementslid. Overigens, het kabinetsinitiatief ter wijziging van artikel 13 bleef misschien dan wel uit, maar in de gehele periode van voorbereiding heb ik zeer veel steun van de ambtenaren van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik wil ze dan ook voor die steun hartelijk danken.

Waarom nu? Nu komt er een gelegenheidsargument dat ik niet zou gebruiken als ik eerder dit jaar niet op de fiets was aangereden. Iedereen heeft gezegd dat het eigenlijk al in het regeerakkoord staat. De voorstellen van de commissie-Koopmans zullen worden uitgewerkt en in feite doet deze wetswijziging niets anders dan uitvoering geven aan een van de afspraken uit het regeerakkoord. In het rapport van de commissie-Koopmans staat: "...aanpassingen zoals opheffen van het verbod op extramuraal leveren en het verbod op loondienst van de apotheker". Dat laatste staat niet in dit voorstel, hoewel daarover wel een vraag is gesteld. In die zin schiet ik het kabinet hier te hulp, maar – nogmaals – als ik mijn sleutelbeen niet had gebroken, was dit debat waarschijnlijk in mei of juni al gevoerd en was er nog helemaal geen regeerakkoord geweest. Ik weet dus ook wel dat dit een gelegenheidsargument is.

Ik had kunnen wachten, want het zou sowieso wel gekomen zijn, zo is ook opgemerkt. Ik heb echter net aangegeven dat het maken en het behandelen van wetten zo lang duurt, dat we dan toch weer een vertraging hadden opgelopen van twee jaar. Daarom vond ik het noodzakelijk om toch door te zetten.

Ik wil geen enkel misverstand laten bestaan over het doel van deze initiatiefwet. Dat was, is en blijft dat het voor kleinere verpleegtehuizen,

kleinere instellingen, mogelijk moet worden om geneesmiddelen te krijgen via een ziekenhuisapotheker. Het gaat mijns inziens om niets anders dan het stroomlijnen van de distributie ten bate van die ene patiënt.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! De heer Oudkerk constateerde zelf al dat dit een van de voorstellen is van de commissie-Koopmans. Het gaat daarbij om een heel pakket van maatregelen. Eén daarvan heeft betrekking op het scheiden van zorg en inkoop, de rol van de verzekeraars en de budgetvorming. Naar mijn mening interfereren deze zaken regelrecht met het wetsvoorstel dat de heer Oudkerk indient. In hoeverre kan dit wetsvoorstel geïsoleerd worden behandeld, in die zin dat er geen rekening wordt gehouden met de andere sectoren waarover de commissie-Koopmans praat?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik hoop – ik ga ervan uit dat de heer Buijs die mening ook is toegedaan – dat het afleveren van geneesmiddelen nooit de verantwoordelijkheid zal worden van iemand anders dan degene die ervoor heeft gestudeerd en die dus echt weet waar hij of zij het over heeft. Als je de inkoop en de zorgverlening zou scheiden – dat hoort niet bij dit wetsvoorstel, maar stel dat dit zou gebeuren, naast een aantal andere maatregelen – dan hoop ik dat apothekers, of het nu ziekenhuisapothekers zijn of openbare apothekers, een uiterst belangrijke rol blijven houden bij het afleveren van en het bewaken van de aflevering van geneesmiddelen, los van waar de inkoop plaatsvindt.

De heer **Buijs** (CDA): Dat ben ik met de heer Oudkerk eens. Wij hebben geen enkel verschil van mening over de distributiefunctie. Een van de argumenten die de heer Oudkerk gebruikt als het om zijn voorstel gaat, is echter dat de inkoop door de ziekenhuisapotheken vanwege het volume en de gemaakte afspraken kan bijdragen aan een kostenbeheersing. Juist die inkoopfunctie wordt straks in het voorstel van Koopmans wellicht op een andere manier aan de orde gesteld.

De heer **Oudkerk** (PvdA): De commissie-Koopmans heeft een aantal voorstellen gedaan. Je kunt wat dat betreft ontzettend veel

Oudkerk

modaliteiten verzinnen, betrekking hebbend op het gebruik maken van het professionele vakmanschap van de apotheker voor het inkopen van geneesmiddelen. Ik zou ze kunnen opsommen, maar dan sta ik hier morgenochtend nog. Misschien – nu neemt mijn fantasie de vrije loop – kun je er via een nieuwe constructie voor zorgen dat apothekers, of ze nu in een ziekenhuis werken of openbaar, in dienst komen van zorgverzekeraars. Ik doe daar echter geen uitspraak over. Feit blijft dat de apotheker de zorgverlener pur sang is en dat hij of zij – daar gaat het mij om – geen voordeel mag hebben van het feit dat hij of zij zelf inkoopt. Het is mij momenteel om het even welke constructie daarvoor wordt gekozen.

Het doel van de wet is niet achter een bureau ontstaan. Er waren al ontzettend veel ontheffingen aan instellingen verleend. Collega's spraken zelfs over een percentage van 50. Die instellingen hadden liever dat een ziekenhuis de geneesmiddelen afleverde. Als de openbare apotheker de ontheffing vervolgens aanvrocht, kreeg hij of zij via het wettelijk primaat weer het alleenrecht om de geneesmiddelen in het verpleeghuis af te leveren. In het gunstigste geval werd daarna weer ontheffing verleend, maar dat gebeurde dan na een eindeloze en dure, ondoelmatige rechtsprocedure. Ik verheer echter ook niet wat op termijn het nevendoeel van deze initiatiefwet kan zijn. Dit is al ter sprake geweest, maar dan moet er wel aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan, vooral op het gebied van de kwaliteit. Het kan gebeuren dat ziekenhuisapothekers ook extramuraal mogen gaan afleveren. Dat wil zeggen dat ziekenhuisapothekers ook geneesmiddelen kunnen afleveren bij mensen die in een ziekenhuis bij de specialist zijn en door die specialist een geneesmiddel krijgen voorgeschreven. Het is echter niet aan mij om nu een uitspraak te doen over de wenselijkheid daarvan en of dat tot een kostenbeheersing leidt. Ik heb overigens in Trouw van vorige week gelezen dat Zorgverzekeraars Nederland er wel zo over denkt. Onder de kop "Ziekenhuisapothek moet ook aan thuisgebruikers kunnen leveren" – dat zijn mensen die normaliter medicijnen krijgen via de stadsapothek – zegt de heer Hoppenbrouwers van Zorgverzekeraars Nederland dat hij

vermoedt dat daar een kostenbesparing in zit. Hij weet dat echter niet zeker.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! De heer Oudkerk haalt Zorgverzekeraars Nederland erbij. Wij hebben twee brieven terzake, eentje van 13 juli jl. van de heer Hoppenbrouwers en een van de heer Ponsioen van 27 augustus jl. In de brief van de heer Hoppenbrouwers staat juist dat Zorgverzekeraars Nederland niet zit te wachten op deze wet- en regelgeving, uitsluitend met het oog op het overhevelen van verantwoordelijkheden naar de verzekeraars. Zorgverzekeraars Nederland zegt juist: indien wij die wetgeving hebben, dan kan dat een soort stok achter de deur zijn om de onderhandelingen in te gaan. Dat is een geheel andere functie.

De heer **Oudkerk** (PvdA): De woorden die Zorgverzekeraars Nederland gebruikt, laat ik graag voor haar rekening. De brief van 27 augustus geeft wel duidelijk aan dat met het wijzigen van artikel 13 er voor zorgverzekeraars een mogelijkheid komt om de geneesmiddelen-distributie op een andere manier te organiseren. Ik doe er geen kwalitatieve uitspraken over of dat qua kostenbeheersing opeens tientallen miljoenen gaat opleveren. Wel ben ik van oordeel dat primair de kwaliteit van de zorgverlening altijd voorop moet staan. Wat mij betreft geldt dan altijd het principe van gelijke monniken, gelijke kappen. Dus of het nu gaat om ziekenhuisapothekers of stadsapothekers, ze moeten aan precies dezelfde voorwaarden voldoen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik meen dat u de brief van Zorgverzekeraars Nederland dan toch niet als een soort aanbeveling moet zien. Ik citeer: "De facto komt dit neer op een route die geënt is op een verdere uitbouw en intensivering van reeds ontwikkelde initiatieven". Dat betekent niet dat op dit moment de nu voorliggende voorstellen omhelsd worden.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U leest het op die manier. Ik moet eerlijk zeggen dat wanneer ik afhankelijk zou zijn van de steun en toeverlaat van Zorgverzekeraars Nederland, het soms heel ellendig kan worden. Ik herinner mij debatten waarin de

minister door de zorgverzekeraars werd aangevallen. Ik wijs erop dat de zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij, zeker als zij straks volledig risicodragend opereren, met het wijzigen van artikel 13 mogelijkheden zien om ten aanzien van kwalitatieve dienstverlening die ook aan kostenbeheersing raakt, goede zaken te doen. Daar houd ik het op.

De heer **Buijs** (CDA): Het ging mij erom dat u het als een soort aanbeveling vermeldde. Daarover zijn wij het nu eens: wij zijn niet gehouden aan meningen van externen, zoals Zorgverzekeraars Nederland.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Neen, en dus ook niet aan de mening van andere organisaties die wel eens gelegenheidsargumenten gebruiken. Dat neemt niet weg dat ik wel goed luister naar de argumenten. Als je geen draagvlak hebt in het veld, kun je het schudden.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De heer Oudkerk heeft heel duidelijk aangegeven dat hij op basis van de situatie in verpleeghuizen over de onderhavige problematiek is gaan denken. Dat is op zichzelf prima, maar gaande de discussie die lang heeft geduurd, is het toch wel duidelijk geworden dat wij de materie wat breder zouden moeten bekijken. De organisaties in het veld die er op zichzelf ook heel positief tegenover staan – ik ben het met de heer Oudkerk eens dat je dat hogelijk moet waarderen – geven tegelijkertijd aan dat op een aantal punten een en ander nog eens goed bezien moet worden en dat een bredere visie nodig is. Mijn vraag is dan ook of de onderhavige kleine verandering die vervolgens enorm veel wijzigingen met zich heeft gebracht, niet beter in een breder kader geplaatst had kunnen worden, inclusief een bredere visie op de ziekenhuisfarmacie en de toekomst van de apotheker.

De **voorzitter**: Ik herinner mij dat u dit ook in uw eerste termijn gevraagd heeft. Ik neem dan ook aan dat de heer Oudkerk daar zo meteen nog een antwoord op gaat geven.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Goed, dan wacht ik dat nog even af.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb mij

Oudkerk

enigszins verbaasd over de opmerking van de heer Oudkerk dat kostenbeheersing en besparing niet het doel van het wetsvoorstel is. In de Volkskrant van vandaag zegt de heer Oudkerk namelijk: "Als wij nu niet meteen iets doen, gaat ons dat honderden miljoenen gulden kosten". Slaat die uitspraak dus niet op dit voorstel?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Neen, dat slaat helaas niet op dit voorstel. Het is wel zo dat het kabinet snel met een plan van aanpak moet komen. Ik verwijs ook naar de haast waarom de vorige week in het debat over de regeringsverklaring is gevraagd. Er dreigt namelijk een enorme overschrijding. Gerichte maatregelen zijn nodig. Overigens, laat ik geen grote broek aantrekken, dit initiatiefvoorstel is maar een heel kleine druppel op een enorme gloeiende plaat. Als je geen gedegen maatregelen neemt om de geneesmiddelenvoorziening qua kwaliteit en kostenbeheersing op een andere manier te organiseren, dan krijgen wij moeilijkheden met de toegankelijkheid en dus met de kwaliteit.

Mevrouw **Kant** (SP): Denkt u dat dit voorstel al dan niet leidt tot kostenbeheersing?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het liefste zou u natuurlijk van mij willen horen: 150 mln., 20 mln. of 10 mln. Ik wilde dat het u kon zeggen, maar dat kan ik niet. Er zijn wel voorbeelden van verpleeghuizen die uiteindelijk door een ziekenhuisapotheek bediend werden en die 15% reductie hadden op de kosten. Er zijn echter ook voorbeelden van openbare apothekers, stadsapothekers dus, die een verpleeghuis met meer dan 300 bedden van medicijnen gingen voorzien en die zelfs een kostenreductie van 18% hebben verkregen. Dat geeft voeding aan mijn overtuiging dat als je in de regio's de partijen goed laat onderhandelen en bekijkt wat in die regio's het meest wenselijk, doelmatig en effectief is, er inderdaad een flinke kostenbeheersing uitkomt. Ik ga daar echter geen getal bij noemen, want dan moet ik gissen en zou ik valse beloften geven.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik wil de heer Oudkerk mee terug nemen naar wat collega Buijs zojuist inbracht, namelijk de correspon-

tie met Zorgverzekeraars Nederland. Collega Buijs heeft vrij uitgebreid geciteerd uit een eerdere brief, maar ik heb hier de brief van 27 augustus. In de tweede alinea in die brief wordt gesproken over de instemming van Zorgverzekeraars Nederland met het intrekken van artikel 13. In de derde alinea staat echter: gezien het tot nu toe gevoerde debat, de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging, willen wij nogmaals beklemtonen dat wij het thans voorliggende voorstel tot wijziging van artikel 13 WOG ondersteunen. Wij hebben nu allemaal de neiging om zeer breed te gaan, met name in het kader van de aankondigingen van het regeerakkoord en het antwoord van de minister, waar wij ook naar uitzien. Er is nu echter een voorstel voor een klein stapje vooruit. Wij willen dat stapje vooruit, indien het zin heeft, bespoedigen.

De **voorzitter**: Mevrouw Hermann, u moet iets korter zijn in de interruptietijd. Dit wordt namelijk weer een termijn.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik wil gericht op dit geheel een nevenvraag stellen. Hoe kunnen wij de niet-ziekenhuizen met meer dan 300 bedden er goed bij betrekken?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik meen dat ik die er met de tweede nota van wijziging, waarover straks meer, goed bij heb betrokken, in die zin dat ik die de ruimte geef om een overeenkomst aan te gaan met hetzij een openbare apotheker, hetzij een ziekenhuisapotheek. Ik heb naar aanleiding van dit wetsvoorstel veel in het land rondgekeken en heb gezien dat men overal verschillende voorkeuren heeft, om welke, soms irrationele, redenen dan ook. Ik denk dat die met dit wetsvoorstel gehonoreerd worden. Die vrijheid laat ik ze namelijk.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Volgens mij hadden ze die in de praktijk al bijna allemaal.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het verpleeghuis Randerode, dat meer dan 300 bedden heeft, had een openbare apotheker die de geneesmiddelenvoorziening deed, maar officieel mocht dat niet, want ze hadden meer dan 300 bedden. Je kunt natuurlijk zeggen: officieel mag

er zoveel niet. Dit wetsvoorstel volgt echter in feite niets anders dan wat her en der in de praktijk is gegroeid. Ik vind dat een wenselijke ontwikkeling en ik hoop dat die in andere regio's ook wordt gevolgd.

