

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet (29359);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van Hoofdstuk III van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en van afdeling 5 van titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (28494).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.



Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik heb drie hoofdpunten van kritiek op de nieuwe Geneesmiddelenwet. Ten eerste zijn er te weinig waarborgen voor onafhankelijkheid van onderzoek tot en met het voorschrijfgedrag van artsen. Ten tweede dreigt de kwaliteit te moeten wijken voor marktwerking. Het gevaar is groot dat dit ten koste gaat van de veiligheid van geneesmiddelen en daarmee van de volksgezondheid. Ten derde laat de minister een heel belangrijk punt liggen, namelijk de aanpak van de agressieve marketing van de farmaceutische industrie.

Ik begin bij de basis, namelijk de onafhankelijkheid van onderzoek. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen wordt voor een belangrijk deel betaald door de farmaceutische industrie. Daar hebben wij heel veel aan te danken. Ook veel klinische onderzoeken, waarbij geneesmiddelen worden getest op proefpersonen, worden betaald door die industrie. Naast die belangrijke bijdrage aan de volksgezondheid door deze innovatie heeft de farmaceutische industrie uiteraard economische belangen. Het is de vraag of door farmaceuten betaald onderzoek wel altijd onafhankelijk genoeg is. Afgelopen maandag had ik het genoegen om in de Oude Zaal van deze Kamer een minisymposium te organiseren, waarbij vele deskundigen op dit terrein aanwezig waren. Zij bevestigden de zorgen die op dit punt leven. In internationale medische tijdschriften zijn de laatste jaren nog eens voorbeelden te vinden waaruit blijkt dat deze onafhankelijkheid van de wetenschap onder druk staat. Moeten wij ons daar nu erg druk over maken? Ja, dat vind ik wel, want de onafhankelijkheid van geneesmiddelenonderzoek is noodzakelijk om tot een objectieve beoordeling te komen van de gewenste en ongewenste effecten van een geneesmiddel. Die onafhankelijke beoordeling is weer van belang voor een goede keuze van artsen voor het beste en veiligste geneesmiddel voor de patiënt op dat moment.

Ook in het algemeen is dit een zaak waarover wij ons druk moeten maken. De academische vrijheid staat namelijk op het spel. Universiteiten dienen hun eigen agenda voor nieuwsgierigheidgedreven onderzoek te kunnen volgen. Dat is helaas op dit moment niet het geval. Veel onderzoek en de keuze voor onderzoek wordt bepaald door wie het kan betalen. Zo zie je dat er heel weinig onderzoek gedaan wordt naar weesgeneesmiddelen en ook naar geneesmiddelen voor ziekten die veel voorkomen in derdewereldlanden, waar helaas nog steeds veruit de meeste mensen onnodig sterven. Oude middelen waarvan het octrooi verlopen is, maar waarnaar nader onderzoek wellicht goed zou zijn, worden niet verder onderzocht omdat niemand daar belang bij heeft, hoewel zij vaak goedkoper zijn dan nieuwe geneesmiddelen. Er wordt wel veel onderzoek gedaan naar "me too"-middelen. Dezelfde middelen, een

klein beetje anders, waar wel weer een nieuw patent op aan te vragen is. Die ontwikkelingen baren ons zorgen. Is dit de innovatie van dit moment? Het onderzoek is vooral gericht op patenten en steeds minder op patiënten.

Er is reden genoeg om iets te doen aan de onafhankelijkheid van het medisch onderzoek. Het voorschrijfgedrag van artsen moet beter worden gewaarborgd en het toezicht hierop moet worden vergroot. Wij en vele mensen om ons heen hebben hier in de afgelopen jaren over nagedacht en dat heeft geleid tot een initiatiefnota met 25 voorstellen die bij de Kamer is ingediend. Ik heb die net aan de minister overhandigd. Dat heb ik gedaan omdat sommige dingen die erin staan het debat van vandaag raken. Natuurlijk zullen wij er ook in de Kamer over spreken. Het is niet voor niets een initiatiefnota.

Ik zou graag zien dat de minister vandaag reageert op een aantal voorstellen. Ik begin met het voorstel meer geld vrij te maken voor medisch-wetenschappelijk onderzoek van de overheid, de eerste geldstroom, vanwege het stellen van prioriteiten in onderzoek. De wetenschap moet meer greep krijgen op het stellen van die prioriteiten. Een ander voorstel is de instelling van een Nationaal fonds geneesmiddelenonderzoek. Door het instellen van een onafhankelijk nationaal fonds kan er een buffer ontstaan tussen de financiering en het onderzoek. Dit voorkomt rechtstreekse financiële banden tussen de farmaceuten en de onderzoekers.

Het Topinstituut Farma zou een mooi initiatief kunnen zijn als er een duidelijke scheiding van belangen was geregeld, maar dat is niet zo. De opzet lijkt helaas juist een volgende stap te zijn in het afhankelijk maken van het academisch onderzoek van de farmaceutische industrie. De instelling van het instituut vindt binnenkort plaats, begreep ik. Het is een voorhangprocedure. Ik kan alvast aankondigen dat wij dat niet zomaar laten passeren. Wij zullen daar nog een robbertje over vechten hier in de Kamer.

Een onafhankelijke geneesmiddelenregistratie is van groot belang. Uit Engels en Amerikaans onderzoek bleek dat de controle daar door de registratieautoriteiten soms te wensen overlaat. Het zou dan ook goed zijn om onze registratieautoriteit, het CBG, eenmalig door te lichten op onafhankelijkheid en transparantie. Bovendien is het agentschap CBG voor zijn financiering geheel afhankelijk van tarieven van registratie en dat zou het niet moeten zijn. Ik verwijs naar de uitspraak van prof. Verheugt in een uitzending van Netwerk. Hij zei daarin dat iedere schijn moet worden vermeden en dat overheidsinstanties nooit een cent moeten vragen van een firma die onderzoek aanmeldt voor beoordeling. In antwoord op vragen uit de schriftelijke voorbereiding stelt de minister dat hij uitgaat van het profijtbeginsel. Ik vind medicijnen maken een taak van de overheid.

Voor een onafhankelijk oordeel is openbaarheid van al het onderzoek van belang. Wij hebben de voorbeelden gezien van de antidepressiva, de derde generatie van de pil en wat recenter Vioxx. Het is positief dat de beoordelingsrapporten van het CBG openbaar zijn, zoals al eerder het geval was voor de Europese registratieautoriteit. Het beoordelingsrapport moet onverwijld toegankelijk worden gemaakt voor het publiek, inclusief de motieven van het advies en met weglating van alle vertrouwelijke gegevens. Het laatste roept natuurlijke vragen op. Wat zijn vertrouwelijke gegevens? Worden alle onderzoeksgegevens openbaar? Komen ook ruwe onderzoeksgegevens ter beschikking van onderzoekers?

## Kant

Wij weten allemaal dat de manier waarop je cijfers presenteert bepalend kan zijn voor het beeld dat ontstaat. Je wilt toch ook dat onderzoekers op hun eigen manier de statistiek op het ruwe materiaal loslaten. Is het juist dat geneesmiddelen die negatief worden beoordeeld door de registratieautoriteit openbaar worden gemaakt? Het is natuurlijk interessant om te weten wat de reden is van het terugtrekken.

Onder druk van onthullingen over het achterhouden van onderzoeken met negatieve onderzoeksresultaten heeft de internationale farmaceutische industrie toegezegd in de toekomst alle onderzoeksresultaten openbaar te maken. Het is echter nog niet duidelijk welke gegevens in deze registers terecht komen. Bovendien wordt uitgegaan van registratie binnen een jaar na toelating op de markt. Het beheer van een dergelijk register door de industrie zelf zal weinig vertrouwen wekken. Naar mijn opvatting moet al het patiënt-gebonden onderzoek openbaar zijn, ook onderzoek dat voortijdig is gestopt of dat niet is gepubliceerd omdat de onderzoeksresultaten niet zo goed waren. Dat zal allemaal onderdeel moeten uitmaken van de kennis en de wetenschap en van de medische discussie. Daarom zou dit onder een onafhankelijke instantie moeten plaatsvinden en volledige gegevens moeten bevatten. Er komt een Europese databank. Dat is mooi. Het is ook mooi dat het CBG daarin inzage heeft, maar de grote vraag is hoe volledig die databank is. Waarom is die databank overigens niet openbaar? Waarom zet Nederland zich er niet voor in dat het wel openbaar wordt? In Nederland zelf hebben wij het CCMO-register. Uit het laatste jaarverslag blijkt dat nog geen 42% van de onderzoekers wil meewerken aan openbaarheid. Bij de onderzoekers in de farmaceutische industrie is dat percentage slechts 12. Heeft het CBG inzage in het CCMO-register? Veel beter is het natuurlijk om openbaarmaking via de site van het CCMO verplicht te stellen.

Geneesmiddelen worden heel vaak off-label voorgeschreven aan kinderen zonder dat specifiek onderzoek is gedaan naar de effecten en bijwerkingen. De moderne antidepressiva laten zien hoe noodzakelijk zo'n onderzoek is. Het voorstel van de Europese Commissie om fabrikanten te verplichten een onderzoeksplan in te dienen met betrekking tot de effecten van kinderen, is een verbetering. Het is echter wel erg vaag. Wat houdt dat voorstel precies in? Is het vergelijkbaar met FDJ? Als dat het geval is, is het te beperkt want daarbij wordt slechts verlangd dat er onderzoek is gedaan bij kinderen en jeugdigen. De werkzaamheid en veiligheid moeten immers zijn vastgesteld. Wat gaat er nu precies geëist worden? Dat economische belangen een belangrijke rol spelen en gezondheidsbelangen onderhandelbaar blijken te zijn, blijkt wel uit het feit dat de industrie in ruil voor deze eis zes maanden extra octrooi krijgt. Dat begrijp ik niet. Als er gezondheidsbelangen van kinderen in het geding zijn, moet je die eis gewoon stellen. Daar hoeft je toch niet een douceurtje tegenover te stellen? Ik wil graag weten hoe Nederland zich op dit punt heeft opgesteld.

De kwaliteit dreigt te moeten wijken voor marktwerking. Het gevaar is groot dat dit ten koste gaat van de geneesmiddelenveiligheid. Het duidelijkst is dit bij het voorstel van de minister om toe te staan dat zelfzorgmiddelen buiten de apotheek en drogist om worden verkocht. Uit buitenlandse literatuurstudies van het NIVEL blijkt dat consumenten weinig weten over het

juiste gebruik van zelfzorgmiddelen. Die middelen kunnen ernstige bijwerkingen hebben. Bovendien kan verkeerd gebruik leiden tot vergiftiging. Pijnstillers vormen de meest risicovolle groep, maar ook eenvoudige maagzuurbinders, maagzuurremmers en hoikoortsmiddelen kunnen schadelijk zijn. Het belangrijkste probleem is de onwetendheid van de consument. Ook onderzoekers van het Rathenau-instituut gaan uitgebreid in op de schadelijke effecten van de zogenaamde NSAID's en zijn van mening dat dit gekanaliseerd moet blijven. Opmerkelijk is trouwens dat de minister de Kamer behoorlijk selectief heeft geïnformeerd. Hij citeert naar aanleiding van mijn vragen over dit NIVEL-onderzoek uit een TNO-rapport. Dat rapport is gemaakt in opdracht van Netrofarm en er ligt geen literatuuronderzoek aan ten grondslag. Daar had ik echter ook niet naar gevraagd. Ik vroeg om een reactie op het NIVEL-onderzoek, maar dat negeert hij gewoon. Als dat geen selectief winkelen is, weet ik het niet meer. Volgens het NIVEL-onderzoek gaat het in 17% van de ziekenhuisopnamen door verkeerd geneesmiddelengebruik om zelfzorgmiddelen.

Recentelijk is er een witboek uitgekomen van een expertmeeting waaraan 20 topdeskundigen uit de wereld van de drogisterij deelnamen. Natuurlijk, ook de drogisterijen hebben bepaalde belangen, maar die deskundigen vinden dat alle pijnstillers gekanaliseerd moeten blijven. Ook vinden zij dat andere belangrijke zelfzorgmiddelen – maagdarmsmiddelen, keel- en neusmiddelen – voor een belangrijk deel niet moeten worden vrijgegeven. De belangrijkste overwegingen zijn dat vrije verkoop zal leiden tot ongewenste groei van consumptie en een ongewenste toename van verkeerd gebruik en misbruik en dat het bewustzijn van consumenten dat geneesmiddelen geen snoepjes zijn, wordt ondermijnd. Hoe oordeelt de minister over de argumenten van deze deskundigen en over het onafhankelijke onderzoek van het NIVEL? In bijna alle ontwikkelde landen is de verkoop van zelfzorgmiddelen gekanaliseerd met het oog op voorlichting en toezicht. Op die manier wordt een duidelijk signaal aan de consument gegeven. In alle EU-landen is sprake van kanalisatie. Engeland is een uitzondering, want daar wordt – zij het onder strikte voorwaarden – een lijst met algemeen verkrijgbare middelen gehanteerd. Alleen in de Verenigde Staten is er geen kanalisatie en daar overlijden bijvoorbeeld naar verhouding gemiddeld twee maal zoveel mensen als in Nederland door het gebruik van NSAID's. Dit geeft toch te denken.

Het zal duidelijk zijn, mijn fractie vindt dat zelfzorgmiddelen alleen via de drogist of apotheek verkrijgbaar moeten zijn. De verkoop in een benzinstation of supermarkt levert geen enkele maatschappelijke waarde op; hier kleven alleen maar nadelen aan. Op dit punt hebben wij een amendement voorbereid.

Als de verkoop ook bij de drogist plaatsvindt, moet de voorlichting over de zelfzorgmiddelen worden verbeterd. De drogisten zijn zelf al aan de slag gegaan met het formuleren van certificeringseisen en dit zouden wij moeten regelen. Wat mijn fractie betreft wordt certificering verplicht. Daarom hebben wij ook op dit punt een amendement in voorbereiding.

Als de zelfzorgmiddelen bij de drogist verkocht worden, moeten zij weer van achter de toonbank worden verkocht. Die voorwaarde is nu geschrapt, maar ik begrijp niet waarom. Als de middelen achter de

## Kant

toonbank staan, is er nog wat extra bescherming en wordt de "grijpbaarheid" minder groot. Ook op dit punt ligt er een amendement van mijn fractie.

Bij het loslaten van de beperking van verkooppunten zoals de minister van plan is, dreigt de kwaliteit van de voorlichting verloren te gaan. Ook de FNV wijst hierop. Supermarkten zullen vanwege de prijzenslag geen opgeleide mensen meer zoeken. De drogisterijen zullen wel moeten volgen om de concurrentie vol te houden. Zo gaan wij de verkeerde kant op en volgens mij wil de minister dit ook niet. Ik hoor hier graag zijn reactie op.

De minister heeft zich ook positief uitgelaten over de opname van bepaalde vrij verkrijgbare geneesmiddelen in het elektronisch medisch dossier. Hij merkt op dat dit lastig is vanwege de verschillende verkooppunten. Niet doen dus, lijkt mij. Dit is toch ook weer een argument dat pleit tegen vrijlating?

Het compromis van de minister, namelijk de UA-middelen – uitsluitend apotheekmiddelen – is onnodig als je de categorie die je daarvoor op het oog hebt, aanmerkt als receptmiddelen. Dan is er de gewenste bescherming. Als een geneesmiddel alleen in een apotheek verkrijgbaar zou moeten zijn, zijn er volgens mij ook goede redenen om dit middel een receptmiddel te laten blijven of worden. Hier kleeft ook het risico aan dat er meer receptgeneesmiddelen naar deze categorie worden overgeheveld waarmee weer wat bescherming verdwijnt.

Ik heb begrepen dat Nederland door de wederzijdse erkenning bij de toelating van geneesmiddelen binnen Europa en door de centrale registratie, bepaalde middelen wel moet erkennen als niet-receptgeneesmiddelen ook al wordt dit minder gewenst geacht. Ik hoor graag van de minister of dit zo is. Het zou toch een vervelend gevolg van het systeem zijn als wij dit niet langer zelf kunnen bepalen. Als het zo is, is de categorie UA waarschijnlijk wel noodzakelijk.

De minister stelt voor om de eis te laten vervallen dat er een apotheker aanwezig moet zijn in de apotheek. Ik citeer een apotheker: "Juist het feit dat een assistente op ieder moment mijn kantoor kan binnenlopen om advies te vragen, is een ideale omgeving voor voortdurende naschooling. Assistenten kunnen uitstekend adviseren, juist vanwege de zekerheid dat er altijd een apotheker aanwezig is waarop zij kunnen terugvallen. Bovendien leert de apotheker zo ook zijn patiënten goed kennen. Met advisering op afstand is geen echte zorg te leveren." Beter kan ik het niet zeggen. Dit is de kern van de zaak. Honderden en misschien wel duizenden mensen sterven jaarlijks onnodig door verkeerd medicijngebruik of bijwerkingen. Een goede medicijnbewaking kan veel leed voorkomen. Apothekers hebben daarin een onmisbare rol. Volgens een recent onderzoek van Buurma wijzigen apothekers gemiddeld ruim veertien recepten per dag. Het merendeel is een verduidelijking, maar bij twee tot drie recepten per dag zou oorspronkelijk voorschrift tot klinische schade kunnen leiden.

Ook bij zaken als therapietrouw en het stimuleren van het gebruik van zoiets belangrijks als foliumzuur spelen apothekers een belangrijke rol. Medicatiebewaking – ook de geautomatiseerde – moet altijd op de werkvloer door de apotheker geïnterpreteerd kunnen worden. Het gaat om de individuele patiënt en de wisselwerking bij het gebruik van medicijnen door ouderen, kinderen, ernstig zieken. Dit vraagt allemaal om een specifieke aanpak. Het recente rapport van de inspectie over fouten en

medicijnverstrekking zou toch het belang van een apotheker op de werkvloer moeten onderstrepen. Eén apotheker per apotheek is ook van belang voor het farmacotherapeutisch overleg zoals dat nu in kleine groepen plaatsvindt. Wat vindt de minister van de stelling van de KNMP dat het aantal medicatiefouten kan verminderen als apothekers gemakkelijker kunnen beschikken over patiëntgegevens zoals laboratoriumwaarden, de reden van voorschrijven en, bijvoorbeeld, de nierfunctie?

Als de apotheker onder de WGBO valt, komt er dan ook een normpraktijk? Dat is van belang om de kwaliteit te kunnen bewaken. Als toegestaan wordt dat een apotheker verantwoordelijk wordt voor meer apotheken, is de kans immers groot dat het aantal patiënten per apotheek fors uitbreidt. Hierdoor wordt zorgvuldige controle moeilijker. Bovendien komen er steeds meer ketenapotheken met het risico dat er met minder apothekers gewerkt gaat worden.

In de ons omringende landen geldt een verbod voor apothekers om in meerdere apotheken te staan. Wij moeten dat verbod overnemen. Dat is de reden dat mijn fractie op dit punt een amendement heeft ingediend. Ik heb inmiddels begrepen dat deze wens van mijn fractie breed leeft in de Kamer.

De apotheekhoudende huisarts. Mijn fractie is het ermee eens dat het goed is dat er niet is gekozen voor een sterfhuiskonstructie. Wat nu voorligt, is echter ook niet meer dan dat. De huidige zwakke positie van de apotheekhoudende huisarts wordt voortgezet. Hierdoor kunnen apotheekhoudende huisartsen toch sneller verdwijnen dan misschien wenselijk is. De bevoegdheid om zelf geneesmiddelen te bereiden, wordt hen ontnomen. Deze bevoegdheid voor apotheekhoudende huisartsen in een gemeente zonder apotheek is immers niet opgenomen in artikel 100. De minister beslist zelf op verzoeken voor apotheekvergunningen in plaats van de provinciale commissie voor gebiedsaanwijzing, een constructie waarbij de beroepsgroepen worden betrokken.

De apotheekhoudende huisarts wordt niet meer ingeschreven in het inspectieregister. Waarom niet? Het is niet nodig om een afschrikbeleid te voeren. Ongevoegde groei van apotheekhoudende huisartsen is namelijk niet te verwachten, gezien alle voorwaarden die nu al worden gesteld.

De verkoop op internet. Ik ben het eens met het pleidooi van de KNMP voor betrouwbare internetfarmacie. De arts moet de patiënt gezien hebben voordat hij een recept uitschrijft. De apotheek moet de identiteit van de patiënt kunnen verifiëren en kunnen beschikken over de actuele medicatiehistorie van de patiënt. Hiervoor dient een onafhankelijk keurmerk te worden ontwikkeld. Patiënten hebben meer bescherming nodig en ik zal dan ook zeker het amendement van Schippers, Buys en Arib ondersteunen.

Waarborgen voor de veiligheid zijn van groot belang om het gevaar van bijwerkingen van geneesmiddelen tegen te gaan. Als je cijfers uit buitenlandse literatuur extrapoleert naar de Nederlandse situatie, zou je kunnen zeggen dat duizenden mensen jaarlijks vanwege bijwerkingen van geneesmiddelen sterven. Uit een recent onderzoek in het New England Journal of Medicine blijkt een hogere sterfte onder ouderen vanwege het gebruik van antidepressiva, ook bij oudere middelen zoals Haldol.

## Kant

Het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb doet op dit punt prima werk. Ik heb gelezen dat de minister een voorstander is van intensieve samenwerking met het agentschap CBG en de IGZ. Ik heb zelfs begrepen dat de minister nadenkt over de mogelijkheid van samenvoeging. Waarom wil hij dat? Ik stel deze vraag en ik noem de mogelijkheid van samenvoeging, omdat ik mij afvraag of het ook de bedoeling is om in de toekomst het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb daar ook onder te laten vallen. Dat zou een slecht plan zijn. Registratie en bewaking moeten mijns inziens namelijk gescheiden blijven. De FDA heeft na slechte ervaringen juist stappen gezet in de richting van verdere scheiding. Ook de zaak Vioxx leert dat dat belangrijk is.

De minister wijst het CBG aan als diegene die samenwerkingsorganen van beroepsbeoefenaren voor registreren en analyseren bevordert. Het lijkt mij beter dat de minister dit zelf blijft doen. Ik steun van harte het amendement dat de heer Buijs op dit punt heeft ingediend.

De vrijwillige melding van bijwerkingen is onvolledige. Er moet een goed, effectief en onafhankelijk bewakingssysteem voor bijwerking komen, dat controleert na de registratie van een geneesmiddel. Het Nederlandse Bijwerkingen Centrum Lareb ontwikkelt op dit moment een monitoringssysteem dat het mogelijk maakt om nieuwe geneesmiddelen via de eerste uitgifte van een apotheker direct op bijwerkingen, dosering en gebruik te controleren. Ik heb begrepen dat dit project tot nu toe nog niet wordt gefinancierd. Het lijkt mij een heel goed plan. Wat vindt de minister van dat plan? Is hij bereid de financiering hiervan te bezien?

