

Vergaderjaar 2001–2002

28 158

Voorstel van wet van de leden Van Blerck-Woerdman, Oudkerk, Buijs en Van der Vlies tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in verband met verruiming van de bevoegdheid van apothekhoudende artsen tot uitoefening van de artsenijsbereidkunst

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave

A. Algemeen	1
1. Inleiding	1
2. Inhoud van het wetsvoorstel	2
3. Marktwerking, deregulering, vraaggestuurde zorg	2
4. Beroepscheiding	3
5. Kwaliteitseisen	3
6. Gevolgen voor de praktijk	3
B. Artikelsgewijze toelichting	4

A. ALGEMEEN

1. Inleiding

De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) is aan herziening toe. Een nieuwe Geneesmiddelenwet is in voorbereiding, maar zal nog geruime tijd op zich laten wachten. Op een aantal punten is de WOG zo verouderd dat een enkele aanpassing al heeft plaats gevonden. Zo heeft in 1998, op initiatief van het lid Oudkerk, wijziging plaatsgevonden van artikel 13, in die zin dat nu ook ziekenhuisapothekers extramuraal mogen afleveren. Het doel van deze wijziging was de opheffing van het primaat van de openbare apotheker, waardoor diens monopoliepositie verdwijnt. De aanpassing werd nodig geacht omdat «het oude artikel 13 kwaliteit en efficiency in de weg staat: de markt moet worden opengebrouwen, zodat voor verschillende partijen de noodzaak wordt vergroot om meer aandacht te schenken aan effectiviteit en kwaliteit». In relatie tot de ziekenhuisapotheker is de opheffing van het primaat van de openbare apotheker gerealiseerd, in relatie tot de apothekhoudend huisarts niet. Een status quo die haaks staat op het overheidsbeleid en een belemmering vormt voor de uitvoering ervan. Met het wetsvoorstel wordt beoogd deze belemmering weg te nemen.

2. Inhoud van het wetsvoorstel

Het voorliggende wetsvoorstel ligt in het verlengde van de wet Oudkerk en is een logische stap na de laatste aanpassing van de WOG: beoogd wordt een verdere opheffing van het primaat van de openbare apotheek, nu in relatie tot de apotheekhoudend huisarts, die sinds jaar en dag naast openbare apotheker en ziekenhuisapotheker onder bepaalde voorwaarden een aandeel levert aan de farmaceutische zorg. Concreet regelt het voorstel een aanpassing van artikel 6, op grond waarvan de huisarts alleen dan een vergunning tot het afleveren van geneesmiddelen verkrijgt als in hetzelfde gebied geen apotheker gevestigd is. Dit maakt een eind aan ongelijkwaardige positie van de doktersapotheek ten opzichte van ziekenhuis- en openbare apotheker. Hiermee worden primaat en monopoliepositie, die zoals gesteld een belemmering vormen voor de uitvoering van het overheidsbeleid, grotendeels geschrapt. Wel blijft de beperking in stand dat de apotheekhoudend huisarts medicatie verstrekt uitsluitend aan zijn eigen patiënten en geen farmaceutische specialités maakt.

3. Marktwerking, deregulering, vraaggestuurde zorg

Er is een aantal ontwikkelingen dat aanleiding geeft tot dit wetsvoorstel. In de eerste plaats is de rol van de overheid sinds de inwerkingtreding van de WOG sterk veranderd. Er is geen sprake meer van een sturende, regulerende en controlerende overheid. De overheid trekt zich terug, de vraag van de patiënt staat centraal en de regionale zorgverzekeraar wordt in staat gesteld de regierol op te pakken. Begrippen als marktwerking, deregulering en vraaggestuurde zorg vormen de pijlers van het huidige regeringsbeleid.¹ Zorgverzekeraars dienen de instrumenten te ontvangen om dit beleid te kunnen uitvoeren en regels die hierin belemmerend werken dienen te worden weggenomen. Met name op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening is reeds een aantal belangrijke stappen gezet om de regierol van de zorgverzekeraar te stimuleren. Vast staat dat in dit beleid geen plaats is voor monopolieposities en ongelijke behandeling van marktpartijen, anders dan om zwaarwegende kwaliteitsargumenten. Met andere woorden: aanbieders van zorg krijgen vrij toegang tot de markt, mits aan bepaalde kwaliteitseisen is voldaan. De zorgverzekeraar krijgt de regie en contracteert de zorgaanbieders waarmee zij overeenstemming bereikt. In het contracteringsbeleid zal een optimale combinatie van kwaliteit en kosten doorslaggevend zijn, maar ook de preferenties van de verzekerde, de patiënt, zijn wezenlijk van invloed op de keuze die de zorgverzekeraar maakt. Zo zijn patiënt en zorgverzekeraar, als de vragers van zorg, bepalend voor het succes van de aanbieder en diens kansen op de markt.