De heer **Buijs** (CDA): Ik heb een gewetensvraagje aan collega Oudkerk over de aanleiding van het ontstaan van dit initiatief. Hij sprak over kwaliteit en kostenbeheersing, maar als ik goed ben geïnformeerd, is het ontstaan omdat hij zich stoorde aan de uitspraak inzake de situatie in verpleeghuis De Flecke in Joure. In een latere nota van wijziging en in de nota naar aanleiding van het verslag werd er melding van gemaakt dat de geneesmiddelenvoorziening niet alleen open moest staan voor deze verpleeghuizen, maar ook voor chronische patiënten en voor patiënten die poliklinisch continu onder controle van de specialist blijven. Wij hebben nu een situatie waarin sprake is...

De **voorzitter**: Mijnheer Buijs, mijn opmerking geldt ook voor u. Dit soort dingen had u in uw eerste termijn naar voren kunnen brengen of kunt u die in uw tweede termijn naar voren brengen. Interrupties moeten kort en bondig zijn en nadere vragen bevatten. Het mogen geen hele betogen zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Wat vindt de heer Oudkerk daarvan?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Een initiatiefwetsvoorstel dat geboren wordt uit ergernis met een situatie, daar wil ik mij niet schuldig aan maken. Dan zou het van mijn kant namelijk initiatiefwetsvoorstellen regenen. Het was wel de aanleiding om erover na te gaan denken. Ik ben in het veld gaan informeren hoe het precies zat en toen liep ik tegen dingen aan waarvan ik dacht: dat is toch eigenlijk raar, wij hebben wetten regelgeving die bepaalde dingen regelt, maar de praktijk regelt dat anders en eigenlijk veel doeltreffender en doelmatiger. Waarom zorgen wij niet dat wetgeving de praktijk volgt, tenzij het problemen oplevert voor de praktijk, maar dat doet het niet.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Voorzitter! Nog even iets over de al dan niet optredende financiële

Oudkerk

voordelen. De heer Oudkerk zegt terecht in de richting van mevrouw Kant dat dat niet de eerste opzet is, maar dat hij niet uitsluit dat die voordelen er zijn. In de praktijk is dat ook gebleken. Ik denk ook dat die voordelen op zullen treden binnen verpleegtehuizen en ziekenhuizen. Maar waar blijven die? Ik wil graag weten hoe hij daarover denkt. Zolang de uitvoeringstoets van het COTG niet geheel is uitgevoerd, zal de bevolking c.q. de patiënt van deze voordelen niet beter worden. En is dat uiteindelijk niet de bedoeling?

De heer **Oudkerk** (PvdA): U raakt des Pudels Kern. Dat is uiteindelijk de bedoeling. Dat betekent dat ziekenhuisapothekers hun inkoopvoordelen – hoe groot ook – moeten teruggeven aan het ziekenhuis en deze niet in eigen zak mogen steken, terwijl dat bij stadsapothekers soms anders gaat, omdat daar niet-transparante kortingen en bonussen zijn. Alleen dat al is winst ten opzichte van de huidige situatie. Als het terugvloeit naar het ziekenhuis, zal het naar ik aanneem in dat ziekenhuis besteed worden aan zorg. Het komt dan dus de patiënten ten goede. Je zou ook kunnen zeggen dat het ten goede moet komen aan een premieverlaging, of dat de wachtlijsten verminderd worden of hiervoor andere manieren van zorg worden ingekocht.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Maar dan toch alleen als de richtlijnen die het COTG heeft aangegeven in 1997, allemaal worden uitgevoerd? Anders vinden wij het allemaal niet meer terug.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Als de uitgaande declaraties niet goed worden bijgehouden en er geen goede administratie wordt gevoerd, kun je nooit controleren waar het geld blijft. Dat is nu juist een van de dingen waar wij hier voor staan. Dat geldt overal in de gezondheidszorg. Wij moeten weten waar iedere gulden blijft.

Voorzitter! Ik had het over het primaat van de stadsapotheker voor instellingen met minder dan 300 bedden. Dat betekende dat een verpleegtehuis geen gebruik kon maken van een ziekenhuisapotheek, ook niet wanneer dat aantoonbare voordelen had. Dat was de primaire aanleiding om te komen tot dit wetsvoorstel. Het primaat van de

stadsapotheker is hier wel erg streng. Het is trouwens de vraag of het primaat zo bedoeld was. Door de grens bij 300 bedden te leggen, kregen de stadsapothekers het primaat in 1963 in de schoot geworpen. Ondanks of dankzij, maar het is een primaat geworden.

Door de inbreng van de collega's in het verslag ben ik hierover gaan nadenken. Het mes snijdt natuurlijk ook aan de andere kant. Tijdens de voorbereiding van het wetsvoorstel bleek, ook door de inbreng van de collega's, dat er een groot verpleeghuis was – de Randerode – met meer dan 300 bedden, dat op grond van zeer duidelijke argumenten, waar ik niet tussen kon komen, gekozen had voor een stadsapotheker in de betreffende regio. Officieel mag dat niet, ondanks het feit dat werd aangetoond dat het betere kwaliteit en betere voorzieningen leverde. Dat is merkwaardig. Ook dan is de wet te streng. Ik heb daarom gemeend niet alleen het verbod op extramuraal afleveren voor ziekenhuisapotheken te moeten opheffen, maar ook conform de wens van een groot aantal collega's bij de schriftelijke inbreng het mes aan de andere kant te laten snijden.

Voorzitter! Ik kom nu bij een voor mij cruciaal punt. Ik geef dat eerlijk toe. Er zijn twee nota's van wijziging ingediend. In de eerste nota van wijziging probeerde ik het via het intrekken van het artikel 19-verbod op het werken in meer dan één apotheek, mogelijk te maken dat een stadsapotheker in de stad werkte maar ook een grotere instelling met meer dan 300 bedden zou kunnen verzorgen. Dat leek een goede oplossing. Ik heb toen vele gesprekken met het ministerie, het veld en met de inspectie gevoerd. Deze wees mij erop dat dit theoretisch betekende dat de fysieke aanwezigheid van een eerstverantwoordelijke apotheker niet meer verplicht is. Ook de KNMP heeft hier mijns inziens terecht op gewezen. Dit is misschien theoretisch, maar een wet moet wel deugen, zoals mijn collega's ook gezegd hebben. Als de theorie niet deugt, loop je de kans dat de praktijk niet deugt. Daarom heb ik besloten, hoewel er een eerste nota van wijziging was, niet aan artikel 19 te gaan morrelen en die nota van wijziging dus opnieuw te veranderen. Ik ben namelijk ook tot de overtuiging gekomen dat in grote ziekenhuizen een gespecialiseerde in het

ziekenhuis aanwezige apotheker noodzakelijk is die over alle faciliteiten moet kunnen beschikken, namelijk een apotheek voor de aflevering en bereiding van geneesmiddelen. Deze apotheker heeft kennis van het distributiesysteem in het desbetreffende ziekenhuis; specialistische kennis van geneesmiddelen die steeds meer niet in het ziekenhuis maar ook in de thuissituatie worden gebruikt en korte lijnen met de specialisten die in het ziekenhuis werken. Hij kan dus simpel overleggen. Hij geeft zijn inkoopvoordelen door aan datzelfde ziekenhuis en kan vaak op korte termijn de minder courante geneesmiddelen afleveren. Bovendien meen ik dat een vast dienstverband een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling met zich brengt. Het feit dat de inkoopvoordelen ten goede komen aan het ziekenhuisbudget in plaats van aan een individuele stadsapotheek, vind ik belangrijk. Bovendien heeft een ziekenhuisapotheker mijns inziens – maar dat is toekomst – een duidelijk rol in het farmacotherapeutisch transmuraal overleg. Ik heb het altijd vreemd gevonden dat huisartsen en apothekers met elkaar overleggen terwijl de ziekenhuisapotheker en de medisch specialist daarbij niet worden betrokken. Dat moet toch zo snel mogelijk gebeuren. Niet onbelangrijk is ook dat het hebben van een eigen ziekenhuisapotheker aansluit bij het beleid: binnenkort wordt een algemene maatregel van bestuur ten gevolge van de Wet BIG van kracht die het voeren van de titel "ziekenhuisapotheker" erkent. Daar heb je dus ook opleidingsplaatsen voor nodig.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): De KNMP heeft hiertegenover gezet dat een openbare apotheker die zo'n ziekenhuisopleiding heeft, misschien ook wel specialismen heeft die heel nuttig kunnen zijn voor gebruik in het ziekenhuis. Misschien kan deze op termijn nog wel meer kortingen proberen te krijgen. Dat is niet onderzocht. Vindt de heer Oudkerk niet dat dit eigenlijk nog had moeten gebeuren? Wij doen immers iets bij grote verpleeghuizen wat wij niet doen bij grote ziekenhuizen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): De stadsapotheker die een opleiding tot ziekenhuisapotheker heeft gevolgd, is in feite ook ziekenhuisapotheker.

Oudkerk

Ziekenhuizen zijn tegenwoordig zeer gespecialiseerde centra, juist omdat steeds meer in verpleeghuizen, in verzorgingshuizen en thuis plaatsvindt. Het zijn zulke gespecialiseerde centra, dat ik het echt van het grootste kwalitatieve belang acht dat daar een ziekenhuisapotheker aanwezig is. Ik zou het ook heel vreemd vinden als een ziekenhuis een bepaalde medisch specialist niet zou hebben. Een ziekenhuisapotheker is in overdrachtelijke zin geen medisch specialist, maar hij is wel zodanig gespecialiseerd dat ik uit kwalitatieve overwegingen vind dat dit soort zaken daar thuishoort. Hierover kunnen wij echter van mening verschillen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik kan dat best een eind volgen, maar dan zou je je kunnen afvragen of dit zo langzamerhand niet ook voor grote verpleeghuizen gaat gelden. Ook daar is steeds meer gespecialiseerde kennis noodzakelijk. Kennelijk lukt het daar uitstekend om het op deze manier te doen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik wil toch wegblijven van de vergelijking groot ziekenhuis-groot verpleegtehuis. In de praktijk zijn er naar mijn mening zeer essentiële verschillen. Natuurlijk, in een verpleegtehuis vinden soms zeer gespecialiseerde behandelingen plaats. Daarom – en dat volgt een beetje uit dit initiatiefwetsvoorstel – zijn er steeds meer medisch specialisten die wel aan een ziekenhuis verbonden zijn, maar ook consulent zijn in een verpleegtehuis. Zo zie ik ook een heel duidelijke rol voor het consulentchap van een of meer ziekenhuisapothekers in het verpleegtehuis. Een scheiding in hetgeen er plaatsvindt, zal volgens mij echter altijd aanwezig blijven.

Voorzitter! Voor verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten vind ik dat de omgekeerde beweging – een stadsapotheker mag ook de geneesmiddelen voor een grote instelling verzorgen – wel mogelijk moet zijn. Dat vormt een prikkel tot goedkoop en doelmatig werken, regionaal bepaald. Daarom is een tweede nota van wijziging ingediend, waarbij in de wet een onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenhuizen en andere instellingen. De VVD heeft in haar schriftelijke inbreng al gevraagd om per soort instelling –

dat zou ook gekund hebben, maar dat was technisch veel te lastig – het aantal bedden vast te stellen waarbij een eigen apotheek en een eigen apotheeker verplicht zijn. D66 en het GPV hebben gevraagd waarom het niet mogelijk zou zijn om stadsapothekers aan grote instellingen te laten leveren. De laatste nota van wijziging komt mijns inziens daaraan tegemoet. Ziekenhuizen met meer dan 300 bedden zijn verplicht om een eigen ziekenhuisapotheker in dienst te nemen. De andere genoemde instellingen zijn daartoe niet verplicht. Op die wijze behoudt het specialisme ziekenhuisapotheker zijn waarde. De kleinere ziekenhuizen, verpleegtehuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen kunnen kiezen op grond van kwaliteit en prijs en op grond van hetgeen er in die regio zoal is gegroeid. Dit initiatiefwetsvoorstel maakt dus een einde aan een starre situatie waarin het primaat van de stadsapotheker vooropstond. In de nieuwe situatie kunnen beide apothekers – ziekenhuis- en stadsapothekers – concurreren op kwaliteit en prijs.

Bijna alle sprekers hebben erover gesproken: twee nota's van wijziging bij een minuscuul initiatiefwetje, is dat niet wat veel van het goede? Ik moet bekennen dat het lastiger is gebleken dan ik van tevoren had gedacht, om de gewenste praktijk in een wet vorm te geven. Olav Palme zei wel eens: politiek is een kwestie van willen, maar als je het via een wet wilt regelen, is het ook een kwestie van nog een keer lezen, nog een keer beschouwen en dan komen er nog meer verhalen. Het vertalen van een gedachte in een strikt juridische vorm, waarbij de ene wet soms ook vertakkingen heeft naar een andere wet, is toch wel een vak op zichzelf. Daarom waardeer ik de medewerking van het ministerie van Volksgezondheid des te meer.

Er zijn een paar kleine punten blijven liggen die in een laatste nota van wijziging, die inmiddels is uitgedeeld, nog aangepast moeten worden. Ik benadruk dat het niet om inhoudelijke maar om technische punten gaat. Ik heb besloten om pas nu met een laatste nota van wijziging te komen, na de Kamer gehoord te hebben. Op die manier kunnen alle besproken punten, ook de juridische, mee worden genomen. Dan beantwoordt de wet ook aan het doel waarvoor zij is gekozen.

Ik denk dat iedereen de noodzaak inziet om samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen wat betreft de geneesmiddelenvoorziening mogelijk te maken, waarbij ik verwijs naar het verpleeghuis De Flecke. De volgende wijzigingen zullen worden opgenomen. In artikel 2 moet in plaats van het eerste lid het tweede lid staan. Dat is een puur technische wijziging van de formulering. In het vierde lid wordt "waarin de bereiding geschiedt" geschrapt. Ik zou hier uitgebreid op in kunnen gaan. Het zou juridische problemen geven, als een ziekenhuis grootschalig kan produceren. Hierdoor zou ook oneerlijke concurrentie kunnen ontstaan. Als een ziekenhuis in Nederland zelfjes produceert en de handel voor het hele land en voor het buitenland doet, is dat niet de bedoeling van deze wet. Het ministerie heeft toegezegd om een strikt ontheffingenbeleid te voeren wat dit betreft.

De heer **Rouvoet** (RPF): Is het stilzwijgend vervallen zijn van de ontheffing door de minister, zoals aangevoerd door de KNMP, hiermee hersteld of is dat een ander punt?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is hiermee hersteld. Omdat er door velen naar is gevraagd, zal ik de brief van de KNMP erbij pakken en zeggen wat ermee is gebeurd. Ik kan dat wel allemaal voorlezen, maar dat zal ik niet doen, want dan krijg ik ruzie met de voorzitter.

