

Vergaderjaar 1998–1999 Nr. 41c

25 408

Voorstel van wet van het lid Oudkerk houdende wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening

VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG

Vastgesteld 26 juli 1999

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 29 juni 1999 overleg gevoerd met de heer Oudkerk en minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over bovengenoemd wetsvoorstel.

Van het overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Werner** (CDA) lichtte de reden toe waarom het initiatiefwetsvoorstel van de heer Oudkerk nog niet op de plenaire agenda is verschenen. De vraag was gerezen of het verstandig is één element te behandelen van een breed pakket voor geneesmiddelen dat nog in ontwikkeling is zonder dat er zicht is op de noodzakelijke aanpalende maatregelen voor verantwoorde verkoop van geneesmiddelen in de poliklinieken van ziekenhuizen. Uit een oogpunt van service aan de patiënt is het toe te juichen dat de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in de apotheek van de polikliniek zelf kunnen worden opgehaald. Er is echter nog geen sprake van prikkels voor een doelmatig voorschrijfgedrag van poliklinisch verstrekte geneesmiddelen in de vorm van een budgettering. Een dergelijke budgettering dient gelijk in werking te treden met de invoering van de declaratiemogelijkheid voor ziekenhuizen, zodat eventuele U-bochtconstructies kunnen worden voorkomen. Na aanvaarding van dit initiatiefwetsvoorstel wordt het mogelijk dat een ziekenhuis geneesmiddelen declareert tegen de prijs van een stads-apotheek en behoeft de bekende ingewikkelde weg via de huisarts niet meer te worden bewandeld. De specialist kan namelijk van zijn klinische naar zijn poliklinische kamer wandelen en daar een recept uitschrijven, zodat het onmogelijk wordt, na te gaan of het om een klinisch gebruikt en toegediend geneesmiddel gaat of om een extramuraal meegegeven geneesmiddel. Aanvullende maatregelen ter voorkoming van een zeer profijtelijke situatie zijn dan ook nodig.

De heer Werner merkte op dat zijn fractie geen problemen heeft met het initiatiefvoorstel zelf, maar herhaalde met het oog op de aansluiting op de rest van het beleid zijn vraag over de noodzakelijke aanpalende maatregelen.

¹ Samenstelling:

Boorsma (CDA), Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA), plv. voorzitter, Van den Berg (SGP), Van Heukelum (VVD), Ter Veld (PvdA), voorzitter, Dees (VVD), Ruers (SP), Stekelenburg (PvdA), Van Schijndel (GL), Swenker (VVD) en Kohnstamm (D66).

De heer **Dees** (VVD) memoreerde dat de Eerste Kamer doorgaans niet gecharmeerd is van wetsvoorstellen die een klein onderdeel van een complexe problematiek regelen. Uiteraard wilde hij met deze opmerking de indiener niet diskwalificeren. Hij zette uiteen waarom de Kamer niet direct tot behandeling is overgegaan. Na indiening van het initiatiefwetsvoorstel rees een probleem in verband met de totale samenhang, omdat met de indiening van de Prijzenwet de verwachting was gewekt dat geen aanvullende maatregelen nodig waren. Ook wees hij erop dat de uitkomst van de debatten die nog in de Tweede Kamer over het geneesmiddelen-dossier worden gevoerd ongewis is. Tot slot worden nog wat de procedure betreft interdepartementaal en via een extern adviesorgaan allerlei adviezen ingewonnen. Wellicht doet zich aanstaand najaar een moment voor waarop alles in kaart is gebracht, zodat het totale pakket, en niet een geïsoleerd wetsvoorstel, kan worden behandeld.

De heer Dees merkte op dat pas gedegen over het onderwerp kan worden gesproken als de definitieve visie op de apothekers bekend is. Voorts moet de inhoudelijke relatie met de plannen van de minister duidelijk zijn. Ook dienen mogelijke negatieve nevenwerking voldoende in de beschouwingen te zijn betrokken.

