

Vergaderjaar 2017–2018

**29 477**

**Geneesmiddelenbeleid**

**Nr. 509**

## **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 11 juli 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 juni 2018 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 december 2017 inzake monitor Geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 461);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 18 december 2017 inzake wijziging van de Regeling maximumprijzen geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 459);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 24 januari 2018 inzake reactie op evaluaties van de ZonMw programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen en Health Technology Assessment (Kamerstuk 29 477, nr. 465);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 februari 2018 inzake evaluatierapport G5 (samenwerkingsverband tussen de vijf verstrekkers van betrouwbare en objectieve farmacotherapeutische informatie) (Kamerstuk 29 477, nr. 467);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 februari 2018 inzake verkenning medicinale cannabis (Kamerstuk 29 477, nr. 470);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 februari 2018 inzake advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van de zorg aan mensen met een zintuiglijke handicap of taalontwikkelingsstoornis (Kamerstuk 30 597, nr. 491);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 februari 2018 inzake RIVM rapport Off-labelgebruik van geneesmiddelen: Verkenning van de complexiteit en problematiek (Kamerstuk 29 477, nr. 469);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 maart 2018 inzake ontwikkelmodellen geneesmiddelen (Kamerstukken 29 477 en 32 336, nr. 473);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 maart 2018 inzake aankondiging kandidaten voor pakketsluis geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 475);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 april 2018 inzake resultaten projecten farmacie (Kamerstuk 29 477, nr. 477);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Dijkema, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 27 maart 2018, over het stopzetten van de vergoeding voor het medicijn Fampyra (Kamerstuk 29 477, nr. 476);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 mei 2018 inzake status vergoeding geneesmiddelen eculizumab, ribociclib en atezolizumab (Kamerstuk 29 477, nr. 480);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2018 inzake levering van extra medicinale cannabis aan Italië (Kamerstuk 29 477, nr. 479);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2018 inzake antwoorden op vragen commissie over de toezending standpunten voorwaardelijke toelating tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 29 689, nr. 908);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 mei 2018 inzake reactie op het verzoek van het lid Dijkema, gedaan tijdens de Regeling van werkzaamheden van 24 april 2018, over het bericht «Honderdduizenden mensen zieker door overstap naar ander merk medicijn» (Kamerstuk 29 477, nr. 482);
- de brief van de Minister van Buitenlandse Zaken d.d. 15 juni 2018 inzake Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en het Europees Geneesmiddelenbureau betreffende de vestiging van het Europees Geneesmiddelenbureau; 's-Gravenhage, 1 juni 2018 (Kamerstuk 30 952, nr. 310).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Pia Dijkstra**  
**Griffier: Bakker**

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Ellemeet, Van Gerven, Öztürk, Ploumen, Sazias en Aukje de Vries,

en de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport.

Aanvang 14.00 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. Ik open bij dezen het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Minister voor Medische Zorg. We hebben het vanmiddag over het geneesmiddelen-beleid. We hebben een spreektijd van vier minuten afgesproken en ik stel voor in de eerste termijn twee interrupties toe te staan. Daarna kijken we even hoe het loopt. Vier minuten. U kijkt verbaasd, mevrouw De Vries. Hebt u op vijf gerekend?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):  
Ja.

**De voorzitter:**

We hebben vier afgesproken. Laten we proberen om het binnen die tijd te doen, want we hebben tot 17.00 uur en dat is redelijk beperkt voor een vrij uitvoerig en belangrijk onderwerp. Ik heet de Minister en zijn ondersteuning uiteraard van harte welkom. Ik heet de mensen op de publieke tribune en de collega's van harte welkom. Ik geef meteen maar het woord aan de heer Van Gerven, die spreekt namens de Socialistische Partij.

**De heer Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Ik was op bezoek bij de professoren Bernards en Schellens van het Antoni van Leeuwenhoek. Zij hebben laten zien dat met creativiteit en moed de macht van de farmaceutische industrie te doorbreken is. De heren vonden namelijk een manier om een geneesmiddel voor de behandeling van huidkanker vele malen goedkoper te produceren dan de prijzen die de farmaceut vraagt voor het geneesmiddel bij de behandeling van lymfklierkanker. In plaats van hun ontdekking voor veel geld door te verkopen aan de farmaceutische industrie, kozen zij ervoor het middel zelf verder te onderzoeken en te registreren. Het resultaat: een betaalbaar geneesmiddel.

De prijzen die farmaceuten vragen voor hun medicijnen, wekken veel verontwaardiging. De prijs die de fabrikant vraagt, staat vaak totaal niet in verhouding tot de kosten voor het ontwikkelen van dat medicijn. Daar komt nog eens bij dat geneesmiddelen vaak met publiek geld door universiteiten ontwikkeld worden. Farmaceuten profiteren hier enorm van en verdienen er grof geld mee, met als gevolg medicijnen met een veel hogere prijs dan eigenlijk zou moeten. De SP stelt daarom voor om een nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen op te richten. Met dit fonds worden de kosten van de grote klinische studies en registratie betaald. Hierdoor zijn universiteiten niet langer gedwongen om hun middel aan de farmaceutische industrie te verkopen omdat ze de kosten niet kunnen dragen. Met andere woorden: de afhankelijkheidsrelatie met de farma wordt doorbroken en de baten komen terug bij de samenleving in de vorm van een nieuw betaalbaar medicijn. Het fonds wordt gevuld met de verplichte bijdrage van 5% uit het marketingbudget van de farmaceutische industrie, een methode die al jaren met succes wordt toegepast in Italië. Ik wil de Minister vandaag dan ook vragen dezelfde moed te tonen als

professor Bernards en professor Schellens. Toon moed en maak een nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen mogelijk!  
Dan het besluit om paracetamol, mineralen en vitaminen uit het pakket te halen. Ik ben verbijsterd dat het kabinet met dit voorstel op de proppen is gekomen. Bij het debat over het eigen risico hebben we alle coalitiepartijen en de regering de mond vol zien hebben over het aanpakken van de stapeling van de zorgkosten. Dit staat echt haaks op het besluit om duizenden en duizenden chronisch zieken te treffen door de zware paracetamol en bepaalde mineralen en vitaminen uit het pakket te halen. De effectiviteit en medische noodzaak van het gebruik van deze middelen staan niet ter discussie. Het gebeurt enkel en alleen om geld op te halen, maar wel bij chronisch zieken. Dat is niet alleen inconsistent, maar ook onrechtvaardig.

**De voorzitter:**

Meneer Van Gerven, er is een vraag voor u van mevrouw De Vries.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Meer even een punt van orde. Dit is een belangrijk aangelegen punt waar we het zeker over moeten hebben. Maar ik heb me daar nu niet op voorbereid, omdat het ook volgende week bij het AO Pakketbeheer op de agenda staat. Ik vind het dan ook wat lastig worden in de discussie met elkaar. Ik weet niet hoe meneer Van Gerven daarnaar kijkt, maar het zou misschien goed zijn als we het volgende week bespreken.

**De voorzitter:**

Nee, het staat niet voor vandaag op de agenda.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik betrek het erbij, omdat het wel degelijk geneesmiddelenbeleid is. Uiteraard komt het ook bij het pakket terug. Dus vandaar.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dan de herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik begrijp niet goed wat de Minister nu wel of niet gaat doen, maar ik wil één kanttekening plaatsen. Wat de Minister ook doet, het moet niet leiden tot meer eigen betalingen. Zou de Minister daar wat opheldering over kunnen verschaffen?

Dan het plan om de eigen betaling van medicijnen te maximeren op € 250. Dat is een onzalig plan, want dat komt nog eens bovenop het eigen risico van € 385. En waar is toch het principe gebleven dat zorg zonder financiële drempels beschikbaar moet zijn, juist voor de mensen die die zorg het hardst nodig hebben? Wil de Minister het plan intrekken, omdat het niet eerlijk is en Big Pharma juist in de kaart dreigt te spelen?

Ik komt tot een afronding, voorzitter. Om de monopoliepositie van Big Pharma te doorbreken, is het magistraal bereiden van geneesmiddelen een effectief middel. Is de Minister bereid om achter de apothekers te gaan staan, als Big Pharma juridische procedures aanspant tegen individuele moedige apothekers? Bij de aanpak van Big Pharma is moed nodig. Wil de Minister deze moedige Minister zijn?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, meneer Van Gerven. Ik geef het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Zorg moet voor iedereen beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar zijn. Dat geldt ook voor farmaceutische spoedzorg in de avond, nacht en op zondag. Het is wat het CDA betreft geen doel op zich om de apotheken daarvoor open te houden. Wij vinden wel dat er in de regio's een fatsoenlijk alternatief moet komen, dat naar lokale tevredenheid is en voldoet aan de criteria beschikbaarheid, klantvriendelijkheid, kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid. Ik krijg echter signalen dat in sommige regio's het gesprek hierover niet goed loopt. Kan de Minister toezeggen dat hij met de zorgverzekeraars in gesprek gaat om ervoor te zorgen dat de openingsuren van dienstapotheken niet worden afgebouwd, zolang er geen volwaardig alternatief is gevonden? Kan de Minister de Kamer informeren over de oplossingen die bedacht worden en kan de Minister hierbij aangeven hoe de apothekers en andere betrokkenen in de regio betrokken zijn?

Voorzitter. Tegenwoordig krijgen wij bijna iedere week wel een bericht over geneesmiddelentekorten. Het is een hardnekkig probleem, waar in de brief van de Minister maar weinig aandacht voor is. Het CDA wil dat de Minister hier bovenop blijft zitten. Is leveringszekerheid inmiddels een standaardonderdeel van de inkoopwaarden en wordt hierop gesanctioneerd? Hoe wordt door de inspectie gehandhaafd op het tijdig melden van fabrikanten dat een bepaald medicijn, misschien tijdelijk, niet geleverd kan worden? Een wisseling van medicijnen heeft namelijk vaak grote gevolgen voor patiënten. Ziet de Minister mogelijkheden om het voor apothekers makkelijker te maken om bij tekorten producten uit het buitenland te betrekken? En hoe staat het met Caraïbisch Nederland? Ook daar is sprake van medicijntekorten. Welke actie onderneemt de Minister daarvoor?

Voorzitter. De Minister neemt meerdere maatregelen om de kosten van dure geneesmiddelen binnen de perken te houden. Ziekenhuizen zijn inmiddels ongeveer 8,5% van het totale budget kwijt aan medicijnen en dit percentage stijgt met 7% per jaar. Ziet de Minister het risico dat dit tot verdringing van andere zorg kan leiden? Is het een idee om het Zorginstituut alle toegelaten medicijnen na drie tot vijf jaar te laten evalueren? En waarom kiest de Minister er niet voor om de sluis nog strakker in te richten? Zouden bijvoorbeeld alle nieuwe geneesmiddelen, waarbij geen sprake is van uitwisselbaarheid, per definitie in de sluis moeten komen? Kan verspilling van medicijnen en kosten worden voorkomen door testers meer te vergoeden? En kan de ontwikkeling niet goedkoper worden gemaakt door onderzoeken en patiënten beter te matchen? Er kan bespaard worden door hergebruik te onderzoeken.

Voorzitter. Ten slotte, uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning blijkt dat professionals en patiënten zich vooral zorgen maken over antibiotica-resistentie. Antibiotica moeten minder vaak voorgeschreven worden en er moeten meer nieuwe antibiotica ontwikkeld worden. Mijn collega in het Europees Parlement, Annie Schreijer, is al jaren met dit thema bezig. Nederland doet het internationaal relatief goed met het beperkt voorschrijven van antibiotica, maar ook hier is lokaal nog veel variatie tussen gemeenten. Wil de Minister laten onderzoeken waardoor deze verschillen verklaard kunnen worden? Daarnaast moet er meer worden ingezet op de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. De Minister schrijft in zijn reactie op de initiatiefnota van de collega's dat hij zich kan voorstellen dat voor de ontwikkeling van antibiotica andere businessmodellen komen. Waar denkt de Minister daarbij aan?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Er is een vraag voor u van mevrouw Sazias en daarna van de heer Van Gerven.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik hoor mijn collega van het CDA haar zorgen uitspreken over antibiotica en dat is helemaal terecht. Zou u, zolang dat nieuwe antibioticum er nog niet is, geïnteresseerd zijn om meer onderzoek te gaan doen naar fagen? Want dat zou ook een oplossing kunnen zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wij willen niet specifiek een of ander onderzoek stimuleren. Naar mijn weten is er een Europees programma dat beloont als je nieuwe middelen voor antibioticaresistentie vindt. Als men zegt dat er andere vervangers zijn die tot dezelfde conclusie kunnen leiden, hebben wij daar bij voorbaat geen negatieve mening over, maar dan horen wij graag ook van de meer technische en medische mensen wat daarvan de voor- en de nadelen zouden kunnen zijn.

De **voorzitter**:

Mevrouw Sazias in tweede instantie.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

De fagen zijn ontwikkeld in andere landen, die gewoon een andere weg zijn gegaan dan de weg van de antibiotica. U hebt het niet genoemd, maar ik zou toch wel benieuwd zijn hoe de Minister daarop reageert.

De **voorzitter**:

U krijgt zo nog gelegenheid in uw eigen termijn. De heer Van Gerven heeft nog een vraag voor mevrouw Van den Berg.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik had een vraag over het nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen. Hoe kijkt het CDA aan tegen dat initiatief van die twee hoogleraren van het Antoni van Leeuwenhoek? En hoe kijkt het CDA aan tegen het voorstel dat ik zojuist ingebracht heb? Overigens wordt dat gesteund door de Partij van de Arbeid en GroenLinks – dat ben ik nog vergeten te zeggen – omdat het in lijn ligt met de initiatiefnota die we hebben gemaakt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Wat bij de universiteiten door de hoogleraren is gebeurd – dat er middelen worden gevonden en dat men zegt: dat gaan we verder zelf ontwikkelen – kunnen wij natuurlijk alleen maar van harte ondersteunen. Ik heb echter altijd wel begrepen dat het ontwikkelen van een middel één ding is, maar dat het op een volledig hygiënische en veilige manier in grote productie nemen een andere tak van sport is. Wij zien als CDA niet echt wat in een nationaal fonds, omdat de relatie tussen wat men erin stopt en wat men eruit haalt dan niet meer te zien is. Deze relatie zien wij in feite gewoon als een extra belasting voor farmabedrijven. Dus dan vraag je gewoon een extra belasting en dat vinden wij niet het meest doelmatige instrument.

De heer **Van Gerven** (SP):

De hoogleraren Schellens en Bernards pleiten juist wel voor dat fonds. Zij zeggen: wij komen middelen tekort vanuit de publieke sector om klinisch onderzoek te doen en het middel zelf te registreren, zodat het geld niet naar een fabrikant vloeit die een hoge prijs stelt en wij zelf de prijs kunnen beïnvloeden. Ik ga even terug naar Klink, een oud-Minister die een voorstander was van dat Italiaanse model om 5% van de marketingkosten aan de industrie te vragen, om dat in te zetten voor een publiek of voor een nationaal fonds. Wat ik nou niet begrijp, is waarom ...

De **voorzitter**:

Meneer Van Gerven, even uw vraag formuleren, want het duurt erg lang.

De heer **Van Gerven** (SP):

Wat ik niet begrijp, is dat het CDA niet de lijn volgt die Minister Klink ook van plan was te gaan volgen, maar niet heeft kunnen afmaken.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ten eerste, dat is natuurlijk vele jaren geleden. We kijken nu wat op dit moment volgens ons de meest effectieve manier zou zijn om dit te ontwikkelen. Op andere plekken heb ik al gezegd dat als de farma op de huidige manier doorgaat, ze haar license to operate verliest. Dus wij willen zeker dat er meer transparantie over de kosten komt. Wij willen ook dat de processen en procedures van de farma worden aangepakt. Wij zien op heel veel andere terreinen, ook buiten de medicijnen, heel goede samenwerkingscombinaties van universiteiten met het bedrijfsleven, die voor beide voordelig zijn. Daar zouden wij ons graag op willen focussen.

De **voorzitter**:

U was aan het einde van uw betoog?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ja, ik was al aan het einde van mijn betoog.

De **voorzitter**:

Dan dank ik u en geef ik het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Laat ik beginnen met een compliment aan de Minister. We hebben een uitvoerige brief gekregen en ook een uitvoerige reactie op onze initiatiefnota. En ik zeg «onze», omdat die samen met de collega's van de SP en GroenLinks is geschreven. Ik wil de Minister daarvoor danken. We gaan daar natuurlijk nog apart over spreken, maar een aantal onderwerpen raakt zeer aan het onderwerp van dit overleg. Voorzitter. De Minister geeft de indruk dat hij zich bewust is van een aantal problemen, bijvoorbeeld wat betreft de prijsstelling. Hij lijkt een aantal stappen te willen zetten, maar hij stopt net voordat hij de finish bereikt. Dat komt doordat hij zich, vind ik, laat gijzelen door de farmaceutische industrie. Ik zou hem op een aantal punten om een wat nadere toelichting willen vragen, want wellicht kan ik hem dan op andere gedachten brengen en is hij alsnog in de race voor een medaille.

Voorzitter. We weten het allemaal. Als jij of je kind ziek wordt, heb je echt maar één doel voor ogen en dat is beter worden. Gelukkig kunnen we steeds meer. Er zijn nieuwe behandelmethodes en er zijn nieuwe geneesmiddelen. Maar toch gaat het nog vaak mis, omdat de farmaceutische industrie weet hoe belangrijk wij onze gezondheid en de gezondheid van onze kinderen vinden. Daarom gaan wij door roeien en ruiten, om het maar eens huiselijk te zeggen, om het medicijn te krijgen dat we nodig hebben. De farmaceutische industrie maakt daar helaas geregeld misbruik van door over de rug van patiënten torenhoge prijzen te vragen om hun winsten te maximeren. Iedereen weet dat de ontwikkeling en productie van medicijnen geld kosten. Niemand heeft iets tegen een faire prijs, maar wij willen niet dat burgers de winsten van de farmaceuten maximeren.

Voorzitter. Wij vinden dat de macht van de farmaceutische industrie in dezen gebroken moet worden, in het belang van de patiënten, maar natuurlijk ook in het belang van de financierbaarheid van de zorg. Naar aanleiding van de brief van de Minister, zijn maatregelen en onze initiatiefnota heb ik vragen op vier onderwerpen.

De eerste gaat over de Wet geneesmiddelenprijzen. Het kabinet neemt onze suggestie niet over om onverkort het Noorse model over te nemen. Bij dat Noorse model worden prijzen op een andere manier vergeleken

dan wij nu in Nederland doen, waardoor geneesmiddelen uiteindelijk goedkoper uitvallen. In de brief wekt de Minister de indruk dat het kabinet zich laat leiden door de angst dat de farmaceuten de medicijnen dan pas veel later op de Nederlandse markt zouden brengen. Dat lijkt mij chantage en daar zouden we niet voor moeten zwichten. De aanpassing die het kabinet wel wil doen – alvast dank daarvoor – gaat pas in 2020 in. Waarom niet in 2019, vraag ik aan de Minister. Ik overweeg een motie op dit punt. Twee. Het transparantieregister. Vervelend dat ik het zo moet zeggen, maar het is ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Ploumen, voordat u verdergaat: er is een vraag van de heer Öztürk, die spreekt namens DENK.

**De heer Öztürk (DENK):**

Dank u wel dat ik ook in deze commissie mag meedoen. Meestal is de heer Kuzu hier aanwezig, maar hij heeft nu een ander AO, zodat ik voor hem moet invallen.

Even over de macht van de geneesmiddelenindustrie, de farmaceutische industrie. Het is algemeen bekend dat ze heel machtig en krachtig is. Ik herinner me nog dat de heer Kuzu in 2012–2013 met dezelfde vraag kwam wat betreft het Noorse model. Dat is vijf jaar geleden en de Partij van de Arbeid heeft in die vijf jaar ook in de coalitie gezeten en heel veel Ministers en Staatssecretarissen geleverd. Hoe kan het nou dat het in die vijf jaar tijd niet gelukt is en dat u de huidige Minister met een motie wil dwingen om het wel te laten lukken? Waarmee denkt u het verschil in te brengen vanuit de Partij van de Arbeid?