Ik ben voor een verplichte melding van bijwerkingen in ernstige situaties; mevrouw Arib heeft op dit punt een amendement ingediend dat ik van harte steun. Waar nodig zou er echter nog meer moeten gebeuren. Er zou meer onafhankelijk onderzoek naar bijwerkingen moeten worden opgezet als er aanwijzingen zijn dat dit nodig is. Het is toch vreemd dat wij het onderzoek naar bijwerkingen van geneesmiddelen die op de markt zijn, overlaten aan de farmaceuten zelf, mensen die er alle belang bij hebben dat die bijwerkingen niet boven water komen. Ik begrijp dat helemaal niet. Waarom doen wij dat zo? Waarom regelen wij dat niet op een onafhankelijke manier? Nu keurt de slager zijn eigen vlees. Je kunt wel denken: zij hebben er zelf belang bij om het wel open en eerlijk te melden als er bijwerkingen zijn, maar de praktijk tot nu toe wijst uit dat men alleen toegeeft dat er iets aan de hand is als het echt niet meer anders kan. Er wordt pas toegegeven als de druk in de media onhoudbaar is en er te veel situaties bekend zijn geworden. Tot zo'n moment wordt ten stelligste ontkend dat er iets aan de hand is. Kijkt u maar naar de situatie rond Vioxx.

De minister wijst erop dat de industrie voortaan bij de aanvraag voor een vergunning al een plan voor de geneesmiddelenbewaking moet indienen. Voor sommige geneesmiddelen kan inderdaad gekozen worden voor die verplichte veiligheidsstudie, zoals is voorgesteld. Maar gelet op de traagheid waarmee de industrie momenteel dit onderzoek uitvoert, is de vraag of de zaak hiermee wel zal verbeteren, reëel. Bovendien dient een aantal van de onderzoeken die daar opgezet worden, geen wetenschappelijk doel, want men is er niet op uit om negatieve effecten en bijwerkingen op te sporen. Men is er in deze onderzoeken vooral op uit om het geneesmiddel "in de pen te krijgen" van degenen die het voor-

schrijven. De noodzaak van meer en onafhankelijk onderzoek kwam ook naar voren in Engelse hoorzittingen en in de rondetafelgesprekken die wij zelf in de Tweede Kamer hebben gevoerd.

De meeste bijwerkingen komen pas aan het licht als het middel door duizenden mensen is gebruikt, en dat is natuurlijk vaak pas na registratie. Daarom zou het goed zijn om een voorwaardelijke registratie in te stellen. Het zal in de praktijk makkelijker zijn om een voorlopige registratie niet definitief te maken, dan om een definitieve registratie terug te draaien. Bovendien zal op die manier meer druk op de fabrikanten worden gelegd om de veiligheid en effectiviteit bij grote groepen patiënten aan te tonen.

Ik ben er geen voorstander van dat een vergunning na vijf jaar onbeperkt geldig wordt. Volgens de minister moet dat van Europa, maar waarom zouden wij op dit punt niet onze eigen regels kunnen stellen? Kan de minister hier op reageren? De minister wijst er tevens op dat met artikel 45, lid 4, de eerste stap is gezet tot voorwaardelijke registratie, maar dat wordt beperkt tot de uitzonderlijke gevallen. Waarom zouden wij het daar toe beperken?

Wat doet de minister met het verzoek van de KNMG om meer geld voor adequate elektronische ondersteuning van de landelijke dekking van het farmacotherapeutisch overleg? Ik heb begrepen dat de minister hierover met de KNMG in overleg is, en ik wil graag weten hoe het ermee staat.

Op onze vraag om de bijsluiters voortaan te laten toetsen door een gebruikerspanel, komt de minister ons deels tegemoet door te zeggen dat de bijsluitertekst in de toekomst zal worden voorgelegd aan patiëntendoelgroepen. Er zou meer geluisterd moeten worden naar patiënten als ervaringsdeskundigen, zoals de Stichting Pandora, de Prozac survival supportgroep en het Meldpunt Vioxx. Heeft de minister er al voor gezorgd dat de meldingen van dit laatste meldpunt bij het CBG en het Nederlandse Bijwerkingen Centrum Lareb zijn terechtgekomen? De minister heeft dat beloofd; ik ben benieuwd hoe het daarmee staat. Gaat het CBG ook onderzoek doen naar de effectiviteit van zijn waarschuwingen?

Een belangrijk punt van mijn kritiek gaat over dat wat de minister laat liggen: de aanpak van agressieve marketing van de farmaceutische industrie. Het bestaande reclamebesluit wordt in deze wet opgenomen, maar het wordt dus niet verduidelijkt en verder aangescherpt. In mijn wens om dat te doen heb ik zowaar, schrikt u niet, het Centraal Planbureau aan mijn zijde. Het CPB pleitte al in 2002 voor aanscherping van het beleid op dit punt. Waarom legt de minister dit zomaar naast zich neer? Waarom wordt niet de kans gegrepen om nu wettelijke grenzen te stellen aan het fêteren en het paaien, aan de cadeaus en de snoeprequisieten en aan de rechtstreekse betalingen voor het voorschrijven van pillen? Ik heb een amendement ingediend om deze regels in de wet vast te leggen en aan te scherpen. Waarom wordt niet de kans gegrepen om nu de sluiproute van symptoomreclame aan te pakken en daarin duidelijker grenzen te stellen? Wij kennen ze allemaal, de spotjes van het erectieplein, uit een wat verder verleden die van de schimmelnagels, en heel recent die van de plaspleisters. Ik kan het ook niet helpen, maar dit zijn blijkbaar zaken waarvoor je reclame kunt maken.

## Kant

De minister erkent dat deze bewustwordingspotjes, zoals hij ze noemt – ik blijf het gewoon symptoom-reclame noemen – kunnen bijdragen tot de medicalisering, maar vervolgens bagatelliseert hij het probleem. Als er in de bewustwordingspotjes direct of indirect wordt verwezen naar een geneesmiddel of naar een fabrikant, is er gewoon sprake van reclame, zo erkent ook de minister. Dan moet dit soort dingen toch worden vastgelegd in de regels, zodat daar duidelijkheid over is? Mijn fractie heeft een amendement ingediend om het onderscheid tussen voorlichting en reclame aan te scherpen en te verduidelijken.

Voorschrijvers en artsen moeten op basis van onafhankelijke informatie en voorlichting tot een oordeel kunnen komen over de vraag welk middel voor welke patiënt op welk moment het meest geschikt is. Daarom moet er goede, onafhankelijke, dat wil zeggen niet gesponsorde, nascholing zijn. Hierin past geen commerciële artsbezoeker. Ook daarover heeft mijn fractie een amendement ingediend. Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat het vaak ontvangen van artsenbezoekers leidt tot minder rationeel en duurder voorschrijfgedrag. Dat willen wij toch niet? Bijwerkingen en contra-indicaties komen onvoldoende aan bod.

De minister zegt dat hij pas een initiatief op het gebied van onafhankelijke nascholing heeft gehonoreerd. Ik ben benieuwd welk initiatief dat is. DGV heeft aanbevolen om nader onderzoek te doen naar de omvang en de invloed van de industrie op nascholing en congressen. De minister was het ermee eens dat dit onderzoek zou worden uitgevoerd. Komt het onderzoek er en, zo ja, wanneer kunnen wij dat verwachten? Is het niet beter, de industrie gewoon uit te sluiten van het laten organiseren van nascholing, zoals het Centraal Planbureau al veel eerder voorstelde, en uitsluitend te werken met onafhankelijke artsenbezoekers, waarbij commerciële artsenbezoekers voortaan worden geweerd? De patiëntenorganisaties zijn zelf met een gedragscode gekomen op het gebied van sponsoring. Dat is een heel goed initiatief, maar ik vind het onvoldoende, omdat het te vrijblijvend is. Daarom heeft mijn fractie ook hierover een amendement ingediend. Ik zeg er nadrukkelijk bij dat hier meer steun van de overheid voor de patiëntenorganisaties bij hoort. Uit de debatten van de afgelopen weken is wel gebleken dat dit iets is wat zwaar onder druk staat.

Ziekenhuisapothekers krijgen korting als zij patiënten op een duur medicijn zetten. Dat is de reden om korting te geven. Als de patiënt het ziekenhuis verlaat, blijft het duurdere medicijn voorgeschreven worden, omdat hij daar immers op is ingesteld. De minister vindt het terecht onaanvaardbaar dat voorschrijfrichtlijnen om dit soort financiële redenen opzij worden geschoven. Het is mooi dat hij dit ook vindt, maar wat gaan wij eraan doen? DGV gaat onderzoeken op welke schaal dit gebeurt. Wanneer kunnen wij de resultaten van het onderzoek verwachten en wat is de minister van plan hieraan te doen? Het is natuurlijk gewoon niets anders dan een vorm van marketing.

Voorzitter. Ik rond af. Zelfs deze keiharde minister kan heel zachtvaardig zijn en af en toe zijn fluwelen handschoenen aantrekken. Maar helaas gebeurt dat niet vaak als het om patiënten gaat. Onbegrijpelijkerwijs gebeurt het wel als het om farmaceuten gaat. De controle van de agressieve marketing laat hij over aan de zelfregulering, waarvan nota bene – het was voorspelbaar – allang is

vastgesteld dat die zwaar tekortschiet. Mijn fractie blijft van mening dat de Inspectie voor de Volksgezondheid het directe toezicht weer moet doen als het gaat om de marketing. Dat moet niet worden overgelaten aan zelfregulering. De inspectie moet dat bovendien niet passief, maar actief doen. Het probleem van de zelfregulering is namelijk dat zij passief is. Er moet eerst een klacht ingediend worden, voordat er gehandeld wordt. Er wordt niet aan opsporing gedaan en vervolgens is er ook nog geen sanctiemogelijkheid.

Ik heb u net al het voorbeeld genoemd van de symptoomreclame via erectieplein. In spotjes die op de radio werden uitgezonden, werd gezegd dat erectieproblemen voorkwamen en dat je naar de website [www.erectieplein.nl](http://www.erectieplein.nl) kon, waar je vrij snel werd gewezen op het bestaan van pillen voor dit probleem. Ik heb zelf als Kamerlid het initiatief genomen om een klacht in te dienen bij de CGR. Dat is een heel gedoe, maar het is mij gelukt en ik heb de zaak nog gewonnen ook. Dus gingen de spotjes uit de ether. Ik doe het met plezier, want ik erger mij eraan en ik vind dit soort symptoomreclame een slechte zaak, maar het is toch niet mijn taak! Wij hebben er toch een Inspectie voor de Volksgezondheid voor om dat soort dingen actief op te sporen? Of zoiets wel of niet in de ether blijft, moet niet afhankelijk zijn van een Kamerlid dat zich daar toevallig druk om maakt. Vervolgens had ik die zaak gewonnen, maar boete? Nee, hoor. Helemaal niets. Dus er staat nog geen sanctie op ook, als het via de zelfregulering gaat. Ik vind dat een slechte zaak. Er moet actief opgespoord worden door de inspectie en er moeten sanctiemogelijkheden komen. Die heeft de inspectie wel, maar de zelfregulering niet.

In het verleden, toen het reclametoezicht van de inspectie wel goed werkte en toen de inspectie de actieve opsporing wel op zich nam, is gebleken dat daar een preventieve werking van uitgaat. Dat is natuurlijk wat wij willen hebben. Je moet niet constant maar allerlei zaken hebben. Er moet duidelijkheid zijn. Men moet weten: de regels zijn duidelijk en als ik nu als farmaceut over de schreef ga, dan krijg ik een fikse boete om de oren. Zo zou het moeten zijn. Er worden miljarden uitgegeven aan marketing door de farmacie. Dat gebeurt niet zomaar. Farmaceuten zijn echt geen gasten die geld over de balk gooien. Die miljarden hebben effect, zij leveren namelijk nog veel meer miljarden op.

Wij betalen daar als patiënten, als consumenten en als inwoners van dit land de driedubbele prijs voor. De eerste keer, omdat de marketingkosten natuurlijk gewoon in de prijs van de pil worden verrekend. De medicijnprijzen zijn daardoor hoger en wij betalen onnodig veel voor die pillen. De tweede keer betalen wij de prijs, omdat er door de beïnvloeding meer voorgeschreven wordt dan waarschijnlijk strikt noodzakelijk is. De derde en heel belangrijke prijs die wij betalen, is dat de arts niet altijd het beste en veiligste middel zal voorschrijven, als gevolg van een gebrek aan onafhankelijke voorlichting. Hij wordt beïnvloed door het teveel aan commerciële, niet onafhankelijke voorlichting en door de agressieve marketing. Hij komt niet op een onafhankelijke manier tot zijn oordeel.

Die prijs zou ik niet willen betalen. Wij kunnen er nu iets aan doen, door in deze wet heldere regels te stellen met betrekking tot de agressieve marketing van de farmaceuten en door in deze wet ook de actieve opsporing te regelen. U zult begrijpen dat mijn fractie ook op dit punt een amendement zal indienen.



Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Eindelijk kunnen wij dan nu de voorstellen voor een nieuwe geneesmiddelenwet behandelen. Ook dit wetsvoorstel hangt alweer zo vele jaren boven de markt dat het de ontwikkelingen belemmert, omdat niet duidelijk is wat de uitkomsten zullen zijn. Het is goed dat daar nu een einde aan komt.

Er zijn veel adviesrapporten verschenen, het wordt tijd dat er echt iets gebeurt. Dit wetsvoorstel schoont de boel flink op, actualiseert de wet en implementeert Europese richtlijnen. Wat mij betreft, is dat prima en weinig controversieel. Waar het debat mijns inziens vooral over gaat, is verbetering van de kwaliteit van de farmaceutische zorg en over de vraag hoe wij ervoor zorgen dat wij niet teveel voor onze medicijnen betalen. De inspectie heeft een alarmerend rapport geschreven over de kwaliteit van de farmaceutische zorg, maar tegelijkertijd wordt er met man en macht gelobbyd om de situatie te houden zoals die is, ook dat onder het mom van de kwaliteit. Op beide aspecten ga ik uitgebreid in. De Inspectie heeft in de Staat van de Gezondheidszorg 2004 een zorgelijk beeld gegeven van de patiëntveiligheid binnen de farmaceutische zorg. Dit rapport toont nog eens de noodzaak aan van kwaliteitsverbetering. Als je de kille feiten tot je laat doordringen, dan kun je alleen maar concluderen dat de kwaliteit van de farmaceutische zorg moet verbeteren.

Het rapport van de inspectie heeft ons gewezen op het aantal slachtoffers per jaar. Per jaar krijgen meer dan tienduizend patiënten een recept dat schadelijk voor hen is, overlijden honderden patiënten door verkeerd medicijngebruik en belanden er duizenden patiënten onnodig in het ziekenhuis. Dat moet en kan beter. Dat gaat niet vanzelf en daarom moeten wij een betere kwaliteit afdingen. De VVD-fractie zet in op verbetering van de kwaliteit door meer samenwerking. In plaats van verdediging van het eigen domein, is samenwerking de weg.

Gezien de inbreng van de apothekers en de LHV, woedt er een behoorlijk felle discussie over het nut en de noodzaak van beroepscheiding tussen apotheker en arts. Artsen benadrukken dat de beroepscheiding maatschappelijk achterhaald en contraproductief is. Letterlijk schrijven zij: "De beroepscheiding is slechts dienstbaar aan het pharma-oligopolie." Zij zijn van mening dat het een arts die al verantwoordelijk is voor de geneeskundige behandeling, met inbegrip van het voorschrijven, ook wettelijk moet zijn toegestaan geneesmiddelen aan zijn patiënten mee te geven.

De VVD-fractie is van mening dat het beroep van apotheker geen overbodig beroep is dat net zo goed kan uitsterven en dat de medicijnverstrekking kan worden overgenomen door de arts. Wij zien wel degelijk de toegevoegde waarde van de apotheker, maar dan moet er wel een en ander veranderen. De apotheker moet meeveranderen met zijn omgeving. De bereiding van de geneesmiddelen is op de achtergrond geraakt en overgenomen door de industrie en daarvoor is te weinig in de plaats gekomen.

Wij zijn het met de artsen eens dat de huidige functie te mager is, maar dat leidt bij ons tot een andere conclusie. De VVD-fractie wil de kennis en kunde van de apotheker juist veel meer inzetten om de veiligheid van een farmaceutische behandeling sterk te verhogen. Een

goed voorbeeld daarvan is de noodzaak dat de apotheek de reden van voorschrijven kan kennen. Pas dan is hij in de gelegenheid om, indien daartoe aanleiding is, mee te denken met de arts. Informatie-uitwisseling over de reden van voorschrijven is niet altijd nodig of nuttig, maar kan in concrete gevallen essentieel zijn.

Uit recent onderzoek naar het nut van medicatierreviews bij 75-plussers met tenminste vier geneesmiddelen, komt naar voren dat 15% van de mogelijke verbeterpunten voor het voorschrijfpatroon alleen maar konden worden opgemerkt doordat de beoordelaars voor ieder geneesmiddel de beschikking hadden over de reden van gebruik. Er bestaan vele voorbeelden van geneesmiddelengroepen waarvoor zeer verschillende doseringen gelden, afhankelijk van de reden van voorschrijven.

Het elektronisch patiëntendossier moet informatie-uitwisseling tussen zorgverleners sterk verbeteren. Los van de tijd en plaats, moeten de daartoe bevoegde hulpverleners toegang hebben tot relevante medische gegevens van hun patiënt. Het elektronisch medicatiedossier (EMD) is helaas vertraagd, maar zal in 2007 eindelijk operationeel zijn. Extramuraal is niet alleen informatie-uitwisseling via het EMD van belang, maar ook het samenwerken en het beter gebruiken van elkaars kennis. In het belang van de patiënt, moet de farmaceutische en medische kennis worden verbonden en niet los van elkaar blijven. De zorgverlenerstaak van de apotheker moet geen lege huls blijven, maar daadwerkelijk inhoud krijgen. Om dit te bereiken, moet de apotheker meer informatie hebben en dat kan via de vermelding van reden van voorschrijven op het recept. Dit amendement slaat deze stap echter over met het oog op het EMD, dat over een aantal maanden hopelijk al functioneel zal zijn.

Ook bestaan er zorgen over het off-label voorschrijven.

De heer **Buijs** (CDA): Ik kom terug op het EMD. Mevrouw Schippers gebruikt twee zaken door elkaar, namelijk het elektronisch patiëntendossier en het elektronisch medicatiedossier. Zij zegt dat de apotheker inzicht moet kunnen krijgen in het elektronisch patiëntendossier. Gelet op de interactie, lijkt het mij vanzelfsprekend dat dit ook geldt voor het elektronisch medicatiedossier. Is zij met mij van mening dat dit alleen maar mag na toestemming van de patiënt?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het elektronisch medicatiedossier is niet anders dan een voorloper van het elektronisch patiëntendossier. Wij beginnen met het medicatiedossier en breiden dat uit naar het patiëntendossier. Wij moeten het wetsvoorstel nog behandelen, maar hebben in de Kamer al heel duidelijk gezegd dat de patiënt de sleutelbewaarder is van zijn eigen gegevens. Dat is hier meerdere malen vastgelegd. Ook bestaan er zorgen over het off-label voorschrijven, oftewel het voorschrijven en gebruik van een geneesmiddel buiten de registratietekst. Dat gebeurt massaal. Geschat wordt dat 50% van de voorschriften off-label is. Dat komt in Nederland neer op 60 miljoen voorschriften per jaar. Off-label voorschrijven is dus geen verschijnsel in de marge. Er zijn verschillende redenen om off-label voor te schrijven: een geneesmiddel wordt voor een andere indicatie gebruikt dan waarvoor het is geregistreerd, er wordt op basis van analogie voorgeschreven, voor bepaalde patiëntengroepen is de keuze uit geregistreerde

## Schippers

geneesmiddelen zeer beperkt of een geneesmiddel is in Nederland uit de handel genomen. Overigens is voor dit laatste toestemming van de hoofdinspecteur noodzakelijk. Enerzijds is off-labelgebruik belangrijk voor de patiënt – hij krijgt toegang tot medicijnen die weliswaar niet zijn geregistreerd voor de behandeling van zijn indicatie, maar wel een belangrijke rol kunnen spelen in de verhoging van de levenskwaliteit – anderzijds zijn er uiteraard behoorlijke risico's verbonden aan off-labelgeneesmiddelengebruik. Artsenbezoekers spelen een grote rol in de informatievoorziening van artsen over het off-labelgebruik van geneesmiddelen. Dat is wel een zeer magere bron om voor te schrijven. Wij moeten voorkomen dat wij bij incidenten als de Vioxx-affaire onze bezorgdheid uitspreken, maar vervolgens geen maatregelen nemen om de kwaliteit te verhogen en de denkkraft te vergroten. De VVD-fractie pleit ervoor om ook in dezen de deskundigheid van de apothekers een grotere rol te laten spelen. Zij geeft de voorkeur aan een teambenadering, aan het overleg met collega-artsen, apothekers en andere betrokkenen in het farmacotherapeutisch overleg. Het farmacotherapeutisch overleg is hiervoor een ideaal gremium, ware het niet dat bepaalde fto's eigenlijk niet of slecht functioneren. Om een arts hiervan afhankelijk te maken, gaat mijn fractie een stap te ver. Toch is het deskundige oordeel van een apotheker vanuit het oogpunt van kwaliteit gewenst. Huisartsen kunnen onmogelijk alle farmacologische ontwikkelingen op het gehele terrein van de gezondheidszorg bijhouden. Daarom heb ik een amendement ingediend om off-labelgeneesmiddelen waarvoor nog geen standaarden of protocollen bestaan, pas na overleg met de apotheker voor te schrijven. De arts draagt wel de eindverantwoordelijkheid en heeft ook het laatste woord.

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, moet dit wetsvoorstel volgens mijn fractie worden aangescherpt. Als dat ten aanzien van regulier werkende artsen gebeurt, moeten deze kwaliteitseisen natuurlijk ook van toepassing worden verklaard op de internetdokter. Een behandelrelatie is de basis waarop een diagnose wordt gesteld en een farmaceutische behandeling wordt ingezet. Die moet er dus wel zijn. Natuurlijk zie ik in wat de meerwaarde van internet is voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de dokter en de apotheek. Ik wil de positieve ontwikkelingen ook zeker niet blokkeren. Juist daarom moeten excessen worden voorkomen. Iedereen kan op het world wide web van alles bestellen en thuis afgeleverd krijgen. Dat weet ik en dat zal dit amendement ook niet voorkomen. Wie bijvoorbeeld echt dood wil, heeft daar geen internetdokter of internet-apotheker voor nodig. Er zijn tal van mogelijkheden. Waar de internetrelatie onderdeel is van onze gezondheidszorg en door ons allen wordt betaald en de activiteiten dus ook via de zorgverzekering worden vergoed, gelden wat mij betreft kwaliteitsregels. Ik zie niet in waarom die anders zouden zijn voor een internetdokter dan voor een huisarts. Ook hierover heb ik een amendement ingediend.

