

**25 408**

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

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 23 oktober 1998

Met belangstelling heb ik de inbreng van leden van de fracties van de Eerste Kamer gelezen.

In algemene zin wil ik nog eens vaststellen dat het wetsvoorstel beoogt het primaat van de openbare apotheker op te heffen. Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer is geschetst, is in 1963 onderkend dat levering van geneesmiddelen in een instelling groter dan 300 bedden kwalitatief beter verzorgd kan worden door een apotheker die in dienst van die instelling is. Er is destijds arbitrair gekozen voor een grens van 300 bedden. Deze keuze betekende echter dat instellingen met minder dan 300 bedden verplicht waren geneesmiddelen via de openbare apotheker te betrekken, daarmee werd dus het primaat van de openbare apotheker vastgelegd in de wet. Deze verouderde wetgeving betekent dat een verpleeghuis dat samenwerkt met een ziekenhuis toch gedwongen wordt geneesmiddelen via de openbare apotheek te betrekken. Uit oogpunt van kwaliteit, prijs en efficiency is dit primaat tegenwoordig per definitie niet gewenst. Ook de regering heeft onderkend dat de betreffende wet verouderd is. Er wordt hard gewerkt aan modernisering van de WOG. Daarin zou wijziging van artikel 13 meegenomen worden. Het wetsvoorstel modernisering WOG zou eerst in 1996 en vervolgens in het najaar van 1997 aan de Tweede Kamer aangeboden worden. Omdat ik niet verwachtte dat een zo omvangrijke wetswijziging op die termijn voltooid zou kunnen worden en ik het opportuun acht dat wijziging van artikel 13 geïsoleerd kan plaatsvinden heb ik gekozen voor een initiatiefwetsvoorstel ter wijziging van artikel 13. Volgens de laatste stand van zaken zal het wetsvoorstel ter modernisering van de gehele WOG in het voorjaar van 1999 aan de Raad van State gezonden worden.

De leden van de fractie van de VVD vragen wat de meerwaarde van het wetsvoorstel is wanneer de inkoopfunctie voor geneesmiddelen bij de extramurale apotheek wordt weggenomen.

In het rapport Koopmans wordt voorgesteld een scheiding aan te brengen tussen inkoop en aflevering. «Het functioneren als farmaceutische zorgverlener mag niet beïnvloed worden door financiële belangen die voortvloeien uit betrokkenheid bij de inkoop en het afleveren» stelt het

<sup>1</sup> In verband met verbetering van enige misstellingen.

rapport van de commissie. In het regeerakkoord is opgenomen dat beleid zal worden geïmplementeerd op grond van de voorstellen van de commissie Koopmans.

In het initiatiefwetsvoorstel gaat het niet om ingrijpen op de inkoop maar op de aflevering van geneesmiddelen. Ziekenhuizen met meer dan 300 bedden dienen een eigen ziekenhuisapotheker in dienst te hebben, verpleeghuizen, kleinere ziekenhuizen en extramurale patiënten kunnen op grond van kwaliteit en prijs een keuze maken voor hetzij de ziekenhuisapotheker hetzij een openbare apotheker. Daarin ligt de meerwaarde van dit wetsvoorstel.

De leden van de fractie van de VVD verzoeken deze vraag ook voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en hen in kennis te stellen van het antwoord van de minister. Tevens vragen zij bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te informeren naar de toegezegde beleidsbrief ter zake van het geneesmiddelenbeleid en naar het tijdstip van toekoming aan de Staten-Generaal. Deze vragen heb ik schriftelijk doorgeleid naar de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij ontvangst van de antwoorden zal ik deze terstond aan de leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer zenden.

Inmiddels is de beleidsbrief geneesmiddelen in de Tweede Kamer gearriveerd.

De leden van de fractie van het CDA vragen welk effect ik verwacht op de kosten, gegeven het feit dat de COTG-beleidsregels ook van kracht zullen zijn op de ziekenhuisapothekers. Deze leden vragen of eventuele voordelen niet hooguit de reserve van het ziekenhuis ten goede komen. Een deel van de voorschriften zal verschuiven van de openbare apothekers naar de ziekenhuisapothekers. Dit heeft gevolgen voor de omzet van de openbare apotheker. De minister heeft inmiddels onderzoek aangekondigd naar de honoreringsstructuur van apothekers en daarbij aangegeven dat afgestapt moet worden van een honorering die volumeafhankelijk is. De gevolgen van dit wetsvoorstel zullen zonder enige twijfel daarin meegenomen worden.