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Allereerst doet het me deugd om vast te stellen dat, alvorens ik een motie heb ingediend, ik nu al de steun van DENK heb gekregen, waarvoor hartelijk dank. Ik ga hier geen recensie van het vorige kabinet geven. Ik weet dat zowel het kabinet als de Kamer zeer heeft ingezet op het beperken van de kosten van de zorg, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg op niveau moest blijven. Daar zijn allerlei manieren voor. Minister Schippers – laat ik dat dan wel zeggen, want zij krijgt wat dat betreft van mij een positieve recensie – heeft in Europa veel steun gezocht voor het beteugelen van de macht van de farmaceuten en we zetten nu gewoon een volgende stap. En ik hoop op brede steun.

**De voorzitter:**

In tweede instantie, meneer Öztürk.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ik heb u natuurlijk gevraagd om vanuit uw ervaring, uw deskundigheid en uw verleden met inhoudelijke argumenten te komen om deze Minister zover te krijgen, want het lukt gewoon niet. Een aantal jongens zit hier in deze ruimte. Zij zijn gewoon machtig en we moeten dus manieren vinden om de machtsmonopolie te doorbreken. De afgelopen vijf jaar is het uw kabinet niet helemaal gelukt. U wilt nu het huidige kabinet zover krijgen, maar wat kunt u zeggen? Dit hadden wij toen moeten doen en nu is de kans om het alsnog te doen? Daar zoek ik naar.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ik denk dat het goed is om de heer Öztürk erop te wijzen dat we samen met GroenLinks en de SP in de door mij genoemde initiatiefnota een hele serie voorstellen doen. De heer Van Gerven noemde er al een. Ik heb er zelf ook al een aantal genoemd. Dat is voor ons het uitgangspunt. Wat mij betreft borduren we voort op een ontwikkeling die op brede steun in de Kamer kan rekenen en die ook op brede steun in de samenleving kan

rekenen. Dat lijkt mij alleen maar goed, want we doen het uiteindelijk opdat iedereen betaalbare medicijnen heeft. En over mijn verleden, voorzitter, spreek ik liever niet.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ploumen, u mag verdergaan. Ik waarschuw u even voor de spreektijd. U noemde vier punten en u hebt er pas één genoemd. U hebt maximaal vier minuten. Ik ken u een beetje, dus ik geef u alvast die voorwaarschuwing.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ja, voorzitter, dank u wel. Die andere twee punten kunnen ongetwijfeld wat korter.

Eén. Het transparantieregister blijft in onze ogen te vrijblijvend. Als we de redenering van de Minister volgen, blijft het nog steeds mogelijk dat niet alles wat in dat register zou horen, daarin wordt opgenomen. En het blijft mogelijk dat maatschappen financieel gesteund worden door farmaceuten. Aandacht vragen is goed, maar onvoldoende. Daarom vraag ik aan de Minister of hij die wettelijke verplichting zou willen invoeren. Dan dwanglicenties. Dank aan de Minister dat hij het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving overneemt en dat hij een commissie aan het werk zet. Die gaat vanuit juridisch en economisch perspectief aan de slag. Ik zou de Minister willen oproepen om ook het belang van de volksgezondheid en het recht op medicijnen bij die perspectieven op te tellen.

Mijn laatste punt gaat over licentieovereenkomsten. Daarin gaat het natuurlijk om collectieve investeringen. Daar stellen we voorwaarden aan. Althans, dat zou ik willen. De Minister schrijft dat hij dat eerst aan het veld wil laten en dan pas dwingende maatregelen wil onderzoeken. Op welke termijn overweegt hij dat dan? Kan hij een uiterste datum noemen, bijvoorbeeld het einde van dit jaar? Dat zou het allemaal veel duidelijker maken. Ook op dit punt overweeg ik een motie en dan hoop ik overigens weer op de steun van de heer Öztürk.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Het woord is aan mevrouw De Vries namens de VVD.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Dank u wel, voorzitter. Het is een belangrijk onderwerp waarover we vanmiddag spreken. Er zijn heel veel verschillende aspecten, dus ik kan er helaas maar een paar benoemen. Wij zijn van mening dat de patiënten zo snel als mogelijk toegang moeten hebben tot veelbelovende effectieve medicijnen tegen een eerlijke prijs. Het is goed dat de Minister inzet op het verlagen van die prijs, ook met het oog op de betaalbaarheid, maar ook op die snelle toegang. Van de acties die de Minister heeft aangekondigd in zijn geneesmiddelenbrief kunnen wij de meeste ook ondersteunen.

Zoals bekend ziet de VVD geen weg voor uitbreiding van dwanglicenties of uitbreiding van magistrale bereidingen. Dat is in eerdere debatten al aan de orde geweest. Wij willen wel graag kijken naar het misbruik van de beschermingsconstructies. Op verzoek van Nederland en VVD-Minister Schippers wordt daar onderzoek naar gedaan binnen Europa. Wij denken dat het een goede zaak is om daarnaar te kijken. Het onderzoek is vooral gericht op de betaalbaarheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen. Kan de Minister al aangeven wanneer dat onderzoek gereed is, want dat zou ergens deze zomer zijn? Het lijkt ons goed dat het in ieder geval op korte termijn gaat plaatsvinden.

In de geneesmiddelenbrief zet de Minister ook weer in op de sluis voor dure geneesmiddelen. Dat lijkt ons ook logisch, maar gelet op de snelle toegang vinden we het wel belangrijk dat die procedure niet te lang gaat duren. Hebben het Zorginstituut en het Ministerie van VWS wel voldoende capaciteit om daar snel duidelijkheid over te geven? Er zit geen termijn in. En ik snap dat je er in het onderhandelingstraject geen termijn op moet zetten, want dan help je de farmaceuten en dat is natuurlijk niet de bedoeling. Maar kan de Minister na een jaar evalueren of de procedure sneller of langzamer is geweest en kan hij ook aangeven wat de kosten en de baten van de sluis zijn geweest?

We vinden het heel goed dat de Minister ook inzet op meer transparantie in het overleg met de farmaceutische industrie. Wij zouden dat overleg graag nog wat breder willen zien. Het gaat nu alleen over transparantie, maar ik kan me voorstellen dat het ook gaat over de lagere prijzen, de toegankelijkheid voor patiënten en de innovatie. We zijn benieuwd hoe de Minister ernaar kijkt om ook dat op te pakken.

We zouden het verder goed vinden als er iets van een branchecode of een gedragscode komt voor de farmaceutische industrie. Wij vinden echt dat ook in de farmaceutische industrie men elkaar te weinig en te weinig openlijk aanspreekt op dingen die niet goed gaan. Ik wil in die zin ook een oproep aan de sector doen om dat de komende tijd in ieder geval meer te gaan doen.

Dan de maximering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem tot maximaal € 250 per verzekerde. Dat past in het beleid van het kabinet om de eigen betalingen tegen te gaan. De VVD vraagt zich wel af of die regeling per 1 januari 2019 uitvoerbaar is. Het ministerie lijkt de bal vooral neer te leggen bij de apothekers en de verzekeraars. Die zien nog wel wat bezwaren. Hoe moet er bijvoorbeeld omgegaan worden met de kortingen op de lijstprijzen? Wat als door de maximering ook de prijzen gaan stijgen? Dat is juist wat we niet willen. Is de Minister bereid om dat ook te gaan monitoren? Welke rol pakt het Ministerie van VWS zelf om ervoor te zorgen dat het geen bureaucratische en fraudegevoelige moloch wordt? De Minister heeft weinig oog voor de negatieve gevolgen van de lage geneesmiddelenprijzen. Ik zou graag zijn reflectie daarop willen. Hoe kijkt hij daartegenaan? En wat doet de ACM, de Autoriteit Consument & Markt, op dit moment aan marktmacht wat betreft geneesmiddelen? Welke prioriteiten heeft zij en heeft ze voldoende expertise om het aan te pakken?

Dan een laatste punt wat mij betreft, voorzitter. Het betreft iets wat ik mis in de geneesmiddelenbrief van deze Minister. Er wordt wel gesproken over «gepast gebruik van medicijnen». Wij denken dat biomarkers daar een belangrijke rol bij kunnen spelen, zeker bij dure geneesmiddelen. Het gebruik van biomarkers zorgt voor een meer gerichte behandeling en, wellicht nog veel belangrijker, voorkomt overbehandeling met extreem dure geneesmiddelen. Wat gaat de Minister op dat punt doen? Is hij eventueel bereid om bij dure geneesmiddelen zo'n biomarker te verplichten? In het AO Geneesmiddelenbeleid van 9 februari 2017 heeft de Minister aan de VVD toegezegd de NZa ernaar te laten kijken, ook naar de structurele financiering van diagnostische tests in de praktijk. Wat is daaruit gekomen?

Het allerlaatste punt gaat over de registry voor medicijnen: hoe werken ze in de praktijk als ze zijn voorgeschreven en werken ze überhaupt? Daar kan zo'n registry bij helpen. Dat moet dan wel aan de bron gebeuren om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Wat gaat de Minister op dat punt doen?

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Ellemeeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. We spreken vandaag over een industrie die heel ver verwijderd is van het onderwerp van onze commissie, namelijk zorg. In plaats van dat het om gezondheid draait, draait het steeds meer om winst in de farmaceutische industrie. Zoals u weet, heeft mijn fractie samen met de PvdA en de SP een initiatiefnota aangeboden, waarin we voorstellen doen om van de geneesmiddelensector weer een gezonde sector te maken. Die voorstellen gaan we nog uitgebreider bespreken in een apart notaoverleg. In dit debat wil ik dan ook graag stilstaan bij een aantal voorstellen van de Minister.

Voorzitter. In de plannen van de Minister zie ik de ambitie om de excessen in de farmaceutische industrie aan te pakken, om te beginnen door het beheersbaar maken van de kosten. Zo noemt hij onder andere dat hij Duitsland als referentieland wil vervangen om tot lagere medicijnprijzen te komen. Ik sluit me aan bij de kritische opmerkingen van collega Ploumen, maar op zich vind ik dit al een heel goede eerste stap. De Minister wil de ingangsdatum laten ingaan op 1 januari 2020, maar wil of kan hij voor die tijd tijdelijke maatregelen nemen om de prijzen al voor 2020 naar beneden bij te stellen?

Voorzitter. Positief vindt mijn fractie het voornemen van de Minister om meer geneesmiddelen in aanmerking te laten komen voor de sluis, maar patiënten mogen niet de dupe worden van te lange wachttijden. Dat is ook al eerder genoemd. Hoe wil de Minister dat aanpakken, om te voorkomen dat we met langere wachttijden te maken krijgen?

Ook positief vindt mijn fractie het voornemen om groepen dure geneesmiddelen van de extramurale farmacie naar de ziekenhuisfarmacie over te hevelen. Daar kan effectiever gezamenlijk worden onderhandeld en ingekocht. Maar helaas pakt de Minister op dit punt net niet genoeg door. Want zou het niet verstandiger zijn als ziekenhuizen een vergoeding krijgen voor dure geneesmiddelen op basis van de netto-inkoop prijs in plaats van op de lijstprijs? Waarom laat de Minister deze oneigenlijke prikkel bestaan?

Voorzitter. Net als de Minister ben ik enthousiast over het initiatief van het AMC, alweer een tijdje terug, om zelf een medicijn te ontwikkelen, aangezien de fabrikant misbruik maakt van de wetgeving. De Minister wil de Kamer in oktober informeren over de voortgang op het onderwerp magistrale bereiding. Wat hoopt de Minister ons dan te kunnen melden, want «voortgang» is heel algemeen geformuleerd. Welke doelen stelt hij zichzelf?

Voorzitter. De invloed van de farmaceutische industrie reikt te ver, ook als het gaat over onderzoek. Willen we er zeker van zijn dat het onderzoek naar de effectiviteit van een geneesmiddel onafhankelijk is, dan moeten de data die bij dat onderzoek gebruikt worden niet in handen zijn van de industrie zelf. Registers moeten in publieke handen zijn. De Minister heeft het Zorginstituut om advies gevraagd over die registers. Is de Minister het met GroenLinks eens dat patiëntenorganisaties zeggenschap zouden moeten hebben over de registers? En kan de Minister toezeggen om voor de begrotingsbehandeling dit najaar de Kamer te informeren over zijn visie op patiëntenregisters? Graag een reactie.

Voorzitter. GroenLinks wil dat er een einde komt aan de hoge en soms torenhoge bijbetalingen die mensen moeten doen voor hun medicijnen. Het is daarom goed dat de Minister de bijbetaling voor mensen wil maximeren en beperken, maar ik heb wel vraagtekens bij de manier waarop hij dat wil doen. Is de Minister bereid om ook maatwerkoplossingen verder te verkennen zonder een heel nieuw incasso- en regeldruk-circus op te tuigen? Is het niet verstandiger om de zogenaamde spookclusters op te heffen en een beperkt aantal geneesmiddelen onder de WGP te brengen? Graag een reactie.

Voorzitter. Dan kom ik ten slotte op een onderwerp waarvan ik hoop dat het hoog op de agenda komt als we het hebben over geneesmiddelen,

namelijk leefstijl als medicijn. Leefstijl als medicijn klinkt sommigen nog ongeloofwaardig in de oren. Toch zien we bijvoorbeeld al bij diabetes type 2 dat patiënten met een uitgewerkte aanpassing van hun leefstijl weer gezonde bloedwaardes hebben. Deze aanpak kon ontwikkeld worden met financiering uit een programma van het Ministerie van Economische Zaken, dat tot 2016 liep. En dat is ook logisch, want er is geen commerciële prikkel voor de ontwikkeling van dergelijke medicijnen. Is de Minister het met GroenLinks eens dat er een nieuwe financieringsagenda zou moeten komen voor de ontwikkeling van leefstijl als medicijn? Graag een reactie.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Het woord is aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Een dag of vijf geleden kwam de langverwachte brief van de Minister voor Medische Zorg over de geneesmiddelensector. Ik begreep niet waarom we daar zo lang op moesten wachten. Als ik het wel begrijp was de strekking ineens, om het samen te vatten, dat dit kabinet een half miljard euro gaat bezuinigen en dat de patiënten daarvoor opdraaien. Hoewel ik op zich de maatregelen om geneesmiddelen betaalbaar te houden kan volgen, begrijp ik niet waarom de besparing niet terugvloeit naar de plekken waar tekorten zijn. Waarom nou weer inleveren bij de schatkist? Bij de dure geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen is geld nodig. Elk jaar zien we schrijnende gevallen opduiken, waarbij patiënten een werkend geneesmiddel niet vergoed krijgen. We hebben het voorbeeld gehad van Spinraza bij Dirkje met de spierziekte SMA. We hebben het voorbeeld gehad van Orkambi bij de patiënten met taaislijmziekte. We hebben de talloze voorbeelden in de mail gekregen van patiënten met MS, die het middel Fampyra niet meer krijgen.

Bij de begroting vorig jaar hebben we nog gepleit voor een humanitair geneesmiddelenfonds en daar ook een amendement voor ingediend. Dat amendement is verworpen. Intussen komt er wel een innovatiefonds voor geneesmiddelen. Ook daar zitten we weer in het verdomhoekje. Waarom toch, vraag ik de Minister. Het doemscenario van prijzen van geneesmiddelen die de pan uitrijzen, valt vooralsnog niet op te maken uit de cijfers. Want de prijzen van bijvoorbeeld de spécialités zijn ten opzichte van 2012 gedaald. De uitgaven voor geneesmiddelen zijn eigenlijk al jaren vrij constant, ongeveer zo'n 6 miljard euro. Hiervan gaat een kleine 2 miljard euro naar dure geneesmiddelen en naar weesgeneesmiddelen gaat slechts 226 miljoen, terwijl er vorig jaar een onderschrijding van 263 miljoen op de geneesmiddelen was. Er is dus genoeg buffer om twee keer zo veel weesgeneesmiddelen in het basispakket op te nemen. Weet de Minister hoeveel patiënten hij daar gelukkig mee zou maken, een deel van leven zou geven, een toekomst? Ik wil de Minister dan ook vragen niet langer van doemscenario's uit te gaan. Als er echt, zoals Minister Schippers bekende, zo'n 200 baanbrekende middelen aankomen, dan is dat toch een zegen en geen doemscenario?

Ik ga kort in op een aantal maatregelen. De aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen vindt niet plaats volgens het Noorse model waar wij al jaren voor pleiten. Alleen Duitsland wordt als referentieland geschrapt. Teleurstellend. Maar als Noorwegen de plek van Duitsland inneemt, kunnen we het beschouwen als een eerste stap.

De Minister heeft het over de prijstransparantie. Daar ga ik helemaal in mee. Gaat de Minister ook voor transparantie zorgen ten aanzien van de financiële arrangementen die het ministerie afsluit? Ik lees in de monitor dat het ministerie arrangementen afsluit, maar waar kan ik de cijfers controleren?

Wacht even, hoor.

De **voorzitter**:

Slokje water, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja.

De **voorzitter**:

We zetten even de tijd stil. Doe maar rustig.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het is een chronisch gebeuren, dus ik ben blij dat het reces er aankomt.

De **voorzitter**:

Neemt u de tijd, we voelen met u mee.

De heer **Öztürk** (DENK):

Neem een medicijn!

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nee, dat is er helaas niet. Dat heeft mijn specialist al uitgedokterd.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Even kijken. De afspraken rondom de financiële arrangementen zijn geheim. Wat ik ook mis in het kader van transparantie, is het openbaar maken van de inkooprijzen van de ziekenhuizen. Ze kopen tegen korting in en declareren de maximumrijzen bij de zorgverzekering. Zo wordt de premie hooggehouden en verdwijnt de marge in de zakken van het ziekenhuis.

Dan de sluis. We zijn niet principieel tegen de sluisprocedure, maar we kunnen weinig met de wijze waarop die nu is vormgegeven. We zien de doorlooptijden eerder toe- dan afnemen. We zien wonderlijke adviezen van het Zorginstituut. Nu alle dure geneesmiddelen standaard in de sluis terechtkomen, voorzien we nog meer vertraging. En patiënten staan maar te wachten, soms twee jaar als het om Orkambi gaat. Hoe gaat de Minister dit oplossen? Waarom stelt hij niet een maximale termijn aan de sluisprocedure?

Afrondend. Ik hoor van diverse kanten dat de door het Zorginstituut gehanteerde methode niet geschikt is voor de beoordeling van weesgeneesmiddelen. Daar hebben we al vaker op gehamerd. Ik betreur het dan ook dat de Minister de expertisecentra voor zeldzame aandoeningen niet wil betrekken bij het voorschrijven en vergoeden van weesgeneesmiddelen. We zijn toe aan een andere manier van beoordelen, niet alleen bij de geneesmiddelen zelf, maar ook bij het toepassen en vergoeden van diagnostische tests waaruit moet blijken of iemand baat heeft bij een duur geneesmiddel. Er moet echt veel breder gekeken worden vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit de sociaal-maatschappelijke dimensie. Het kan een wereld van verschil maken als iemand naar buiten of naar school kan zonder rolstoel, een pil oraal kan slikken of aan het infuus moet. Als een geneesmiddel iemand helpt om actief te blijven op de arbeidsmarkt of om dat te worden, of als het iemand helpt om de zorg voor de kinderen weer op zich te nemen of als het het aantal ziekenhuisopnames vermindert, is er ongelooflijk veel meer gewonnen dan die paar procentpunten vooruitgang van een bloedwaarde of een longcapaciteit waar het Zorginstituut nu op vaart. Wij vragen de Minister dan ook om de

Nederlandse expertisecentra voor zeldzame aandoeningen een rol te geven bij de beoordeling van weesgeneesmiddelen. Allerlaatste puntje, de stapeling van de eigen bijdrage voor € 250: daar zit geen dekking bij. Ik zal niet uit het Catshuisoverleg klappen – dat heb ik nooit gedaan – maar ik weet dat hier een astronomisch bedrag voor nodig is en dat de Minister dat niet heeft. Dus daar zou ik de Minister op willen wijzen.

**De voorzitter:**

Ik dank u wel, mevrouw Agema. Ik geef het woord graag aan mevrouw Sazias van 50PLUS.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Dank u wel, voorzitter. 50PLUS is blij dat de Rijksoctrooiwet wordt aangepast. Dat moet magistrale bereiding voor apothekers gemakkelijker maken, maar in de praktijk beperkt de Minister de mogelijkheden voor magistrale bereiding sterk, zo horen we uit het veld. Bij de resterende beperkte mogelijkheden laat hij het aan de farmaceut over om al dan niet naar de rechter te stappen op grond van schending van het patentrecht. Daar zijn de meeste apothekers juist zo bang voor en dat maakt ze zo terughoudend.