Door vele collega's is over de U-bocht gepraat. Bij de U-bocht zeggen de ziekenhuizen dat het te duur is en dat zij de geneesmiddelen via het extramurale circuit, buiten het ziekenhuis, declareren om het ziekenhuisbudget te ontlasten. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik erop gewezen dat met het invoeren van aanspraak op medisch-specialistische zorg elke toediening in het ziekenhuis, zowel klinisch als poliklinisch, onder het ziekenhuisbudget valt. Zover is het nog niet, maar dat zou de U-bocht formeel onmogelijk maken, dus laten wij hopen dat het snel zover komt.

Verzekeraars hebben er belang bij om geneesmiddelen niet extramuraal te vergoeden, als zij binnen het ziekenhuisbudget vallen. Het feit dat zij meer risico dragen, hoewel zij nog niet volledig risicodragend zijn, speelt hierbij ook een rol. Zorg-

Oudkerk

verzekeraars Nederland wijst er in die befaamde brief van 27 augustus dan ook op dat dit wetsvoorstel de toepassing van de U-bocht geenszins vergemakkelijkt, maar die U-bocht vind ik sowieso onwenselijk, initiatiefvoorstel of niet. De U-bochtconstructie is ongrijpbaar en maakt de kosten ondoorzichtig en misschien wel hoger. Mijn collega Arib heeft al gewezen op de beleidsregel dure geneesmiddelen en kunst- en hulpmiddelen. Ik wijs het antwoord van de minister over de U-bocht af. Ik denk dat het probleem van de U-bocht sowieso moet worden opgelost.

Het beleid is op dit moment gericht op versteviging van het overleg tussen ziekenhuisapothekers, stadsapothekers, huisartsen en specialisten. Als dat op de een of andere manier toch misgaat en blijkt dat er overal U-bochtconstructies ontstaan die niet gewenst zijn, moeten wij daar zelf bij zijn, zodat het parlement dat kan controleren. Met dit wetsvoorstel is niet bedoeld om een allesomvattende regeling te presenteren, die alle kosten van geneesmiddelen binnen afzienbare tijd overzichtelijk en beheersbaar maakt. Het is bedoeld om samenwerking te stimuleren en prikkels te geven voor efficiënte, prijsbewuste geneesmiddelendistributie. Om deze in de gaten te houden, is er een evaluatiebepaling aan de wet toegevoegd. Aanvullende maatregelen blijven wat mij betreft noodzakelijk voor de U-bocht.

Mevrouw de voorzitter! Ik kom terug op een aantal specifieke vragen van mijn collega's, allereerst op vragen van mevrouw Hermann. Zij heeft terecht opgemerkt dat het COTG gezegd heeft dat er, ook qua kostenbeheersing, met name bij de geneesmiddelenvoorziening aan kleine instellingen winst te boeken is en dat het COTG nog vragen heeft over de extramurale geneesmiddelenvoorziening. Ik denk dat dat in eerste instantie zo is; in tweede instantie kan ik alleen maar de geluiden uit het veld volgen: verzekeraars, maar ook anderen in het veld zijn ervan overtuigd dat ook het extramuraal leveren op den duur de nodige inkoopvoordelen kan opleveren, maar het primaire doel blijft een goedkopere, doelmatigere en kwalitatief betere levering aan kleinere instellingen.

Mevrouw Hermann heeft een aantal bezwaren en een aantal

voordelen van het extramuraal afleveren genoemd. Ik vind het belangrijk om op het belangrijkste bezwaar in te gaan, omdat ook anderen, onder anderen de heer Buijs, het daarover hebben gehad: stel nu eens dat de ziekenhuis-apotheker straks gaat leveren aan iemand die het ook bij zijn gewone apotheek kan halen; hoe zit het dan met de medicatiebewaking? Ik moet zeggen dat ik, onafhankelijk van dit wetsvoorstel, vind dat de medicatiebewaking bij een ziekenhuis-apotheker kwalitatief gelijke tred moet houden met die van een stadsapotheker. Nog belangrijker is het online gaan – of al die andere vreselijke uitdrukkingen – zodat gecontroleerd kan worden wat iemand op een bepaald moment krijgt toegediend. Dat lijkt mij van een zo grote importantie dat dit zo snel mogelijk moet worden ingezet. Als iemand 's avonds een geneesmiddel ophaalt bij een dienstdoende stadsapothek die niet zijn eigen apotheek is – ik spreek hier uit eigen ervaring – weet die dienstdoende apotheek soms en helaas meestal niet welke geneesmiddelen de voorgaande maanden en jaren in die andere apotheek gegeven zijn. Geneesmiddelen, paspoorten of zelfs kaartjes met een leesstrip waarop precies staat wat je slikt, zijn natuurlijk een oplossing, maar ongeacht dit wetsvoorstel moeten de stroomlijning van de geneesmiddelenvoorziening en de desbetreffende kwaliteitseisen overal voor 100% dezelfde zijn, zodat iemand – waar dat geneesmiddel ook is verkregen – moet kunnen zien wat, op welk moment en hoeveel die persoon slikt.

De heer **Buijs** (CDA): Mag ik uit dit antwoord opmaken dat u naast de stadsapotheker ook doelt op de plattelandsapotheker, zijnde een apotheekhoudend huisarts? De door u vermelde casuïstiek is immers met name voor de tweede groepering interessant.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik moet mijn excuses maken: met "stads-apotheker" bedoel ik "openbare apotheek". Omdat al die termen – "gevestigde apotheek", "openbare apotheek", "ziekenhuisapotheker" – soms een onbegrijpelijk eigen leven gaan leiden, heb ik het begrip "stadsapotheker" gebruikt, maar ik heb daarmee ook de plattelands-

apotheker en de apotheekhoudend huisarts bedoeld. Laten wij het de "niet-ziekenhuisapotheker" noemen. Dat is volgens mij de gemakkelijkste definitie.

De heer **Buijs** (CDA): Of gewoon de "apotheekhoudende".

De heer **Oudkerk** (PvdA): Eigenlijk houdt ook een ziekenhuisapotheker een apotheek. Maar goed, ik kan een eind met u meegaan.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik denk dat collega Oudkerk en ik het helemaal eens zijn over de waarde van onlineverbindingen en dergelijke, maar als wij doorredeneren, komen wij op de ziekenhuis-apotheken waarvan de patiënten uit een zeer groot gebied komen. Daarbij denk ik met name aan de grotere academische ziekenhuizen. Zijn wij dus niet al zover dat wij datgene wat wij graag willen, realiteit kunnen laten worden?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Het antwoord is onverkort "nee". Dat blijkt ook wel, maar dit zou wel zo snel mogelijk gerealiseerd moeten worden. Ik moet er overigens niet aan denken dat wij een distributiesysteem krijgen waarbij iemand 30 kilometer moet reizen om zijn geneesmiddelen af te halen. Er blijft dus altijd een wijdverbreid satellietstelsel, maar op z'n minst betreurt ik het dat de samenwerking via de elektronische snelweg in de gezondheidszorg meer in de kinderschoenen staat dan in andere bedrijfstakken.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Als ik waar dan ook in West-Europa op vakantie ben, kan ik in het gewone betalingsverkeer inderdaad overal met hetzelfde kaartje betalen en dat gaat ook nog van mijn rekening af. Het zou dus allemaal moeten kunnen, maar ik denk dat wij in een latere fase bij de minister terecht komen met onze wensen op dit punt.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat denk ik ook. Ik denk overigens in de eerste plaats dat het geld kost, maar in de tweede plaats dat de initiatieven echt door het veld moeten worden genomen. Ik heb mij er altijd over verbaasd dat de gezondheidszorg op dit punt niet de goede voorbeelden volgt van andere bedrijfstakken, waar

Oudkerk

dit – natuurlijk soms met fouten – wel goed geregeld is. U noemde zojuist het voorbeeld van kaartjes die je in een automaat steekt, waarna het geld automatisch wordt afgeschreven.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik wil toch even terug naar het wetsvoorstel. Wij zijn het erover eens dat het wenselijk is dat de medicatiebewaking goed voor elkaar is, maar deze wetswijziging leidt er misschien wel toe dat het risico groter wordt dat het niet goed zit met de bewaking, omdat er meer apothekers betrokken zijn bij geneesmiddelenverstrekking aan patiënten. Denkt de heer Oudkerk niet dat het risico dat het fout gaat, met dit wetsvoorstel groter wordt?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik schat dat het risico kleiner wordt, omdat ik denk dat dit wetsvoorstel, buiten de oorspronkelijke bedoelingen, een prikkel is om de samenwerking tussen ziekenhuisapotheker en apotheekhoudende, om de woorden van de heer Buijs te volgen, te verbeteren en niet om elkaar weg te concurreren. In de huidige situatie is het zo dat er wat dat betreft vaak fouten worden gemaakt en ik hoop die foutenreeks met dit wetsvoorstel te verminderen omdat de zaak meer gestroomlijnd wordt.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! Dat moet de heer Oudkerk mij toch nog eens uitleggen, want dat snap ik niet. Allereerst maakt hij er melding van dat er een bijna "middeleeuwse communicatiekloof" aanwezig is in en om het medische veld en vervolgens zegt hij dat invoering van het nieuwe wetsvoorstel geen extra risico meebrengt doordat dit zo is.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dan begrijpt de heer Buijs mij verkeerd. Op dit moment zijn er ontzettend veel goede initiatieven en wordt alles vooral lokaal en in de regio's op elkaar afgestemd, bijvoorbeeld via dezelfde providers. Ik denk dat het belang alleen maar groter wordt om ervoor te zorgen dat het zo snel mogelijk wordt geregeld, vanwege de kwaliteit en ook vanwege het feit dat wij een aantal kwaliteitswetten hebben die ziekenhuisapothekers en openbare apothekers daarop toetsen. Het is niet zo dat wij in de middeleeuwen beginnen, wij beginnen niet bij nul. Soms is een huisarts-informatiesysteem nog wel zodanig

dat er niet met een druk op de knop iets uitrolt bij de apotheek, maar er vinden steeds meer verbeteringen plaats. Wij beginnen dus niet bij nul; wij zijn al een heel eind, maar er kan nog een hoop verbeterd worden. Laat ik van mijn hart geen moordkuil maken, ik moet er niet aan denken dat ziekenhuisapothekers dadelijk extramuraal gaan afleveren, bijvoorbeeld in plaats van plattelandsapothekers of openbare apothekers, als de medicatiebewaking niet op dezelfde wijze geregeld is als nu met de openbare apothekers. Daar is gelukkig wettelijke bescherming voor en daar hebben wij ook zorgverzekeraars voor die vrij kunnen contracteren. Als niet aan de kwaliteit wordt voldaan, maar dat geldt voor alle wetsvoorstellen, moet er ingegrepen worden, hetzij via de wet, hetzij via de zorgverzekeraars.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Oudkerk heeft het over een prikkel tot investeren. Mag ik ook weten wie de kosten daarvoor betaalt?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is eigenlijk een vraag die de heer Buijs bij de minister moet neerleggen. Ik heb op dit moment geen overzicht over de totale kosten, maar in het regeerakkoord zijn al plannen opgenomen om een bijdrage te leveren in de kosten. Ik denk dat verzekeraars, overheid, artsen en apothekers uiteindelijk samen die kosten moeten dragen.

Dan kom ik bij de inbreng van de heer Buijs. Hij heeft een aantal specifieke vragen gesteld. Hij vroeg of de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst naar aanleiding van artikel 19 eigenlijk niet ook gewijzigd zou moeten worden. Mijn invalshoek is dat dit zou moeten gebeuren, maar dat valt buiten mijn competentie en daarom hoor ik daar graag de mening van de minister over. Vervolgens vroeg de heer Buijs of het niet in strijd is met de Mededingingswet als je concurrentie krijgt tussen een apotheker, een ziekenhuisapotheker en anderen. Nee, het is bedoeld als prikkel. Ik verwacht eerlijk gezegd dat er eerder samenwerking zal ontstaan – omdat iedereen de winst daarvan zal zien – dan dat er concurrentie ontstaat. Als concurrentie beter is voor de patiënt, dan kies ik voor concurrentie. Dan kom ik ook bij de inbreng van collega Kant. Als samenwerking

beter is, dan kies ik voor samenwerking.

Over de elektronische communicatie heb ik het al gehad. Dan kom ik op het amendement op stuk nr. 14 van de heer Buijs. Collega Rouvoet, die er nu niet is, sprak van een destructief amendement. Zover wil ik in eerste instantie niet gaan, maar ik heb er nog wel een aantal vragen over die hij wellicht in tweede termijn kan beantwoorden. Bedoelt hij met "het inwonend personeel van dat ziekenhuis" in de laatste zin onder II alleen het ziekenhuis? Begrijp ik hem nu goed dat hij het eigenlijk wel eens is met het wetsvoorstel als het beperkt zou blijven tot alleen het eerste doel, namelijk het leveren aan verpleegthuizen en dus niet het extramuraal afleveren. Wellicht kan de heer Buijs deze vraag nu beantwoorden.

De heer **Buijs** (CDA): De heer Oudkerk heeft mij goed begrepen. Het betreft de levering aan de omschreven categorieën verpleegthuizen, zwakzinnigeninrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen en kleinere ziekenhuizen. Het gaat niet om een uitbreiding tot iedere patiënt in dit land.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik begrijp het amendement goed. Ik kies toch voor een andere richting. Je wilt een primaat opheffen, maar laat toch ergens een schot zakken dat ik niet wil laten zakken. Er is een samenhang met allerlei voorstellen die er aankomen. Ik wil die vrijheid naar twee kanten laten werken en wil het niet beperken tot alleen de aflevering in verpleegthuizen en andere kleine instellingen.

Voorzitter! Ik kom te spreken over de inbreng van mevrouw Van Blerck. Ik sprak al over de U-bocht. Wat de voorbereidingstijd van het COTG betreft, gaat het om regels die worden gesteld aan de administratie, registratie en andere zaken die in de brief van het COTG zijn vermeld. Het kan wel eens zo lang duren, dat wij dan een of twee jaar verder zijn.

Zij heeft terecht gezegd dat de zorgverzekeraars nog niet geheel risicodragend zijn. Dat zijn zij nu nog niet, dat worden ze wat mij betreft wel. Ook een nog niet geheel risicodragende zorgverzekeraar heeft mijns inziens de plicht om erop te letten dat iedere gulden die voor een bepaald doel is bestemd, daarvoor ook gebruikt wordt. Ik verwacht dat

Oudkerk

de zorgverzekeraars ook in het overleg met ziekenhuisapotheken, huisartsen, specialisten en gewone apothekers de zaken duidelijk vastleggen. Dat is lang niet altijd een zaak van de politiek, het is ook een zaak van de zorgverzekeraars. Het zou een scheiding teweegbrengen als zorgverzekeraars daartoe alleen maar bereid zijn als wordt gezegd: wij lopen een volledig risico, dus gaan wij eindelijk eens controleren. Vele zorgverzekeraars in het noorden en het zuiden van het land doen dat al en doen het op een hele goede manier.