De leden van de fractie van het CDA vragen wat het effect zal zijn op de concurrentiepositie van apothekers. Deze leden vragen of de ziekenhuisapotheker niet in een gunstige positie wordt gebracht doordat de apothekerskosten al vergoed zijn in het ziekenhuisbudget.

De leden van de fractie van het CDA hebben gelijk als zij stellen dat de beheerskosten van een apotheek voor een ziekenhuisapotheker niet opgebracht hoeven te worden uit de handel in geneesmiddelen, omdat deze in het ziekenhuisbudget zijn opgenomen. Ik ben echter niet van mening dat de ziekenhuisapotheker nu deze ook toegelaten wordt op de extramurale markt, daardoor per definitie een sterkere concurrentiepositie heeft.

Voor zowel de openbare apotheker als voor de ziekenhuisapotheker betekent het feit dat er een vrije keuze ontstaat naar mijn mening een prikkel om kwalitatief goede zorg te leveren tegen een zo laag mogelijke prijs.

In dit verband wil ik wellicht ten overvloede nog eens illustreren dat het voor bijvoorbeeld een verpleeghuis zowel aantrekkelijk kan zijn samen te gaan werken met een ziekenhuisapothek, als dat het evenzeer aantrekkelijk kan zijn de geneesmiddelendistributie te laten verzorgen door een openbare apotheker. De aanleiding voor dit wetsvoorstel betrof een verpleeghuis dat fuseerde met een ander verpleeghuis, dat al een samenwerkingsverband had met een ziekenhuisapothek. Voor dit eerste verpleeghuis was het echter door het primaat van de openbare apotheker, niet mogelijk om aan te sluiten bij de fusiepartner en de geneesmiddelen te betrekken via de apotheek van het ziekenhuis. Daarbij kwam in dit geval

nog dat het verpleeghuis niet tevreden was over de geneesmiddelen-distributie zoals die door de openbare apotheker werd verleend. De wet stond een vrije keuze voor de voor dit verpleeghuis optimale geneesmiddelendistributie niet toe. Het tegenovergestelde komt echter ook voor. Een verpleeghuis dat door een gang verbonden was met een ziekenhuis was niet tevreden over de geneesmiddelendistributie door de ziekenhuisapotheker. Het distributiesysteem kende vele foutbronnen en de kosten waren te hoog. Er werd offerte gevraagd aan twee openbare apotheken. Een van de openbare apotheken was goedkoper en leverde ook al geneesmiddelen aan een ander verpleeghuis. De beide verpleeghuizen samen zouden door de schaalomvang invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de openbare apotheker. Voor de apotheker was er volumevoordeel. Het intramurale deel werd binnen de bedrijfsvoering afgescheiden, zodat de apotheker andere prijsafspraken kon maken voor dit deel, met leveranciers. De apotheker was bereid de inkoopvoordelen naar rato door te geven aan de beide verpleeghuizen. Deze vorm van samenwerking bestaat nu al bijna 5 jaar en stemt tot grote tevredenheid. Voor extramurale patiënten ontstaat door dit wetsvoorstel ook een vrije keuze, zij hebben de mogelijkheid geneesmiddelen te betrekken via hun openbare apotheker of via een ziekenhuisapothek. Overigens verwacht ik niet dat voor alle extramurale patiënten zal gelden dat een ziekenhuis-apothek te prefereren is. In de meeste gevallen zal de eigen openbare apothek dichterbij gelokaliseerd zijn en afhankelijk van de kwaliteit die de openbare apothek biedt denk ik dat veel mensen gewoon gebruik zullen blijven maken van de openbare apothek. De ziekenhuisapothek zou weer voordelen kunnen bieden bij bijvoorbeeld patiënten die intensieve thuiszorg nodig hebben, na een opname in het ziekenhuis. De ziekenhuis-apothek heeft immers een voorsprong op het gebied van bereidingen die in een ziekenhuis frequent voorkomen, maar extramuraal maar zelden.

De leden van de fractie van het CDA hadden gezien dat de minister een advies heeft gevraagd aan de ziekenfondsraad voor een apothek verbonden aan een ziektekostenverzekeraar. 30 september jl. heeft de minister een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad gezonden waarin gevraagd wordt naar de mogelijkheid om via de ziekenfondswet per 1 januari 1999 een algemene vrijstelling te verlenen van het verbod op het voeren van een apothek door een ziekenfonds. Het antwoord van de Ziekenfondsraad wordt binnenkort verwacht.