De ontwikkeling van nieuwe oncologische geneesmiddelen gaat echter steeds meer, ook internationaal, richting personalized medicine. Individueel maatwerk dus, bij uitstek geschikt voor magistrale bereiding. Soms duurt een ontwikkeltraject gewoon te lang als je maar weinig kans van leven hebt, terwijl er steeds meer mogelijkheden komen, zoals personalized medicine. Daarbij zijn geen fase 3-trials mogelijk. Het is namelijk maatwerk voor elke afzonderlijke individuele patiënt. Wij zijn het eens met patiëntenrechtenorganisatie Inspire2Live dat de Minister de mogelijkheid zou moeten bieden om vanaf fase 2 direct naar het bed van de patiënt te kunnen en dat zou moeten faciliteren als behandeling.

Die begint eigenlijk al bij de diagnosestelling voor het juiste medicijn. Chemotherapie is een duur medicijn met een enorme impact voor de patiënt. Het is daarbij van groot belang om voor de start van een chemokuur te weten welk medicijn het beste werkt en in welke hoeveelheid. Dat is voor iedereen anders. Ik sluit graag aan bij het verhaal van mevrouw De Vries over de biomarkers, maar zo heb je ook whole genome sequencing. Dat is een methode waarbij aan de hand van de genetische eigenschappen van tumoren in een patiënt de meest optimale combinatie van geneesmiddelen op het juiste moment, in de juiste verhouding en van de juiste sterkte kan worden toegediend voor het beste resultaat. Dat voorkomt onder- en overbehandeling. Overbehandeling is niet alleen heel erg kostbaar – ik spreek hier overigens uit eigen ervaring – maar ook nog eens zeer belastend voor de patiënt en gaat ten koste van de kwaliteit van leven. En daarom bepleit 50PLUS de vergoeding van het testen van tumoren voor de behandeling. Graag een reactie van de Minister daarop.

Uit verschillende hoeken horen we dat patiënten in een apotheek vaak een ander medicijn voorgeschreven krijgen dan door de arts is voorgeschreven. Soms is er een medische noodzaak dat een patiënt een specifiek medicijn voorgeschreven krijgt. Een arts schrijft dit ook op het recept. Apothekers zijn dan verplicht dat specifieke medicijn aan de patiënt te verstrekken, maar in de praktijk komt het voor dat apothekers toch een ander middel geven, vaak zonder de patiënt hierover te informeren. De gevolgen daarvan kunnen ernstig zijn. En waarom? De arts bepaalt toch? Het schijnt vaak maar een marginale besparing op te leveren. 50PLUS hoort graag van de Minister wat hij hieraan gaat doen.

Dan een probleem waar veel ouderen en mensen met bijvoorbeeld reuma mee zitten: de zogenaamde doordrukstrips. 50PLUS vraagt zich af waarom veel medicatie nog steeds wordt verpakt in doordrukstrips. Wat betreft

houdbaarheid is dat echt niet voor alle medicijnen noodzakelijk en bovendien zijn die verpakkingen verspillend en vervuilend. Wat kan en gaat de Minister doen om geneesmiddelen patiënt- en milieuvriendelijker te verpakken?

Wat betreft de eigen bijdrage en de maximering op € 250 sluit ik me graag aan bij de SP en GroenLinks.

Ten slotte wil ik nog eventjes wijzen – we hebben dat al vaker gedaan – op het belang van medicatiebeoordelingen. 50PLUS vindt het onbegrijpelijk dat de Minister niet bereid is om in gesprek te gaan met zorgverzekeraars over het vergoeden daarvan. We willen weer benadrukken hoe belangrijk dat is. Valincidenten met daaropvolgende ziekenhuisopname worden vaak veroorzaakt door medicatie. Dus in het kader van het welzijn voor patiënten, maar ook van preventie, is die medicatiebeoordeling van groot belang. 50PLUS vindt dan ook dat zo'n medicatiebeoordeling actief moet worden aangeboden en dat deze buiten het eigen risico moet vallen, wat bij sommige zorgverzekeraars helaas niet het geval is.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Sazias. Voordat ik de heer Öztürk het woord geef ... U heeft zelf al even aangegeven, meneer Öztürk, dat u geen lid en ook geen plaatsvervangend lid van deze commissie bent. Dus dan moet ik aan de andere commissieleden vragen of er een bezwaar is dat u het woord voert. Meestal is dat niet het geval en ook vandaag niet. Dus ik geef u graag het woord namens DENK.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ik dank mijn collega's daarvoor. Ik hoop dat ze ook na afloop niet ontevreden zullen zijn.

**De voorzitter:**

Dat kan niemand beloven.

**De heer Öztürk (DENK):**

Oké, goed. Het mooie aan de farmaceutische industrie is dat ze middelen kan maken om mensen te genezen en mensen te helpen, maar er is ook een schaduwkant aan de Big Pharma. De farmaceutische industrie wil zo veel mogelijk winst maken. Daar gaat het om: geld verdienen. Ik heb begrepen dat er alleen al in Nederland ongeveer 1 miljard winst per jaar wordt gemaakt. Winst maken terwijl mensen ondertussen geen medicijnen en geen zorg krijgen, dus flink wat winst maken over het leed van de ander. Kijk maar wat die dure geneesmiddelen zomaar kosten: twee ton per persoon per jaar. Het duurste middel in Nederland kan zelfs 1,8 miljoen euro per jaar kosten, zegt het Zorginstituut. Mijn eerste vraag aan de Minister is of hij aan de gewone mensen kan uitleggen waarom sommige medicijnen zo duur zijn. Ik kan dat niet. Ik zou de Minister willen vragen om dat op een gewone, duidelijke manier te vertellen, zodat we op een filmpje aan de gewone burger kunnen laten zien waarom de medicijnen in Nederland zo duur zijn en waarom wij het met z'n allen toelaten dat deze industrie minimaal 1 miljard euro over onze rug kan verdienen.

Mijn tweede vraag is: wat zijn de gevolgen van deze hoge geneesmiddelenprijzen? Heeft de Minister daar een goed beeld bij? Heeft de Minister ooit nagedacht over wat die hoge prijzen doen met mensen die de medicijnen nodig hebben en hun familie, als zij van een arts te horen krijgen dat zij het medicijn niet kunnen krijgen of dat het te duur is? Specialisten geven heel concreet aan in een onderzoek van Medisch Contact dat 23% vanwege de kosten niet alle geneesmiddelen kan voorschrijven die zij medisch noodzakelijk achten. 20% heeft vanwege de kosten van het medicijn weleens een patiënt doorverwezen naar een

ander ziekenhuis. 16% geeft aan dat er in hun ziekenhuis vanwege dure medicijnen wordt bezuinigd op andere behandelingen. 28% geeft aan bang te zijn dat dit gaat gebeuren.

Mijn derde vraag. We zijn al jaren aan het praten over dure geneesmiddelen. Hoelang gaan we het nog hierover hebben? Alle partijen vinden dat. Op een gegeven moment zit een partij in de oppositie en dan weer in de coalitie, maar het hele gekke is dat iedereen het vindt. We zijn het met z'n allen eens en het hele land is het ermee eens, maar we kunnen de macht van de farmaceuten, met name Big Pharma, niet aanpakken. Waar ligt dat aan? Ik citeer een arts uit Houten: «Als arts horen we de indicatie te stellen en niet de afweging te maken of de patiënt genoeg mag kosten. Het misdadige systeem van deze hoge prijzen zal aangepakt moeten worden, daar hebben we de politiek – wij dus – voor. Geef de politiek niet de kans om nu weg te duiken achter de artsen. Moeten wij artsen meewerken aan een systeem dat tot ongelijkheid tussen Nederlanders gaat leiden?» Dat is toch een pijnlijke zaak? Wij zijn als politiek verantwoordelijk voor het aanpakken van de farma en de artsen slaken een noodkreet. Ik ben het met de artsen eens; ik hoop mijn collega's ook. Het gevecht wordt op de verkeerde plaats gevoerd. Er is een gevecht tussen de arts en de patiënt, terwijl het gevecht tussen de politiek en de Big Pharma gevoerd moet worden. Wij stellen voor dat zolang Big Pharma de prijzen niet verlaagt en de mensen laat lijden, wij de lobbyisten van Big Pharma, de bedrijven die miljarden verdienen, niet toelaten in de Tweede Kamer. Want zij komen hier goedpraten wat fout is. Zij komen hier politieke partijen beïnvloeden. Zij komen hier Kamerleden beïnvloeden. Ik denk dat deze mensen een tijdje niet in de Kamer moeten komen om ze te laten voelen wat ze al die patiënten al jaren laten voelen.

Wat gaat de Minister doen tegen de hoge prijzen? Concreet: wat gaat hij doen met het Noorse model, dat de PvdA terecht aangekaart heeft en de heer Kuzu vijf jaar geleden ook al heeft aangekaart? Gaat u een wettelijke maximumprijs per jaar voor medicijnen vaststellen? Dat kan de regering toch?

Nog een suggestie. Waarom creëren we niet meer inkoopmacht om samen de onderhandelingen aan te gaan met de keiharde farma-jongens? Waarom zouden wij niet de perverse prikkels aanpakken, bijvoorbeeld het oneigenlijk verlengen van patenten?

**De voorzitter:**

Meneer Öztürk, u moet wel afronden vanwege de tijd.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ja, dat ga ik doen. Zo zijn er meerdere suggesties, voorzitter. En de concrete vraag is: wanneer gaan we dat doen?

Ik wil afsluiten met een citaat: «Vrijwel alle kankermedicijnen zijn onevenredig duur. De veelgehoorde argumenten van de farmaceutische industrie over hoge ontwikkelingskosten van pillen en lange terugverdientijd van investeringen zijn quatsch.» Dit zeggen onderzoekers van de Erasmus Universiteit. Wij hebben ...

**De voorzitter:**

Meneer Öztürk!

**De heer Öztürk (DENK):**

Laatste zin.

**De voorzitter:**

Nee. U moet geen misbruik maken van het feit dat wij gezegd hebben dat u van harte welkom bent om hier het woord te voeren. U bent al een minuut over uw tijd. Bewaart u het dan voor de tweede termijn, als u daar nog iets over wilt zeggen.

Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Dank u wel, voorzitter. «Oude wijn in nieuwe zakken» en «het opwarmen van een oud prakje en doen alsof het haute cuisine is» zijn stevige typeringen die een dagblad de afgelopen week gaf aan de trucs van de grote farmaceuten om de prijzen zo hoog mogelijk te houden en de patenten zo lang mogelijk uit te melken.

Voorzitter. Het is overduidelijk. Niet alles wat volgens wet- en regelgeving geoorloofd is, is ook maatschappelijk en ethisch verantwoord. Ik ben blij dat de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen met een gedragscode komt. Dit vraagt echt ook om een overheid die de farmaceutische industrie blijft aanspreken op haar verantwoordelijkheid. Ziet de Minister dit ook zo? Wat we in ieder geval niet moeten willen, is een overbescherming van het intellectueel eigendom. Mijn fractie is daarom kritisch op de aanvullende beschermingscertificaten. Er liggen nu verschillende onderzoeken. Gaat de Minister zich in Europees verband inzetten om hier snel stappen op te zetten?

Voorzitter. Ik wil de Minister danken voor zijn uitgebreide brief, waarin hij de maatregelen uit het regeerakkoord verder uitwerkt. We hebben afgesproken dat de farmaceutische industrie indien nodig met kracht wordt aangezet tot een lagere prijsstelling. Ik vind het jammer dat de Minister afziet van de herberekening van de vergoedingslimieten in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, die negentien jaar geleden voor het laatst zijn herijkt. De Minister noemt vooral nadelen, zoals hogere bijbetalingen en het gedwongen switchen naar andere medicijnen. Maar is het niet juist zo dat een herberekening de farmaceutische industrie stimuleert tot lagere prijzen, omdat ze nu eenmaal haar marktaandeel wil behouden? Natuurlijk moeten we de effecten goed monitoren, maar het is een gemiste kans om helemaal niets te doen. Is de Minister bereid om een pilot te doen voor een selectieve berekening met een of enkele clusters?

Voorzitter. Mijn fractie is content met de maatregelen om de bijbetalingen te maximeren op € 250. Zo kunnen we mensen die meerdere medicijnen gebruiken en vaak ook andere eigen bijdragen hebben, tegemoetkomen. Volgens Zorgverzekeraars Nederland betalen fabrikanten nu vaak de bijbetalingen terug en werkt de maatregel averechts. Hoe wil de Minister ervoor waken dat deze maatregel zijn doel mist en wat kan daarbij de rol zijn van het ministerie?

Over het middel Fampyra hebben we al de nodige discussies gevoerd. Mijn fractie respecteert het besluit van de Minister, maar begrijpt ook dat mensen ervaren dat zij wel degelijk baat bij dit middel hebben. Voorwaardelijke toelating schept inderdaad verwachtingen, maar zij schept ook verantwoordelijkheden voor alle deelnemende partijen. Ik heb een open vraag aan de Minister: hoe kijkt hij terug op dit proces en wat wil hij in de subsidieregeling, die er nu komt, anders gaan doen dan in de voorwaardelijke toelating?

O, er is een interruptie.

De **voorzitter**:

Ja. Mevrouw Ploumen.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ja, dat is heel handig zo; we kunnen elkaar goed zien. Dank aan mevrouw Dik-Faber dat zij dit onderwerp ter tafel brengt, want het is ontzettend belangrijk. We hebben er veel over gesproken. Ze stelt de vraag aan de Minister, maar ik zou ook aan háár willen vragen hoe zij aankijkt tegen dat proces en tegen die tijdelijke toelating, die enerzijds mogelijkheden biedt, maar natuurlijk voor patiënten juist ook weer onzekerheid creëert. Heeft mevrouw Dik-Faber misschien voorstellen voor de Minister hoe dit op langere termijn voor patiënten kan worden opgelost?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Het is heel goed dat deze vraag gesteld wordt, maar tegelijkertijd is deze voor mij gewoon heel lastig te beantwoorden. Aan de ene kant ben ik op zoek naar een manier om medicijnen zo snel mogelijk bij de patiëntengroep te krijgen. De voorwaardelijke toelating is een middel om een medicijn alvast ter beschikking te stellen, ook als het nog niet officieel is toegelaten. Dat vind ik dus goed. Tegelijkertijd zijn er daaromheen afspraken gemaakt – deze afspraken zijn in een convenant vastgelegd – dat als de resultaten tegenvallen, het middel uiteindelijk niet wordt toegelaten. En dan moet je toch een stap terugzetten. Ik vind dat ontzettend ingewikkeld. Want ondanks dat het voor de groep niet effectief genoeg bleek, zijn er wel degelijk individuele mensen die zeggen: ja, maar voor mij is het wél effectief gebleken en die voorwaardelijke toelating heeft bij mij ook verwachtingen gecreëerd. Ik ervaar dat echt als een spanningsveld. En daarom mijn volgende vraag. We gaan af van die voorwaardelijke toelating en we gaan werken naar een subsidieregeling. Wat hebben we geleerd van de stappen die we de afgelopen periode gezet hebben? Wat hebben we ervan geleerd om het met die subsidieregeling beter te kunnen doen? Ik begrijp dat dat misschien niet het antwoord is dat mevrouw Ploumen had gewild, maar ik heb gewoon even geen pasklaar antwoord, omdat ik het ingewikkeld vind.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik voel dat mee natuurlijk, want als het gemakkelijk was geweest, hadden we het inderdaad vast al opgelost. Dus ik kijk ook uit naar de antwoorden van de Minister. Tegelijkertijd wil ik mevrouw Dik-Faber alvast uitnodigen om misschien samen te kijken of we alternatieven kunnen bedenken, mocht de Minister het licht aan het einde van de tunnel niet kunnen laten zien. Het klopt; het is een moeilijk onderwerp. Maar ik denk dat we samen, zoals we hier allemaal om tafel zitten, een verantwoordelijkheid hebben om de verkrijgbaarheid mogelijk te maken voor mensen bij wie het middel effectief is.

De **voorzitter**:

Gaat u verder, mevrouw Dik-Faber. O, u wilt natuurlijk nog even reageren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Nou ja, een uitgestoken hand pak ik altijd aan. Dat wilde ik erover zeggen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik had nog een opmerking over de sluis. Volgens mij heeft vooral mevrouw Agema daar opmerkingen over gemaakt. Veel nieuwe medicijnen gaan de sluis in. Hoe zorgen we ervoor dat daar geen ophoping ontstaat? Ik heb verschillende reacties gekregen dat de procedures van het Zorginstituut wel geschikt zijn voor vrij gangbare medicijnen voor grote groepen mensen. Maar hoe gaat het dan als we naar meer specifieke groepen patiënten gaan of naar personalized medicine?

Voorzitter, hoeveel tijd heb ik nog?

De **voorzitter**:

Nog een minuut.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Nog een minuut. Oké.

Onze medicijnen worden vaak gemaakt en getest in landen waar de standaarden op het gebied van milieu, veiligheid en arbeidsomstandig-

heden veel lager liggen dan hier. Er was onlangs een tv-programma waarin echt excessen naar voor kwamen. Ik maak mij daar zorgen over. Als je nieuwe kleding koopt, kun je kiezen «geen kinderarbeid», maar bij medicijnen kun je niet kiezen. Ziet de Minister hier ook een rol voor het EMA om dit op de agenda te zetten?

Voorzitter. Patiënten ontvangen soms nieuwe medicijnen waardoor ze bijwerkingen krijgen. Als er een medische noodzaak is om een bepaald medicijn te ontvangen, moet dit gerespecteerd worden, maar dat gebeurt niet altijd. Wil de Minister zich ervoor inspannen dat er eenduidige afspraken komen met artsen, apothekers en verzekeraars? En welke rol kan Lareb hierbij spelen? Is dit meldpunt voldoende bekend?

Tot slot, de Minister zou voor 1 mei een besluit nemen over de vergoeding van Spinraza. De patiënten zitten hier met smart op te wachten. Gaat de Minister voor 1 juli 2018 duidelijkheid bieden?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel, mevrouw Dik-Faber. Er is een vraag van de heer Van Gerven.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik wou even terug naar het begin van het betoog van mevrouw Dik-Faber. Zij zei dat veel geneesmiddelenonderzoek oude wijn in nieuwe zakken is. Laat ik het zo samenvatten. Hoe staat de ChristenUnie tegenover het idee dat ik met GroenLinks en de Partij van de Arbeid naar voren heb gebracht over dat nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen, en hoe staat zij tegenover initiatieven zoals die van het Antoni van Leeuwenhoek?

**Mevrouw Dik-Faber (ChristenUnie):**

Laat ik gewoon maar eerlijk zijn: ik heb me niet voldoende kunnen verdiepen in het voorstel van de SP. Dus ik kan hier nu niet op reageren. Dat spijt me enorm, maar ik weet het niet. Ik heb het voorstel niet gezien. Als ik er meer informatie over kan krijgen, wil ik erop reageren, maar dat lukt mij nu niet.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik kan het van harte aanbevelen.

**De voorzitter:**

We hebben ook nog een apart notaoverleg.

**De heer Van Gerven (SP):**

U kwam wat later binnen. Ik had de vraag ook al aan het CDA gesteld, maar wellicht ziet u kans om er in tweede termijn nog iets van te vinden. Ik beveel het in ieder geval van harte aan. Laat ik het daar even bij laten.

**De voorzitter:**

Goed. Daar zullen we het bij laten, mevrouw Dik, lijkt mij. Ja, dat is het enige antwoord wat je dan kunt geven.