Mevrouw Van Blerck vroeg naar een reactie op de technische bezwaren van de KNMP, neergelegd in de brief van 28 augustus jl. KNMP spreekt over een beoogde kostenbesparing. De vraag wordt gesteld of die gerealiseerd zal worden. Ik heb nergens een beoogde kostenbesparing genoemd. Ik verwacht die wel. Ik sprak al over de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De minister zal er verder op ingaan. Wat artikel 13, lid 1, betreft – het wordt nu technisch – merk ik op dat het niet nodig is om artikel 1 en artikel 13 op elkaar af te stemmen omdat in het tweede lid "ziekenhuis" al genoemd wordt. Deze informatie is mij door de ambtenaren van het ministerie geworden.

De heer **Rouvoet** (RPF): Het is merkwaardig dat binnen één wet sprake is van twee definities van het begrip ziekenhuis.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat is inderdaad zo. Ik heb begrepen dat de minister daarover nog iets zal zeggen. Het bijt elkaar niet.

Ik kom te spreken over artikel 13, lid 3. In het oorspronkelijk wetsvoorstel was opgenomen dat er een door de minister goedgekeurde overeenkomst diende te zijn. Aangezien een apotheker een overeenkomst sluit met de ziekenhuisdirectie die weer aan de kwaliteitswet is gebonden, is dat niet noodzakelijk. Wat artikel 2b betreft merk ik op dat met de derde nota van wijziging het terecht door de KNMP naar voren gebrachte bezwaar is weggenomen. De minister gaat een strikt ontheffingenbeleid voeren. Met Europese wet- en regelgeving krijgen wij in dit geval niet te maken.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Als met

de laatste nota van wijziging, die wij zojuist hebben ontvangen, aan artikel 2b een andere invulling wordt gegeven, is er niet sprake van een louter technische wijziging. Ik heb nog niet goed naar deze nota van wijziging kunnen kijken, maar wellicht gaat het om een inhoudelijke verandering; er vervalt iets.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Volgens mij is er een relatie tussen artikel 2b en het vierde lid. Ik kan er nu niet nader op ingaan, maar in tweede termijn zal ik dit verduidelijken. Waar het om gaat, is dat het ontheffingenbeleid zoals het in de oorspronkelijke nota van wijziging was verwoord, duidelijk in aanvaring kwam met Europese regelgeving. Verder is duidelijk dat het ontheffingenbeleid aan zeer strenge voorwaarden zal moeten voldoen; die voorwaarden worden door de minister geformuleerd.

Voorzitter! Ik meen dat ik hiermee ook ben ingegaan op de vragen van mevrouw Van Blerck. Voorts heb ik al een aantal vragen van mevrouw Van Vliet beantwoord. Zij is uitvoerig ingegaan op het belang dat er aan de vraagzijde is. Ik denk dat er in dit verband sprake is van een groot belang, al rijst de vraag hoe men het begrip "vraagzijde" precies definieert. Hoe dan ook, het zijn de patiënten die eenmaal per jaar van verzekeraar kunnen wisselen. Het is wellicht goed om voor deze microfoon nog eens te zeggen dat dat mogelijk is. Zorgverzekeraars bieden bepaalde pakketten aan. Als men daarmee, hetzij vanwege de prijs, hetzij vanwege de kwaliteit, niet kan instemmen, kan men van zorgverzekeraar wisselen. Ik acht het van groot belang dat ook met betrekking tot niet-risicodragende zorgverzekeraars in uitkomsten van overleg precies wordt vastgelegd wat er precies in de desbetreffende regio wordt afgesproken. Wat het belang voor de verzekeraar betreft wijs ik erop dat het – of het nu uit het ene of het andere potje komt, intramuraal of extramuraal – uiteindelijk allemaal toch van de premies moet komen. Ik denk dat de verzekeraars hier dus wel degelijk een bepaald belang hebben.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Op zich is dat een discussie die je voert om helder te maken dat je er veel belang aan hecht dat het op die wijze gebeurt. Maar, om hierop

verder te borduren, ik voerde nog een ander punt aan: u legt eigenlijk ook de verantwoordelijkheid om de intra- en extramuraal financieringsstromen helemaal uit elkaar te trekken, bij de zorgverzekeraars en uiteraard bij de ziekenhuizen die dit op een juiste wijze moeten declareren. Dat is toch een behoorlijke belasting die plotseling op hun bordje terechtkomt. Ik vraag mij dus af of het COTG zover is met de ontwikkeling van richtlijnen hiervoor, dat dit gelijk met de eventuele invoering van een wetsvoorstel goed verloopt.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik denk dat dit goed kan verlopen. Met u ben ik van mening dat dit belang heel groot is, omdat het anders een ratjetoe van oncontroleerbare zaken kan worden. Ik blijf ook bij mijn laatste opmerking: of het nu gaat om een intra- of extramuraal budget, het moet uiteindelijk allemaal uit één grote pot komen. De verzekeraar kan dus niet bij een ander potje gaan declareren als er iets scheef gaat. Wat dit betreft ben ik dus minder bang dan u dat de verzekeraar daar geen groot belang bij heeft.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Het moet uiteindelijk uit die ene pot komen. Ik denk hierbij aan taxol, waarbij wij onszelf toch een aantal malen op het achterhoofd hebben gekrabbd. Nu is dit voorbeeld natuurlijk iets anders, maar ook daar hadden wij te maken met een ziekenhuisbudget dat uiteindelijk toch uit een andere pot moest komen. Dergelijke dingen moeten wij in de toekomst voorkomen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik ben het volstrekt met u eens. Overigens vind ik dat wij dit, los van dit wetsvoorstel, sowieso moeten voorkomen, omdat wij het in feite weer hebben over U-bochtachtige constructies en allerlei andere oncontroleerbare financiële zaken. Ik denk dat op dit punt in de komende periode nog veel te doen is. Ik denk echter niet dat mijn wetsvoorstel deze zaak bijt, stimuleert of remt. Het moet sowieso geregeld worden.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! Ik heb bezwaar tegen het feit dat de heer Oudkerk zegt dat alles uit één grote pot komt. Wij hebben twee stromen. De AWBZ-instellingen hebben een andere financierings-

Oudkerk

stroom dan de met premies gefinancierde instellingen. Daar zit wel degelijk verschil tussen. Of gooit u, vooruitlopend op een stelselwijziging, nu al alles op één hoop?

De heer **Oudkerk** (PvdA): De verleiding zou groot zijn om daar "ja" op te zeggen. Maar u hebt zowel formeel als moreel gelijk: de AWBZ is een andere pot dan de Ziekenfondswet en de particuliere verzekeringen. Wat ik bedoel, is dat de patiënt uiteindelijk toch zijn premie moet betalen, hetzij de AWBZ-, hetzij de ziekenfonds-, hetzij de particuliere premie. One way or the other, het komt altijd terug. Dat is absoluut waar. Ik mag hier niet namens mijn fractie spreken, alleen namens mijzelf. Er leven echter ten aanzien van een stelselwijziging wel wensen bij mij, en overigens ook bij mijn fractie.

Collega Rouvoet vroeg waarom heel artikel 13 niet wordt ingetrokken. Ik hoop duidelijk te hebben gemaakt dat ik het belang van een in het ziekenhuis aanwezige apotheker zo groot acht, dat het intrekken van artikel 13 wat mij betreft absoluut niet opportuun is. Daarmee zou immers worden voorbijgegaan aan de noodzaak van een ziekenhuis-apotheker.

Volgens een briefje van mijn medewerkster moet in het eerste lid achter "apotheker" een komma worden geplaatst, zoals ook in de brief van de KNMP staat. Er moet geen komma achter "apotheker" worden geplaatst in het tweede lid van het artikel volgens het initiatiefvoorstel. Het is juist de bedoeling van de bepaling, dat de apotheker van de ziekenhuisapotheek in dienst is van het ziekenhuis.

Collega Arib stelde mij eigenlijk de moeilijkste vraag. Ik mag misschien wel verklappen dat de minister tegen mij zei dat je er heel filosofisch college over kunt geven. Wat is het ideaalbeeld van een goede regionale geneesmiddelenvoorziening? Ik wilde het eigenlijk in één zin zeggen. Het allergrootste belang van een goede regionale geneesmiddelenvoorziening is dat geen van de betrokken partijen er zelf beter van wordt dat zij in het zorgcircuit iets mogen doen. Daar wilde ik het maar bij laten, want anders kom ik inderdaad tot een filosofische bespiegeling.

Mevrouw Kant vroeg of met dit wetsvoorstel, waarmee toch wordt

geprobeerd de markt open te breken, de markt zodanig wordt bestreken dat het goedkoper wordt. Ik verwacht dat wel, maar ik kan daar geen getallen bij geven. Zij heeft letterlijk gezegd dat zij het graag wilde zien. Zij wil gewoon graag zien wat het oplevert. Het voorbeeld is al gegeven, dat sommige regio's in de praktijk soms 15% goedkoper zijn. Dan mag het daar niet door een wetsvoorstel dat in feite de praktijk volgt, opeens duurder worden. Ik heb daar absoluut vertrouwen in. Omdat het afhankelijk is van een aantal aspecten, zoals de afspraken en de vergrijzing in de regio, kan ik met geen mogelijkheid zeggen hoeveel dat uiteindelijk zal opleveren. Op zichzelf ben ik het volledig eens met haar stelling dat de gezondheidszorg geen markt is en dat we allerlei marktconforme elementen niet klakkeloos op de gezondheidszorg moeten loslaten. We hebben bij de thuiszorg en ook elders gezien dat dit de verkeerde richting uitgaat. Dit wetsvoorstel poogt de markt wel open te breken, omdat ik denk dat in de geneesmiddelenmarkt, als ik die term mag gebruiken, juist concurrentie een bijdrage kan leveren aan betere kwaliteit, grotere effectiviteit en uiteindelijk kostenbeheersing. Daarom denk ik dat we het over dit specifieke onderdeel van de gezondheidszorg, oneens zijn.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Ik wil de heer Oudkerk vragen wat het verschil is – hij haalt zelf het voorbeeld van de thuiszorg aan, waar, volgens mij, andere redenen waren waarom het daar nog niet geheel gelukt is – tussen de thuiszorg en de geneesmiddelensector. Het gaat bij beide immers om het doorbreken van een monopoliepositie. Bij de thuiszorg was sprake van een monopoliepositie van, met name, de reguliere kruisorginstellingen. Daar heeft het openbreken van de markt in ieder geval voor de ruimte gezorgd die nodig was om de klantgerichtheid te verbeteren. Volgens mij is dat echt niet anders dan bij de geneesmiddelensector.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Nee, daar heeft u een punt. Ik heb, geloof ik, in mijn inbreng gezegd dat ik a priori vind dat monopolieposities in de gezondheidszorg niet voor zouden moeten komen, omdat zij uiteindelijk altijd leiden tot een soort primaat dat

ook negatieve effecten kan hebben. Wat uiteindelijk bij de thuiszorg gebeurde – helaas, want anders had het misschien wel gewerkt – is dat bepaalde particuliere instellingen de krenten uit de pap haalden. Zij bepaalden eerst dat een bepaalde mevrouw of mijnheer niet zo heel veel intensieve thuiszorg nodig had. Vervolgens deden ze tien van dat soort mensen op een dag om op die manier lekker veel geld binnen te halen, terwijl mensen met echte problemen overgeleverd waren aan instellingen die niet commercieel werken. Op die manier ontstond er een scheiding in de markt die niet de mijne is. Als het principe gelijke monniken, gelijke kappen had gegolden, dan had het misschien anders uitgewerkt. Maar dat is allemaal gepraat achteraf. Ik betreur dit. Mijn conclusie is dat bepaalde delen van de gezondheidszorg zich blijkbaar niet lenen voor marktwerking. Bij dit wetsvoorstel gaat het veel meer om een echte markt; het gaat immers om handel in geneesmiddelen. Laten wij wel zijn: de groothandel is genoteerd aan de beurs, maar thuiszorginstellingen zijn dat bij mijn weten nog niet. Of u moet nieuws hebben.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Wij hebben natuurlijk allemaal altijd nieuws.

Heeft het er niet meer mee te maken dat er bij het openbreken van een monopolie altijd tegenwerking uit de desbetreffende sector ontstaat? De mate waarin de minister en de Kamer hierbij een rechte rug houden, speelt een belangrijke rol bij het doorbreken van ongewenste monopolieposities.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daar hebt u alweer een punt. Dat is gewoon waar, ja.

Mevrouw **Kant** (SP): Misschien is er bij de geneesmiddelen inderdaad altijd al sprake van een markt geweest, maar ik herinner eraan dat deze markt ertoe heeft geleid dat de geneesmiddelen steeds duurder zijn geworden en dat wij steeds met kostenstijgingen te maken hebben gekregen. Juist de geneesmiddelenmarkt is er het bewijs van dat de markt op dit terrein van de gezondheidszorg helemaal niet werkt. Ik heb dan ook in eerste termijn gevraagd of u niet denkt dat er op het moment dat dit wetsvoorstel erdoor is, weer

Oudkerk

andere mechanismen zullen optreden. Laten wij eerlijk zijn: de farmaceutische industrie is erop uit zoveel mogelijk tegen een zo hoog mogelijke prijs te verkopen. Dit mechanisme zit in de markt. Als wij dit wetsvoorstel aannemen, komen er dus weer andere mechanismen om dat proces op gang te houden.

De **voorzitter**: Deze interruptie wordt wat lang.

De heer **Oudkerk** (PvdA): U hebt er gelijk in dat de geneesmiddelenmarkt een markt is, dat deze altijd een markt geweest is en dat juist hierdoor de prijzen steeds hoger zijn geworden. Daarom heb ik gezegd dat ik vind dat er vele goede maatregelen genomen zijn om te proberen de markt af te dempen en afspraken te maken om de markt beter te beheersen. Er is echter nog een kant aan de geneesmiddelenmarkt, namelijk de hele tussenhandel vanaf de fabricage van een geneesmiddel tot de mond van de patiënt. Ik denk en vertrouw erop dat dit initiatiefwetsvoorstel uiteindelijk, weliswaar op bescheiden wijze, ertoe kan bijdragen dat een deel van de tussenhandel zoveel doeltreffender en doelmatiger wordt georganiseerd, dat er minder geld blijft hangen. Daar hebben wij het natuurlijk in feite over.