Ik wil benadrukken dat de VVD-fractie inzet op een zwaardere, inhoudelijke taak voor de apotheker. Dat vindt zijn wettelijke vertaling in het opnemen van de apotheker in de WGBO. Dat alleen is onvoldoende. De apotheker moet zelf meer inzetten op zijn zorgverlenende taak. Hij moet in het verlengde daarvan niet alleen de verantwoordelijkheden krijgen, maar ook de instrumenten om deze verantwoordelijkheden waar te maken. Uit onderzoek van

de Universiteit Utrecht blijkt dat veel mensen behoefte hebben aan meer informatie, maar geen idee hebben van de mogelijkheden, bijvoorbeeld die tot een persoonlijk consult in een aparte ruimte. Ook de voorlichting schiet nogal eens te kort. Dit zet wat mij betreft de lobby van de apothekers, waarin zij zich presenteren als de piloot van het farmaceutisch zorgvliegtuig, wel in een bijzonder licht. Hoe is de huidige situatie in de geneesmiddelenketen eigenlijk echt? De geneesmiddelenmarkt werkt zo slecht dat de overheid jaren achtereen marktfalen corrigeert met convenanten. Het gaat hierbij om groot geld. Dit jaar wordt 785 mln. teruggehaald met het convenant. De zogenoemde claw back maakt daarvan deel uit en roomt de inkoopwinsten bij de apothekers af. Zolang er sprake is van margeconcurrentie in plaats van prijsconcurrentie, zal de overheid achteraf geld moeten afroemen. Dat is een tijdelijke oplossing. Als tijdelijke oplossingen structureel worden, werken zij perverserend. Dat is ook hierbij het geval. Het blijft onduidelijk hoeveel er precies kan en moet worden afgeroomd. Blijft er niet te veel hangen? Halen wij aan de andere kant niet te veel weg, waardoor apothekers in moeilijkheden komen? Dergelijke convenanten zijn en blijven een ruw lapmiddel en hebben slechts tijdelijk een gewenst effect. Uiteindelijk zullen de nadelen hiervan steeds zwaarder gaan wegen. Het systeem moet dus worden aangepast en zo gaan werken dat ook voor geneesmiddelen een goede verhouding tussen de prijs en de kwaliteit geldt. De premiebetaler is daarbij gebaat. Cruciaal daarbij is dat er een ander machtsverwicht ontstaat waarbij de macht van degene die uiteindelijk betaalt, alle verzekerden dus, groter moet worden.

In dit kader is vaak het debat gevoerd over de positie van de apotheker. De apotheker is nu marktkoopman – hij onderhandelt immers zeer succesvol over de prijzen met de fabrikanten – én hij is zorgverlener. Lang heeft daarbij de gedachte gespeeld dat de apotheker geheel zorgverlener moet worden en dat de inkoop van geneesmiddelen door anderen moet worden gedaan. Dat het zorgverlenerschap veel meer op de voorgrond moet komen, staat voor de VVD-fractie buiten kijf. De apotheker is een zeer hoog opgeleide professional, dé farmacologische deskundige. Zijn kwaliteiten worden veel te weinig in het zorgproces ingezet. Het gaat dan om de vraag of de overheid het inkopen van geneesmiddelen moet weghalen bij de apotheker, zodat deze alle tijd heeft voor het zorgverlenerschap.

De apotheker is in zijn inkooprol destijds gestimuleerd door de uitspraak van staatssecretaris Simons dat de apothekers de in hun ogen te beperkte vergoedingen maar moesten aanvullen via het goed inkopen van medicijnen; de apotheker is daarin erg succesvol gebleken. Er is voor de inkoop ook farmaceutische kennis noodzakelijk; het aanbod van geneesmiddelen verandert continu. De inzichten over werking en bijwerking zijn steeds in beweging en in ontwikkeling. Kortom, de apotheker heeft de kennis en kunde om dit goed te doen.

De zorgverzekeraar koopt voor zijn verzekerden zorg in, ook de farmaceutische zorg. Er geldt sinds 1992 al geen contracteerplicht meer ten aanzien van de apotheker. Overigens biedt de contracteervrijheid wel kansen, maar deze ruimte is nauwelijks benut. Hoe de zorgverzekeraars het regelen, moet mijns inziens niet vanuit Den Haag worden bepaald. Dat zoeken zij zelf maar uit. De ene zorgverzekeraar zal misschien zelf de

## Schippers

inkoop ter hand nemen; de ander sluit daarover een deal met de apothekers. De VVD-fractie wil dit niet vanuit Den Haag gaan regelen. Uiteindelijk zal de concurrentie tussen zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat er wordt afgerekend op de beste prijs-kwaliteitverhouding.

Wij weten allemaal dat het huidige systeem de markt goed heeft vastgezet en dat patiënten en dus ook de premiebetalers in het algemeen, jarenlang veel te veel hebben betaald voor de farmaceutische zorg. Nieuwe initiatieven – postorderfarmacie, het oprichten van extramurale apotheken door ziekenhuizen, apothekersbalies bij drogisten – kwamen uiterst moeizaam of niet van de grond, doordat deze ontwikkelingen door de bestaande apotheken als bedreiging werden ervaren. Nieuwe ontwikkelingen, zeker als zij inspelen op een maatschappelijke behoefte, zijn uiteindelijk niet tegen te houden. Succesvolle ontwikkelingen zijn tot dusver vooral gericht op de toegankelijkheid: langere openingstijden, dicht bij huis, bij de behandelende arts of aflevering thuis. De dynamiek die de laatste jaren zichtbaar is in de apothekerswereld, is dan ook groeiend.

Het wetsvoorstel geeft een nieuwe impuls aan de dynamiek en aan de innovatie door het principe van "één vent per tent", ofwel "één mevrouw per gebouw", af te schaffen. Deze beperking vindt haar oorsprong in een totaal andere tijd, waarin het vak van apotheker een totaal andere invulling had. De apotheker maakte zijn eigen pillen, poeders en drankjes. Deze taak is grotendeels overgenomen door de industrie en wij zien in de praktijk dan ook dat veel apothekers een aanzienlijk deel van hun tijd niet lijfelijk in hun apotheek aanwezig zijn. Dat hoeft ook niet. Ontwikkelingen op het terrein van ICT, veiligheidssystemen en communicatiemiddelen, zoals e-mail en telefoon, zorgen ervoor dat ook op afstand de apotheker betrokken kan zijn bij de apotheek. Daar komt straks het elektronisch medicatiedossier nog bij. De techniek borgt de kwaliteit en dit alles maakt meer dynamiek mogelijk.

Het belangrijkste tegenargument is dat apothekers een zwaardere zorgverleningstaak moeten krijgen en daarom juist niet minder maar meer beschikbaar moeten zijn in de apotheek. Ik vraag mij af of dit nu wel zo'n solide argument is. Wat is het verschil tussen enerzijds een apotheker die een apotheek heeft, midden in de stad, met 5000 patiënten en anderzijds een apotheker met twee apotheken, met elk 200 patiënten, in het landelijke gebied? Wij leven niet meer in de jaren vijftig. Zoals gezegd is er e-mail en telefoon, zijn er veiligheidssystemen en is er straks een patiëntendossier. Het landelijke gebied is nu eenmaal dunbevolkt en daar is het moeilijker om een apotheek draaiende te houden. In onze ogen is het veel belangrijker de zorginhoudelijke taken daadwerkelijk inhoud te geven dan de markt op slot te gooien met de bepaling van "één vent per tent". Door deze bepaling ontbeert de sector de dynamiek die nodig is om kostenefficiëntie te vergroten en innovatie te bevorderen. Deze bepaling heeft er overigens in het geheel niet toe bijgedragen dat er de afgelopen periode grote slagen zijn gemaakt in de zorgverlening. Dat argument komt wel bij de afschaffing bovendien, maar ik heb er tot op heden weinig van gezien.

De VVD-fractie wil artikel 19, het principe van "één vent per tent", niet terugbrengen in de wet. Wat wij wel willen, is dat er kwaliteitscriteria worden gesteld aan het bedienen van meerdere apotheken door één apotheker. Laten wij maxima stellen aan het aantal patiënten, het

aantal WTG-regels en het aantal apotheken per apotheker. Laten wij criteria stellen aan de bemensing van de apotheek en aan het opleidingsniveau van de vervanger van de apotheker. En laten wij het aantal artsen met wie de apotheker samenwerkt, hierbij betrekken. Dit kan in lagere wetgeving geregeld worden, opdat deze criteria eenvoudig aan veranderende omstandigheden kunnen worden aangepast. Op slot houden van de distributie heeft een prijsverhogend effect; dit geld kunnen wij beter aan de toelating van nieuwe, innovatieve middelen tot het pakket besteden.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb een wat andere opvatting over de apotheker op afstand en het voordeel van internet hierbij. Ik heb een citaat voorgelezen van een apotheker die juist aangaf waarom het zo belangrijk is om fysiek met assistenten te kunnen overleggen. Maar goed, even afgezien van dit verschil in inzicht gaat het ons om hetzelfde, namelijk dat de kwaliteit van de zorgverlening goed genoeg en gewaarborgd is. U zegt dat u in plaats van de bepaling van één apotheker per apotheek andere kwaliteitseisen in de wet wilt opnemen, maar het probleem is dat dit niet in dit wetsvoorstel geregeld wordt. Wij stemmen nu over dit voorstel; zo gooien wij oude schoenen weg zonder dat wij weten of er wel nieuwe komen en of die wel zullen passen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik vond het citaat dat u zojuist gaf, in die zin boeiend dat ik nog nooit zo vaak als in de afgelopen dagen door artsen ben gebeld die mij andere citaten gaven om aan te tonen dat artikel 19 best zou kunnen verdwijnen. Die argumenten heb ik ook in mijn betoog verwerkt. Ik had een amendement in voorbereiding om kwaliteitscriteria in de wet op te nemen. Vervolgens kwam er een leger van amendementen van andere fracties, een meerderheid in de Kamer, die met artikel 19 de andere kant op wilden. Ik ben geen voorstander van werkverschaffing, maar als u mij wilt steunen om kwaliteitscriteria in de wet op te nemen, dan vraag ik alsnog aan juristen om het amendement af te maken.

Mevrouw **Kant** (SP): Als u in de juistheid van uw eigen weg gelooft, moet u ook gewoon een amendement indienen. Zo ken ik u ook helemaal niet, ik vind het een beetje gek. U heeft zich er blijkbaar al bij neergelegd dat een meerderheid in de Kamer dit langs een andere weg wil oplossen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik hoop natuurlijk dat u zo onder de indruk bent van mijn argumenten dat u wilt meewerken aan mijn amendement. Ik kan het ook doorzetten, maar ik zeg het gewoon eerlijk: een overweldigende meerderheid van deze Kamer wil de bepaling van één apotheker per apotheek handhaven. Ik heb dan ook besloten om het standpunt van mijn fractie in mijn betoog op te nemen, het amendement heb ik maar even laten zitten.

Mevrouw **Kant** (SP): U geeft dus eigenlijk wel toe dat de route die u kiest, niet door een meerderheid van de Kamer gesteund wordt. Op zichzelf is dit wel jammer, want er zit best iets in, wat u zegt over kwaliteitseisen. Wij verschillen nog wel op één punt van mening, namelijk over de aanwezigheidseis. U zegt dat een apotheker met verschillende vestigingen op het



## Schippers

platteland met wat minder patiënten ook wel zou kunnen. Als dit voor u nog bespreekbaar is, komen wij misschien wel ergens.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U bedoelt de aanwezigheids-eisen van de apotheker die een apotheek heeft? Of bedoelt u een kwaliteitseis die inhoudt dat een apotheker een bepaald percentage van de openingstijd in zijn apotheek te vinden moet zijn?

Mevrouw **Kant** (SP): Bijvoorbeeld. Of hij moet altijd bereikbaar óf beschikbaar zijn; er zijn verschillende opties. Maar u schetst het beeld van misschien drie apotheken op een grote afstand van elkaar, terwijl de apotheker zelf in een kantoorje achter de computer zit. Dat vind ik niet helemaal reëel, dat is niet zorgvuldig, dat getuigt niet van deskundigheid en voldoende contact met de apothekersassistenten om hen in staat te stellen, hun werk goed te doen. Maar als u hierin verder wilt gaan en er meer eisen aan wilt stellen, dan vind ik het nog niet zo gek.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik moet zeggen dat u mij flink aanmoedigt om mijn amendement alsnog verder te laten ontwikkelen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Inderdaad zijn ideeën van de VVD vaak een vorm van pure werkverschaffing, maar misschien nu even niet. Ik sluit mij dus aan bij mevrouw Kant, ook ik ben diep onder de indruk. Ik zie graag hoe de regeling die u voorstaat, precies luidt.

Maar ik heb ook nog een vraag over het principiële punt. U zegt dat het om een oud artikel gaat. Nu zijn oude artikelen niet per se slechte artikelen, maar afgezien daarvan zei u dat de apotheker marktkoopman én zorgverlener is. De VVD-fractie wil – het zijn woorden naar mijn hart – dat de marktmeester wat plaats maakt voor de zorgverlener. De vraag is of afschaffing van artikel 19 niet juist leidt tot meer ruimte voor de marktmeester ten koste van de zorgverlener. Ik denk dan aan de gezellige, sportieve apotheker die shoppend op de markt een leuke keten gaat beginnen en denkt "joepeie, mijn bedrijfje gaat goed deze keer". Vindt u dat het een met het ander te rijmen is?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben begonnen met de amendementen over de aanscherping van de kwaliteitscriteria. Als die amendementen het halen, zal de apotheker veel meer worden ingezet als zorgverlener. Ik verwijs in dit verband naar het overleg over de off-labelgeneesmiddelen. Ik zeg niet dat de apotheker helemaal geen inkoop meer mag doen. De zorgverzekeraar koopt de zorg in. Hoe dat wordt geregeld, laat ik over aan de zorgverzekeraar. Ik wil dat niet door Den Haag voor laten schrijven.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat begrijp ik, maar dan is het toch de vraag of het loslaten van artikel 19 niet juist ruimte geeft aan een bepaalde cultuur in apothekersland, namelijk dat het farmaceutische bedrijf als een winstbeogende activiteit wordt gezien in plaats van primair als een zorgverlenende activiteit, waar u en ik voorstander van zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het gaat mij erom dat de kwaliteitscriteria die wij hier formuleren worden

nageleefd. Dat is de kern. Die kwaliteitscriteria moeten goed worden omschreven. Als die worden nageleefd, hoeven wij ons over de kwaliteit geen zorgen te maken. Ik meen dat het loslaten van artikel 19 zal leiden tot meer concurrentie en daarmee tot lagere prijzen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): U hebt sterk benadrukt dat apothekers in de eerste plaats zorgverleners moeten zijn en dat het draaiende houden van hun winkel secundair behoort te zijn. Wat garandeert mij dat uw voorwaarden dat principe overeind houden?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Van belang is dat voldaan wordt aan de kwaliteitseisen. Ik heb een aantal kwaliteitseisen toegevoegd aan de bestaande. De apotheker moet nu al aan kwaliteitseisen voldoen. Dat garandeert dat de kwaliteit van het zorgverlenerschap goed is. Daarbij teken ik aan dat ik op een aantal aspecten meer initiatief had verwacht van de apotheker, bijvoorbeeld het veel meer ruchtbaarheid geven aan het houden van gesprekken. Uit onderzoek blijkt dat bijna niemand dat weet. Wanneer een patiënt de mogelijkheid heeft om te kiezen tussen verschillende apothekers, zal hij kiezen voor de beste prijs-kwaliteitverhouding. Dan zal hij kiezen voor de apotheker die meer aandacht aan zijn patiënten besteedt. Die keuzemogelijkheid heeft de patiënt nu niet.

Voorzitter. Mijn oud-collega mevrouw Van Blerck heeft namens de VVD-fractie in Paars II met collega's van PvdA, CDA en SGP een initiatiefwetsvoorstel ingediend dat het behoud van de apotheekhoudend huisarts ten doel had. Dit initiatief is door de indieners aangehouden tot de behandeling van dit wetsvoorstel. Het doel van dit initiatiefwetsvoorstel is dat ook in het landelijk gebied goede zorgverlening behouden blijft. De continuïteit daarvan dient te allen tijde te zijn gewaarborgd. Omdat in deze gebieden weinig of soms geen apothekers aanwezig zijn, kan de minister van VWS in het belang van de geneesmiddelenvoorziening aan huisartsen een vergunning verlenen tot apotheekhoudend. In de praktijk hanteert de minister hierbij een afstandscriterium. Wij willen dat er een eind komt aan de onzekerheid. De minister kan immers altijd afwijken van deze beleidsregel of deze intrekken. Daarom willen wij het afstandscriterium en de daarop gebaseerde uitvoeringspraktijk in de wet vastleggen.

Het wetsvoorstel verruimt de verkooppunten van niet-receptgeneesmiddelen, waarover geen advies van de apotheek nodig is, van alleen apotheken en drogisterijen naar andere winkels, zoals supermarkten. Centraal staat of dit kwaliteitsrisico's met zich brengt. De drogisterijen menen van wel. Aan de drogisterijen is een toenemend aantal kwaliteitseisen gesteld om de zelfzorggeneesmiddelen te mogen verkopen. Het loslaten van deze beperking is beleidsinhoudelijk een koerswijziging. Kan de minister aangeven waarom eerst is ingezet op de verzwaring van de eisen aan de drogisterijen terwijl deze eisen nu worden losgelaten? Dat is wel een rare dubbele boodschap, niet alleen aan de drogisten, maar ook aan de samenleving. Blijkbaar was de boodschap dat meer kwaliteitseisen nodig waren, maar dat dat nu niet meer zo is.

Drogisten stellen dat, gezien de risico's van het veelvuldig verkeerd gebruik en misbruik van bijvoorbeeld NSAID's, voorlichting en toezicht bij de verkoop ervan door deskundig personeel de belangrijkste overheidsinstrumenten zijn om de risico's binnen de perken te

## Schippers

houden. Zij zien de drogisterijen uiteraard wel als berekend op deze taak en tekenen daarbij aan dat door de verkoop bij drogisterijen en apotheken er voldoende concurrentie is om de prijs te drukken. De drogisterijen verzetten zich vanuit kwalitatief oogpunt tegen de verruiming van de verkoop naar supermarkten. Hetzelfde argument geldt voor de verkoop van bijvoorbeeld paracetamol. Ook hier wordt het kwaliteitsargument mijns inziens oneigenlijk gebruikt. In alle oprechtheid merk ik op dat mijn persoonlijke ervaring met de aankoop van zelfzorggeneesmiddelen in drogisterijen is, dat er van advisering eigenlijk geen sprake is. Mij is nog nooit geweest op ongewenste combinaties van geneesmiddelen en de risico's daarvan. Bij rondvragen is mij gebleken dat eigenlijk niemand deze ervaring heeft. In de gesprekken hierover wordt consequent verwezen naar de risico's van NSAID's, maar die koop ik regelmatig in verschillende drogisterijen en nog nooit is mij gewezen op de risico's.

De VVD-fractie is van mening dat het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) inhoudelijk moet bepalen welke niet-receptplichtige geneesmiddelen veilig genoeg zijn om in de vrije verkoop te doen. Voor alle andere geneesmiddelen geldt de apotheker als de aangewezen deskundige om advies te geven. Voor de consument is dat helder. Wil hij toch advies, dan kan hij naar de apotheker of de drogist. Heeft hij ervaringen met zo'n middel, dan is het altijd zaak om de bijsluiter te lezen, maar is de verkoop ook elders in goede handen. Het argument van mevrouw Kant van hoger gebruik bij vrije verkoop vind ik zeer wonderlijk. Je slikt paracetamol als je hoofdpijn hebt en je slikt niet twee paracetamols omdat je het makkelijker in de supermarkt kunt krijgen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb wat cijfers ter onderbouwing gegeven. In Amerika zijn de zelfzorgmiddelen al langer vrijgegeven. Het aantal ongelukken ermee en zelfs het overlijden als gevolg ervan is twee keer zo hoog.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit soort dingen moet je niet isoleren van de hele samenleving, van de hele manier van informeren van consumenten, van de hele omgang met geneesmiddelen in een samenleving. Je kunt de Amerikaanse situatie niet één op één vertalen naar Nederland.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat ben ik met u eens, maar u isoleert het ook. U zegt: ik ga naar de drogist om een middel en niemand vertelt mij de gevaren. Het is een heel andere manier als je gericht naar de drogist gaat, zeker toen de middelen nog van achter de toonbank verkocht werden. Als je de middelen bij de supermarkt of de benzinepomp legt, straal je als overheid iets heel anders uit, namelijk dat je maar kunt slikken wat je wilt. Zo'n andere uitstraling zal andere effecten hebben.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De middelen liggen niet meer achter de toonbank. Als ik voor andere middelen naar de drogisterij ga, hoef ik mijn paracetamol niet in het groot in te kopen opdat ik het middel maar in huis heb. Ik kan het dan overal kopen als ik het nodig heb. De kern van de discussie is het volgende: is een geneesmiddel veilig genoeg om in de vrije verkoop te doen? Ik heb er geen verstand van; wij hebben mensen die ons daarover adviseren. Als er gezegd wordt dat het niet

veilig genoeg is voor de vrije verkoop, dan moet het terug naar de apotheker.

Mevrouw **Kant** (SP): Nu bekijkt u het ook te geïsoleerd. Ook de veiligheid van geneesmiddelen is afhankelijk van een context.

Mevrouw **Schippers** (VVD): En wat helpt een drogisterij die geen enkele medische informatie heeft daaraan? In een apotheek zegt de apotheker: let op, dit is een receptgeneesmiddel, als u dit slikt, kan er interactie zijn met andere middelen. Hij kan ook zeggen: met dit middel moet u oppassen met paracetamol. Daar haal ik mijn informatie over de interactie. Het is niet andersom: als ik in een drogisterij een doosje hooikoortsmiddelen haal, zegt de drogist niet tegen mij: als u dit middel koopt, moet u oppassen met middel x, y of z. Zo gaat het in de praktijk niet; dit is puur een papieren werkelijkheid.

Mevrouw **Kant** (SP): Volgens mij versimpelt u de werkelijkheid. In de opleiding voor drogistassistenten zit wel degelijk informatie over de manier waarop daarmee moet worden omgegaan. Dat is heel iets anders dan middelen bij een benzinepomp verkopen. Dat is niet met elkaar te vergelijken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Sommige mensen slikken veel paracetamol, maar zij lezen altijd de bijsluiter. Het is verstandig om dat bij te houden. Zij weten dus heel goed hoe zij daarmee moeten omgaan. Interactie van geneesmiddelen is een andere situatie. Dat vertelt de apotheker mij als ik een receptgeneesmiddel afhaal, maar dat vertelt de drogist mij niet, want hij weet niet welke andere middelen ik slik. Ik zal dat ook niet vragen. Je denkt niet aan een interactie als je iets voor je hart slikt. Zo werkt dat niet.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het laatste probleem zouden wij in het kader van deze wet moeten oplossen. U zegt dat de huidige praktijk niet voldoet aan de kwaliteit die u verlangt. De drogist waarschuwt niet voor een gevaarlijke combinatie van geneesmiddelen. Die praktijk moeten wij aanpakken. Waarom wilt u dat dan niet? Ik begrijp ook niet dat dit voor u een argument is om te zeggen dat het net zo goed bij de tankstations verkocht kan worden. Dan los je het probleem niet op, dan maak je het probleem waarschijnlijk groter.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De richting die u in wilt slaan, wil ik niet inslaan. De drogist is geen zorgverlener. Hij kan dus wat mij betreft geen inzicht krijgen in mijn elektronisch medisch dossier. Als je vindt dat je die kennis moet hebben, dan moet je naar de apotheker gaan. Dan moet je niet bij de drogisterij zijn.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Laat ik het pregnanter formuleren. Ik heb begrepen dat het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen in Nederland in een aantal gevallen tot doden leidt, bijvoorbeeld door een combinatie met geneesmiddelen die op recept zijn verkregen of door verkeerd gebruik en soms zelfs door bewust verkeerd gebruik. Ik zal de minister straks om de cijfers vragen. De prioriteit in dit debat is om dat probleem op te lossen. Dat moeten wij niet negeren en vervolgens de verkoop helemaal vrijlaten.