Omdat ik namens D66 graag het woord wil voeren, vraag ik even aan ... O, wacht even. Er is nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Mevrouw Dik had het over de code die de farmaceutische industrie zelf wil opzetten en zei dat ze daarnaar uitkijkt. De Minister heeft het in zijn brief ook over prijstransparantie en hij verwacht dat de industrie zelf haar verantwoordelijkheid neemt en gaat inzetten op een open en duurzaam prijsbeleid. Die hoop vind ik, laat ik het gewoon maar eerlijk zeggen, extreem naïef, gezien de manier waarop de farmaceutische industrie zich nu manifesteert en de afgelopen jaren heeft gemanifesteerd. Hoe kijkt de ChristenUnie hiertegen aan? Heeft zij dezelfde hoop als de Minister dat er

nu met veel welwillendheid open en transparante informatie komt over de totstandkoming van de prijzen?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Wat ik heel belangrijk vind, is dat die code er komt. Dat is gewoon wel weer een stap. Als we helemaal niks doen, weten we zeker dat er niks gebeurt. Dus ik ben blij dat de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen de handschoen oppakt en die code ontwikkelt. Tegelijkertijd zie ik dat de maatschappelijke druk toeneemt: de discussie wordt gevoerd in de samenleving. Volgens mij heeft het Zorginstituut, dat zeer kritisch was, ook een helder signaal afgegeven. Ook de Minister heeft gezegd dat hij die hoge prijzen zat is en dat hij dwanglicenties en magistrale bereiding overweegt. Dus je ziet dat de algehele druk toeneemt om daar transparanter in te worden. Het kan inderdaad best zijn dat deze stappen onvoldoende resultaat zullen hebben. Ik vind dat we dan wel moeten kijken of er nog andere mogelijkheden zijn om tot meer transparantie te komen. Natuurlijk moeten ontwikkelkosten terugverdiend worden. Dat iemand daar ook nog een gewone boterham aan verdient, snap ik ook. Maar deze hoge prijzen, langer dan nodig is, vind ik maatschappelijk niet aanvaardbaar en ook echt onethisch. Die woorden heb ik gebruikt en zo stevig zit ik er ook in. Dus voor mij nadert wel het punt dat er verdere stappen gezet moeten worden. Maar goed, die code komt er en we werken aan andere elementen. Misschien moeten we over een jaar nog even kijken hoe het er dan voor staat.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Goed te horen dat de ChristenUnie zegt: ik zit er heel stevig in en dit is onaanvaardbaar. Eens. Iedere vorm van maatschappelijke druk die opgevoerd wordt, is mooi meegenomen en een code is een mooie eerste stap. Maar het is niet genoeg. En we wachten al te lang. De prijzen zijn exorbitant hoog. Er is geen enkele andere sector waar de winstmarges zo hoog liggen. Dus ik ben blij te horen dat de ChristenUnie zegt: we moeten dit goed in de gaten houden en niet blijven hopen, maar zo snel als nodig extra maatregelen nemen.

De **voorzitter**:

Goed. Dan ga ik nu de voorzitterschapshamer figuurlijk overgeven aan de heer Van Gerven, zodat ik zelf mijn inbreng kan leveren.

**Voorzitter: Van Gerven**

De **voorzitter**:

Ja, dan is nu het woord aan mevrouw Dijkstra van D66 voor haar inbreng. Gaat uw gang.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Goede medicijnen tegen een redelijke prijs zijn de kern van het geneesmiddelenbeleid. De ambtsvoorganger van deze Minister, Minister Schippers, heeft goede stappen gezet en de geneesmiddelenbrief van deze Minister biedt ook mij wel het vertrouwen dat hij die voortzet. Betaalbaar en beschikbaar: het is vaak moeilijk om beide te bereiken. De Minister stelt daarom voor om de sluis aan te scherpen; het is ook door anderen al genoemd. Middelen worden eerder aangemerkt als duur geneesmiddel en komen dus vaker in de sluis. Laat ik vooropstellen dat het voor VWS heel belangrijk is om een drukmiddel te hebben, zodat effectief onderhandeld kan worden over de prijs van een medicijn. Maar er zijn natuurlijk geen gemakkelijke oplossingen. Meer middelen in de sluis betekent ook dat patiënten langer moeten wachten totdat ze mogen profiteren van een nieuw middel, en dat farmaceuten er vaker voor zullen kiezen om innovaties niet langer naar de Nederlandse markt te brengen.

Heeft de Minister onderzocht wat die strengere sluis betekent voor de beschikbaarheid van innovatieve medicijnen op de Nederlandse markt? En gaat de Minister de wachttijden monitoren, voordat een geneesmiddel beschikbaar komt voor patiënten?

Voorzitter. Een bredere sluis betekent ook meer adviezen van het Zorginstituut. Er was al iemand die vroeg, ik geloof mevrouw Van den Berg, of alles door het Zorginstituut moet worden beoordeeld. Ik heb al zorgen over de werkdruk, maar die is niet mijn grootste zorg. Mijn grootste zorg gaat uit naar de methode die het Zorginstituut gebruikt. Innovatieve medicijnen krijgen vaak een negatief oordeel, terwijl ze voor een specifieke patiëntengroep wel effect lijken te hebben. Die geneesmiddelen – het is ook al door anderen genoemd – worden steeds gericht, steeds meer personalized, steeds meer maatwerk, en maken steeds meer voor kleinere groepen het verschil. Nou lijkt de huidige systematiek die door het Zorginstituut wordt gehanteerd, de GRADE-systematiek, daar niet op in te spelen. Ik vertrouw echt helemaal op de kennis en de deskundigheid van het Zorginstituut en het allerlaatste wat ik wil doen, is als politicus op de stoel van de arts gaan zitten. Maar als je ziet dat die gebruikte systematiek innovaties weert, zou ik denken: is die nog wel toekomstbestendig? Dat is ook mijn vraag aan de Minister. Ik heb hier ook bij vragen over Fampyra naar gevraagd en vond zijn antwoorden eigenlijk niet bevredigend. Ik vraag hem nu om echt een gedegen onderzoek te doen naar de vragen hoe toekomstbestendig de huidige GRADE-systematiek is, welke methodes in andere Europese lidstaten worden gebruikt en wat de voor- en de nadelen van alternatieve methodes zijn. Het zou heel fijn zijn als de Minister dat onderzoek aan de Kamer kan doen toekomen, voordat we weer over geneesmiddelen spreken. Ik doel dan niet op het AO Pakketbeheer van volgende week, maar op een AO Geneesmiddelen.

Voorzitter. In onze buurlanden en ook bij het EMA zitten patiëntenexperts aan tafel als een geneesmiddel wordt beoordeeld. Dat is heel belangrijk, natuurlijk ook met het oog op weesgeneesmiddelen. Zij kennen het middel uit de praktijk en hebben er zelf ook baat bij dat alleen een effectief middel wordt toegelaten. Ik wil graag aan de Minister vragen om in datzelfde onderzoek mee te nemen hoe de rol van patiëntenexperts in het Nederlandse systeem ingebed kan worden.

En ten slotte, voorzitter, nog heel snel drie vragen. Van sommige geneesmiddelen zijn vaker tekorten. Patiënten moeten dan overstappen naar een ander middel. Dat kan erg ingrijpend zijn. Kan de Minister een overzicht verstrekken van de middelen waarvan patiënten problemen ondervinden en aangeven hoe hiermee wordt omgegaan?

Ik beperk het tot twee vragen. Dit is dan mijn laatste vraag. De rest komt wel in tweede termijn. Ik heb al eerder aandacht gevraagd voor verspilling. Er wordt elke dag 427 kilo aan medicijnen weggegooid. Dat gaat om 100 miljoen euro per jaar. Een oplossing die hier weleens is voorgesteld, is zo'n thermometer bij verpakkingen. Er is ook weleens over een chip gesproken en daar zijn ook wel pilots mee geweest. Het is toch heel belangrijk dat we zicht houden op de kwaliteit, maar ook dat er niet zo ongelooflijk veel wordt weggegooid? Is de Minister bereid om hier weer naar te kijken en dat verder uit te werken?

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Ik kijk even. Hoeveel tijd heeft de Minister nodig? Een kwartier.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Mevrouw Ellemet wil mij iets vragen.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag. Oké. Excuus. Mevrouw Ellemeet, gaat uw gang.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Dijkstra heeft het over verspilling en soms ligt verspilling heel dicht aan tegen de kwaliteit van het gebruik van het medicijn. We weten ook dat het soms effectiever en beter is om bijvoorbeeld een minder hoge dosis te gebruiken. Nou is dat interessant om te onderzoeken, maar vanuit de markt is er geen prikkel om dat te onderzoeken, want dat zou betekenen dat je minder medicijnen verstrekt. Is mevrouw Dijkstra het met mij eens dat we niet kunnen verwachten dat de markt zulk soort onderzoek oppakt, omdat die prikkels er niet zijn? Sterker nog, we zien dat het nauwelijks gebeurt. En is zij het met mij eens dat het wenselijk is dat er dus publiek geld beschikbaar is om dergelijk onderzoek te doen, zodat je aan patiënten de betere dosis kunt bieden en dus gezondheidswinst kunt boeken?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik probeer eventjes de link te leggen. U gaat in op mijn laatste opmerking over verspilling, maar in feite vraagt u mij daarnaast naar iets anders. Ik zie ook dat de maatschappelijke druk richting de farmaceutische industrie wordt opgevoerd. Mevrouw Dik-Faber noemde het ook al even. We hebben zojuist voor dit overleg een petitie aangeboden gekregen: het manifest van het Burgerforum. Dat heeft gekeken naar de lastige keuzes in de zorg, met name wat betreft die geneesmiddelen Discussie. Ook zij hebben gezien welke duivelse dilemma's er liggen en dat het natuurlijk heel vaak gaat om de vraag wat de industrie zelf doet. Je ziet dus steeds meer dat het daaraan ligt en minder aan wat wij zouden willen of kunnen veranderen. Ik zou me kunnen voorstellen dat het iets is wat de farmaceutische industrie juist wél zou kunnen oppakken en onder grote maatschappelijke druk en consumentendruk ... We hebben ooit gezien – dat moet GroenLinks aanspreken – hoe er eentje uiteindelijk onder die consumentendruk ... Was het niet Shell? Ik heb het niet meer honderd procent paraat. Je moet dit soort dingen ook voorbereiden, want dan kun je het snel even googelen. Ik weet dus niet meer precies hoe het zat, maar het had in elk geval effect. Wat mij betreft kan het ook in dit geval groot effect hebben en daar moeten we echt op inzetten. Veel te lang, hè?

**De voorzitter:**

Ja, het is een coulante voorzitter, maar die heeft ervaring met dit soort processen. Mevrouw Ellemeet, afrondend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik zou de laatste zijn die zegt dat maatschappelijke druk geen resultaten oplevert. Absoluut. Maar dat neemt niet weg dat naast maatschappelijke druk er natuurlijk andere prikkels in het systeem in te brengen zijn, zodat we de juiste geneesmiddelen aan de juiste patiënten geven. Het juiste geneesmiddel kan ook een lagere dosis betekenen. En we weten dat artsen dat veel beter onderzocht zouden willen hebben. Daar is onderzoek naar gedaan; het NRC heeft er een aantal jaren geleden een hele mooie publicatie over gemaakt. Het is soms wenselijk om minder medicijnen te verstrekken. Dat soort onderzoek ligt nu voor een heel groot deel bij de industrie en wordt nauwelijks opgepakt. Dat is gewoon zonde. En dat is voor mij tekenend dat we er niet een naïef vertrouwen in moeten hebben dat de markt en de industrie al het wenselijke onderzoek doen. Dat is eigenlijk vooral mijn vraag aan mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja, en dat sluit eigenlijk wel aan bij mijn vraag aan de Minister om nou eens te kijken hoe we die verspilling kunnen tegengaan. Maar in de hele discussie rond het overhevelen van de TNF-alfaremmers naar de ziekenhuizen indertijd hebben we gezien dat de reumatologen ook heel erg gekeken hebben naar de vraag of ze lagere doses kunnen voorschrijven, zodat die dure geneesmiddelen – dat waren toen heel dure geneesmiddelen, maar dat is inmiddels anders – een minder groot beslag op het budget leggen. Als overheid moeten we daar ook zeker naar kijken en moeten we dat inderdaad – dat ben ik helemaal met u eens – niet alleen overlaten aan de industrie zelf. Maar de wetenschappelijke verenigingen spelen daar ook een hele belangrijke rol in. Het moet echt een wisselwerking zijn.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan schorsen we tot 15.20 uur. Is dat goed? Ja? Tot 15.20 uur.

De vergadering wordt van 15.07 uur tot 15.24 uur geschorst.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

De **voorzitter**:

Het woord is aan de Minister voor Medische Zorg voor de beantwoording van de vragen van de Kamer in eerste termijn. Het waren vele vragen. Dus ik begrijp dat de Minister de voorbereidingstijd wel even nodig had om het antwoord te geven. Ik zeg even tegen de collega's dat we om 17.00 uur klaar moeten zijn. We zijn met tien woordvoerders, tenminste als de heer Öztürk nog terugkomt. Dat betekent dat we beperkte tijd hebben. Ik wil u best twee interrupties toestaan, maar dan mag het alleen een vraag of een opmerking zijn zonder inleidende woorden die een termijn op zich behelzen. Dus als u zich daaraan houdt, kunnen we wat ruimte bieden. En dan geef ik nu graag het woord aan de Minister.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Dank u wel. Twee opmerkingen vooraf. De ene gaat over de geneesmiddelenbrief die ik de Kamer vorige week stuurde. Geneesmiddelen stellen ons in staat om een groot aantal ziektes te behandelen. Daardoor leven mensen langer, ervaren zij minder klachten, kunnen zij beter participeren in het dagelijks leven en hebben ze een betere kwaliteit van leven. Een behandeling van een longontsteking is bijna ondenkbaar zonder antibiotica en een behandeling van een veelvoorkomende ziekte als diabetes is goed mogelijk dankzij insuline. Geneesmiddelen spelen een cruciale rol in onze gezondheidszorg. U heeft dat eigenlijk allemaal in eigen bewoordingen betoogd. Als we met elkaar over het geneesmiddelenbeleid spreken, bestaat er daarom een duidelijke en evidente ambitie, namelijk dat patiënten moeten kunnen vertrouwen op een veilige, effectieve, tijdige en betaalbare behandeling met geneesmiddelen, nu en in de toekomst.

Dit betekent ook dat als een nieuw effectief geneesmiddel op de markt komt, dit zo snel mogelijk voor patiënten beschikbaar moet zijn. Voor vele ziektebeelden bestaat er helaas nog geen effectieve behandeling en wordt er nog gezocht naar een werkend geneesmiddel. Dat er nieuwe medicijnen ontwikkeld worden, moeten we blijven stimuleren: onderzoekers door het klinisch onderzoek dat zij doen, artsen door de ervaringen die zij met bepaalde ziektes opdoen en delen, enzovoorts. De opdracht is dus om het beleid zo in te richten dat fabrikanten blijvend gestimuleerd worden om nieuwe middelen te ontwikkelen. Hier mogen ze ook een faire prijs voor ontvangen, mits er ook een faire prijs gevraagd wordt. Want toegang tot geneesmiddelen betekent ook dat de prijs door de maatschappij op te brengen moet zijn. Hierover voeren we al enige tijd

een levendig debat en dat zal vanmiddag vast niet de laatste keer zijn. Het geeft mij een goede aanleiding om de opstellers van de initiatiefnota Big Farma: niet gezond! te danken voor de ideeën die zij hebben aangereikt. We hebben ons er ook niet met een jantje-van-leiden van afgemaakt en hebben er een uitgebreide reactie op gestuurd.

Ik wil met mijn geneesmiddelenbeleid voorkomen dat geneesmiddelen onbetaalbaar worden en uiteindelijk de patiënt niet bereiken. Daarom moeten we blijven zoeken naar de balans. We moeten de innovatie blijven stimuleren, maar ook de betaalbaarheid nastreven en de toegankelijkheid weten te waarborgen. Die kernthema's, innovatie, betaalbaarheid en toegankelijkheid, ziet de Kamer terug in de brief die ik haar vorige week toezond. Met dit pakket realiseer ik tevens de beoogde besparing uit het regeerakkoord, die oploopt tot 467 miljoen. Dat was de ene opmerking. De andere opmerking gaat over Spinraza, omdat een aantal van u daarnaar heeft gevraagd. U weet dat ons ministerie samen met de Belgische overheid nog in onderhandeling is over het geneesmiddel Spinraza. Er wordt hard gewerkt aan het toegankelijk maken van dit geneesmiddel voor patiënten. Gedurende de onderhandeling is via een tussenoplossing Spinraza beschikbaar gemaakt voor jonge patiënten met een dringende behandelbehoefte, dit op basis van criteria van het SMA-behandelcentrum uit het Universitair Medisch Centrum in Utrecht. Alle patiënten die voldeden aan de criteria van het behandelcentrum zijn inmiddels in behandeling. Het gaat om 26 patiënten. De artsen en medewerkers van het SMA-behandelcentrum hebben een enorme inspanning geleverd om dat voor elkaar te krijgen en ik wil hen daarvoor hartelijk dankzeggen. Ook de betrokken patiëntenorganisatie, Spierziekte Nederland, heeft zich in dit proces zeer constructief opgesteld. Daarnaast heeft – dat wil ik ook noemen – de fabrikant Biogen zijn verantwoordelijkheid getoond. Ook dat moet gezegd worden. Sinds het verlopen van de tussenoplossing op 1 mei, twee jaar na de voorwaardelijke toelating zoals die met de Kamer is gedeeld, hebben zich twee nieuwe patiënten aangediend die voldeden aan de criteria van die tussenoplossing. Ook voor deze twee patiënten wordt de behandeling gestart. Eerder heeft de fabrikant Spinraza beschikbaar gesteld voor SMA type 1-patiënten. Het gaat hier om 22 patiënten. Spinraza is op dit moment dus in totaal voor 50 patiënten beschikbaar.

Het ministerie werkt op dit moment hard aan een structurele oplossing voor SMA-patiënten. Ik wil u daar graag snel over kunnen informeren. Tijdens het vorige geneesmiddelendebat hoopte ik dat dat in het tweede kwartaal van dit jaar zou kunnen. Dat hoop ik nog steeds, maar u moet mij niet het mes op de keel zetten, want dat gaat ten koste van onze onderhandelingspositie. Gaat u er maar van uit dat wij ons stinkende best doen. Dat wou ik eerst even kwijt.

Voorzitter. Dan veel vragen en ik hoop ook veel antwoorden. Ik begin bij de vragen van de heer Van Gerven over het nationaal fonds geneesmiddelen. Wil de Minister moed tonen door zo'n fonds in te stellen? Het antwoord is volmondig: nee, dat wil ik niet. Ik heb dat in de reactie op het initiatief ook al toegelicht. Een geneesmiddelenfonds waarvoor je dan de voeding uit de industrie wilt halen ... Ik geloof dat een nieuw medicijn, orde-grootte, tussen 0,5 miljard en 2 miljard aan ontwikkelkosten kost om het op de markt te brengen. Ik zie het niet zitten dat fabrikanten dat zomaar in een fondsje kunnen storten, waarmee wij als overheid dan aan de haal kunnen gaan. Dat gaat gewoon niet gebeuren. Ik ben bang, ik vrees, dat fabrikanten dan zeggen: dan ga ik in Nederland niet meer op de markt verschijnen. Dus die route moeten we echt niet op.

**De voorzitter:**

Een vraag, meneer Van Gerven?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, en een opmerking, want ik werd ook aangesproken. We hebben geen behoefte aan Ministers die bang zijn. Laat ik het dan maar zo stellen. De academische wereld zegt: help ons en kom met zo'n nationaal fonds betaalbare geneesmiddelen, zodat wij zelf geneesmiddelen kunnen ontwikkelen zonder de farmaceutische industrie. Dan zou ik die handschoen met beide handen aangrijpen. Is de Minister bereid om te luisteren naar de academische wereld die dit vraagt en om die handschoen toch op te pakken?

Minister **Bruins**:

Ik heb al geluisterd, want het voorbeeld dat de heer Van Gerven aanhaalt, kan bijvoorbeeld heel goed binnen het Oncode Institute, dat onlangs is gestart. Daarin worden diverse onderzoekscentra samengebracht, die samenwerken aan nieuwe behandelingen. Daar betaalt het Ministerie van VWS aan mee. Vanuit het stellen van voorwaarden bij de verkoop van licenties kunnen de kosten worden beheerst. Dus die ruimte voor samenwerking in centra, waarbij sprake is van een zekere vorm van overheidsvoeding, is er al, binnen de bestaande termen. Niet overal en voor alles, dat is me veel te algemeen, maar in het voorbeeld van het Oncode Institute gebeurt dat al.

De **voorzitter**:

Meneer Van Gerven in tweede instantie.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat wil ik bestrijden. Het Oncode Institute gaat niet verder dan het stadium van proof of consent. Het is een moeilijke term, maar het gaat erom dat voor de studies daarna, de grote klinische studies, de financiering ontbreekt. Dan komt Big Pharma om de hoek kijken, die de zaak overneemt en kaapt, en daarna komt met een prijsstelling die wij allen niet aanvaardbaar vinden. Nogmaals, is de Minister bereid om nog eens te bekijken of wij dat gat moeten opvullen waar de academie haar vinger op legt en waarvan zij zegt: luister, daar zouden we graag een publiek fonds hebben om dat mogelijk te maken?

