

Vergaderjaar 2019–2020

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 629

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 november 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 6 november 2019 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. 2 juli 2019 inzake Uitbreiding Integraal pakket aan maatregelen en overhevelingen (Kamerstuk 29 477, nr. 602);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 juni 2019 inzake vervalsing kankergeneesmiddel Avastin (Kamerstuk 29 477, nr. 599);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 juni 2019 inzake aanschaf pokkenvaccin Imvanex (Kamerstuk 32 793, nr. 398);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 augustus 2019 inzake Fampyra (fampridine) (Kamerstuk 29 477, nr. 609);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 juli 2019 inzake levering van extra medicinale cannabis aan Duitsland (Kamerstuk 29 477, nr. 608);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 juli 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van den Berg, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 27 juni 2019, over het tekort aan medicijnen (Kamerstuk 29 477, nr. 606);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake stand van zaken rondom (het tegengaan van) verspilling van geneesmiddelen (Kamerstukken 29 477 en 33 654, nr. 603);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2019 inzake toezeggingen op het terrein van de geneesmiddelen tekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 605);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 juli 2019 inzake voortzetting Pallas reactor (Kamerstuk 33 626, nr. 11);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2019 inzake beleidsreactie «ex durante evaluatie geneesmiddelenvisie» (Kamerstuk 29 477, nr. 601);**

- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 september 2019 inzake subsidieregeling Pre Expositie Profylaxe (PrEP) en start coördinerende GGD's (Kamerstuk 29 477, nr. 611);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 20 september 2019 inzake geneesmiddelentekorten (Kamerstuk 29 477, nr. 612);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 oktober 2019 inzake eindrapportage Platform Inkoopkracht (Kamerstuk 29 477, nr. 613);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 oktober 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake een klacht over de vervanging van dexamfetamine door Amfexa (Kamerstuk 29 477, nr. 615);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 9 oktober 2019 inzake terugroepactie geneesmiddelen met ranitidine (Kamerstuk 29 477, nr. 616);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 oktober 2019 inzake voortgang actieagenda opioïden (Kamerstuk 29 477, nr. 617);
- de brief van de Minister van Buitenlandse Zaken d.d. 5 juli 2019 inzake kabinetsappreciatie Commissiemededeling Brexit d.d. 12 juni en stand van zaken nationale voorbereidingen no-dealscenario (Kamerstuk 23 987, nr. 362);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 4 november 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de stand van zaken met betrekking tot het traject «Verantwoord Wisselen van geneesmiddelen» (Kamerstuk 29 477, nr. 626);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 november 2019 inzake IJzeren voorraad geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 622);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 november 2019 inzake voortgangsbrief financiële arrangementen 2019 (Kamerstuk 29 477, nr. 623);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 november 2019 inzake reactie op verzoek commissie over de voortgang van de verstrekking van PrEP door de acht coördinerende GGD's op basis van deze subsidieregeling (Kamerstuk 29 477, nr. 625);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 november 2019 inzake uitvoering van de gewijzigde motie van de leden Agema en Geleijnse over het onderzoeken van overlevingskansen bij longkanker (Kamerstuk 29 477, nr. 624);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 oktober 2019 inzake beleidskader voorwaardelijke toelating geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 621);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 oktober 2019 inzake update Spinraza (Kamerstuk 29 477, nr. 620);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 oktober 2019 inzake aankondiging sluiskandidaten eerste helft 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 618);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 oktober 2019 inzake reactie op visie «Voor één gezonde Europese geneesmiddelenmarkt» (Kamerstuk 29 477, nr. 619).

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, Van Kooten-Arissen, Ploumen, Sazias en Veldman,

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

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**:

Goedemiddag. Ik heet u allemaal van harte welkom bij dit algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Minister voor Medische Zorg. We hebben het over het geneesmiddelenbeleid. We hebben een behoorlijk volle agenda maar niet uitvoerig veel tijd, hoewel het moet lukken binnen drie uur, met vier minuten spreektijd. Ik heet de Minister en zijn ondersteuning van harte welkom, evenals de mensen op de publieke tribune en uiteraard de collega's. Ik wil snel van start gaan met als eerste spreker de heer Van Gerven. Hij spreekt namens de fractie van de SP. Dan resten mij, terwijl u naar de microfoon loopt, nog twee opmerkingen. Mevrouw Van den Berg van het CDA heeft aangekondigd dat ze komt, maar dat het wat later wordt. En mevrouw Ploumen moet om 14.40 uur weg, heeft ze al gezegd. Maar, zeg ik tegen de Minister, er wordt wel meegeluisterd naar de antwoorden, dus het komt helemaal goed. Meneer Van Gerven.

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

Voorzitter. Allereerst wil ik stilstaan bij het fenomeen medicijnen kapen door medicijnfabrikanten, die enkel winstmaximalisatie als doel kennen, over de rug van patiënten en de samenleving heen. Deze keer gaat het om Lupin Pharmaceuticals. De gedragswijze doet alles denken aan wat Leadiant heeft uitgehaald met het middel CDCA: eerst het middel volledig monopoliseren en daarna de prijs opdrijven tot bizarre hoogtes. Daarbij wordt misbruik gemaakt van de mogelijkheden die de wet thans biedt. De prijs ging bij CDCA 500 maal over de kop. Wat heeft Lupin gedaan? Die heeft het middel mexiletine opgekocht, gekaapt. 300 patiënten met een spierziekte krijgen dit medicijn. De prijs is in het buitenland al 20 maal over de kop gegaan, van € 4.000 per jaar naar € 80.000 per jaar. En dat terwijl de behandeling met publiek geld is ontwikkeld. De Minister zei in Kassa: ik ga ze aan de schandpaal nagelen. Hij hoopt dat het Indiase bedrijf ook naar de uitzending van Kassa heeft gekeken afgelopen zaterdag. Dat is toch lachwekkend? Daar zullen ze bij Lupin niet wakker van liggen.

De vraag is hoe de Minister er nu voor gaat zorgen dat iedere patiënt dit middel krijgt tegen een eerlijke prijs. Mijn eerste vraag: is de Minister bereid om de magistrale bereiding van dit spiermiddel voor iedere patiënt in Nederland mogelijk te maken? Want het schijnt makkelijk te produceren te zijn. Is de Minister bereid om te pleiten voor aanpassing van de Europese wetgeving inzake weesgeneesmiddelen, met als uitgangspunt dat er, als een middel al geregistreerd is voor een behandeling, niet nog een patent voor een weesgeneesmiddelenstatus mag worden aangevraagd? Medicijnkapers horen niet onder een dergelijke patentregeling te vallen.

De fabrikant heeft nog geen vergoedingsdossier ingediend in Nederland. Klopt dat? En wat betekent dit? Mag dit dan worden geïmporteerd uit het buitenland? Hoe zit het met alle patiënten die mexiletine krijgen vanwege hartritmestoornissen? Dat zijn er ook honderden.

Dan een ander punt, het voorschrijven en het gebruik van antidepressiva. Ruim tien jaar geleden sprak onderzoeker Trudy Dehue over de depressie-

epidemie. Sindsdien is het voorschrijven van antidepressiva niet wezenlijk afgenomen. Waarom worden deze middelen nog zo vaak voorgeschreven, zo vraag ik de Minister. Hoe kunnen we bereiken dat ze alleen worden voorgeschreven als ze echt geïndiceerd zijn, voor ernstige depressies en angststoornissen? Dat zijn toch geen 1 miljoen mensen in Nederland? Kloppen de cijfers van het programma Radar, dat constateerde dat de helft wordt voorgeschreven voor verkeerde indicaties? Zoals 17% voor een burn-out, 22% voor vermoeidheid of slaapproblemen en 9% voor een rouwproces. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de afbouwmedicatie, de zogenaamde taperingstrips? Is die problematiek nu eindelijk opgelost en vergoeden verzekeraars nu deze afbouwmedicijnen? Een volgend punt betreft het realiseren van een nationaal onderzoeksfonds betaalbare geneesmiddelen. We kunnen constateren dat de kosten van dure geneesmiddelen jaarlijks fors stijgen, met zo'n 7,5%. Voor dit jaar zijn de verwachte kosten al 2,2 miljard. We moeten constateren dat de markt- en prijsonderhandelingen door de overheid nog weinig zoden aan de dijk zetten. De vraag is – ik herhaal hem – of de Minister bereid is om een nationaal onderzoeksfonds betaalbare geneesmiddelen op te richten.

De voorzitter:

Meneer Van Gerven, voor u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Sazias.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Even terug naar uw punt over de taperingstrips. 50PLUS heeft daar ook al heel vaak aandacht voor gevraagd, omdat we het raar vinden dat we wel het door slikken vergoeden maar het stoppen niet. Is de heer Van Gerven het met ons eens dat die taperingstrips misschien ook zouden kunnen helpen bij de afbouw van zware pijnstillers zoals oxycodon?

De heer Van Gerven (SP):

Ik weet niet of dit ook voor oxycodon geldt. In ieder geval weten we wel dat de voorschrijvende psychiaters breed ondersteunen dat een langzame afbouw bij antidepressiva heel erg nuttig is. Als dit ook bij oxycodon het geval zou zijn, of bij dat soort middelen, ben ik daar zeker een voorstander van. Verslaving is bij oxycodon een groot probleem. Die moeten we natuurlijk met alle mogelijke middelen bestrijden.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer Van Gerven (SP):

Ik ga verder. Ik was gebleven bij dat geneesmiddelenonderzoeksfonds. We zien dat veel maatschappelijk nuttig geneesmiddelenonderzoek geremd wordt door de belangen van de industrie. Die is gericht op winstmaximalisatie en dat correspondeert niet altijd. Zo'n onderzoeksfonds zou wat mij betreft gaan over onderzoek, ontwikkeling en registratie van geneesmiddelen, ook in fase 2 en fase 3. Dat is met name belangrijk om te kunnen kijken of de onderzoekscentra niet ook zelf dat middel kunnen registreren. Dan bedoel ik de publieke onderzoekscentra.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

De heer Van Gerven (SP):

Ja, een laatste zin dan over dat fonds. Ik vraag om een startkapitaal van 100 miljoen euro. Daarmee zou een enorme start gemaakt kunnen worden. Het zou als vliegwiel kunnen dienen om het onderzoek naar betaalbare medicijnen een grote vlucht te laten nemen. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Veldman namens de VVD. Gaat uw gang.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Vorige week vond de begrotingsbehandeling plaats van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Toen hebben we natuurlijk ook al stilgestaan bij het geneesmiddelenbeleid, maar het is nooit verkeerd om de vinger goed aan de pols te houden, dus goed dat we dit AO nu hebben. Laat ik beginnen met de beschikbaarheid van medicijnen. Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik mijn zorgen geuit over onze afhankelijkheid van landen als China en India. Is de beschikbaarheid van geneesmiddelen niet een vitaal belang, vroeg ik toen aan de Minister. De Kamer heeft gelukkig de Minister opgeroepen om werk te maken van het terughalen van productiecapaciteit naar Europa en Nederland. De Minister gaat daar ook mee aan de slag. Zoals gezegd, ook door de Minister in dat debat, werkt dit het beste in Europees verband. Ik zou daarom graag willen horen van de Minister wat zijn inzet gaat zijn in gesprekken met bijvoorbeeld de nieuwe Eurocommissaris voor Volksgezondheid. Kan de Minister ook toelichten van welke medicijnen hij vindt dat deze echt geproduceerd moeten worden in Europa? Zouden we niet een lijst moeten maken van medicijnen waarvan we zeggen: die zijn van vitaal belang?

De Minister heeft de Kamer een brief gestuurd waarin hij aankondigt dat er vanaf volgend jaar extra voorraden van medicijnen opgebouwd worden om tekorten aan geneesmiddelen tegen te gaan. Hiermee zou 85% van de tijdelijke tekorten opgevangen worden. Ik juich dit voornemen toe. De Minister geeft ook in zijn brief aan dat de uitgaven aan de zorg netto naar schatting zo rond de 25 miljoen euro zullen stijgen door het aanleggen van deze voorraden. Zijn deze uitgaven structureel? Hoe wordt er in dit voorstel omgegaan met geneesmiddelen die in voorraad zijn maar waarvan de houdbaarheidsdatum afloopt?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De heer Veldman kaart een belangrijk punt aan, de beschikbaarheid van medicijnen. Hij vraagt zich af of er niet gekeken moet worden naar een lijst van vitale geneesmiddelen. Dat klinkt natuurlijk aantrekkelijk, want waarom zou je voorraden aanhouden voor iets wat niet vitaal is. De vraag is dan wel wie verantwoordelijk moet zijn voor die lijst. Want als we het aan marktpartijen laten, is de kans natuurlijk groot dat een goedkoop middel dat voor mij erg belangrijk is, niet op de lijst komt – we kennen er allemaal voorbeelden van – en dat een heel kostbaar medicijn met een hoge winstmarge wel op die lijst komt. Heeft de heer Veldman al een voorstel hoe dit het beste georganiseerd kan worden in het belang van patiënten?

De heer Veldman (VVD):

Nee, dat heb ik niet, want ik heb niet de kennis om nu even te bepalen welk medicijn wel en welk niet zodanig van vitaal belang is dat we het met voorrang moeten oppakken om het in Europa of Nederland te produceren. Maar ik kan mij wel voorstellen dat er een aantal medicijnen is aan te wijzen waarvoor geldt dat de productiecapaciteit van dit medicijn volledig geconcentreerd is in China terwijl de geopolitieke situatie ons kwetsbaar maakt. In dat geval kan ik mij voorstellen dat zo'n medicijn op de lijst komt te staan. Maar ik zie graag dat de Minister dit voor ons uitzoekt. Want als je de productiecapaciteit naar Europa of Nederland terug wilt halen, kan dat nooit in één keer op alle fronten. Dan moet je gaan prioriteren.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen in tweede instantie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Mijn vraag was er niet zozeer op gericht dat meneer Veldman of een ander Kamerlid met de invulling van die lijst zou moeten komen. Mijn vraag ging er meer over wie verantwoordelijk moet worden voor de samenstelling van die lijst, dus welke partijen. Heeft de heer Veldman daar al opvattingen over?

De heer **Veldman** (VVD):

Nou, geen uitgesproken opvatting waarbij ik nu één partij aanwijs. Ik kan mij voorstellen dat de Minister ook dit punt meeneemt in zijn onderzoek naar hoe we dit aanvliegen. Want ik denk dat er een gedeelde verantwoordelijkheid ligt. Er ligt natuurlijk een verantwoordelijkheid bij de overheid, omdat we met elkaar het besluit nemen of genomen hebben – in ieder geval de oproep gedaan hebben – om te kijken of we productiecapaciteit naar Nederland en Europa kunnen terughalen. Verder ligt er, denk ik, een verantwoordelijkheid bij de fabrikant, in de zin dat er dan dus wel fabrieken moeten zijn. Dus er moet ook iemand zijn die een fabriek start; het is niet zo dat wij als overheid fabrieken gaan neerzetten. Maar misschien ligt er ook wel een verantwoordelijkheid bij verzekeraars of bij anderen. You name it. Laten we met elkaar kijken wie hier de verantwoordelijkheid heeft en hoe je in gezamenlijkheid tot een lijst komt. Want juist als het gaat om dingen die we van vitaal belang vinden, ligt er ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat is meestal een kenmerk dat samengaat met «vitaal», wat mij betreft, er is nooit één unieke verantwoordelijkheid.

De **voorzitter**:

Gaat u verder. O nee, meneer Van Gerven heeft ook nog een vraag.

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

Ik heb twee vragen. De eerste gaat over de ijzeren voorraad, het voorstel van de Minister. Is het niet eigenlijk een verantwoordelijkheid van de fabrikant c.q. de groothandel om die voorraden aan te leveren en te betalen? Ze hebben immers een leveringsplicht. Ik haal me het voorbeeld voor de geest dat wij voor het reserveren van koelkasten die verkocht moeten worden ook zouden moeten gaan bijdragen, omdat er een bepaalde voorraad moeten worden aangehouden. Dat is toch een rare situatie? Er is een leveringsplicht. Vindt de VVD ook dat de kosten eigenlijk gewoon bij de industrie thuishoren?

Dan mijn tweede vraag. Als u het mij toestaat, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dat worden twee interrupties in een, begrijp ik.

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

Of twee vragen in één interruptie.

De **voorzitter**:

Ik wil het wel een beetje beperken. We hebben veel sprekers.

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

Oké, goed. Het gaat over de geneesmiddelenproductie in Nederland. Het is een grote fout dat destijds Organon verkocht is en uit Nederland verdwenen is. Zouden we niet als overheid moeten participeren in geneesmiddelenproductie of geneesmiddelenproductiecapaciteit, zodat we zelf kunnen sturen op bepaalde essentiële geneesmiddelen?

De heer **Veldman** (VVD):

Eerst de vraag over de voorraden. Fabrikanten hebben uiteraard vanuit hun leveringsplicht een voorraad. Maar volgens mij vragen wij nu meer

van ze dan we in normale omstandigheden van ze zouden vragen, juist omdat we de bestaande afhankelijkheid willen verkleinen. Als je ergens een grotere verplichting oplegt, hoort daar natuurlijk gewoon een prijskaartje bij. Fabrikanten betalen dan zelf een deel en wij betalen een deel. Ook daar ligt een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Maar om nou in zijn algemeenheid te zeggen dat we als maatschappij minder kwetsbaar willen zijn en dus vragen om een substantieel grotere voorraad aan te leggen om dan eenzijdig te zeggen dat het dan maar ergens anders gefinancierd moet worden, lijkt me wat kort door de bocht. Volgens mij heeft de Minister in zijn brief ook aangegeven dat daar een gedeelde verantwoordelijkheid ligt.

Dan de tweede vraag. Laat ik die ook even beantwoorden, want die is gesteld. De heer Van Gerven zegt eigenlijk dat we als overheid maar vooral fabrikant moeten worden, dat we als overheid maar zelf fabrieken moeten gaan plaatsen en zelf geneesmiddelen moeten gaan produceren. Dat past misschien in een socialistische of communistische heilstaat, maar dat past niet in onze samenleving. In onze samenleving hebben we dat mooi gescheiden. We hebben een beperkte, overzichtelijke overheid die gelukkig wel vaart bij een goed functionerend bedrijfsleven, waarbij we dat bedrijfsleven ook wel links en rechts een aantal spelregels opleggen. Het zijn echter wel bedrijven die de productie draaien in dit land en in Europa. En ik ben niet zo van de socialistische heilstaten.

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

Het zou heel mooi zijn als er een heilstaat zou zijn. We hebben wel banken in publiek eigendom en die functioneren uitstekend. Waar ik voor pleit is dat daar waar de markt faalt – we zien dat er waar het gaat om de prijzen van geneesmiddelen en de productie van bepaalde middelen sprake is van marktfalen – de overheid kan participeren, een bepaald belang kan nemen in een fabriek, om ervoor te zorgen dat er medicijnen geproduceerd worden in het maatschappelijk belang. Waarom zou dat niet kunnen?

Dan het tweede punt, de ijzeren voorraad. Een fabrikant zegt: ik ga dit middel leveren aan Nederland. Dan moet die ook leveren. Punt. En als die fabrikant gaat produceren in een riskant land of met maar één productielijn waardoor hij een groot probleem heeft als die stilvalt, moet hij een tweede lijn openen of reserves inbouwen. Dat is toch niet meer dan logisch?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik volg de logica van heer Van Gerven in dat laatste stuk gewoon niet. Ik kijk daar anders naar. Hij wijst op marktfalen ten aanzien van geneesmiddelen en trekt de conclusie dat wij dan als overheid zelf maar een aantal dingen moeten doen. Ik ben het met zijn uitgangspunt al niet eens. Volgens mij is er geen sprake van marktfalen. Er zijn wel een aantal uitdagingen en er zijn een aantal medicijnen waarvan we misschien met elkaar zeggen dat ze te duur zijn, maar daar staat tegenover dat heel veel generieke medicijnen in Nederland goedkoper zijn dan in veel andere landen. Er is dus geen sprake van marktfalen. Er is sprake van een markt waarin helaas ook een aantal excessen zijn. Over die excessen hebben wij volgens mij een debat. Die moeten we aanpakken. Daar moeten we waar mogelijk paal en perk aan stellen. We moeten als overheid misschien iets anders doen dan we nu doen in de bekostiging.

Je kunt ook iets vragen van zorgaanbieders die met medicijnen werken die oorspronkelijk voor een bepaald iets bedoeld waren, maar ook bij iets anders blijken te werken. Het is ook een kwestie van tijdig registreren. Als je het registreert en aanmeldt voor die toepassing, kan niet een ander ermee vandoor gaan zoals u net beschreef. Dat gebeurt inderdaad helaas in de praktijk, tenzij je tijdig registreert.

Ik ga door met mijn termijn. Als je tijdig registreert, los je ook een deel van het probleem op. Is dat niet ook iets waar we de sector in de volle breedte wijzer in moeten maken, vraag ik de Minister. Als je een middel op een andere manier gaat gebruiken en het blijkt te werken, moet je het tijdig registreren en aanmelden zodat niet een ander ermee vandoor kan gaan.