Er bestaat een groot verschil tussen de apotheker als koopman of als zorgverlener. In het verleden is door de KNMP in het kader van de discussie over de rol van de apotheker in het jaar 2000 bewust gekozen voor de apotheker als zorgverlener. Dit hield in dat alle marktgeoriënteerde aspecten en de relatie tussen inkomen en omzet verdwenen; de apotheker was zorgverlener, hij kreeg een receptregelvergoeding en de inkoopprijs van het geneesmiddel werd vergoed. De heer Dees herhaalde een reeds schriftelijk gestelde vraag of dit voorstel betekent dat dit concept is losgelaten. De stelling dat een ziekenhuisapotheker ook extramuraal kan leveren, gaat kennelijk uit van de bedoeling dat deze ziekenhuisapotheker en de officiële apotheker met elkaar moeten kunnen concurreren. De minister wilde de inkoopfunctie bij de officiële apotheker weghalen, maar wat valt dan nog te concurreren tussen de officiële apotheker en de ziekenhuisapotheker? De gewone apotheker valt alleen nog onder de receptregelvergoeding – een vast bedrag per recept – die is opgebouwd uit een inkomens – en praktijkkostenelement. Indien de gewone apotheker en de ziekenhuisapotheker wel hun inkoopfunctie behouden, waaraan zij dan mogen verdienen, kan op deze manier weliswaar concurrentie ontstaan, maar het is de vraag of men dit wel beoogde. De KNMP kwalificeert zichzelf als zorgverlener en daarin past niet de introductie van dit soort concurrentie tussen officiële apotheker en ziekenhuisapotheker. Kiest men toch voor marktwerking, dan zijn veel ingrijpender maatregelen nodig dan nu worden voorgesteld.

De heer Dees vroeg naar de omvang van de neveneffecten. Als het uitgangspunt is dat zowel de gewone apotheker als de ziekenhuisapotheker voor extramurale zorg alleen een receptregelvergoeding krijgen, zal een kostenstijging het gevolg zijn. Er ontstaan meer distributiepunten met vaste overheadkosten die uit de receptregelvergoeding moeten worden gefinancierd. De vaste component in de receptregelvergoeding moet over meerdere punten worden verspreid. Een ziekenhuisapotheker die een extramurale functie wil vervullen zal net als de officiële apotheker aan patiëntenvoorlichting en dienstbetoon moeten doen en de verwachting is dat dit o.a. tot verbouwingen zal leiden. De heer Dees was het eens met de heer Werner dat, zolang de poliklinische geneesmiddelenverstrekking niet is gebudgetteerd, deze nieuwe mogelijkheid aanleiding kan geven tot calculerend gedrag en U-bochtconstructies. De farmaceutische hulpverlening op het platteland is gevoelig. Vergroting van concentratiepunten in ziekenhuizen voor levering van extramurale geneesmiddelen kan leiden tot minder distributiepunten op het platteland.

De heer Dees gaf in overweging de problemen met betrekking tot de

samenhangende maatregelen centraal te stellen waarbij hij zijn suggestie inzake een bespreking van het totale pakket, inclusief de 40 beleidsvoornemens van de minister, in het najaar herhaalde.

De heer **Van den Berg** (SGP) constateerde dat de samenhang met de resterende wetgeving ontbreekt en vroeg of het verstandig is, het initiatiefvoorstel nu te behandelen. Hij schaarde zich achter de opmerkingen over het ontstaan van ongewenste neveneffecten en vroeg of een toekomstvisie kan worden gegeven waarin de gehele samenhang duidelijk wordt.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks) had in eerste instantie geen problemen met het initiatiefvoorstel, maar verzette zich tegen het idee dat de extramurale patiënt op grond van kwaliteit en prijs, zoals in de memorie van antwoord staat, een keuze uit verschillende apotheken kan maken. Zij kiest voor apotheken die voor hun kwaliteitsgeneesmiddelen vaste prijzen hanteren. Volgens het wetsvoorstel zijn de apothekers in functie uitwisselbaar, maar waarom zou, zoals in de memorie staat, de functie van ziekenhuisapotheker een specialisatie in het apothekerswezen inhouden? Welk verschil is er tussen de monopoliepositie van een apotheker en die van een huisarts? Beiden zijn gebonden aan vaste prijzen. Zij sloot zich aan bij de vraag van de heer Dees over de kostenverhoging. Een neveneffect moet toch tot beheersing van de kosten van geneesmiddelen leiden? Kan een reactie worden gegeven op de brief van de KNMP van 16 juni jl.?

De heer **Schuyer** (D66) vond het een sympathiek initiatiefvoorstel dat echter op een weinig gelukkig moment was ingediend omdat op korte termijn een totaalvisie verwacht werd. Nu die nog niet verschenen is, leek het hem goed dat het voorstel nu behandeld wordt. Voor de psychiatrie heeft het initiatief een interessante kant omdat het zeer moeilijk is om de ambulante psychiatrische patiënt te controleren op het gebruiken van zijn medicatie, zeker als hij voor het verkrijgen daarvan eerst naar een apotheek moet. Het verkrijgen van medicatie vanuit een poliklinische kant bij de psychiatrie is een sympathieke gedachte.