De leden van de fractie van het CDA vragen of een geïsoleerde behandeling van artikel 13 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening voldoende verantwoord is. De leden van de fractie van D66 vragen waarom dit ene punt, wijziging van artikel 13 van de WOG, naar voren is gehaald. Inderdaad is het opheffen van het verbod op extramuraal afleveren van geneesmiddelen voor ziekenhuizen vastgelegd in het voorgenomen beleid van dit kabinet. De minister erkende in antwoord op een schriftelijke inbreng dat artikel 13 verouderd was en herzien diende te worden. Indertijd vond ik het niet raadzaam en ook niet nodig om wijziging van artikel 13 uit te stellen, daarom is een initiatiefwetsvoorstel ingediend. Het tweede paarse kabinet heeft een krachtig nieuw geneesmiddelenbeleid aangekondigd, een van de genoemde maatregelen is opheffen van het verbod op extramuraal afleveren voor ziekenhuizen. Het initiatiefwetsvoorstel kan nu gezien worden als een start van dat nieuwe beleid: één van de regeringsvoornemens kan op korte termijn wettelijk van kracht worden. Twee jaar wachten (de duur van het wetgevingstraject) was niet gewenst.

De leden van de fractie van het CDA vragen wanneer deze wet in werking kan treden. Er is, op aandringen van het ministerie van VWS, gekozen voor een

inwerkingtreding op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip vanwege de voorbereiding die het COTG nodig heeft. Navraag bij het COTG leert dat het COTG klaar is voor wat betreft de ontwikkeling van beleidsregels en tarieven. Het ministerie van VWS heeft desgevraagd meegedeeld dat nog gewerkt wordt aan de regeling voor de administratievoorschriften, maar dat deze snel afgerond zal worden. Deze administratievoorschriften dienen de controle door verzekeraars op de buitenbudgettaire constructie (U-bocht) te vergemakkelijken. Dit betekent dat inwerkingtreding van dit wetsvoorstel, na aanneming door de Eerste Kamer, per 1-1-1999 zou kunnen plaatsvinden.

Met de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid kan ik instemmen als zij stellen dat met dit wetsvoorstel barrières worden weggenomen die samenwerking tussen verschillende instellingen in de zorg op het punt van medicijnverstrekking tot nu toe belemmerden endat instellingen met het voorliggende wetsvoorstel op basis van de lokale situatie kunnen bepalen wat voor hen een efficiënte en kostenbewuste manier van geneesmiddelenverstrekking is.

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen om een nadere invulling van het begrip doelmatigheid, met het oog op de evaluatie van de wet. Doelmatigheid is en blijft een moeilijk toetsbaar begrip. Zoals reeds in antwoord op vragen van de leden van het CDA is gezegd was de aanleiding voor het wetsvoorstel het feit dat een verpleeghuis dat fuseerde met een ander verpleeghuis gedwongen werd gebruik te blijven maken van de openbare apotheker, terwijl op grond van het samenwerkingsverband dat het andere verpleeghuis al had met een groot ziekenhuis de keuze voor de ziekenhuisapotheker zowel wat betrof kwaliteit als wat betrof prijs gunstiger was. Later werd een voorbeeld aangedragen van een verpleeghuis dat via een gang verbonden was met een ziekenhuis, maar geen gebruik maakte van de ziekenhuisapotheek. De openbare apotheker kon betere kwaliteit leveren tegen een betere prijs. In beide gevallen is sprake van meer of minder doelmatigheid. Het voordeel van de grotere vrijheid die instellingen krijgen ten aanzien van de keuze van hun apotheek, waarnaar de leden van de fractie van de PvdA vragen, is gelegen in het feit dat instellingen kunnen kiezen voor de voor hen optimale prijs-kwaliteit verhouding ten aanzien van de geneesmiddelen-distributie, hetzij door de openbare apotheker, hetzij door de ziekenhuis-apotheker. En in beide gevallen is juist de keuzevrijheid van belang voor een doelmatige geneesmiddelenvoorziening.

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen of dit wetsvoorstel de belemmeringen voor (elektronische) patiëntenvolgsystemen opruimt. Naar mijn mening zal deze wet een prikkel kunnen vormen om ook het uniform opslaan van gegevens en de uitwisseling van informatie beter vorm te geven. Juist omdat een patiënt zelf kan kiezen waar hij zijn geneesmiddelen haalt zijn een centrale opslag van gegevens en toegankelijkheid van die informatie van belang.