De voorzitter:

Voor u verdergaat, is er ook nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even over het aanhouden van medicijnvoorraden. Volgens mij hoor ik de heer Veldman zeggen dat het helemaal geen gek idee is om daar afspraken over te maken. Ik heb daar wel een vraag over. Als we zeggen dat een groot deel van die voorraden aangehouden zou moeten worden door de firma's, dus door de industrie zelf – dat kan bij wijze van spreken in India of in China zijn – en er ontstaan mondiale tekorten – het is vaak niet zo dat alleen in Nederland een tekort ontstaat – hoe garanderen we dan dat we daar als Nederland ook baat bij hebben?

De heer Veldman (VVD):

Dat is reden temeer om als we bepaalde geneesmiddelen van vitaal belang aanwijzen, ervoor te zorgen dat we die in Europa of in Nederland produceren en dat ook voorraden in Nederland worden aangelegd. Daarmee kunnen we daar waar we het meest kwetsbaar zijn ook eventuele schade die we aan zien komen als het een keer misgaat voorkomen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben heel blij met dit antwoord. Ik denk dat de heer Veldman helemaal gelijk heeft dat we pas garanties hebben als we ook in Nederland voorraden hebben. We hebben er weinig aan als die voorraden in India of in China liggen. Als er echt een probleem ontstaat, zullen wij daar geen baat bij hebben. Dat deel ik dus met de heer Veldman. Dat betekent volgens mij wel dat wij in Nederland, deze Minister met zijn collega's van andere Europese landen en de Europese Unie daar echt meer regie op zullen moeten voeren. Ik vind het soms wat jammer dat hier een zwart-witdiscussie gevoerd wordt over of de overheid alles moet doen of dat het de markt is. Volgens mij ligt de waarheid ergens in midden. Er zijn heel veel mooie voorbeelden waarin de overheid de ondernemende staat is geweest, dus allerlei ondernemingen en innovaties heeft gestart.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, u bent met een vraag bezig en niet met uw inbreng.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik kom nu heel dicht bij het vraagteken van mijn vraag.

De voorzitter:

Graag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik vraag mij dus af of de heer Veldman dit ook zo ziet, dat Nederland die regie moet gaan pakken.

De heer Veldman (VVD):

Als ik het mag samenvatten langs de lijn dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is, deel ik dat met mevrouw Ellemeet. Natuurlijk, op het moment dat je dingen hier in Nederland wilt gaan opslaan – stel dat groothandels dat doen – liggen er weer nieuwe uitdagingen. Volgens mij

hebben groothandels een verplichting om de medicijnen te vernietigen als de houdbaarheidsdatum binnen twaalf maanden in zicht komt. Als je die voorraden bij groothandels laat liggen, moet je dan niet kijken of je iets met die houdbaarheidsdatum moet gaan doen? Moet die bijvoorbeeld niet naar zes maanden? Geen idee. Ik heb er geen verstand van, maar het lijkt me wel een relevante vraag voor de Minister in de verdere uitwerking van hoe je nou met dat voorraadbeheer omgaat.

De voorzitter:
Gaat u verder.

De heer Veldman (VVD):

In het verlengde van de beschikbaarheid ligt de verspilling van geneesmiddelen. Verschillende onderzoeken laten zien dat we miljoenen kunnen besparen wanneer we op een andere manier kijken naar bijvoorbeeld de hoeveelheid voorgeschreven medicijnen, de grootte van de verpakkingen en het hergebruik van medicijnen. Dit laatste is echter weerbarstig, omdat medicijnen in een gecontroleerde omgeving worden uitgegeven. De Minister heeft in zijn brief van 5 juli jongstleden aangekondigd, onderzoek te doen naar heruitgifte van dure medicijnen, aangezien dit rendabel kan zijn. Ik ben benieuwd naar de voortgang van dit onderzoek. In dat kader zou ik graag van de Minister willen horen welke maatregelen van het afgeronde Programma Aanpak verspilling in de zorg nu het meest succesvol blijken.

Voorzitter. In oktober dit jaar was er een grote recall van geneesmiddelen met ranitidine.

De voorzitter:

Voordat u daarover verdergaat, is er op het vorige punt nog een vraag van mevrouw Ploumen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Het tegengaan van verspilling op allerlei manieren is een belangrijk onderwerp. Er is onderzoek naar gedaan door het onderzoek- en adviesbureau SiRM. Zij concluderen dat de concurrentieregels van de ACM feitelijk inkopers, ziekenhuizen, verhinderen om samen marktmacht te organiseren. Dit niet omdat die regels per se zo restrictief zijn, maar omdat iedereen uit angst om iets fout te doen, aan een wel heel veilige kant blijft staan. De Minister zou wat de Partij van de Arbeid betreft daarop in moeten grijpen en moeten zeggen: dit zijn de regels, hier moet je je aan houden en voor de rest mag je zo zuinig mogelijk inkopen. Is de VVD het met me eens dat het een opdracht zou kunnen zijn aan deze Minister om dit zo snel mogelijk te doen?

De heer Veldman (VVD):

Ik ken dit onderzoek. Ik kan mevrouw Ploumen zeggen dat ik ernaar wil kijken. Vervolgens kunnen we met elkaar bezien of dit een weg is die we zouden willen bewandelen.

De voorzitter:
Gaat u verder.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Ik was gebleven bij ranitidine. Ik zou graag kort willen stilstaan bij de vergoedingssystematiek wanneer er een recall plaatsvindt. De Minister heeft voor de zomer laten weten dat verzekerden bij een recall kosteloos worden omgezet naar een ander geneesmiddel. Terecht. De apothekers moeten bij een recall kosteloos een vervangend middel verstrekken, maar krijgen die extra kosten die zij maken bij het uitgeven van een nieuw middel niet vergoed. Graag hoor ik van de Minister

waarom deze constructie zo bedacht is. Is deze systematiek solidair met alle partners in de keten?

Voorzitter. Tot slot de kosten van geneesmiddelen. Met de nieuwe generatie medicijnen op komst, behoort ook een nieuwe generatie financieringsvormen ontwikkeld te worden. Ik heb dit tijdens de begrotingsbehandeling vorige week kort benoemd. In juni van dit jaar hebben zorgverzekeraars, Nederlandse oncologen, het Zorginstituut en de Amerikaanse farmaceut Bristol-Myers Squibb aangekondigd een pay-for-performanceproef te starten voor patiënten met een zeldzame tumor die uitbehandeld zijn. Het financieringsmodel op maat behelst dat de fabrikant van het medicijn en de zorgverzekeraar samen de financiële risico's delen. De fabrikant betaalt het medicijn in de studiefase en de zorgverzekeraar vergoedt het vervolgens voor patiënten bij wie het blijkt te werken. Er wordt daarbij real world data toegepast om de vergoeding te regelen. Als maatschappij loop je zo minder risico dat je betaalt voor middelen die helemaal niet werken en het medicijn komt eerder bij de patiënt: volgens mij een win-win-winsituatie.

Voorzitter. Dit experiment heeft voor zover ik het begrepen heb, een groot draagvlak. Mijn vraag aan de Minister is dan ook of hij bereid is om meer experimenteerruimte te creëren om dergelijke initiatieven een kans te geven of zelfs op te schalen. Daarbij moet wellicht ook gekeken worden naar medicijnen in het pakket die niet zo goed werken, om ruimte te creëren voor dit soort innovatieve toepassingen.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Ploumen. Nee, er is eerst nog een vraag van mevrouw Van den Berg. Sorry, mevrouw Ploumen, blijft u nog even zitten.

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

Even naar aanleiding van de laatste opmerkingen van meneer Veldman. Ik krijg graag duidelijkheid over pay for performance. Daar zitten twee aspecten aan. De verzekeraar betaalt daarbij alleen wanneer het werkt. Maar is meneer Veldman het met mij eens dat wanneer het niet werkt, de maatschappij toch kosten heeft gemaakt en dat die kosten uiteindelijk ergens terug moeten worden verdiend? Die worden dan dus omgeslagen over de keren dat het wél werkt. Dus ik zie nog niet gelijk wat de maatschappelijke opbrengsten hiervan zijn. Stel dat het in drie van de vijf gevallen werkt. U zegt dat je dan die twee gevallen niet hoeft te betalen. Maar die kosten zijn wel gemaakt, dus die worden omgeslagen over de drie andere gevallen. Dat is mijn eerste vraag.

Mijn tweede vraag is daaraan gerelateerd. Er wordt in dit verband veel gesproken over value-based pricing. Bijvoorbeeld: als ik dit glas leegdrink, heb ik de rest van mijn leven geen probleem meer, dus de waarde van het glas is de besparing die voortkomt uit het feit dat ik de rest van mij leven geen medicijnen meer hoeft te nemen. Wat het CDA betreft, is dit geen value-based pricing, maar een discountedcashflowmethode, in plaats van transparantie over de echte kosten. Graag een reflectie van de heer Veldman daarop.

De voorzitter:

Ook mevrouw Van den Berg heeft twee vragen per interruptie gesteld. Daar gaan we geen gewoonte van maken, lijkt me.

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

U mag het als twee... als één in twee... Ik zal geen vervolgvraag stellen, voorzitter.

De voorzitter:

Meneer Veldman.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik zou willen vragen of mevrouw Van den Berg de tweede vraag kan toelichten. Ik ben weliswaar zelf begonnen met allerlei Engelse termen, maar in de paar zinnen die zij uitsprak, kwamen er wel erg veel voorbij. Ik kan mij voorstellen dat ook de mensen op de tribune graag willen begrijpen welke vraag gesteld is, zodat ze ook mijn antwoord mee kunnen krijgen.

De **voorzitter**:

Geeft u eerst maar antwoord op de eerste vraag.

De heer **Veldman** (VVD):

Ik ga eerst maar eens met die eerste vraag beginnen, voorzitter, ik ga mijn best doen. Die eerste vraag ging over de omslag van de kosten. Het wordt een beetje technisch. Ik hoop dat ik het met alle techniek zelf goed vertel, want ik ben natuurlijk geen ervaringsdeskundige in het doen van medicijnonderzoek. In dergelijk onderzoek heb je verschillende fases. Met name de laatste fase, waarbij het medicijn op een grotere groep toegepast wordt, is een van de duurdere fases. Maar het is ook een fase waarin je met medicijnen bezig bent die maar voor een kleine groep beschikbaar of toepasbaar zijn. Dat is misschien niet de handigste fase. De idee achter pay for performance – «betalen naar bewezen effectiviteit» in goed Nederlands – is dat je in die laatste studiefase, de fase waarin je patiënten hebt die met de huidige middelen uitbehandeld zijn en die je dus de ruimte wilt bieden, juist met die groep aan de slag gaat. Als zo'n medicijn vervolgens werkt of aanslaat, ga je over tot betaling vanuit de verzekeraars. Normaal gesproken is dit een fase waarin het bedrijf dat het geneesmiddel op de markt wil zetten, er zelf zijn verantwoordelijkheid in heeft.

Volgens mij is de winst dat het medicijn potentieel eerder terechtkomt bij een patiënt die anders in een uitzichtloze situatie zit en dat je werkt aan een systeem waarbij je uiteindelijk vooral therapieën op de markt hebt die werken. Zeker in de oncologie zeggen heel wat artsen: er komen links en rechts middelen bij, maar voegen die echt iets toe; zijn het nou betere middelen dan we al hebben; zijn ze überhaupt goed genoeg qua resultaten? Bovendien heb je het effect dat je als patiënt eerder betere medicijnen hebt. En je financiert binnen de studiefase een deel. Volgens mij is dat de winst in zijn totaliteit die je daartegenover zet en die lijkt mij redelijk massief.

Het kan dus voor alle partijen in het speelveld een voordeel opleveren, waarbij ik uiteraard wil voorkomen dat er aan het einde van de rit therapieën op de markt komen waarvan dan moet blijken of ze daadwerkelijk iets gaan toevoegen, maar we ondertussen misschien wel verschillende hoofdprijzen betalen. Dat is een beetje de situatie waarin we nu zitten.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg, in tweede instantie. En misschien kunt uw tweede vraag nog even vertalen naar het Nederlands.

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

Met name het «pay for performance»,...

De **voorzitter**:

Die kennen we allemaal.

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

Die kennen we allemaal, dus die hoeft ik niet uit te leggen. Maar hoe wordt de prijs dan bepaald? Dat gebeurt met value-based pricing, op basis van de toegevoegde waarde. Ik vind dat je zou moeten kijken wat de productie- en ontwikkelkosten van dat specifieke medicijn zijn. Dat zijn bijvoorbeeld medicijnen die ook wat kunnen doen met het DNA. Dan hoeft ik bij wijze van spreken maar één keer een glas leeg te drinken en hoeft ik de rest van mijn leven die andere medicijnen niet meer te gebruiken. Value-based pricing kijkt niet wat de reële kosten zijn van de inhoud van het glas, maar houdt rekening met het feit dat je, doordat je dat één keer hebt gedaan, de rest van je leven andere medicijnen níét hoeft te gebruiken. Dan reken je dus uit hoeveel er bespaard wordt doordat je de andere medicijnen niet hebt hoeven te gebruiken, en dat wordt dan de prijs van dat glas. Dat is dus wat ik noem «discounted cashflow». Daar heeft het CDA niks mee, maar daarop hoor ik graag de reflectie van meneer Veldman.

De voorzitter:

Meneer Veldman, heeft de VVD daar wat mee?

De heer Veldman (VVD):

Ik zou hier op voorhand niet allerlei nieuwe of andere bekostigingsmodellen of prijsstellingen van een labeltje «vind ik wel wat» of «vind ik niets» willen voorzien. Volgens mij zitten we in een fase waarin allerlei nieuwe therapieën zoals gentherapieën op ons af komen, waarbij het huidige bekostigingsmodel ons in ieder geval leert dat de prijzen skyhigh zijn: 2 à 3 miljoen euro per patiënt. We weten dat we dat niet gaan volhouden. Ik heb de Minister tijdens de begrotingsbehandeling opgeroepen om inzichtelijk te maken welke verschillende modellen je hebt en wat daarvan de plussen en minnen zijn. Als dat er ligt, wil ik met elkaar gaan kijken wat ons het meeste aanspreekt. Maar om nu op voorhand te zeggen dat dit me niet aanspreekt en dat wel, vind ik niet fair. Dat is a omdat ik de consequenties ervan niet kan overzien – vandaar de vraag aan de Minister om dat in beeld te brengen – en b omdat je ook iets wat op voorhand niet je eerste keus zou zijn, misschien toch moet doen omdat je weet dat het huidige model veel erger is.

De voorzitter:

Dank u wel. U was al klaar met uw betoog.

De heer Veldman (VVD):

Zeker.

De voorzitter:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik wil een aantal onderwerpen kort aan de orde stellen, maar vooraf wil ik zeggen dat ik het eigenlijk steeds wranger vind dat wij mensen zoals wijzelf allemaal zijn, aanspreken op de stijging van de zorgkosten, terwijl we in het systeem zien dat er mechanismes zijn die die kosten alleen maar verder opdrijven. Dit kabinet doet eigenlijk niks, weinig, te weinig om die systeemfouten te adresseren. Dan heb ik het over verspilling – collega's spraken daar al over, overigens zonder deze ideologische connotatie – maar ook over de drijvende kracht van de wens tot winstmaximalisatie in onderdelen van het systeem. Ik denk dat het goed is dat we daar in de context van dit debat over geneesmiddelen een aantal dingen over zeggen.

Het eerste wat ik erover zou willen zeggen gaat over de geneesmiddelenvoorraden. Het is goed dat de Minister voorstellen doet. Er is een motie

aangenomen – toevallig van mijn hand, maar met dank aan de collega's – die zegt dat de additionele kosten van het aanhouden van voorraden niet bij de patiënten terecht zouden moeten komen. We hebben daar toen ook over gesproken. We vinden dat dat ook niet indirect via de premie zou moeten gebeuren. Ik zou graag even van de Minister horen hoe hij daartegen aankijkt en hoe die motie wordt uitgevoerd.

Voorzitter, ik zei het al: er is onderzoek gedaan waaruit blijkt dat er eigenlijk een soort chilling effect is van de ACM-regels, waardoor degenen die medicijnen inkopen, ziekenhuizen en ook anderen, geld laten liggen. Wat gaat de Minister eraan doen om te zorgen dat de regels van de ACM verder verduidelijkt worden en we dus zo maximaal mogelijk kunnen onderhandelen over die prijzen en de onderhandelingsmacht kunnen versterken?

Voorzitter. Ik sluit me aan bij de vragen van collega Van Gerven over de prijsverhoging door fabrikant Lupin.

Ik zou verder nog een vraag aan de Minister willen stellen over een ander probleem in het systeem. We weten dat medicijnen gemaakt worden in landen waar men het niet altijd even nauw neemt met bijvoorbeeld de arbeidsvoorwaarden of de milieunormen. Nu kreeg ik een bericht van een patiënt die medicijnen kreeg van de fabrikant Aurobindo. Over Aurobindo heeft ZEMBLA een uitzending gemaakt waarin aan de kaak wordt gesteld dat de productieprocessen van die fabrikant niet deugen: arbeiders worden uitgebuit, milieumaatregelen worden niet genomen. Deze patiënt zegt: ik wil eigenlijk niet meer afnemen van die fabrikant. Is er een manier waarop wij met elkaar kunnen organiseren dat fabrikanten die zich niet aan de regels houden, van de lijst gehaald kunnen worden? We doen dat in andere sectoren ook. Zou de Minister hier eens over willen reflecteren? Het is echt ingewikkelder dan ik het in deze ene minuut kan zeggen, maar ik zou daar graag het gesprek over willen openen.

Tot slot, voorzitter. Het Transparantieregister Zorg moet ons maximaal inzicht geven in de financiële relaties tussen zorgverleners en de farmaceutische en hulpmiddelenindustrie. De evaluatie is ernstig vertraagd. Ik zou toch graag nog eens willen horen waarom die vertraagd is. Ik wil de Minister nogmaals meegeven dat mijn initiatiefwet om dat transparantieregister tot een verplichting te maken, klaarligt. Niemand heeft iets te verbergen, is mij verzekerd, ook door mensen die nu in deze zaal zitten. Dus ik zou zeggen: misschien moeten we die stap gewoon met elkaar nemen, hopelijk ook op grond van het evaluatieonderzoek, dat zo snel mogelijk klaar is.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Het woord is aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Ik sprak gisteren met Marleen Kemper. Zij is ziekenhuisapotheker in het AMC. Ik moet zeggen: het Amsterdam UMC. Ik denk dat zij een van de voorbeelden is van apothekers die laten zien wat zij kunnen doen met magistrale bereiding. Zij had mij benaderd naar aanleiding van de motie om meer werk te maken van kennisuitwisseling rond magistrale bereiding, waar de hele Kamer achter is gaan staan. Zij bevestigde nog maar eens de noodzaak om meer te investeren in die kennisuitwisseling. De Minister gaf vorige week bij de begroting aan dat die signalen hem nog niet rechtstreeks ter ore waren gekomen. Nou, een hartelijke uitnodiging van mevrouw Marleen Kemper om eens langs te komen.

Voorzitter. Ik wil het hebben over de dure geneesmiddelen, net als de collega's. We zien te veel misbruik door de industrie bij het opdrijven van de prijs. Soms gebeurt het op zo'n extreme manier dat wij het ons bijna

niet kunnen voorstellen. De Minister wil daar wel wat aan doen, heeft hij ons laten weten, maar ik wil daar nog wel een tandje bovenop. Ik vraag hem dus op welke manier hij, het liefst samen met zijn Europese collega's, meer voorwaarden wil stellen aan de licenties. Op welke manier wil hij voorkomen dat we met publieke kennis zulke hoge, private winsten maken? Ook ben ik benieuwd wat hij uiteindelijk precies als stip op de horizon voor zich ziet als het gaat om meer transparantie over de prijsopbouw. Kan hij ook uitleggen welke stappen hij de komende tijd, ook al op korte termijn, wil zetten om hierop resultaten te boeken?

Voorzitter. We hebben het een tijdje terug bij een wetsbehandeling gehad over de rol van de zorgverzekeraars bij het toegankelijker maken van medicijnen. We weten dat zorgverzekeraars beleggen in de farmaceutische industrie en dat zij ook een convenant hebben ondertekend om te kijken hoe zij kunnen bijdragen aan het toegankelijker maken van die medicijnen. Er is nog weinig concreets uit het convenant gekomen. Ik vraag de Minister op welke manier hij de zorgverzekeraars wil aansporen om hun invloed aan te wenden en om de farmaceuten aan te spreken op die hoge prijzen. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. Over de medicijnvoorraden wil ik dezelfde vraag stellen aan de Minister als die ik aan meneer Veldman heb gesteld. De Minister stelt voor om die voorraden zowel bij de groothandels als bij de industrie zelf aan te houden. Maar als die industrie in India of in China zit en er een mondiaal tekort is, hoe weten we dan dat wij iets hebben aan die voorraden?