De heer Schuyer nam aan dat het voorstel mede is ingediend om een bijdrage te leveren aan het beheersen van de kosten. Het was de bedoeling, excessieve winsten bij de «koopman» terug te dringen, maar een enorme kostenstijging door de poliklinische activiteiten bij de ziekenhuizen kan een tegengesteld effect teweegbrengen. De minister moet er duidelijk van overtuigd zijn dat dit initiatiefvoorstel tot verlaging of beheersing van de kosten leidt.

De **voorzitter** zag vele positieve kanten aan het wetsvoorstel, maar schaarde zich achter de opmerkingen over de noodzaak van een scheiding van het gebudgetteerde deel van het ziekenhuis plus de medicijnen en het poliklinische deel.

Antwoord van de initiatiefnemer en de minister

De heer **Oudkerk** beaamde dat het voorstel niet op zich staat. Reagerend op de opmerking dat verdere behandeling wellicht kan plaatsvinden wanneer in het najaar in de Tweede Kamer het totaaldebat is afgerond, zei hij dat hij niet de illusie heeft dat het debat over de geneesmiddelen in deze Kamer ooit zal zijn afgerond. Het is een inventieve markt waarbij farmaceutische industrieën en multinationals eerder uit zijn op winstmaximalisatie van hun product dan op het zo goedkoop mogelijk houden van de gezondheidszorg.

Wat was de reden van dit initiatiefwetsvoorstel? Het ging noch om kostenbesparing, noch om het regelen van de inkoop. Het initiatief was

bedoeld om de doelmatigheid in de geneesmiddelenvoorziening en de efficiency in de distributie te bevorderen, maar in eerste instantie komt men uit bij de patiënt, waar dit alles voor bedoeld is. Uit een enquête van een ziekenhuis in Hilversum over efficiënte distributie en doelmatigheid blijkt dat 63% medicijnen op de polikliniek wil afhalen omdat men er toch al voor behandeling is. Een percentage van 22 wil de medicijnen bij de eigen apotheek blijven halen.

Nog een reden voor indiening waren de vele ondoelmatige situaties die zich in de praktijk voordeden. De heer Oudkerk wees op verpleegtehuizen die samenwerkten met een ziekenhuis. De tehuizen mochten alles van het ziekenhuis gebruiken, maar mochten niet beschikken over de inzichten van de ziekenhuisapotheker. Ook kwam het voor dat een instelling een doelmatige relatie had met een stadsapotheker, maar dat de vigerende wetgeving nadere samenwerking onmogelijk maakte.

Een andere reden was dat door wetgeving uit 1963, onbedoeld, de stadsapotheker het primaat van aflevering in de schoot geworpen kreeg. In verband hiermee deed de Interdepartementale werkgroep die in 1994 was opgericht, 72 aanbevelingen, waarvan drie er zeer belangrijk waren: het opheffen van het verbod om extramuraal af te leveren; het verbod van eigen instellingen op bemoeienis met de geneesmiddelen distributie; het verbod om een apotheker in loondienst te hebben. De werkgroep stelde daarbij dat deze drie maatregelen pas effect hebben op het moment waarop de verzekeraars verder gebudgetteerd zijn. In 1994 was dit, in tegenstelling tot heden, nog in het geheel niet het geval.

De minister zag een mogelijkheid om artikel 13 te wijzigen, maar wilde dit liever doen in het algemene kader van een totale herziening van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Onder verwijzing naar de praktijk en de wenselijkheid om de doelmatigheid en de distributie te verbeteren, legde de heer Oudkerk uit waarom hij zijn initiatiefwetsvoorstel al in 1997 indiende, los van dat grotere kader. Tevens benadrukte hij ervan overtuigd te zijn dat wijziging van artikel 13 dit grotere kader niet bijt.

Omdat de heer Oudkerk begin 1998 zijn sleutelbeen brak, is dit initiatief in de Tweede Kamer nog niet plenair afgehandeld. Het in het initiatief voorgestelde, werd echter onverwacht in september 1998 als onderdeel van het regeerakkoord genoemd, maar – zoals men weet – was er in mei/juni 1998 nog geen regeerakkoord van Paars II. Hij benadrukte dat hij niet de pretentie heeft dat met dit wetsontwerp een omvangrijke kostenbeheersing wordt bereikt, hoewel hij wel degelijk mogelijkheden daartoe aanwezig acht.