Mevrouw **Kant** (SP): Hoe kan volgens u dit wetsvoorstel daaraan bijdragen? Wat ik suggereer, is dat de farmaceutische industrie wel weer naar andere mogelijkheden zal zoeken. Zoals het COTG zegt, zijn er nu allerlei bonussen en kortingen speciaal voor ziekenhuizen. Als dit wetsvoorstel het haalt en dat wordt veranderd, valt er een prikkel voor de farmaceutische industrie weg, wat misschien weer prijsstijgingen tot gevolg heeft. In hoeverre kan dit wetsvoorstel dus tot kostenreductie leiden? Ik zie het niet.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik denk dat het kan met dit wetsvoorstel, zuiver en alleen door ziekenhuisapothekers mogelijkheden te geven die zij tot nu toe niet hadden, met teruggave van het inkoopvoordeel dat zij kunnen krijgen. Laat ik een eenvoudig voorbeeld geven. Stel dat een ziekenhuisapotheker met een fabrikant onderhandelt. Die fabrikant vraagt: hoeveel mensen bedien je? Hij antwoordt: ongeveer 700. Dit

worden er echter opeens 7000, door welke oorzaak ook. Er komt een verpleeghuis bij en misschien zijn er ook wat extramurale patiënten. De ziekenhuisapotheker heeft dan een groter volume en zal behalve geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gegeven, geneesmiddelen kunnen verstrekken die buiten het ziekenhuis, in het verpleeghuis, worden gegeven. Dit lijkt mij een interessante onderhandelingspositie bij een handelaar of fabrikant om lagere prijzen te bedingen. Zo werkt mijns inziens de markt: prijs maal volume is constant. Dit zie je ook in Frankrijk, een voorbeeld dat u zelf noemde. Daar wordt ontzettend veel geslikt bij bepaalde aandoeningen. Het volume aan voorgeschreven geneesmiddelen daarvoor is zo groot, dat de prijs vanzelf kan zakken omdat de fabrikant als het ware slapend rijk wordt. Ik geloof sterk in die prikkel. Als een ziekenhuis-apotheker iets meer te bieden heeft, kan er wel wat van de prijs af. Ik geloof er sterk in dat hetzij de ziektekostenverzekeraar met de apotheker in dienst, hetzij de ziekenhuisdirectie met de apotheker in dienst dan een lagere prijs kan bedingen. Dat is mijn geloof tegenover uw geloof. Ik denk dat het zo werkt en vertrouw erop dat het zo werkt.

Het laatste wat ik erover zeg, is dat je al die marktimperfecties, die inderdaad tot hogere kosten leiden, moet blijven bestrijden. De minister heeft dit met de prijzenwet en een aantal andere zaken gedaan. Je moet niet aflaten bij nieuwe initiatieven om daar onderuit te komen, toch weer maatregelen te nemen om deze in te dammen. Dit is een never ending story.

De heer **Buijs** (CDA): Even nog over dit kostenaspect. U noemde in uw bijdrage aanvankelijk ook het feit dat in sommige verpleeghuizen waar de openbare apotheker iets leverde, deze een concurrerende prijs kon hebben. Toch denkt u dat de huidige praktijk op dit moment onvoldoende is om die prikkels aan te brengen, zodanig dat dit wetsvoorstel overbodig is?

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ja, dat denk ik. U geeft het ook terecht aan. Blijkbaar is er in sommige regio's, hetzij van de openbare apotheker, hetzij van de ziekenhuisapotheker, een prikkel aanwezig om het

goedkoper te kunnen regelen tegen dezelfde kwaliteit. Ik verwacht dat van dit wetsvoorstel een stimulans zal uitgaan om dat ook in andere regio's – want het is lang niet overal – zo te regelen.

De heer **Buijs** (CDA): Meer dan de helft van de verpleeghuizen doen het al zo.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Van de verpleeghuizen. Ja, daar heeft u gelijk in; ongeveer 50%. Nu, dan is er in ieder geval bij de verpleeghuizen nog 50% te winnen; bij andere instellingen en extramuraal mogelijk nog veel meer.

Mevrouw de voorzitter! Ik heb bij de inbreng van mevrouw Van Blerck een amendement vergeten, het gewijzigde amendement van de heer Passtoors op stuk nr. 11. Welnu, ik kan geheel leven met dat amendement.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Met permissie, ik zou op één vraag nog antwoord krijgen. Ik meld dit, opdat ik dan wat beter zo meteen de tweede termijn in kan. Het betreft het antwoord op de vraag over de Raad van State, een vraag die zowel door mij als door collega Rouvoet is gesteld.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Kijk, je denkt: "het is een kleine initiatiefwet", en dan lijken drie nota's van wijziging heel veel. Het waren er twee en het zijn er inmiddels drie. Desalniettemin geloof ik dat, gezien de controle die er heeft plaatsgevonden, ook ambtelijk, op de nota's van wijziging, deze nota's van wijziging uiteindelijk – die vraag stelde u ook – het oorspronkelijke doel en de oorspronkelijke inhoud van het wetsvoorstel alleen maar verbeteren. Ik geloof dat het wat dat betreft een wijziging is die ook heel goed uit te leggen is: als het mes aan de ene kant snijdt, in die zin dat ziekenhuis-apothekers in verpleegtehuizen mogen gaan afleveren, dan moet het ook aan de andere kant snijden, en daar is een vorm voor gevonden, waarbij openbare apothekers ook in instellingen groter dan 300, mits deze geen ziekenhuis zijn, mogen afleveren. Het lijkt met drie nota's van wijziging heel veel. Die nota's van wijziging waren onder andere nodig, omdat elke keer weer bleek dat er – dat heb ik ook toegegeven – een juridische hobbel was die moest

Oudkerk

worden weggepoetst. Het lijkt dus heel veel, maar het is in feite heel weinig.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik proef een beetje uit uw antwoord dat het een verbetering van een reeds goed voorstel is, waarbij je zou kunnen zeggen, als een soort reclame voor wasmiddelen, dat het door het verslag van de Raad van State nog witter dan wit zou zijn geworden.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Dat durf ik niet te zeggen...

De **voorzitter**: Het is jammer dat u dat in de tweede termijn nu niet kunt zeggen.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Ik denk dat het in dit geval, mede naar aanleiding van de inbreng van de collega's, uiteindelijk beter is geworden door die nota's van wijziging – ik ben daar absoluut van overtuigd – en dat het uiteindelijk een meer compleet wetsvoorstel is geworden.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Het is bij initiatiefwetsvoorstellen vanuit de Kamer nogal eens gebruikelijk om aan het kabinet slechts een enkele vraag te stellen, met name de vraag naar de bereidheid om het contra-seign te leveren. Mij zijn echter zoveel meer vragen gesteld, dat ik denk dat ik gerechtigd ben om heel kort ook iets in het algemeen te zeggen over wat nu eigenlijk het doel moet zijn van een goede farmaceutische zorg in ons land. Ik zou daarbij, net zoals collega Oudkerk overigens gedaan heeft, de kwaliteit voorop willen stellen en de kosten toch op het tweede plan.

Ik onderschrijf de visie van de indiener van dit initiatiefwetsvoorstel, dat een ziekenhuis-apotheker een soort onmisbare specialist is in het ziekenhuis en ik vind ook dat in hoe meer ziekenhuizen en andere instellingen van zorg zo'n apotheker aanwezig is, hetzij fulltime, hetzij parttime, hoe beter het is. Ziekenhuisapothekers die hun taak serieus opvatten, verschijnen ook soms regelmatig aan het bed van patiënten om samen met de behandelend specialist met de patiënt te praten en naar de patiënt te kijken, met name als er sprake is van onverwachte reacties op de

geneesmiddelen. Ze voeden de medische staf op in grotere kennis van het geneesmiddel en de werking van geneesmiddelen. Ik kan dat uit eigen ervaring verklaren, en ik hoor ook van mensen die nu geneeskunde studeren dat de medische studie daar nog altijd vrij gebrekkig in is. Ze vormen ook een soort tegengas tegen de artsenbezoeker. Ze vervullen een essentiële rol bij het ontwikkelen van een antibiotica-beleid. Dat laatste is heel actueel en in instellingen van zorg heel belangrijk, namelijk dat er niet gesmeten wordt met antibiotica. Ze vervullen een essentiële rol in het ontwikkelen van een geneesmiddelenbeleid en in het opstellen van een geneesmiddel-formularium samen met de medische staf, dat wil zeggen een boekje waarin staat welke geneesmiddelen een dokter in dit ziekenhuis of verpleeghuis kan voorschrijven zonder dat hij zich speciaal tot de ziekenhuisapotheker behoeft te wenden voor toestemming. Als hij iets anders wil, moet er stevig over gepraat worden. Ten slotte doen ze mee aan wetenschappelijk onderzoek naar de praktische waarde die nieuwe geneesmiddelen voor patiënten al dan niet kunnen hebben. Ik vind het ongelooflijk belangrijke leden van het hele team in zo'n instelling.

Behalve de kwaliteit is er natuurlijk ook de belangrijke doelstelling om de uitgaven zo laag mogelijk te houden. Je kunt nu eenmaal iedere gulden maar één keer uitgeven. In de gezondheidszorg doet die waarheid zich telkens wel heel sterk voor; alles wat ondoelmatig besteed is, kan niet besteed worden aan bestrijding van zorgvershraling, verkorting van wachtlijsten enz. Wij moeten dus bevorderen dat artsen doelmatig voorschrijven. De pen van de dokter, waarover de heer Buijs sprak, is heel cruciaal. Artsen moeten, waar dat enigszins kan, op stofnaam voorschrijven. Daar worden ze door de moderne communicatiemiddelen goed bij geholpen en dat gaat, zeker bij de huisarts, met grote sprongen vooruit. Bij de specialisten gaat dat iets minder, maar daar zit ook beweging in. Ze moeten het goedkoopste alternatieve middel voorschrijven als er een keuze is. De prijzen van geneesmiddelen mogen niet vervuild worden met winstmarges. Ik ben het geheel eens met mevrouw Hermann, dat de gezond-

heidszorg in principe een non-profitsector is. Het is aardig als er kortingen en bonussen worden gegeven, maar deze behoren teruggeploegd te worden in de zorg en niet in privé-zakken te verdwijnen.

Tegen de achtergrond van dit alles wil ik graag antwoorden op de diverse vragen. Mevrouw Hermann, die ik gelukwens met haar maiden-speech, vroeg mij heel concreet wanneer en hoe ik het regeerakkoord ga uitvoeren. Uiteraard zo snel mogelijk. Alle leden van het kabinet zijn op het ogenblik met hun ambtenaren bezig met de vraag wat het regeerakkoord voor hun departement zegt en hoe zij dat zo snel mogelijk gaan doen. Deze maand breng ik een beleidsbrief ter bespreking in de ministerraad, waarin ik de gehele aanpak van het geneesmiddelenbeleid uit de doeken doe. Deze brief gaat uiteraard daarna snel naar de Tweede Kamer. Of dat ook nog in september lukt, weet ik niet, maar dan wordt het in ieder geval de eerste helft van oktober.

Het traject van de WOG sluit daar heel nauw op aan, dit alles natuurlijk onder de voorwaarde van instemming van de Kamer met mijn voornemens. De heer Oudkerk heeft het heel goed ingeschat: aangezien zo'n wetsvoorstel naar de Raad van State moet, zal het moment waarop het in de Kamer belandt toch niet eerder zijn dan in het voorjaar van het volgend jaar. Ik hoop uiteraard dat dit het vroege voorjaar zal zijn.

Mevrouw Van Vliet en de heer Buijs hebben gevraagd naar de relatie tussen de voornemens in het kader van de WOG-aanpassing in bredere zin en het nu voorliggende initiatiefwetsvoorstel. Men weet dat in de kern de voorstellen in het regeerakkoord neerkomen op het leggen van betere prikkels op lokaal en regionaal niveau voor de verbetering van de kwaliteit en de verhoging van de doelmatigheid. Die aanpak steunt op drie pijlers. De eerste pijler is de verder aangescherpte verzekeringsbudgettering. De ziektekostenverzekeraars lopen een groter risico. De tweede pijler wordt gevormd door het zogenaamde FTTO, farmacotherapeutisch transmurale overleg, maar dan tussen intramurale en extramurale hulpverleners gezamenlijk en in het verlengde daarvan ook het opstellen van transmurale formularia voor een groep instellingen en huisartsen in een bepaalde regio. De derde pijler is

Borst-Eilers

de apotheker als zorgverlener. Dat betekent het scheiden van zorg en inkoop. Voor die aangescherpte verzekeraarsbudgettering is voorwaarde dat de verzekeraars de instrumenten krijgen om de uitgaven te beïnvloeden. Ik denk dan met name aan de IWG-instrumenten, de instrumenten van de interdepartementale werkgroep geneesmiddelenbeleid. Ik noem de belangrijkste drie: het opheffen van het verbod op extramuraal afleveren, het opheffen van het verbod op loondienst voor apothekers en het opheffen van het verbod op eigen apotheken van ziekenfondsen. In het rapport van de commissie-Koopmans, dat de basis van een en ander vormt, samen met de voorstellen van de coalitiefracties op het punt van de aanpak van de geneesmiddelen, wordt voorgesteld om de drie door mij genoemde punten zo snel mogelijk te realiseren.

Over de opheffing van het verbod op extramuraal aflevering hebben wij het vandaag. Dit wordt gerealiseerd via het initiatiefwetsvoorstel. Dat past ook heel goed in het bredere beleid. Daar heb ik geen moeite mee. Het kabinet is graag bereid om het contraseign hiervoor te verlenen. Het opheffen van het verbod op eigen instellingen en het opheffen van het verbod op loondienst voor apothekers zal ik zo snel mogelijk regelen, na de benodigde voorbereidingen. Het opheffen van het verbod voor een apotheker om in dienst te zijn bij een niet-apotheker, bijvoorbeeld een ziekenfonds, is vastgelegd in een uitvoeringsbesluit, namelijk artikel 15 van het Besluit op de uitoefening van de artseneerbereidkunst, het BUA. Dit kan dus niet in deze wetswijziging worden meegenomen. Dat besluit, die AMvB moet worden gewijzigd. Dat wil zeggen dat deze voor advies moet worden voorgelegd aan de Raad van State. Wij moeten vanaf nu rekenen op een termijn van drie tot vier maanden, want dat voorleggen gebeurt een dezer weken. Daar vroeg met name mevrouw Arib naar.

De heer Buijs had het over keuzes in de zorg. Hij vroeg of ik bereid ben om daarover een discussie met de Kamer aan te gaan. Ik ben daar heel graag toe bereid, want ook ik ben van mening dat dit debat in de komende kabinetsperiode opnieuw moet worden gevoerd; breder trouwens, maar dat bedoelde de heer Buijs ook. Ik ga wel uit van de invalshoek dat alle essentiële zorg in Nederland zonder bijbetaling

beschikbaar moet zijn voor mensen. Mensen kunnen wel voor een eigen risico kiezen in de particuliere verzekering, maar wie dat niet wil of niet kan, moet zonder bijbetaling en drempelloos gebruik kunnen maken van alle essentiële zorg, los van de eigen bijdragen, want die vervangen iets wat je thuis niet hoeft te betalen, bijvoorbeeld als je ergens bent opgenomen. De essentiële zorg moet drempelloos beschikbaar zijn. Ik heb de afgelopen periode overigens ook in het pakket gesnoeid en gesneden, ook in het geneesmiddelenpakket, maar telkens met die doelstelling voor ogen. Ik ben dus benieuwd naar de suggesties vanuit de Kamer over wat er nog meer uit het pakket kan worden verwijderd. Ik denk zelf steeds meer in de richting van een scherpere indicatiestelling, bepaalde dingen wel toelaten, maar het zo regelen dat die alleen via indicatie kunnen worden verstrekt. Ik ga daar nu niet verder op in, want dat voert te ver. Ook ik verheug mij echter op zo'n debat. Ik zal er zelf de aanleiding voor zijn door de Kamer bepaalde voorstellen te sturen.