Waarom zouden wij vóór al die andere landen in de wereld gaan? Is de Minister het dan niet eens met de VVD-collega hier in de Kamer dat het verstandiger zou zijn om te kijken wat we allemaal in Nederland kunnen doen in plaats van afspraken te maken met industrieën en firma's ver weg?

Voorzitter. Ook wil ik concreter weten van de Minister wat hij wil doen om grondstoffen in Nederland te produceren. Ziet hij die noodzaak ook? Welke stappen wil hij zetten? Hoe wil hij hierin samen optrekken met zijn Europese collega's?

Dan een heel ander onderwerp, namelijk PrEP-zorg. Die wordt sinds 1 augustus verzorgd door de GGD's. Maar we weten ook – dat is uitvoerig beschreven in een NRC-artikel – dat een aantal GGD's die PrEP-zorg nog niet levert. Er is voldoende subsidie om 6.500 mannen hiervoor in aanmerking te laten komen, maar we weten ook dat het totale aantal van mannen die passen binnen de criteria, veel hoger ligt. Ik vraag de Minister dus of het niet noodzakelijk is om die subsidie uit te breiden, zodat we de totale groep van kwetsbare mannen kunnen bereiken die in theorie hiervoor in aanmerking komt.

Dan een andere vraag die ik hierover heb. We zien dat de mannen die nu aanspraak maken op deze zorg, niet behoren tot de kwetsbaarste groep. Die wordt nog onvoldoende bereikt. Wat wil de Minister daaraan doen? Is hij bereid om streng en strak te monitoren op de voortgang?

Voorzitter, ten slotte.

De voorzitter:

Heel kort dan, want u bent aan uw tijd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, heel kort. Het gaat over het verantwoord wisselen van medicijnen. Mijn collega Sazias en ik hebben daar eerder een motie over ingediend. We zien dat dit nog steeds te weinig tot het gewenste resultaat leidt. Er zijn nog steeds patiënten die hier last van ondervinden. Is de Minister bereid om dit te monitoren? Is hij ook bereid om een meldpunt in te stellen? Dan kunnen patiënten, als ze hier last van ondervinden, dit ook ergens melden.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Szias namens 50PLUS.

Mevrouw **Szias** (50PLUS):

Dank u wel. Het is goed dat de Minister het probleem van de afname van het aantal producenten van grondstoffen en geneesmiddelen en de kwetsbaarheden die daardoor ontstaan in Europees verband wil oppakken. Maar landen als India en China, waar meer winst te behalen is dan in Nederland of zelfs Europa, met lagere prijzen en volumes, blijven als primaire markt daardoor toch aantrekkelijker voor een farmaceut. Hoe wil de Minister dit aan gaan pakken? Maakt productie in Europa en in Nederland de medicijnen niet veel duurder?

De Minister gaat de tekorten te lijf door het aanleggen van een ijzeren voorraad van vijf maanden. Dat lijkt ons goed en belangrijk. Er is ook een afspraak gemaakt om te voorkomen dat geneesmiddelen onnodig worden vernietigd. Dat vinden we belangrijk. Want verspilling van geneesmiddelen moeten we toch ook tegengaan.

Te veel medicijnen slikken kan gevaarlijk zijn. Medicijnen worden soms jarenlang door geslikt, zonder dat dat nodig is. Zo komen er ook nog eens veel te veel medicijnresten in ons water. Daarom is een medicatiebeoordeling van essentieel belang, vooral voor ouderen, die soms veel verschillende geneesmiddelen slikken die tegen elkaar in kunnen werken, met daarbij misschien ook nog supplementen uit de winkel. Dat is een belangrijke oorzaak van veel valincidenten. Bovendien hebben ouderen vaak ook nog een verminderde nierfunctie.

De Minister heeft in februari 2017 aangegeven dat vanaf 2018 alle risicogroepen die voldoen aan de criteria van de Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, dus alle patiënten van 65 jaar en ouder die chronisch vijf of meer geneesmiddelen gebruiken, een medicatiebeoordeling moeten krijgen. Niks meer van gehoord. Afgelopen juni heeft mijn fractiecollega Simon Geleijnse samen met Arno Rutte van de VVD een motie ingediend die de Minister vraagt om zijn toezeggingen na te komen. Die motie is breed aangenomen. Afgelopen oktober zouden we daarover geïnformeerd worden. Weer niks gehoord. U voelt mijn vraag al aankomen, voorzitter: wanneer gaan we daar nou iets van horen?

Voorzitter. Het is al gemeld door mevrouw Ellemeet, maar ook wij krijgen enorm veel mails van mensen die heel erg onzeker worden van de wisseling van medicijnen. Er loopt een bestuurlijk traject met verschillende partijen over... De Minister is even in gesprek.

De voorzitter:

De Minister luistert mee.

Mevrouw **Szias** (50PLUS):

Hij kan multitasken: praten en luisteren tegelijk.

De voorzitter:

Namens de Minister wordt er ook meegeluisterd.

Mevrouw **Szias** (50PLUS):

Dat wil ik ook graag leren.

De voorzitter:

Gaat u vooral door en laat u zich niet afleiden.

Mevrouw **Szias** (50PLUS):

Nou, ik word er wel door afgeleid als degene tegen wie ik het heb... Wij krijgen dus heel veel mails van mensen die daar heel onrustig van worden. Soms hoeft een wisseling van medicijnen niet erg te zijn, maar

dan is het wel van groot belang dat de patiënten die het betreft goed geïnformeerd worden aan de balie bij de apotheek. Vanwege de tijd wil ik wat betreft mexiletine graag aansluiten bij de inbreng van de heer Van Gerven en ook bij de vraag of de Minister in Europees verband kan zien of er wat gedaan kan worden aan die registratie van tien jaar voor medicijnen die al lang bestaan. Dan naar de magistrale bereiding. Apotheker Paul Lebbink heeft in het kader van de magistrale bereiding het middel mexiletine inmiddels succesvol nagemaakt, op verzoek van verzekeraar CZ. Volgens de wet zou hij maximaal 50 unieke patiënten per maand mogen bedienen. Wettelijk is geregeld dat dit soort bereidingen vanaf 1 januari vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Is de Minister bereid om magistrale bereiding in dit soort situaties verder te stimuleren en om andere zorgverzekeraars te bewegen deze magistrale bereiding te vergoeden? Kan de Minister toezeggen dat hij de bereidende apothekers die geconfronteerd worden met rechtszaken door de farmaceutische industrie bij gaat staan? Voorzitter. Tot slot. We gaan steeds meer richting personalized medicine, zeker nu zaken als predictieve testen zoals whole genome sequencing in steeds meer gevallen maatwerk mogelijk maken, waardoor overbehandelen met middelen waar de patiënt geen baat bij heeft maar die wel tot hoge kosten leiden, kan worden voorkomen. Daardoor kan de effectiviteit van geneesmiddelen vele malen vergroot worden. Hoe ziet de Minister deze ontwikkeling in de nabije toekomst? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik kijk even. Eigenlijk is mevrouw Agema aan de beurt, maar die is niet voor niets achteraan gaan zitten, denk ik. Dan is het woord aan mevrouw Dik-Faber namens de ChristenUnie.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik vind het ingewikkeld. Het spreekgestoelte staat een beetje laag, maar ik denk dat ik het hiermee moet doen.

De voorzitter:

Deze kan niet verhoogd worden. Tenzij we er iets onder zetten, maar dat lijkt me niet veilig. We kunnen u verstaan.

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

Dat is het allerbelangrijkst, voorzitter.

De afspraken met de farmaceuten over prijsverlagingen werpen hun vruchten af. De uitgavenverlaging als gevolg van de financiële arrangementen was in 2018 272 miljoen euro en dat was twee keer zo veel als het jaar daarvoor. Tegelijkertijd zien we dat we desondanks elk jaar fors meer betalen voor deze categorieën geneesmiddelen. Het is dan ook goed dat de Minister farmaceuten blijft aanspreken op hun verantwoordelijkheid, zeker als zij de positie van weesgeneesmiddelen gebruiken voor exorbitante prijsstijgingen. Collega's hebben daar ook al over gesproken. Hoe staat het in dat licht met de aanvullende beschermingscertificaten, is mijn eerste vraag aan de Minister.

Het is goed dat de Minister actie onderneemt om geneesmiddelentekorten te voorkomen. Hij wil een ijzeren voorraad van vijf maanden aanleggen. Dit brengt echter wel kosten met zich mee en bovendien kost het tijd om een voorraad op te bouwen. Hoe wil de Minister voorkomen dat er extra tekorten ontstaan als ook andere landen voorraden gaan opbouwen en we misschien wel gaan concurreren met elkaar? De ijzeren voorraad biedt voor 85% van de geneesmiddelen een oplossing, maar voor 15% dus niet. Welke oplossingen ziet de Minister om tekorten bij die 15% te voorkomen? We moeten voorkomen dat er voorraden worden aangelegd van middelen waarvoor dit niet nodig is. Dat werkt ook verspilling in de hand. Is de

Minister bereid om nog eens te kijken of een voorraad van vijf maanden echt voor alle middelen nodig is?

Voorzitter. Ik kom als vanzelf op het thema verspilling. Ik begrijp dat een middel vaak niet meer verhandeld wordt als de houdbaarheidstermijn korter dan een jaar is. Het is goed dat de Minister naar deze termijn kijkt en ook kijkt of aanpassing mogelijk is. Aan welke houdbaarheidstermijn denkt hij dan? Wat betreft de verspilling van medicijnen kunnen we volgens mij nog meer doen. Zeker bij dure en gevaarlijke middelen moet er een prikkel zijn om deze terug te brengen als ze door de patiënt niet meer worden gebruikt. Is de Minister bereid om te kijken naar een vorm van beloning als medicijnen worden teruggebracht naar de apotheek? Het is mooi dat de Minister met een nieuw beleidskader voor voorwaardelijke toelating komt voor middelen waarvoor het lastiger is om de effectiviteit te bewijzen, bijvoorbeeld omdat de groep patiënten relatief klein is. Eerder heb ik samen met mijn collega mevrouw Dijkstra een motie ingediend met een verzoek om te kijken hoe de werkwijze van het Zorginstituut beter kan aansluiten op de beweging van personalized medicine. Ik ben blij dat het Zorginstituut nu ook maatwerk in onderzoek mogelijk maakt. Bij de onderzoeksduur moet vooraf gekozen worden voor zeven jaar of voor veertien jaar. Volgens mij is wisselen in die termijnen niet mogelijk. Mijn fractie vindt dat erg rigide, zeker als je bij kleine groepen van tevoren niet precies weet hoeveel tijd er nodig is. Ziet de Minister mogelijkheden voor meer flexibiliteit?

Een heel ander onderwerp is de medicinale cannabis. Ik heb al vaker aandacht gevraagd voor de grote hoeveelheden medicinale cannabis die Nederland exporteert, vaak veel meer dan de norm die het Bureau voor Medicinale Cannabis, BMC, zelf hanteert. De norm is 100 kilo per jaar en dan voor maximaal drie jaar. In 2019 en 2020 exportereren we 2.500 kilo naar Duitsland. De omzet van het bureau was in 2018 begroot op 1,9 miljoen euro, maar kwam uit op 16,8 miljoen euro. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat de export hierbij een belangrijke factor is. Laten we dan ook zorgen dat de winst die het BMC hiermee maakt weer wordt geïnvesteerd in goed onderzoek naar de werking van medicinale cannabis. Ik heb begrepen dat dat nog iet echt van de grond komt, bijvoorbeeld waar het gaat om de zorg voor zeer kwetsbare jonge kinderen. De Kamer heeft daar met steun van mijn fractie een motie over aangenomen. De ontwikkeling van meer variëteiten voor meer groepen patiënten vindt mijn fractie van belang en uiteindelijk ook een lagere prijs voor de Nederlandse patiënt. Op deze manier kunnen we de discussie over thuissteelt bovendien overbodig maken, zeg ik er maar even bij. Voorzitter, hoe veel tijd heb ik nog?

De voorzitter:

U hebt nog vier seconden.

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

Oké. Dat is niet heel veel. Dan laat ik mijn vraag over de opioïden, waar door andere mensen ook al vragen over zijn gesteld, liggen voor de tweede termijn.

Tot slot. Er is afgesproken dat een grote groep patiënten het middel Spinraza vergoed krijgt. Ze wachten nu al geruime tijd tot de behandeling kan starten. Kan de Minister toezeggen dat dit echt op 1 januari 2020 gaat gebeuren?

Voorzitter. Dank u wel voor de coulance.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dik. Dan geef ik het woord aan mevrouw Van Kooten, mevrouw Van den Berg of mevrouw Agema. Wie kan ik als eerste het woord geven? Mevrouw Van Kooten, namens de Partij voor de Dieren. Nee, namens haarzelf. Excuus.

Mevrouw **Van Kooten-Arissen** (vKA):

Nee, voorzitter. Niet meer namens de Partij voor de Dieren, helaas. Ik wil graag aansluiten bij de vragen die GroenLinks stelde over het opdrijven van de prijs van medicijnen door farmaceuten en ook over de prijs-opbouw.

Jaarlijks wordt in Nederland voor zo'n 100 miljoen euro aan medicijnen vernietigd. Dat gebeurt niet alleen op de veiligste manier, door de medicijnen af te geven bij de apotheek. Veel patiënten gooien hun overgebleven medicijnen weg of spoelen ze zelfs door de wc. Dat is hartstikke zonde, zeker met het oog op de medicijntekorten waar we het vandaag over hebben, maar het is ook heel erg slecht voor het milieu. Want alle giftige stoffen komen in het grond- of oppervlaktewater, met soms onomkeerbare schade voor de flora en fauna.

Het Instituut Verantwoord Medicijngebruik, het IVM, pleit voor hergebruik, maar de apothekersorganisatie vindt dit onverantwoord. De Minister gaf eerder al aan dat onverantwoord te vinden. In de Kamerbrief van juli schreef de Minister dat het Radboudumc, de Sint Maartenskliniek en de Universiteit Utrecht samen bezig zijn met een wetenschappelijk project waarbij een heruitgiftesysteem wordt geïmplementeerd en geëvalueerd in meerdere poliklinische apotheken. Ook wordt er door het Radboudumc gewerkt aan een nieuw medicatie-afleverproces om hiermee preventief verspilling van dure medicijnen te voorkomen. Ik wil graag aan de Minister vragen hoe het staat met deze onderzoeken en wanneer we de resultaten daarvan kunnen verwachten, want dat lijkt me wel heel waardevol.

Een groot probleem is dat heel veel patiënten vaak gedwongen worden om te wisselen van medicijn zonder dat dit een medische reden heeft. Het roept onzekerheid op over de vraag hoe de patiënten dit andere medicijn verdragen, maar ook omdat het makkelijk kan leiden tot verwarring en het verstoren van het vertrouwen. Zo geven patiënten aan zich zieker te voelen. Verschillende patiëntenorganisaties riepen hierom op om onnodige wisselingen te stoppen. De Minister is in gesprek gegaan met de verschillende organisaties. Ik wil graag weten welke afspraken voort zijn gekomen uit deze gesprekken en wanneer deze afspraken als gevolg zullen hebben dat mensen minder hoeven te wisselen tussen medicijnen. Wie is verantwoordelijk voor de naleving van deze afspraken en op welke manier kunnen patiënten met problemen bij een meldpunt terecht?

Voorzitter. Dan nog een punt over het medicijntekort. Het medicijntekort heeft als gevolg dat patiënten vaak moeten wachten op hun medicijnen. De voorgaande sprekers hebben het hier al uitgebreid over gehad. Hierdoor slaan mensen die hun medicijnen hard nodig hebben, het innemen van hun medicatie tegen hun wil over. Ook zijn er gevallen waarin patiënten, zoals al eerder aangegeven, moeten overstappen op een ander medicijn, met alle risico's van dien. Dit kan gelukkig worden voorkomen door de leveranciers te verplichten voorraden aan te houden. Daarom ben ik blij dat de Minister onderzoekt hoe een voorraad van medicijnen in Nederland kan worden gewaarborgd. Ik vraag de Minister te beseffen dat elke dag zonder zo'n voorraad tot extra risico's leidt bij heel veel van deze patiënten. Hoe zorgt de Minister dat op korte termijn zorg wordt gedragen voor de opbouw van een voorraad? Ik sluit me aan bij de vragen die hiervoor al zijn gesteld.

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Voorzitter, dank u wel.

De **voorzitter**:

Er wordt naar mij gebaard dat mensen hier in de zaal het koud hebben. Maar het wordt ook gauw te warm. Misschien helpt een vest. Goed. Mevrouw Van den Berg.

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

Dank u wel, voorzitter. Zorg en dus ook geneesmiddelen moeten beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar zijn. Ik begin met de beschikbaarheid. Het CDA heeft in 2016 en aan het begin van dit jaar plannen gelanceerd om tekorten aan te pakken. Het is goed om te zien dat de Minister daarmee aan de slag is gegaan, door onderzoek te doen om grotere voorraden aan te houden – daarover heeft hij nu zelfs een besluit genomen – meer internationaal samen te werken en voor de productie van generieke medicijnen minder afhankelijk te worden van landen zoals China en India. De Minister is ook actief om de levering te borgen met betrekking tot de brexit. Dat is belangrijk, want bij tekorten van medicijnen moet je die vervangen door een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. Dat kan tot veel problemen leiden. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de brief van Huidpatiënten Nederland. Wat is de stand van zaken? Voorzitter. Tekorten kunnen niet alleen optreden door leveringsproblemen, maar ook omdat een medicijn vervuild blijkt te zijn. Dan is een recall nodig. Nu is echter onduidelijk wie alle kosten, inclusief de administratie van de apotheken, voor zijn rekening gaat nemen. Is de Minister bereid te komen tot een recallplan?

Voorzitter. Wat is de stand van zaken met betrekking tot het vereenvoudigen en verkorten van beoordelingen door het Zorginstituut voor nieuwe medicijnen voor kleine groepen? We hebben als commissie ook nog een brief gekregen over ouders wier zonen Translarna gebruiken en die met smart zitten te wachten op de aangepaste procedures.

Voorzitter, dan betaalbaarheid. Zaterdagavond was bij Kassa weer een voorbeeld te zien van hoe het niet moet. Het farmaceutische bedrijf Lupin heeft een bestaand geneesmiddel tegen hartritmestoornissen, dat ook blijkt te werken bij een zeldzame spierziekte, nu laten registreren als een weesgeneesmiddel, wat leidt tot een vertwintigvoudiging van de kosten. Collega's hebben daar ook al over gesproken. Het CDA waardeert dat de Minister verschillende initiatieven neemt om tot betere prijsafspraken en onderhandelingen te komen, zoals de zeven actielijnen van IPAM, de Aanpak verspilling, het Platform Inkoopkracht, het meer gebruiken van biomarkers – zoals het CDA heeft gevraagd – en lerend evalueren. Maar dat zijn allemaal maatregelen aan het eind van de keten, als een medicijn al op de markt is. Het CDA beoogt om maatregelen te nemen vóórdat het middel op de markt komt. Op de eerste plaats het voorkomen van gebruik door ontpillen. Goed dat de Minister opioïde pijnstillers aanpakt, maar worden er ook andere trajecten ingezet, zoals bijvoorbeeld voor cholesterolverlagende en diabetes type 2?

Door personalized medicine worden steeds meer geneesmiddelen alleen geschikt voor een kleine groep. Bij minder dan 8.500 mensen in Nederland is een geneesmiddel al een weesgeneesmiddel. Is de Minister bereid het verlagen van de grens binnen Europa te bespreken? Want wij vrezen dat straks alles een weesgeneesmiddel wordt. Is de Minister ook bereid de ACM nog eens te laten kijken naar de regels om de inkoop van medicijnen verder te kunnen aanpakken? Daarover stond vanmorgen ook iets in Skiper. Voorzitter. TNO heeft de – ik moet het goed uitspreken – Accelerator Mass Spectrometer ontwikkeld. Er wordt een klein beetje radioactief medicijn in een apparaat gestopt, waardoor resultaten veel sneller bekend zijn. Voor fase 1, en soms zelf voor fase 3, worden de onderzoekskosten aanmerkelijk verkleind. Bedrijven betalen nu een vergoeding aan TNO, maar die staat niet in verhouding tot het voordeel. Is de Minister bereid om aanvullende eisen te stellen? En is de Minister bereid centraal voorwaarden te stellen met betrekking tot deelname in toekomstige winst en beloning van personen bij verkoop van medicijnpatenten die zijn

ontwikkeld door universiteiten in samenwerking met ziekenhuizen dan wel aan de universiteit gelieerde start-upbedrijfjes?

Voorzitter. Ten slotte bereikbaarheid. Ik wil iedereen uitleggen dat je een apotheek 's nachts niet open kunt houden vanwege twee patiënten die een medicijn nodig hebben. Dit probleem speelt niet alleen in de krimpregio's, maar bijvoorbeeld ook in Woerden, met 75.000 inwoners. Ook hierbij kan e-health ons helpen. In Oostburg in West-Zeeuws-Vlaanderen is een medicijnrobot geïnstalleerd die op afstand wordt bediend. Is de Minister bereid dit punt te agenderen in gesprekken met zorgverzekeraars en de Tweede Kamer een terugkoppeling te geven? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Blijft u even staan, want er zijn wat vragen voor u.