In verband met de dual pricing legde de heer Oudkerk uit dat de meerderheid van farmaceutische industrieën de ziekenhuizen een geneesmiddel aanbieden tegen een extreem lage prijs. Zij doen dit om het geneesmiddel «in de pen» van de voorschrijvende specialist te krijgen, klinisch of poliklinisch. Het idee daarachter is dat, als de huisartsen dit geneesmiddel overnemen – en de extramurale prijs ligt anders – de investering er dubbel en dwars uitkomt.

Nu bestaat de terecht angst in de Tweede Kamer dat de farmaceutische industrie in de nieuwe situatie waarin de ziekenhuisapotheker ook extramuraal mag leveren niet meer investeert via een lage prijs voor het ziekenhuis. Men zit dan vast aan die lage prijs omdat de ziekenhuis-apotheker het geneesmiddel aan verpleeghuizen en extramurale patiënten zal leveren. Desgevraagd merkte de heer Oudkerk op dat hij er geen zicht op heeft wat de ziekenhuizen met de inkoopkorting doen.

Doelend op de verzekeraars benadrukte hij dat het volkomen helder moet zijn dat geneesmiddelen extramuraal aan een verpleegtehuis of ziekenhuis worden geleverd. Ook het voorschrift en de prijs hiervan dienen zichtbaar te zijn. Daarom moet het absoluut duidelijk zijn waaraan extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen gekoppeld zijn: een klinische, een poliklinische behandeling of los daarvan. Deze gang van zaken dient in kaart te worden gebracht. Via artikel 2a van de WTG kunnen

administratie- en declaratievoorschriften aan verzekeraars worden opgelegd. Met de huidige automatisering moet dit voor ziekenhuizen en apothekers mogelijk zijn.

Ingaande op de opmerking over een concurrentiepositie tussen officiële apotheken en ziekenhuisapotheken zei de heer Oudkerk dat hij een oplossing ziet in samenwerkingsverbanden, daartoe gesteund door de FTTO zijnde de transmurale variant van het farmacotherapeutische overleg. Door aanpalende maatregelen kan via samenwerking een win/win-situatie ontstaan. Hierbij dient ook in ogenschouw te worden genomen dat de KNMP juist wil concurreren op het punt van kwaliteitsimpulsen, zoals voorlichting en medicatiebegeleiding.

De heer Oudkerk wees in verband met de stelling dat er minder distributiepunten ontstaan erop dat volgens het wetsvoorstel de ziekenhuisapothekers mogen gaan leveren aan patiënten die hun geneesmiddelen van een officiële apotheek betrekken. Het wetsvoorstel was oorspronkelijk bedoeld om de kwaliteit van hetgeen is voorgeschreven aan patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen en patiënten die intensieve thuiszorg krijgen – die geregeld is vanuit het ziekenhuis – te verhogen.

Hij was het eens met de opmerking dat de kwaliteit en de prijs overal hetzelfde moeten zijn. In het kader van de aanpalende maatregelen is dit ook de bedoeling. De medicatiebewaking en voorlichting zijn echter in de ene apotheek veel beter geregeld dan in de andere en daarom is de zinsnede «een keuze op basis van prijs en kwaliteit» opgenomen. Het is overigens niet de bedoeling dat de patiënt gaat «shoppen». Dit is ook niet nodig omdat de gegevens van een patiënt die 's avonds bij een waarnemende apotheek medicijnen haalt, de volgende ochtend bij de eigen apotheek al bekend zijn.

De heer Oudkerk benadrukte zijn overtuiging dat een wijziging van artikel 13 op grond van een beter distributiesysteem en een meer op de praktijk toegesneden doelmatigheid tot een betere serviceverlening zal leiden. Een stap in deze richting wordt gezet door onder verantwoordelijkheid van ziekenhuizen en verzekeraars polikliniek-apotheken – politheken – op te richten. Hierbij dienen ook stadsapotheken te worden betrokken, zodat een eenduidige levering van kwaliteit en prijs wordt bewerkstelligd.