## Schippers

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat zijn twee verschillende dingen. Bewust verkeerd gebruik is moeilijk te voorkomen. Ik kan ook een fles chemisch reinigingsmiddel leegdrinken of ik kan voor een trein springen. Dat is treurig, maar dat kunnen wij als overheid met deze wet helaas niet voorkomen. Het andere punt is dat er slachtoffers vallen omdat die interactie te weinig bekend is. Ik vind het van groot belang dat mensen naar de apotheek gaan als zij een niet-receptplichtig geneesmiddel kopen dat een grote interactie heeft met recept-geneesmiddelen. De apotheek kan via het piepsysteem zien welke medicijnen iemand slikt en welke daar niet bij horen. Daarom vind ik het goed dat wij die medicijnen terugbrengen naar de apotheek. Het is mogelijk dat je geen medische begeleiding nodig hebt voor een medicijn, maar wel farmaceutische begeleiding. Daarom is die tussencategorie zo relevant.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): De geneesmiddelen die nu in de drogisterij verkrijgbaar zijn, moeten dus voor een overgroot deel overgebracht worden naar de apotheek.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik ben niet deskundig genoeg om te zeggen wat terug moet naar de apotheek. Daar hebben wij het CBG voor. Daar zitten de knappe koppen. Een politicoloog als ik heeft totaal geen verstand van farmacologie. Gelukkig ga ik daar helemaal niet over. Het CBG moet voor ons bepalen welke geneesmiddelen op recept geleverd worden en welke geneesmiddelen niet op recept geleverd worden maar wel een grote interactie met andere geneesmiddelen hebben. Voor die geneesmiddelen is farmaceutische begeleiding nodig en die haal je bij de apotheek. Dan is er nog een derde categorie die bewezen veilig is, zoals paracetamol. Die middelen moet je, uiteraard met een actuele bijsluiter, vrij kunnen kopen. Aan een inbreuk op het vrije economische verkeer moeten solide argumenten ten grondslag liggen en in onze ogen zijn die hier niet.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik noemde er net één. De huidige praktijk, die u nu wilt verruimen, leidt ertoe dat er doden vallen. Dat gebeurt niet bewust, maar door een verkeerde combinatie van medicijnen of door een bepaalde gevoeligheid die mensen bij zichzelf niet onderkennen. Dat lijkt mij een maatschappelijk belang. Dat is een argument om het vrije verkeer van goederen en diensten met voeten te treden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Wij hebben een zeer beperkte hoeveelheid zelfzorggeneesmiddelen. Laten wij niet doen alsof dit een enorm grote categorie is. Ik vind ook dat wij dat strak in de gaten moeten houden. Hierin moet veel verbeteren en ik denk dat het elektronisch medisch dossier daar een enorme bijdrage aan kan leveren. Er vallen veel slachtoffers door het slikken van pillen. Ik heb een aantal amendementen ingediend op dit punt die ertoe strekken dat vanuit een samenwerkingsfilosofie de patiënten beter worden begeleid.

Er is veel debat over wie wat mag doen en waar dat moet worden geregeld. Volgens de wet BIG is iedere beroepsbeoefenaar individueel verantwoordelijk voor het feit dat hij bevoegd, deskundig en bekwaam is ten aanzien van zijn eigen handelen. Hij is dus ook tuchtrechtelijk aansprakelijk. Dat geldt ook voor verpleegkundigen. Inmiddels lopen dagelijkse praktijk en wetgeving fors

uiteen. Heel vaak worden door de arts voorgetekende recepten gebruikt door de verpleegkundige. Ook komt het voor dat artsen achteraf recepten paraferen voor medicijnen die al zijn verstrekt terwijl de verpleegkundige de feitelijke afweging heeft gemaakt. Praktijk en wet mogen niet zo fors en zo lang uiteenlopen. Er moet weer aansluiting worden gevonden door de wet aan te passen aan de praktijk of andersom. Dat laatste zet ons echter 30 jaar terug. Hiermee gaat de taakherschikking de prullenbak in en zullen de kosten enorm stijgen. Daarvan zal de patiënt uiteindelijk de dupe zijn. Hij krijgt immers minder zorg tegen hogere kosten. Taken die verpleegkundigen naar ieders tevredenheid zelfstandig uitvoeren, moeten dan terug naar de arts. Daardoor ontstaan er knelpunten in de beschikbaarheid van de zorg. De arts heeft immers al een volle dag en kan de taken die nu worden uitgeoefend door de verpleegkundige er niet bij nemen.

Mijn fractie kiest voor de eerste optie: de wet aanpassen aan de praktijk. Enerzijds door de aanpassing van deze Geneesmiddelenwet waarin de bevoegdheid wordt geregeld en anderzijds door aanpassing van de Wet BIG waarin beschreven moet worden dat verpleegkundigen uitsluitend voorschrijven bij reeds gediagnosticeerde patiënten op basis van medische protocollen en standaarden en binnen hun eigen deskundigheidsgebied.

Wij willen het onderhavige wetsvoorstel op enkele punten aanpassen. Specifieke bij ministeriële regeling aan te wijzen categorieën van verpleegkundigen die eigen patiënten hebben, kunnen geneesmiddelen betrekken van een apotheker of een apothekhoudend huisarts ten behoeve van hun dokterstas. In de praktijk is hieraan behoefte en die zal alleen maar toenemen als de taakherschikking doorzet. Het is goed als verpleegkundigen naar patiënten toe gaan en meer de boer opgaan in de wijk. Deze verpleegkundigen hebben behoefte aan dit amendement. Een ander amendement strekt ertoe dat verpleegkundigen die behoren tot een daartoe aangewezen specifieke categorie, geneesmiddelen op recept kunnen voorschrijven. Ook dit amendement is ingegeven door een roep uit de praktijk. Gespecialiseerde verpleegkundigen die bijvoorbeeld aids- of reumapatiënten begeleiden, worden ermee geconfronteerd dat zij bij ieder herhaalrecept of kleine wijzigingen in doseringen niet zelfstandig mogen opereren. Ook in instellingen speelt dit en de wet volgt met dit amendement de praktijk. Verpleegkundigen missen naar eigen zeggen veel farmacologische ontwikkelingen op hun terrein omdat zij hierover niet worden geïnformeerd. Ik heb een amendement ingediend dat ertoe strekt om deze informatieachterstand op te heffen.

De rechter heeft uitgesproken dat zorgverzekeraars niet onder de reclamewetgeving vallen. Het Reclamebesluit spreekt van een verbod op het bevorderen van verkoop. Als een verzekeraar artsen aanmoedigt volgens de richtlijnen te werken, kan de uitkomst ook zijn dat patiënten blijken te worden onderbehandeld. De zorgverzekeraar stuurt dan volgens de definities van reclame op het bevorderen van gebruik. Dat is niet de bedoeling van het Reclamebesluit. Ons is gevraagd het wetsvoorstel in die zin te amenderen, maar ik hoor eerst graag van de minister of dit echt een probleem is.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik bespeur nu enige verruiming van de mogelijkheden van marketing.

## Schippers

Mevrouw **Schippers** (VVD): Zorgverzekeraars moedigen door middel van financiële bonussen artsen aan om volgens de richtlijnen te werken. Dat kan twee kanten opgaan: de arts kan te veel of te weinig voorschrijven. In de praktijk blijkt dat sommige aandoeningen echt onderbehandeld worden. Het wetsontwerp verbiedt dat de zorgverzekeraar in dat geval een bonus geeft aan de voorschrijver. Dat zou echter niet onder de reclame-wetgeving moeten vallen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vrees dat ik het dan toch goed heb begrepen. Ik vind ook dat wat de zorgverzekeraars doen onder marketing valt en door deze wet verboden zou moeten worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit heeft nota bene betrekking op richtlijnen die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld!

Mevrouw **Kant** (SP): Daar gaat het mij niet om. De beroepsbeoefenaren stellen de richtlijnen op en zij moeten dit op een zo onafhankelijk en goed mogelijke manier doen. Er moet ook meer geld beschikbaar worden gesteld opdat zij dit op een goede onafhankelijke manier kunnen doen. Vervolgens is het aan de artsen om zich daaraan te houden. Ik vind dat dan noch de farmaceutische industrie noch de zorgverzekeraars de artsen met centen moeten paaien om hun beslissing te beïnvloeden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik weet dat dit het standpunt van mevrouw Kant is. Ik wijs erop dat het legaal is – en de rechter heeft dit gelukkig ook uitgesproken – dat zorgverzekeraars een bonus zetten op het volgen van de door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen. In het debat is hier kritiek over uitgesproken, omdat dit vaak betekent dat de arts overschakelt naar het voorschrijven van een goedkoper geneesmiddel. Een gevolg kan echter ook zijn dat een huisarts die die richtlijnen consequent volgt, een patiënt blijkt te onderbehandelen. Hij zal dan te weinig medicijnen voorschrijven bij bijvoorbeeld diabetes, terwijl de patiënt baat zou hebben bij een ruimere hoeveelheid medicijnen. Dit zou in het kader van deze wet niet zijn toegestaan, omdat er dan reclame wordt gemaakt voor die geneesmiddelen. Op die manier worden twee zaken aan elkaar geknoopt die niets met elkaar te maken hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Mevrouw Schippers zegt zelf al dat artsen om die bonus te kunnen opstrijken misschien minder of anders voorschrijven dan op dat moment noodzakelijk is. De richtlijnen moeten op hoofdlijnen worden gevolgd, maar in de praktijk zal blijken dat individuele patiënten daar anders op reageren of dat een ander middel voor hen beter geschikt is en dan zal de arts van de richtlijnen willen afwijken. Dit soort financiële prikkels – ook die van de zorgverzekeraars – leidt ertoe dat de artsen misschien afwijken van de keuze die zij zouden maken in volstrekte onafhankelijkheid. Het voorbeeld dat mevrouw Schippers noemt, is een bevestiging van mijn stelling dat dit ook onder marketing valt.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De bonus heeft geen betrekking op het 100% volgen van de richtlijnen, want een arts kan altijd beargumenteed van de richtlijnen afwijken en krijgt dan toch een bonus. De discussie waar

mevrouw Kant zo veel kritiek op heeft, heeft betrekking op het feit dat een arts wordt gestimuleerd om het goedkoopste middel voor te schrijven en dat hij daar minder de vrije hand in heeft. Deze zorgverzekeraar, Menzis, maakt zich echter bezorgd over de mogelijke gevolgen van die stimulans aan huisartsen om de richtlijnen te volgen. Als een huisarts goed de richtlijnen volgt die de beroepsgroep heeft opgesteld, kan het voorkomen dat hij onderbehandelt en te weinig geneesmiddelen voorschrijft terwijl de patiënt gebaat zou zijn bij een andere hoeveelheid geneesmiddelen. Dit mag toch niet het gevolg zijn van het reclamebesluit, want dit is helemaal geen reclame.

Wij hopen dat met deze nieuwe Geneesmiddelenwet een hogere kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening wordt bereikt. De cijfers over de huidige kwaliteit geven alle aanleiding om de praktijk te verbeteren. De VVD-fractie heeft hier actief in willen meedenken. De manier van werken van de verschillende beroepsgroepen zal met de door ons voorgestelde wijzigingen natuurlijk niet direct veranderen. Het is een duidelijk signaal aan de zorgverleners dat de huidige complexiteit van hun vak en de ontwikkelingen in de overlappende taken zo snel gaan dat teamwerk in onze ogen onontkoombaar is. Een team van professionals met verschillende achtergronden is nu eenmaal sterker dan solistisch opererende beroepsbeoefenaren. Het versterkt de professionaliteit en de patiënt heeft nu eenmaal recht op de beste zorg. In het belang van de patiënt is een omslag dan ook noodzakelijk.

Ook hopen wij dat er voldoende overblijft om de dynamiek en de innovatiekracht te stimuleren en het prijsniveau op een natuurlijke manier te verlagen, dus zonder overheidsingrijpen achteraf. Als een aantal van de ingediende amendementen wordt aangenomen, is het de vraag of hiervan nog wel sprake kan zijn. Evenwichtige prijzen zijn essentieel om de farmaceutische zorg betaalbaar te houden, juist met het oog op de dure technologische innovaties die in het verschiet liggen. De VVD-fractie wil deze innovaties in het pakket kunnen opnemen. Daarvoor moet echter wel financiële ruimte zijn en die ontstaat niet spontaan. Daarvoor zijn veranderingen nodig.

In mijn ogen wordt het argument van kwaliteit vaak misbruikt om zaken te houden zoals ze zijn en ontwikkelingen tegen te houden die juist veel perspectief bieden aan de patiënt. De zaken zoals ze zijn, zijn in onze ogen te duur en van te lage kwaliteit.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. De nieuwe Geneesmiddelenwet heeft tot doel overzichtelijke regels te geven voor de geneesmiddelenvoorziening in Nederland. De nieuwe wet gaat over het product geneesmiddel en de vervaardiging en distributie ervan. Daarom horen volgens de memorie van toelichting de regels voor de beroepsuitoefening door de apotheker niet in de nieuwe Geneesmiddelenwet, maar in de Wet BIG en/of de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Een deel van de bestaande regels vervalt, omdat de beroepsgroep zelf normen op moet gaan stellen. Dit betekent dat wij goed moeten kijken welke ruimte de apotheker krijgt met de nieuwe Geneesmiddelenwet en/of die ruimte overeenkomt met wat wij van de beroepsuitoefening door de apotheker verwachten. Het

## Arib

gaat mij namelijk niet om het gemak voor de wetgever of om de overzichtelijkheid, maar om de garantie dat het geneesmiddel dat mensen krijgen voorgeschreven door hun arts en verstrekt door hun apotheker, veilig is. Hoe dat allemaal geregeld wordt, zal iemand die een middel nodig heeft, een zorg zijn, als het maar goed en veilig geregeld is. Dat is dan ook mijn eerste prioriteit. Biedt deze wet mogelijkheden om patiënten te beschermen tegen medicatiefouten? Zijn er genoeg sanctiemogelijkheden? Aan de hand van dit soort vragen zal ik het wetsvoorstel toetsen.

Voorzitter. Precies een jaar geleden heeft de IGZ haar rapport over patiëntveiligheid de Staat van de Gezondheidszorg gepresenteerd. Dit rapport was schokkend. Honderden mensen overlijden per jaar onnodig doordat hen medicijnen zijn voorgeschreven die schadelijk voor hen zijn. Vooral ouderen vormen een risicogroep. Het gaat om fouten die voorkomen kunnen worden, bijvoorbeeld het uitschrijven van recepten die niet geschikt zijn voor ouderen of het voorschrijven van te hoge doseringen. Ook blijkt dat ouderen vaak vallen als ze meer dan vijf verschillende geneesmiddelen tegelijkertijd gebruiken. Kinderen zijn ook een kwetsbare groep.

Door onnodige fouten vallen in de Nederlandse gezondheidszorg enkele duizenden doden per jaar en nog meer mensen houden er blijvend letsel aan over. De zorg kan en moet veiliger, om een ex-hoofdinspecteur van de IGZ maar eens aan te halen. Er is bij de patiëntveiligheid winst te boeken: gezondheidswinst en welzijnswinst. Bovendien kunnen burgers meer vertrouwen in de zorg krijgen en kan er op de kosten worden bespaard. Na zo'n rapport verwacht je dat alle alarmbellen bij de minister gaan rinkelen en dat er wet- en regelgeving komt die hierop gericht is. Tot mijn grote verbazing vertoont de nieuwe Geneesmiddelenwet op dit aspect een aantal mankementen.

Het afschaffen van artikel 19, het zogenaamde "één vent per tent"-artikel. Met dit voorstel is het niet meer nodig dat één apotheker per apotheek aanwezig is. In principe kunnen ook assistenten de recepten afhandelen, volgens de minister althans. Ik ben het hier absoluut niet mee eens. ik vind het dan ook onbegrijpelijk dat de minister dit heeft voorgesteld. Juist met het oog op patiëntveiligheid blijkt de fysieke aanwezigheid van de apotheker cruciaal te zijn. Uit onderzoek blijkt dat iedere apotheker dagelijks twee medicatiefouten voorkomt. Was dat niet gebeurt dan hadden deze patiënten ernstige gezondheidsschade opgelopen door de patiënt. Dat komt met ruim 1700 apotheken neer op 3500 ernstige medicatiefouten per dag! Ook apotheekassistenten hebben laten weten niet zonder apotheker in de apotheek te willen werken.

Onderzoek naar ziekenhuisapothekers van prof. dr. De Blaay heeft uitgewezen dat er jaarlijks 90.000 vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen zijn. Dat kost de maatschappij 300 mln. per jaar.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorkomt het schrappen van artikel 19 dat mensen in de toekomst onnodig overlijden als gevolg van het voorschrijven van verkeerde geneesmiddelen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Door de controle door en het ingrijpen van apothekers wordt een aantal medicatiefouten voorkomen. Uit die cijfers blijkt dat dankzij de tussenkomst van die apothekers, heel veel fouten kunnen

worden voorkomen. Dat is natuurlijk niet genoeg; ik ben het ook eens met diegenen die zeggen dat de apotheker eigenlijk veel meer zou moeten doen dan tot nu toe het geval is, zeker als het gaat om medicatiebewaking. Maar door de aanwezigheid helemaal af te schaffen, is het einde echt zoek. Assistenten kunnen dan hun werk wel doen, maar er is niet echt een apotheker aanwezig die alle recepten controleert, beziet wat wel en niet nodig is, en daarbij ook advies en begeleiding geeft.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik wilde met mijn opmerking niet aangeven dat in een apotheek geen apotheker moet staan, maar ik vraag mij af of er niet andere factoren zijn die daarbij ook een rol spelen, zoals het feit dat er nog steeds geen elektronisch medicatiedossier is.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ja, dat is zo. De PvdA-fractie heeft daar in eerdere debatten dringend om gevraagd. Het is nodig en ik vind het onbegrijpelijk dat het er nog steeds niet is in een tijd waarin internet een belangrijke rol speelt en waarin er allerlei elektronische mogelijkheden zijn. Dat moet er zo snel mogelijk komen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Mevrouw Arib legt een rechtstreekse link tussen de aanwezigheid van een apotheker, het controleren van een recept en het gebruiken van de kennis van de apotheker. Maar daar ligt toch helemaal geen rechtstreekse link?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Volgens mij wel. Ik denk dat het ontzettend belangrijk is dat er een apotheker fysiek aanwezig is. Ik heb een paar keer meegelopen met apothekers; dan zie je hoe dat in de praktijk gaat. Op een gegeven moment moet een apotheker even naar het recept kijken. Hij controleert of er fouten zijn gemaakt, hij beziet de combinatie met andere medicijnen. Ik vind daarom dat er wel degelijk een verband is met de fysieke aanwezigheid van de apotheker. Verder vind ik dat de apotheker een onderdeel moet zijn van de eerstelijnszorg; misschien is dat een verschil met de visie van de VVD-fractie. De apotheker moet niet alleen de medicijnen bewaken, maar is ook een belangrijke zorgverlener.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Waar u vandaan haalt dat de apotheker in de ogen van de VVD-fractie geen zorgverlener is, weet ik niet. Dat kunt u in ieder geval niet uit mijn verhaal afleiden. Ik heb immers ook nog verwezen naar de WGBO.

Ik heb ook met veel apothekers gesproken en met hen meegelopen. U doet alsof de apotheker nu 100% in de apotheek aanwezig is. Ik zou graag zien dat u dat hard maakt, want dat is gewoon niet het geval en niet de huidige praktijk. De apothekers vinden dat zij nu hun zorgverleningstaak kunnen waarmaken. Zij doen dat door telefonische bereikbaarheid en bereikbaarheid via de computer. Wij hebben namelijk allerlei communicatiemiddelen waardoor een apotheker bereikbaar is zonder dat hij fysiek aanwezig is in het kantoor. Als u dus uw licht hebt opgestoken in de sector, weet u dat zij niet 100% van de tijd aanwezig zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Alle nieuwe communicatiemiddelen die beschikbaar zijn, zie ik niet als een vervanging van de apotheker; zij zijn aanvullend. Met die nieuwe middelen kun je veel doen, maar zij maken aanwezigheid niet overbodig. Misschien ligt daar het verschil tussen

## Arib

onze fractie en andere fracties zoals die van het CDA. Onze fractie vindt dat de apotheker fysiek aanwezig moet zijn, het liefst achter de balie. Dat is nu ook zo. Ik vind het merkwaardig dat wij in Nederland, als enige land in heel Europa, met zo'n theorie aan komen zetten, terwijl het in andere landen vrij normaal is dat apothekers altijd aanwezig zijn, en dat er ook altijd een beroep op hen kan worden gedaan voor informatie of voorlichting. Ik ben het absoluut niet eens met het voorstel dat de minister doet. Ik begrijp dat deze minister denkt dat de monopoliepositie van de apotheker daarmee wordt afgezwakt, maar dit is niet het juiste voorstel. Wij hebben samen met de CDA-fractie daarom een amendement ingediend.

De minister stelt dat het de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is, om de aanwezigheid van de apotheker te regelen. De beroepsgroep zelf en de apothekersassistenten hebben echter aangegeven dat een waarborg die het verschil maakt tussen veilige en onveilige medicatie te belangrijk is om in een veldnorm vast te leggen. In het onderhavige geval is het bovendien verleidelijk om de veldnorm te overtreden. Artikel 19 moet gehandhaafd blijven, en daarom hebben wij samen met de CDA-fractie een amendement ingediend dat dit mogelijk maakt. Mijn eerdere amendement op dat onderdeel is ingetrokken; het is nu een gezamenlijk amendement van de fracties van CDA en PvdA. Het is ook goed om te zien dat steeds meer vrouwen kiezen voor het beroep van apotheker. Wij zien ook dat vrouwen steeds meer voor het zorgverlenerschap kiezen dan voor de handel. De naam van het artikel, "één vent per tent" is dus niet meer van deze tijd.

Met de handhaving van artikel 19 is de veiligheid van patiënten weliswaar gewaarborgd, maar niet in voldoende mate. Uit het debat dat wij vorig jaar met de minister hebben gevoerd over het rapport van de inspectie bleek dat er veel meer moet gebeuren. Gelukkig biedt de nieuwe Geneesmiddelenwet daarvoor mogelijkheden. In onze opvatting zijn die mogelijkheden echter niet voldoende. Wat moet er geregeld worden om ervoor te zorgen dat een geneesmiddel veilig is? Allereerst moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijk is. Het College Beoordeling Geneesmiddelen, het CBG, zegt dat arts en fabrikant verantwoordelijk zijn. De fabrikant legt een geneesmiddel voor aan het CBG en verschuilt zich dus achter de toelating. De arts gaat ervan uit dat het CBG een middel pas toelaat als het veilig is. De patiënt gaat ervan uit dat de arts weet wat hij doet, en veilige middelen voorschrijft. De inspectie zegt dat de apotheker verantwoordelijk is. Wat moet er volgens de minister gebeuren?

Beslissingen over de toelating van een geneesmiddel moeten alleen berusten op onafhankelijk onderzoek, en niet op door de farmaceutische industrie betaald onderzoek; wie betaalt, bepaalt immers. De eerste keer dat een middel wordt geregistreerd, moet er niet meteen een vergunning voor vijf jaar worden afgegeven, maar voor twee jaar. Daarna wordt opnieuw bekeken of het middel veilig is. Dat geldt ook voor het toepassen van een bestaand middel voor een nieuwe indicatie. Hiervoor heb ik ook een amendement ingediend. Verouderde bijsluiters moeten sneller worden aangepast. De fabrikant moet zijn bijsluiter elke twee jaar controleren, en zo nodig aanpassen. Als de bijsluiter verandert, moet de fabrikant verplicht worden om nieuwe bijsluiters en stickers aan de apothekers te leveren. Mensen die een geneesmiddel chronisch gebruiken, zullen niet telkens de

bijsluiter lezen; vandaar de sticker, waarop staat aangegeven dat de bijsluiter is gewijzigd. Ook daartoe heb ik een amendement ingediend.