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

Ik had nog een vraag over het geneesmiddelenonderzoek, dat publiek gebeurt. Er ontstaan start-ups, die vervolgens weer verkocht worden aan fabrikanten, waardoor het publieke onderzoek naar private bedrijven gaat, met privaat hoge winsten. Ik heb zelf met anderen al het voorstel voor een onafhankelijk onderzoeksfonds voor betaalbare geneesmiddelen gedaan. Hoe staat het CDA tegenover dat idee?

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

Meneer Van Gerven heeft daar tijdens de begroting volgens mij ook een amendement over ingediend. Op basis van de dekking kunnen wij dat amendement niet steunen, maar de gedachte als zodanig zouden wij wel verder uitgewerkt willen zien. We zien wel wat meneer Van Gerven aangeeft, namelijk dat kleine bedrijfjes, die fase 1 en fase 2 van het onderzoek zelf nog wel kunnen regelen, nu vaak vlak voor fase 3 overgenomen worden door een grote fabrikant. Fase 3 is een duur onderzoek, maar wij zijn zeker geïnteresseerd om de Minister te horen reflecteren op hoe je daarnaar kunt kijken.

De voorzitter:

Ik beperk het even, meneer Van Gerven. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Van den Berg merkte terecht op dat de Minister veel voorstellen doet om aan de achterkant te bekijken hoe we kunnen voorkomen dat prijzen onnodig opgedreven worden. Ze noemde best rap een aantal voorstellen voor wat we ook aan de voorkant kunnen doen. Als ik het goed hoorde, had zij het ook over het stellen van meer licentievoorzwaarden. Kan zij toelichten wat het CDA daarop zou willen doen?

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

We hebben in eerste instantie gezegd dat er bij TNO een apparaat is waardoor je in fase 1 en soms ook in fase 3 de onderzoekskosten kunt beperken. Dat hebben we dus aan de Minister gevraagd. Ook hebben we gevraagd of de Minister centrale voorwaarden wil stellen, met name aan de start-upbedrijfjes die gelieerd zijn aan universiteiten en ziekenhuizen. Ik wil graag horen wat de Minister te zeggen heeft over de licentievoorzwaarden, maar volgens mij betreft dat Europese wetgeving die wij niet zomaar in ons eentje kunnen aanpassen. Die andere twee zaken zijn volgens het CDA dus wel mogelijk om als Nederland alleen te doen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het is natuurlijk zeker waar dat het meer impact heeft als we het op Europees niveau kunnen doen, maar dat betekent niet dat we niet ook op nationaal niveau stappen kunnen zetten en bindende afspraken kunnen

maken. Ik hoor mevrouw Van den Berg wel zeggen dat de urgentie inmiddels zo groot is en de prijzen in sommige gevallen zo extreem worden opgedreven, dat we daar echt wel wat forsere maatregelen voor moeten treffen. Want hele vriendelijke randvoorwaarden stellen is gewoon niet genoeg. Het is dus fijn dat het CDA hier een opening biedt. Daar gaan we zeker over doorpraten.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan is het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter. Allereerst dank ik de Minister voor zijn «oordeel Kamer» en mijn collega's voor het met algemene stemmen aannemen van mijn motie, waarin we vragen om de overlevingskansen bij longkanker in Nederland te onderzoeken. De Minister schrijft in zijn brief dat hij in gesprek is gegaan met het Integraal Kankercentrum Nederland, maar dat de experts aldaar mijn zorgen niet delen. Ze verwijzen naar de cijfers tot en met 2014 uit het CONCORD-programma. Hieruit blijkt geen achterstand in de overlevingskansen bij longkanker. Verder wacht de Minister op de cijfers van het volgende CONCORD-programma. Maar die komen pas in 2022. Ik vind het jammer dat de Minister het hierbij laat, omdat andere onderzoeken iets anders aantonen. Ik wil hem dus nogmaals wijzen op tabel 1 en figuur 6 uit het recente healthcare-rapport van The Economist. Pak het er gewoon eens bij, zou ik zeggen. Laten we voorkomen dat een opvolger van de Minister straks in 2022 inderdaad moet constateren dat Nederland achterblijft en in de tussentijd niks heeft gedaan. Bovendien wordt nu geen recht gedaan aan het tweede deel van de motie, namelijk de invloed van de procedures van het Zorginstituut en de onderhandelingsperiode in de sluis. We kunnen toch moeilijk ontkennen dat deze procedures vertragend werken? De Minister zegt dat de doorlooptijd van een geneesmiddel in de sluis gemiddeld tien maanden is. Dat betekent dus dat patiënten, en niet alleen longkankerpatiënten, pas tien maanden later hun behandeling kunnen starten. Ik blijf het van belang vinden om te weten of deze vertraging van invloed is op de overlevingskansen. Dit moet toch op de een of andere manier uit te zoeken zijn? Nu doet de Minister dus niets en kunnen we ook niet over verbeteringen nadenken. Het is zo jammer. Het lijkt zo wel een «oordeel Kamer» om even van die vervelende Agema af te zijn, en daarna blijft alles zoals het was.

De Minister heeft inmiddels wel 10 miljoen euro uitgetrokken voor een beschikbaarheidsregeling voor geneesmiddelen in de sluis. Ik hoop dat hij hiermee bedoelt dat geneesmiddelen ook tijdens de sluisperiode beschikbaar komen. Graag een reactie. Voor de nieuwe voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen is een budget oplopend tot 26,8 miljoen euro beschikbaar. De brief hierover lijkt hoopgevend, maar wat betekent dit nu in de praktijk? Wat betekent dit voor mensen die hopen op vergelijkbare geneesmiddelen zoals Spinraza, Fampyra en Orkambi? Ik heb mij verbaasd over het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland. Zij pleiten juist voor een verhoogde dijkbewaking voor nieuwe geneesmiddelen. Nieuwe geneesmiddelen mogen niet ongehinderd een pakket instromen. Hoe verhoudt zich dit nu tot de nieuwe inrichting van de voorwaardelijke toelating tot het basispakket, zo vraag ik de Minister. Ik mag toch hopen dat de Minister een stokje steekt voor dit machtsvertoon van verzekeraars? We hebben toch al genoeg instanties en regelingen die zich met de instroom van nieuwe geneesmiddelen bemoeien? Laten de zorgverzekeraars zich daar vooral buitenhouden. In dit licht vraag ik ook wat de stand van zaken is met betrekking tot de 314 levensreddende en levensveranderende medicijnen die eraan zitten te komen. Ik begon daar

een jaar geleden al over. Wat verandert deze herinrichting aan het beschikbaar komen van deze veelbelovende middelen? Het beschikbaar komen van levensveranderende en levensreddende medicijnen is van het grootste belang voor ons allemaal. Ik ontving een brief van een vader over zijn dochter Emma. Zij lijdt aan hypofosfatische rachitis, een ziekte die leidt tot vermoeidheid, pijn en vergroeiingen. Gelukkig kan zij na jaren nu eindelijk een beroep doen op het middel Crysvida en gaat zij zienderogen vooruit. Toch doemen er alweer nieuwe wolken op aan de hemel, omdat zij dit middel in ons land alleen krijgt zolang ze in de groei is. In Amerika kunnen volwassenen het middel ook krijgen. U kunt zich voorstellen hoeveel stress dit nu alweer geeft. Mijn vraag is wanneer dit middel in ons land ook beschikbaar komt voor volwassenen. Ik wil ook nog eens benadrukken hoeveel baat deze medicijnen, naast een leven met minder pijn en ziek zijn, hebben voor onze rijksbegroting als meisjes zoals Emma minder beroep hoeven te doen op zorg en kunnen gaan leren, studeren, werken en later ook nettobelastingbetaler worden.

Ten slotte de geneesmiddelttekorten. Zoals u weet, was ook mijn geneesmiddel Flixonase een poosje niet leverbaar. Hoewel al dat geniees misschien grappig lijkt, is het heel vervelend dat je weer van voren af aan kunt beginnen, als je middel weer beschikbaar komt. Nu heb ik geen levensbedreigende allergie, maar ik vraag me af hoeveel medicijnen tegen levensbedreigende aandoeningen het afgelopen jaar al dan niet tijdelijk niet leverbaar waren. Kan de Minister daar openheid over verschaffen?

De voorzitter:
Wilt u afronden?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Jawel, voorzitter. De Minister kondigt aan dat er in de strijd tegen de tekorten een ijzeren voorraad moet komen oftewel een verplichte voorraad voor vijf maanden. Daarvoor zou 100 miljoen euro nodig zijn. Vanuit welk potje gaat de Minister dit betalen? Patiënten elders worden hier toch niet de dupe van? Wat doen we met de voorraden die niet afgenomen worden of over de datum raken?
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Dan vraag ik aan de heer Van Gerven om het voorzitterschap even over te nemen, zodat ik namens D66 mijn inbreng kan doen.

Voorzitter: Van Gerven

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Dijkstra van D66 voor haar inbreng.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel, voorzitter. De laatste jaren komt het steeds vaker voor dat mensen naar de apotheek gaan om hun medicatie op te halen en daar met lege handen komen te staan. Of ze moeten noodgedwongen overstappen naar andere medicatie. Ik ben daarom met de andere sprekers blij dat het onderzoek naar een ijzeren voorraad inmiddels is afgerond. Met zo'n voorraad kunnen we de tekorten aanpakken, maar dan moet de Minister volgens mij nog de nodige knopen doorhakken. Ik hoor daarom graag van hem wanneer hij met een concreet plan over de financiering, de verdeling van de opslag en de kosten komt. Ik sluit me aan bij de vragen over waar die voorraden nou allemaal precies aangehouden gaan worden. Voorzitter. Deze week heeft de Kamer een motie aangenomen waarin ze vraagt om onderzoek naar de mogelijkheden om de productie naar

Nederland te halen. Dat hebben wij volgens mij ongeveer Kamerbreed gesteund, dus D66 ook. Want er moeten natuurlijk ook initiatieven komen die de oorzaken aanpakken. Ik zou de Minister willen vragen of hij bij het onderzoek ook wil kijken naar handelingsperspectief op dat gebied. Hoe ga je dat verder aanpakken?

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet had het al over het beleggingsbeleid. Niet alleen de tekorten zijn namelijk een probleem. Ook de stijging van het aantal dure medicijnen vraagt om een oplossing. In de eerste plaats moeten we dat natuurlijk Europees doen, maar laten we er ook binnen onze landsgrenzen alles aan doen om de prijzen omlaag te krijgen. Onze zorgverzekeraars betalen via hun verzekerden, wij met z'n allen dus, voor deze dure medicijnen. Tegelijkertijd beleggen die verzekeraars zelf veel in de farmaceuten die deze hoge prijzen vragen. Ik zou graag zien dat ze hun rol als investeerder in die farmaceuten meer gaan benutten om de prijzen te drukken, om ervoor te zorgen dat de medicijnen in ons land betaalbaar blijven. Ik wil de Minister vragen of hij de zorgverzekeraars daartoe aan wil sporen.

Dan PrEP. Namens D66 heb ik me samen met GroenLinks jarenlang hard gemaakt voor de beschikbaarheid daarvan. Deze zomer was het moment daar: PrEP is beschikbaar geworden via de GGD's. Ik ben heel blij dat deze Minister de benodigde stappen heeft gezet om de verspreiding van hiv aan te pakken. Maar ik heb nog wel zorgen. Want nog maar drie maanden na het intreden van de subsidieregeling zijn er al wachtlijsten ontstaan bij GGD's door het hele land. We hebben dat artikel in de NRC kunnen lezen, waarin dat wordt toegelicht. Wat gaat de Minister doen om die knelpunten weg te nemen? De GGD biedt in eerste instantie zorg aan mannen en transgenderspersonen die een hoog risico lopen. Maar wat betekent dat voor mensen die niet geïdentificeerd zijn als hoog risico? De Minister geeft aan dat mensen niet tussen wal en schip mogen vallen, maar in veel regio's is helemaal geen sprake van samenwerking tussen huisartsen en GGD's. Wat gaat de Minister doen om PrEP voor iedereen beschikbaar te houden?

Tot slot heeft D66 bij het vorige algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid een visie voorgelegd aan de Minister, waarin we onder andere het belang van Europese samenwerking benadrukken. Ik wil de Minister bedanken voor zijn brief van 15 oktober, waarin hij daar uitvoerig op ingaat. Over heel veel van die punten zijn wij het eens, komen we behoorlijk overeen. De Minister gaf in zijn reactie ook aan dat hij gezamenlijk vooral in Benelux-verband onderhandelt. Dat weten we, dat is een goed begin. Maar het zou natuurlijk in een groter Europees verband moeten gebeuren. Welke stappen gaat de Minister zetten om te zorgen dat meer landen in de EU meedoen bij het gezamenlijke onderhandelen? Hoe gaat de Minister zich op Europees niveau inzetten voor meer transparantie voor de buitenwereld over de onderzoeks- en productiekosten van medicijnen?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Oké, dank u wel. Dan kijk ik even naar de Minister om te zien hoeveel tijd hij nodig heeft. Tien minuten? Goed, dan schorsen we de vergadering voor tien minuten. Tot over tien minuten.

De vergadering wordt van 15.13 uur tot 15.23 uur geschorst.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De voorzitter:

Willen de woordvoerders en het publiek weer plaatsnemen? Ik ga niet op mijn vingers fluiten, maar ik vraag toch vriendelijk of iedereen wil gaan

zitten. Het woord is aan de Minister voor zijn beantwoording in eerste termijn.

Minister Bruins:

Voorzitter, hartelijk dank. Het lijkt hier wel een samenzijn van de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Ik wil graag enkele inleidende opmerkingen maken. Dan wil ik twee onderwerpen die veel sprekers hebben aangeraakt er kort uitnemen, namelijk de ijzeren voorraad en het weer naar Europa terughalen van de geneesmiddelenproductie. Dan is er nog een ongelooflijk groot aantal vragen dat ik graag per spreker behandel. Dus eerst een inleiding, dan twee blokjes en dan ga ik verder per spreker.

Voorzitter. We spreken voor de derde keer dit jaar over geneesmiddelen en dat is terecht. Uw Kamer en het kabinet delen immers enerzijds het optimisme over nieuwe innovatieve geneesmiddelen die iets kunnen betekenen voor patiënten, maar we maken ons tegelijkertijd zorgen over de toekomstige betaalbaarheid en beschikbaarheid van die nieuwe middelen. Die zorgen over dure geneesmiddelen spelen niet alleen in Nederland, maar over de hele wereld. We zien toenemende tekorten en kwetsbaarheden in productieprocessen die van invloed kunnen zijn op de beschikbaarheid van onze alledaagse geneesmiddelen. Toegankelijkheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen, zowel dure als goedkope, is een van de belangrijke beleidsuitdagingen voor dit ministerschap en voor deze Minister.

Voorzitter. Er zijn geen easy fixes. Dat moeten we onszelf ook niet wijsmaken. Uit de SiRM-studie, waarover mevrouw Ellemeet of mevrouw Ploumen sprak, over de uitvoering van de geneesmiddelenvisie – ik heb u daar recentelijk over geïnformeerd – blijkt dat er mooie resultaten zijn geboekt in de uitvoering. Ik noem enkele voorbeelden. Er zijn prijzen teruggedrongen. Ik denk ook dat de bewustwording rond dure geneesmiddelen gegroeid is en toeneemt. Partijen werken steeds beter samen bij de inkoop. De criteria voor de sluis zijn verankerd en verduidelijkt. Tegelijkertijd constateert ook SiRM dat er nog stappen te zetten zijn. Dat is niet verwonderlijk, want het geneesmiddelen domein is complex, zoals ook vanmiddag weer blijkt.

Voorzitter. Onze inzichten worden voortdurend gevoed. We zien marktontwikkelingen die het nationale geneesmiddelen domein overstijgen. Denk aan de handelwijze van investeerders; het is vanmiddag genoemd. Denk ook aan de datamonopolies. Die zijn niet vanmiddag genoemd, maar wel vorige week bij de begroting. Denk ook aan de geopolitieke trends; vanmiddag genoemd. Ik noem ook de veranderende beelden over de rol van de overheid in de geneesmiddelenketen; zowel bij de begroting als vanmiddag aan de orde.

Voorzitter. Tegelijkertijd komen er nieuwe, geavanceerde technologieën beschikbaar voor bijvoorbeeld kleine patiëntpopulaties die een uitdaging vormen voor de manier waarop we de toelating en de vergoeding hebben geregeld. Denk bijvoorbeeld aan genterapieën. Gezien de wereldwijde discussie over dure monopoliegeneesmiddelen moeten we onze positie hierin goed wegen. Dat vraagt wat mij betreft om precisering en soms aanvulling van de geneesmiddelenvisie uit 2016. Daarom wil ik komend voorjaar alvast wat uitgebreider bij u terugkomen aan de hand van een soort update van de geneesmiddelenvisie. Ik wil een beetje samenhang proberen te schetsen over het geneesmiddelenbeleid. Vandaag wil ik alvast enkele thema's noemen waarvoor ik mij hard maak. Dat zijn er drie. Voorzitter. Het eerste is aandacht voor transparantie in relatie tot de hoge prijzen en het beheersen van uitgaven. Ik wil altijd naast de patiënt staan, maar ik wil ook niet accepteren dat we zomaar akkoord gaan met elke prijs die een farmaceut vraagt. Ik eis transparantie van de sector als men torenhoge prijzen vraagt. We blijven daarom scherp onderhandelen, we passen de Wet geneesmiddelenprijzen aan, we gaan de inkoop verder

versterken en we zetten internationale samenwerking voort. Dat doen we bijvoorbeeld met de HTA-beoordelingen en het Horizon Scanning Initiative, waarover ik u onlangs informeerde. Dit was dus mijn eerste punt: aandacht voor transparantie in relatie tot die hoge prijzen en het beheersen van uitgaven.

Het tweede thema is gepast en doelmatig gebruik. Iedereen is het erover eens dat we geneesmiddelen doelmatig moeten inzetten. Dure geneesmiddelen moeten we bijvoorbeeld alleen gebruiken bij de patiënten bij wie het echt werkt en niet als het niet langer nodig is. Dat is niet alleen goed voor de portemonnee, maar vooral ook voor de kwaliteit van de zorg. Er zijn vele benaderingen mogelijk om dit te bereiken, zoals start-stopvoorwaarden, het gebruik van biomarkers en andere diagnostische technieken, en het gebruik van registers om de uitkomsten van behandelingen te kunnen volgen. Samen met de partners van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg maak ik een brief over gepast gebruik, waarin we ons vooral richten op het delen en implementeren van kennis en ervaringen die nu al door velen in de praktijk worden opgedaan. Ook dit is een belangrijk thema dat uit de SiRM-evaluatie komt. Naast aandacht voor transparantie en gepast en doelmatig gebruik is het derde thema het terugdringen van tekorten. Ik heb u recent een brief gestuurd waarin ik u informeer over mijn voorstel om de zogeheten ijzeren voorraad in de keten te verhogen naar vijf maanden. Daarmee kunnen we zo'n 85% van de tijdelijke tekorten voor de patiënt opvangen. Het opbouwen van voorraden in Nederland gaat wel tijd kosten, maar het is goed realiseerbaar. Daarbij is ook flankerend beleid nodig. Denk aan financiering, monitoring en handhaving. Dat werk ik nu samen met de betrokken partijen uit.

Voorzitter. Deze thema's spelen op nationaal, maar ook op internationaal niveau. In Europees en internationaal verband ga ik me de komende tijd daarom inzetten voor het bewaken en creëren van een gezonde en ook competitieve geneesmiddelenmarkt. Samen met gelijkgezinde landen en de Commissie trek ik op om één Europese wetgeving aan te passen zodat we innovatie en beschikbaarheid behouden, maar oneigenlijk gebruik wordt teruggedrongen. Daarnaast wil ik zorgdragen voor een gezonde markt waar wij een eerlijke prijs betalen voor geneesmiddelen. Daar hoort misschien het bedenken van onorthodoxe oplossingen bij om de kwetsbaarheden in de mondiale productieketen te verminderen en zo het risico op geneesmiddelentekorten te verkleinen. Daarbij kijken we ook naar productie in Europa.

Voorzitter. Deze drie thema's wil ik graag in het voorjaar nader met u bespreken aan de hand van een update op de geneesmiddelenvisie. Het leitmotiv blijft daarin staan: ik blijf werken aan de toegankelijkheid, de beschikbaarheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen. We zullen een lange adem moeten hebben om structurele veranderingen in deze sector tot stand te brengen. Met de internationale steun die ik ervaar, gaan er absoluut zaken veranderen.