Minister **Borst** merkte op dat zij het punt van de kostenbeheersing in een brief aan de Tweede Kamer aan de orde heeft gesteld omdat het COTG in 1997 signaleerde dat kostenbeheersing onzeker is vanwege die U-bochtconstructie. Het COTG meent dan ook dat tegelijkertijd met het invoeren van dit wetsvoorstel een beleidsregel moet worden opgesteld waarbij separaat de opbrengsten en kosten in de ziekenhuisjaarrekening aangegeven moeten worden. Tevens dient separaat in de rekenstaat van het ziekenhuis verwerkt te worden wat via de ziekenhuisapotheek aan intra- en extramurale patiënten is verstrekt. Transparante administratie en verantwoording zijn in dit geval vereist. Het COTG wil na twee jaar een evaluatie om de effecten te kunnen beoordelen.

Ingaande op de aanpalende maatregelen wees de minister op de MDW-werkgroep, onder voorzitterschap van de DG bij Binnenlandse Zaken, die zich bezighoudt met dit onderwerp. Het is niet bekend wanneer deze werkzaamheden zijn afgerond. De door de minister ingestelde adviescommissie onder voorzitterschap van de heer De Vries heeft zich gebogen over het plan-Koopmans. Het gaat hierbij om een ingrijpende structuurverandering: is de visionaire aanpak van het plan-Koopmans wel bestand tegen alle neveneffecten? De adviescommissie zal in de loop van augustus rapporteren. Dit zal de toets worden voor de consequenties van het plan-Koopmans.

Er is trouwens op dit moment een discussie gaande die verder reikt dan de geneesmiddelen en dat is het sturingsconcept in de gezondheidszorg. Het toenmalige CDA/PvdA-kabinet koos ervoor, de sturing bij de

zorgverzekeraars te leggen. Zij moeten worden gebudgetteerd en belang krijgen bij een doelmatige zorgverlening. Via de bonus/malus-regeling moeten de zorgverzekeraars daarmee kunnen werken. Door te stellen voorwaarden moeten zij de kostenbeheersing afdwingen. Het systeem van de ziekenhuisbudgettering nadert zijn voltooiing. Hoe dichter het eindpunt wordt genaderd, hoe prangender de vraag wordt of aan de aanbodkant opnieuw moet worden gebudgetteerd. Het idee achter het geneesmiddelenplan was dat, overal waar de geneesmiddelen in het budget zitten, de kosten binnen de perken blijven. Bij huisartsen en de poliklinieken worden via U-bochtconstructies gebruik gemaakt van de open-einde-regeling. Bij de huisartsen is deze mogelijkheid thans dichtgeschroeid omdat de huisartsen toegezegd hebben het elektronisch voorschrijfsysteem te zullen implementeren. Zij hebben daar een direct financieel belang bij gekregen omdat van de opbrengst van de besparing een deel wordt besteed aan praktijkondersteuning van de huisartsen zelf. Dit initiatiefwetsvoorstel maakt onderdeel uit van het voorstel van de minister over modernisering van de WOG. Een aanbeveling van de Interdepartementale werkgroep geneesmiddelen om het loondienstverbod voor apothekers op te heffen, is inmiddels per 1 februari van kracht geworden. Tevens mogen ziekenfondsen eigen instellingen exploiteren. De minister had er begrip voor dat de heer Oudkerk zijn initiatief vervroegd heeft ingediend, vooruitlopend op haar WOG-herziening, omdat deze herziening nog niet bij de Tweede Kamer ter behandeling ligt en nog een lange weg te gaan heeft.

Aanleiding tot het voorstel was inderdaad de situatie dat kleinere instellingen en verpleeghuizen niet van de ziekenhuisapotheek gebruik mogen maken. De consequentie is dat individuele patiënten daar nu ook terecht kunnen. De minister verwachtte niet dat patiënten de eigen apotheek in de steek zullen laten en speciaal een ziekenhuisapotheek zullen bezoeken. Voor de patiënten gelden gelijke prijzen. De verzekeraar vergoedt het geneesmiddel tot aan het bedrag van de vergoedingslimiet, hetgeen voor veruit de meeste geneesmiddelen een volledige vergoeding betekent. Voor de geneesmiddelen met een verschil tussen verkoopprijs en de limiet zal iets moeten worden bijbetaald. Het systeem is echter bekend: voor iedere aandoening bestaat een geneesmiddel zonder bijbetaling. De prijsconcurrentie geldt vooral voor de instellingen. De opleiding voor ziekenhuisapotheker komt bovenop die voor de gewone apotheker. Dit heeft te maken met het feit dat de ziekenhuisapotheker in de ziekenhuisstaf een bijzondere functie krijgt. Hij moet kunnen functioneren in bijvoorbeeld de antibiotica-commissie en de formularium-commissie, hij moet specialisten en arts-assistenten kunnen voorlichten en onderwijs geven.