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen naar het effect op de verdere vormgeving en reikwijdte van het vak van instellings-apotheek als apart specialisme in de zorgsector. Een instellingsapothek zal naar ik aanneem meestal een ziekenhuisapothek of polithek zijn. Nu de ziekenhuisapothek ook extramuraal mag leveren kan de functie van deze apotheek gaan veranderen. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik gewezen op een artikel van T. Visser en J. G. van Dam in «Het Ziekenhuis» van 25 januari 1996 over transmurale farmacie en de voordelen die transmurale farmacie kan bieden. De ziekenhuisapotheker kan bereidingen verstrekken die extramuraal niet veel voorkomen, maar in de intensieve thuiszorg wel noodzakelijk zijn. Farmacotherapeutisch

overleg tussen ziekenhuisapotheker en medisch specialist kan ook buiten de muren worden voortgezet en moet mijns inziens worden uitgebreid met overleg met de huisarts of verpleeghuisarts. Ook overleg met de zorgverzekeraar kan hierbij zorgen voor een efficiëntere geneesmiddelenvoorziening, waarbij regionaal overeenstemming wordt bereikt tussen de verschillende zorgverleners ten aanzien van de keuze van een bepaald geneesmiddel. Als de strikte scheiding tussen intra- en extramurale geneesmiddelenvoorziening wordt opgeheven zal dat de continuïteit ten goede komen. De transmurale apotheek zou een soort centraal punt kunnen vormen waar medicatiegegevens van patiënten worden bewaard. Naar verwachting zal binnenkort een Algemene Maatregel van Bestuur op basis van de wet BIG worden vastgesteld. Daarmee zal het voeren van de titel «ziekenhuisapotheker» worden erkend als apart specialisme.

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vragen wat het te verwachten effect is op kostenbeheersing cq beperking en bij welk effect ik met tevredenheid terug kijk op deze wet.

Zoals tijdens de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede kamer ook al aan de orde kwam, is niet precies aan te geven tot welke kostenbesparing wijziging van artikel 13 kan of zal leiden. Dit is van meerdere factoren en actoren afhankelijk. Wijziging van artikel 13 betekent opheffen van het primaat van de openbare apotheker. In de praktijk van het verpleeghuis dat de aanleiding vormde voor dit wetsvoorstel betekent het feit dat samengewerkt kan worden met de ziekenhuisapothek waarmee de fusiepartner al samenwerkte, meer doelmatigheid en kostenbesparing. In het geval van het andere genoemde verpleeghuis, dat juist voor de openbare apotheker gekozen had, betekende geneesmiddelendistributie door de openbare apotheker juist meer doelmatigheid en kostenbesparing. De vraag is hoe de farmaceutische industrie qua prijsvorming zal reageren, hoe de ziekenhuisapotheken in staat zullen zijn in te springen op de mogelijkheden die wijziging van artikel 13 biedt, hoe farmacotherapeutisch transmuraal overleg vorm gegeven wordt. Het wetsvoorstel biedt slechts een prikkel voor een meer doelmatige geneesmiddelenvoorziening. Aan de hand van de evaluatie van deze wetswijziging zal bekeken kunnen worden in welke mate het opheffen van het primaat van de openbare apotheker daadwerkelijk tot kostenbeheersing of kostenbeperking heeft geleid.

Ten overvloede: de aanleiding voor dit wetsvoorstel lag in het feit dat een verpleeghuis niet vrij kon kiezen voor de, voor dit verpleeghuis, meest optimale vorm van geneesmiddelenvoorziening omdat wetgeving die vrije keuze in de weg staat. Als deze wetswijziging van kracht wordt betekent dat dat die vrije keuze voor de meest optimale geneesmiddelenvoorziening er wél is. Ik zou dan met tevredenheid terugkijken op deze wet. Die tevredenheid zou alleen maar toenemen als ook blijkt dat deze wet betekent dat er een bijdrage geleverd is aan kostenbeheersing of kostenbeperking. In het algemeen kan gesteld worden dat het vergroten van concurrentie en het opheffen van monopolieposities positieve effecten heeft op de kostenontwikkeling.