Voorzitter. Ik wil twee opmerkingen maken naar aanleiding van de bijdragen van de verschillende sprekers van vanmiddag. Ten eerste over de ijzeren voorraad. Daar zijn een aantal vragen over gesteld. Allereerst het punt van de 25 miljoen. De Minister geeft in zijn brief aan dat de uitgaven aan de zorg netto naar schatting rond de 25 miljoen zullen stijgen als gevolg van de komst van die ijzeren voorraad. Dat is inderdaad een structureel getal. De heer Veldman vroeg daarnaar. Laat ik nog benadrukken dat ik probeer om die kosten natuurlijk zo laag mogelijk te houden. Als er door de voorraad minder een beroep gedaan hoeft te worden op alternatieve, soms duurdere geneesmiddelen, dan zit daar misschien een vorm van besparing in. Als er geneesmiddelen zijn die onder de Wet geneesmiddelenprijzen vallen, dan kunnen we ook daar een cap, een maximum, op zetten. Er zijn dus meer maatregelen te nemen om te kijken of dat bedrag zo klein mogelijk kan zijn. Maar uiteindelijk schat ik

– die 25 miljoen is een schatting – dat er wel een vorm van kosten aan zit. Dat zijn kosten die samenhangen met opslag, het monitoringssysteem dat erbij hoort en er zal iets van personele capaciteit nodig zijn. Als je het afzet tegen het grote bedrag van de 7 miljard dat we in Nederland uitgeven aan geneesmiddelen, is het, hoewel het een groot bedrag is, toch een overzienbaar bedrag.

Wat ik natuurlijk niet wil, is dat de patiënt een soort opslag op een geneesmiddel krijgt. Daar heeft mevrouw Ploumen op gewezen. Tegelijkertijd moet die 25 miljoen, of welk bedrag het dan ook zal zijn, wel ergens uit worden betaald. De motie die daarover is ingediend, heb ik zo geïnterpreteerd dat ik mijn best zal doen om de kosten niet alleen bij de patiënten neer te leggen, maar ik heb ook aangegeven dat ik dat niet kan garanderen. Iemand moet die rekening betalen. Als het niet bij de patiënt via een opslag gebeurt, dan gebeurt het uiteindelijk op een andere manier. Ik heb liever dat de marktpartijen het betalen dan dat wij als overheid het betalen. Dat is mijn inzet; dan heb ik het maar gezegd voor iedereen die het horen wil. Heb ik ook eens even de andere kant op gekeken.

Voorzitter. Hoe wordt er in het voorstel voor de ijzeren voorraad omgegaan met geneesmiddelen die in voorraad zijn, maar waarvan de houdbaarheidsdatum afloopt? Dat is een van de thema's die ik nader moet uitwerken. Daar heb ik nu dus niet een sluitend antwoord op. Dat is echt een van de uitwerkpunten voor de komende periode. Ik kan de heer Veldman daar nog geen klip-en-klaar antwoord op geven.

De voorzitter:

Even tussendoor, want u weet wat voor vraag er dan altijd komt, namelijk: wanneer denkt u dat u daar iets meer over kunt zeggen?

Minister Bruins:

Voor wat betreft de ijzeren voorraad, ga ik de komende maanden de afspraken uitwerken. Ik heb er ook een beetje haast mee. Het is nu november. Ik wil dus kijken of ik u in de eerste maanden van het nieuwe jaar een soort vervolg, een soort update kan geven over de uitvoering of concretisering van de maatregelen rond de ijzeren voorraad.

De voorzitter:

We zullen «eerste kwartaal» noteren.

Minister Bruins:

Dat vind ik fantastisch.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Mevrouw Ellemeet vroeg hoe we weten dat we aan de beurt zijn als de productie in een ander land plaatsvindt. Hoe zit het met het Nederlands belang ten opzichte van andere landen, ook al zijn het Europese landen? Het is mijn wens – zo heb ik het ook opgeschreven in de brief – dat die ijzeren voorraad wordt gemaakt voor ons in Nederland. De voorraad wordt dus ook bij voorkeur in Nederland aangehouden, zodat die voor Nederlandse burgers beschikbaar is. Indien een deel van de voorraad – ik ben nu een beetje aan het filosoferen – dan toch op een andere plek dan in Nederland ligt, maar wel in Europa, dan vind ik dat het voor Nederland geormerkt moet zijn. Ik wil die kunnen monitoren, ook om tal van andere redenen, zodat ik kan laten zien wat de ijzeren voorraad is.

Waarom is het 85%? In 85% van de gevallen duurt een tekort, zoals zich dat in de afgelopen maanden en jaren heeft gemanifesteerd, niet langer dan vijf maanden. Dan is er in die vijf maanden weer productie mogelijk. Daarom zijn we gekomen op die termijn van vijf maanden. Zou je niet

verder willen gaan, vroeg mevrouw Carla Dik-Faber. Natuurlijk wel, maar ik zou het al een enorme hijs vinden als we deze oplossing voorhanden hebben voor grote groepen patiënten in een hoop van de dreigende tekortsituaties. Daarom vind ik monitoring zo belangrijk. Nogmaals, ik denk dat we het stap voor stap zullen moeten doen, zoals ik ook in mijn inleiding zei, voordat er producties worden gemaakt. Soms is het ook voor Nederland een kwestie van achteraan in de rij aansluiten omdat er extra moet worden gemaakt voor Nederland. Dan is dat dus niet zomaar geregeld. Ik hoop in een aantal verdere stappen in het komende jaar wel te laten zien dat we hiermee echt grote stappen voorwaarts maken.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik hoop hetzelfde als de Minister, dus wat dat betreft zitten we op één lijn, maar ik ben zo bang dat we er in de praktijk weinig aan hebben. Een groot deel van die firma's bevinden zich buiten Nederland en ook buiten Europa. Helaas zal het meestal zo zijn dat als wij een tekort hebben, we niet het enige land zijn met een tekort. We kunnen monitoren en er afspraken over maken, maar hoe realistisch is het om te verwachten dat die ijzeren voorraad ook echt gaat werken voor alle Nederlandse patiënten?

Minister Bruins:

Zo wil ik het wel hebben. Ik wil af van het ongemak van de patiënt die bij de apotheek nee hoort omdat de apotheker het niet beschikbaar heeft. Ik wil er graag voor zorgen dat de burger, de patiënt, de mens die bij de apotheker komt, wel zijn medicijnen kan krijgen omdat ze er zijn. Daarom heb ik het allerliefst dat die voorraad in Nederland voorhanden is. Nogmaals, niet voor 100%, maar wel voor een heel flink deel van de medicijnen. Het allerliefst zou ik het allemaal in Nederland willen hebben. Als er ergens anders een voorraad voor Nederland wordt aangehouden, dan moet het echt geormerkt zijn. Ik wil aan u, aan Nederland, kunnen tonen dat wij hier een voorraad hebben. Mevrouw Ellemeet heeft echt een punt, want voor sommige medicijnen zullen we achteraan in de rij moeten aansluiten. Als wij extra bestellen, kunnen er verschillende wachtenden voor ons zijn. Dat hangt samen met het andere thema, namelijk productie in andere landen in de wereld; daar kom ik zo meteen nog even op.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet in tweede instantie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Het is goed om te horen dat de Minister zegt: ik wil zo veel mogelijk van die voorraad in Nederland hebben.

Minister Bruins:

Ja.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Zoals ik het las, moet er een deel bij de groothandel en een deel bij de firma liggen. Maar goed, die firma's bevinden zich niet altijd in Nederland, noch in Europa. Dus hoe ziet de Minister voor zich dat die voorraad toch zo veel mogelijk in Nederland moet zijn? Dat betekent dus niet dat die in een opslagruimte van de firma in India ligt?

Minister Bruins:

Zo is dat: sowieso niet in India. Niet dat er iets mis is met India. Integendeel, dat is een fantastisch land. Maar ik wil heel graag dat die

voorraad in Nederland is, zodat als zich in Nederland een tekort aandient, we snel kunnen beleveren. Daarom ben ik ook aan het wegen wat de extra voorraad is die apothekers zouden kunnen aanhouden en wat er bij een groothandel kan worden aangehouden. In sommige gevallen bevinden de fabrikanten zich wel in Nederland en kan een deel van de voorraad misschien ook daar liggen. Maar het moet echt in Nederland. Ik heb inmiddels wel heel vaak Nederland genoemd. De wereld is groter dan Nederland, maar we willen voor ons land echt toe naar een zo groot mogelijke medicijnzekerheid: de beschikbaarheid van medicijnen.

De voorzitter:

Mevrouw Dik-Faber heeft ook nog een vraag.

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

Ja, op hetzelfde punt. Ik ben het er helemaal mee eens dat het zeer wenselijk is om een voorraad in Nederland beschikbaar te hebben. Maar ik worstel nog met de Nederlandse versie of de Europese dimensie. Als de andere Europese landen dit ook willen, dan zouden we elkaars concurrent kunnen worden. Mijn eerste vraag is: hoe zouden we dat kunnen voorkomen? En omgekeerd: is het wellicht wenselijk, omdat Nederland maar zo klein is, om hierin samen met bijvoorbeeld Duitsland op te trekken om zo de kwetsbaarheid te verkleinen? Ik weet het niet. Het is zomaar een vraag die ik bij de Minister neerleg. Maar zijn uitgangspunten deel ik; laat dat duidelijk zijn.

Minister Bruins:

Het is natuurlijk een beetje onaardig als ik aan de Europese tafel vertel dat wij die ijzeren voorraad willen aanhouden. Dat stond al in de wet, maar wat we nu extra doen, is er een termijn aanhangen: we willen in Nederland zeker een vijfmaandsvoorraad hebben. Dat zal ongetwijfeld niet ongemerkt voorbijgaan. Daar zullen andere landen ook op reageren. Ik sluit niet uit dat andere landen dat gaan doen, maar ik ga daar niet op wachten. Althans, ik stel voor om daar niet op te wachten. Ik wil het gewoon voor Nederland goed geregeld hebben. Maar het is hartstikke duidelijk dat dit een probleem is dat niet alleen in Nederland speelt. Als het zo uitkomt dat we samen met een ander land kunnen optrekken, dan ben ik daar zeer graag toe bereid. Of Duitsland de handigste en de meest voor de hand liggende partner is, valt nog te bezien. De opvattingen over geneesmiddelenbeleid zijn daar wat anders, omdat daar nogal wat medicijnenindustrie is gevestigd. De belangen zijn niet altijd congruent, maar er zijn altijd landen te bedenken waar wel een congruent belang is. Dan kom je toch al gauw uit bij de Benelux-landen, Ierland en Oostenrijk.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

We moeten voorkomen dat er voorraden worden aangelegd van middelen waarvoor dat niet nodig is. Dat werkt verspilling in de hand. Wil de Minister nog eens kijken of er een voorraad van vijf maanden nodig is voor alle middelen? Waar het mij om gaat, is dat we een ijzeren voorraad hebben, liefst van alle geneesmiddelen. Maar in de uitwerking van zo'n ijzerenvoorraadconcept wordt met veldpartijen gekeken of er situaties zijn waarin dat niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat er geneesmiddelen zijn met een korte houdbaarheidstermijn. Dat is echt een punt dat ik nog nader moet uitwerken. Ik heb in reactie op de heer Veldman hetzelfde antwoord gegeven.

Moet er een andere termijn worden gehangen aan de houdbaarheid? Zover ben ik nog niet. Dat is echt een kwestie van uitwerking. Het vraagstuk van medicijnen die over de datum raken, beschouw ik als

precies hetzelfde vraagstuk als de houdbaarheidsdatum, zo zeg ik in de richting van mevrouw Agema.

Mevrouw Dijkstra vroeg wanneer we meer zicht hebben op de financiering. Ik heb gezegd: de eerste maanden, het eerste kwartaal, van volgend jaar. Ik hoop hiermee de vragen over de ijzeren voorraad beantwoord te hebben.

Dan nog een paar vragen – dat kan korter – over het naar Europa halen van de productie van geneesmiddelen. De afhankelijkheid van een enkel producerend land of een enkel producerend bedrijf wordt steeds groter. Ik heb mij de volgende orde grootte laten vertellen: 80% van de werkzame stoffen wordt geproduceerd in China. Het gaat niet zozeer om het land China, maar wel om het feit dat het vaak bij een enkele producent wordt gemaakt. Daar wil ik de vinger bij leggen. Een enkele producent lijkt mij te weinig, want dat is te kwetsbaar. Op het moment dat er dan iets fout gaat in hetzij de productie, hetzij de distributie, dan heeft de hele wereld daar last van. In ieder geval hebben wij daar dan last van. Daarom vind ik dat we in Europees verband moeten kijken of de productie van geneesmiddelen meer binnen Europa, binnen de EU, kan plaatsvinden.

Dit is een thema dat je heel moeilijk alleen op Nederlandse schaal, alleen in Nederland, kan oppakken. Maar wat ik wel kan doen, is een actieve rol vervullen in het gesprek op Europees niveau. Ik heb u eerder gezegd dat we een nieuwe Eurocommissaris hebben, mevrouw Kyriakides. Ik wil dolgraag met haar om de tafel. Zij heeft haar taken nog niet opgepakt, maar dat zal wel binnenkort gebeuren. Ik denk dat dit een onderwerp is dat niet alleen voor Nederland, maar ook voor veel andere Europese landen van groot belang is. Als ik kijk naar de missiebrief die voorzitter Von der Leyen heeft gestuurd aan mevrouw Kyriakides op dit punt, dan is de beschikbaarheid van medicijnen hot number one, als ik het zo mag uitdrukken. Dat vind ik bemoedigend. Het is niet een of ander nevenbeï thema. Dit wordt ook een heel belangrijk thema binnen Europa en ik wil daar een actieve bijdrage aan leveren. Het zal wel eerst beginnen met de feiten op een rij zetten en analyses doen, want om nou even huiselijk te zeggen «zullen we eens kijken of we dit of dat bedrijf vanuit China, India of een ander land zomaar naar Europa kunnen halen»... Alles kan, maar overall hangt natuurlijk ook een rekening aan. Dus we zullen ook goed moeten kijken naar het punt van de financiering.

Als ik hier en daar navraag doen bij internationale partijen, dan wordt de vraag of men bereid is om weer in Europa te gaan produceren, gauw met ja beantwoord. We waren nog niet zo lang geleden op een handelsmissie in India. Als je daar met partijen spreekt, weliswaar van koepelorganisaties, is het antwoord op de vraag of er bereidheid is om weer in Europa te gaan produceren, grif ja. Maar het gaat natuurlijk over de condities waaronder. Dat zijn gesprekken waar we echt het begin nog niet van hebben gehad. Ik wil waken voor een beeld dat allicht kan worden opgeroepen, namelijk dat we dit over drie maanden gefikst hebben. Zo is het absoluut niet. Dit is echt een Europees thema. Wat u van Nederland, van mij, mag vragen, is om hier een actieve rol in te vervullen.

De heer Veldman vroeg: is er een bepaalde volgorde, moet je bepaalde medicijnen vooropzetten? Die vraag komt mij echt te vroeg. Ook dat vind ik een onderwerp van gesprek met de Europese collega's. Je zou bijvoorbeeld kunnen denken aan antibiotica, maar dat is niet iets wat ik nu wil bestempelen als hot number one. Daarvan zou je kunnen zeggen: dat is zo belangrijk. Maar goed, er zijn er zoveel. Die lijst kunnen we eindeloos verbreden. We kunnen het allemaal prioritair verklaren. Maar als dit beleid slaagt, dan gaat dat zich automatisch in een prijs vertalen, dus we moeten daar ook enigszins voorzichtig in zijn.

Ik heb veel woorden nodig om de vragen van mevrouw Ellemeete te beantwoorden. Kan de Minister kijken naar de productiemogelijkheden in Europa? Ja, dat is de manier waarop we het moeten doen. Daarbij moet je openstaan voor een land als India, waar veel medicijnen worden

geproduceerd. Dat geldt ook voor een land als China. Voer deze discussie maar open, want dat vergt dit onderwerp.

Mevrouw Dijkstra heeft nog gevraagd of we niet ook moeten kijken naar het specifiek verplaatsen van productie naar Nederland. Ik probeer erg te benadrukken dat ik dit een Europees vraagstuk vind, dat we op Europees niveau moeten aanpakken. Natuurlijk hebben wij een Nederlandse industrie en ongetwijfeld zal de Nederlandse industrie de bereidheid hebben om meer te produceren. Nogmaals, dat gaat altijd gepaard met voorwaarden, prijzen en daar ligt nog een baaierd van discussies achter. Tot zover op dit punt. Ik ga ervan uit dat ik hiermee ook alle vragen hierover heb beantwoord. Dan wil ik nu graag beginnen aan de beantwoording van de vragen van de fracties.

Als eerste de vragen van de SP. Het eerste thema dat de heer Van Gerven noemde, was NaMuscla, het geneesmiddel waar het over ging in de uitzending van Kassa van afgelopen zaterdag. Deze zaak doet mij denken aan CDCA, het middel dat Leadiant op de markt brengt. Het verschil is dat NaMuscla nog niet in Nederland op de markt is gebracht, er is nog geen vergoedingsaanvraag gedaan, er is geen prijs bekend. Op het moment dat de fabrikant een vergoedingsaanvraag doet, zal ik ook hem zeggen: een goed medicijn tegen een redelijke prijs; wees transparant in de opbouw van de prijs. Dat wist hij natuurlijk al, want hij heeft naar Kassa gekeken. Ik doe niet zoveel af of toe aan alle internationale begrippen die in eerste termijn over tafel gingen over hoe je een prijs moet berekenen; in mijn simpele voorstelling van zaken houd ik erg van een kost-plusbenadering. Er worden kosten gemaakt en ik begrijp heel goed dat een private partij ook een vorm van rendement wil hebben. Maar ik houd erg van die kost-plusbenadering. Ik zou transparantie ook heel graag uitgewerkt willen zien langs die lijnen.

Voorzitter. Voor de uitzending van Kassa werden mij een aantal vragen gesteld, toen ik nog niet de gehele casus kende. Ik ben ook een beetje voorzichtig omdat NaMuscla nog niet op de Nederlandse markt is. We weten dus niet precies wat de opstelling is van dat bedrijf Lupin. Maar laat ik heel duidelijk zeggen dat de vooruitzichten op basis van ervaringen vanuit andere landen ook voor dit bedrijf niet goed zijn. Er is een kans dat ze met die torenhoge prijzen ook op de Nederlandse markt gaan verschijnen. Ik ben het daar niet mee eens, maar, aan de andere kant, wil ik wel graag dat het bedrijf in Nederland op de markt komt, want dan kunnen patiënten er een beroep op doen.

Kan dat ook met een alternatief, kan dat ook met een bereiding? Ja, dat kan. Ik wist niet dat het van Lebbink was, maar dat kan in dit geval. Er zijn daar natuurlijk ook allerlei regels en voorwaarden voor, maar jazeker, het zelf bereiden van dat middel kan.

Klopt het dat de fabrikant voor NaMuscla nog geen...

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Sazias nog een vraag.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Mevrouw de voorzitter.

Minister **Bruins:**

Ik ben nog steeds bij ditzelfde onderwerp hoor.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Wat zegt u?

Minister **Bruins:**

Het ging nog steeds over NaMuscla.

Mevrouw **Sazias** (50PLUS):

Ik ben eigenlijk wel benieuwd naar die magistrale bereiding. Ik heb daar ook een vraag over gesteld. Gaat u die alsnog beantwoorden, of moet ik het nu al vragen?

Minister Bruins:

Ik wil graag de vragen in de goede volgorde behandelen. Ik kom nog bij het punt van de zelfbereiding, onder de aantekening dat we hebben gezegd: ja, zelfbereiding is in dit geval, met wat mitsen en maren, mogelijk.

Maar de vraag van de heer Van Gerven was of het klopt dat de fabrikant voor mexiletine nog geen vergoedingsdossier heeft ingeleverd. Mag er ook geïmporteerd worden? Ja, de fabrikant heeft nog geen dossier ingediend. Het mag geïmporteerd worden, omdat het geregistreerde middel in Nederland nog niet in de handel is. De IGJ moet toestemming geven voor een dergelijke import.

Mag magistrale bereiding voor elke patiënt? Magistrale bereiden mag in een groot aantal gevallen, ook als er een geregistreerd product is. Er zijn natuurlijk wel wettelijke randvoorwaarden en kwaliteitseisen. Een bereiding van mexiletine kan een alternatief zijn als straks de prijs van het geregistreerde product NaMuscla te hoog blijkt te zijn.

Voorzitter. Dan de vraag of de weesgeneesmiddelenverordening niet zou moeten worden aangepast. Ook mevrouw Van den Berg vroeg daarnaar.

Ja. Ik heb dat ook al eerder gezegd. Er is vaak een goede reden voor de marktexclusiviteit van tien jaar zoals die nu in de weesgeneesmiddelenverordening staat. Een medicijn maken voor een kleine groep patiënten moet worden terugverdiend. Maar tien jaar marktexclusiviteit in alle gevallen blijkt onredelijk te zijn. Het voorbeeld van Leadiant laat dit zien. Als de schijn niet bedriegt, hebben we ook het voorbeeld van de fabrikant Lupin: van hetzelfde laken een pak. Dus op mijn agenda met mevrouw Kyriakides staat ook het punt van het aanpakken van de weesgeneesmiddelenverordening.