Er moet een meldplicht komen voor alle beroepsbeoefenaren in de zorg. Ook daarvoor heb ik een amendement ingediend. De melding moet naar Lareb, de instantie die bijwerkingen verzamelt, registreert en analyseert. Dat is het eenvoudigst en het meest laagdrempelig. Bij het geneesmiddelenformulier zit immers al een formulier dat naar Lareb wordt gestuurd. Dit betekent wel dat Lareb geregeld meldingen aan het CBG moet doorgeven. Lareb moet ook alle meldingen openbaar maken. Het betekent ook dat Lareb een onafhankelijke positie moet kunnen blijven innemen. Collega Buijs heeft daartoe een amendement ingediend, dat ik van harte heb ondersteund.

Een ander heikel punt betreft de zelfzorgmiddelen. Ook dat is een onderwerp dat aansluit bij de veiligheid voor patiënten. De minister vindt dat alle zelfzorgmiddelen mogen worden vrijgegeven. Daarmee ben ik het dus niet eens. Zeker voor pijnstillers geldt dat volledig vrije verkoop tot ongewenst verkeerd gebruik zal leiden. In de wet staan nu de volgende criteria: interactie, beïnvloeding van het reactievermogen en de noodzaak van voorlichting. De drogisten vinden, niet geheel zonder eigenbelang, dat daar nog de volgende criteria bij horen: de noodzaak van toezicht, andere bijwerkingen dan beïnvloeding van het reactievermogen en ongewenst uitstel van bezoek aan een arts of het maskeren van een ernstige onderliggende ziekte. Een aantal onafhankelijke deskundigen heeft zes indelingscriteria vastgesteld. Wij steunen deze criteria. Wij kiezen echter niet voor gelijkstelling van drogist en apotheker wat betreft geneesmiddelen die weliswaar niet op recept, maar wel onder toezicht van een apotheker geleverd moeten worden, omdat de kans op schade anders groot is. De UA-middelen, die uitsluitend in de apotheek verkrijgbaar zijn, moeten niet door de drogist verkocht worden. Drogisten hebben geïnvesteerd in opleidingen en certificering, dat is prima, want zelfzorgmiddelen behoeven ook voorlichting en het is goed als de drogist dat ook moet doen. De CDA-fractie komt met een amendement, waarmee zij van UA-middelen UAD-middelen maakt die naast de apotheek ook door de drogist geleverd mogen worden. Ik zie de heer Buijs nee schudden. Ik hoor graag waarom. Dat gaat ons te ver.

De heer **Buijs** (CDA): De bedoeling is een nieuwe categorie. Uitsluitend AD betekent apotheker óf drogist, een van de twee. U weet dat een apotheker ook zelfzorgmiddelen mag leveren, dus dat maakt niets uit. Maar ik ga niet zeggen, zoals u nu misschien denkt gelezen te hebben, dat de UA-middelen straks door de drogist verkocht gaan worden. Dat is nu juist niet de bedoeling.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat maak ik dus niet op uit uw amendement, maar het is er ook een van drie kantjes, geloof ik?

De heer **Buijs** (CDA): Dan zal ik daar straks in mijn bijdrage nog nader op ingaan.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het doet er ook niet toe. Waar het om gaat, is dat zelfzorgmiddelen die interactie kunnen veroorzaken of die contra-indicaties hebben, niet zomaar

## Arib

bij de drogist te koop mogen staan. De kern is dat je zicht hebt op het hele medicatiedossier en dat heeft de drogist niet. Dat is wat ik in uw amendement heb gelezen, maar ik zal er nog een keer goed naar kijken. Als u iets anders bedoelt, dan sta ik daarvoor open.

Ik steun overigens het amendement van mevrouw Kant en dat van de heer Van der Vlies. Het schetst naar onze mening de meest veilige situatie op dit moment.

Tegen mevrouw Schippers zeg ik het volgende. Wij zijn ook voor het zorgverlenerschap, maar ik heb u in uw betoog absoluut niets horen zeggen over de handel. Het is fraai dat u vindt dat een apotheker zorgverlener moet zijn. Dat vinden wij ook. Maar dan moet u ook de kortingen en bonussen aan de orde stellen. Dat is wat ik in uw betoog heb gemist en daarom zei ik dat u het over zorgverlenerschap hebt, zonder daar consequenties aan te verbinden. Maar goed, er ligt een amendement en als u dat wilt steunen, bent u welkom.

De minister weet dat hij mij aan zijn zijde vindt bij het aanpakken van kortingen en bonussen. Sterker nog, ik vind dat hij niet ver genoeg gaat. Wij zijn van mening dat de apotheker een zorgverlener hoort te zijn en dat hij onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de eerstelijnszorg. Er loopt een lange discussie over opname van de apotheker in de WGBO, de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. De minister is van mening dat er door de claw back van de bonussen en kortingen geen sprake meer is van apothekers die winst maken. Hij vindt dat de apotheker daarmee opgenomen kan worden in de WGBO.

De minister is nogal trots op de convenanten die hij telkens weer buiten de Kamer om afsluit met de KMP, de industrie en de verzekeraars. Het is echter duidelijk dat er nog wel 0,5 mld. aan kortingen en bonussen in de zak van de apotheker verdwijnt. Niet iets om trots op te zijn, dus. Niemand weet wat een apotheker echt verdient en de apothekers willen dat graag zo houden en zijn dus ook niet bereid om openheid te bieden. Daar kan ik mij wat bij voorstellen. Waarom zou je vrijwillig meewerken, als dat kan betekenen dat je geen 0,5 mld. meer ontvangt?

Een voorbeeld hiervan is de apotheker in Alkmaar, de heer Heuff. Met stijgende verbazing las ik een interview met hem in het Pharmaceutische Weekblad waarin hij zijn bonusactie richting patiënten toelicht. Concreet, tastbaar en zonder flauwekul, zo beveelt de Alkmaarse apotheek de spaaractie aan op de eigen website. Als patiënten zich in 2006 melden als klant van de apotheek, ontvangen zij € 4 korting per receptregel. De apotheek bewaart het bedrag en betaalt het uit in 2007. Patiënten kunnen op deze manier een maximum bedrag van € 75 sparen in 2006. Met die zogeheten spaaractie, waarvan trouwens KMP wel afstand van heeft genomen, wil de apotheker in Alkmaar meer klanten binnenhalen.

Er bestaat dus een extra marge die de apotheker kan weggeven zonder failliet te gaan. Waar de KMP zegt dat de apotheek geen grotere marge heeft, zegt de heer Heuff in Alkmaar dat deze marge er best nog in zit. Deze apotheker geeft het terug aan de patiënt. Dat lijkt een sympathiek gebaar, maar het is een individuele beslissing van de apotheker of hij geld aan de patiënt teruggeeft of niet. 1598 apothekers beslissen dus om het geld niet terug te geven. Het is dan ook opmerkelijk dat wij het teruggeven van premiegeld overlaten aan de hebbelijkheid van apothekers, terwijl wij een ingewikkeld no-claimsysteem in het leven hebben geroepen om

iedereen maar zo eerlijk mogelijk aan zijn trekken te laten komen. Kortom: er ontstaat een grote rechtsongelijkheid door het laten zitten van de marges bij de apothekers. Het is ook van de gekke dat wij nog steeds niet weten hoeveel een apotheker verdient. Dat vind ik onbegrijpelijk. Het CTG heeft meerdere malen geprobeerd, inzicht te krijgen in de werkelijke verdiensten van een apotheker, maar de apothekers werken niet mee. Ik heb in een eerder debat een motie ingediend waarin ik naar de precieze inkomsten van apothekers vroeg via een onderzoek door het FIOD en de ECD, de Economische Controledienst. Deze motie heeft het helaas niet gehaald. Toch vraag ik het nu weer. Wat verdienen de apothekers precies? Anders hoor ik graag de argumenten van de minister om tegen de mogelijkheid van het verdienen van 0,5 mld. voor de zorg te zijn.

Apothekers zien in opname in de WGBO een erkenning van hun rol als zorgverlener en medebehandelaar. Farmaceutische patiëntenzorg is onder apothekers een algemeen geaccepteerd en wijd verbreid concept. De implementatie ervan in de gezondheidszorg verloopt echter moeizaam. Artsen zijn niet zo ver. De wens van apothekers om meer als zorgverlener te gaan functioneren, juich ik toe en steun ik van harte. Dan moeten de apothekers wel ophouden met het van twee walletjes willen eten. De apotheker als zorgverlener hoort in de WGBO, maar de handelaar niet. Pas bij scheiding van handel en zorg is er dus wat ons betreft reden voor opname van de apotheker in de WGBO. Om echter duidelijk te maken dat de apotheker in de zorg een eigen verantwoordelijkheid kent, stel ik voor om de plichten van de zorgverlener, die in de WGBO zijn vastgelegd, ook op de apotheker van toepassing te laten zijn. Juist als de apotheker als zorgverlener gaat optreden, is het van belang dat de rechtspositie van de patiënt verduidelijkt en versterkt wordt. Ik denk dat apothekers het van harte met mij eens zijn. Ik vind dat deze verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, die een zo belangrijke rol speelt in de geneesmiddelenvoorziening, thuishoort in de nieuwe Geneesmiddelenwet. Ik heb ook hiervoor een amendement ingediend met het voorstel voor een wettelijk goed apothekersschap. U ziet het, wij nemen de rol van de apotheker zeer serieus.

Collega Kant heeft uitgebreid stilgestaan bij gunstbetoon. De minister gelooft nog steeds in zelfregulering ten aanzien van geneesmiddelenreclame. Ik vraag mij af waarom. Voor zowel de farmaceutische fabrikant als de arts is samenwerking lonend. De farmaceutische industrie krijgt haar geneesmiddel in de pen van de specialist en vervolgens waarschijnlijk ook wel in die van de huisarts. De medisch specialist kan in het gunstigste geval onderzoek doen dat uiteindelijk wellicht patiënten ten goede kan komen en in het slechtste geval tot een individueel voordeeltje leidt dat onopgemerkt blijft. Ik vraag dus nog maar eens aan de minister wie er, behalve de premiebetaler, eigenlijk gebaat is bij het beëindigen van deze win-winsituatie. Tot een aantal jaar geleden was er een uitstekend functionerend onderdeel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat effectief deze uitwassen van de farmaceutische industrie aanpakte. De in plaats van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgerichte Stichting Code Geneesmiddelenreclame blijkt volstrekt onvoldoende slagkracht te hebben. In de wet staat nu een inperking van wat een fabrikant aan een arts mag geven. Tussen aanhalingstekens staat er: de "gastvrijheid" moet beperkt blijven tot strikt noodzakelijk.

## Arib

Daar valt natuurlijk altijd wel over te steggelen. Kortingen en bonussen worden nog steeds toegestaan, terwijl ze wel onder het kopje "gunstbetoon" vallen. Europese regelgeving schijnt het verbieden van kortingen en bonussen ook niet mogelijk te maken. Zonder krachtig toezicht lijken de beperkingen onvoldoende. Ik heb al eerder de nog steeds bestaande kortingen en bonussen genoemd. Ik hoor graag uitgebreid van de minister waarom domweg verbieden niet mogelijk is, waarom openheid over het salaris van de apotheker niet mogelijk is, waarom een CTG-tarief voor apotheken niet mogelijk is enzovoort. Het is tegenwoordig normaal dat de farmaceutische industrie hele trialbureaus in ziekenhuizen heeft. Zij zet die op en betaalt die. Artsen zijn daardoor min of meer gedwongen om de geneesmiddelen van deze gulle fabrikanten te blijven voorschrijven, anders raken zij al hun onderzoeksfaciliteiten kwijt. Voorschrijfgedrag mag niet worden gekoppeld aan fabrikanten. Ziekenhuizen zouden verplicht moeten worden in hun jaarverslag en ook op hun website aan te geven welke onderzoeken lopen, welke artsen eraan meedoen, welke geneesmiddelen worden gebruikt en welke gelden, diensten of goederen in ruil daarvoor worden ontvangen. Zo wordt tenminste duidelijk wat er gebeurt. Ook hierop verneem ik graag een reactie van de minister.

Het Geneesmiddelenbulletin neemt sinds juli 2005 een nieuw item op, genaamd promotionele activiteiten. Hier worden opvallende marketingactiviteiten van farmaceutische bedrijven beschreven. Het doel is huisartsen en apothekers te wijzen op de invloed van deze marketing en de manier waarop deze wordt vormgegeven.

Het Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik heeft een site geopend die Gezonde scepsis heet. De bedoeling is dat artsen en apothekers hun collega's bewust maken van de beïnvloeding door de farmaceutische industrie en van de manier waarop deze industrie probeert geneesmiddelen in de pen te krijgen van de arts. Het Instituut voor verantwoord medicijngebruik wil graag dat de website wordt overgenomen door artsen en apothekers. Dat lijkt mij een goed initiatief en ik vraag de minister dan ook dit initiatief te ondersteunen. Daarnaast zou een actieve rol van de minister op het gebied van dit soort activiteiten hem niet misstaan.

De farmaceutische industrie besteedt 30 tot 40% van haar omzet aan reclame en promotie. Dat betekent wereldwijd een bedrag van 175 mld. Men besteedt tweemaal zoveel geld aan promotie als aan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende technieken. Zoals ik al zei, wordt onderzoek gesponsord en vinden sending trials plaats. Niet alleen artsen en ziekenhuizen worden door de farmaceutische industrie beïnvloed, maar ook patiëntenorganisaties. Ook hierover heb ik eerdere vragen gesteld. Nog steeds is er geen verbod op het beïnvloeden van patiëntenorganisaties door de farmaceutische industrie. Ik heb schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van het voorbeeld van de Diabetesvereniging, die werd gesponsord door het bedrijf Pfizer. Door sponsoring van advertenties werd het cholesterolverlagende middel Lipitor openlijk aangeprezen.

Vorig najaar kwam een onderzoek naar buiten dat door het Instituut voor verantwoord medicijngebruik is verricht. Hieruit blijkt dat patiënten via patiëntenorganisaties worden beïnvloed door de farma-industrie. Het gaat om ondubbelzinnige ondersteuning in euro's. Ik

heb eerder gepleit voor duidelijke richtlijnen die gaan over beïnvloeding van de farmaceutische industrie. Ik vraag de minister opnieuw met een voorstel te komen.

Een ander punt in het kader van gunstbetoon is de onderbehandeling, waarover ook mevrouw Schippers iets heeft gezegd. Ik heb vragen gesteld over onderbehandeling van diabetes. Ik vraag mij af in hoeverre Nederlandse artsen de richtlijnen die zij zelf hebben opgesteld, ook daadwerkelijk in de praktijk toepassen.

Ik heb een amendement ingediend, dat ik later weer heb ingetrokken. Ik worstel met de manier waarop je dit probleem moet aanpakken. Aan de ene kant moeten zorgverzekeraars erop toezien dat hun patiënten niet worden onderbehandeld. Aan de andere kant is dat ook de taak van de inspectie, die daartegen hard moet optreden. In antwoord op mijn schriftelijke vragen verwijst de minister naar de zorgverzekeraar, maar ik weet niet of deze de aangewezen persoon is. Hoe wil de minister de onderbehandeling van deze patiënten een halt toeroepen?

Een ander punt waarover mevrouw Schippers ook het nodige heeft gezegd, is het voorschrijven en ter hand stellen van geneesmiddelen door verpleegkundigen en verzorgenden. In het wetsvoorstel worden beide beroepsgroepen niet gezien als voorschrijvers en ook niet als terhandstellers. Ter hand stellen is wel iets anders dan het uit een doosje nemen van een pil en die vervolgens aanreiken met een slokje water. Het is ook iets anders dan voorschrijven. Wij hebben daarbij grote aarzelingen, maar ik voel ook wel wat voor de argumenten om wel toe te staan dat gespecialiseerde verpleegkundigen medicijnen voorschrijven aan diabetici of aidspatiënten. Graag een reactie van de minister hierop.

Bij het laten voorschrijven van medicijnen door verpleegkundigen ben ik er overigens ook bang voor dat zij beïnvloed worden door de farmaceutische industrie. Daarmee heeft onze fractie grote moeite, net als de fracties van de SP en GroenLinks. Nu al komt het voor dat verpleegkundigen door de farmaceutische industrie betaald worden, dat verpleegkundigen maar één geneesmiddel voor diabetes verstrekken.

Er gaan ook stemmen op om apothekers zelf herhalingsrecepten te laten schrijven, zoals in Engeland. Wij vinden dit niet helemaal juist, de arts dient verantwoordelijk te zijn voor het voorschrijven van het geneesmiddel. Hij heeft ook een totaalbeeld van de medicijnen die zijn patiënt gebruikt. De apotheker dient zijn verantwoordelijkheid te nemen door de verpleegkundige, de verzorgende en de instelling te voorzien van de juiste, objectieve informatie over geneesmiddelen.

Mevrouw Kant heeft al het een en ander over Topinstituut Pharma gezegd. Dit instituut is in het najaar van 2005 gevormd. De gedachte erachter is dat het onderzoek in Nederland goed is, maar dat de resultaten ervan te weinig doorstromen naar de industrie en dus naar de patiënt. Wij hebben hierbij grote bedenkingen en ik zou graag vernemen wat de minister heeft gedaan met de kritiek die het CPB indertijd op de vorming van dit instituut had. De overheid steekt hier 130 mln. in en wij hebben hier vele vragen over. Waar gaat de winst op de octrooien heen en welke verdeelsleutel wordt daarbij gehanteerd? Hoe commercieel is een en ander? Wordt er gekozen voor onderzoek naar ziekten die commercieel interessant is, of voor onderzoek naar ziekten waarvoor een nieuw geneesmiddel ontwikkeld moet worden? Er is bijvoorbeeld een achterstand in het onderzoek naar



## Arib

geneesmiddelen voor ernstige aandoeningen bij kinderen. Juist omdat deze doelgroep kleiner en daarom minder interessant is, zou een topinstituut waarin wetenschappers gesteund door de overheid samenwerken met het bedrijfsleven, aandacht moeten besteden aan medicijnen voor zulke aandoeningen. Ik ben erg benieuwd wat er van Topinstituut Pharma terechtkomt.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik steun al uw vragen hierover, maar het instituut moet naar ik meen nog officieel ingesteld worden. Dit gaat met een voorhangprocedure en ik denk dat wij echt de moeite moeten nemen om er uitgebreid met de minister over te discussiëren voordat wij er goedkeuring aan geven.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat steun ik van harte, dat lijkt mij heel verstandig.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): Voorzitter. Onder aansporing van een aantal collega's zal ik proberen het kort te houden. Ik zal geen interrupties uitlokken door te zeggen dat ik, zoals bekend, een man van weinig woorden ben. Ik denk evenwel dat ik in dit debat op zichzelf redelijk kort kan zijn. Dit wetsvoorstel heeft al een lange geschiedenis; in juli ligt het vier jaar bij de Kamer. Zolang zijn wij er al mee bezig en daar zijn op zichzelf allerlei verklarende omstandigheden voor.

Dat ik verwacht kort te kunnen zijn, heeft er vooral mee te maken dat op wat voor mijn fractie hoofdpunten zijn – de punten die wij ook in de schriftelijke ronde aan de orde hebben gesteld – er veel amendementen zijn ingediend. Ik heb al 40 amendementen voorbij zien komen; die liggen er niet allemaal, want zij zijn deels weer vervangen. Mij is ook opgevallen dat op een aantal hoofdpunten er zelfs min of meer gelijklopende amendementen liggen, soms wel drie. Ik geloof dat mevrouw Schippers daar eveneens op wees. Wij zullen ook door steunverlening aan de betreffende amendementen ons standpunt tot uitdrukking brengen en een enkel amendement hebben wij mede ondertekend.

Het betekent tevens dat ik nu niet alle argumentaties zal herhalen die anderen al verwoord hebben en die bij de verschillende amendementen nog naar voren gebracht zullen worden. Ik zal nu vooral de punten van dit wetsvoorstel langslopen die voor mijn fractie de hoofdpunten zijn.

Het wetsvoorstel voor een nieuwe Geneesmiddelenwet beoogt om in ieder geval de bestaande regelgeving op het gebied van de vervaardiging en verspreiding van geneesmiddelen te vereenvoudigen en te moderniseren. Op zichzelf heeft mijn fractie voor dat onderdeel en die doelstelling warme steun. Er is een verschil met de huidige Wet op de geneesmiddelenvoorziening, die ook veel bepalingen bevat over de beroepsuitoefening van de apotheker. De nieuwe wet richt zich vooral op de vervaardiging en de verspreiding van de geneesmiddelen; een aantal andere bepalingen gaan volgens het kabinet naar de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG. Dat heeft op zichzelf, als hoofdrichting, onze instemming.

Daarnaast is er een tweede onderdeel en ook een tweede doelstelling van deze wet: meer ruimte voor marktwerking in de farmaceutische zorg. Daar zijn wij minder enthousiast over qua uitgangspunt. Er is wel enige ruimte, maar wat dat betreft hebben wij vanouds meer terughoudendheid. Het zal voor u geen verrassing zijn dit van de kant van mijn fractie te horen. Het wetsvoorstel zoekt naar een betere balans, zoals aangegeven door het kabinet, tussen enerzijds kwaliteit, beschikbaarheid en veiligheid van geneesmiddelen en anderzijds het economische belang van marktwerking: meer marktwerking in de farmaceutische zorg. Uit mijn bijdrage en de punten die ik zal langslopen, zal blijken dat mijn fractie onder een goede balans iets anders verstaat dan het kabinet. Het blijkt ook uit de veelheid van amendementen op juist die punten.

Het eerste punt dat ik wil aanstippen, is de afschaffing van artikel 19 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, zoals voorgesteld door de minister. Dit artikel bepaalt dat in iedere apotheek ten minste één apotheker aanwezig is. Mijn fractie vindt, met andere fracties, dat het met het oog op patiëntveiligheid onverantwoord is om artikel 19 te schrappen. Ook wij vinden dat de apotheker een duidelijke toegevoegde waarde heeft, zowel waar het gaat om medicatiebewaking – 15% van de recepten bevat fouten – als waar het gaat om patiëntvoorlichting en adviesverlening. Het heeft onze voorkeur om het op die wijze te houden: één vent per tent, zoals het populair is gaan heten.

Wij vragen ons af hoe het voornemen om artikel 19 te schrappen zich verhoudt tot de voorgenomen opname van de apotheker in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, waarvan de doelstelling nu juist is om patiënten meer mogelijkheden te geven om apothekers te kunnen aanspreken op hun zorgverlener-schap. Graag verneem ik op dit punt een toelichting van de minister. In ieder geval hebben de amendementen daarover onze steun. Ik heb wat dat betreft van SP en CDA amendementen voorbij zien komen; wij zullen kijken hoe de amendementen in elkaar geschoven kunnen worden of naast elkaar kunnen functioneren.