De leden van de fractie van D66 betreuren het ontbreken van een advies van de Raad van State, ook na de wijzigingen die het wetsvoorstel heeft ondergaan. Het wetsvoorstel is zoals gebruikelijk voorgelegd aan de Raad van State. De Raad heeft een blanco advies afgegeven. Daarna zijn er nota's van wijzigingen ingediend. Deze waren echter niet van een zodanig ingrijpend karakter dat opnieuw advies van de Raad van State geboden was. Het oorspronkelijke wetsvoorstel regelde dat in een ziekenhuis met meer dan 300 bedden een apotheek gevestigd moet zijn en dat er een apotheker in dienstverband moet zijn. Onder de definitie «ziekenhuis» vallen dan ziekenhuizen, maar ook verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Voor

instellingen met minder dan 300 bedden geldt dat zij gebruik kunnen maken van een ziekenhuisapotheker of van een openbare apotheker. Voor instellingen met meer dan 300 bedden zijn ontheffingen mogelijk. In de eerste nota van wijziging werd voorgesteld om artikel 19 van de WOG op te heffen. De reden daarvoor lag in het feit dat was gebleken dat er ook voorbeelden bestonden van grote verpleeghuizen die een betere kwaliteit en prijs geleverd kregen door een openbare apotheker. De reden voor de wijziging was het mogelijk te maken dat openbare apothekers ook grote verpleeghuizen kunnen bedienen. Bij nadere bestudering daartoe opnieuw door derden aangezet, bleek echter dat er met het opheffen van artikel 19 meer gebeurde dan gewenst. Er dreigde het gevaar dat de fysieke aanwezigheid van een verantwoordelijke eerste apotheker in een apotheek niet meer geboden was. Een betere oplossing was om toch onderscheid aan te brengen tussen ziekenhuizen enerzijds en verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten anderzijds. Voor openbare apothekers is het op die wijze ook mogelijk om in grote verpleeghuizen de geneesmiddelendistributie te verzorgen. Terwijl in grote ziekenhuizen een eigen apotheek en ziekenhuisapotheker verplicht blijft. Daarom is een tweede nota van wijziging ingediend. Naar verwachting zal binnenkort een Algemene Maatregel van Bestuur op basis van de wet BIG worden vastgesteld. Daarmee zal het voeren van de titel «ziekenhuisapotheker» worden erkend. Ik verwijs in deze ook naar de beantwoording van vragen van de leden van de fractie van de Partij van de Arbeid ten aanzien van het vak van instellingsapotheker als apart specialisme in de zorg. Daarnaast is het van belang dat er voldoende ziekenhuisapotheken zijn waarin een opleiding tot ziekenhuisapotheker kan plaatsvinden. Verder is deze tweede nota van wijziging gebruikt om in werking treding bij koninklijk besluit te regelen. Hiervoor is gekozen omdat het COTG enige voorbereidingstijd nodig heeft. De derde nota van wijziging tenslotte betreft alleen enkele technische wijzigingen.

De leden van de fractie van D66 vragen in hoeverre het feit dat de positie van de specialisten in het ziekenhuis nog niet wettelijk geregeld is de uitvoering van dit wetsvoorstel in de weg staat. Bij van kracht worden van het wetsvoorstel tot wijziging van de ziekenfondswet en de WTZ in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch specialistische zorg betekent de nieuwe omschrijving van de aanspraak dat elke toediening van geneesmiddelen in het ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) onder de ziekenhuisverstrekking valt. De zogenaamde U-bocht, geneesmiddelenverstrekking op voorschrift van de specialist maar via de extramurale weg geleverd en betaald, wordt dan formeel onmogelijk. Een van de voorstellen van het kabinet is dat ook poliklinische geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget zullen vallen. Dit betekent dus alleen dat wanneer via een ziekenhuis geneesmiddelen afgeleverd worden deze ten koste gaan van het ziekenhuisbudget. Het gaat hierbij dus om de financiering van de geneesmiddelen. Het initiatiefwetsvoorstel grijpt daarentegen in op de distributie van geneesmiddelen. Een instelling of een patiënt dient te kunnen kiezen voor geneesmiddelen betrekken via de ziekenhuisapothek of via de openbare apotheker. Deze keuzevrijheid past binnen het huidige beleid. Een verpleeghuis kan aansluiten bij een groot ziekenhuis, omdat daar bijvoorbeeld al een zorginhoudelijk samenwerkingsverband mee bestaat. Het verpleeghuis kan echter ook kiezen voor geneesmiddelendistributie via de openbare apotheker als deze de geneesmiddelen kwalitatief beter en tegen een betere prijs zou kunnen leveren. Een patiënt kan zijn geneesmiddelen halen bij zijn eigen openbare apotheek, hij kan er ook voor kiezen om na afloop van een controle door de medisch specialist in de ziekenhuisapothek zijn medicatie te halen. De tijdswinst van dit wetsvoorstel wordt dus niet

beïnvloed door de wettelijk geregelde integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis.

R. H. Oudkerk