Hier is wel steeds het punt bij te maken dat het fantastisch is dat bedrijven ook voor kleine populaties innovatieve geneesmiddelen op de markt brengen. Dat is heel goed. Dat ze daar een redelijke vergoeding voor krijgen, vind ik ook te verdedigen. Maar torenhoge prijzen, zorgen dat je in een monopoliepositie komt te verkeren, het opkopen van alle andere partijen, ook de leveranciers van de grondstoffen, en zo de rest uit de markt zetten, vind ik een bespottelijke manier van werken.

De voorzitter:

De heer Van Gerven heeft daar een vraag over.

De heer Van Gerven (SP):

Kan de overheid, de Minister, zeggen: luister eens Lupin, het is mooi dat u iets op de markt wil brengen tegen een extreme prijs, maar dat gaan we niet doen? Want we hebben de magistrale bereiding van mexiletine, voor zowel de spierpatiënten alsook patiënten met een hartritmestoornis, waarvoor dit middel ook is geïndiceerd of wordt gebruikt. Dat is vraag één. Kunnen we niet gewoon zeggen: we nemen dat niet in behandeling, want we hebben een alternatief?

De tweede vraag gaat over de patenten op weesgeneesmiddelen. Dat 60% van de geneesmiddelen een weesgeneesmiddelenstatus heeft, komt door medicijnkapers, om het maar eens populair te zeggen. Daar is niks innovatiefs aan, zoals ook de Minister in de voorbeelden schetst. Als dat duidelijk is, en dat is bijvoorbeeld in het geval van Lupin duidelijk en ook in het geval van Leadiant, kan je dan niet gewoon als internationale overheid, dus als Europa, per direct zeggen: luister eens, als dit aan de orde is, dan stoppen we daar acuut mee, want daar is die wetgeving niet voor bedoeld?

Minister Bruins:

Het antwoord op de tweede vraag is: nee. Het is Europese regelgeving, dus dat is de plek om dit aan te passen. Maar de woorden die ik gebruik, horen bij mijn mening dat we die regelgeving wel moeten aanpassen en dat er redelijkheid moet worden betracht. Op dit punt bijvoorbeeld – laat ik dan de casus van Leadiant maar pakken, want die is mij het meest duidelijk – zie ik die redelijkheid niet. Daarom verwacht ik van dat bedrijf om te beginnen meer tekst en uitleg over de opbouw van hun prijs. Voorzitter. Ik vind dat je voorzichtig moet zijn met het weigeren van onderhandelingen met een bedrijf als Lupin, want ik wil graag geregistreerde producten op de markt hebben. Als dat bedrijf zich meldt, weet het al wel wat mijn inzet is, namelijk: komen tot een redelijke prijs. In het geval van het geneesmiddel dat Lupin hier op de markt wil brengen, weet dat bedrijf ook dat er een alternatieve mogelijkheid is.

De heer Van Gerven (SP):

Maar mijn vraag is heel concreet: kan de Minister dat weigeren? Want we hebben namelijk het alternatief van de magistrale bereiding. Dat is geen probleem. Het enige wat nieuw is, is dat er een kaper op de kust is, die wetgeving misbruikt. Kan een overheid, de Minister, zeggen: u gaat maar naar de volgende; wij doen gewoon die magistrale bereiding, dus we hebben u niet nodig? Dat is vraag één. Laat ik me tot deze vraag beperken.

Minister Bruins:

Volgens mij kan ik dat inderdaad weigeren. Ja, ik kan dat weigeren, maar ik ben daar geen voorstander van. Ik houd van geregistreerde geneesmiddelen, omdat dat een vorm van zekerheid is dat die partijen op de Nederlandse markt komen, want dan is het een goed en veilig geneesmiddel. Maar het moet wel voor een redelijke prijs op de markt komen.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft ook nog een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is goed om te horen dat de Minister dit in ieder geval Europees wil aanpakken en die tien jaar ter discussie wil stellen, zeker omdat, zoals meneer Van Gerven ook aangeeft, 60% van de weesgeneesmiddelen eigenlijk gebaseerd is op algemene middelen, die ook voor andere ziektes zijn.

We hadden als CDA ook gevraagd of de Minister bereid is om de grens voor weesgeneesmiddelen te verlagen, omdat je nu in Nederland bij 8.500 mensen een weesgeneesmiddel hebt. Met alle ontwikkelingen van personalised medicine wordt het wel heel erg makkelijk om ongeveer alles tot weesgeneesmiddel te maken.

Minister Bruins:

Daar kom ik nog op. We hobbelen een beetje door de onderwerpen heen, maar deze vraag komt nog.

De voorzitter:

Mevrouw Sazias, de Minister komt ongetwijfeld ook nog bij uw vragen.

Minister Bruins:

Dat is een ding dat zeker is.

De voorzitter:

Maar u wilt hier nu op reageren?

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Ik wil even reageren op de vraag van meneer Van Gerven. Hij vroeg of de Minister het bedrijf Lupin niet gewoon kan passeren en kan zeggen dat we het allemaal zelf gaan maken. De Minister zegt: nee, liever niet, want ik heb liever geregistreerde middelen. Maar als dat nou zo'n enorm verschil maakt in prijs en we aan alle kanten ons best moeten doen om de boel betaalbaar te houden, dan lijkt mij dat toch een hele aantrekkelijke optie. De veiligheid moet sowieso, ook bij de magistrale behandeling, natuurlijk goed gecontroleerd worden.

Minister Bruins:

Maar ik wil heel graag die prijsonderhandelingen kunnen voeren en er is ook nog het volgende. Stel je voor dat ik afhankelijk word van magistrale bereiding, dan is dat ook niet eenvoudig. Ik wil er heel graag, met alles wat in me zit, voor zorgen dat de geneesmiddelen voor patiënten in Nederland beschikbaar zijn. Een beroep doen op geregistreerde geneesmiddelen vind ik een groot goed. Wat ik daarbij vind horen, is één: dat de prijzen transparant zijn, en twee: dat de prijzen redelijk zijn. Dat blijf ik belangrijke punten vinden. Ik kan me ook voorstellen dat het wat voor de prijs doet als je helemaal zou leunen op alleen magistrale bereiding. Dit zijn allemaal digitale vragen, waar je heel moeilijk digitale antwoorden op kunt geven.

Ik weet zeker dat het belangrijkste punt voor u en mij is dat wij naast de patiënt willen staan, om te zorgen dat hij het geneesmiddel krijgt waar hij een beroep op moet doen. In dit geval is voor Lupin een alternatief denkbaar, namelijk de magistrale bereiding.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

U heeft bij uw onderhandelingen in elk geval een goed argument in uw achterzak: de magistrale bereiding.

Minister Bruins:

Ik heb nog een veel beter argument: ik kan verwijzen naar dit debat. Dat klinkt gek, maar dat ik ga ik zeker doen, als we zover komen. Ik wil aan de industrie laten zien dat het ons menens is. Dit is niet een Minister die op zijn werkkamer zit en denkt: zo, laat ik ook eens iets bedenken voor de vrijdagmiddag. Dit is voor ons een aangelegen punt: goede medicijnen voor een redelijke prijs. Ik ben dankbaar voor initiatieven als die van Paul Lebbink en vele anderen; laat dat ook gezegd zijn. Maar, lieve mensen, we hebben er een heel groot belang bij dat partijen met registreerde geneesmiddelen ook naar Nederland komen. Daar kunnen we ongelooflijk veel patiënten mee helpen. We kunnen dit vraagstuk digitaal niet oplossen.

Voorzitter. Dan nog een paar andere onderwerpen, ook uit de map Van Gerven. Eentje gaat over antidepressiva. Waarom worden antidepressiva eigenlijk zo vaak voorgeschreven? Dat zou u toch moeten vragen aan de voorschrijvers. De artsen schrijven ze voor. Ik ga ervan uit dat artsen ze niet zomaar voorschrijven. Er zal dus vaak sprake zijn – maar dat is interpretatie – van een combinatie van klachten. Artsen hebben, als zij antidepressiva voorschrijven, de taak om patiënten op een goede manier te begeleiden bij het gebruik, maar ook bij het afbouwen en bij het stoppen. Ik kan me goed voorstellen dat het even duurt voordat iemand goed is ingesteld op antidepressiva. Daar kun je niet zomaar mee stoppen; dat kan ook klachten veroorzaken. Daar zitten wel wat haken en ogen aan. Maar als u vraagt of ze te makkelijk worden voorgeschreven, dan kan ik daar geen bevestigend antwoord op geven.

De heer Van Gerven maakt een vergelijking met opioïden. Ik maak die vergelijking niet, omdat we weten dat de kans op verslaving en misbruik bij opioïden heel groot is. Daarom vind ik dat we daar veel aandacht voor moeten hebben en initiatief voor moeten nemen. Daar heb ik u in de afgelopen maanden apart een brief over geschreven.

Dan is gevraagd of het probleem met de taperingstrips al is opgelost. Het antwoord is: nee, dat is nog niet opgelost. Er is nog steeds te weinig onderzoek gedaan naar de manier van afbouwen. U kent deze redenering. Die bedenik ik niet, maar dat zeggen de beroepsgroep en de patiënten gezamenlijk in dat belangrijke multidisciplinaire document. Ik zou graag willen dat de partijen die hiermee te maken hebben, aangeven welk onderzoek nog nodig is over die manier van afbouwen. Daarom gaan de partijen op 21 november met elkaar aan tafel om te kijken welke onderzoeksvraag van een antwoord voorzien moet worden. Ik spreek daarbij uit: ik weet niet of dingen voor eens en altijd kunnen worden geregeld, maar dat zou mij dierbaar zijn. Dat wil ik graag bereiken. Ik hecht er nog wel aan om te zeggen dat verzekeraars die magistraal bereide afbouwmedicatie op dit moment in individuele gevallen al vergoeden. Ik zou graag willen dat we daar breder, eensluidend, met elkaar, dus beroepsgroepen en patiënten, gezamenlijk een opvatting over kunnen vinden aan de hand van wetenschappelijke onderzoeksresultaten.

Voorzitter. Dan kom ik bij het onderzoeksfonds, waar ook bij de begroting al over gesproken is aan de hand van vragen en een amendement van de SP-fractie. Ik wijs erop dat ik bezig ben met de collega's van OCW en EZK om een programma te maken dat wij «Future affordable and sustainable therapies» noemen, een soort research-, onderzoeksprogramma en misschien ook onderwijsprogramma om te kijken hoe we het onderzoek naar nieuwe therapieën, dus ook geneesmiddelen maar ook breder, beter publiek kunnen verankeren. Wat ik niet wil, is dat we daar een soort subsidieregeling voor de markt van maken. Ik wil dat wij vanuit volksgezondheidsperspectief de keuzes kunnen bepalen voor het onderzoek dat nodig is voor toekomstige therapieën en geneesmiddelen, zodat we dat beter bij ons kunnen laten starten. Meneer Van Gerven heeft bij de begroting een amendement ingediend voor een hoop geld. Eerlijk gezegd komt mij dat te vroeg. Ik denk dat ik die woorden ook heb gebruikt bij de begroting. Maar ik ben aan het denken over een fonds waarbij de overheid een dikke vinger in de pap heeft. Ik wil eigenlijk proberen om u daar nog dit kwartaal vanuit mijn gezichtspunt mijn mening over te geven. Ja, dat wil ik graag.

De voorzitter:

Dat registreren wij als toezegging.

Minister Bruins:

Ja, precies. Daarmee heb ik de vragen van de heer Van Gerven beantwoord.

De voorzitter:

Meneer Van Gerven is het daar niet helemaal mee eens, geloof ik.

De heer Van Gerven (SP):

Nee, want ik had nog een vraag over de ijzeren voorraad. Is dat niet een taak waarvan de volledige kosten bij de industrie moeten worden gelegd en op geen enkele manier bij de patiënt, wat ook een uitspraak was van de Kamer?

Minister Bruins:

Kijk, ergens worden er meer kosten gemaakt voor opslag en zo. Dus die komen ergens terecht als de markt dat allemaal absorbeert. Ik vind het fantastisch, maar dan komt het dus toch terug in de prijs van het geneesmiddel. Ik kan de tribune vragen of ze hier met de collectezak willen rondgaan, maar ik denk niet dat we die 25 miljoen ophalen. Ik wil daar dus geen verstoppertje over spelen. Ergens moet die rekening worden opgepakt. Het is mijn inzet om ervoor te zorgen dat dat bij de marktpartijen terecht komt, heel graag. Dat ben ik helemaal met u eens.

Dan kom ik bij de vragen van de tweede spreker in de rij van de tien, de heer Veldman van de VVD-fractie. Wat is de voortgang van het onderzoek naar de heruitgifte van dure geneesmiddelen?

De voorzitter:

Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Even een punt van orde, voorzitter. Want we zijn inderdaad met tien sprekers. De Minister is al bijna drie kwartier bezig, en we hebben nog iets meer dan drie kwartier voor de andere negen sprekers en een tweede termijn. Ik begin me wel een beetje af te vragen hoe we dit allemaal gaan redden.

De voorzitter:

Kijkend naar de klok vraag ik de Minister om zo kort en bondig mogelijk te antwoorden en waar mogelijk vragen van verschillende leden samen te pakken, omdat daar natuurlijk nog wel...

Minister Bruins:

Dat wil ik met alle liefde doen, maar mijn eerdere ervaring is dat u dan de indruk heeft dat ik niet goed heb geantwoord. Ik heb geprobeerd om twee blokjes vragen te combineren. Ik wil graag mijn best doen, maar ik vind het moeilijk om... U heeft zo veel verschillende vragen gesteld.

De voorzitter:

We gaan door en kijken wat we kunnen doen binnen de tijd die ons rest.

Minister Bruins:

Goed. Dan kom ik bij de voortgang van het onderzoek naar heruitgifte van dure medicijnen. Dat loopt; er zijn nog geen uitslagen van. Ik zal het u laten weten wanneer dat wel zo is. De termijn daarvoor heb ik op dit moment niet paraat.

Dan de vergoedingssystematiek voor recalls. Apothekers moeten bij een recall kosteloos een vervangend middel verstrekken. Ze krijgen dit niet vergoed. Dat vindt meneer Veldman een gekke constructie. Is dat wel solidair? Nee, dat is niet solidair. Ik wil niet dat kosten bij de patiënt terechtkomen, ook niet via het eigen risico. Daarom heb ik voor de vergoedingssystematiek bij die recalls de betrokken partijen, apothekers, verzekeraars en fabrikanten, opgeroepen hier onderling een oplossing voor te bedenken. Het zit vooral vast op de administratie, heb ik begrepen. We hebben gisteren het gesprek daarover gehad. Voor het eind van het jaar zal ik u aangeven hoe dat punt van die recallvergoedingssystematiek wordt opgelost; op een manier dat de kosten niet bij de patiënt terechtkomen.

Dan de experimenteerruimte. Wil de Minister meer experimenteerruimte creëren om initiatieven zoals pay for performance een kans te geven of zelf op te schalen? Jazeker. Nu heet het pay for performance. In het vorige debat gebruikten we daarvoor een ander woord, DRUP, maar er wordt op dezelfde manier gedacht: uitgaande van hele kleine populaties, soms een enkeling. Bij bewezen effectiviteit kan dan een vergoeding plaatsvinden. Dit is een van de werkwijzen waarmee het Zorginstituut bezig is. De personalized vergoeding, waaronder de DRUP's vallen, is een thema. De nieuwe voorwaardelijke toelatingsregeling is een ander thema waarbij het Zorginstituut actief betrokken is. Bij de toelating van Spinraza hebben ze een nieuwe onderzoeksmethodiek toegepast. Ik wil maar zeggen: het Zorginstituut wil graag meebewegen met de ontwikkelingen die zich voordoen in de markt.

Tot slot vroeg de heer Veldman of de Minister partijen erop gaat wijzen dat je problemen oplost door tijdig te registreren, ook als je een medicijn

op een andere manier gaat gebruiken. Dat gaat over drug rediscovery. Ja, daar wijzen we partijen al op. Er is een advies op maat mogelijk vanuit het CBG, juist voor start-ups en academische groepen die willen registreren. Ook zal ik via het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen de drug rediscovery stimuleren.

Voorzitter. De vragen van mevrouw Ploumen zal ik nog korter doen. Een vraag was wat de Minister gaat doen om de regels van de ACM verder te verduidelijken. Ik wijs erop dat de ACM een helpdesk heeft ingericht waar partijen zich altijd kunnen melden, specifiek voor de zorgsector. Dat vind ik een belangrijk middel. Ik zie een actieve houding bij de ACM.

Wanneer krijgt de Kamer de evaluatie van het Transparantieregister? Die stuur ik voor het kerstreces naar de Kamer. Dat is de kortste samenvatting. Dan kom ik bij mevrouw Ellemeet. Kan ik met EU-collega's meer voorwaarden stellen aan licenties? Ja. Ik heb u voor de zomer de NFU-principes voor maatschappelijk verantwoord licentiëren aangeboden. Die worden nu uitgewerkt in de vorm van modelovereenkomsten en monitoring. Ik zie dat daar ook in andere landen belangstelling voor is. Ik stel u dus het volgende voor. In de eerste helft van het komende jaar heb ik voorbeelden van die modelovereenkomsten. Die laat ik aan u zien. Ik laat ze ook zien aan de internationale collega's in Europees verband. Dan het beleggingsbeleid van zorgverzekeraars. Kan ik zorgverzekeraars meer aansporen om de toegang tot geneesmiddelen te verbeteren door hen aan te zetten tot een verantwoord beleggingsbeleid in farma? Moeten zij überhaupt wel in deze sector investeren? Ik mag altijd graag wijzen op het voorbeeld van de ASN Bank, die niet meer wil beleggen in sommige farmaindustrie. Dat thema kan ik ook heel goed met Zorgverzekeraars Nederland bespreken. Ik heb een heel rijtje vragen voorgelegd, waarover ik het gesprek ga voeren. Daar zitten onder andere de volgende vragen bij. Met welk doel belegt u als zorgverzekeraars in de farmasector? Wat doet u op dit moment met die beleggingen? Hoe actief bent u? Wat zijn de beoogde doelen? Zijn ze maatschappelijk gezien wel verstandig of nog wel verstandig? Wat zijn de toekomstplannen op dit punt? Dat zijn vragen die ik aan de verzekeraars heb voorgelegd. Wij gaan daar in ZN-verband, dus bij de koepelorganisatie, over spreken. Ik weet niet precies wanneer ik antwoord krijg, maar dat zal ergens in de loop van komend jaar zijn. Ik deel uw doel om het gesprek hierover te voeren.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet heeft daar wel een vraag over.

Minister Bruins:

Dat gaat van uw tijd af!

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dat klinkt heel goed, maar «ergens volgend jaar» vind ik wel heel erg ruim. Dit zijn vragen waarop ze eigenlijk binnen een week antwoord zouden moeten kunnen geven, want het is hun beleid waarover ze verantwoord zijn. Volgens mij moet de Minister dus in staat zijn om de antwoorden van de zorgverzekeraars in het eerste kwartaal van volgend jaar binnen te hebben.

Minister Bruins:

Ik ga u in ieder geval in het eerste kwartaal een update geven van hoever zij zijn. Ik zal ze het verslag van deze bijeenkomst toesturen, want ik zou het ook mooi vinden. Ik heb alleen geen datum waarop zij dit antwoord voor elkaar hebben. De vorderingen meld ik u in het eerste kwartaal. Wat is mijn inzet, mijn stip op de horizon, ten aanzien van de prijstransparantie? Dat is een ongelofelijk moeilijke vraag. Ik heb geen catalogusje gemaakt waarin staat: dit-en-dit-en-dit wil ik weten van de fabrikanten. Daar word ik ook weleens op aangesproken. Dan zeg ik: nou, vertel het

maar. Ik vind dat zij inzichtelijk moeten maken hoe prijzen zijn opgebouwd. Zij hebben daar de beste expertise voor. Ik ben nu met één bedrijf intensief in gesprek – laat ik het zo noemen – om te kijken waar zij mee komen. Misschien kan ik die informatie ook wel weer breder gebruiken door te zeggen: «Dit is wat bedrijf A kan doen. Zou u dat ook niet kunnen doen? Of kunt u het nog beter doen dan dat?» De stip op de horizon is transparantie, maar het is geen invuloefening waarvoor ik het formuliertje klaar heb liggen.

Mevrouw Ellemeet heeft gewezen op een convenant dat door het veld is getekend over het toegankelijk maken van medicijnen, als ik het goed heb begrepen. Ik ken dat convenant niet. Zodra ik het krijg, zal ik me erin verdiepen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Heel kort. Er is een aantal convenanten gesloten tussen de overheid en verschillende sectoren, waaronder de zorgverzekeraars, over internationaal maatschappelijk verantwoord ondernemen. Daar zit een paragraaf in waarin staat: we spannen ons ervoor in om medicijnen toegankelijker te maken. Dat is ook ondertekend door de zorgverzekeraars.