Ten aanzien van de niet-receptgeneesmiddelen ofwel de zelfzorggeneesmiddelen is er in mijn ogen nog wel wat definitieruimte, ook in verband met de amendementen die daarover zijn ingediend. Het oorspronkelijke wetsvoorstel wilde die middelen vrijgeven zodat zij vrij zouden kunnen worden verkocht, zonder de tussenkomst van apotheker of drogist. Inmiddels heeft de minister bij nota van wijziging daarin verandering aangebracht door een tussencategorie geneesmiddelen toe te voegen waarvoor geen recept is vereist, maar die wel uitsluitend via de apotheek verkrijgbaar zijn, de zogenaamde UA-categorie (uitsluitend apotheek). Mijn fractie is in ieder geval blij dat de minister is teruggekomen op zijn oorspronkelijke voorstel om al die middelen voor vrije verstrekking in aanmerking te laten komen. Ik vraag nog wel waarom de minister ervoor kiest om een deel van de niet-receptgeneesmiddelen alleen door apotheken te laten verstrekken en niet door de drogist.

Op dit punt is door de heer Buijs een amendement ingediend, waar ik nog enige vragen over heb. Ik wacht zijn toelichting graag af. Wij vinden het onwenselijk dat alle niet-receptgeneesmiddelen in de drogisterijen verkrijgbaar zullen zijn, laat staan dat alles helemaal vrij zou worden gegeven. Zelfzorggeneesmiddelen moeten in beginsel slechts bij apothekers en, onder voorwaarden

## Rouvoet

en in beperkte zin, bij drogisterijen verkrijgbaar zijn. Daar hoort bij dat de opleiding, de voorlichting en de instructies voor drogisten daarop toegesneden is. Ook daarvoor zijn amendementen ingediend. Het hoort bij elkaar. De heer Buijs stelt voor om de UA-categorie te vervangen door de UAD-categorie (uitsluitend apothekers en drogisterijen). Dat kan de indruk wekken dat de heer Buijs verder wil gaan dan de minister als het gaat om bepaalde niet-receptgeneesmiddelen. Nogmaals, ik wacht de toelichting van de heer Buijs af om te bepalen of zijn amendement ons dichterbij huis brengt.

De morning-afterpil heeft in 2004 de status van niet-receptgeneesmiddel gekregen. In de begeleidende brief stond dat deze pil binnenkort zonder recept verkrijgbaar zou zijn bij apotheken. Het is bekend van mijn fractie hoe wij erover denken: het liefst zouden wij de beslissing van het CBG teruggedraaid zien. Ik begrijp dat ik de minister daarop niet in rechtstreekse zin kan aanspreken. Wat betekent de beweging die wij met het aan de orde zijnde wetsvoorstel inzetten, voor de verkrijgbaarheid van de morning-afterpil? Ik kan mij niet voorstellen dat het de bedoeling zou zijn om dat middel binnenkort bij de supermarkt of het tankstation verkrijgbaar te laten zijn. Ik hoop dat de minister mij op dit punt gerust wil stellen.

Het Centraal Bureau Drogisterijbedrijven (CBD) heeft aan een groep van zo'n twintig deskundigen (hoogleraren, artsen en apothekers) de vraag voorgelegd welke zelfzorggeneesmiddelen zonder risico's vrij verstrekt zouden kunnen worden. De deskundigen kwamen tot de conclusie dat vrijwel alle zelfzorgmiddelen niet veilig genoeg zijn om vrij te kunnen worden verstrekt. Verkoop via apotheek of drogist is de veiligste oplossing, zo vinden zij. Ik zou het op prijs stellen als de minister op dit rapport ingaat. Het lijkt mij zeer relevant voor de richting die wij als wetgever moeten inslaan. Mij zei het nogal wat dat men daar zo uitgesproken over was. Overigens is er ook onderzoek verricht in Duitsland en Finland. Daar is aangetoond dat zelfzorggeneesmiddelen evenzeer medicijngerelateerde problemen veroorzaken als receptgebonden geneesmiddelen. Ook dat onderzoek moet ons buitengewoon terughoudend maken bij het zetten van al te rigoureuze stappen. Er zijn risico's van intoxicatie door verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen; er zijn bijwerkingen door interactie met andere geneesmiddelen. De vraag is of die risico's wel opwegen tegen de "voordelen" van een grotere vrije verkrijgbaarheid.

Voorzitter. Het verheugt de fractie van de ChristenUnie dat de positie van de apotheekhoudende huisarts gehandhaafd kan blijven. Vooral in dunbevolkte gebieden – plattlandsgebieden – kan de apotheekhoudende huisarts niet worden gemist. Mijn fractie is wel van mening dat met het oog op de rechtszekerheid het afstandscriterium in de wet zou moeten worden opgenomen, zodat een plattlandsdokter niet eerst een vergunning hoeft aan te vragen, maar de apotheekhoudende bevoegdheid direct uit de wet voortvloeit. Ik verwijs in dit verband naar het initiatiefwetsvoorstel van mevrouw Van Blerck-Woerdman c.s. dat is aangehouden tot de behandeling van dit wetsvoorstel. Daarom heeft mijn fractie het amendement van mevrouw Schippers en een aantal andere collega's op stuk nr. 55 meeondertekend. Dit is in lijn met onze eerder uitgesproken steun aan dat initiatief.

Ten slotte wil ik een opmerking maken over medicijnverstrekking via het internet. Dat is een ontwikkeling die mijn fractie grote zorgen baart. Via het internet worden medicijnen verstrekt zonder dat er inzicht bestaat in het medisch dossier van een patiënt. Dat lijkt mij buitengewoon riskant. Wij staan dan ook sympathiek tegenover het amendement van mevrouw Schippers op dit punt, dat wil verbieden dat er via het internet medicijnen worden verstrekt aan personen met wie geen behandelrelatie bestaat.



De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Mijn inbreng zal in het teken staan van twee zaken: patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid. Dat laatste punt heeft voorname-lijk te maken met de distributie.

Het ziet ernaar uit dat wij deze nieuwe geneesmiddelenwet eindelijk kunnen accorderen als opvolger van de 24 jaar oude WOG, waaraan in de afgelopen periode heel veel gesleuteld is. Het wetgevende traject heeft nogal wat vertraging ondervonden. Dat kwam onder andere door de Europese richtlijnen en door het feit dat er twee wetsvoorstellen parallel aan elkaar geschakeld zijn, namelijk het wetsvoorstel met betrekking tot artikel 19 en de wet geneeskundige behandelovereenkomsten en de nieuwe Geneesmiddelenwet zelf. De techniek van een en ander heeft geresulteerd in het feit dat er nogal wat amendementen zijn ingediend, met name amendementen die elkaar overlappen, onder andere over artikel 19. Een forse meerderheid in deze Kamer vindt dat dit artikel niet moet worden geschrapt. Het is de vraag op welke manier dat wordt vormgegeven. Ik heb ervoor gekozen om mijn amendement voor het schrappen van artikel 19, ook gesteund door mevrouw Arib, over te nemen uit de oude WOG. Dat betekent dat ik de huidige toestand, oftewel "één vrouw per gebouw", wil handhaven.

Naar onze mening wordt bij de suggestie om artikel 19 te schrappen meer uitgegaan van economische principes dan dat rekening gehouden wordt met de kwaliteit van de geneesmiddelendistributie en de geneesmiddelenvoorziening. Mevrouw Arib stelde dat apothekers per dag 3500 fouten constateren. Dat is nogal wat. Dat betekent overigens niet dat er 3500 doden vallen. Met het constateren van die fouten kan het aantal medicatiedoden "beperkt" blijven tot enkele honderden per jaar. Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg "Staat van de Gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg" laat zien dat het wat de patiëntveiligheid betreft nog beter kan. Kortom: een actievere rol van de apotheekhoudenden in het zogenaamde veiligheidsmanagementsysteem van het geneesmiddelengebruik is dringend gewenst.

Uit een recent onderzoek van de Universiteit van Utrecht onder patiënten blijkt dat zij weliswaar tevreden zijn over de apotheek, maar dat zij vaak niet weten welke mogelijkheden er zijn voor informatie over gebruik, werking en bijwerking van geneesmiddelen. Het is bij bijna alle patiënten onbekend dat zij bij de apotheek terecht kunnen voor een persoonlijk consult in een aparte ruimte. Kortom, mijn fractie steunt de erkenning als zorgverlener, maar daar hoort wel bij dat patiënten meer dan voorheen weten dat dit een van de taken van de apotheker is. Juist omdat de apotheker wordt opgenomen in de WGBO vraag ik de minister patiënten

## Buijs

via een publiekscampagne op de hoogte te stellen van wat zij van een apotheker mogen verwachten en welke zorg zij tegemoet kunnen zien.

Wij gaan ervan uit dat de erkenning van de apotheker als zorgverlener niet inhoudt dat hij of zij taken overneemt die behoren tot de medisch-inhoudelijke functie van artsen. Biedt de huidige wet BIG voldoende garanties voor deze functiescheiding? Overigens zal de wijze waarop de samenwerking tussen arts en apotheker tot stand komt onderdeel zijn van het farmacotherapeutisch overleg en van het transmurale farmacotherapeutische overleg.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Over het opnemen van de apotheker in de WGBO zijn wij het eens. Ik heb ook een amendement ingediend waarin de verantwoordelijkheden en plichten, informatie en voorlichting, worden geregeld. Ik hoop dat u dat steunt. De apothekers zitten nog steeds in de handel en zij verdienen miljoenen aan kortingen en bonussen. Bent u het met mij eens dat een volledige opname van apothekers in de WGBO daardoor niet mogelijk is? Vindt u ook dat er eerst een scheiding moet komen?

De heer **Buijs** (CDA): Dat staat los van de WGBO. Het is straks aan de zorgverzekeraars om te kijken welke functies en diensten zij willen inkopen. Het is mogelijk dat de ene zorgverzekeraar de inkoop via een module door de apotheker willen laten doen en dat de andere zorgverzekeraar apothekers liever centraal laten inkopen. Dan staat de distributiefunctie centraal en daar krijgen de apothekers een module voor. Ik heb begrepen dat er overleg plaatsvindt tussen de KNMP, de minister en andere partijen, zoals Zorgverzekeraars Nederland, om na te gaan welke aparte tarieven er bij het CBG kunnen worden aangevraagd. Over de handel hebben wij al vaker gesproken. Ik ben het met u eens dat er in principe geen directe koppeling tussen handel en zorg mag zijn. Dat laat onverlet dat de zorgverzekeraar de apothekers tegen een aparte vergoeding kan vragen om de inkoop te doen omdat zij daar meer verstand van hebben.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat moet wel transparant gebeuren. Als de apotheker volledig wordt opgenomen in de WGBO, dan moet er een apart tarief komen voor het inkomen van de apotheker. Deelt u die mening?

De heer **Buijs** (CDA): Er liggen diverse adviesaanvragen bij het CTGZAio om te kijken op welke manier dat vormgegeven kan worden. Ik wacht dat af.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is al duidelijk dat de apothekers niet bereid zijn inzicht te geven in hun inkomsten. Het CTG heeft al voor de vijfde keer een gesprek gehad met de KNMP en nog steeds heeft het CTG daar geen goed beeld van. Steunt u ook het voorstel om FIOD/ECD een onderzoek te laten doen als de apothekers blijven weigeren inzicht te geven in hun inkomsten?

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat dit straks tot uitdrukking zal komen in de contracteerrelaties. Ik vind dat dit kabinet er in de afgelopen jaren behoorlijk in is geslaagd om de bonussen en kortingen af te romen. Ik denk dat wij een broedende kip niet moeten storen. Laat ze kijken

op welke manier de diverse modules ontwikkeld worden en welke tariefstelling daarbij hoort.

Voorzitter. Ik was gekomen bij het FTO en het transmurale FTO. Mijn fractie wil dat dit onder regie van de beroepsgroepen een landelijke dekking krijgt. Wij vragen de minister dit in overleg met de beroepsgroep te ondersteunen en te bevorderen. Er zijn regio's waar het (transmuraal) FTO nog steeds niet van de grond is gekomen.

Het schrappen van artikel 19 zal vragen oproepen op Europees niveau. Wij lopen hier uit de pas bij het Europese volksgezondheidsbeleid. Het Europees Parlement heeft op 23 oktober een amendement aangenomen waarin duidelijk staat dat de apotheker aanwezig moet zijn in de apotheek. In het amendement staat ook: "... shall manage the pharmacy in such a way to guarantee its continuity, service and quality". Dat is duidelijke taal.

Het EMD is nog steeds in ontwikkeling. Wanneer denkt de minister dit nu eindelijk in te voeren? Wij wachten er met smart op. Het EMD kan een wezenlijke bijdrage leveren aan de patiëntveiligheid. Zorgvuldigheid is vereist, maar hoe sneller de invoering, hoe beter het is. Wil de minister ook eens nadenken over het elektronisch voorschrijfsysteem? Veel huisartsen maken daar nu al gebruik van. Als voorschrijver en medicatiebewaking worden geïntegreerd, kan worden gekomen tot een betere afstemming. Hoe oordeelt de minister hierover?

Blijkens de nota naar aanleiding van het nader verslag deelt de minister onze mening dat het voorschrijven van geneesmiddelen via internet buiten de bestaande behandelrelatie om onwenselijk is. Daar zijn wij blij mee, maar het wordt in dit wetsvoorstel niet nader omschreven. Een amendement van mevrouw Schippers dat beoogt dit in goede banen te leiden, heb ik medeondertekend. Het betreft hier overigens niet de internet-apotheek, waarbij niet het voorschrijven maar het afleveren centraal staat. Ik heb het dus over de internet-dokter.

De apotheekhoudende huisarts op het platteland kent zo langzamerhand een lange geschiedenis. Mevrouw Schippers heeft hierover al het nodige gezegd. De bedoeling van het initiatiefwetsvoorstel van mevrouw Van Blerck was dat de rol van de apotheekhoudende huisarts in stand moet worden gehouden. Dat wetsvoorstel is tot op heden aangehouden tegen de achtergrond van de toezegging van de minister dat we er bij de nieuwe Geneesmiddelenwet wel uit zouden komen. In de nota naar aanleiding van het nader verslag schrijft de minister dat de regering van mening is dat de continuïteit van de huisartsenzorg op het platteland van groot belang is en dat dit wetsvoorstel op geen enkele wijze beoogt een wijziging aan te brengen in de huidige positie van de apotheekhoudend huisarts. Naar mijn mening zijn daarvoor echter onvoldoende garanties ingebouwd in dit wetsvoorstel. Ik heb hierbij met name het oog op de rechtszekerheid. Ik ben het met de minister eens dat niet alle huisartsen apotheekhoudend moeten kunnen worden, maar op het platteland is heel vaak een apotheek nodig om de continuïteit van huisartsenzorg te kunnen waarborgen. Dat is voor ons erg belangrijk. Vandaar het amendement om die functie te behouden; weliswaar met afstandscriteria, maar dat kan blijkbaar niet anders. Wij hebben er danig op gepuzzeld, maar het lijkt ons dat dit nog steeds de beste

## Buijs

omschrijving is. De inspectie kan dan eventueel nog controle uitvoeren.

In de nieuwe Geneesmiddelenwet is geen overgangsregeling getroffen voor de huidige C-vergunninghouders – dit er zo'n 30 of 40 – die nog oude rechten en bevoegdheden hebben en wordt die functie ook niet gegarandeerd. Ik heb echter de indruk dat het amendement van mevrouw Schippers voldoende garantie biedt dat betrokkenen hun oude C-rechten kunnen behouden.

Ook de bereidingsbevoegdheid mag niet aan apotheekhoudende huisartsen worden ontnomen. Zo'n 77% van de apotheekhoudende huisartsen maakt nog zelf eenvoudige bereidingen. Wij zien niet in waarom de apothekersassistente bij de huisarts in het verlengde van wat in de apotheek gebruikelijk is, niet eenvoudige bereidingen zelf zou kunnen uitvoeren. Er is ook een eigen controle-instantie van de Landelijke Vereniging voor Huisartsen, het CLANAG, dat de controles faciliteert. Ook anderszins vindt er goede controle plaats. Er zijn mij dan ook geen berichten bekend die aanleiding zijn om een einde te maken aan deze praktijk. Ik heb wat amendementen voorbereid opdat de eenvoudige bereiding door de apotheekhoudende huisarts op het platteland wordt gegarandeerd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dit amendement over de apotheekhoudende huisarts komt mij sympathiek voor. Het lijkt er echter op dat de heer Buijs doet wat de minister zegt. Zij lijken het met elkaar eens te zijn en toch dient de heer Buijs een amendement in. Kan hij dit toelichten?

De heer **Buijs** (CDA): Ik dien geen amendement in, mevrouw Schippers heeft een amendement ingediend. Ik dank de heer Vendrik echter voor deze vraag. De minister zegt in zijn nota dat de verzekeraars graag de huisartsen zullen contracteren en dat het allemaal wel zal meevallen in de praktijk, maar er is geen enkele garantie in de wet opgenomen voor de toekomstige positie van die huisarts op het platteland. Daarom heb ik destijds samen met mevrouw Van Blerck een initiatiefwetsvoorstel opgesteld dat voor advies aan de Raad van State is voorgelegd. De reactie van de Raad was dat een dergelijke verandering van de wet ertoe zou leiden dat alle huisartsen in Nederland een apotheekvergunning zouden krijgen. Dit was niet onze bedoeling en er ontstond grote onrust. Wij hebben het wetsvoorstel aangehouden, opdat dit in het thans voorliggende wetsvoorstel zou kunnen worden geregeld. Na overleg hebben mevrouw Schippers en ik nu een mogelijkheid geformuleerd voor een wettelijke garantie voor die 500 à 600 apotheekhoudende huisartsen voor wie de huisartsfunctie afhankelijk is van de apotheek.

Er is al gesproken over de functie van de drogist in ons land. Ik hoor mevrouw Borst nog zeggen dat zij zo trots is op de Nederlandse drogisterijen en dat die zo goed functioneren. In de afgelopen jaren heeft de regering opleidings- en exameneisen voor de functie van drogist gesteld. Er is en wordt nog steeds door de branche veel energie gestoken in kwaliteitseisen alsmede de verdere ontwikkeling van het beroep. Een voorbeeld hiervan is de op handen zijnde certificering.

In een interruptiedebatje met mevrouw Arib over de zelfzorgmiddelen leek er een misverstand te ontstaan. Ik ben in de toelichting bij mijn amendement misschien wat onduidelijk geweest. Er zijn twee middelen, de middelen

op recept die uitsluitend in de apotheek worden verstrekt en de zelfzorgmiddelen. De minister schrijft dat de zelfzorgmiddelen niet op recept hoeven te worden verstrekt, omdat de bijwerkingen overzienbaar c.q. acceptabel zijn. Een bepaalde categorie van de zelfzorgmiddelen wordt dan overgeheveld naar de apotheek, omdat er toch iets meer bijwerkingen, maar voornamelijk interacties met andere geneesmiddelen worden verwacht. Ik zou zeggen, maak er dan UR van als het toch zo gevaarlijk is. Toch vind ik niet dat dit zou moeten gebeuren. Gezien de indeling van de Europese Commissie tussen middelen die met een recept verkrijgbaar zijn en middelen die in de zelfzorg beschikbaar zijn, moeten heldere criteria mogelijk zijn. Als je die criteria toepast, krijg je enige onbalans. De heer Rouvoet wees dan ook terecht op het witboek dat door een aantal experts is opgesteld. Zij hebben alle zelfzorgmiddelen die nu beschikbaar zijn op een rijtje gezet en zich toen de vraag gesteld of je een onderscheid kunt maken tussen middelen die geschikt zijn voor de algemene verkoop omdat hun bijwerkingen te overzien zijn en middelen die daarvoor niet geschikt zijn.

Er blijft dan een algemene categorie over. Daar zitten de maagzuurremmers in en de NSAID's zoals ibuprofen en voltaren. Je moet dan wel weten dat er interactie kan zijn met andere middelen. Je moet dan ook weten dat het invloed kan hebben op een scala aan factoren. Het bekendste voorbeeld in dit verband zijn natuurlijk de NSAID-maagbloedingen. Die komen in Nederland nog steeds voor en soms zelfs met een fatale afloop.

Ik wil niet de drastische beslissing nemen om deze middelen naar de apotheek te brengen en een recept voor deze middelen verplicht te stellen. De kwaliteitseisen die de drogisterijen aan zichzelf stellen voor wat betreft de kennis over dit soort middelen en hun bijwerkingen, rechtvaardigen dat de apothekers niet het monopolie krijgen voor niet op recept voorgeschreven zelfzorgmiddelen. Je moet dan wel de drogisterijen stimuleren om aan hun opleidingseisen te voldoen.

Op aandrang van de regering hebben de drogisterijen heel veel geïnvesteerd in hun beroep. Het is dan jammer dat de minister nu opeens zegt dat alle middelen uit de zelfzorg die ik niet wil overhevelen naar de apotheek, bij een tankstation verkrijgbaar zouden moeten kunnen zijn. Ik benader het dus van de andere kant. Er is een internationale indeling van en er zijn Europese richtlijnen en criteria voor receptmiddelen en niet-receptmiddelen. Er zijn niet-receptmiddelen waarbij je een deskundige op voorhand aanwezig mag achten die jou kan begeleiden, voorlichten en eventueel kan ingrijpen. De middelen die dan overblijven, zijn de algemene verkoopmiddelen.

Er is hierover veel commotie in de media ontstaan: de ene branche bekogelt de andere. De indeling in categorieën moet worden gemaakt door het CBG. De minister moet dat stimuleren. Het CBG moet dat dan wel doen met inachtneming van het onderzoek van Nivel en het witboek van de experts. Vraag het CBG nu eens of er een mogelijkheid is om de drie categorieën, algemene verkoop, uitsluitend apotheek middelen en uitsluitend recept nader te omschrijven. Zo moet men mijn amendement lezen.

Ik zeg dus niet: er zijn bijwerkingen en een website van de drogisterijbranche, waarin fors wordt geïnvesteerd, om mensen goed voor te lichten. Dingen die niet op recept zijn, behoren automatisch tot de zelfzorg-

## Buijs

middelen categorie. En ik wil daar de AV plus UHD aan toevoegen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie): In de nota van wijziging heeft de minister een beweging gemaakt van algehele vrijgave naar UA. Die beweging corrigeert u door de drogisterijen te betrekken bij die zelfzorg-geneesmiddelen waarvoor specifieke deskundigheid nodig is.

De heer **Buijs** (CDA): Ja. Ik hoop ook dat u die gedachtegang kunt onderschrijven, want...

Mevrouw **Arib** (PvdA): De middelen die nu uitsluitend bij de apotheek mogen worden verkocht, wilt u ook door de drogist laten verkopen. Dan blijft het probleem dat een drogisterij misschien wel informatie kan geven over een aantal middelen, maar geen zicht heeft op het medicatie-dossier.

De heer **Buijs** (CDA): Laten wij uitgaan van de UAD-middelen. Het elektronisch medicatiedossier zal er toch een keer komen. Ik zou het helemaal niet slecht vinden als daar de drogist een rol in zou kunnen vervullen, uiteraard alleen op vrijwillige basis; dat wil zeggen op verzoek van de patiënt. Wij zouden eens moeten onderzoeken of de medicatiebewaking via het medicatie-dossier een extra impuls zou krijgen, ook in de samenwerking tussen apothekers en drogisten. Als iemand bijvoorbeeld middelen slik die bedoeld zijn om zijn maag gezond te houden, en daarna andere middelen neemt, zou ik als arts willen weten of zo iemand wel of niet Brufen slikt. Vaak vraagt de arts dat, maar het is handig als dat in het medicatiedossier opgenomen is. Ook de laatste brief van de KNMP meldt dat het goed zou zijn als er een bepaalde relatie kwam met het elektronisch medicatiedossier. Ik heb de bedoeling uitgelegd van wat ik hiermee wil en ik ben benieuwd wat de minister van dat idee vindt.