Minister **Bruins**:

Nee, ik ga geen publiek fonds inrichten. Ik heb het voorbeeld van het Oncode Institute gegeven. Als zich een tweede wetenschapper aandient die ook zo'n idee zegt te hebben, wil ik daar natuurlijk zorgvuldig naar kijken. Maar ik ga geen nationaal fonds inrichten dat gevoed wordt door bijdragen vanuit de industrie conform het Italiaanse model. Dat ga ik niet doen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Je kunt maar duidelijk zijn, nietwaar?

Dan de tweede vraag. Die ging over het pakketbeheer en is eigenlijk niet gesteld. Vindt u het goed dat ik die opspaar tot volgende week? Dan hebben we de hele middag om daarover te spreken.

Dan de herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Ik ben het eens met de heer Van Gerven dat hoge bijbetalingen voor patiënten onwenselijk zijn. U heeft dat eigenlijk allemaal betoogd. Daarom willen we door middel van het Geneesmiddelenvergoedings-systeem soorten medicijnen in clustertjes bij elkaar nemen en kijken hoe je tot de laagste prijs kunt komen. Er is een maximumprijs vastgelegd in de Wet geneesmiddelenprijzen. Dat is de bovengrens. Daaronder druk je in clustertjes op de laagste prijs binnen het cluster. Dat GVS is aan

modernisering toe, want het bestaat al een tijdje. Dit nemen wij nu ter hand. En een derde stap is het maximeren van de eigen bijdrage. Wat nog niet vergoed wordt en voor eigen bijdrage in aanmerking komt, willen we maximeren op € 250 per persoon. Dat lijkt mij een heel goede manier. Zo staat het ook opgeschreven in het regeerakkoord. Het beperkt de kosten en het geeft inzicht in de kosten voor mensen die medicijnen nodig hebben om de dag door te komen.

Voorzitter. Ik ga verder. Wilt u het plan van de maximering van de eigen betaling intrekken, omdat dit de farmaceuten in de kaart speelt? Het is juist mijn bedoeling om de patiënt in de kaart te spelen met die maximering van de eigen bijdrage. Dus dat systeem gaan wij niet intrekken. Dat plan heb ik u juist voorgelegd in mijn brief van 15 juni. Dan heeft de heer Van Gerven gesproken over de magistrale bereiding.

**De voorzitter:**

Even een moment, want de heer Van Gerven heeft nog een vraag over het vorige punt.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ja, want er is bij mij toch nog wat onduidelijkheid over de maatregel die het kabinet voorstelt met betrekking tot het GVS en die € 250. Als ik goed ben ingelicht, hebben ongeveer 40.000 patiënten nu een bijbetaling in dat GVS-systeem. Dan zou er dus een enorm systeem opgetuigd worden voor al die 13 miljoen andere mensen, om te beperken dat de limiet stijgt tot € 250 aan bijbetalingen. Dat lijkt me zo'n draconische maatregel waarbij vanuit de verzekeraars, maar ook vanuit anderen, de nodige vraagtekens zijn geplaatst. Die vragen leven ook zo her en der bij de fracties hier. Kan de Minister toch wat dieper ingaan op het waarom en de mogelijke effecten van die maatregel?

**Minister Bruins:**

Een miljoen mensen dragen bij aan medicijnen en moeten eigen betalingen doen. En 40.000 mensen – dat is de groep die mevrouw Ellemée heeft genoemd – maken de eigen bijdrage van € 250 vol, en soms meer dan vol. «Dat kan tot grote uitschieters leiden», volgens een citaatje uit het AD van vanochtend. Voor die 40.000 mensen is nu die oplossing van de maximering van die € 250 bedacht. Dat bevries je dus en je zorgt ervoor dat het niet meer dan die € 250 aan eigen betalingen per jaar wordt. Dat lijkt mij een goede keuze. Je zou je ook kunnen afvragen of dat niet met meer maatwerk kan. Volgens mij niet, want dan heb je een deelverzameling van die 40.000 te pakken. Dus daar zit ik een beetje tegenaan. De verzekeraar zit nu ook ergens tegenaan, namelijk dat het een hoop papierwerk is. We zijn al een flink tijdje met de verzekeraars in gesprek om te kijken wat de handigste manier is om het uit te voeren. Als ik moet kiezen waar de administratieve last vooral neer moet vallen, bij de patiënt of bij de verzekeraar, zeg ik: dan toch maar bij de verzekeraar. Zo had ik het een beetje bedacht.

**De voorzitter:**

De heer Van Gerven in tweede instantie.

**De heer Van Gerven (SP):**

Afrondend. Eigenlijk zou de eigen bijdrage nul moeten zijn. Dat is in ieder geval het standpunt van de SP. Maar kan de Minister aangeven wat er aan financiële middelen gemoeid is met die maatregel, om het effect te bereiken dat de Minister beoogt?

**Minister Bruins:**

Dat is ordegrootte 15 miljoen, voorzitter. Als je de hele brief van 15 juni er nog eens bij pakt, zou je kunnen zeggen dat de besparing eigenlijk nog

15 miljoen hoger kan uitpakken als we deze grens niet hadden neergezet: 4,67 was dan 4,67 plus 15 geweest. Daar moet u ongeveer aan denken.

**De voorzitter:**

Gaat u verder. O, mevrouw Ellemeet heeft een vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nu we toch over dit onderwerp spreken, lijkt het me logisch om er nu over door te vragen. De Minister zegt dat als hij moet kiezen tussen de patiënt en de verzekeraar, hij wel weet waar hij de lasten wil laten neerdalen.

**Minister Bruins:**

De administratieve lasten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De administratieve lasten. Ja, dat bedoel ik. Eens. De Minister zegt heel snel dat hij niet zo snel maatwerkoplossingen ziet, terwijl we best goed in beeld hebben wie de betreffende 40.000 patiënten zijn. We weten dat een aantal patiënten te maken heeft met geneesmiddelen die in de spookclusters zitten. Daar is geen alternatief voor. Die passen eigenlijk helemaal niet in het systeem waar ze nu in zitten. Dus kan de Minister niet alsnog de alternatieven verkennen, waarbij we moeten voorkomen dat we een enorm circus gaan optuigen, wat niet alleen voor de verzekeraars tot administratieve lasten leidt, maar ook voor de apothekers? Dus kan hij alternatieven verkennen, waarbij we absoluut de eigen bijdrage moeten beperken – op dat punt sta ik helemaal achter de Minister – maar zonder alle ongewenste bijeffecten?

**Minister Bruins:**

Nou, ik wou eigenlijk wel met dit systeem starten. Dat heb ik u in de brief aangekondigd. Wat ik ondertussen wel ga doen als maatregel – maar die hoort in mijn hoofd meer bij het GVS – is het aanpakken van die spookclusters. Dus daar wil ik wel naar kijken. Ik blijf ook in gesprek met de verzekeraars om die administratieve lasten te beperken. Dat wil ik ook doen. Maar ik wou wel vasthouden aan deze maatregel, omdat het voor 40.000 mensen toch een prettig bericht is dat hun eigen bijdrage beperkt wordt tot die € 250.

**De voorzitter:**

Mevrouw Ellemeet in tweede instantie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Die 40.000 mensen hebben inderdaad soms enorme hoge eigen kosten, dus daar moeten we zeker geen vertraging in oplopen. Maar laat ik iets specifieker of preciezer zijn: is de Minister bereid om alternatieve aanpakken te verkennen, naast het systeem dat hij nu in gang gaat zetten? Ik snap dat hij geen vertraging wil oplopen, maar mogelijk is er een alternatief te bedenken waarbij we niet zo veel administratieve lasten veroorzaken. Dat vind ik namelijk moeilijk te rijmen met de aanpak regeldruk, die dit kabinet ook voorstaat.

**Minister Bruins:**

Ik heb open oren. Ik vind dat je altijd moet luisteren. Niemand wil extra administratieve lasten en verzekeraars willen die ook niet. Daar heb ik heel veel begrip voor. We hebben wel de uitvoeringswerkwijze gekozen die de verzekeraars zelf het beste vonden. Dus in die zin ben ik wel een klein beetje uitgedokterd, omdat ik de methode volg die ... Verzekeraars staan niet te juichen om de uitvoering van deze maatregelen, want het levert hun een hoop papierwerk op. Maar bij de uitvoering heb ik wel aan hen gevraagd: als we het dan moeten uitvoeren, hoe kunnen we dat dan het

beste doen? Hun uitvoeringswerkwijze heb ik gevolgd. Dus ik vind het wel belangrijk om daaraan vast te houden.

**De voorzitter:**

Gaat u verder. Ja, de Minister gaat verder met zijn betoog.

**Minister Bruins:**

Dan de magistrale bereiding. Ook daarover ging een vraag van de heer Van Gerven: is de Minister bereid om achter de apotheker te staan, als de farma stappen zet tegen apothekers? Het antwoord hierop is volmondig neen. Ik kan de apothekers niet ondersteunen in de procedures die zij gaan voeren, niet financieel en ook niet juridisch. Ik vind het een gekke figuur als we tegen de wetten die dit land heeft gemaakt procedures gaan voeren met een potje vanuit VWS. Op dat punt ben ik dus nog helemaal niks veranderd ten opzichte van het vorige AO, waarin deze vraag ook door uw fractie is gesteld.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Van den Berg. Mevrouw Van den Berg sprak eerst over de dienstapotheken: wilt u met de verzekeraars gaan praten over de avond-/nachtzorg? Laat ik eerst zeggen dat ik het belangrijk vind dat patiënten toegang hebben tot avond- en nachtzorg. Dat hoeft wat mij betreft niet altijd via de fysieke dienstapotheken te lopen. Dat heeft mevrouw Van den Berg trouwens ook niet betoogd. Ik ben voortdurend in gesprek met verzekeraars over dit onderwerp, want in verschillende regio's in het land wordt naar maatwerkoplossingen gezocht. Dus als er een dienstapotheek moet sluiten, kan dat alleen als er goede alternatieven beschikbaar zijn voor de patiënten. Ik ben graag bereid om ingeval zich zo'n maatwerkoplossing aandient u daarover te informeren. De Hoeksche Waard heb ik nu in gedachten en er zijn er nog een paar, dacht ik. Als daar, even huiselijk gezegd, een ei wordt gelegd, ben ik graag bereid om u daarover te informeren.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

De Minister zegt dat hij veel in gesprek is met de verzekeraars, ook om een oplossing te zoeken. Maar we willen graag de concrete toezegging van de Minister hebben dat, zolang er nog geen alternatief is gevonden voor die regio, er ook geen aanpassing is van het huidige regime. Want daar maken wij ons met name zorgen over.

**Minister Bruins:**

Ik ga me nog heel even beraden op dat antwoord, want ik heb heel weinig zin om een blanco cheque in deze of gene richting te geven. Ik begrijp dat er goed met ons wordt meegeluisterd, maar een precies antwoord op deze vraag krijgt u nog van mij. In de tweede termijn.

**De voorzitter:**

In tweede termijn geeft u dat?

**Minister Bruins:**

Of eerder.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Bruins:**

Is leveringszekerheid een standaardonderdeel van de inkoopvoorwaarden? Ik vind dat leveringsproblemen en geneesmiddelentekorten zo veel mogelijk moeten worden voorkomen. Met dit doel overlegt het ministerie in de werkgroep geneesmiddelentekorten met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen: apothekers, artsen, patiënten, fabri-

kanten, groothandels, zorgverzekeraars, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, de inspectie. Dat heeft geleid tot een lijstje van maatregelen en een zogeheten routekaart met allerlei scenario's om bij een leveringsprobleem een alternatief te regelen. In de praktijk werkt die routekaart heel goed. Dus waar er een tekort optreedt, is er een soort verwijssysteem waardoor ergens anders in het netwerk kan worden voorzien in het oplossen van dat geneesmiddelentekort. Dat werkt heel praktisch bij het oplossen van tekorten.

Ziet de Minister mogelijkheden om apothekers meer ...?

**De voorzitter:**

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Van den Berg hier ook een vraag over.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dit was toch de afronding van mijn vraag over het geneesmiddelentekort?

**Minister Bruins:**

Ik had nog een vraag in gedachten, maar misschien komt die zo. Ziet de Minister mogelijkheden om apothekers meer mogelijkheden te geven in het geval van tekorten? Ik wou daar dan nog iets aan toevoegen. In geval van leveringsproblemen zijn er in de apotheek vaak vervangende mogelijkheden voor de patiënt, dus binnen de apotheek. In de werkgroep tekorten waar ik zojuist over sprak, zijn maatregelen afgesproken om tekorten te voorkomen. En daarboven – dat heb ik nog niet genoemd – is er een meldpunt ingericht bij de inspectie om mogelijke tekorten vroegtijdig te melden en, beter nog, een tekort te voorkomen. Dat nog op dit punt.

**De voorzitter:**

Misschien nu de vraag, mevrouw Van den Berg?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Als ik nu wat ga vragen, is dat mijn laatste kans. Dan heb ik toch twee punten. Het ene punt hebben volgens mij ook andere collega's naar voren gebracht, namelijk dat de wisseling van medicijnen enorme grote effecten kan hebben. Ik weet van apothekers dat er keurige tabellen voor zijn: zoveel milligram van dit is gelijk aan zoveel milligram van dat. Vervolgens zijn er toch een paar mensen gedwongen opgenomen in een ggz-instelling, omdat het inregelen met die andere medicijnen enorm moeilijk is. Dus ik zou van de Minister graag wat meer willen horen over de enorme effecten voor de patiënten en ook over de tekorten in het Caraïbisch gebied. Wat gaat de Minister daar specifiek voor doen?

**Minister Bruins:**

Wij gaan ons nog even buigen over de tekorten op dit punt in het Caraïbisch gebied. Dus dat antwoord volgt in tweede termijn. Dan het wisselen van medicijnen. Ik heb onlangs, deze week nog, gesproken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties die dat wisselen van medicijnen ook hebben aangekaart. Zij beginnen eigenlijk allemaal zoals u ook begint, met de opmerking dat het in veel gevallen geen enkel bezwaar is. De werkzame stof is oké. Maar er is een zekere groep die er wel last van heeft. Ik heb begrepen dat de beroepsgroep van de apothekers werkt aan een bijgestelde lijst van medicijnen die je niet moet willen wisselen, maar dat gaat nogal traag. Ik heb met de patiëntenorganisaties afgesproken dat ik met hen een soort rondetafelgesprek wil hebben, omdat ik het een belangrijk onderwerp vind. Patiënten moeten kunnen vertrouwen op wat zij meekrijgen vanuit de apotheek. Er moet ook duidelijk toegelicht worden wat er in de zak zit. Dit zijn woorden die werden gebruikt door de patiëntenorganisaties. Als het pilletje van kleur

wisselt, hoeft dat helemaal geen probleem te zijn, maar je wilt wel graag zeker weten dat je het goede pilletje krijgt. Dat gesprek gaan wij eind oktober voeren. Waarom eind oktober? Omdat de patiëntenorganisaties en de KNMP onderling al hadden besproken dat die aangepaste lijst van de KNMP er dan zal komen. Dus die is eind oktober klaar. Toen heb ik gezegd: laten we dan in de laatste week van oktober gaan zitten om te kijken of u ook voldoet en dan zou ik eigenlijk ook de verzekeraars erbij aan tafel willen hebben. Dus dat onderwerp heeft de aandacht. Nadat dat gesprek is geweest, zal ik de Kamer informeren over de vorderingen die we maken.

**De voorzitter:**

Mevrouw Van den Berg, u hebt twee enkelvoudige vragen gesteld. U mag van mij zo meteen nog een vraag stellen, als daar aanleiding toe is en als het bij één vraag blijft. Gaat u verder, Minister.

**Minister Bruins:**

Als u een precies antwoord wilt hebben over het Caraïbisch gebied, moeten we daar schriftelijk op terugkomen.

Dan de antibioticaresistentie: wil de Minister laten onderzoeken waar de voorschrijvers verschillen vandaan komen? Ja, dat vind ik sowieso een interessant thema. Mijn voorganger, mevrouw Schippers, heeft veel aandacht voor het onderwerp gevraagd, ook in internationaal verband. Mij dunkt het dat er ons veel aan gelegen is, ook in Nederland, om die aandacht ook internationaal vast te houden. Dus ik wil wel bekijken waar die verschillen vandaan komen. Ik zal moeten kijken hoe en wat precies, maar dat ga ik doen.

Dan iets van een heel andere orde: wil de Minister alle geregistreerde middelen na drie jaar laten beoordelen door het Zorginstituut? Dan maar eens een antwoord dat begint met nee. Nee, het Zorginstituut pakt het pakketbeheer risicogericht aan. Voor geneesmiddelen betekent dit dat alle sluismiddelen worden beoordeeld – dat is natuurlijk al een klein stukje – en dat alle extramurale middelen worden beoordeeld. Daarnaast beoordeelt het Zorginstituut op verzoek van partijen ook middelen die al in het pakket zitten. Wij moeten een beetje een keuze maken over wat wel en wat niet door het Zorginstituut kan worden beoordeeld. En deze risicogerichte aanpak lijkt mij de beste, voorzitter.

Dan de sluis. Ook daarover zijn meerdere vragen gesteld, en niet alleen door mevrouw Van den Berg. Kan de sluis nog strakker worden gehanteerd? Nu zal de sluis worden ingericht op een macrobeslag van 40 miljoen of € 50.000 per patiënt, en dan in totaal voor de groep patiënten op een macrobeslag van meer dan 10 miljoen per jaar. De sluis is bewust bedoeld voor die geneesmiddelen waarbij het financiële risico zo hoog is dat we eerst goed willen kijken wat er precies aan de hand is. Niet alle geneesmiddelen die niet uitwisselbaar zijn, hebben zo'n hoog financieel risico. Als het niet nodig is om een sluis in te zetten, wat toch een intensieve maatregel is, wil ik de toegang voor patiënten daarmee eigenlijk liever niet onnodig vertragen. Dus hier maken we een keuze voor aan de ene kant geld en aan de andere kant tijd.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik had gevraagd of de Minister bereid is om een maximale termijn te stellen aan de sluisperiode.

**Minister Bruins:**

Ja, die vraag heeft zowel u als mevrouw De Vries gesteld. Dat vind ik heel moeilijk, omdat er in die sluisperiode een onderhandelingsperiode zit. En net zoals bij het voorbeeld van Spinraza dat ik u eerder heb genoemd, heb ik wel in mijn hoofd zitten – ik niet zozeer, maar de collega's hebben heel veel in het hoofd zitten – wat voor termijn je daar ongeveer voor zou

moeten hanteren. Maar als je die zou opschrijven en benoemen, gaat het tegen je werken. Dan is het immers mogelijk dat er tegen die termijn grens wordt aan gewerkt en dat er dan geen resultaat is of dat de prijs te hoog blijft. En als er geen resultaat is, hebben we ook geen medicijn beschikbaar.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, maar we willen toch allemaal het debacle en het fiasco met Orkambi voorkomen? De toelating van Orkambi tot de markt heeft bijna twee jaar geduurd en het heeft nog twee jaar geduurd voordat er uiteindelijk een deal lag door heel veel druk vanuit de Kamer. Het had nog veel langer kunnen duren. Er komt toch een omslagmoment, waarop de Minister moet denken: ja, maar dit kan niet? Dat bedoel ik met een maximale termijn.

Minister **Bruins**:

Die tweejaarstermijn hebben we al eens eerder besproken in een discussie over de vraag welke tijd je dan meeneemt. U heeft het nu over een onderhandelstijd, een periode waarin je met de fabrikant aan het onderhandelen bent. Dat is natuurlijk maar een stukje van het hele proces. Als je gaat redeneren vanuit de EMA-periode of alle trials meeneemt, is die periode van twee jaar natuurlijk ontzettend lang. Dat wil niemand. Ik wilde voor Spinraza ook absoluut niet naar twee jaar onderhandelen toe. Dat is als een bok op de haverkist zitten. Dat mag u van mij aannemen en u mag mij er ook altijd naar vragen, maar ik ga niet in de openbaarheid een termijn noemen. Trouwens, ik zou niet weten wat daar de kracht van is.

De **voorzitter**:

We doen de interrupties in tweeën, maar als u nog een interruptie wilt, is dat goed.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Het komt allemaal zo absoluut over. Volgens mij kunnen we zelfs nog een stap verdergaan dan een maximale termijn: eerst vergoeden en daarna onderhandelen. Ik vind het eigenlijk een heel groot probleem. Als ik kijk naar taaislijmziektepatiëntjes en Orkambi: gedurende de rit kachelen ze gewoon achteruit; hun gezondheid gaat achteruit. Dan moet je volgens mij overgaan tot eerst vergoeden en daarna onderhandelen over een definitieve toelating. Want als je al die tijd niet vergoedt, laat je mensen enorm in de kou staan en worden ze ook ziekere patiënten.