De heer Buijs maakte nog een opmerking over de elektronische communicatie. De inspanningen om te komen tot betere informatievoorziening op dit punt, worden uiteraard geïntensiveerd. De heer Buijs vroeg of het kabinet wat dat betreft ook de relatie tussen huisarts en specialist op het oog heeft. Bij een betere informatievoorziening in de zorg, een betere communicatievoorziening gaat het vooral om twee zaken. In de eerste plaats is dat het zodanig versnellen en vereenvoudigen van de onderlinge communicatie tussen de hulpverleners dat de continue zorgketen ook beter kan worden aangeboden aan patiënten en dat hulpverleners, zoals mensen werkzaam in de thuiszorg, niet onnodig veel tijd verliezen met allerlei ingewikkelde administratieve handelingen; dus minder schrijfwerk en meer gebruik maken van de nieuwe mogelijkheden, zodat men meer tijd heeft voor echte zorgverlening. Het tweede belangrijke doel is dat de transparantie van wat er in de gezondheidszorg gebeurt groter wordt, niet alleen voor Kamer en kabinet maar ook voor de bevolking. Er zijn nog veel te veel dingen waarvan wij niet precies snappen hoe ze werken. Dat is niet goed. Waar er collectief geld wordt uitgegeven, hebben wij recht op een

goede verantwoording van die middelen.

De elektronische communicatie tussen huisartsen en specialisten is een belangrijk onderdeel van het zogeheten elektronisch patiëntendossier. Dat stimuleer ik op het ogenblik door het subsidiëren van een onderzoeksprogramma van Zorgonderzoek Nederland. Ik meen dat medicatiebewaking bij uitstek op deze manier kan plaatsvinden. Wij zullen daarover nog nader met elkaar komen te spreken.

Mevrouw Van Blerck en mevrouw Van Vliet hebben gevraagd welke voorstellen het kabinet gaat doen inzake de U-bocht. In het kader van de gehele aanpak is het de bedoeling dat in de toekomst een recept van een specialist, ook wanneer dat in de polikliniek is voorgeschreven, alleen nog maar via de ziekenhuisapotheek verwerkt kan worden waarna aflevering kan plaatsvinden. De desbetreffende middelen zullen ook aan de ziekenhuisbudgetten worden toegevoegd. Er zitten misschien nog meer haakjes en oogjes aan de U-bocht, maar ik denk dat dit toch al een heel belangrijke maatregel zou zijn om die bocht af te grendelen.

Mevrouw Van Blerck vroeg wat ik voornemens ben te doen met het COTG-voorstel van 29 april. Het COTG heeft voorgesteld om administratievoorschriften op te leggen aan zorgaanbieders. Overigens is het op zichzelf minder ingewikkeld dan het misschien lijkt. Een ziekenhuisapotheker die recepten krijgt voor patiënten die opgenomen zijn en recepten voor patiënten die niet opgenomen zijn, kan het verschil in een oogopslag zien en kan er vervolgens moeiteloos twee administraties voor voeren. Aangezien wij het nooit alleen maar van de goede wil moeten laten afhangen, is het ook goed om het als zodanig op te leggen.

Bij brief van 3 december 1997 heb ik het COTG het initiatiefvoorstel van wet van de heer Oudkerk doen toekomen, toen nog niet verrijkt met al die nota's van wijziging. Daarbij heb ik het COTG verzocht de nodige voorbereidingen te treffen voor relevante bekostigingsregels en administratievoorschriften, zodat, wanneer het initiatiefvoorstel van kracht wordt, een en ander als zodanig geregeld is. In het kader van wat ik de Kamer op schrift over de geneesmiddelen toestuur, zal ik nog

Borst-Eilers

vertellen hoe het tijdspad precies zal zijn.

De heer Rouvoet heeft gevraagd waarom er twee verschillende ziekenhuisdefinities zijn. De definitie in artikel 1 is ruimer. Daar vallen niet alleen de algemene ziekenhuizen onder, maar ook de psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen. In artikel 13 wordt gesproken over de verplichting tot het hebben van een ziekenhuisapothek, en die wordt alleen gelegd bij de algemene ziekenhuizen. In artikel 13 is dat dus "het ziekenhuis". Dat is de achtergrond van die twee definities. Ik weet niet of de heer Rouvoet in tweede termijn toch nog zijn ontevredenheid erover wil uitspreken, maar zo zit het in elkaar.

De heer Rouvoet vroeg ook aan mij hoe ik denk over een nieuw advies aan de Raad van State. Ik weet niet of het staatsrechtelijk gebruikelijk is dat het kabinet daar iets over zegt. Daarom wil ik het aan de indiener overlaten, die daar overigens al iets over heeft gezegd. Het contraseign van het kabinet is echter niet afhankelijk van de vraag of dit al dan niet nog een keer naar de Raad van State is gegaan.

Verder had de heer Rouvoet een vraag over de toestemming van de minister bij de overeenkomst tussen een instelling en de toezichthoudend apotheker. In het huidige artikel 13 dient in het geval van zo'n toezichthoudend apotheker een overeenkomst te worden gesloten tussen de instelling en die apotheker. Die moet door de minister worden goedgekeurd. Die bemoeienis van de minister met deze overeenkomst is in het initiatiefwetsvoorstel komen te vervallen. Ik kan daar heel goed mee leven. Dit soort overeenkomsten zal men natuurlijk blijven sluiten, ook zonder een wettelijke verplichting. Door die toestemming te schrappen, strepen wij heel veel administratieve rompslomp door. Die goedkeuring was overigens eigenlijk een automatisme geworden. Dit is dan ook het juiste moment om daar afscheid van te nemen.

Ik wil mevrouw Arib gelukwensen met haar maidenspeech. Zij heeft volgens mij meteen een record gebroken. Zij heeft namelijk heel weinig vragen aan de initiatiefnemer gesteld en veel aan het kabinet, respectievelijk één en zes. De heer Oudkerk zegt dat hij niet begrijpt hoe dat komt. Ik heb wel een verklaring,

maar ik vind het niet zo netjes om die hier uit te spreken. Ik zal de vragen van mevrouw Arib zo goed mogelijk, maar ook zo compact mogelijk beantwoorden. Die zullen namelijk voor een groot deel terugkomen bij onze uitvoerige gedachtewisseling over de nieuwe aanpak van het geneesmiddelenbeleid.

Mevrouw Arib heeft vragen gesteld over de contracten tussen verzekeraars en stadsapothekers. Het is indertijd een keuze geweest om de zorgverzekeraars wat meer speelruimte te geven bij het aangaan van contracten met aanbieders. Ze kunnen contracten ook weigeren, uiteraard binnen de grenzen van de mededingingswetgeving. Dat had natuurlijk tot doel om een zekere sanctie te hebben als de verzekeraar vindt dat de kwaliteit van bepaalde aanbieders tekortschiet. Je weet echter nooit hoe marktpartijen zich met dit soort regelgeving zullen gaan gedragen. Ik moet tot mijn spijt zeggen dat de zaak-Hilversum mij niet bekend is. Ik ben graag bereid om daar schriftelijke commentaar op te geven, als mevrouw Arib zo vriendelijk wil zijn mij uit te leggen wat daar precies is gebeurd.

Er is gesproken over het in neerwaartse zin aanpassen van de receptvergoeding en de relatie met de kortingen en bonussen. Dat heeft ook betrekking op de motie-Oudkerk/Van Vliet. Mevrouw Arib citeerde een bepaalde brief aan de Kamer. Ik heb recent een tweede brief over de stand van zaken gestuurd en over het empirisch onderzoek naar de hoogte van de kortingen en de bonussen. Het is een beetje onbevredigende zaak, dat geef ik graag toe. Wij hebben eerst een definitiestudie laten doen door Moret Ernst & Young naar wat in dit geval onder kortingen en bonussen moeten worden verstaan, ook onder kortingen en bonussen die echt te maken hebben met winst. Vervolgens komt er dan een feitelijk onderzoek en dat kan eigenlijk alleen maar met de medewerking van de openbare apothekers. Die moeten zoveel heil zien in het zuiveren van de blaam dat zij te veel kortingen en bonussen achterover zouden slaan, dat zij daaraan mee willen werken. Dat is niet zo makkelijk gelopen.

Er is ook nog een andere route mogelijk voor zo'n onderzoek, maar ik wil daar nu liever niet op ingaan, mevrouw de voorzitter, omdat deze

kwestie in het kabinet nog niet helemaal afgehandeld is. Ik wil graag beloven dat ik daar bij de behandeling van mijn begroting en het JOZ nader op terugkom. Mevrouw Arib zei wel erg makkelijk: "Dat moet je dan gewoon doen". Er zijn natuurlijk allerlei juridische adviezen gevraagd en ontvangen over wat er zou gebeuren wanneer je iets oplegt waartegen men in rechte terecht bezwaar kan maken. Dat is een vervelende gang van zaken. Ik kom daar graag op terug, maar...

De **voorzitter**: Misschien mag ik de minister even onderbreken om haar te helpen? Ik denk ook dat een heleboel vragen die aan haar gesteld zijn, terugkomen bij de behandeling van het JOZ en de begroting, en zeker bij het onderwerp dat we behandelen. Er is niets op tegen om bepaalde dingen iets vaker te zeggen in de Kamer, maar ik vind dat we langzamerhand wel erg ver weggaan van het initiatiefwetsvoorstel. Dat is niet de schuld van de minister maar meer van de vragenstellers. Misschien moet de minister bepaalde vragen niet beantwoorden en zeggen dat deze op een later tijdstip nog maar eens gesteld moeten worden.

Minister **Borst-Eilers**: Hartelijk dank voor deze welkome steun, mevrouw de voorzitter! Nog even een korte opmerking over de dure geneesmiddelen, met name de hemostatica. Mijn algemene opmerking is dat we mijns inziens een heilloze weg opgaan als we voor alle dure geneesmiddelen aparte bedragen aan de ziekenhuisbudgetten gaan toevoegen. Het ziekenhuis krijgt ook niet voor iedere nieuwe operatietechniek of ieder nieuw instrument dat het ziekenhuis binnenkomt een extra budget. Ziekenhuizen krijgen een budget dat wordt bijgesteld op grond van loon- en prijsontwikkeling, demografische ontwikkelingen en ook nog, zeker in de komende kabinetsperiode, op grond van de noodzaak van intensiveren en moderniseren. Met dat budget moet men uitkomen. Men moet ook daar keuzes maken. Men kan niet alle nieuwe dingen doen zonder zich af te vragen of er van alle oude dingen die men doet, iets geschrapt kan worden.

Wat de hemostatica betreft vind ik dat het wel om een reële zaak gaat. Ik wil echter via de Wet bijzondere medische verrichtingen regelen dat



De heer Oudkerk (PvdA) en mevrouw Borst-Eilers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

de behandeling van hemofiliepatiënten ex artikel 13 aan bepaalde centra wordt toegewezen. Deze krijgen daar dan een extra budget voor. Dat houdt dan inderdaad ook die extreem dure stollingsmiddelen in. Voor de rest verwijs ik dan graag naar onze nog komende debatten.

Voorzitter! Mevrouw Kant sprak over 1,7 mld. overschrijding. Dat staat wel als zodanig in het regeerakkoord, maar dat geldt ten opzichte van de oude groeilijn van 1,3%. Er is de komende vier jaar een extra intensivering voor de geneesmiddelen van 660 mln. Die mag je dan weer van die 1,7 mld. aftrekken. Je houdt dan de feitelijk te verwachten overschrijding over. Hiervoor moeten de maatregelen overigens sluitend dekking bieden. In het regeerakkoord wordt uitgelegd hoe dat mogelijk zal zijn.

Mevrouw Kant heeft aan mijn adres concreet een vraag gesteld over het opleggen van de administratieplicht. Ik heb zojuist al het gezegd hoe dat in het traject met het COTG gaat.

Mevrouw de voorzitter! Ten slotte kom ik bij een vraag die ook de heer Oudkerk aan mij stelde, namelijk over de WGBO. Er is ook door de KNMP gewezen op de mogelijke inconsistentie ten aanzien van de apotheker en de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Ik ben het eens met degenen die zeggen

dat het inconsequent is als je de openbare apotheker uitsluit van de reikwijdte van de wet en de ziekenhuisapotheken niet, terwijl zij zich met hetzelfde bezighouden en, na de waarschijnlijke aanname van dit wetsvoorstel, nog meer met hetzelfde zullen bezighouden, namelijk de extramurale farmacie. Ik zal dus op korte termijn bekijken op welke manier wij dat in de WGBO moeten verwerken en dat ook aan de Kamer doen toekomen.

Ik heb ook de derde nota van wijziging gezien. Deze maakt het voor het kabinet nog makkelijker om desgevraagd dat contraseign te verlenen.

De **voorzitter**: Naar mij blijkt, is er behoefte aan een tweede termijn. De spreektijd daarbij is ten hoogste eenderde van die in eerste termijn.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Voorzitter! Graag wil ik de initiatiefnemer van het wetsvoorstel en de minister dankzeggen voor hun heldere beantwoording. Ik wil nog een opmerking maken en twee kleine vragen stellen.

Het is nu herfst. Als ik de initiatiefnemer en de minister hoor,

denk ik: het wordt mistig. Wij weten de richting. Wij weten dat wij de goede richting ingaan, maar wij kunnen niet goed zien wat er eigenlijk gaat gebeuren.

Dan mijn vragen. De initiatiefnemer heeft op het gebied van de kostenbesparing goede hoop uitgesproken, maar hij heeft geen getallen kunnen of durven noemen. Zowel aan de initiatiefnemer als aan de minister vraag ik of ik er in het licht van de antwoorden van uit mag gaan dat kostenbesparingen worden "teruggeploegd" naar de zorgsector. Uit het regeerakkoord herinner ik mij dat het juist op het onderdeel geneesmiddelen de vraag was of besparingen naar het werkveld terug mochten gaan.

Ik heb toch nog een vraag over het elektronisch berichtenverkeer als basis voor een goede uitvoering van de extramurale zorg. Deze zal volgens mij veel complexer worden. Mogen wij er ook van uitgaan dat ook dat aandacht blijft houden en in de gewenste richting wordt geleid?

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter! Ook ik zeg dank voor de antwoorden van de heer Oudkerk en de minister. Ik constateer dat hun uitgangspunten niet veel verschillen van de opvattingen van het CDA, namelijk: kwaliteit voorop, kosten op de tweede plaats. In plaats van het woord "kosten" zou ik liever "doelmatigheid" gebruiken, maar deze twee vertrekpunten dekken elkaar.