Een volgend punt is de onafhankelijke bewaking. Er ligt een amendement over het instituut Lareb. Ook mijn fractie is van mening dat er een scheiding moet zijn tussen de registratie van geneesmiddelen door het CBG, en de bewaking op bijwerkingen en toezicht. Ook internationaal wordt het belang van die scheiding erkend. De Food en Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten, The Lancet, de British Medical Journal en bijna alle wetenschappelijke instanties zijn voor een scheiding van die zaak. Daarom stelt mijn fractie voor dat niet het college, maar de minister deze samenwerkingsverbanden aanwijst, en dat niet het college maar de minister de subsidie toekent. Verder stelt mijn fractie voor om patiëntenorganisaties op te laten nemen in lid 3, oftewel onder het kopje "samenwerkingsorganisaties van beroepsbeoefenaren en patiëntenorganisaties". Dan krijg je een wat duidelijker scheiding tussen de verantwoordelijkheden.

Mevrouw Schippers heeft een amendement ingediend over verpleegkundigen. Uiteindelijk zullen wij in de Kamer een debat voeren over de eventuele rol van vooral de specialistisch verpleegkundige in het eventueel toekennen van een voorschrijfbevoegdheid. Mijn fractie staat positief tegenover deze discussie, maar wil bij de behandeling van de Wet BIG duidelijk horen welke criteria en welke mogelijkheden daarvoor aanwezig zijn.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Het is met geneesmiddelen eigenlijk als met de liefde: het heelt, het is soms verslavend, te veel is dodelijk en een enkele keer kost het heel veel geld. Gisteren was het Valentijnsdag; ik had graag gisteren dit debat willen voeren. Dit is een dossier dat mijn fractie na aan het hart ligt en dat begrijpt de minister.

Ik wil beginnen met mevrouw Kant namens mijn fractie een compliment te maken voor haar nota. Die ziet er niet alleen goed uit, maar is volgens mij ook goed. Ik heb de nota al even kruiselings doorgelezen. Als ik afga op haar inbreng met betrekking tot de kwaliteit van het farmaceutische onderzoek, de onafhankelijkheid daarvan, het beschrijven van de praktijk van vandaag de dag, maar ook de relaties tussen de farmaceutische industrie en de druk die zij uitoefent op de zorg, de artsbezoekers, de reclame, dan zie ik allemaal kritiekpunten waar mevrouw Kant zeer, zeer terecht aandacht voor vraagt. Ik sluit mij daar van harte bij aan. Haar vragen zijn daarmee ook de mijne geworden, minister. U bent dus vandaag twee keer gewaarschuwd.

Het moge duidelijk zijn dat dit wetsvoorstel zich in het midden bevindt van grote belangen. Enerzijds het onmiskenbaar grote belang van de volksgezondheid, maar ertegenover ook het belang van allerlei partijen die op een markt functioneren waarin veel verdiend wordt, terwijl de patiënten er door de band genomen van afhankelijk zijn, soms zelfs wanhopig afhankelijk. Voor de fractie van GroenLinks – ik sluit mij aan bij de woorden van de heer Buijs – is veiligheid en vriendelijkheid voor de patiënt leidraad in de wijze waarop de geneesmiddelenverstrekking in dit land georganiseerd zou moeten worden. Ik zei het al: soms zijn geneesmiddelen dodelijk.

Ik vraag de minister op dat punt om ons nader inzicht te verschaffen in de praktijk van vandaag de dag. Ik hoor daar de laatste tijd tamelijk verontrustende geluiden over. Ik lees in het jaarrapport van de inspectie dat er jaarlijks meer dan 700 doden vallen door een verkeerde combinatie van medicijnen of door verkeerde medicijnen. Als er naar de contra-indicaties was gekeken, hadden zij die niet mogen krijgen. Ik herinner mij ook nog een uitzending van Zembla, ongeveer een jaar geleden. Een aantal deskundigen zei daarin dat er per jaar 3500 doden vallen door verkeerd medicijngebruik. Ik heb de afgelopen maanden ook nog hogere getallen gelezen in een aantal artikelen in de pers. Soms is er sprake van zelfs 6000 doden. Dat zijn schrikbarende aantallen. En het is een reden tot buitengewoon grote zorg.

Het maakt dit wetsvoorstel van uitzonderlijk belang dat het bij de verstrekking van geneesmiddelen heel vaak om het leven gaat, maar soms dus ook om de dood. Vanuit dat belang hebben wij het wetsvoorstel gelezen. Hoe wil de minister in de toekomst borgen dat het aantal slachtoffers van verkeerd of ongelukkig medicijngebruik vermindert? Dan praat ik nog niet eens over de categorie mensen die het verkeerde gebruik opzoeken, want daar is nauwelijks een kruid tegen gewassen. Maar hoe wil de minister borgen dat bij gewone patiënten zulke rampzalige consequenties niet onbedoeld optreden?

Als ik het wel heb, heeft de minister in een vorig debat – volgens mij ging het om het elektronische patiënten-dossier – gezegd dat er per jaar ongeveer 90.000 ziekenhuisopnames zijn als gevolg van verkeerd

## Vendrik

medicijngebruik. Dat zijn ook weer verontrustende cijfers. Dat leidt tot enorme kosten, nog een reden om de veiligheid van de medicijnverstrekking in dit land maximaal te borgen. De verstrekking van geneesmiddelen moet volgens de drie P's verlopen: grote precisie, grote mate van professionaliteit en grote prudentie. Die drie P's horen centraal te staan in het wetsvoorstel. Daarom is mijn fractie in het wetsvoorstel op zoek gegaan naar een cultuur waarin dat geborgd wordt. Een cultuur van precisie, een cultuur van professionaliteit en een cultuur van prudentie. Ik sluit mij aan bij de woorden van de heer Rouvoet, die scherp markeerde dat dit wetsvoorstel de deuren verder openzet voor vormen van marktwerking. Dat lijkt toch haaks op elkaar te staan. Het is aan de minister om te verklaren of de veiligheid van de geneesmiddelenvoorziening – die hem toch ook hoog zal zitten, neem ik aan – wel geborgd blijft met de stappen die hij zet.

Ik wil het hebben over een concreet punt. Een tent, een vent. U begrijpt, voorzitter, dat ik dat als woordvoerder van een feminine partij anders noem. Wij hebben het alleen nog maar over: een vrouw, een gebouw. Mij verbaast in deze discussie dat de minister zegt artikel 19 kan weg, het is niet nodig. Mevrouw Schippers herhaalde in haar bijdrage dat dit eigenlijk een artikel uit andere tijden is, maar ik zei al tegen haar dat een oud idee niet meteen een slecht idee hoeft te zijn. Wel vraag ik mij af of het voldoende is. Eerlijk gezegd, beschouw ik de stap die de minister zet om artikel 19 te schrappen, niet zo erg als een bijdrage aan een cultuur van geneesmiddelenverstrekking waarbij de hoogste professionaliteit geborgd moet worden. Het in stand houden van artikel 19 waarvoor mijn fractie te porren is, biedt nog niet voldoende borging van die zelfde professionele, precieze en secure verstrekking. Dat "puzzelt" mij. Ik zie eigenlijk dat de minister niet heel veel andere maatregelen neemt om de cultuur in de apothekersbranche, waarover ik sprak, te borgen. Misschien komt het doordat ik een relatieve nieuwkomer ben op dit terrein, maar mij is het niet duidelijk, eerlijk gezegd.

Hoe komt het dat er als gevolg van verkeerd medicijngebruik zo veel doden in Nederland vallen en daar nooit iemand voor verantwoordelijk wordt gehouden? Zo komt het mij voor. Hoe kan dat eigenlijk? Wil de minister mij daar inzicht in verschaffen? Ik zou denken dat er een heldere verantwoordelijkheidsverdeling bij het voorschrijven van medicijnen hoort als het zo belangrijk is dat dit precies en juist gebeurt. Ik begrijp dat dit raakt aan de discussie over de WGBO en het opnemen van het apothekersberoep daarin. Een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en een praktijk, een dagelijkse praktijk van apothekers waarin een dergelijke cultuur wordt geborgd, moeten worden gegarandeerd. Daarom is de aanwezigheid van de apotheker natuurlijk een eerste vereiste. Dat lijkt mij vrij logisch. De branche claimt terecht dat dat in de wet moet blijven staan. Voor mijn fractie is daarmee alleen de kous nog niet af. Ik vraag de minister, mij nog eens uit te leggen welke maatregelen hij verder wil nemen om ervoor te zorgen dat in de praktijk de professionaliteit geborgd is, elke minuut van de dag dat medicijnen op recept worden verstrekt. Ik zie ook hier weer allerlei vormen van zelfregulering en professioneel overleg. Dat is allemaal tot je dienst. Het gaat mij alleen te ver. Ik vind dat hierin voor de minister een taak is weggelegd. Wil hij hierover

duiding en uitleg verstrekken? Ik zou zeggen: laat artikel 19 voorlopig nog maar even staan. Mijn fractie zit niet te wachten op een type apotheker die graag expandeert en meerdere locaties exploiteert, hoe goed bedoeld ook. Ik vraag mij af of wij een dergelijke ontwikkeling in de beroepsgroep moeten stimuleren.

Ik val mevrouw Kant bij in verband met wat zij heeft gezegd over reclame. Zeker gezien de recente professionele historie van deze minister, lijkt mij dat het voor hem een kleine stap is om eens te rade te gaan bij minister Zalm. Die heeft te maken met een vergelijkbaar probleem, al is de vergelijking misschien wat onheus. Hij is zeer strenge regels aan het opstellen voor de reclame die de financiële sector voor allerlei bijzondere producten maakt. Ook daarvan zijn de dramatische gevolgen zichtbaar: 450.000 mensen in Nederland hebben op dit moment torenhoge schulden als gevolg van een aandelenschandaal. Wij zien in dezen een minister die optreedt en strenge regels opstelt voor alle reclameuitingen die commerciële partijen overwegen. Ik wil hem als voorbeeld stellen voor wat deze minister richting de farmaceutische industrie moet doen. Ik hoor graag zijn reactie hierop. Leer van minister Zalm!

Ik heb wel eens informatie ingewonnen over heldere overheidscommunicatie, omdat mijn gut feeling was dat zeer veel Nederlanders bijsluiters niet begrijpen. Als er geen heerlijk, helder Hollands in de bijsluiters staat dat voor iedereen toegankelijk is, moet in deze wet veel meer geregeld worden op het vlak van goede informatieverstrekking aan de consument dan de minister nu doet. Heeft de minister uitgezocht hoeveel mensen in Nederland bijsluiters begrijpen? Komt de informatie volledig door? Is die echt toegankelijk voor iedereen, niemand uitgezonderd? Ik denk dat de minister dat op dit moment niet zeker weet, maar er mogen op dat vlak geen risico's worden gelopen.

Voor zelfzorgmedicijnen geldt ongeveer hetzelfde als voor de artikel-19-discussie. Mijn fractie zit absoluut niet te wachten op pijnstillers bij tankstations. Eerlijk gezegd, zie ik daarvan niet de gezondheidswinst die deze minister denkt te moeten boeken. Ook daarin zie ik geen bijdrage aan de bestrijding van foutief gebruik van medicijnen, zoals ik dat zojuist heb geproblematiseerd. Op deze verbreding van de markt zitten wij niet te wachten.

Ik ben het eens met de heer Buijs. Oud-minister Borst heeft de drogisterijbranche opgedragen flink werk te maken van professionalisering en deskundige voorlichting aan klanten. Het is tamelijk zuur die opdracht in één klap weg te vegen door hier geen gebruik meer van te maken.

Ik ben ook gevoelig voor de woorden van mevrouw Schippers. Ik kom niet al te vaak in een drogisterij, maar naar mijn bescheiden mening wordt daar niet heel secuur en consequent navraag gedaan bij klanten. Ik ben dat nog niet tegengekomen. Als wij de verkoop van zelfzorgmedicijnen voorbehouden aan de drogist dan wel de apotheek, hoewel ik daarvan afzie, zal de sector zichtbaar moeten maken dat dit een bijdrage levert aan het voorkomen van verkeerd medicijngebruik. Dit is mijn antwoord op het amendement van de heer Buijs. De minister mag mij hierop antwoorden, maar wellicht kan de heer Buijs mij in zijn tweede termijn ter onderbouwing van zijn amendement hierover nader informeren. Ik wil graag geloven dat de sector die marktafscherming verdient, maar het moet wel worden waargemaakt. Het

## Vendrik

moet ten dienste staan van een veilige verstrekking van zelfzorgmedicijnen.

Ik heb nog een vraag over de classificatie, waar een uitgebreid Europees traject achter zit. Ik heb het idee dat wij misschien iets te gemakkelijk de bal neerleggen bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, dat moet beoordelen welk medicijn in welke categorie thuishoort. Ik hoor in dit debat verschillende geluiden. Artsen zeggen dat alle zelfzorgmedicijnen, zeker in combinatie met andere recepten, een gevaar opleveren. Als dat het geval is, betekent dat met het oog op de veiligheid het einde van alle zelfzorgmedicijnen. Ik draai de zaak even om. Als de veiligheid dat gebiedt, dan doen wij dat toch. Als daarmee kan worden voorkomen dat medicijnen verkeerd worden verstrekt, is dat de ultieme consequentie. Dit moet mij nader worden uitgelegd. Waarom doen wij zo ingewikkeld over de discussie? Veiligheid maakt uit onder welk regime medicijnen kunnen worden verstrekt, en niets anders! Het belang van beroepsgroepen mag hier een rol spelen, maar is niet maatgevend. Ik vraag de minister om een reactie.

Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Arib over het inkomen van de apothekers. Het staat aan de rand van dit wetsvoorstel, maar het is wel een continuïteit story. Ik heb daar het afgelopen jaar ook het nodige van meegekregen. Het is mij volstrekt onduidelijk wat de stand van zaken is. Er wordt flink verdiend op het terugsluizen van overwinsten in de apotheekbranche. Dat is mooi en het is ook goed voor het zorgbudget. Het vermindert de irritatie van mijn fractie dat wij krappe zorgbudgetten hebben en tegelijkertijd veel verdienende specialisten in de medische sector. Ik vraag de minister om een heldere uitspraak. Bij een sector die publiek gefinancierd is, en voor het overgrote deel is dat het geval in de apothekersbranche, hoort niet alleen een publieke cultuur en een publieke moraal, maar ook publiek reguliere belangen. Als je dat niet wilt en als je die bescherming van je beroepsgroep niet aanvaardt, moet je maar iets anders gaan doen. Het is immers een monopolie in ons aller belang? Dit lijkt mij een tamelijk zuivere lijn, die aansluit bij de laatste brief van het kabinet over topinkomens in de publieke sector. In die brief staat het echter nog niet scherp genoeg. Ik ben van mening dat dit er toch een beetje bij hoort. Ik vraag de minister dit debat te gebruiken om een heldere uitspraak te doen.

Ik kom op het punt van de apotheekhoudende huisarts. Ik blijf zitten met de vraag of mevrouw Schippers en de heer Buijs doen wat de minister zegt. In principe zien wij brood in het voorstel. Er moet ruimte zijn voor een apotheekhoudende huisarts en de heer Buijs zegt terecht dat dat moet worden gegarandeerd. Ook nu wil ik het rapport van de inspectie van februari 2000 ter tafel leggen. Uit het rapport blijkt dat bij de medicijnverstrekking door de apotheekhoudende huisarts nogal eens iets fout gaat. Het gaat hier weer om de veiligheid. Dit betekent dat het garanderen van de faciliteit van de apotheekhoudende huisarts op zichzelf ook niet voldoende is. De minister schijnt ook ruimte te willen blijven geven aan dit type huisarts; ik nodig hem uit om duidelijk te maken hoe de veiligheid van deze vorm van medicijnverstrekking wordt verhoogd.

Dan nog de positie van verpleegkundigen en met name van gespecialiseerde verpleegkundigen, die in de praktijk vaak medicijnen aan chronisch zieken en patiënten voorschrijven, verstrekken en soms ook

toedienen. Ik heb begrepen dat deze praktijk eigenlijk net over het randje van de wet hangt. Wij komen hier nog op terug bij de herziening van de Wet BIG, maar de minister lijkt een beetje te negeren dat hun positie in dit wetsvoorstel heel duidelijk wordt gemarkeerd; mevrouw Schippers heeft er volgens mij dan ook terecht een amendement over ingediend. Tot hoe ver gaat de bevoegdheid van een gespecialiseerde verpleegkundige op dit punt en welke eisen stellen wij hieraan? Het is een bestaande praktijk en wij dienen er een standpunt over in te nemen. In principe heb ik geen bezwaar tegen ruimte voor verpleegkundigen om niet alleen medicijnen te verstrekken, maar ze ook voor te schrijven. Maar ook hierbij behoren garanties en ik vraag de minister dan ook, hierop te reageren. Hij zal sowieso op het amendement van mevrouw Schippers reageren, maar misschien moeten wij er nog een tandje bij zetten.

Medicijnverstrekking via internet neemt hand over hand toe. Daarbij gaat het niet alleen om het passieve aanbod van internationale websites waarop je spullen kunt bestellen, maar ook om spam. Het zijn dan altijd een paar van die op mannelijke groepen georiënteerde producten, om het maar even eufemistisch aan te duiden, die in overgrote mate in je e-mailbox binnenstromen. Ik zou zeggen, laat de minister nog eens contact opnemen met de minister van Economische Zaken. Wij hebben vechtdebatten in deze Kamer gevoerd over het voorkomen van spam. En wij weten dat er met heel veel spam aangezet wordt tot medicijngebruik. Als wij dit willen terugdringen, voorzover het in ons vermogen ligt, is er een taak voor de buurman van deze minister. En misschien is er toch ook een rol voor de inspectie; die kan geen websites blokkeren, want die worden veelal in het buitenland gemaakt, zodat Nederland er strikt genomen niet over gaat. Maar er zijn in het digitale circuit ook heel interessante experimenten met contra-informatie, met waarschuwingssystemen. En nu ik het toch over digitaal heb: ik sluit mij aan bij wat er gezegd is over het elektronisch patiëntendossier of het elektronisch medicatiedossier als onderdeel daarvan.

Tot slot nog een vraag over mediwiet, wat ook een geneesmiddel is. Nu voeren wij dit debat met een minister van marktwerking, die lagere kosten en een breder aanbod wil. Wel, als er één monopolie in de geneesmiddelenverstrekking is, dan is het wel op het gebied van mediwiet, omdat er in Nederland maar één producent van is. Als de minister zijn eigen wet serieus neemt, dient hij een prachtige nota van wijziging in. Daarin wijst hij dan een aantal aanbieders, producenten van mediwiet aan, met vergunningen. Daarmee kunnen de prijzen gedrukt worden. Dat is nodig, want de geofende gebruiker – ik behoor overigens niet tot die groep – weet dat de gereguleerde prijs van de enige officiële aanbieder drie keer zo hoog is als die op de semi-illegale markt. Dit is een prijsverhouding die deze minister van kostenbeheersing toch echt niet voor zijn rekening kan nemen. Ik vraag hem dus, hier gewoon even iets voor te regelen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bent u er dan ook een voorstander van om mediwiet net als andere geneesmiddelen te toetsen op werkzaamheid, bijwerkingen etc., volgens dezelfde stringente normen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Bij mijn weten moet dit nu al het geval zijn, want er kan op medische gronden

## Vendrik

wiet verstrekt worden. Dit middel wordt af en toe voorgeschreven en natuurlijk heeft het bijwerkingen, dat weet ik ook. Dat weet ik als geen ander, zou ik bijna zeggen... Laat de wetenschap bloeien, laten wij hierover een openhartig debat voeren, maar ik spreek deze minister van marktwerking in ieder geval aan op de absurd hoge prijzen. Die kunnen wij in dit land niet toelaten. Ik zou zeggen, gooi de markt een beetje open, reguleer de zaak, stel vergunningen verplicht en stel kwaliteitseisen. Maar laat in ieder geval de markt een beetje werken, en zeg het ook een keer tegen minister Donner dat dit nodig is, want die heeft dit nog niet helemaal in de gaten.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Maar u weet wel wat u bepleit, hoop ik. Als wij de regels toepassen die wij zelf hebben opgesteld, zal het heel anders uitpakken dan u nu suggereert.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat zou mij verbazen, want op doktersrecept kan in een enkel geval mediwiel worden voorgeschreven en ik ga uit van de professionaliteit van dokters. Zij zullen toch wel weten wat zij doen? Ik heb daar alle vertrouwen in.

Minister **Hoogervorst**: Voorzitter. Ik zou dan onmiddellijk mediwiel van de markt moeten gaan halen, want het voldoet inderdaad niet aan de normale registratievereisten, waarvoor hier met recht zoveel aandacht wordt gevraagd.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Als de minister zo graag snel wil reageren, kan hij misschien toch constateren dat deze uitspraak in strijd is met het beleid. Er is voorts het punt van de kosten: waarom moet het drie keer duurder zijn? Iets meer marktwerking!

De **voorzitter**: Ik constateer dat de minister zegt dat hij er later op terugkomt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Iedereen komt in zijn leven vroeg of laat in aanraking met geneesmiddelen. Sommigen hebben van jongs af aan te maken met bepaalde ziekten die het noodzakelijk maken om medicijnen te slikken; anderen komen daar pas veel later mee in aanraking. In de praktijk van het leven blijken geneesmiddelen een grote rol te spelen. Het gaat dus om een in alle opzichten hoogwaardige standaard die wij hebben aan te leggen. Juist omdat deze middelen zo nauw te maken hebben met gezondheid en ziekte of zelfs met leven en dood, is het heel belangrijk dat wij goede wetgeving hebben die zorgvuldige omgang met deze middelen waarborgt. Niet iedereen moet zomaar op elk moment alle middelen kunnen krijgen. Er zijn immers veel middelen die bij verkeerd gebruik zeer ernstige bijwerkingen kunnen hebben of zelfs tot de dood kunnen leiden. Enkele van mijn collega's die vóór mij spraken, noemden al enige statistische getallen dienaangaande.

De SGP-fractie vindt het daarom goed dat ervoor is gekozen te komen tot een nieuwe Geneesmiddelenwet. Het bouwwerk van wet- en onderliggende regelgeving dat wij nu nog hebben, is in de loop van de tijd erg onoverzichtelijk geworden en ook te weinig toegesneden op de recente ontwikkelingen. Er is dus een nieuwe wet,

een nieuw regime nodig en wat hier als voorstel behandeld wordt, ziet er op hoofdlijnen een stuk beter uit dan wat wij hebben. Echter, op onderdelen – ik kom daarover nog te spreken – zijn verbeteringen wel degelijk te overwegen.