Minister **Bruins**:

Dit gesprek hebben we al eens eerder gevoerd. Als je eerst gaat vergoeden, ben je een flink deel van je onderhandelingspositie kwijt. De kans dat je dan aan een veel te hoge rekening blijft hangen, is levensgroot aanwezig. Misschien zou je dat voor dat ene medicijn nog wel redden, maar wij zijn hier niet voor één medicijn; we zijn hier voor een hele trits innovatieve medicijnen die in aantocht zijn. Dus we moeten een werkwijze afspreken die toekomstvast is, en dat is de sluis.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ten slotte, voorzitter. Ik vind het toch allemaal een heel moeilijk verhaal. Sinds 2013 hebben we jaar op jaar op jaar te maken met majeure miljardenmeevallers op het terrein van VWS. Ik zei al tijdens de begrotingsbehandeling dat die vervallen aan de schatkist. Afgelopen dinsdag is het eindelijk ook aan ons bevestigd: middelen vervallen inderdaad aan de schatkist. Miljarden en miljarden elk jaar weer. Zo'n middel als Orkambi heeft dan een beslag van 45 miljoen euro. Mensen krijgen gewoon twee jaar het middel niet, omdat er wordt gezegd: o, paniek, paniek, wat een

duur middel! Maar miljarden en miljarden en miljarden vervallen aan de schatkist. Elk jaar weer. Het kan toch niet zo zijn dat er dan twee jaar lang gewacht moet worden op één middel, één keer 45 miljoen euro?

**Minister Bruins:**

Ik heb het net ook al gezegd. We praten nu misschien over één middel, maar over de jaren heen praten we niet over één middel. We praten over tientallen dure medicijnen die er nog aankomen. Daarvoor hebben we dat sluisinstrument ingericht. Als ik goed ben geïnformeerd, ging het bij Orkambi ook helemaal niet over een in de sluis geparkeerd middel. Bij Spinraza wel, maar bij Orkambi niet.

Hoe dan ook, de prijzen en wat willen we uitgeven ... Ik kom weer bij het betoog van mevrouw Van den Berg uit. We zullen ons altijd bewust moeten blijven van de kosten van medicijnen. Een van de woordvoerders zei zonet: er gaat nu 6 miljard uit naar medicijnen. De komende jaren groeit dat beslag voor medicijnkosten. Het gaat razend snel. De bezuiniging, of de minder meeruitgaven zo je wilt, van die 467 miljoen is maar een deel. Ik geef u op een briefje dat na ommekomst van deze kabinetsperiode en deze minder meeruitgaven we opnieuw komen te praten over de vraag wat we kwijt willen zijn aan geneesmiddelen. Want het is altijd zo – dat geldt voor de hele zorgportefeuille – dat als het blijft groeien, we andere beleidsvelden er gewoon uit drukken. Ik zeg het een beetje plastisch, maar dat is de reden waarom wij praten over het beteugelen van de zorgkosten. Dat is ook de insteek die ik heb gekozen in de brief. Vindt u dat altijd prettig, Minister Bruins? Nee, ik zou ook liever altijd aan de kant van de patiënt staan en altijd willen zeggen: we zorgen er altijd voor. Ik durf het niet te beloven, niet tot in de eeuwigheid. Het spijt me.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw betoog.

**Minister Bruins:**

Voorzitter. Eigenlijk heb ik hiermee de laatste vraag van mevrouw Van den Berg ook beantwoord: ziet de Minister het risico op verdringing door een stijging van de kosten van geneesmiddelen?

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Ploumen.

Van mij mag het, mevrouw Van den Berg, maar ik weet niet of het van de voorzitter mag.

**De voorzitter:**

U mocht nog één enkele vraag stellen.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Dank u wel, voorzitter. Ik wil toch graag een reactie van de Minister hebben op mijn vraag of met testers, biomarkers, of hoe je ze ook noemt, gewoon met andere diagnosemiddelen, de verspilling van medicijnen voorkomen kan worden. En op de vraag hoe je op een andere manier makkelijker patiënten en onderzoek kunt combineren, omdat nu maar 5% van de patiënten voor onderzoek gebruikt wordt. Dan breng je de kosten ook naar beneden.

**Minister Bruins:**

Ik dacht dat die vraag ook was gesteld door mevrouw De Vries, dus die heb ik in het mapje De Vries zitten, maar daar ben ik nog niet, want ik ben nu bij mevrouw Ploumen. Ik hoop hier een medaille te verdienen, maar ik vrees met grote vreze.

Eens eventjes kijken. Waarom gaat de aanpassing van de WGP niet in per 2019, dus nog een jaar eerder? De wetswijziging die we nu voorbereiden, valt simpelweg over de jaargrens van 1-1-2019 heen, en niet een heel klein

beetje maar gewoon een boel. Dus ik heb meer tijd nodig en daarom lukt het niet om de wetswijziging per 1-1-2019 te laten ingaan. Dan het punt van het transparantieregister: wil de Minister een wettelijke verplichting voor het transparantieregister? Het antwoord is nee, dat wil ik niet. Wij kennen in Nederland een systeem van zelfregulering. Dat betekent dat de manier waarop onderlinge relaties worden ingericht een eigen verantwoordelijkheid van het veld is. Elke partij heeft haar eigen rol, haar eigen instrumenten, haar eigen verantwoordelijkheden. Wij gaan over de wetgeving, de IGJ gaat over het toezicht op de naleving van de wet en de zelfregulering gaat over de meer specifieke invullingen door middel van eigen normen, waardoor het draagvlak onder veldpartijen het best gecreëerd kan worden.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

De Minister beschrijft de bestaande situatie, maar ik zeg dat de bestaande praktijk in dit geval tekortschiet. We hebben daar namelijk steeds een goede praktijk tegenovergesteld; als zelfregulering namelijk niet werkt, is er de wettelijke mogelijkheid om in te grijpen of om het toezicht te verscherpen. Ik constateer dat de Minister zich neerlegt bij de gebrekkige zelfregulering. Hij schaaft zich aan de kant van de veldpartijen en daar hoort jammer genoeg volgens mij de burger niet bij. Dus ik vind het echt teleurstellend. De Minister legt zich neer bij een praktijk die gewoon niet op orde is, terwijl hij heel gemakkelijk zou kunnen ingrijpen en dat naar mijn mening ook moet doen.

De **voorzitter**:

Uw vraag is duidelijk, mevrouw Ploumen. De Minister.

Minister **Bruins**:

Het bewijs dat het transparantieregister niet werkt, is wat mij betreft niet geleverd. Ik vind het een prima instrument. Er is altijd verbetering nodig. Ik sta ook open voor opmerkingen op dat punt, maar ik vind het te algemeen om dan maar even te zeggen dat het transparantieregister de prullenbak in kan.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ploumen in tweede instantie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik op mijn beurt vind het te algemeen om te zeggen dat het wel werkt en dat het met wat kleine verbeteringetjes wel oké is. Dus we vinden elkaar hier helemaal niet. Dat vind ik jammer, maar de Kamer heeft allerlei manieren om te kijken of we de Minister toch een duwtje in de goede richting, over die finish heen, kunnen geven. En ik hoop op steun van mijn collega's tegen die tijd.

Minister **Bruins**:

Er zit een medaille aan te komen. Ook deze discussie over het transparantieregister hebben we eerder gevoerd; ik dacht bij de begroting. Ik heb toen een evaluatie toegezegd over de werking van het transparantieregister. Misschien dat we elkaar dan iets meer kunnen ontmoeten op basis van de ervaringen met het register. Ik wil nog eventjes opzoeken wanneer, maar u weet dat. Ik heb aan de Kamer gemeld wanneer de evaluatie af is. Dan kunnen we aan de hand van die uitkomsten misschien nader spreken.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

**Minister Bruins:**

Dan op het punt van de dwanglicenties: kan de Minister ook het onderwerp recht op medicijnen en volksgezondheid daarbij betrekken? Het lijkt me prima om dat te doen.

Dan de licentieovereenkomsten: eerst aan het veld laten en dan pas dwingende maatregelen nemen. Op welke termijn kan de Minister een datum noemen? Ik ben nog niet toe aan dwingende maatregelen, ook niet op dit punt. Op dit moment zijn er criteria voor maatschappelijk verantwoord licenseren. Die moeten eerst door deskundigen uit het veld operationeel gemaakt worden. Ik verwacht in het eerste kwartaal van 2019 een rapportage hierover van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Dit thema is naar aanleiding van de laatste begrotingsbehandeling door ons onderwerp van gesprek gemaakt bij die federatie: wilt u deze klus oppakken? Dat wil ze. Dan vind ik ook dat we haar even die ruimte moeten bieden en dat we wat mij betreft na ontvangst van die rapportage in het eerste kwartaal van 2019 inhoudelijk op dit punt verder kunnen spreken. Dat lijkt mij dan een handig moment. Want dat punt van maatschappelijk verantwoord licenseren voel ik Kamerbreed. Dat vinden wij allemaal heel interessant natuurlijk.

Voorzitter. Dan kom ik bij de vragen van mevrouw De Vries. Kan de Minister aangeven wanneer het onderzoek naar de beschermingsmechanismen gereed is? Ik dacht dat wij die brief inmiddels, gisteren of eergisteren, in een envelop hebben gestopt en de Kamer hebben toegezonden. Ik moet daar nog wel mijn opvatting bij schrijven. Ik heb in de aanbiedingsbrief gezegd dat ik dat in het najaar doe.

Dan over de sluis en de uitbreiding van criteria. Hebben het Zorginstituut en het ministerie voldoende capaciteit voor de uitbreiding van werkzaamheden? Zeker, daar hebben we voor gezorgd. Al in aanloop naar de maatregelen voor de uitbreiding van de sluis hebben we gezorgd dat er meer capaciteit beschikbaar is bij het Zorginstituut.

Dan de evaluatie. Is de Minister bereid om de inzet van de sluis over een jaar te evalueren en te bezien of procedures sneller of langzamer verlopen, en wat de kosten en baten daarbij zijn? Ik ben bang dat ik over een jaar nog niet zo heel veel weet, maar ik wil wel bekijken wat ik dan al wel weet. Dus ik kan dit onderwerp wel opnemen in iets als een voortgangsbrief financiële arrangementen, die we toch elk jaar sturen. Dan kunt u in ieder geval meekijken wat de vorderingen zijn.

Voorzitter. Dan de monitoring van de aanpassing van het GVS. Daar zit een beetje de voorzichtigheid in van mevrouw De Vries, die zei: ja, die aanpassing is wel mooi, maar gaan we het bedrag ook halen en hoe gaan we dat monitoren? De Stichting Farmaceutische Kengetallen zal de monitor uitvoeren en ik ben met haar in gesprek over de precieze vormgeving. Onderdeel van die monitor zijn in elk geval het effect van de maximering op de prijzen – dat is ook voor de heer Van Gerven interessant – de hoeveelheid en de hoogte van de bijbetalingen en het effect op terugbetalingen. Deze drie punten wil ik in ieder geval in de monitor stoppen en die monitor zeg ik de Kamer graag toe. Ik zal de vraag van mevrouw Ellemeet maar vast voor zijn. De patiëntenfederaties zullen we betrekken bij de monitor, evenals de zorgverzekeraars en de apothekers, de KNMP.

Dan de terugbetalingen van farmaceuten: hoe moet worden omgegaan met de bestaande terugbetalingen van farmaceuten aan patiënten? Deze zijn nauwelijks inzichtelijk voor verzekeraars en apothekers, maar hebben wel invloed op het wel of niet behalen van de € 250 eigen betalingen. De terugbetalingen van farmaceuten zijn inderdaad in een deel van de gevallen niet inzichtelijk voor verzekeraars en apothekers. Overigens zijn de eigen betalingen aan geneesmiddelen nu soms gedekt via aanvullende verzekeringen en speelt dat punt ook daar. Ik wil hier meer zicht op krijgen en ik wil ook weten wat er gaat gebeuren met de terugbetaalrekeningen als gevolg van het invoeren van het

maximum. Ik stel voor dat ik dit thema meeneem in de monitor die ik u zojuist noemde.

Dan de stijging van de prijzen door maximering van de eigen bijdrage. Een kort antwoord: mocht uit de monitor blijken dat de effecten van de maximering erg nadelig uitpakken, ga ik kijken welke beheersmaatregelen ik zal nemen. Daarom wil ik dat de Stichting Farmaceutische Kengetallen ons de eerste rapportage al begin 2020 oplevert, dus een jaar na inwerkingtreding, zodat we nog bijsturingsmogelijkheden hebben. Voorzitter. Dan de registers.

**De voorzitter:**

Even, voordat u daarmee doorgaat: mevrouw De Vries heeft een vraag.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Dank voor de toezeggingen en het monitoren van het systeem. Ik denk dat dat belangrijk is. Ik had ook nog een vraag gesteld over de fraudegevoeligheid. Is er gekeken of het systeem dat nu ingevoerd wordt, daartegen bestand is? En wordt dat de komende tijd ook nog gemonitord?

**Minister Bruins:**

Het monitoren van fraude is altijd lastig: wat weet je en wat weet je niet? Zullen we eens kijken of we dat thema ook bij die monitor kunnen meepakken? Dat lijkt me het meest praktisch.

**De voorzitter:**

Mevrouw De Vries in tweede instantie.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Het is mooi dat het gemonitord gaat worden, maar ik zou ook bij het begin graag bekeken willen hebben hoe we eventuele fraudemogelijkheden kunnen uitsluiten. Bij de opzet van het systeem moet er heel goed gekeken worden hoe we dat zo veel mogelijk kunnen voorkomen. Dat is eigenlijk mijn belangrijkste oproep.

**Minister Bruins:**

Dat lijkt mij een goed plan. Ik denk dat daar ook van de kant van de verzekeraars en alle andere partijen die ermee te maken hebben, grote belangstelling voor zal zijn.

Ik ga verder. Voor sommige behandelingen zijn reeds registers voor geneesmiddelen aanwezig. Welke mogelijkheden ziet de Ministers om deze registers verder uit te breiden en de administratieve lasten te beperken? Allereerst, ik wil geen registers die per geneesmiddel worden opgezet. Ik vind het van belang dat registers aandoeningsspecifiek worden opgezet en voldoende flexibel zijn om in te spelen op veranderingen. Als er voor een aandoening een nieuw geneesmiddel op de markt komt, moet het mogelijk zijn om hierover gegevens in het patiëntenregister op te nemen. In mijn verzoek aan het Zorginstituut om een toets op de uitvoerbaarheid en de haalbaarheid van de regie op registers heb ik expliciet aandacht gevraagd voor de bestaande registers. Die aandacht is niet zozeer gericht op het uitbreiden van de registers, als wel op het uniformeren, dus daarmee ook het verminderen van de administratieve lasten. Het gaat hierbij wel om registers waarvan het Zorginstituut heeft vastgesteld dat deze nodig zijn vanuit het pakketbeheer. Het Zorginstituut zal aan de slag gaan om onder andere zo'n registratiekader te ontwikkelen. En ik zal bij het Zorginstituut dat aspect van die administratieve lasten nogmaals onder de aandacht brengen.

Voorzitter. Ik ga verder. Welke mogelijkheden ziet de Minister om bestaande data uit de registers meer en beter bij elkaar te brengen en verder uit te rollen? Eigenlijk is dat hetzelfde antwoord. Met het Zorginstituut volg ik namelijk het gesprek om een registratiekader te ontwik-

kelen, zodat je die bestaande data makkelijker kunt samenbrengen en combineren. Dat helpt misschien ook om de administratielast verder te beteugelen.

Heeft de Minister ook oog voor de mogelijk negatieve gevolgen van de lage geneesmiddelprijzen in Nederland? Ja, ik heb zeker oog voor het risico op toegankelijkheidsproblemen bij te lage prijzen van generieke geneesmiddelen. Dat neem ik mee bij de uitwerking van de maatregelen uit het regeerakkoord ter beheersing van de kosten van genees- en hulpmiddelen. Zo neemt de projectgroep voor de modernisering van het GVS, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, dit mee in zijn analyse en zal waar mogelijk en nodig verbetervoorstellen formuleren. Ik denk dat ik het hierbij laat.

Wat doet de ACM op dit moment aan de inkoop- en marktmacht wat betreft geneesmiddelen? De ACM heeft aandacht voor de inkoop- en marktmacht wat betreft geneesmiddelen. Zo heeft de ACM de farmaceutische sector in kaart gebracht in het rapport Farmacie onder de loep. Ook heeft zij in 2016 een leidraad opgesteld die de ruimte bevestigt voor de gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen. En ten slotte noemt de ACM de prijzen van geneesmiddelen als een van haar prioriteiten in de ACM-agenda 2018–2019. Ik vind het dus een goede ontwikkeling dat die extra aandacht er is bij de ACM.

Is de maximering van het GVS ook haalbaar per 1 januari 2019? Ik denk dat de vraag was of de verzekeraars al per 1 januari 2019 aan de slag kunnen met die maximale betalingen? Er is vanaf november 2017 in periodieke overleggen bij ZN op aangedrongen dat zorgverzekeraars zich tijdig en goed op deze maatregel gaan voorbereiden en daarover in overleg treden met de KNMP. Ik ga ervan uit dat 1 januari haalbaar is. De KNMP heeft aangegeven dat de benodigde aanpassingen in de ICT per die datum ook werkelijk haalbaar zijn. Tot zover de stand van zaken op 22 juni. Hoe zorgt u ervoor dat de maximering niet tot een enorme administratielast leidt? Dat antwoord heb ik inmiddels gegeven. Ik heb de verzekeraars en apothekers de vrijheid gegeven om zelf voor een uitwerkingswijze te kiezen. Zij hebben gekozen voor betaling van eigen betalingen achteraf via de verzekeraar. Daardoor is er voortaan geen gedoe meer met het betalen aan de balie van de apotheek.

Dan het punt van de biomarkers. Welke mogelijkheden ziet de Minister om farmaceuten te stimuleren om biomarkers te leveren bij de nieuwe dure geneesmiddelen? En hoe kunnen we de inzet van Nederland daarbij gevraagd vergroten? Allereerst, biomarkers zijn belangrijk. Ze worden ontwikkeld door zowel private als publieke partijen. Biomarkers zijn ook in het belang van de farmaceutische industrie. Bij ZonMw is een programma op dit gebied gestart. Ik zeg toe dat het mijn aandacht heeft en dat ik erin blijf investeren. Ik kijk even of ik daarmee het hele antwoord heb gegeven voor mevrouw De Vries. Daar ga ik voorshands van uit.

**De voorzitter:**

Maar mevrouw De Vries zegt van niet.

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Nee, want ik had ook nog gevraagd naar ... Ten eerste. Ik ben blij dat de Minister zegt dat hij erin blijft investeren, maar wat betekent dat dan precies? Ten tweede, de voorganger van deze Minister heeft toegezegd om de NZa te laten kijken naar de financiering van diagnostische tests in de praktijk. Wat is daaruit gekomen? Daar zijn wij op zich benieuwd naar. Of staat dat op een ander briefje?

**De voorzitter:**

De Minister zoekt even naar een antwoord.

Minister **Bruins**:

De Minister zoekt helemaal niks.

De **voorzitter**:

De Minister láát naar het antwoord zoeken.

Minister **Bruins**:

Ik doe deze even in de tweede termijn.

De **voorzitter**:

In tweede termijn. Is dat goed, mevrouw De Vries?

Minister **Bruins**:

Anders hebben we misschien geen tweede termijn, voorzitter.

De **voorzitter**:

Daar hoeft u nooit bang voor te zijn in deze commissie. Gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Dus daar kom ik even op terug, voor u en ook voor mevrouw Van den Berg.

Blijven de decentrale onderhandelingen tussen verzekeraars, ziekenhuizen, beroepsverenigingen en farmaceuten mogelijk? Jazeker, de meeste intramurale geneesmiddelen worden door ziekenhuizen zelf ingekocht bij de fabrikant en dat blijft zo. Dus die ruimte blijft beschikbaar. Dan de financiering. Moet ik het dan wel zeggen? Dat zou ik pas in de tweede termijn doen.