Ten aanzien van de kwaliteitsaspecten zij het volgende opgemerkt. De rol van de apotheker is sterk veranderd en ook zijn rol in de geneesmiddelenvoorziening. In de toelichting op de huidige WOG is gesteld dat juist de apotheker is toegerust om geneesmiddelen te bereiden en de wet verleent hem om die reden een centrale positie in de verstrekking daarvan. Was dat in 1958 nog het geval, anno 2001 heeft de apotheker de eigen bereiding bijna volledig uit handen gegeven: de eisen zijn zo hoog dat uit oogpunt van kwaliteit en veiligheid en om redenen van doelmatigheid de eigen bereidingen meer en meer zijn uitbesteed. Er vinden gemiddeld nog maar negen bereidingen per dag plaats, en dat aantal daalt nog steeds: op dit moment betreft 98% van de afgeleverde geneesmiddelen voorverpakte preparaten, welke geneesmiddelen de zware weg van de registratie hebben ondergaan. Een andere ontwikkeling is dat met het elektronisch voorschrijfsysteem de farmaceutische deskundigheid naar voren wordt gehaald in het zorgproces. Artsen zijn beter in staat voorlichting te geven over geneesmiddelen en de medicatiebewaking ter hand te nemen. Deze

¹ Vraag aan bod, Ministerie van VWS, juli 2001.

ontwikkelingen maken dat het afleveren van geneesmiddelen en het geven van voorlichting aan de patiënt de belangrijkste taken van de apotheker zijn geworden.

4. Beroepenscheiding

Het argument bij de totstandkoming van de WOG om de apotheker het primaat te verlenen is dat van de beroepenscheiding: geneeskunde en farmacie zijn twee verschillende vakgebieden, met elk hun eigen kennis, inzicht en deskundigheid. Bovendien treedt het gevaar op van belangenverstremming, is het argument. Negatieve effecten daarvan zijn, voor zover bekend, tot nu toe echter uitgebleven. Afgezien daarvan zal de mogelijkheid van belangenverstremming geheel zijn uitgesloten als de zorg en handel ten principale worden gescheiden. Ook uit oogpunt van doelmatigheid kan scheiding van zorg en handel een effectieve maatregel blijken te zijn. Onderzoek van het College voor Zorgverzekeringen wijst uit dat commerciële belangen de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening bemoeilijken.¹ Al eerder pleitte de commissie Koopmans voor het scheiden van inhoudelijke en commerciële belangen in de farmaceutische zorg.² De onder 3. genoemde ontwikkelingen zetten het eerste, inhoudelijke argument voor beroepenscheiding op de tocht. Nu immers ook de arts farmaceutische kennis rechtstreeks binnen bereik heeft via het huisartseninformatiesysteem, is het de vraag of strikt verankerd in de wet aan de scheiding van beroepen moet worden vastgehouden. Daarbij komt dat reeds bij de behandeling van de WOG in 1954 de Tweede Kamer bedenkingen uitte tegen een strikte beroepenscheiding. Men stelde namelijk vast dat «uit de ervaringen die sinds 1865 met het instituut apotheekhoudend huisarts zijn opgedaan, niet gebleken is dat uit een situatie gevaren zijn voortgekomen, nadelen zijn berokkend of zouden dreigen voor de Volksgezondheid».

5. Kwaliteitseisen

Gelijkwaardigheid betekent ook dat aan de aanbieders van farmaceutische zorg gelijke kwaliteitseisen worden gesteld. De openbare apotheker heeft de NAN (Nederlandse apothekersnorm), de ziekenhuisapotheker heeft de ZAN (ziekenhuisapothekersnorm) en de doktersapotheek de WPD (Werkafspraken en Protocollering Doktersapotheek). Voor de openbare en ziekenhuisapotheek bestaat daarnaast een certificatieschema, voor de doktersapotheek zal dit moeten worden ontwikkeld.

6. Gevolgen voor de praktijk

De gestelde kwaliteitseisen en de geringe fysieke mogelijkheden tot taakuitbreiding rechtvaardigen de verwachting dat slechts een gering aantal (huis)artsen om inschrijving van een doktersapotheek verzoekt. Tegelijkertijd mag van het wegnemen van deze principiële en onnodige belemmering van de marktwerking enig effect worden verwacht. In ieder geval kunnen zorgverzekeraars voor de aflevering van de geneesmiddelen uit meerdere gekwalificeerde aanbieders kiezen, dan wel zelf condities en voorwaarden stellen die een dergelijke keuze mogelijk maken. Zoals gesteld zal het aantal doktersapotheken gering zijn en zich beperken tot die gebieden waarin de openbare apotheker moeilijk bereikbaar is.

¹ Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp zorgverzekeraars, CvZ, mei 2001.

² Farmaceutische zorg door arts en apotheker, RVZ, maart 1998.

B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel I

In het algemene deel van deze toelichting is de aanleiding tot de wetswijziging reeds gegeven. Het beoogt het primaat van de openbare apotheken in die zin te relativeren dat een apotheekhoudende arts voor eigen patiënten medicatie mag verstrekken. Ingevolge de koppeling aan het bepaalde in artikel 6 blijft verder gelden dat de apotheekhoudende arts geen farmaceutische specialités zal maken.

Artikelen II en III

In artikel II is een overgangsregeling opgenomen, teneinde de geneesmiddelenmarkt voor te bereiden op de nieuwe situatie. Krachtens artikel III wordt de wijziging van artikel 6, eerste lid, van de WOG eerst per 1 januari 2004 van kracht, waarmee een ruime overgangstermijn in acht wordt genomen. Om in de tussenliggende periode het bestaande aantal doktersapotheken in stand te houden, voorziet de overgangsregeling erin dat de zittende apotheekhoudende huisartsen hun vergunning behouden en dat deze vergunning overdraagbaar is aan hun opvolgers. Het betreft hier het zogenaamde standstill principe.

Van Blerck-Woerdman
Oudkerk
Buijs
Van der Vlies