Minister **Bruins**:

Goed. Daar moet ik mij dan even in verdiepen, want ik heb het niet voor de bril staan. Ik verdiep mij daarin. Zullen we zeggen dat ik u dat ook in het eerste kwartaal laat weten?

Tot slot de PrEP-subsidie, waarover ook mevrouw Dijkstra een vraag heeft gesteld. Door de GGD's wordt heel hard gewerkt om iedereen in behandeling te nemen die is omschreven in de groep die wij willen volgen in dat vijfjaarlijkse onderzoek, dus de hoogrisicogroep van MSM-mannen. Dat project is belegd bij acht coördinerende GGD's. Die acht coördinerende GGD's hebben er in contact met andere GGD's voor gezorgd dat de capaciteit zo goed mogelijk wordt ingezet. Wij hebben wekelijks contact. Mijn indruk is dat ze echt proberen om iedereen uit deze doelgroep – orde-grootte 2.000 mannen – zo snel mogelijk in behandeling te nemen. Dat werkt over het algemeen goed, maar soms zijn er wat afstemproblemen tussen de verschillende GGD's en soms ook met andere partijen. Ik volg dat nauwlettend. Ik ben iets positiever dan wat ik las in de krant. Het is ook de opstartfase; dit is de derde maand dat ze ermee bezig zijn. Ik zie daar veel inzet vanuit de GGD's. Ik wil wel zeggen dat ik het bij deze groep wil laten. Hiervoor hebben we een onderzoeksgroep. Het gaat dus over de hoogrisico-MSM-groep. Daar is het onderzoek op ingericht. Dat is ook de taak die we hebben belegd bij de GGD's en dus niet bij huisartsen. Mijn aandachtspunt is nu om dat onderzoek goed aan de loop te brengen en de Kamer over de voortgang ervan te informeren, niet alleen na ommekomst van het onderzoek na vijf jaar, maar ook al in een tussenevaluatie in het derde jaar.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Allereerst is het geen onderzoek, maar zorg. Het is PrEP-zorg. Dat is juist het mooie hieraan: dat we deze mannen ook echt helpen. De Minister zegt dat de omvang voldoende is. Wij krijgen juist door dat als je de groep mannen wilt bereiken die passen binnen de criteria van deze subsidie, je zou uitkomen tussen de 8.500 en 11.000, terwijl de subsidie maar ruimte biedt voor 6.500 mannen. Ik kan me ook voorstellen dat we een vinger aan de pols moeten houden. Ik stelde dat ook voor. We moeten het goed monitoren om te kijken of er op een gegeven moment mannen buiten de boot vallen. De gemeente Amsterdam geeft al aan dat ze alleen al binnen de eigen gemeente verwacht dat 6.000 mannen binnen de criteria vallen, waarvan de helft ook echt interesse heeft, terwijl het totaal aantal 6.500 is. Mijn vraag was of we dat goed kunnen monitoren. Ook zegt de Minister dat het is bedoeld voor de kwetsbare groepen, terwijl wij juist horen dat

de hoogopgeleide, assertieve mannen de GGD's tot nu toe makkelijker weten te vinden dan de kwetsbare groepen. Ik vraag de Minister dus om hierover het gesprek aan te gaan met de GGD's om te kijken op welke manier hij de GGD's kan helpen om juist de kwetsbare groep te bereiken.

Minister Bruins:

Allereerst het punt van zorg en onderzoek. Sorry, ik wil te snel; ik voel mij een beetje opgejaagd met deze spreektijd. Maar u heeft gelijk dat het hier gaat om het verlenen van zorg gedurende een periode van vijf jaar, waarbij wij de vorderingen willen monitoren. Daarom gebruikte ik het woord «onderzoek», maar mevrouw Ellemeet heeft helemaal gelijk dat het hier natuurlijk primair gaat om het verlenen van zorg aan een groep mannen die, zoals berekend, 6.500 personen bedraagt. Inmiddels hebben zich zo'n 2.000 mannen gemeld. Wij monitoren dat. Als mevrouw Ellemeet daarop aanslaat en vraagt of dat wel goed gaat, zeg ik: ja, dat gaat goed. Ik zou willen zeggen dat wij dit minutieus volgen. Wij zijn daarover in contact met de GGD's. Het zijn echt de hoogrisico-MSM-mannen die deze zorg nodig hebben. Zij moeten deze zorg krijgen en deel uitmaken van het onderzoek. Dat verloopt via intakegesprekken met de GGD. Mijn beeld is dat dit echt goed gaat. Dat was het over PrEP, voorzitter. Daarmee heb ik ook de laatste vraag van mevrouw Ellemeet beantwoord.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Sazias. Even kijken, deze had in een ander mapje gemoeten. Landen als India met lage prijzen en meer afzet zijn aantrekkelijker. Dat gaat toch nog over medicijnproductie. Ja, dat is zo. Als wij een discussie voeren over het terughalen van de productie van geneesmiddelen naar Europa, zal daar zeker ook een discussie over financiën op volgen. Die ga ik graag aan.

Dan de Richtlijn Polyfarmacie. Waarom hebben we daar nou nog geen informatie over? Mevrouw Sazias vroeg het heel vriendelijk, maar was ook wel een beetje kriegel – dat zijn mijn woorden – dat die informatie er nog niet is. Ik zal zorgen dat u die informatie krijgt. Ik wil niet alleen de aantallen medicatiebeoordelingen aanbieden, maar ik wil daar eigenlijk ook iets bij schrijven over hoe actie moet worden ondernomen. Er was een oude afspraak. Dat heb ik voor de zomer ook tegen de heer Geleijnse gezegd. We zien dat niet iedereen van die doelgroep – dat zijn soms 75-plussers en soms 65-plussers, dat heeft gewisseld in de afgelopen jaren – die medicatiebeoordeling heeft ontvangen. Ik vind dat daar een tandje bij moet en misschien wel twee tandjes. Daarvoor heb ik overleg nodig met de KNMP en met de LHV en ik denk ook met de zorgverzekeraars. Ik zeg u toe dat u voor het eind van het jaar informatie heeft over de feiten, maar ook over hoe het beter moet. Want ik vind dat het beter moet op het punt van de medicatiebeoordelingen.

Mevrouw Sazias (50PLUS):

Vindt de Minister dan ook dat mensen daar actief voor opgeroepen moeten worden? Nogmaals, ik heb hier vanaf het begin dat ik in de Kamer zit vragen over gesteld. Ik hoop dat de Minister de urgentie hiervan ziet en de spoed er echt achter zet.

Minister Bruins:

Ik vind dat belangrijk. Ik vind dat medicatiebeoordeling belangrijk is, maar ik zie dat niet iedereen uit de groep die ontving. Het gaat niet alleen over de leeftijd, maar ook over het aantal geneesmiddelen dat mensen gebruikten en of er sprake was van nierfalen ja of nee. Het is een groep die een aantal jaren geleden is gecijferd op ongeveer 220.000 mensen. Niet de hele groep ontving die medicatiebeoordeling. Dan moet je kijken wat er aan verbeterd kan worden. Die cijfers liepen wel op de afgelopen jaren, maar ik zie ze ook het laatste jaar weer terugvallen. Dat is niet goed, dus daar moeten wij wat aan doen. Die oproep gaat zeker gebeuren – dat

hoort erbij – maar ik denk dat er meer over te zeggen is. Ik zeg u toe dat er voor het eind van het jaar een brief is.

Voorzitter. Wat mij betreft is een halfuurtje uitloop van dit debat geen enkel bezwaar.

De voorzitter:

Ik kijk even naar de leden. We zullen toch proberen om het zo kort mogelijk te houden.

Minister Bruins:

Ja. Ik ga gewoon verder. Over de weesgeneesmiddelen heb ik gesproken. Over magistraal bereiden ook, met uitzondering van één vraag: is de Minister bereid om partijen in een juridisch conflict ook financieel bij te staan? Nee, die brug wil ik niet over. Dat heb ik ook eerder aangegeven in het debat. Overigens heb ik dat ook in de gesprekken met Paul Lebbink aan hem laten weten. Iedereen moet zich houden aan de regels, ook de apotheker in Transvaal. En dat wil hij ook graag.

Dan personalized medicine. Ik heb wat gezegd in reactie op de vragen van de heer Veldman over hoe ik daartegenover sta. Ik denk dat het echt een van de belangrijke trends van de toekomst is, waarbij het Zorginstituut een belangrijke rol heeft. Het zal ons nog voor heel veel debatten stellen, maar personalized medicine is natuurlijk een way forward.

Dan de vragen van mevrouw Dik-Faber. Hoe staat het met de aanvullende beschermingscertificaten, de ABC's? Mevrouw Dik-Faber weet dat het Nederlandse beleid is dat ABC's alleen worden toegekend voor een nieuwe werkzame stof en niet voor een ander octrooi op deze werkzame stof. Dat is het standpunt dat ik actief bepleit in Europa, bij het Hof van Justitie. Dat heb ik ook bij een recente zaak gedaan. Dat blijven we ook doen. Ik moet me dan altijd haasten om te zeggen dat die certificaten onder de verantwoordelijkheid vallen van de collega van Economische Zaken, maar dit is het standpunt dat daar vanuit Nederland wordt gedeeld.

Hoe wil de Minister voorkomen dat er extra tekorten ontstaan als ook andere landen voorraden gaan opbouwen? Ik denk dat ik daar gevoelig op ingegaan ben.

Dan verspilling van medicijnen. Kunnen we nog meer doen? Ziet u wat in een vorm van beloning? Nee, in een vorm van beloning zie ik niet zo veel. Ik wil wel eens gaan proberen om van de ervaringen van de afgelopen jaren over verspillingen in de praktijk, van wat er vanuit ziekenhuizen en andere partijen aan wordt gedaan, een soort samenvatting te maken, om een soort top tien van meest gewaardeerde best practices te verzamelen. Daar ga ik u in de eerste helft van 2020 nader over informeren, want ik vind eigenlijk dat het vanmiddag in het debat opmerkelijk vaak terug is gekomen. Dat spoort mij aan om nog eens in verspilling en gepast gebruik te duiken, om te zien wat nou goede voorbeelden zijn. Dan kan daar beter gebruik van worden gemaakt door andere partijen. Dat ga ik dus doen en in de eerste helft van 2020 kom ik daarop terug.

Waarom hanteert u in de voorwaardelijke toelating een strikt onderscheid tussen de maximale onderzoeksduur van zeven of veertien jaar. Dit onderscheid is een cruciale waarborg om te zorgen dat het onderzoek naar de effectiviteit van het geneesmiddel zo spoedig mogelijk wordt afgerond. Binnen de voorwaardelijke toelating vergoeden we immers zorg waarvan nog niet bewezen is of die effectief is. Dit is een uitzondering op het uitgangspunt dat alleen bewezen effectieve zorg wordt vergoed. Ik vind het belangrijk dat zorgvuldig met deze uitzondering wordt omgegaan. Daarom hanteer ik een strikt onderscheid. Als de effectiviteit binnen zeven jaar bewezen kan worden, moet een fabrikant dat ook doen. Het Zorginstituut geeft ook aan dat het vooraf goed kan beoordelen of de voorgestelde onderzoekstermijn realistisch is. Vooraf wordt dus geborgd dat er voldoende onderzoekstijd is.

Dan het punt van de medicinale cannabis. Daar heeft mevrouw Dik-Faber vaker aandacht voor gevraagd. Het klopt dat er veel medicinale cannabis wordt geëxporteerd. Mijn uitgangspunt is hetzelfde als dat van haar: de opbrengsten van de export van medicinale cannabis moet ten goede komen aan de patiënt. De prijs van cannabis voor de patiënt gaat wel al structureel omlaag, volgens de laatste cijfers naar € 5,80. Daarnaast is er geld gereserveerd voor onderzoek naar de werking van medicinale cannabis. ZonMw beoordeelt op mijn verzoek onderzoeksvoorstellen op dit moment. Ik vind het met u belangrijk dat er geen thuisteelt nodig zou moeten zijn. In overleg met de gecontracteerde teler wordt gekeken naar variëteiten en de behoefte van patiënten. Dat op dit punt. Dan de vragen over Spinraza en de voorwaardelijke toelating en belangrijker nog de vraag of we kunnen starten op 1 januari. Alle inzet is er inderdaad nog steeds op gericht om op 1 januari te starten. Op dit moment wordt de laatste hand gelegd aan de afspraken tussen de verschillende partijen, onder andere de patiëntenvereniging. Voorzitter, tot zover de vragen van mevrouw Dik-Faber.

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

Ik heb twee vragen. Ik zal mijn interruptie netjes in tweeën doen. Mijn eerste vraag gaat nog over het thema verspilling. Ik ben ontzettend blij dat de Minister aangeeft dat hij een lijst van best practices tegen verspilling van medicijnen wil opstellen. Ik heb ook begrepen uit zijn brief dat een sticker waarop staat «breng mij terug» voor het geval mensen medicijnen niet gebruik of overhouden niet werkt. Ik wil hem erop wijzen dat lang niet alle apotheken medicijnen innemen. Wil hij gaan kijken naar mogelijkheden om mensen te verleiden om medicijnen niet door het toilet te spoelen of in de prullenbak te gooien? Het gebeurt namelijk ontzettend vaak dat mensen medicijnen overhebben en die weggooiden, waarbij ze die nog vaker door het toilet spoelen dan in de prullenbak gooien. Hoe wil de Minister dat nou voorkomen?

Minister **Bruins**:

Daar is geen makkelijk antwoord op te geven. Ik ben bij twee greendealbijeenkomsten geweest. Daar gaat het heel regelmatig over initiatieven om verspilling te voorkomen. Het zijn vaak ook heel mooie initiatieven, maar ze zijn zo klein in de zin van dat niet iedereen ze kent. Daarom ga ik een poging wagen om eerst een lijst te maken – een soort top tien, maar het mogen er ook iets meer of minder zijn – van initiatieven die aansprekend zijn, die door meerdere partijen worden gedeeld en die makkelijk uitlegbaar of reproduceerbaar zijn.

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

Ik ga hier nog even op zitten kauwen. Ik vind het in ieder geval heel goed dat de Minister dit doet. Ik hoop dat het dan inderdaad breed bekend wordt.

Dan mijn andere punt, nog even heel specifiek. De export van medicinale cannabis was voor 2018 begroot op 1,9 miljoen, maar we zijn uitgekomen op 16,8 miljoen. Dat is gewoon heel veel geld extra. Kan de Minister mij garanderen dat al dat geld inderdaad wordt ingezet voor onderzoek naar de werking van medicinale cannabis, naar de ontwikkeling van meer variëteiten voor meer groepen patiënten en voor een lagere prijs? Gaat al dat geld inderdaad daar naartoe of blijft er geld over? Ik wil daar heel graag gewoon transparantie over hebben, omdat er zo veel meer wordt verdiend door de export dan wij hadden voorzien. Ik wil ook als Kamerlid mijn controlerende taak in dezen goed kunnen vervullen. Ik word elke keer weer geconfronteerd met hogere exportcijfers. Daar vind ik van alles van. Ik vind eigenlijk dat landen daar ook zelf hun verantwoordelijkheid in moeten nemen. Dat gebeurt nog niet.

De voorzitter:

Dan de Minister. Ik denk dat uw vraag duidelijk is.

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

Ja, oké. Dank u wel.

Minister Bruins:

Ik heb zojuist geantwoord dat die hogere opbrengsten ten goede komen aan een lagere prijs voor de patiënt en dat er geld naar onderzoek gaat. Als u nogmaals die vraag stelt, ga ik dat even mee terugnemen om te kijken of daar nog een aanvulling op is. Maar volgens mij wordt het geld hieraan besteed. Ik ga het uitzoeken en laat u dat in het eerste kwartaal van komend jaar schriftelijk weten.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Van Kooten-Arissen.

De voorzitter:

Mevrouw Van Kooten heeft zich laten verontschuldigen.

Minister Bruins:

Ik ga ik even door de vragen heen. Over de heruitgifte van geneesmiddelen heb ik het gehad toen de heer Veldman daarnaar vroeg. Dan het punt van wisselen. Welke afspraken zijn er gemaakt om wisselen zonder medische reden te voorkomen? Ik denk dat het goed is om dat even te noemen. Partijen werken aan een leidraad om het aantal wisselingen terug te dringen en in het geval van een wisseling die verantwoord te laten plaatsvinden. Hiertoe zijn in de leidraad afspraken gemaakt die betrekking hebben op wisselingen zonder medische reden. Verder is in de leidraad een overzicht opgenomen van geneesmiddelen waarbij wisselingen niet mogen, tenzij er sprake is van een tekort of een zwaarwegende economische reden, zoals het beschikbaar komen van een generiek middel voor het oorspronkelijke merkgeneesmiddel. Voor alle geneesmiddelen die niet in het overzicht zijn opgenomen, hebben partijen een afspraak gemaakt over de frequentie van het wisselen. Voor het verantwoord wisselen van geneesmiddelen zijn in de leidraad afspraken opgenomen waarin de verantwoordelijkheden van partijen zijn vastgelegd indien wisseling plaatsvindt. Ik wil uw Kamer hier nader schriftelijk nog dit jaar over informeren. Dat over wisselen. Mevrouw Van Kooten-Arissen had een vraag gesteld over voorraden, maar daar ben ik al op ingegaan inmiddels.

De voorzitter:

Ik zie dat er een vraag is, maar u hebt al een paar interrupties gehad mevrouw Ellemeet. Ik wil voorstellen om nu even door te gaan en vragen eventueel voor de tweede termijn te bewaren. Gaat u verder, Minister.

Minister Bruins:

Dan kom ik bij mevrouw Van den Berg van het CDA. Vanwege tekorten moeten patiënten hun medicijnen vaak vervangen door een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, maar dat kan tot veel problemen leiden. Mevrouw Van den Berg noemde het voorbeeld van de brief van Huidpatiënten Nederland. Over het algemeen is het geen probleem als patiënten wisselen naar een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, maar is het natuurlijk wel vervelend. Ik heb u deze week geïnformeerd over de ijzeren voorraad en ik ga met partijen in overleg over hoe we dat aanpakken. Het College ter Beoordeling van Geneesmid-

delen, het CBG, heeft een reactie gestuurd op de brief van Huidpatiënten Nederland en deze reactie heb ik ook naar uw Kamer gestuurd. Het CBG heeft ook gekeken naar de reden van de tekorten aan deze geneesmiddelen. Het blijkt dat de wereldwijde vraag groter is dan de productiecapaciteit. Je zou dus bijna kunnen zeggen dat het een voorbeeld is van wat wij vanmiddag bespreken: als er meer geproduceerd wordt, kun je de tekorten terugdringen.

Is de Minister bereid om te komen met een plan over de afwikkeling van de kosten van de recalls? Wat mij betreft hoeft dat geen plan te zijn, maar wel een afspraak. Daar heb ik het eerder over gehad, ik meen in reactie op de heer Veldman. Die kosten moeten dus niet bij de patiënten terecht komen. Daarover informeer ik uw Kamer nog dit jaar, zoals ik al gezegd had.

Dan de rol van het ZIN en de kleinere groepen van patiënten. Ik ben ingegaan op de verschillende rollen die het Zorginstituut daar voor zichzelf ziet weggelegd.

Gaat u ontpillen, zoals bij de aanpak van opioïden, ook inzetten voor andere trajecten, zoals cholesterolverlagers en diabetes type 2? Nee, ik zie die noodzaak op dit moment niet. Ik vind de problematiek bij de opioïden echt van een heel andere orde. Zoals bij het voorschrijven van alle geneesmiddelen, vind ik het aan de arts en de patiënt om te bepalen welke behandeling het beste is. Leefstijladviezen zijn bij cholesterolproblemen en diabetes type 2 onderdeel van de richtlijn en hebben in veel gevallen de voorkeur, afhankelijk van de patiënt en zijn risicoprofiel. Verantwoord en gepast voorschrijven en afbouwen van medicijnen is de basis voor goede en veilige farmaceutische zorg. Ook in het kader van veilig medicijngebruik vind ik demedicalisering of ontpillen gewenst, daar waar het kan en verantwoord is. Als je minder medicijnen gebruikt, is er immers ook minder kans op problemen en bijwerkingen.

Dan de vraag naar het verkleinen van de groep voor weesgeneesmiddelen. Door personalized medicine worden steeds meer geneesmiddelen alleen geschikt voor een kleine groep. Bij minder dan 8.500 patiënten in Nederland is een geneesmiddel al een weesgeneesmiddel. Is de Minister bereid om het verlagen van de grens te bespreken? U weet dat de Europese Commissie werkt aan een evaluatie van die weesgeneesmiddelenverordening. Ik vind ook dat die regelgeving moet verbeteren, waarbij de goede effecten behouden moeten worden. Dit punt kan ik daarbij betrekken. Ik zie er nog niet direct de oplossing in, maar ik wil het zeker niet onbesproken laten.