Voorzitter. De financiering van de diagnostische tests. Tijdens het AO in februari 2017 heeft mevrouw Schippers na vragen van de VVD toegezegd om de NZa te laten kijken naar de structurele financiering van diagnostische tests. Wat is hierop gebeurd? Wat is er uit de gesprekken met de NZa gekomen? Welke knelpunten worden ervaren en wanneer komt er meer duidelijkheid over de aanpak? Dat was de vraag, hè?

Mevrouw **Aukje de Vries** (VVD):

Ja.

Minister **Bruins**:

Goed, hè? Nu het antwoord. Tijdens het AO van 9 februari is toegezegd, toen nog aan de heer Rutte, om de NZa te vragen naar de mogelijkheden voor de bekostiging van de diagnostiek op het gebied van farmacogenetica. Op 29 augustus vorig jaar heeft mijn voorganger een brief aan de Tweede Kamer gestuurd, waarin zij de reactie van de NZa heeft toegelicht en de toezegging heeft afgedaan. De NZa heeft aangegeven dat het al mogelijk is om diagnostische tests te declareren en vergoed te krijgen door de zorgverzekeraars. Er bestaan hiervoor diverse generieke prestatiebeschrijvingen. Zoals mijn voorganger u in de brief al aangaf, blijft de NZa in gesprek met relevante partijen over de vraag of er knelpunten zijn die een aanpassing van de huidige mogelijkheden noodzakelijk maken. Als die knelpunten er zijn, zal ik graag in overleg met de NZa en partijen bekijken hoe we die knelpunten het beste kunnen oplossen.

Voorzitter. Ik ga door met de vragen die zijn gesteld door mevrouw Ellemet van GroenLinks.

De **voorzitter**:

Mevrouw de Vries is nog niet helemaal tevreden, maar u hebt al twee interrupties gehad, mevrouw De Vries. Dus ik zou het bewaren voor de tweede termijn.

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ellemeet. Nee, mevrouw Ellemeet krijgt de antwoorden van de Minister.

**Minister Bruins:**

Over de WGP zei u: goed dat u Duitsland als referentieland wilt vervangen. Dat gaat in per 2020. Wilt u voor die tijd al iets doen om de prijzen naar beneden te krijgen? Ja, in de brief van 15 juni zijn drie grote onderwerpen genoemd. Wat eigenlijk al vandaag kan starten, is het scherper inkopen van genees- en hulpmiddelen. Dat kan en moet al in 2019 tot een besparing leiden. Dus, voor de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen heb ik wetgeving nodig. Dat kost tijd; dat heb ik net betoogd. Maar met een ander onderwerp uit dezelfde brief, scherper inkopen, kunnen we wel al beginnen.

Dan de vraag of de sluis niet tot een onnodige vertraging leidt in de toegang van patiënten tot dure geneesmiddelen. Dat is de achilleshiel van de sluis, zou je kunnen zeggen. Laat ik eerst nog maar een keer benadrukken dat de sluis alleen zal worden ingezet bij geneesmiddelen met een hoog financieel risico. Op de korte termijn is het geneesmiddel dan inderdaad nog niet beschikbaar voor de patiënt. Deze relatief korte periode van vertraagde toegang is helaas juist noodzakelijk om het dure geneesmiddel beschikbaar te maken op een betaalbare manier en voor de langere termijn. Mijn streven is natuurlijk om de vertraging tot het uiterste te beperken.

Dan het initiatief van het AMC dat mevrouw Ellemeet noemde. Ik ga de Kamer in oktober nader informeren over de magistrale bereiding. Uw vraag was wat ik u dan hoop te melden wat ik nu nog niet weet. Over wat er wel en niet is toegestaan bij magistrale bereiding bestaat nog steeds onduidelijkheid. Die onduidelijkheid betreft de uitleg van de Geneesmiddelenrichtlijn en de rechtspraak. Daarnaast zijn er ook veldnormen van de openbare apothekers en ziekenhuisapothekers. Daarom wil ik samen met de inspectie, het KNMP en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers zorgen dat er vooraf meer duidelijkheid is over wat wel en wat niet kan binnen de kaders van de wet. De mensen die het initiatief van AMC hebben ontplooid, vinden dit een moeilijke kant van de zaak: blijven we binnen de kaders van de wet? Dat is hun aperte wens, maar die zekerheid willen ze natuurlijk wel hebben.

Daarnaast wil ik met het Zorginstituut en de NZa bekijken of er in de aanspraak en bekostiging onduidelijkheden of belemmeringen zitten voor de toepassing van apotheekbereidingen. Die onduidelijkheden en belemmeringen wil ik wegnemen, zo nodig via een aanpassing van het Besluit zorgverzekering.

Dan de vraag of ziekenhuizen vergoed moeten worden op basis van de nettoprijs in plaats van de lijstprijs. Ziekenhuizen vergoeden op basis van de nettoprijs, maar dit leidt niet altijd tot lagere zorguitgaven. Artsen en ziekenhuisapothekers zijn namelijk goed in staat om lage prijzen te bedingen en de opbrengsten komen dan ten goede van de zorg. Het inkoopteam moet wel prikkels houden om scherp in te kopen.

Dan het onderzoek geneesmiddelen: moeten patiëntenorganisaties meer zeggenschap krijgen over de registers?

**De voorzitter:**

Volgens mij hebt u daar net ook al iets over gezegd. Ik probeer u ook een beetje kort te houden, want ik kijk naar de klok.

**Minister Bruins:**

Twee dames. Naar wie moet ik nou luisteren?

**De voorzitter:**

Naar de voorzitter.

**Minister Bruins:**

Jullie gaan dan heel snel praten, maar ik ben dan weer onduidelijk. In mijn opdracht aan het Zorginstituut heb ik als voorwaarde gesteld dat de ervaringen van de patiënt bij de registers worden betrokken. De Patiëntenfederatie heeft mij een aantal suggesties gedaan met betrekking tot patiëntenregisters. Die suggesties betreft het Zorginstituut bij zijn uitvoeringstoets.

Zie je wel! Zeg nou niet dat het aan mij ligt.

**De voorzitter:**

Er is een vraag. Ja, dat krijg je dan.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Misschien sorteer ik al voor op het volgende antwoord, dus dan hebben we het in één keer gehad. Het is goed dat de Minister dat heeft meegegeven aan het Zorginstituut. Het is wel een onderwerp dat al heel lang loopt en sleept en waar weinig voortgang op geboekt wordt. Gaat de Minister wachten op het advies van het Zorginstituut en komt hij daarna nog met zijn eigen visie? Is hij niet in staat om al voor de begrotingsbehandeling van dit najaar met zijn eigen visie op de rol van die patiëntenorganisaties te komen? En hoe wil hij die patiëntenregisters gaan inzetten?

**Minister Bruins:**

Dat gesprek loopt nu juist tussen het Zorginstituut en de patiëntenorganisaties. Zij maken een uitvoeringstoets op dat punt: hoe kun je de rol van die patiëntenorganisaties goed en sterk maken? De uitvoeringstoets moet er voor het eind van het jaar zijn. Ik kan de Kamer natuurlijk altijd informeren over de uitkomst van die uitvoeringstoets. Dan kunnen we hem ook nog bespreken, als u dat wilt. Maar eigenlijk ga ik ervan uit dat de patiëntenbelangen op deze manier goed geborgd worden.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met uw beantwoording.

**Minister Bruins:**

Over de 40.000 mensen met hoge bijbetalingen heb ik het inmiddels gehad.

De laatste vraag van mevrouw Ellemeet ging over leefstijl: is de Minister het met GroenLinks eens dat er een nieuwe agendafinanciering nodig is om ook leefstijlinterventies te vergoeden? Het kortste antwoord is dat vanaf 1 januari 2019 de gecombineerde leefstijlinterventie deel zal uitmaken van het basispakket. Maar dat is niet het antwoord.

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Dat wist ik al. Het is wel heel mooi, maar het is nog steeds heel sterk gericht op preventie. We zien nu al interventies, zoals Keer Diabetes Om! die echt leidt tot een normalisatie van de bloedwaardes. Dat is dus echt een alternatief voor een medicijn, zou je kunnen zeggen. Het punt dat ik probeerde te maken, was dat dat tot ontwikkeling heeft kunnen komen doordat er een financiering was, toen nog vanuit EZ. Dus dat hele Keer Diabetes Om!, die ontwikkeling van dat «medicijn», om het zo maar te zeggen, heeft tot stand kunnen komen door publiek geld. Dit is een heel mooi voorbeeld van iets wat al werkt, een alternatief voor een medicijn. Daar zou ik wel meer van willen zien. Is de Minister bereid te overwegen om publieke financiering beschikbaar te stellen voor levensstijl als medicijn?

**Minister Bruins:**

Het gaat over publieke financiering. Dan komt de rekening bij ons te liggen. Daarover moet ik even nadenken. Daar kom ik in tweede termijn op terug.

Voorzitter. Ik kan de vragen van mevrouw Agema nu kort beantwoorden. Dat vind ik netjes om te doen. Maar hoe wilt u dat hebben? Ik kijk ook naar de klok.

**De voorzitter:**

Er wordt meestal wel meegeluisterd door de medewerkers. Mevrouw Agema laat zich verontschuldigen, omdat ze een andere verplichting heeft. Misschien kunt u heel kort even ingaan op haar vragen?

**Minister Bruins:**

Precies. De vraag van mevrouw Agema was: bent u van plan de WGP aan te passen overeenkomstig het Noorse systeem? Dat is voorgesteld in de nota van de drie initiatiefnemers PvdA, GroenLinks en SP. Ik heb al betoogd dat ik dat niet zal doen en dat ik vasthoud aan mijn eigen voorstel.

Dan over de doorlooptijden bij de sluis. Daar maakt mevrouw Agema zich zorgen over. Daar heb ik ook inmiddels op gereageerd. Dat punt van tijdigheid willen we allemaal graag. Wij zien graag spoedige procedures, ook in een sluisituatie.

Dan de vraag of ik de expertisecentra zeldzame aandoeningen wil betrekken bij de beoordeling van het Zorginstituut. Nee, niet in formele zin. We hebben ervoor gekozen dat de wetenschappelijke verenigingen het Zorginstituut adviseren bij de totstandkoming van zijn advies over de vergoeding van weesgeneesmiddelen, en dus niet andere expertisecentra. Dan over de eigen bijdrage en de dekking daarvoor. Daar heb ik het net over gehad. De kosten daarvan bedragen 15 miljoen en dat onderwerp is gedekt bij de voorjaarsnota.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Sazias. Mevrouw Sazias pleitte voor het testen van tumoren voor behandeling, de whole genome sequencing, voor de meest optimale combinatie van medicijnen. Daarmee kan dan onder- of overbehandeling worden voorkomen.

Voorzitter. Het ZonMw-programma personalized medicine onderzoekt hoe die whole genome sequencing doelmatig kan worden ingezet in de zorg. Diagnostiek die nog niet bewezen effectief is, kan nog niet in het pakket worden vergoed. Dat is hier het springende punt. Ik heb begrepen dat de Hartwig Medical Foundation bezig is om met het KWF en de zorgverzekeraars een project op dit punt te starten. Ik vind dat positief. VWS bekijkt onder meer via ZonMw of een bijdrage in geld hiervoor kan worden aangewezen.

Kan de Minister mogelijkheden bieden om na de fase 2-studies het middel al beschikbaar te stellen voor de patiënt? Daarin ligt de suggestie dat dat nu niet kan en dat dat middel niet al na fase 2 beschikbaar kan worden gesteld. Ik heb begrepen dat er al diverse mogelijkheden zijn om middelen sneller een markttoelating te geven. Dat vind ik positief. Misschien heb ik de vraag niet goed begrepen of misschien moet ik preciezer zijn in mijn uitleg, maar soms kan het middel al na een fase 2-studie beschikbaar komen voor groepen patiënten.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Als je echt maatwerk verricht, personalized medicine, heeft fase 3 natuurlijk niet zo veel zin. Het heeft geen zin om het op een hele ploeg mensen uit te proberen, omdat het alleen maar voor die ene persoon geldig is. Dat is wat ik bedoel. En in die gevallen zou je dus fase 3 sowieso moeten overslaan. Aangezien dat ook de duurste fase is, brengt dat op die manier personalized medicine alleen maar dichterbij.

**Minister Bruins:**

Ik hoor niet zozeer een vraag. Dit is een discussie die in Europa loopt. Ik zie precies dezelfde ontwikkeling. Ik weet niet precies wat mevrouw Sazias zou willen horen. Ik vind het een interessant thema, maar ik kan geen toezegging op dit punt doen, behalve dat we op enig moment – dan moeten we even naar het goede moment zoeken, bijvoorbeeld het volgende AO Geneesmiddelenbeleid – even het netje ophalen en kijken hoe ver de discussie in Europa staat op dit punt.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Wilt u dit dan alstublieft wel zo veel mogelijk stimuleren en faciliteren?

**Minister Bruins:**

Ik wil ook mijn aandeel in deze discussie nemen. Jazeker.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met de beantwoording.

**Minister Bruins:**

De Minister beperkt de mogelijkheden voor magistrale bereiding. Dit zei mevrouw Sazias naar aanleiding van de brief over de Rijsoctrooiwet. Dat is niet juist; ik beperk de mogelijkheden voor magistrale bereiding niet. Ik wil juist dat hier meer duidelijkheid over komt binnen de kaders van de wet. Ik zeg nu maar heel kort wat ik zojuist in langere bewoordingen zei tegen mevrouw Ellemeet.

De patiënt krijgt een ander middel dan voorgeschreven. De arts heeft de medische noodzaak aangegeven, maar de apotheek geeft toch een ander middel. De besparingen zijn marginaal. Wat gaat de Minister hieraan doen? Ik refereer aan het rondetafelgesprek – ik geloof dat ik dat bij mevrouw Van den Berg heb genoemd – dat ik in oktober zal hebben. Daar wil ik die medische noodzaak als onderdeel van het hele onderwerp wisseling van medicijnen nog eens goed aan de orde stellen. Ik heb het gevoel dat er weleens balletje-balletje tussen de apotheek en de verzekeraar wordt gespeeld – ik zeg dit weer veel te huiselijk – en de patiënt staat erbij en kijkt ernaar. Dus ik wil dat thema weleens aan bod hebben.

**Mevrouw Sazias (50PLUS):**

Maar het is toch nu al zo dat het advies van de huisarts preferent is? Ik zie dan ook geen enkele noodzaak dat de Minister daar nog tot oktober mee zou moeten wachten. Daar kan hij toch nu al iets aan doen?

**Minister Bruins:**

De klacht van de patiëntenorganisaties is juist dat het thema medische noodzaak niet altijd wordt gevolgd en dat er dan een discussie ontstaat in de apotheek van: dit moet van de verzekeraar of dit moet van de dokter. Daarom wil ik dat gesprek hebben en niet à deux, maar met de verschillende partijen om de tafel. En daarom benoemde ik dat als een rondetafel, die ik eind oktober plan.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Bruins:**

Dan de vraag waarom veel medicatie nog wordt verpakt in doordrukstrips. Geneesmiddelen zitten vaak in blisterverpakkingen of in doordrukstrips, omdat het geneesmiddel dan het stabielst is en daarmee lang bewaard kan worden. Het maakt het ook mogelijk dat apotheken een deel van de verpakking aan een patiënt kan meegeven. Als het middel in een pot verpakt is, is dat vaak niet mogelijk met het oog op de stabiliteit van het medicijn.

Dan de vragen die zijn gesteld door de fractie van DENK. Ik zal het tempo een klein beetje opvoeren. Dure geneesmiddelen: hoelang gaan we het hier nog over hebben? Ik beloof dat we het hier deze hele kabinetsperiode en ook de volgende periode nog over hebben, en niet op een wat algemene manier, maar heel precies aan de hand van allerlei deelt thema's, zoals we dat vanmiddag doen. Misschien komt het bij u een beetje technisch over – bij mij soms wel een beetje – maar we praten hier wel over de belangen van patiënten van vandaag en morgen. Als we niks doen, groeit het budget van de geneesmiddelen van 6 naar 7 naar 8 miljard. Dus we moeten keuzes maken. Daarom voeren we dit debat. Wat zijn de gevolgen van hoge geneesmiddelenprijzen voor familieleden van patiënten? Dat is ook een beetje een algemene vraag, zeg ik in de richting van de heer Öztürk, maar ik begrijp deze heel goed. Daarom nemen we allerlei maatregelen, juist om de prijzen te beteugelen. De maximering van de eigen bijdrage is er zo eentje. Zo hebben we er in de afgelopen periode wel meer gehad. Ook de hoofdlijnakoorden kunt u in dat licht zien. Het leidt allemaal naar hetzelfde: kijken of we de kosten in de klauwen kunnen houden.

Dan meer inkoopmacht creëren, samen onderhandelen. Daar zijn we inderdaad mee bezig. Dit gaat over het samenwerken tussen landen en het bundelen van krachten. We gaan morgen in Europees verband weer eens de koppen bij elkaar steken om te kijken of we internationaal meer samen kunnen doen wat betreft het punt van onderhandelen, maar datgene wat wij in het pakket stoppen, zal altijd een nationale beslissing blijven.

Dan de vraag of ik een wettelijke maximale prijs per jaar ga vastleggen. Dat wordt feitelijk al gedaan in de Wet geneesmiddelenprijzen, waarvoor nu een wijziging voorligt.

Kan de Minister uitleggen waarom geneesmiddelen in Nederland zo duur zijn? Eigenlijk heb ik geprobeerd dat in mijn inleiding te doen. Er zit natuurlijk een spanning op het gegeven dat je aan de ene kant elk geneesmiddel voor alle patiënten beschikbaar wilt hebben, en er aan de andere kant een grens is aan de betaalbaarheid van medicijnen. Dus dat is de grens in de driehoek innovatie, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Voorzitter. Dan de vragen die zijn gesteld door ...

**De voorzitter:**

Even, voordat u daarmee verdergaat, heeft de heer Öztürk een vraag. Graag kort, meneer Öztürk.

**De heer Öztürk (DENK):**

Dit zijn de standaardantwoorden van de Ministers en de Ministers hiervoor. En toch blijft het probleem van Big Pharma overeind en toch blijven de lobbyisten Kamerleden bestoken met niet-kloppende informatie om de miljard euro die ze verdienen, voort te zetten. Hoe gaat de Minister de enorme winst van die grote Big Pharma aanpakken, waarvan heel veel patiënten uiteindelijk de dupe zijn? Hoe gaat u de strijd aan? Heeft u het lef? Dat woord is al eerder genoemd. Ik kan het nog anders noemen: heeft u de ballen om die Big Pharma aan te pakken. Die vraag wil ik concreet stellen.

**De voorzitter:**

«Lef» is genoeg, meneer Öztürk. Dat snappen we ook.

**Minister Bruins:**

Er zijn wel tien antwoorden te geven op deze vraag en dan praat ik moeiteloos de klok na 17.00 uur vol. Maar dit debat hebben we natuurlijk al in een paar laagjes gehad. Ik noem het voorbeeld dat ik in de brief heb gezet, waarbij we met de VIG, de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, kijken of we kunnen komen tot afspraken, waarin helderheid wordt

geboden over de opbouw van kosten. Ik weet niet of dat lukt, maar ik zou het razend mooi vinden als we daar een praktische afspraak voor kunnen maken. Met de medicijnfabrikanten kijken we, ook in internationaal verband, of ze helderder, het liefst gewoon helder, kunnen zijn over hun R&D-kosten. Dat soort maatregelen gaan er niet vandaag of morgen komen, maar het moet wel onze inzet zijn. Dat aan de ene kant. En ik zeg het nog een keer: aan de andere kant willen we die innovatieve kant van de fabrikant niet missen, voor de patiënt van morgen voor wie we ook graag een medicijnbehandeling willen hebben.

**De voorzitter:**

De heer Öztürk in tweede instantie.

**De heer Öztürk (DENK):**

De onderzoekers van de Erasmus Universiteit zeggen dat die ontwikkelingskosten voor kankermedicijnen, de pillen, de lange terugverdiëntijd en de investeringen quatsch zijn. Dat zeggen de onderzoekers. Niet de gewone burger, maar een onderzoeker zegt dat de Big Pharma ons min of meer bezeikt en gewoon misbruik maakt van haar machtspositie. Iedere keer als er een nieuwe Minister komt, hebben wij hier in de Kamer de hoop dat die het lef heeft om de rovers aan te pakken. Mijn vraag is concreet: heeft u het lef om deze rovers in het gezicht aan te kijken en te zeggen: we gaan hiermee stoppen; we gaan uiteindelijk de burgers geven wat ze nodig hebben?