Kwaliteit voorop geldt primair voor de zorg. Onze fractie blijft toch grote aarzelingen houden over dit wetsvoorstel omdat naar onze mening aan dit wetsvoorstel een goede medicatiebewaking vooraf dient te gaan. Zolang er geen goed elektronisch berichtenverkeer is tussen degene die voorschrijft en degene die aflevert, loopt de zorg naar mijn mening onnodig risico.

Kwaliteit betekent ook kwaliteit van wetgeving. Aan de behandeling van het wetsvoorstel zijn al een aantal nota's van wijziging voorafgegaan. Vandaag worden weer twee nieuwe voorstellen gedaan. Deze zijn juridisch heel ingewikkeld en wel zodanig dat ik mijn amendement moest aanpassen aan de laatste wijziging op de wijziging van de heer Oudkerk. Sprekend over de kwaliteit van wetgeving, heb ik dan ook mijn

Buijs

aarzelend. In hoeverre kan ik er nu op vertrouwen dat de vandaag gekozen formulering, zoals die is verwoord in de laatste bijdrage van de heer Oudkerk, correspondeert met alle andere artikelen in de WOG? In heb daar mijn twijfels over. Ik zag het liever getoetst door de Raad van State. Ik verzocht de heer Oudkerk aan te geven hoe hij over deze suggestie denkt.

Een ander argument dat in eerste termijn door mij werd genoemd, is dat het op een en ander ver vooruitloopt. De minister heeft gezegd dat het best mogelijk is dat dit wetsvoorstel vooruitlopend op het gesprek over de plannen-Koopmans wordt ingevoerd. Ik plaats daar toch kanttekeningen bij. Volgens het plan-Koopmans zullen de verzekeraars een forse vinger in de pap krijgen, veel meer dan tot nu gebruikelijk is. Dat is naar mijn mening een veel grotere en drastischere wijziging, zodanig dat dit wetsvoorstel wel eens achterhaald kon zijn.

Voorzitter! In het kort zijn dit de bezwaren die de CDA-fractie tegen dit wetsvoorstel blijft houden.

□

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Voorzitter! Ik dank de initiatiefnemer en de minister voor hun over het algemeen heldere antwoorden. Het werd vanmiddag nogmaals duidelijk dat wij over de intentie niet van mening verschillen. Wat betreft de manier waarop en het tijdstip moet ik zeggen dat het voor de heer Oudkerk beter was geweest als hij zijn arm niet had gebroken. Dan was het wat logischer geweest. Dat soort omstandigheden kunnen ook een rol spelen, maar dat doet niets af aan het feit dat dit wetsvoorstel vandaag kan worden afgerond.

Ik ben er nog niet van overtuigd dat de problemen rond de U-bocht zullen worden weggewerkt, maar ik weet dat het wetsvoorstel daar niets aan toe of af doet. Mijn zorg is dat wij met dit wetsvoorstel een soort Van Otterloo binnenhalen. Toen kwam het ook allemaal anders uit dan wij hadden gedacht. Als de heer Oudkerk mij kan verzekeren dat dit absoluut niet aan de orde is, ben ik positief gestemd.

De heer **Buijs** (CDA): U weet wat er daarna met de heer Van Otterloo is gebeurd?

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Ik heb het niet over de heer Van Otterloo, maar over de wet-Van Otterloo.

De heer **Buijs** (CDA): Toen die wet was ingediend, was het kort daarna ook over met de heer Van Otterloo, maar ik hoop dat de heer Oudkerk nog heel lang bij ons blijft.

De **voorzitter**: Dit is een beetje heel ver buiten de orde.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Toen de indiener zei dat zijn doelstelling bij dit wetsvoorstel was dat geen van de betrokken partijen er beter van wordt, wilde ik al naar voren lopen, maar de voorzitter keek alsof zij wilde zeggen dat ik dat maar in tweede termijn moest doen. Ik ga ervan uit dat de bedoeling van geneesmiddelen sowieso is dat je er beter wordt. Los daarvan is de opzet van de VVD bij het bredere geheel waar dit een onderdeel van is, dat de patiënt keuzemogelijkheden krijgt, dus niet langer is overgeleverd aan de monopoliepositie van één aanbieder. Verder zijn wij voor behoud van kwaliteit en zien wij graag als effect dat het goedkoper wordt. Mijn doelstellingen zijn in die zin wat breder geschakeerd, maar misschien heb ik het niet helemaal goed gehoord.

De heer Oudkerk zei: mevrouw Van Blerck luistert toch niet, maar mijn opzet is om in deze periode een stelselwijziging door te voeren. Dat ben ik van harte met hem eens. Als hij met voorstellen komt die de VVD-fractie aangenaam voorkomen, ben ik te allen tijde bereid met hem mee te denken.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Allereerst dank ik de initiatiefnemer en de minister voor de uitgebreide beantwoording. In mijn tweede termijn heb ik het puur politieke deel even apart gezet. Ik ben het met de vorige sprekers eens dat er weliswaar nuanceverschillen zijn die een aardige discussie opleveren, maar dat ons uitgangspunt is: kostenbeheersing, kwaliteit en het doorbreken van monopolieposities, wat uiteindelijk allemaal in het belang is van de patiënt of de cliënt. Politiek gezien houd ik dus nog wel vragen, maar over het geheel kan ik zeggen dat dit een goede aanvulling

zal zijn op het doorbreken van al dit soort gegevens.

Ik vind het jammer dat een deel van deze politieke discussie in het plenaire debat bepaald is door allerlei technische vragen omdat de nota's van wijziging laat binnenkwamen. Ik blijf van mening dat dat geen schoonheidsprijs verdient, maar ik heb de indruk dat ook de indiener zelf daarvan overtuigd is.

Over de derde nota van wijziging moet ik helaas een vraag stellen die eventueel op een later tijdstip beantwoord kan worden. Ik heb al een opmerking gemaakt over artikel 2b. Ik zal het niet helemaal oplezen, maar bij onderdeel B valt mij op dat ineens is toegevoegd dat het af en toe toch mogelijk is om een ziekenhuis ontheffing te geven en er geen apotheek te vestigen. Als ik dat goed begrijp, betekent dit dat onze discussie in eerste termijn op dit punt aan verandering onderhevig is: datgene waarvan de D66-fractie heeft aangegeven dat zij daarover wenst te discussiëren, is in feite al mogelijk. Ik krijg op dat punt graag een toelichting. Ik heb de indruk dat hiermee een heel nieuw element wordt ingevoegd, maar de indiener moet zelf aangeven of dat zo is.

Concluderend, kan ik aangeven dat wij dit initiatief zullen steunen op basis van het gegeven dat wij deze stappen voorwaarts moeten zetten. Daarbij maak ik de kanttekening dat ik uitermate benieuwd ben naar de standpunten die wij over een aantal maanden of over een halfjaar zullen hebben, ook ben ik benieuwd of artikel 13 van de WOG in gewijzigde vorm niet volledig van de agenda en uit onze wet- en regelgeving zal verdwijnen. Dat moeten wij afwachten en die discussie zullen wij straks in brede zin voeren.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mevrouw de voorzitter! Ik dank de initiatiefnemer en de minister voor de antwoorden. Ik kan mij de zorg van collega's ten aanzien van de vele nota's van wijziging voorstellen, maar ik ben met de initiatiefnemer van mening dat deze wijzigingen er juist alleen maar voor gezorgd hebben dat er geen juridische problemen zullen ontstaan. Daarom steunt mijn fractie dit wetsvoorstel.

Ik ben ook blij met de uitspraak van de minister dat het wetsvoorstel door de nota's van wijziging een

Arib

verrijking is. Ook ben ik blij met de toezegging dat artikel 15 van het Besluit op de uitoefening van de artsensijbereidkunst zal worden geschrapt.

Ik kan het niet nalaten om terug te komen op de opmerking van de minister, dat ik een record heb gebroken door de initiatiefnemer één vraag en het kabinet zes vragen te stellen. Ik kan mij voorstellen dat dit een beetje vreemd lijkt, maar zij heeft gelukkig een verklaring gegeven. Mijn verklaring is dat collega Oudkerk het wel alleen af kan en dat ik de kans om alvast vragen te stellen, niet voorbij kon laten gaan.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw de voorzitter! Ik ben nog niet overtuigd. Ik heb er, ook na de discussie van vanmiddag, moeite mee om de effecten van het voorliggende in te schatten. Eerlijk gezegd heb ik de indruk dat ook de indiener zelf daar moeite mee heeft. Een van de door hem aangevoerde argumenten is dat monopolies moeten worden doorbroken omdat monopolies niet acceptabel zijn. Dan denk ik aan de principiële discussie: dat hangt er maar vanaf. Volgens mij is een monopolie niet altijd verkeerd. Dat hangt af van de vraag wat je de monopolist toestaat. Hoever laat je de monopolist zijn gang gaan? Als je voldoende controleert, hoeft een monopolie geen probleem te zijn. Ook de overheid heeft op zich natuurlijk een monopolie. Het is dus maar hoe je het bekijkt.

Het moge duidelijk zijn dat wij kiezen voor meer controle en niet voor meer markt. Toch zit, zoals de initiatiefnemer zojuist zelf heeft gezegd, achter het voorstel een beetje het idee om de markt met de markt te bestrijden. Hij zegt dat hij daarin gelooft, maar ik heb daar meer moeite mee. Toch wil ik dit niet alleen zo principieel benaderen; ik wil het benaderen op de effecten die het voorstel zal hebben. Ik heb al gezegd dat ik vind dat die effecten heel moeilijk in te schatten zijn. De initiatiefnemer heeft mij niet echt veel meer helderheid kunnen geven. Het effect op de kostenbeheersing is onduidelijk. Een belangrijk positief punt is dat het aansluit op een praktijk die er al is en die positief wordt ervaren door betrokkenen, maar zorg houd ik over het bewaken van de kwaliteit.

Wij hebben het vandaag gehad over de medicatiebewaking. Dat blijft voor mij een belangrijk punt. Er zit volgens mij ook een contradictie in. In de discussie kwam aan de orde dat partijen goed moeten samenwerken, maar het voorstel leidt er juist toe dat er meer concurrentie komt. Volgens mij ontstaat er dan een probleem. Er zit namelijk enige spanning tussen goed samenwerken en meer concurrentie. Ik ben daar dus niet helemaal gerust op. Ik ben het eens met de heer Buys van het CDA, die heeft gezegd dat je de bewaking van medicatie eigenlijk zou moeten garanderen alvorens je iets invoert.

Tot slot wil ik nog reageren op een opmerking van de minister. Ik was aangenaam verrast over haar reactie op de vraag van de heer Buys of er meer keuzen moeten komen in de zorg. Zij zei dat zij vindt dat alle essentiële zorg zonder drempel behouden moet blijven in Nederland. Het zal niemand verbazen dat ik vind dat er op dit moment al het een en ander aan de hand is waar wij wat aan zouden moeten doen. Ik denk dat er nu al te veel drempels zijn in de essentiële zorg en ik kijk met veel genoegen uit naar de discussies die wij daarover zullen voeren.

□

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw de voorzitter! Ik kan niet verhelten dat ik blij verrast was dat de minister er in haar beantwoording melding van maakte dat er nu vaart wordt gezet achter het realiseren van de voorstellen van de interdepartementale werkgroep geneesmiddelen in 1994: het verbod op het extramuraal afleveren van ziekenhuisapothekers, het opheffen van het verbod op het hebben van een apotheker in loondienst en het voeren van een eigen instelling door ziektekostenverzekeraars. In die zin past het initiatiefwetsvoorstel goed in het beleid, omdat het in feite niets anders is dan het eerste punt dat ik noemde. Ik was blij om te horen dat het opheffen van het verbod op loondienst wellicht maar drie of vier maanden gaat duren. Ik heb niet gevolgd hoelang het gaat duren voordat een ziektekostenverzekeraar een eigen apotheek mag voeren. Er wordt nu wat meer vaart gezet achter het implementeren van voorstellen die niet voor niets zijn

gedaan, namelijk om imperfecties in de markt aan te pakken.

Ik zal kort de rij vragen van de collega's langslopen. Mevrouw Hermann had het over mist. Bij mist kun je stil gaan staan, maar dat is levensgevaarlijk. Als je toch ergens wilt komen, dan lijkt het mij handig om de mistlampen aan te zetten, zowel voor als achter, en voorzichtig verder te rijden. Dat is niet bedoeld als gemeenplaats, maar ik denk dat wij op dit dossier verder moeten omdat stilstaan achteruitgaan is. Ik ga niet over de vraag of de eventuele besparingen ten goede mogen komen aan de zorg; daar gaat het kabinet over. Het is wel mijn bedoeling met het wetsvoorstel dat de inkoopvoordelen – want daar gaat het bij kostenbeheersing om – die een ziekenhuisapotheker, en dat geldt overigens ook voor de openbare apotheker, weet te bewerkstelligen ten goede komen aan de patiënt. Dat kan in de vorm van premieverlaging of in de vorm van wachtlijstvermindering, als het maar ten goede komt aan de zorg. Wat dat betreft gaat het dus om het weggewezen van lucht die er in de kolom zit.

Dan kom ik op de vraag over het elektronisch berichtenverkeer. Dat blijft de nodige aandacht vergen. Ik hoop dat het veld daar in samenwerking met de verzekeraars en het ministerie heel snel handen en voeten aan wil geven, maar – ik zeg het nogmaals – wij beginnen niet bij nul.

Collega Buys heeft gezegd dat de kwaliteit vooropstaat. Daarover verschillen wij absoluut niet van mening. Ik denk dat kwaliteit ook is dat mensen die in een verpleegtehuis zijn opgenomen nadat zij in een ziekenhuis hebben gelegen, dezelfde consulterende specialist zien en soms zelfs dezelfde consulterende apotheker. Herkenning is ook een vorm van kwaliteit. Ik denk dat het ook een vorm van kwaliteit is dat mensen die in een ziekenhuis bij een specialist op bezoek zijn geweest, het zelfde dat hun wordt voorgeschreven om de hoek, dus binnen de muren van het ziekenhuis, kunnen ophalen. Wat de openingstijden betreft merk ik op dat een ziekenhuisapothek in principe 24 uur per dag open is. Als het ooit zover zal komen, zullen ziekenhuizen hun geneesmiddelenvoorziening anders moeten inrichten. Ook dat is een vorm van kwaliteitsverlening. Er is geen verschil van

Oudkerk

mening tussen de heer Buijs en mij, dat kwaliteit en medicatiebewaking in de meeste brede zin van het woord – bescherming van de patiënt – voorop moeten staan. Toch draait de heer Buijs het iets te ver om. Hij vindt dat het eerst allemaal in orde moet zijn voordat met dit soort voorstellen moet worden begonnen. Wat mij betreft moet het tegelijkertijd gebeuren. Stilstaan is misschien wel achteruitgaan. Dat zou ik niet voor mijn rekening willen nemen.