Is de Minister bereid om bij de activiteiten van TNO aanvullende eisen te stellen, bijvoorbeeld over de prijs van het medicijn in Nederland? Het kortste antwoord is als volgt. Het is goed om te realiseren dat de betaalde service die TNO nu met AMS levert slechts een van de vele onderdelen is die bij de grotendeels internationale ontwikkeling van geneesmiddelen een rol speelt en dat maakt het niet goed mogelijk om een directe koppeling te maken tussen dit deel van de ontwikkeling en de uiteindelijk in Nederland te berekenen prijs, maar ik zou graag zien dat ook TNO de principes van maatschappelijk verantwoord licenseren omarmt. Dat lijkt me het meest praktisch hier

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

De Minister zegt in feite dat de bedrijven die er nu gebruik van maken niet specifiek genoeg kunnen zeggen in welk medicijn het onderzoek dan dan tot uiting komt. De andere weg is natuurlijk dat TNO een hogere prijs vraagt om van zijn apparatuur gebruik te maken. Is de Minister daar dan toe bereid?

Minister **Bruins**:

Nee, dat gaat me echt allemaal veel te snel. Dat zijn vragen waar ik eens een gesprek over zou willen voeren met TNO. Ik vind het ook een beetje

vreemd om ze via dit debat van mijn kant te overvallen met de vraag of ze de principes van maatschappelijk verantwoord licenseren willen omarmen. Ik ben graag bereid om dat gesprek eens aan te gaan, maar ik kan het moeilijk nu eventjes à bout portant zo melden.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Is de Minister bereid om centraal voorwaarden te stellen met betrekking tot de deelname in toekomstige winst en beloning van personen bij de verkoop van medicijnenpatenten die al zijn ontwikkeld door universiteiten of daaraan gelieerde start-ups? Hier is denk ik het beste antwoord dat ik niet weet hoe we winst en beloning moeten interpreteren. Wat ik graag zou willen, is dat partijen die NFU-criteria voor maatschappelijk verantwoord licenseren omarmen en gebruik maken van de overeenkomsten die de partijen daarvoor maken. Daarmee denk ik dat als zodanig de publieke financieringskant van medicijnontwikkeling meer aandacht krijgt, dus in die zin voorwaarden worden gesteld aan medicijnontwikkeling bij universiteiten of daaraan gelieerde bedrijven. Ik zou me kunnen voorstellen dat we daarmee tegemoet komen aan de wens die niet alleen bij mevrouw Van den Berg leeft, maar ook breder in deze Kamer. Ik heb nog één punt liggen en dat gaat over de nachtapotheek.

De voorzitter:

Voordat u verder gaat, is er nog een vraag. Mevrouw Van den Berg, één korte vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik hoor de Minister zeggen dat hij het fijn zou vinden als de partijen die modelovereenkomsten omarmen. Dat betekent dus dat alles weer vrijblijvend en vrijwillig is. Omdat we hier spreken over publiek geld en het ook gaat over de beloning van mensen, bijvoorbeeld hoogleraren, die in die start-ups werkzaam zijn, vind ik dat we daar wat minder de vrijwilligheid van toepassing moeten laten zijn.

Minister Bruins:

Dan heb ik me niet goed uitgedrukt. De NFU – dat zijn die medische academische centra – heeft de principes voor maatschappelijk verantwoord licenseren gemaakt en vertaalt die nu naar enerzijds modelovereenkomsten en anderzijds naar een soort manier om die ontwikkeling te kunnen volgen. Daar zijn zij mee bezig. Als zij die modelovereenkomsten hebben gemaakt, krijgt u ze en dan gaan we ze internationaal bespreken. Dan denk ik ook dat er binnen de universiteiten, binnen die academische ziekenhuizen, op zijn minst draagvlak is om die te gaan gebruiken. Ik wil graag dat dat gaat werken. Ik zie dit helemaal niet als vrijblijvends. Het feit dat de NFU die modelovereenkomsten op dit moment aan het maken is, wekt bij mij ook een verwachting. Het is een instrument dat zij zelf maken en dat zij zelf gaan gebruiken. Daar is de inzet op gericht. Dat is dus wel vrijwillig, maar wat mij betreft niet vrijblijvend.

Tot slot heb ik nog de opmerking die is gemaakt over de nachtapotheek die dichtgaat en dat e-health en robots daar mogelijk bij kunnen helpen. Bent u bereid om dat te agenderen bij de verzekeraars? Zeker. Ik sta altijd open voor innovatieve e-healthoplossingen. De robotapotheek zoals in Oostburg, vind ik een interessante mogelijkheid om medicijnen beschikbaar te hebben buiten de standaardopeningstijden. Ik zet dat dus op de agenda van mijn overleg met de verzekeraars. Ik weet niet of ik dat dit jaar nog heb. Anders is het in het eerste kwartaal van volgend jaar. Dan informeer ik u daarover.

Voorzitter. Dat waren de vragen van mevrouw Van den Berg.

Dan de vragen van mevrouw Agema. Is er een relatie tussen een lagere overleving bij longkanker en een lagere toegankelijkheid van nieuwe geneesmiddelen door de sluis en beoordelingsprocedures van het Zorginstituut? Moeten we de nieuwe data over overleving in Nederland nu afwachten? Nee, ik zie om verschillende redenen geen aanleiding om de relatie te leggen die mevrouw Agema legt, of om daar uitspraken over te doen. De meest recente betrouwbare bronnen over overleven bij longkanker beslaan de periode tot en met 2014. De nieuwe kankergeneesmiddelen zijn vanaf medio 2015 op de markt gekomen. Om iets te kunnen zeggen over de overleving vanaf 2015 moeten we de nieuwe updates van die onderzoeken afwachten. De volgende update is de al door mevrouw Agema genoemde CONCORD-studie over de periode 2015–2019. Voor betere voortschrijdende inzichten hebben we die data dus nodig. Het andere punt dat mevrouw Agema maakte, ging over de lange – volgens haar, want ik ben het daar niet mee eens – doorlooptijden bij het werk van het Zorginstituut. Het Zorginstituut doet er alles aan om zo snel mogelijk zijn werk te doen. Als je die doorlooptijden van het Zorginstituut vergelijkt met wat er in andere landen wordt gepresteerd, vind ik dat we in Nederland goed af zijn. Ik hecht eraan om dat te benadrukken.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Kijk, wij hebben er natuurlijk weinig aan als de Minister hier gewoon uit zijn brief gaat citeren die al in het dossier zit en ook op de agenda staat van dit debat van vandaag, naar aanleiding van die met algemene stemmen aangenomen motie. Wat mij zo stoort aan deze beantwoording en aan het halsstarrig volhouden ervan, is dat het CONCORD-onderzoek gegevens verzamelt tot 2014. We moeten tot 2022 wachten voordat er nieuwe uitkomsten zijn. Ik heb de Minister in mijn vragen nogmaals gewezen op dat onderzoek in *The Economist*, op tabel 1 en figuur 6 van het *Healthcare Report* van *The Economist*, maar daar gaat hij weer helemaal niet op in. Ik concludeer niet dat die sluisperiode de reden is, maar de Minister concludeert wel dat dit niet de reden is. Waar baseert hij dat op? Ik vind dat de Minister dit niet tot 2022 voor zich uit mag schuiven.

Minister **Bruins**:

Ten eerste heb ik wel het wetenschappelijk onderzoek te volgen op dit punt. Ik vind dat belangrijk. Dat wetenschappelijk onderzoek gaat in cohorten. De cijfers voor CONCORD 2015–2019 worden inderdaad niet voor 2022 verwacht. Ik vind dat wel belangrijk. Ik wil best nog wel kijken naar dat artikel in *The Economist* waar mevrouw Agema naar verwijst. Ik ken dat artikel niet, of ik heb het niet scherp voor de bril staan. Ik wil er best naar kijken. Daarnaast vroeg mevrouw Agema naar de lange doorlooptijden bij het Zorginstituut, maar ik ben van mening dat dit niet het geval is. Die aanname deel ik niet met mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Daar hebben we de vorige keer ook een langere discussie over gehad. Denk aan Nivolumab en Durvalumab. Een van de twee, of een van de drie zat toen nog in de sluis. Die discussie hoeven we ook niet over te doen, want die zat toen wel degelijk in de sluis. Daardoor moesten mensen daadwerkelijk wachten op hun behandeling. Maar ik denk dat ik maar gewoon moet gaan voor het voorstel van de Minister dat hij nog eens gaat kijken naar het *Healthcare Report* van *The Economist*, tabel 1 en figuur 6. Dat breng ik nu voor de zoveelste keer naar voren. Ik word er ook een beetje boos over. Als je dit soort alarmerende berichten hoort, dat de prevalentie van longkanker in Nederland hoger is, moet je als Minister voor Medische Zorg niet tot 2022 wachten op nieuwe gegevens. Dan moet je daar nu de vinger achter willen krijgen. Ik ben blij dat de Minister nu gaat kijken naar dat rapport waar ik al 85 keer op gewezen heb. Daar moet ik het dan maar mee doen. Ik zie graag weer een nieuwe brief tegemoet.

Minister Bruins:

Soms zijn mensen blijer met een toezegging over een brief. Maar ik ga me in ieder geval verdiepen...

Mevrouw Agema (PVV):

Dit komt dus na een eerdere toezegging, een oordeel Kamer, een aangenomen motie en een brief. En dan moeten we er nu weer op terugkomen.

Minister Bruins:

Maar ook op dit punt geldt natuurlijk dat ik wel probeer om op basis van studies en goed onderbouwde feiten bij u te komen. Ik ga dus kijken naar dat Economist-onderzoek. Ik ga het opschrijven, maar dat is een door de industrie gesponsord onderzoek. Dat zet ik er dan wel bij. Daarom hecht ik zo aan dat onafhankelijke onderzoek van CONCORD.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan het punt van de zorgverzekeraars die vragen om verhoogde dijkbe-
waking bij de voorwaardelijke toelating. Ik zie voorwaardelijke toelating
niet als een verhoogde dijkbewaking of als een reden tot verhoogde
dijkbewaking. Met die nieuwe VT-regeling beoog ik een snellere toegang
voor patiënten tot geneesmiddelen. Dat is van belang, vind ik. Volgens mij
vindt de Kamer dat ook. Ik denk zelfs dat ook de zorgverzekeraars dat
vinden. Dat is van belang omdat de patiënt geen andere behandeloptie
heeft. Wij weten dan dus wel al dat het geneesmiddel bewezen veilig is.
Ondertussen wordt de effectiviteit verder onderzocht, zodat het middel
mogelijk definitief in het basispakket komt. De toegang is dan wel
voorwaardelijk. Als na de voorwaardelijke toelating de effectiviteit niet is
aangetoond, komt het middel niet in het basispakket en heeft de patiënt
geen toegang meer. Ik zie dit niet als een element van verhoogde
dijkbewaking, maar misschien zat dat ook niet in de vraag van mevrouw
Agema besloten.

Mevrouw Agema (PVV):

De Minister knoopt echt vragen aan elkaar. De ene vraag was wat de
bedoeling is van die voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen, van
de nieuwe regeling van de Minister. Dat was mijn ene vraag. Wat betekent
dit voor mensen? Wat betekent dit concreet voor nieuwe patiënten-
groepen die te maken krijgen met middelen die in het verleden niet
beschikbaar waren, zoals Spinraza, Orkambi en Fampyra? Hoe gaat deze
nieuwe werkwijze werken voor dit soort patiëntengroepen?

Mijn andere vraag ging over het standpunt van Zorgverzekeraars
Nederland, dat eigenlijk een nieuwe dijkverhoging wil opwerpen. Mijn
vraag aan de Minister was dus een andere vraag, een tweede vraag,
namelijk: wat vindt hij daarvan? Wat gaat hij tegen dat machtsvertoon
doen? Hij knoopt die twee vragen aan elkaar, en maakt er een heel
husseltje, iets heel anders, van, maar het waren echt twee verschillende
werelden.

De voorzitter:

De Minister heeft dit zelf ook al geconstateerd, geloof ik.

Minister Bruins:

Ik probeer maar duidelijk antwoord te geven. Ik denk dat die nieuwe
VT-regeling helpt om een bepaald geneesmiddel eerder bij patiënten te
brengen. Een patiënt kan er dus eerder van profiteren. Gedurende die
voorwaardelijketoelatingsperiode wordt dus verder onderzoek gedaan

naar de effectiviteit. Het uitsluitel kan zijn dat het middel in het basispakket komt, of niet. Dat is ook mogelijk. Het oogmerk van de VT-regeling is om geneesmiddelen eerder bij de patiënt te brengen. Ik denk dat dit een goed punt is. Ik denk dat de patiënt daarmee geholpen is. Ik zie dus ook geen reden tot verhoogde dijkbewaking. Ik vind die nieuwe regeling een pluspunt voor de patiënt.

Wat is de stand van zaken van levensreddende middelen die eraan komen? Heb ik al nagedacht over oplossingen om geneesmiddelen in de sluis beschikbaar te maken voor patiënten? Ik blijf benadrukken dat niet de sluis maar een hoge prijs van een geneesmiddel snelle toegang in de weg staat. Ik zeg het nog maar eens. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat niet de sluis maar de hoge prijs van een geneesmiddel de snelle toegang in de weg staat. Ik ben niettemin altijd bezig met het zoeken van oplossingen voor patiënten. Ik wil u per brief informeren over hoe ik fabrikanten ertoe wil aanzetten om geneesmiddelen in de sluisperiode beschikbaar te stellen. Dat zal ik nog doen in het eerste kwartaal van 2020. Tot slot de vraag van mevrouw Agema hoeveel medicijnen tegen levensbedreigende aandoeningen dit jaar niet leverbaar waren. Daarvan heb ik de cijfers niet beschikbaar in dit debat. Dat moet ik uitzoeken.

De voorzitter:

Gaat u dat dan ook uitzoeken?

Minister Bruins:

Als u dat wilt, doe ik dat, voorzitter. Laat ik dat doen. Dat lijkt me goed.

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft het gevraagd, dus daarom...

Minister Bruins:

Ja, daarom. Dan zal ik dat ook in het eerste kwartaal van 2020 doen.

Mevrouw Agema (PVV):

Hartelijk dank daarvoor. Ik heb ook gevraagd naar een stand van zaken met betrekking tot die 314 levensreddende, levensveranderende, medicijnen die eraan komen. Hoe staat het daarmee? Kan de Minister ons daar meer over vertellen? Ik heb hem ook gevraagd naar het middel Crysvida, dat nu in Nederland alleen beschikbaar is voor kinderen in de groei, terwijl het bijvoorbeeld in Amerika ook beschikbaar is voor volwassenen. Wanneer komt het in ons land ook beschikbaar? Ouders van kinderen hebben daar natuurlijk nu al heel veel stress over.

Minister Bruins:

Zal ik eerst even deze twee vragen doen?

De voorzitter:

De Minister is nog bezig met de beantwoording van de vragen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik dacht dat hij hiervoor zei dat hij aan mijn laatste vraag was toegekomen.

De voorzitter:

We kijken even.

Minister Bruins:

Die eerste vraag betrek ik bij de opmerking die ik net heb gemaakt. Daar kom ik schriftelijk op terug bij mevrouw Agema. Als u dat goed vindt, voorzitter. Dan de tweede vraag, of het medicijn Crysvida ook voor volwassenen toegankelijk is. Dit medicijn is geregistreerd voor kinderen

en adolescenten met een botziekte, en is beschikbaar in Nederland. In het algemeen is het zo dat het middel in principe ook vergoed kan worden als er bij volwassenen een medische behoefte is aan deze behandeling en de effectiviteit bij volwassenen bewezen is, maar dat is ter beoordeling aan de beroepsgroep of het Zorginstituut. Kort samengevat, Crys vita is op dit moment nog niet voor volwassenen toegankelijk. Dat is juist. Dan hoop ik toch dat ik de vragen van mevrouw Agema allemaal, en naar genoegen, heb beantwoord.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik had nog vragen gesteld over de dekking van de ijzeren voorraad. Waar haalt de Minister het geld vandaan? Wat gaat hij niet meer doen? Zijn patiënten daar op een andere manier de dupe van? Ook vroeg ik me af of de Minister net toezegde dat hij in een brief terugkomt op de stand van zaken van die 314 levensreddende medicijnen. Heeft hij dat zojuist toegezegd?

Minister Bruins:

Nee, voorzitter. Op de feiten over de levensreddende medicijnen moet ik schriftelijk terugkomen, zoals ik juist heb gezegd. De dekking van de ijzeren voorraad vind ik een punt van onderhandeling met de fabrikanten, waarbij mijn oogmerk is dat de markt de rekeningen oppakt en niet de patiënt. Dat is wel de allerkortste samenvatting van deze middag, maar het is mijn inzet om dat te regelen.

Dan zijn er nog vragen gesteld door mevrouw Dijkstra over het beleggingsbeleid. Ik denk dat we daarop in zijn gegaan. Ten aanzien van de samenwerking bij prijsonderhandelingen heeft mevrouw Dijkstra een aansporing gegeven om meer te onderhandelen in Benelux-verband of breder dan dat. Als dat breder kan, als wij andere landen bij het initiatief kunnen betrekken en ook bij het onderwerp prijsonderhandeling, dan doe ik dat heel graag. Dat is ook mijn oogmerk. Het is wel heel ingewikkeld, want het moet dan zo zijn dat ten minste twee landen net op hetzelfde moment op hetzelfde punt zijn aangeland om de onderhandelingen te voeren over een bepaald medicijn. Maar de wens hiertoe bestaat.

Dan de vraag welke stappen de Minister gaat zetten naar transparantie in internationaal opzicht. Het antwoord is vrij uitvoerig, maar kort samengevat vind ik dat transparantie moet gaan over de cijfers en het systeem van de ontwikkeling en vermarkting van geneesmiddelen, transparantie door bedrijven over prijsopbouw, met name van dure geneesmiddelen, en transparantie door en tussen landen over de prijs van geneesmiddelen. Ik zet op alle drie in. Op het eerste punt, transparantie over cijfers en het systeem van ontwikkeling en vermarkting van geneesmiddelen, ben ik bezig met het opzetten van een onderzoek. Uw Kamer heeft daarnaar gevraagd aan de hand van een motie van mevrouw Van den Berg. Toen heette het: het ecosysteem van geneesmiddelen. Dat punt pak ik daar dus op. De transparantie over de prijsopbouw van dure geneesmiddelen heeft mijn permanente aandacht. Ik verwijs naar wat ik daar eerder vanmiddag over heb gezegd. Wat de transparantie door en tussen landen over prijzen van geneesmiddelen betreft: ik denk dat ons horizon-scanninginitiatief daarbij helpt. Maar het bevorderen van prijstransparantie is ook een onderwerp dat, op een heel andere manier, erg speelt bij bijvoorbeeld de WHO. Over PrEP heb ik al geantwoord.

Voorzitter, dan ben ik toch door de vragen heen.

De voorzitter:

Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de beantwoording van de Minister in eerste termijn. De tijd is eigenlijk om, dus ik kijk even of er bij de leden behoefte is aan een tweede termijn. Zullen we afspreken dat we dat in een minuutje doen? Gaat dat lukken? Meneer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ja, als iedereen dat wil. Ik wil in ieder geval een VAO aanvragen.

De **voorzitter**:
Ja, daar krijgt u ook de gelegenheid toe.

De heer **Van Gerven** (SP):
Ik wil ook een korte tweede termijn. Als we er een kwartiertje aan vastplakken, dan moet dat volgens mij lukken. Of alleen een VAO?

De **voorzitter**:
Alleen een VAO. Zijn er anderen die in tweede termijn nog iets willen zeggen of vragen? Meneer Van Gerven?

De heer **Van Gerven** (SP):
Dan vraag ik gewoon een VAO aan.

De **voorzitter**:
Kunt u aangeven waarover dat VAO gaat?

De heer **Van Gerven** (SP):
Nou, over dit debat.

De **voorzitter**:
Dat heb ik nog wel door.

De heer **Van Gerven** (SP):
Dat had u door, ja.

De **voorzitter**:
We vragen vaak even wat het onderwerp is. Hebt u dat al scherp?

De heer **Van Gerven** (SP):
In ieder geval over de medicijnkaperij; laat ik het zo samenvatten. Dat is in ieder geval een element, maar er zijn zeker nog andere zaken.

De **voorzitter**:
Goed. Ik kijk even naar de anderen. Mevrouw Agema? U sluit zich hierbij aan. Dat geldt ook voor de anderen. Dat lijkt me logisch als iemand om een VAO vraagt. Hiermee hebben we in elk geval dit deel van het debat afgerond. We zullen doorgeven aan de plenaire griffie dat we een verslag algemeen overleg willen hebben.
Ik dank de Minister voor zijn aanwezigheid en voor de uitgebreide beantwoording. Ik dank de ondersteuning. Ik dank de mensen op de publieke tribune voor hun aandacht. Ik dank uiteraard de collega's voor hun inbreng. Bij dezen sluit ik dit algemeen overleg, want we hebben nog geen tijd gehad om alle toezeggingen te registreren. Dat komt nog schriftelijk terug. Hartelijk dank.

Sluiting 17.05 uur.