De minister meende dat de voordelen van dit initiatiefvoorstel groter zijn dan de nadelen. Het grootste nadeel kan kostenopdrijving zijn, omdat wat nu uit het ziekenhuisbudget wordt betaald, straks uit het extramurale budget gefinancierd moet worden. Daartoe is het absoluut noodzakelijk dat het COTG een beleidsregel voorstelt die tegelijk met de invoering van het wetsvoorstel van kracht wordt.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Werner** schaarde zich achter het klantvriendelijke karakter van het initiatief. Hij vond het, onder verwijzing naar zijn eerder geuite zorgen over een onbeheersbare kostenstijging, onbevredigend dat op dit punt gewacht moet worden op een beleidsregel van het COTG. Wanneer wordt deze beleidsregel verwacht en is de invoeringsdatum van dit initiatief gekoppeld aan de totstandkoming daarvan? Tot slot merkte hij op dat marktwerking in zijn ogen een goed systeem is. Indien men echter daarvan uitgaat, moet niet meer over budgettering worden gesproken.

De heer **Dees** benadrukte dat zijn fractie het wetsvoorstel niet wil blokkeren, maar het is de vraag welke omstandigheden ertoe leiden dat het initiatief meer of minder kansen heeft. Hij was er tevreden over dat het belang van de samenhangende maatregelen duidelijk is geworden. Wellicht is het mogelijk om in het najaar tot een bundeling te komen van de adviezen van de MDW-werkgroep, de commissie-De Vries en de in dit verband opgeworpen punten, zodat een op elkaar afgestemde regie ontstaat die gericht is op de samenhangende punten en de onbeoogde neveneffecten. Als op deze wijze gewerkt kan worden, was volgens de heer Dees verder uitstel van behandeling van het voorstel onnodig.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** concludeerde dat haar meeste problemen met het initiatief opgelost zijn. Er geen sprake is van marktwerking voor de individuele patiënt. De geneesmiddelen zullen een vaste prijs hebben en de kwaliteit moet in de dienstverlening en de service gezocht worden.

De heer **Schuyer** merkte op dat hij verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening voor patiënten niet zal blokkeren. Hij was er niet van overtuigd dat het voorstel budgettair-neutraal uitwerkt, maar hij wilde het waagstuk wel aangaan. Wel benadrukte hij dat hij geen gezeur wil horen als over enige tijd blijkt dat het toch duurder uitvalt.

De heer **Oudkerk** benadrukte, onder verwijzing naar de memorie van toelichting en de schriftelijke beantwoording, dat spoedige invoering van het initiatiefvoorstel wenselijk is. De monopoliepositie van de officiële apotheker dient doorbroken te worden en de diverse instellingen en patiënten dienen vrij te zijn in hun keuze voor een officiële of ziekenhuis-apotheek. Tevens kan het wetsvoorstel een bijdrage leveren aan een verbetering van de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de diverse instellingen. Tot slot wees de heer Oudkerk op brieven van het COTG waarin staat dat de administratievoorschriften gereed zijn en dat aansluiting kan worden gezocht bij externe integratiestandaards zoals die ten aanzien van de landelijke farmaceutische hulp overeengekomen zijn tussen zorgverzekeraars en vrij gevestigde apothekers.

Minister **Borst** wees erop dat het COTG moeite heeft met het onder het ziekenhuisbudget brengen van de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. Wél heeft het COTG een beleidsregel klaar liggen die het mogelijk moet maken dat de zorgverzekeraars volledig inzicht krijgen in de kosten van de extra- en intramuraal afgeleverde middelen door de ziekenhuisapotheek. Deze beleidsregel – dus voor de situatie dat artikel 13 op de voorgestelde wijze wordt aangepast – is gereed. Indien een ingangsdatum wordt vastgesteld, kan met ingang van diezelfde datum de regel ingaan.

Zij verwachtte niet dat meer of duurdere geneesmiddelen zullen worden voorgeschreven, omdat ook specialisten meedoen aan het transmurale overleg. Om het risico dat kosten uit het ziekenhuisbudget afgewenteld worden te voorkomen, is de COTG-beleidsregel opgesteld die de verzekeraar in staat stelt om een gescheiden administratie verplichtend op te leggen. Desgevraagd merkte de minister op dat U-bochtconstructies zullen worden voorkomen, omdat het in het belang van de zorgverzekeraar is als hij ervoor zorgt dat hij de uitgaven beheerst.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Ter Veld

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Nieuwenhuizen