**Minister Bruins:**

De heer Öztürk gebruikt het woord «stoppen». Dat gaan wij nooit doen. Want ook voor de patiënt van morgen en overmorgen en voor patiënten van wie wij de ziekte niet kennen, zullen wij altijd willen dat er nieuwe medicijnen op de markt komen. Dus we gaan niet stoppen. We kunnen alleen maar proberen om ... Mevrouw Van den Berg heeft de woorden «license to operate» gebruikt. Dat zijn ook mijn woorden. Ik zou het gesprek willen voeren met farmaceuten over hun license to operate. Ik denk dat die license to operate het langst kan bestaan als de driehoek innovatie, betaalbaarheid, toegankelijkheid wordt gesloten. En daar kunt u mij op aankijken. Daar zal ik mijn stinkende best voor doen. Daar zal ik ook de industrie op aanspreken. En we zullen eens zien in hoeverre er een kans van slagen is om een document op te stellen met de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, als een voorbeeld. Dat is de Nederlandse industrie. Dan zijn we er nog lang niet. Kleine stapjes voorwaarts: ik denk dat dat in het belang van de patiënt is, die van vandaag en die van morgen.

**De voorzitter:**

Gaat u verder met de beantwoording. Een tweede interruptie van meneer Öztürk.

**De heer Öztürk (DENK):**

Ik heb een arts uit Houten geciteerd, die een oproep doet aan de politiek om ervoor te zorgen dat het gevecht niet wordt gevoerd tussen de patiënt en de arts, want een arts heeft gezworen om een patiënt te helpen. Zorg dat het gevecht wordt gevoerd met de politiek en de Big Pharma. Artsen vragen ons om ons niet achter allerlei regels te verschuilen.

**De voorzitter:**

Meneer Öztürk, dat hebt u in eerste termijn ook gezegd. Uw vraag?

**De heer Öztürk (DENK):**

Wat zegt u tegen die arts?

De **voorzitter**:

Wat zegt u tegen die arts? De Minister.

Minister **Bruins**:

Ik heb geen goed beeld gekregen van wat de arts in Houten tegen u heeft gezegd, maar als u zijn mail aan mij toezendt, zal ik zorgen dat deze arts in Houten van mij een antwoord krijgt, dat precies in overeenstemming is met datgene wat ik hier de hele middag heb betoogd.

De heer **Öztürk** (DENK):

Ik merk op dat helaas ook deze Minister niet het lef heeft om de Big Pharma aan te pakken. We zullen dus de komende jaren met heel veel moties en amendementen moeten werken, ook voor de artsen die op dit moment tegen ons zeggen: zorg ervoor dat deze problemen worden opgelost! Ik vind het jammer.

De **voorzitter**:

De Minister gaat door.

Minister **Bruins**:

En ik zal blijven bepleiten dat het belang van innovatieve medicijnen voor de komende jaren, echt tot het einde der tijden, heel hoog is.

Voorzitter. Dan kom ik automatisch bij de vraag die mevrouw Dik-Faber als eerste stelde: ziet de Minister ook dat de overheid de industrie moet aanspreken op haar gedrag, ook nu er een gedragscode komt vanuit de VIG? Dat is eigenlijk hetzelfde antwoord. Ik denk dat we dat gesprek zullen blijven voeren. Ik vind het in ieder geval een stap voorwaarts dat de VIG zegt dat ze een gedragscode wil maken en dat daarin het thema transparantie ook aan bod komt.

Gaat de Minister in Europees verband stappen zetten tegen aanvullende beschermingscertificaten? Ja, aanvullende beschermingscertificaten zijn mechanismen voor fabrikanten die een zeldzaam geneesmiddel ontwikkelen. Er zijn drie studies voorhanden over de effecten van deze maatregelen. Na de zomer worden deze studies geëvalueerd en daarna wordt het debat op Europees niveau gevoerd. Met de resultaten van de studies in de hand zal ik mij met mijn collega's sterk maken voor de noodzakelijke aanpassingen.

Dan een interessante vraag over Fampyra: hoe kijkt u terug op het proces; wat zou u anders doen bij een nieuwe regeling? Laat ik eerst zeggen dat ook bij Fampyra vooraf goede afspraken waren gemaakt, onder meer dat patiënten erover geïnformeerd zouden worden dat de vergoeding tijdelijk kon zijn en dat de partijen zich zouden committeren aan de uitkomst van het traject, positief of negatief. Ik zal dat proces zeker opnieuw evalueren en de lessen meenemen bij die nieuwe regeling. Want ook voor die nieuwe regeling geldt dat het instrument van de voorwaardelijke toelating alleen werkt als elke partij in het stelsel haar verantwoordelijkheid neemt. Als na de voorwaardelijke toelatingsfase de zorg, in dit geval Fampyra, toch minder veelbelovend is dan we van tevoren hoopten, moet er ook draagvlak zijn voor het stoppen van de tijdelijke vergoeding. Hoe moeilijk zo'n besluit ook te nemen is.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Het feit dat je informatie geeft, wil nog niet zeggen dat het besluit breed gedragen wordt. En het is natuurlijk onmogelijk om van patiënten te vragen dat zij een besluit steunen om de vergoeding te stoppen van een middel dat bij hen wél werkt. Dat vind ik te veel gevraagd. Ik zou het fijn vinden als de Minister dat zou begrijpen. En twee, ik zou hem toch het volgende willen vragen. Het middel is voor een bepaalde groep patiënten wel degelijk effectief. Dat was het dilemma dat mevrouw Dik-Faber ook

schetste. Zou de Minister bereid zijn om dat middel voor die groep te vergoeden?

**Minister Bruins:**

Nee, voorzitter. Ik laat het besluit bij wat het is, hoe moeilijk het ook is om dat te zeggen. Het springende punt is dat er bij de voorwaardelijke toelating afspraken zijn gemaakt, waarbij partijen, ook patiëntenorganisaties, hebben meegedaan in die voorwaarden om die voorwaardelijke toelating rond te krijgen. Als je een werkwijze afsprekt, vind ik het ook netjes wanneer iedereen zich daaraan houdt, nogmaals, hoe moeilijk dat ook is voor elk van de partijen. Ik geloof dat we allemaal het liefst hier het besluit zouden nemen om het voor iedereen altijd en overal beschikbaar te maken. Dat kan niet. Die ruimte is er uiteindelijk niet. De Fampyradiscussie is intensief gevoerd en vooraf goed op papier gezet. Ik begrijp heel goed – dat zeg ik mevrouw Ploumen na – dat het voor patiënten oermoeilijk is om te zeggen: dit is het nou eenmaal; zo hebben we het met elkaar afgesproken.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Zou ik dan de Minister mogen vragen of hij toch zou willen bekijken of er ergens een «geitenpaadje» – ik geloof dat zijn politiek leider dat zo noemt – of een «muizengaatje» is om voor de groep waarvoor het effectief is, toch over te gaan op vergoeding?

**Minister Bruins:**

Nee, ik ga hier geen hoop bieden. Dat zou niet fair zijn. Natuurlijk kan er altijd in de toekomst sprake zijn van een nieuwe studie die leidt tot nieuwe resultaten, waardoor er een nieuwe beoordeling wordt gevolgd. Maar nu is er geen muizenpaadje. Dat zou ik niet terecht vinden voor alle mensen die we dan hoop geven, en ik weet niet waarvoor.

**De voorzitter:**

Voordat ik het woord geef aan mevrouw Dik-Faber voor een interruptie, kijk ik naar de klok. Nog niet alle vragen zijn beantwoord en ik vrees dat onze tweede termijn eraan gaat, want we moeten op tijd deze zaal uit. Dus ik vrees dat we de tweede termijn op een ander moment moeten plannen. Anders komt hier niemand tot zijn recht. Dat kondig ik maar even aan. En daarbij moet ik meteen zeggen dat mevrouw Ploumen en ikzelf zo meteen naar een andere bijeenkomst moeten, waar we niet weg kunnen blijven. Dat zal over vijf minuten zijn. Als u mijn vragen beantwoordt, wordt er meegeluisterd. Dus dat kan in eerste termijn zeker nog gebeuren. De heer Van Gerven neemt dan het voorzitterschap over. De heer Van Gerven wil ook nog iets opmerken.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ja, ik heb een ordevoorstel. We zouden natuurlijk ook de tweede termijn niet kunnen doen en het debat plenair afronden met een VAO. Dat zou mijn voorkeur hebben, want we zitten voor het reces. Ik denk dat het voor de dynamiek ook beter is om de Minister zijn beantwoording in eerste termijn te laten afronden, dat we dan het AO gewoon als gesloten beschouwen en plenair verdergaan met een VAO als afronding. Dat voorstel zou ik willen doen.

**Mevrouw Ploumen (PvdA):**

Ja, steun daarvoor, want ik was namelijk van plan om een VAO aan te vragen.

**Mevrouw Aukje de Vries (VVD):**

Ik vind dat een heel ingewikkeld voorstel, omdat ik nog wel een paar vragen heb voor de tweede termijn. Ik heb dan wel een eerste termijn,

maar bij een VAO heb ik geen kans om het antwoord af te wachten voordat ik een motie moet gaan indienen. En het aantal toegestane interrupties was ook wel redelijk beperkt. Dus ik vind dat wel een heel ingewikkelde.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik heb een beetje hetzelfde probleem. Ik heb ook nog een aantal vragen. Er moet in elk geval op z'n minst een spreektijd aan gelinkt worden, of misschien moties in de derde termijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Volgende week zien we de Minister weer bij het debat over het pakket-beheer. Volgens mij zijn dat bijna allemaal dezelfde woordvoerders. Kunnen we dat dan misschien een half uurtje langer maken?

De **voorzitter**:

Dat is een kwestie van naar de agenda kijken. Ook de agenda van de Minister is natuurlijk van belang; laat deze dat toe? Daar zullen we dan even naar moeten kijken. Ik kijk even naar mevrouw Dik. Hebt u opvattingen over de tweede termijn? En meneer Öztürk?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik kan met allebei leven.

De **voorzitter**:

Meneer Öztürk?

De heer **Öztürk** (DENK):

Het kan ook dat een aantal collega's een aantal vragen schriftelijk stelt, zodat we voor het AO al antwoord krijgen om dan heel snel het VAO te doen.

De **voorzitter**:

Ik denk dat het goed is om een korte tweede termijn te doen. Ik vind de suggestie van mevrouw Van den Berg om die te combineren met de pakketdiscussie een goede. Er komt een voorstel vanuit de Griffie per mail. Dan kijken we hoe we dat kunnen regelen. Dan kan de Minister nu rustig verder met zijn beantwoording in eerste termijn. Mevrouw Dik heeft daar een vraag over. En ik geef nu de voorzittershamer aan de heer Van Gerven. Mevrouw Ploumen en ik gaan de zaal verlaten.

**Voorzitter: Van Gerven**

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

We waren gebleven bij Fampyra. Mevrouw Ploumen had er een vraag over gesteld. Ik heb in mijn betoog vooral geschetst dat ik een spanningsveld zie tussen aan de ene kant de verantwoordelijkheden van alle deelnemende partijen, waar de Minister terecht ook op wijst, en aan de andere kant de verwachtingen die wel gecreëerd worden. De Minister gaf aan dat hij hier nadrukkelijk op wil reflecteren, hier ook lessen uit wil trekken en deze zal meenemen naar de subsidieregeling. Ik zou de Minister willen vragen of het mogelijk is om bij het aanbieden van de subsidieregeling aan de Kamer wat nader in te gaan op de wijze waarop hij dit spanningsveld weet te overbruggen in de nieuwe subsidieregeling.

Minister **Bruins**:

Dat moet niet klinken als een toezegging dat het allemaal dan een stuk makkelijker wordt. Het thema kan niet buiten bespreking blijven, want ik hecht aan de betrokkenheid van patiëntenorganisaties, maar zoals mevrouw Ploumen net betoogde, is het natuurlijk oermoeilijk om rolvast

te blijven. Dat begrijp ik heel goed. Dus ik zeg toe dat we bij de bespreking van die subsidieregeling dit onderwerp kunnen betrekken, of eigenlijk de leerervaringen vanuit de casus-Fampyra, als ik het zo één keer mag uitdrukken.

Voorzitter. Met uw welnemen ga ik verder. Voorziet de Minister ook een ophoping in de sluis, als er meer medicijnen door die sluis gaan? Dat voorzie ik niet. Ik heb eerder betoogd dat er een uitbreiding van de capaciteit bij het Zorginstituut zal zijn, dus ik ga ervan dat het niet tot een ophoping leidt.

Is de Minister bij de herberekening van het GVS bereid tot een pilot voor selectieve berekening? Nee, dat lijkt me onhandig. Althans nu, want juridisch is het ingewikkeld als je slechts een deel van de clusters herberekent. Daar zit dan altijd een zekere willekeur in. Daarom kijk ik bij de modernisering van het GVS naar alle opties om meer prijsdruk te creëren.

Hoe zorg je ervoor dat je bij de maximering van de eigen bijdrage ook werkelijk het doel behaalt? Dat kan alleen maar door goed te monitoren. En in antwoord op de vragen van mevrouw De Vries heb ik uitgelegd hoe ik denk dat die monitor er het best kan uitzien.

Wil de Minister over het voorschrijven en de bijwerkingen eenduidige bindende afspraken maken met de zorgverzekeraars? Dit thema zou ik eigenlijk willen betrekken bij die rondetafel, omdat dat allemaal gaat over de niet-preferente vergoeding van middelen en het wisselen van medicijnen. Dus ik stel voor om dat te betrekken bij die rondetafel, die ik eind oktober wil organiseren.

Dan de vraag over Spinraza. Gaat de Minister voor 1 juli van dit jaar duidelijkheid bieden over de vergoeding? Ik hoop het, maar ik kan u de garantie niet geven.

Dan de geneesmiddelenontwikkeling in andere landen. Is er een rol voor het EMA bij het stellen van standaarden voor de ontwikkeling van geneesmiddelen in landen met lagere standaarden? Ja, die rol is er voor het EMA in Europese landen. Maar als u zich afvraagt of het breder is dan dat, is het antwoord natuurlijk nee. Het EMA is er voor de Europese landen.

**De voorzitter:**

Ja, is er nog een vraag? Mevrouw Dik.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Ik heb hier wel een vraag over. Krijgt het EMA wat dit onderdeel betreft geen dikke onvoldoende? Ik wil niet beweren dat alle medicijnen die in Europa worden toegelaten, geproduceerd worden op zo'n manier dat er sprake is van echt miserabele arbeidsomstandigheden en milieuvervuiling. Maar ik krijg toch van verschillende kanten signalen dat het bij medicijnen wel aan de orde is. De vergelijking gaat misschien niet helemaal op, maar aan de andere kant toch ook weer wel. Bij de kledingindustrie hebben we gezien in welke situatie men zat, met instortende fabrieken. Mensen zijn wakker geschud en hadden de keuze om andere kleding te kopen. Bij medicijnen heb je die keuze niet. Je hebt een medicijn nodig en dan moet je er gewoon van uit kunnen gaan dat het op een goede manier geproduceerd is. Natuurlijk is de eerste focus dat het medicijn werkzaam is – je moet er baat bij hebben – maar ik vind ook dat je als patiënt ervan uit moet kunnen gaan dat er bijvoorbeeld geen sprake is van kinderarbeid. Ik krijg nu het signaal dat het EMA hier echt een onvoldoende op scoort. Dus mijn vraag is of de Minister hierover met het EMA in gesprek wil gaan. Heeft hij die mogelijkheden of wil hij het in Europees verband aan de orde stellen om het nadrukkelijker op de agenda te zetten?

Minister **Bruins**:

Ik weet eigenlijk het antwoord van het EMA wel. Dat zal zeggen: dat zit niet in mijn mandaat. Het EMA gaat daar niet over. Dat is misschien geen concreet antwoord, maar het zit gewoon niet in het mandaat van het EMA. Er moet dus een andere weg gezocht worden om zo'n thema aan te kaarten. Maar ik wil het EMA wel in bescherming nemen, en niet alleen omdat het naar Nederland komt. Dit onderwerp zit gewoon niet in zijn mandaat.

De **voorzitter**:

Heel kort dan. We zouden geen betogen houden. Vragen. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie):

Wie gaat er wel over? Dat is eigenlijk mijn vraag. Oké, niet het EMA. Maar wie dan wel? Wie kunnen we hierop aanspreken?

Minister **Bruins**:

Ik heb geen idee. Ik heb werkelijk geen idee wie dat zou kunnen zijn. De vraag was of er een rol voor het EMA is. Het antwoord op die vraag is ontkennend als het gaat over de productiemethode.

Voorzitter. Ik heb nog één andere vraag liggen van mevrouw Dik-Faber: hoe gaat het Zorginstituut om met beoordelingen voor meer specifieke patiëntengroepen en personalized medicine? Voor alle geneesmiddelen, ook voor kleine groepen, geldt dat uit studies moet blijken dat een nieuw middel effectief is. De zogenaamde GRADE-beoordelingsmethode, die het Zorginstituut hanteert, wordt daarom in principe toegepast bij alle geneesmiddelbeoordelingen. Deze methode heeft veel flexibiliteit. Indien er geen gerandomiseerd onderzoek beschikbaar is, kijkt het Zorginstituut of er een passend ander onderzoek beschikbaar is. Deze methodiek sluit goed aan bij de internationale ontwikkelingen en wordt voortdurend aangepast aan de actualiteit.

De **voorzitter**:

Goed.

Minister **Bruins**:

Ik ben er nog niet.

De **voorzitter**:

U bent er nog niet?

Minister **Bruins**:

Nee, want ik mag alle antwoorden geven. En het is nog geen 17.00 uur.

De **voorzitter**:

Nee, nee, u gaat alles doen wat u hebt beloofd. Gaat uw gang.

Minister **Bruins**:

Het is toch wel mooi om van u te horen dat ik alles doe wat ik beloof.

De **voorzitter**:

Dat is een beetje uitlokking, maar u doet niet alles wat ik wil. Dat is weer wat anders.

Minister **Bruins**:

En daarom krijgen wij beiden geen medaille vanmiddag. Nog vijf minuten.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

**Minister Bruins:**

De sluis. Ook mevrouw Dijkstra heeft gevraagd naar de nadelige effecten van het niet beschikbaar komen van innovatieve geneesmiddelen. Hoe ga je die onderzoekstijd monitoren? Ik ga dat monitoren. Ik wil weten hoelang een middel in de sluis zit. Dat gaan we bij de nieuwe werkwijze monitoren. Dus dat zeg ik graag toe. Op een handig moment, na enige ervaringen, wil ik u daar best over informeren. Dat is allerm minst geheim. Dan de meetmethode van het Zorginstituut. Erkent de Minister dat de GRADE-systematiek, die het Zorginstituut gebruikt voor zijn beoordeling, weinig ruimte laat voor maatwerk? Eigenlijk heb ik dat antwoord gegeven in de richting van mevrouw Dik-Faber.

Dan het punt van de verspilling. Is de Minister bereid naar de verspilling te kijken? Ik ben bekend met de zogenaamde chips op medicijnen om verspilling te voorkomen. Deze zijn echter duur en de kosten wegen niet op tegen de baten bij het gros van de middelen. Dat is ongeveer de stand van zaken in een notendop. U kent die ook, want we hebben het al eerder met elkaar gedeeld. Ik wil daar best nader over spreken, maar dan moeten we wel kijken in welke richting het gaat. Dit is ongeveer de stand van zaken van heden.

Kan de Minister een overzicht geven van de geneesmiddelen waarmee patiënten problemen ervaren door het wisselen? Ik weet niet zeker of er zo'n overzicht is, maar ik betrek dat onderwerp bij dezelfde rondetafel die ik in oktober plan. Misschien dat er zo'n soort lijst aan de kant van de patiëntenorganisaties bestaat. Ik moet het navragen en dan betrek ik het bij die bijeenkomst.

Tot slot, voorzitter, het meenemen van kennis uit de praktijk en de rol van patiëntenexperts. In Nederland prijs ik me gelukkig dat patiëntenvertegenwoordigers zitting hebben in het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. In de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut zijn ook altijd patiënten vertegenwoordigd.

Tot zover, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan wil ik zo dadelijk de vergadering schorsen. Het algemeen overleg wordt dus op een ander tijdstip vervolgd. Ik stel voor dat we een half uur nemen voor de tweede termijn en dat we kijken of het voorafgaand of opvolgend aan het AO Pakketbeheer kan. Die garantie heeft u natuurlijk niet, maar dat gaan we proberen. Ik schors de beraadslaging.

Sluiting 17.00 uur.