Centraal bij de geneesmiddelenverstrekking staan de apotheker en zijn apotheek. Hij is de persoon die de kwaliteit van het werk in de apotheek moet waarborgen. Hij is verantwoordelijk voor de bewaking van de medicatie en voor het oordeel of er sprake is van medicijnen die schadelijk kunnen zijn als zij tegelijkertijd worden ingenomen. Mijn fractie vindt dit een verantwoordelijke functie die met de nodige zorgvuldigheidswaarborgen omgeven moet zijn. Het voorstel van de minister om de bepaling uit de wet te schrappen dat een apotheker slechts één apotheek mag hebben, stuit bij ons dan ook op bezwaren. Zonder deze bepaling in de wet is het risico te groot, zo denken wij, dat de functie van apotheker uiteindelijk wordt uitgehold en dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening afneemt. Ik zeg niet dat dit de facto zo is, maar er is wat dat betreft wel een risico en dat risico moeten wij niet willen lopen. De taak van de apotheker is daarvoor te verantwoordelijk; de patiënt die iets komt halen in de apotheek, moet erop kunnen vertrouwen dat hem de best mogelijke advisering bereikt.

Het voorstel van de collega's Buijs en Arib is dan ook een sympathiek voorstel. Het voorstel waarborgt de praktijk dat een apotheker maar één apotheek mag hebben. Het oorspronkelijke voorstel van mevrouw Arib ging beduidend verder. Dat waarborgde namelijk ook dat de apotheker zoveel mogelijk aanwezig is; zij had er zelfs een criterium voor in overweging genomen. Mijn fractie vond dat nou wel weer een heel stevig voorstel. Gelet op de praktijk, de haalbaarheid en de werkbaarheid, denken wij dat het anders kan. Daartoe hebben wij een amendement ingediend. Het principe is dat in elke apotheek een apotheker aanwezig is om controle uit te oefenen en advies te geven aan de patiënt, een apotheker die zicht heeft op de bijzondere gevallen, de kennelijke knelpunten. Voor die uitzonderlijke gevallen moeten er bij zijn afwezigheid goede waarborgen zijn. In het amendement is de verplichting opgenomen dat er altijd een achtervang is in de vorm van een gediplomeerd apothekersassistent. Wij denken dat dit een enorme verbetering van de wet kan betekenen. Het is mogelijk dat de minister gaat reageren in de trant van "maak het niet zo moeilijk, hou de wet eenvoudig en zorg voor een markelement". De kwaliteit van de gezondheidszorg is echter te belangrijk om er laconiek mee om te gaan; die beschuldiging wil ik overigens niet aan het adres van de minister doen. Het argument van de minister dat zo'n aanwezigheidsplicht ook niet voor andere zorgverleners geldt, gaat onzes inziens bij lange na niet altijd op. Die andere zorgverleners zijn altijd persoonlijk bezig met de behandeling of hulpverlening.

Ik kom op de apotheekhoudende huisarts. Ook op het platteland moet een goede geneesmiddelenvoorziening beschikbaar en bereikbaar zijn. Wie zal dat betwisten? Wij kennen de praktijk van apotheekhoudende huisartsen. Alles afwegend vinden wij dat die mogelijkheid moet blijven bestaan. De huisarts moet de mogelijkheid hebben om medicijnen te leveren aan zijn eigen patiënten als er geen apotheek in de buurt is. In het amendement op stuk nr. 55 hebben wij het afstands-criterium van drieënhalve kilometer geformuleerd. Wij



## Van der Vlies

hebben indertijd het initiatiefvoorstel van mevrouw Van Blerck om die praktijk te verbeteren, van harte mede-ingerediend. De kern daarvan is meegenomen in het zojuist genoemde amendement.

Ook ik zie een categorie verpleegkundigen waarbij je je afvraagt of daar de bevoegdheid kan liggen een recept uit te schrijven en te voorzien in een en ander. Ik sluit mij bij de vraagstelling aan.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel werd uitgegaan van een tweedeling tussen medicijnen die uitsluitend op recept en geneesmiddelen die ook zonder recept ter hand mogen worden gesteld. In de nota van wijziging is dit veranderd in een driedeling: UR-, UA- en zelfzorgmiddelen. Mijn fractie vraagt zich af wat dit voorstel precies toevoegt aan de bestaande tweedeling. Wat voor soort medicijnen moet er volgens de minister worden opgenomen in de UA-categorie? Welke voorwaarden worden daaraan precies gesteld? Is het de bedoeling om van de huidige zelfzorgmiddelen een deel in deze categorie op te nemen?

Vooraf is het ook van belang hoe het college dat de geneesmiddelen beoordeelt hiermee omgaat. Bij de UR-geneesmiddelen is precies in de wet vastgelegd aan welke voorwaarden moet zijn voldaan. Er is echter geen criterium opgenomen waaraan het CBG moet toetsen wanneer de UA-categorie en de zelfzorgcategorie moeten worden gebruikt en beoordeeld. Zou het niet verstandig zijn om hiervoor wel voorwaarden op te stellen?

De door de minister gekozen driedeling laat naar de mening van de SGP-fractie nog eens duidelijk zien dat de minister eigenlijk toch niet zo heel erg tevreden is met zijn voorstel om de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen helemaal vrij te geven. Wij kunnen ons dat helemaal voorstellen. Ook zelfzorggeneesmiddelen zijn immers middelen waar nog wel wat risico's aan verbonden kunnen zijn. Ook voor die middelen is het van belang dat op zijn minst deskundige advisering beschikbaar is. Of de gebruiker ook behoefte heeft aan dat advies is natuurlijk een andere zaak, maar er dient in ieder geval een mogelijkheid voor te zijn. Het zal duidelijk zijn dat wij er niet voor zijn dat op elke willekeurige plaats – zoals een benzinepomp of een supermarkt – een afdeling zelfzorgmiddelen beschikbaar is. Naast de beschikbaarheid van advies over eventuele negatieve gevolgen van gezamenlijk gebruik met andere geneesmiddelen valt ook te denken aan het gemak waarmee kinderen de beschikking kunnen krijgen over die zelfzorggeneesmiddelen. Om deze redenen hebben wij een amendement ingediend om de verkoop van zelfzorgmiddelen te beperken tot de eerste drie in de wet genoemde categorieën en de drogist. De bestaande praktijk blijft hiermee gehandhaafd. Tegelijkertijd willen wij een betere waarborg dat er ook door drogisten kwaliteit wordt geleverd. Om die reden hebben wij tevens voorgesteld dat er voorwaarden worden gesteld inzake opleiding en eventuele certificering. Dat zou neergelegd kunnen worden in een ministeriële regeling. Als gevolg van onze opmerkingen over de wenselijkheid van de driedeling zal het tevens duidelijk zijn dat wij op zich wel sympathie hebben voor het voorstel van mijn collega Buijs om de UA-categorie te maken tot een UAD-categorie.

Voorzitter. De heer Rouvoet heeft het punt van de morning-afterpil al naar voren gebracht. Ook mijn fractie heeft daar een principiële opvatting over.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De heer Van der Vlies had

het erover om van de UA-categorie een UAD-categorie te maken. Dat betekent dat drogisten diezelfde middelen in hun drogisterij mogen verkopen, maar dat zij of geen toegang hebben tot het EMD of dat het EMD wordt verruimd tot drogisten, die niet eens zorgverlener zijn, die daarmee inzicht krijgen in medische dossiers. Wat vindt de heer Van der Vlies daarvan?

De heer **Van der Vlies** (SGP): De heer Buijs heeft zojuist zijn amendement verdedigd. Ik heb sympathie voor de lijn die hij weergaf, waarbij hij zoekt naar de best mogelijke borging van dingen die wij veiliggesteld willen zien, waarbij hij overigens ook de drogist in beeld wil houden voor de verstrekking van bepaalde middelen. Het is inderdaad een zoektocht, maar onder bepaalde voorwaarden. Let overigens ook op mijn andere suggestie om die drogist wel in beeld te brengen en te houden, maar onder bepaalde voorwaarden van kwaliteit, deskundigheid, certificering, enzovoort. Die twee dingen kunnen bij elkaar gebracht worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): U hebt er geen probleem mee als wij hier bepalen dat de drogist als niet zorgverlener inzicht krijgt in een elektronisch medicatie-dossier waar allerlei medische gegevens in staan?

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat heb ik de heer Buijs niet horen bepleiten. Ik zeg niet dat ik altijd voor 100% bevattelijk ben voor wat hier klinkt aan woorden en wat uitgestraald wordt aan beelden. Mij kan natuurlijk iets ontgaan, maar dat heb ik niet beluisterd. Wij staan nog maar aan het begin van de discussie. Laten wij dat afwachten.

De heer Rouvoet staat voor mij op de sprekerslijst en hij heeft al wat gezegd over de morning-afterpil. Ik sluit mij kortheidshalve aan bij zijn opmerkingen op dat punt. Onze principiële opvattingen daarover zijn genoegzaam bekend.

Zojuist sprak ik al even over de rol van het CBG. Op grond van dit wetsvoorstel heeft de minister geen directe zeggenschap over het college, maar hij benoemt het wel. Dat betekent dat hij in het uiterste geval kan optreden. Dat hij de onafhankelijkheid en de deskundigheid wil benadrukken, is logisch. Is het niet wenselijk in ieder geval de mogelijkheid te creëren om regels op te stellen voor het functioneren van het CBG? Bij de beoordeling van geneesmiddelen is het erg belangrijk dat de betrokkenen onafhankelijk en onpartijdig zijn. Het is ongewenst dat iemand die betrokken is bij de ontwikkeling van een bepaald geneesmiddel zelf als lid van het CBG moet beoordelen of dat geneesmiddel geschikt is. Het is ook ongewenst dat die persoon dan het geneesmiddel van zijn concurrent of zijn voormalige concurrent moet beoordelen.

In dat licht heeft mijn fractie zich verbaasd over de verschillen tussen de artikelen 6, 8, en 97 lid 5. Die drie bepalingen hebben alle betrekking op de onafhankelijkheid van respectievelijk de collegeleden, de ambtenaren die er werken en de ambtenaren die het toezicht op de naleving doen. Bij de laatste twee groepen is expliciet in de wet opgenomen dat zij geen financiële of andere belangen mogen hebben in de farmaceutische industrie en dat zij hier jaarlijks een verklaring over moeten afleggen. Wij vinden dat terecht. Juist bij de leden van het CBG is die eis niet opgenomen. Ik begrijp heel goed dat daar bij de benoeming op gescreend wordt, maar

## Van der Vlies

intussen kan er het een en ander gebeuren. De wet maakt het mogelijk dat bij herbenoeming opnieuw te bezien, maar het gaat ook om tussenliggende ontwikkelingen. Ware het niet te overwegen om ook hier die verklaring te vragen?

Wij vragen ons af waarom er in de wetgeving inzake de beoordeling van geneesmiddelen niet meer aandacht is voor de specifieke risico's voor kinderen. Wordt er wel voldoende aandacht besteed aan de extra gevoeligheid die zij hebben voor bepaalde stoffen? Is het CBG verplicht om speciaal op dit onderdeel te testen? Het zou naar onze mening beter zijn als het dan ook in de wet wordt vastgelegd.

Medicijnen zijn voorzien van bijsluiters. Als het op je weg komt, kun je de bijsluiter lezen. Soms denk je dat je het liever niet had gedaan, want je loopt nogal wat risico's en dat geeft onrust. Over transparantie en informatie mag geen misverstand bestaan. Zo'n bijsluiter moet up to date gehouden worden. Er liggen enkele amendementen die de puntjes op de i zetten en die hebben in principe onze belangstelling.

Vanwege onze nadruk op de deskundigheid van de apotheker en zijn betrokkenheid bij goede medicijnverstrekking zal het niet verbazen dat mijn fractie voor een verbod op recepten via internet is. Dat neemt een grote vlucht. Je loopt grote risico's, want er is een volstrekte afwezigheid van welke behandelrelatie ook. Wij vinden dat de persoonlijke betrokkenheid van de arts bij de patiënt – hetzelfde geldt voor de apotheker – gewaarborgd moet worden. Het amendement op stuk nr. 31 van mevrouw Schippers c.s. kan dan ook op onze steun rekenen. In artikel 15 is een evaluatiebepaling opgenomen over het functioneren van het CBG. Er is echter geen algemene evaluatiebepaling opgenomen. Verwacht de minister voor de rest van de wet geen problemen? Waarom is die evaluatiebepaling niet op de hele wet gericht, met uiteraard een toespitsing naar het CBG?

Voorzitter. Aan het begin van mijn betoog heb ik gesproken over de onoverzichtelijkheid van de oude wet. Ik sluit ook af met het begrip "onoverzichtelijkheid". In het verslag hebben wij al aandacht gevraagd voor de begripvolgorde in artikel 1. Het lijkt misschien een kleinigheid, maar ik kom er toch nog even op terug. De definities, 68 in totaal – ongekend veel – staan erin, maar moeten wel worden opgezocht. Het terugvinden van de betekenis van definities is dan ook erg moeilijk. Is een categorisering mogelijk van de bepalingen die nu genummerd zijn van A tot en met Z, AA tot en met ZZ en AAA tot en met PPP? De wet zou daar leesbaarder van worden en dat moet de moeite toch waard zijn.

□

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Ik zou bijna zeggen "leest best" maar dat zou niet aardig zijn voor mijn collega's.

Het voorstel om artikel 19, het zogenaamde "één apotheker per apotheek"-artikel af te schaffen, heeft veel stof doen opwaaien. Enerzijds pleiten partijen voor het behoud van artikel 19 zodat de noodzakelijke kennis altijd in de apotheek aanwezig is en anderzijds zijn er voorstanders van het schrappen van artikel 19 omdat zij afwillen van het huidige apothekersmonopolie. Voor D66 is er maar één vraag doorslaggevend: wat schiet de patiënt ermee op? Een apotheker staat namelijk niet voor

zichzelf een zaak te runnen. De apotheker staat er voor de patiënt. De patiënt moet van een apotheker de zorg ontvangen die nodig is. Het maakt mij niet uit of een apotheker één of twee filialen runt, zolang hij er is als de patiënt hem nodig heeft, de kwaliteit van de door hem geleverde diensten gewaarborgd is en de betaalbaarheid niet in het geding komt. Als het opheffen van het verbod in artikel 19 betekent dat een splitsing mogelijk wordt tussen de handel en de zorgtaak van een apotheker, zodat de handel aan ander gekwalificeerd personeel kan worden overgelaten en de apotheker zich volledig kan toewijden op de zorgkant van het verhaal, dan kan D66 dat alleen maar toejuichen. Als het schrappen van artikel 19 echter inhoudt dat een apotheker een ongelimiteerd aantal vestigingen kan openen en elk contact met de werkvloer verliest, dan is de patiënt en de zorgvuldige informatieverstrekking, dus ook de kwaliteit, daar niet bij gebaat. Ik krijg van de minister dan ook graag de garantie dat zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de apothekerszorg niet zal leiden onder het opheffen van "één vent per tent" of "één vrouw per gebouw", zoals mevrouw Schippers aangaf.

Er is reeds opgemerkt dat jaarlijks veel mensen sterven als gevolg van onjuiste medicatieverstrekking. De aanwezigheid van een apotheker zou het aantal sterfgevallen verminderen. Een groot deel wordt echter niet voorkomen. Ik vraag mij af of dit op basis van artikel 19 kan worden voorkomen of dat er een andere oorzaak aan ten grondslag ligt. Volgens mij is hierbij informatieverstrekking en samenwerking tussen zorgverleners van groot belang en kan het medicatiedossier hierbij een grote rol spelen.

Op dit moment richten apotheekhoudende huisartsen op verschillende plaatsen in het land bv's op die apotheken gaan runnen. Hierdoor zijn voorschrijvers dus aandeelhouders van afleverende apotheken. Ik voorzie hierbij een probleem omdat de winstmarges van de apotheken van invloed zullen zijn op het voorschrijfgedrag van deze huisartsen. De kans bestaat ook dat zij patiënten verwijzen naar apotheken waarin zij aandelen hebben. Dat is onwenselijk. De nieuwe Geneesmiddelenwet voorziet niet in voorzorgsmaatregelen op dit terrein.

Een andere heikele vraag is of de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen voorbehouden moet blijven aan drogisten of juist niet. Voor de vrije verkoop van zelfzorggeneesmiddelen geldt hetzelfde als voor artikel 19, namelijk de vraag wat de patiënt ermee opschiet. Wat betekent het voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van geneesmiddelen als zij niet alleen bij apotheken en drogisten, maar bijvoorbeeld ook in supermarkten verkrijgbaar zijn? Hoe denkt de minister de kwaliteit en de betrouwbaarheid te kunnen waarborgen? Het CBG heeft hier uiteraard een taak in. Zijn de toetsingscriteria, dus de kwaliteitscriteria, voldoende? Onpartijdigheid en onafhankelijkheid spelen hierbij een rol.

Verschuiven van de woordvoerdere hebben gesproken over verpleegkundigen. Hun rol bij het voorschrijven en ter hand stellen van geneesmiddelen is heel belangrijk. In de praktijk komt het voor dat verzorgende medicijnen ter hand stellen en verpleegkundigen medicijnen voorschrijven. In die gevallen stelt de arts de diagnose en schrijft voor en schrijft vervolgens de verpleegkundige voor. Dit vraagt om een wettelijke regeling. Ik heb begrepen dat hier nog een overleg over zal worden gevoerd. De positie van de verpleegkundige moet worden gemarkeerd. Er moet voor worden gezorgd dat deze groep gevraagd en

## Koşer Kaya

ongevraagd op de hoogte wordt gebracht van de laatste ontwikkelingen rondom UA-geneesmiddelen. Zij moeten de informatie en voorlichting krijgen die onontbeerlijk is voor een goede uitoefening van het vak. Dit komt de kwaliteit van het handelen van verzorgenden en verpleegkundigen alleen maar ten goede. Ik hoor graag wat de minister hiervan vindt.

Ik wil nog iets zeggen over enkele amendementen. Het eerste amendement betreft indicatie in het EMD. De fractie van D66 ziet het belang van een goede samenwerking tussen arts en apotheker. Ik heb daar net al iets over gezegd. Het EMD speelt een grote rol in het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners. Het amendement van mevrouw Schippers inzake vermelding van de indicatie van het EMD zodat de apotheker deze kan inzien, steun ik van harte. Ongeveer 50% van de geneesmiddelen worden buiten de registratietekst voorgeschreven en gebruikt. Het amendement van mevrouw Schippers dat hier betrekking op heeft, steun ik en heb ik medeondertekend. Het amendement over de scheiding van registratie en de bewaking van bijwerkingen van de heer Buijs heb ik ook medeondertekend. Ik sluit mij aan bij de zaken die hij hierover heeft gezegd.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is het **debat** over **overlast en criminaliteit in steden**.

De **voorzitter**: Om een aantal redenen durf ik het geen spoeddebat meer te noemen. De heer Wilders heeft het debat al lang geleden aangevraagd. Hij heeft als eerste het woord.

□

De heer **Wilders** (Groep Wilders): Voorzitter. De afgelopen weken zijn wij opnieuw geconfronteerd met straatterreur in Amsterdam, waar vooral Marokkaanse jongeren zich schuldig maakten aan vernielingen en ander wangedrag, maar ook aan intimiderende praktijken tegenover onder anderen joden en homo's.

De rellen en incidenten in Amsterdam zijn schokkend, maar wij zouden ons ernstig vergissen wanneer wij zouden denken dat dergelijk wangedrag beperkt blijft tot onze hoofdstad. Een inventarisatie die mijn fractie zelf heeft verricht, heeft onthutsende feiten aan het licht gebracht. Niet alleen in de vier grote steden komt, vooral helaas Marokkaanse, straatterreur voor. Ook in veel andere steden en kleinere gemeenten is dit het geval. Van Weert tot Zeist. Van Breda tot Gouda. Van Assen tot Roosendaal en ga zo maar door. Veel inwoners van dit land hebben er dagelijks last van. Hele gezinnen worden geterroriseerd. Maar de politieke en bestuurlijke elite van de meeste steden, en ook die van ons land, zijn niet bij machte hieraan iets te doen.

Minister Remkes van Binnenlandse Zaken spant de kroon. De afgelopen jaren heeft hij helemaal niets gedaan aan de aanpak van straatterreur. Ook nu spreekt hij weer flinke woorden maar laat hij het totaal afweten. Vorige week dinsdag in de Telegraaf konden wij stevige woorden van de minister van Binnenlandse Zaken lezen. Ik laat het u zien. "Straattuig direct de cel in." Hier een

citaat van de minister. "Tegen deze rotzakken helpt alleen repressie. Ze moeten meteen de bak in."

Maar wie de brief leest die wij gisterenavond van deze zelfde minister hebben ontvangen, kan alleen maar constateren dat er voorlopig niets maar dan ook helemaal niets gebeurt. In de brief staat dat alles nog een keer wordt bezien, dat alles nog een keer wordt onderzocht en dat alles nog een keer wordt bekeken. Maar morgen verandert er niets. Overmorgen verandert er niets. En volgende week verandert er ook niets. Het meest vergaande in de brief van minister Remkes is zijn toezegging dat wij over een paar maanden een nieuwe brief van hem zullen krijgen over dezelfde probleemjongeren.

Wat een contrast! Deze minister heeft vorige week duidelijk zijn hand overspeeld! Hij heeft de burger ten onrechte gouden bergen beloofd. Ik zei het al: morgen verandert er niets in alle wijken waar de mensen zoveel problemen ondervinden, in alle Diamantbuurten van Nederland! Als de andere kant opkijken en het niet nakomen van je beloften een olympische sport zou zijn, zou Nederland dankzij minister Remkes opnieuw een gouden medaille hebben behaald.

Wij moeten de problemen eerlijk durven benoemen. Het is een feit dat wij behalve met een algemeen criminaliteitsprobleem vooral met een specifiek Marokkanenprobleem te maken hebben. Wie dat ontkent, is horende doof en ziende blind. In Amsterdam zien wij dat vooral joden en homo's het mikpunt zijn van intimiderend gedrag. Marokkaanse ouders laten hun kinderen soms gewoon hun gang gaan, omdat zij ook zelf zijn vervuld van een diepe afkeer tegen de Nederlandse samenleving. Dat zegt een Marokkaanse buurtvader zelf in de Volkskrant van 14 januari. Dat maakt duidelijk dat de eigenlijke bron van veel van dit soort conflicten niet de sociaal-economische en de educatieve problemen in bepaalde wijken zijn, maar dat wij in werkelijkheid te maken hebben met een etnisch-cultureel conflict.

De ingrediënten van het explosieve mengsel dat in de Franse banlieues tot ontploffing is gekomen, zijn ook hier aanwezig. Als de regering en gemeentebesturen zoals dat van Amsterdam nog veel langer zullen blijven weigeren om adequaat op te treden, zullen Franse toestanden ook hier plaatsvinden.

Ik heb de afgelopen maanden met veel politieagenten over deze problematiek gesproken. Niet met de hoge politieofficiëren met gouden balken op hun pet die zich braaf voor het karretje van een zwakke burgemeester laten spannen, zoals de korpschef van Amsterdam, maar met de politiemannen en politievrouwen die op straat het echte werk doen. Zij zeggen allemaal: "Geef ons de middelen. Als er in een wijk problemen zijn, moet de politie daar 24 uur per dag aanwezig kunnen zijn. In uniform op straat, maar ook 's avonds verborgen in pandjes met nachtkijkers en ander materiaal. Maak ons niet gek met die rare prestatiecontracten, waardoor wij gedwongen worden om bonnen uit te schrijven voor lichte overtredingen die geen enkele prioriteit hebben. Geef ons de mensen, geef ons de tijd om zo'n wijk te observeren, om verdachten in kaart te brengen en te volgen. Om die mensen te identificeren en in hun lurven te pakken en van de straat te halen."

Dat gebeurt echter allemaal niet. Ik heb zelfs een interne e-mail van de politie onder ogen gekregen, met een instructie van de chef van het wijkteam in het