De heer **Buijs** (CDA): De situatie in de verpleegtehuizen en andere instellingen zal er door het amendement op verbeteren. Dat laat onverlet dat de heer Oudkerk verdergaat dan de bewaking op dit moment rechtvaardigt. Het amendement is bedoeld om die kwaliteitsimpuls te geven, maar uitsluitend intramuraal daar waar het in andere sectoren nog niet is geregeld.

De heer **Oudkerk** (PvdA): De heer Buijs is wat somberder over het optimaal maken van de medicatiebewaking dan ik. Hij sprak over een gevaarlijke situatie voor de patiënt. Ziekenhuisapothekers zijn evenals openbare apothekers professionals die nooit de gezondheid van de patiënt uit het oog zullen verliezen. Zij zijn qua beroep verantwoordelijk voor de medicatiebewaking.

De heer **Buijs** (CDA): Daarover bestaat geen enkel misverstand. Het gaat om de correspondentie tussen degene die voorschrijft en degene die aflevert. Ik ga ervan uit dat station A en station V over een goede kwaliteit beschikken. Door het niet goed geregeld zijn van de communicatie kunnen fouten ontstaan.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Daarover verschillen wij van mening. Ik meen dat de situatie op dit moment voor verbetering vatbaar is, maar ze is absoluut niet slecht. Het veld werkt zeer hard aan de verbetering van de situatie. Los van dit initiatiefwetsvoorstel is het wenselijk dat hieraan via farmacotherapeutisch transmurale overleg of allerlei andere vormen van overleg – dat is aan het veld en niet aan de politiek – handen en voeten wordt gegeven zowel elektronisch als niet-elektronisch.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks): Ik heb wel eens het beeld van de mist

gebruikt, maar ik heb daarbij gezegd: wij gaan in de goede richting, maar wij hebben nog onzekerheden. Stilstaan ligt niet zo in mijn aard.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Waarvan akte.

Wat de nota's van wijziging betreft, heb ik in eerste termijn getracht heel eerlijk toe te geven dat het proces van wetgeving iets anders is dan wat Olav Palme met politiek bedoelt: wij willen iets en daarna is het geregeld. Ik ben het met iedereen eens dat het zo zorgvuldig mogelijk moet gebeuren. Het verdient niet de schoonheidsprijs om op de dag van de plenaire behandeling nog een technische nota van wijziging in te dienen. Als ik aan de andere kant had gezeten, had ik dat onmiddellijk gezegd. Voor mij is het de eerste keer. Ik raad het overigens iedereen aan, maar dit terzijde. Ik begrijp nu beter dat die brede wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zo ontzettend lang duurt. Je kunt wel iets willen, maar het moet ook nog goed geregeld worden. Ik blijf erbij dat het amendement het schot laat zakken waar ik dat schot juist wil. Ik voel mij ook nog gesterkt door de woorden van de minister, namelijk dat de nota's van wijziging in ieder geval een verrijking zijn.

Mevrouw Van Blerck vroeg of ik de zorgen over de U-bochtconstructie kan wegnemen. Ik kan die niet helemaal wegnemen. Er zijn vele goede voorstellen gedaan om te proberen die U-bochtconstructie tot het verleden te laten behoren. Zo heeft de heer Van Dam in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ook gesproken over het oormerken van dure geneesmiddelen, specifieke intramurale middelen uitsluiten van extramuraal vergoedingen en bindende adviezen van de formulariacommissies. Hij heeft ook gepleit voor beter overleg. Natuurlijk is beter overleg altijd goed; de drie zaken die ik zojuist noemde, lijken mij essentieel. Verder geloof ik in het vastleggen van geboden en verboden in de uitkomsten van overleg. Ik ben blij met de woorden die de minister daarover heeft gesproken. Ook afgezien van het onderhavige wetsvoorstel moet worden geconstateerd dat U-bochtconstructies niet transparant zijn. Als gevolg daarvan schaden ze uiteindelijk de patiënt. In de ene regio kan een dergelijke constructie

wél werken zodat een patiënt het desbetreffende geneesmiddel krijgt, terwijl zo'n constructie in een andere regio kan ontbreken zodat maar moet worden afgewacht of de patiënt het geneesmiddel krijgt. Ik vind die situatie ongewenst. Ik zie het als een *conditio sine qua non*, een echte voorwaarde, dat wij daar zo snel mogelijk van afkomen.

Collega Arib heeft mij uitgedaagd om mijn ideale beeld van een regionale geneesmiddelenvoorziening te schetsen. Voorzitter! Ik bedoel daarmee dat niet dokters, apothekers en anderen, maar uitsluitend de patiënt er beter van wordt. Als dat effect kan worden bereikt met behulp van een hogere kwaliteit, een betere effectiviteit en een goedkopere wijze van aflevering, mag worden geconcludeerd dat het in Nederland goed is geregeld.

Voorzitter! Er is dus tóch naar mij geluisterd toen ik het over de stelselwijziging had. Het valt weliswaar geheel buiten de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel, maar het lijkt mij een geweldige uitdaging om VVD en PvdA een dergelijke stelselwijziging te laten doorvoeren. Ik ben zeer benieuwd. Wie weet wat er allemaal nog kan groeien...

Mevrouw Van Vliet heeft over een schoonheidsprijs gesproken. Voorzitter! Die heb ik inderdaad niet verdiend; daar is terecht op gewezen. Voorts gaat mevrouw Van Vliet nader in op artikel 2b en de ontheffing van de verplichting betreffende de apotheek. Voor alle duidelijkheid lees ik een en ander even voor, mede omdat de nota van wijziging pas vandaag is ingediend. "Onze minister", zo staat er, "kan voor een bepaald ziekenhuis of voor bepaalde groepen van ziekenhuizen, al dan niet onder het stellen van voorwaarden, ontheffing verlenen van de in het tweede lid bedoelde verplichting tot het vestigen van een apotheek." Voorzitter! De enige reden waarom dit is opgenomen, is dat er in de Haagse en de Haarlemse situatie – wellicht geldt het ook elders maar van Den Haag en Haarlem weet ik het zeker – samenwerkende ziekenhuizen zijn die op grond van doelmatigheid de bereiding van zalfje X of pilletje Y overlaten aan één centrale apotheek. Het is dus uitsluitend zo gedaan om deze bestaande doelmatige praktijk te wettigen. Dat is absoluut niet mijn bedoeling. Ik dacht dat ik dat in

Oudkerk

eerste termijn ook had gezegd. Als je namelijk iedereen een vergunning of ontheffing zou geven, krijg je ziekenhuizen als handelaars en meer onwenselijke zaken. Bovendien is er nog de kwaliteitsbewaking waarover de minister in eerste termijn gesproken heeft; de ziekenhuis-apotheker, plus een apotheker die daar aanwezig moet zijn, worden gewoon gehandhaafd. Het zou in het kader van doelmatigheid, waar dit wetsvoorstel toch ook over gaat, toch heel vreemd zijn om bijvoorbeeld een situatie zoals die in Den Haag is gegroeid en die goedkoper is omdat er in het kader van de distributie minder kosten worden gemaakt, af te wijzen vanwege het feit dat dit wetsvoorstel is aangenomen. Dit zou tegen mijn eigen wetsvoorstel ingaan. Vandaar dat deze nota van wijziging er is gekomen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Dat zou dus kunnen betekenen dat straks bijvoorbeeld Doetinchem komt met de mededeling dat daar ook zo'n samenwerkingsverband is gesloten dat doelmatiger en goedkoper werkt. Dan zou alsnog een dergelijke ontheffing gegeven kunnen worden. Er staat hier natuurlijk niet bij dat dit alleen voor Haarlem en Den Haag geldt.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Nee, vandaar dat erbij staat dat de minister dit kan doen onder het stellen van voorwaarden. Die voorwaarden hebben te maken met kwaliteit en kostenbewaking. Eerlijk gezegd kan ik mij niet voorstellen dat er nog meer van die situaties groeien als dit wetsvoorstel wordt aangenomen en als ook andere initiatieven doorgang zouden vinden, zoals het opheffen van het verbod op loondienst en het hebben van een eigen instelling. Ik denk namelijk dat het veld, dus de ziekenhuizen in de regio, uiteindelijk een voordeel moeten zien in het aangaan van bepaalde samenwerkingsverbanden. Als dat voordeel er om een of andere reden niet is, zullen zij het volgens mij nooit doen.

Ik hoop mevrouw Kant toch te kunnen overtuigen. Zij zegt dat ik almaar niet aangeef wat precies de effecten zijn van het wetsvoorstel. Zij wil keiharde getallen. Wordt er 15 mln., 30 mln. of 50 mln. bespaard? Ik heb een tijd geleden, bij het schrijven van de nota naar aanlei-

ding van het verslag, het idee gehad om alle voordelen die in sommige regio's zijn geboekt te kwantificeren en te extrapoleren naar het landelijk niveau. Je komt dan vast op een bepaald getal. Ik heb daar toch van afgezien, omdat ik bang ben dat zo'n getal een eigen leven gaat leiden. Als het wetsvoorstel wordt aangenomen en een kostenbesparing van 22 mln. wordt bereikt, terwijl ik 25 mln. heb gezegd, dan is het cijfer niet gehaald, of nog erger. De aandacht zou ook helemaal naar de kostenbeheersing zijn gegaan, terwijl het primaire doel van het wetsvoorstel is om monopolieposities, die inderdaad niet altijd te verafschuwen zijn, maar in dit geval naar mijn mening geen recht doen aan een doelmatige geneesmiddelenvoorziening, te breken. Ik ben ervan overtuigd dat er een kostenbeheersing komt. Ik word daarin gesteund door wat in regio's bereikt wordt. Maar al smeekt men erom, ik zie ervan af om te kwantificeren, juist vanwege de zorgvuldigheid van het wetsvoorstel. Ik wil niet de indruk wekken dat hiermee op 1,7 mld. 100 mln. wordt binnengehaald.

Mevrouw **Kant** (SP): Het is heel verstandig dat u dat niet hebt gedaan, want dat had niet zoveel waarde gehad. Het probleem is dat op het moment dat de regels op dit terrein in Nederland veranderen, de farmaceutische industrie zich anders gaat gedragen. De effecten zijn heel moeilijk te voorspellen. Dat is nu eenmaal een van de dingen die inherent zijn aan de markt. Hoe gaat de markt hier nu weer op reageren?

Ik wil u graag begrijpen. Ook ik wil dat het probleem wordt opgelost. Ik begrijp echter niet zo goed waarom u denkt dat de markt in dit geval dit marktprobleem kan oplossen. Ik zou liever van u voorstellen krijgen waarmee de overheid dit marktprobleem gaat oplossen.

De **voorzitter**: Maar dat hebt u al in twee termijnen uitgelegd.

De heer **Oudkerk** (PvdA): Mevrouw Kant sprak ook over concurrentie en samenwerking. Dat hoeft geen contradictie te zijn. Ik voer niet concurrentie in als een soort panacee, waardoor het allemaal wel goed komt met de geneesmiddelenvoorziening in Nederland. De prikkel tot concurrentie zal bevorderen dat de partijen uiteindelijk kunnen kiezen. Ziekenhuizen en huisartsen,

ziekenhuizen en apothekers, openbare apothekers enz. kunnen gaan samenwerken, of zij vechten, in slecht Nederlands, elkaar de tent uit. Mevrouw Kant wijst er terecht op dat de farmaceutische industrie altijd weer zo slim is om iets anders te verzinnen. Uiteindelijk gaat het erom dat degene die bij de fabrikant, op welke slimme manier dan ook, de goedkoopste wijze weet te bewerkstelligen om het geneesmiddel aan de patiënt te distribueren, de winnaar is. Als hij voldoet aan eensluidende, gelijklopende kwaliteitsnormen, hebben wij veel gewonnen, op het gebied van kwaliteit en vooral op het gebied van kostenbeheersing.

Voorzitter! Hoewel het niet de gewoonte is, wil ik aan het eind van deze tweede termijn mijn medewerkster, Marieke Köbben, bedanken, omdat zij zich, op z'n Amsterdams gezegd, het schompe heeft gewerkt aan dit wetsvoorstel. Dat mag toch ook wel eens gezegd worden.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij wel.

□

Minister **Borst-Eilers**: Mevrouw de voorzitter! Er zijn twee vragen aan mij gesteld door mevrouw Hermann. Zij vroeg wat er gebeurt met de kostenbesparingen op het geneesmiddelen dossier. Mogen die worden besteed in de zorg? We moeten hier inderdaad onderscheid maken – de heer Oudkerk zei ook al zoiets – tussen besparingen op de uitgaven voor geneesmiddelen binnen het budget van een instelling en binnen het budget dat de extramurale zorg heeft voor geneesmiddelen. Een instelling kan die besparingen inzetten voor andere zaken; dat geld wordt niet afgeroomd. Over het extramurale budget staat in het regeerakkoord dat de groei van het budget moet blijven binnen de demografische groei plus de extra intensiveringsmiddelen. Het zal nog een hele hijs zijn om daar binnen te blijven. Stel dat dit gebeurt – laten we optimistisch zijn – dan staat er ook in het regeerakkoord dat de eerste 200 mln. die op dat budget onderbesteed wordt, preferentieel naar de ouderenzorg gaat. Ik zeg daar dan wel bij dat op dat moment nog moet blijken dat de ouderenzorg geld nodig heeft, want ik vind dat de Kamer daar in overleg met mij wel een afweging mag maken. Stel dat

Borst-Eilers

de ouderen dan op rozen zitten en er ergens anders een drama is. Dan moeten wij erover kunnen praten.

De tweede vraag betreft het elektronisch berichtenverkeer. Ik zeg aandacht daarvoor en stimulering in de gewenste richting graag toe.

Ten slotte wil ik een opmerking maken naar aanleiding van datgene wat de heer Oudkerk zei over de aanbevelingen van de IWG. Hij zei: het is weer een aantal jaren geleden, maar nu gaat het toch allemaal gebeuren. Ik onderstreep dat de IWG bij haar aanbevelingen heeft gezegd dat de drie maatregelen, namelijk opheffing van het verbod extramuraal opleveren, verbod eigen instellingen en verbod loondienst, pas effect kunnen hebben bij een verder aangescherpte verzekeraarsbudgettering. Dat traject is toen direct ingezet en op 1 januari a.s. zijn wij zover dat aan die voorwaarde voldaan is.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, op een nader te bepalen tijdstip te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

Sluiting 17.20 uur



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

1. de volgende brieven:

een, van de staatssecretaris van Buitenlandse Zaken, ten geleide van het verslag van de Begrotingsraad (21501-03, nr. 25);

een, van de minister van Justitie, over de Slotwet en Financiële Verantwoording 1997 (26067, nr. 4);

een, van de minister van Verkeer en Waterstaat, ten geleide van het verslag van de EU-Transportraad (21501-09, nr. 85);

een, van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (22187, nr. 65).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

een, van de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, inzake

adviezen SER en VROM-raad over het NMP-3;

een, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ten geleide van het rapport "Spermabanken in Nederland 1990-1997".

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies en niet te drukken.