

Vergaderjaar 2005–2006

29 359

Vaststelling van een nieuwe Geneesmiddelenwet

Nr. 74

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 maart 2006

Ik heb u tijdens het debat over de Geneesmiddelenwet toegezegd een vierde nota van wijziging in te dienen met betrekking tot de kanalisatie van de zelfzorggeneesmiddelen, een reactie op de amendementen 64 (Arib) en 65 (Koşer Kaya) en een nadere reactie op amendement 56 (Schipper). De betrokken nota van wijziging treft u bijgaand aan.

Ik heb tijdens het debat al aangegeven de zorgen van de Kamer te delen over financiële belangenverstremming tussen artsen en apothekers. Met het oog daarop heb ik inmiddels een brief gestuurd naar de LHV, KNMG en KNMP waarin ik hen verzoek om regels op te stellen over de transparantie van financiële relaties tussen (huis-)artsen en apotheekhoudenden. Tijdens het debat heb ik in reactie op mevrouw Schipper tevens toegezegd, dat ik de Kamer een notitie zal sturen over dit onderwerp. In deze notitie zal ik als één van de aandachtspunten de verenigbaarheid van het vrije verkeer van goederen en diensten meenemen. De reactie van de beroepsgroepen zal ik verwerken in deze notitie. Ik vind het onderwerp van voldoende belang om inhoudelijk verder te onderzoeken. Aan een direct verbod zoals in de amendementen nr. 64 en 65 wordt voorgesteld, kleven aanzienlijke financiële risico's.

Reactie amendementen 64 en 65

Mevrouw Arib wil met amendement 64 een verbod opleggen voor de arts en de apotheker om een direct danwel indirect belang te hebben in elkaars praktijk. Ik ga ervan uit dat het amendement van mevrouw Koşer Kaya dezelfde strekking heeft, namelijk het onmogelijk maken voor de arts en apotheker van een financieel belang in elkaars praktijk.

Artikel 18 van het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst (BUA) verbiedt de apotheker en de apotheekhoudende arts met een beroepsbeoefenaar die bevoegd is geneesmiddelen voor te schrijven op recept, een overeenkomst te sluiten die als onderwerp heeft het ter hand stellen van genees-

middelen aan derden. Ik ben voornemens een soortgelijke bepaling in lagere regelgeving vast te leggen. Mijn bezwaar tegen beide amendementen is dan ook dat de inhoud daarvan aanzienlijk verder gaat dan het huidige artikel 18 van het BUA. Mevrouw Arib verwijst in haar toelichting naar deze bepaling.

Zoals de formulering van deze amendementen thans luidt brengen zij juridische risico's met zich. Bestaande relaties (al dan niet financieel) die rechtmatig tot stand zijn gekomen, kunnen niet zonder meer verboden worden. Vanuit het oogpunt van zorgvuldige wetgeving is het geboden een overgangsregeling te scheppen voor diegenen die reeds een financiële relatie met elkaar hebben. Een dergelijk verbod kan daarom alleen voor de toekomst werken. Dit werkt in de hand dat degenen die thans een dergelijke constructie overwegen, deze bij voorrang zullen effectueren, althans voor de inwerkingtreding van de Geneesmiddelenwet. Daarmee wordt dit probleem groter.

Het is voor mij daarnaast de vraag of een dergelijk verbod goed valt te handhaven en of het begrip goed valt af te bakenen. Een apotheker heeft bijvoorbeeld per definitie een financieel belang bij het voorschrijven van geneesmiddelen in de praktijk van de arts. Immers, zonder voorschriften van de arts kan de apotheker een groot deel van de geneesmiddelen niet afleveren. Deze normale situatie dient buiten een eventueel verbod te worden gehouden.

Conclusie

Gelet op het voorgaande, ontraad ik beide amendementen.

Met betrekking tot mijn toegezegde nadere reactie op amendement 56 van mevrouw Schippers, het volgende. Dit amendement heeft de bedoeling vast te leggen dat in het Elektronisch Medicatiedossier (EMD) de indicatie zal worden vermeld dat ten grondslag ligt aan het voorschrijven van geneesmiddelen. Inhoudelijk ondersteun ik deze gedachte. Vanuit het oogpunt van ordelijke wetgeving heeft het niet mijn voorkeur om deze verplichting, op dit moment en in deze wet, op te nemen, om de volgende redenen. Op dit moment bestaat de Wet op het Elektronische Patiëntendossier (WEPD) nog niet. De verplichting om in het EMD de indicatie te vermelden heeft pas rechtskracht op het moment dat deze wet is ingevoerd. Daarnaast is het verstandig om dit in onderling verband van de integrale WEPD te bezien.

Tot slot, een overzicht van de initiatieven die op dit moment lopen ter verbetering van de medicatieveiligheid (motie Vendrik c.s.). Naar aanleiding van het advies van de president directeur van Shell Nederland, Rein Willems, dat alle instellingen voor gezondheidszorg (te beginnen met de ziekenhuizen) vanaf 2008 moeten werken met een veiligheidsmanagement systeem hebben de brancheorganisaties van de ziekenhuizen en de Orde van medische specialisten die handschoen opgepakt. Op dit moment draait een pilot van 10 ziekenhuizen waarin concreet ervaring wordt opgedaan met het werken met een dergelijk systeem. Het gaat daarbij om het doorvoeren in de organisatie van methoden om risico's in beeld te brengen en te prioriteren, methoden om incidenten te analyseren en een systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen uit incidentenonderzoek en audits te managen.

Ter ondersteuning ervan is in 2005 onder verantwoordelijkheid van ZonMw een programma patiëntveiligheid van start gegaan om de totstandkoming van het veiligheidsmanagement systeem te versnellen. Binnen dat programma is de aanpak van medicatieveiligheid als een van de drie onderzoeksprioriteiten aangewezen. Daaraan ligt een advies van

de Raad voor gezondheidsonderzoek ten grondslag. Deze keuze betekent een gerichte inzet op het vergroten van kennis en ervaring met medicatieveiligheid vanuit een wetenschappelijke onderzoeksbenadering. Een tweede prioriteit van patiëntveiligheid van het programma patiëntveiligheid is het melden en analyseren van fouten en «near accidents».

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers heeft inmiddels bovendien met steun van de Orde en VWS een afzonderlijk meld- en analysesysteem voor medicatiefouten opgezet. Een dergelijk systeem zorgt bijvoorbeeld voor alerts aan de apothekers betreffende de aanpak van fouten.

Binnen het programma «Sneller Beter» laten ziekenhuizen in de derde pijler van dat programma zien dat verbeteringen daadwerkelijk plaats kunnen vinden. In drie tranches van elk 8 ziekenhuizen worden verbeteringen vorm gegeven. Het gaat om verbeteringen van de logistiek en de veiligheid. Medicatieveiligheid is ook daar een van de prioriteiten.

Naast deze gerichte aanpak van medicatieveiligheid is de totstandkoming van het elektronische medicatiedossier een niet te onderschatten factor dat zal bijdragen aan grotere veiligheid in de zorg.

Tenslotte zullen ook de initiatieven die in 2006 en 2007 worden ondersteund om een soepeler aansluiting tussen de 1e en de 2e lijn te bewerkstelligen (zgn. Farmacoketenoverleg) bijdragen aan de medicatieveiligheid. Deze initiatieven vallen binnen het project «Een doelmatiger geneesmiddelengebruik».

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst