

Vergaderjaar 2012–2013

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 257

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 25 juli 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 6 juni 2013 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **het geneesmiddelenbeleid**.
(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

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

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Van Veen
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Van Gerven, Kuzu, Klever, Bruins Slot, Anne Mulder, Voortman, Pia Dijkstra en Van Veen,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 13.00 uur

De **voorzitter**: Welkom. De spreektijd voor dit AO Geneesmiddelenbeleid is vastgesteld op zes minuten per fractie. Ik stel voor om per spreker twee interrupties toe te staan. Ik heet de minister en haar gevolg welkom. Het woord is aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) is het orgaan dat erop toeziet dat geneesmiddelen veilig op de markt komen en van diezelfde markt verdwijnen als het onveilig is. Het CBG zou streng moeten zijn en de patiënt moeten beschermen. Farmaceuten zouden moeten sidderen bij de gedachte dat hun medicijn de goedkeuring van het CBG nodig heeft. De werkelijkheid is anders.

De industrie wordt met fluwelen handschoenen aangepakt en het lijkt wel alsof zij het CBG in de zak heeft. In Frankrijk wordt de Diane-35-pil van de markt gehaald. Het middel Domperidon, het antibraakmiddel, is in België alleen op recept te verkrijgen. In Nederland is het echter nog steeds vrij verkrijgbaar bij de apotheek. Het nieuwste fenomeen is het middel Valdoxan, agomelatine. Dat middel heeft ernstige bijwerkingen. Het is een antidepressivum. Er worden suïcides gemeld, ernstige leverafwijkingen en alvleesklierafwijkingen. Het Geneesmiddelenbulletin zegt: haal het van de markt. Maar het CBG doet niets. Vindt de minister niet dat het middel Valdoxan per direct van de markt moet worden gehaald?

Ik zei al dat de farmaceutische industrie zou moeten sidderen bij de gedachte aan het CBG. Misschien zou het ook een beetje moeten sudderen. Er zit immers veel geld op de boten, maar daar komen wij dadelijk op. Het CBG moet volgens de SP vers bloed krijgen. Het oudste lid zit er al 25 jaar. Andere leden zitten er zestien, vijftien of veertien jaar. Is de minister het met de SP eens dat wij de termijn moeten terugbrengen naar maximaal acht jaar om de doorstroom te bevorderen? Een nieuwe, frisse kijk, nieuw enthousiasme zal van het slaperige college een echte pitbull kunnen maken, en dat is precies wat wij nodig hebben.

Een ander probleem is de onafhankelijkheid van het CBG. Een aantal leden onderhoudt banden met de industrie. Denk aan deelname aan door de industrie geïnitieerde publicaties, consultancy's voor Roche, Astra-Zeneca of GlaxoSmithKline en onderzoeksubsidie van Roche. Dat is zeer onwenselijk. Is de minister het met de SP eens dat het CBG boven elke twijfel verheven moet zijn, dat de leden volstrekt onafhankelijk van de industrie moeten zijn en dat iemand alleen van het college lid kan worden of zijn als hij geen banden met de industrie heeft?

Ik kom op het dossier geneesmiddelenprijzen. ConQuaestor heeft een rapport uitgebracht over de Wet geneesmiddelenprijzen. In haar brief stelt de minister over dit rapport en het Noorse prijsvormingssysteem dat zij geen meerwaarde ziet in de wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen. Zij voelt zich hierin gesteund door het rapport van ConQuaestor. Hierin wordt geconcludeerd dat een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen niet nodig is. Nu heb ik een eerdere versie van dit rapport: versie 0.8. Die dateert van 10 december 2011, om precies te zijn. Daarin lees ik een heel andere conclusie. Er staat namelijk: het verdient de voorkeur om het aantal referentielanden uit te breiden en over te gaan op de laagste

prijsberekening. Het Noorse prijsvormingssysteem dus. Hoe verklaart de minister deze twee diametraal op elkaar staande conclusies van één en hetzelfde onderzoeksbureau? Kan de minister ons vertellen op wiens initiatief deze conclusie is aangepast? Ik begrijp er namelijk helemaal niets van. Het is zonneklaar dat door de invoering van de Wet geneesmiddelenprijzen 200 tot 300 miljoen te besparen valt. Wellicht kan dat in de toekomst nog veel meer zijn. Waarom laat de minister dit geld op de plank liggen? Waarom veranderen wij de Wet geneesmiddelenprijzen niet? Dat is een wens die wij al jaren koesteren. Zo'n twee jaar geleden is hierover een motie ingediend door de collega's Van der Veen van de PvdA en Renske Leijten. Deze motie is breed gesteund in de Kamer; alleen D66 stemde tegen. Waarom voeren wij dit systeem niet onmiddellijk in? Waarom voeren wij niet onmiddellijk een herberekening door van het geneesmiddelenvergoedingssysteem? Mij is door verschillende zorgverzekeraars verzekerd dat ook daarop te besparen valt; wellicht zo'n 200 miljoen. Waarom doen wij dat niet onmiddellijk? Het is zonneklaar, als wij de geneesmiddelenprijzen kunnen verlagen en de superwinsten van Big Pharma afromen, dan kunnen wij per direct overgaan tot een forse verlaging van bijvoorbeeld het eigen risico, om maar eens een bijzonder actueel thema te noemen. Is de minister bereid om het geneesmiddelenvergoedingssysteem te herberekenen en de Wet geneesmiddelenprijzen aan te passen?

Mijn volgende punt betreft de voorwaardelijke toelating van nieuwe geneesmiddelen. Naar de mening van de SP is er eigenlijk maar één goed systeem: een middel mag pas op de markt komen als het fase 4 heeft doorlopen, dat wil zeggen dat door de industrie is aangetoond dat toepassing op mensen veilig is. Het middel moet daarbij enkele jaren zijn toegepast. De samenleving betaalt voor middelen die op de markt zijn hoewel nog niet evident is aangetoond dat ze veilig zijn. Wij betalen dus de kosten van de farmacie, die al superwinsten maakt. Waarom streven wij niet naar registratie, en daarmee van eventuele vergoeding, pas na afronding van fase 4?

De **voorzitter**: Ik denk dat dit een mooie laatste vraag was. U bent al ruim over de tijd heen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan wil ik nog even...

De **voorzitter**: Dat moet dan heel snel. U krijgt van mij nog twintig seconden.

De heer **Van Gerven** (SP): Kan de minister ingaan op de kwestie van de medische noodzaak? Wij krijgen veel signalen dat er bij de apothekers discussie is over het vergoeden van medicijnen in de categorie «medische noodzaak». Er is allerlei gedoe, verzekeraars vergoeden niet. Als er «medische noodzaak» op staat, moet het vergoed worden, zo is het standpunt van de SP.

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. De PvdA is voor een kwalitatief hoogstaand en financieel houdbaar zorgstelsel. De financiële houdbaarheid komt steeds meer onder druk te staan, vandaar dat elke euro telt. De PvdA ziet enkele hervormingen voor zich waarmee substantiële besparingen op geneesmiddelen kunnen worden gerealiseerd. Ten eerste zien wij graag een wijziging van de Wet geneesmiddelenprijzen. Momenteel stelt het ministerie van VWS op basis van de Wgp maximumprijzen voor geneesmiddelen vast. Dit maximum is de prijs waarvoor apothekers het geneesmiddel kunnen inkopen. De prijzen in de vier zogeheten referentielanden gelden hierbij als uitgangspunt. Deze rekenmethode leidt tot een gemiddeld prijsniveau ten opzichte van de vier landen. Dat kan goedkoper en beter zodat patiënten uiteindelijk een

eerlijke prijs voor geneesmiddelen gaan betalen. De PvdA pleit samen met de SP al geruime tijd voor een uitbreiding van het aantal referentielanden tot tien en voor toepassing van een juiste rekensystematiek. De maximale prijs komt dan te liggen op de gemiddelde prijs van de laagste drie prijzen. Een rapport van onderzoeksbureau ConQuaestor geeft aan dat dit model goed inpasbaar is in Nederland. Eerdere oproepen van de PvdA om dit systeem in te voeren zijn door de minister terzijde geschoven. Zij onderbouwt dit met de stelling dat andere maatregelen, zoals het preferentiebeleid, en marktwerking succesvol zijn gebleken. Wij vinden het onbegrijpelijk dat de minister deze winst laat liggen en komen dan ook met een initiatiefwet waarin het Noorse model als uitgangspunt dient voor de vaststelling van de maximprijs.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Mijn complimenten dat de heer Kuzu met een initiatiefwetsvoorstel komt. De vraag is echter of het ook extra geld gaat opleveren. De minister zegt dat dit niet het geval is. Stel dat de overheid de maximprijs voor een biertje verlaagt van € 4 naar € 3, betaal je dan € 1 minder voor je biertje dat je hier op het Plein voor € 2 kunt kopen? Dit voorbeeld laat zien dat het plan van de heer Kuzu geen geld oplevert. Hoe ziet hij dat?

De heer **Kuzu** (PvdA): Hetzelfde model wordt toegepast in een land dat vergelijkbaar is met Nederland en zelfs nog iets welvarender is. Daar levert het wel heel veel geld op. Als je deze rekensystematiek toepast, kun je voor enkele honderden miljoenen euro's besparen, zo voorspellen de eerste berekeningen. De heer Van Gerven gaf het al aan: het gaat om 200 tot 300 miljoen euro. Dat zijn besparingen die niet voor rekening van de patiënt komen. Dat zou de VVD toch ook voor ogen moeten staan?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik ben het er mee eens dat je moet besparen als dat kan. Ik neem aan dat er bij het initiatiefwetsvoorstel van de heer Kuzu ook een uitgebreide berekening zit waaruit blijkt dat deze effecten daadwerkelijk optreden. Farmaceuten zeggen: als je een land met een lage prijs als referentie neemt, moet je je wel realiseren dat wij in zo'n land een medicijn niet of pas later introduceren. Komt de internationale solidariteit niet onder druk met uw voorstel? Of maakt dat niet meer zo veel uit, nu Jan Pronk weg is?

De heer **Kuzu** (PvdA): Het is natuurlijk bewonderenswaardig dat de farmaceutische industrie en de VVD-fractie oog hebben voor internationale solidariteit. Als je het aantal referentielanden verhoogt – Nederland geldt voor twaalf andere landen als referentieland – kunnen de prijzen in andere landen, ook in minder welvarende, dalen op basis van deze systematiek.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Stel dat de Nederlandse prijzen worden verlaagd, lopen wij dan niet het risico dat geneesmiddelen hier later of helemaal niet worden geïntroduceerd, terwijl ze in het buitenland wel beschikbaar zijn en dat mensen die het kunnen betalen, naar het buitenland gaan? Vaak zijn dat de wat rijkere mensen. Werkt de PvdA dan geen sociale tweedeling in de hand?

De heer **Kuzu** (PvdA): Nogmaals, heel fijn dat ook de VVD-fractie zich zorgen maakt over dit onderwerp. In de discussie in 1996 over de invoering van de Wgp werden exact dezelfde argumenten gegeven. In de jaren sinds de invoering van de Wgp is gebleken dat deze argumenten niet houdbaar zijn. Datzelfde geldt voor dit onderwerp, voor deze wijziging. Het kan goed werken. Je kunt enorm besparen. Die rekening voor die besparing hoeft je niet neer te leggen bij de patiënt.

Ten tweede zien wij ruimte voor aanpassing van de vergoedingslimiet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. In dit systeem zijn vergelijkbare systemen geclusterd. Daaraan is een vergoedingslimiet gekoppeld. Deze limiet is in het vorige millennium voor het laatst berekend. Ondertussen zijn de prijzen voor veel medicijnen gedaald, bijvoorbeeld doordat er merkloze medicijnen op de markt zijn gekomen, en door het preferentie-beleid. De vergoedingslimiet is op dit moment dus te hoog. De kosten tot aan de vergoedingslimiet worden door zorgverzekeraars met premiegeld betaald. Alles boven de vergoedingslimiet dient de patiënt zelf te betalen. Dit leidt ertoe dat voorschrijvers en patiënten geen prikkel hebben om te kiezen voor het goedkoopste medicijn met dezelfde werking. Men hoeft immers niet bij te betalen. Verzekeraars geven hierdoor te veel premiegeld uit aan het vergoeden van medicijnen tot aan de vergoedingslimiet. Dit levert stijgende premies op of eigen bijdragen voor andere noodzakelijke zorg. De PvdA wil dan ook van de minister weten waarom deze vergoedingslimiet nog steeds niet is aangepast aan de huidige medicijnprijzen. Is de minister het met ons eens dat het ongekend is dat de vergoedingslimiet stamt uit het vorige millennium? Kan de minister aangeven waarom Nederland het, in tegenstelling tot Duitsland, België en Frankrijk en nog vele andere Europese landen, nalaat om de patiënt te prikkelen om te kiezen voor goedkope zorg?

Ten derde een opmerking over de voorlopige pakketopname. De verwachting is dat jaarlijks vijf tot vijftien medicijnen een voorwaardelijke toegang tot het pakket zullen krijgen. Na één jaar toetst het CVZ de kosteneffectiviteit. Als die gunstig uitpakt, wordt er na vier jaar nogmaals getoetst. Wij zijn ervan overtuigd dat dit niet gaat werken in de praktijk. Het zal niet leiden tot een doelmatigheidsonderzoek waarmee iets gedaan kan worden en het verhindert een vergelijking met bestaande gelijkwaardige maar goedkopere middelen. Bovendien, als een geneesmiddel eenmaal in het pakket zit, blijkt het altijd lastig om het er weer uit te halen. Kan de minister onze zorgen hieromtrent wegnemen?

In dit verband pleit de PvdA ook voor meer transparantie over de inkoopkosten van medicijnen door ziekenhuizen. Transparantie geeft zicht op de prijs die daadwerkelijk betaald wordt voor medicijnen en voorkomt de berekening van louter maximumprijzen. Als deze openheid niet betracht kan worden, kunnen wij wel op basis van beschikbare gegevens uit het buitenland vergelijkingen maken tussen de Nederlandse maximale vergoeding en de reële inkoopprijs. Ziekenhuizen hebben er eerder op gewezen dat zij vrezen dat de prikkel voor doelmatig inkopen verdwijnt als de inkoopkortingen transparant zijn. Dat klopt niet. Tot 2012 waren ziekenhuizen verplicht de netto-inkoopkosten kenbaar te maken aan verzekeraars. Er werden fraaie kortingspercentages bedongen door ziekenhuizen. De ziekenhuisapotheker kan zijn voorkeur voor een bepaald middel van een bepaalde fabrikant uitspreken of korting krijgen via parallelle import. Als hij deze instrumenten goed gebruikt, is hij nog steeds een stevige partij voor de fabrikant en zal hij zeker een inkoopvoordeel kunnen bedingen. Als deze openheid echt niet betracht kan worden, kunnen wij wel op basis van beschikbare gegevens uit het buitenland vergelijkingen maken tussen de Nederlandse maximale vergoeding en de reële inkoopprijs. Ook kunnen deze transparantie en de mogelijkheid om prijzen te vergelijken leiden tot het eerder opmerken van niet-gepaste zorg als er grote verschillen zijn in gemaakte kosten voor bijvoorbeeld hulpmiddelen. Bij implanteerbare pacemakers is dat al duidelijk geworden. Kan de minister aangeven of zij dit onderschrijft? De PvdA is van mening dat, nu er toenemende zorg is ontstaan over transparantie van ziekenhuiskosten en er sterke signalen zijn van al dan niet bewust onjuist declareren en van ondoelmatige zorg op basis van winstmogelijkheden, niet moet worden ingezet op het verder loslaten van de regels door de NZa betreffende de bekostiging van dure en weesgeneesmiddelen in ziekenhuizen.

Ten vierde zien wij grote besparingen voor ons door sneller dure medicijnen naar het ziekenhuis over te hevelen. Deze zorg, die onder de verantwoordelijkheid en regie van de medisch specialist wordt gegeven, is zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Deze zorg wordt betaald uit het budget van het ziekenhuis. Dit heeft belangrijke voordelen. Ziekenhuizen dienen deze dan zelf te betalen en hebben dus een prikkel om overbehandeling tegen te gaan, alsook scherp te onderhandelen met de aanbieders van deze medicijnen.

De **voorzitter**: Mijnheer Kuzu, ook u krijgt van mij twintig seconden extra, en die beginnen nu.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik ga afronden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ziekenhuizen scherp kunnen onderhandelen. Het gaat immers over grote volumes. Een voorbeeld zijn de TNF-alfaremmers. Wij willen graag van de minister weten waarom er vertraging is opgetreden in het overhevelen van andere medicijnen naar de Zorgverzekeringswet. Hoe denkt zij dit te bespoedigen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik hoorde de heer Kuzu zeggen dat dure medicijnen sneller moeten worden overgeheveld naar het ziekenhuis. Uit de stukken die wij van de minister hebben gekregen, blijkt echter juist dat het helemaal niet goed gaat met die overheveling en dat de patiënten de dupe worden van het feit dat een aantal randvoorwaarden niet goed geregeld is. Ik kan dat niet met elkaar rijmen.

De heer **Kuzu** (PvdA): Wij pleiten inderdaad voor een versnelling, maar wij pleiten tegelijkertijd voor het bestendigen van de randvoorwaarden. Ik vraag de minister hoe wij ervoor zorgen dat de randvoorwaarden zo snel mogelijk geregeld zijn zodat de dure geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget kunnen vallen. Als het ziekenhuis daarover de regie krijgt en deze geneesmiddelen onder de Zorgverzekeringswet vallen, heeft het ziekenhuis een prikkel om effectiever en efficiënter in te kopen. Daarvan zijn wij overtuigd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Is het niet veel verstandiger om een pas op de plaats te maken en te zorgen voor goede randvoorwaarden? Ik denk aan de overdracht van medicatie, het te snel wisselen van medicijnen of het onttrekken van medicijnen aan patiënten. Moeten wij dat niet eerst onder controle krijgen zodat de veiligheid en de kwaliteit van de zorg geborgd zijn, voordat wij als een op hol geslagen paard de rest van de medicijnen gaan overdragen, met alle risico's van dien? Ik vind de tegenstelling die de heer Kuzu ons voorlegt, echt heel raar.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik begrijp de volgordelijkheid. Ik wil die ook niet tegenspreken. Ik ben het met u eens dat wij eerst de randvoorwaarden voor elkaar moeten krijgen. Daar moeten wij wel spoed achter zetten en vervolgens zorgen voor overheveling. Dat leidt tot daadwerkelijk doelmatige zorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Allereerst wil ik de heer Kuzu complimenteren met zijn inbreng. Het is een ingewikkeld en breed dossier. Als betrekkelijk nieuw Kamerlid weet ik uit eigen ervaring hoe ingewikkeld het is. Ik zit een beetje met die overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuis. Volgens mij gaat dat niet goed. Zou het niet veel beter zijn om te komen tot een centrale inkoop van medicijnen? De heer Kuzu heeft een aantal tools aangedragen. Zo kunnen wij het doen. Wat mij betreft hoeven wij het niet bij de zorgverzekeraars te beleggen. Als het uit wordt onderhandeld door een grote deskundige centrale organisatie met heel veel patiënten, valt er winst te behalen. Is het niet veel beter om die dure

geneesmiddelen op een centrale manier in te kopen en dit niet te beleggen bij de ziekenhuizen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Volgens mij beogen wij hetzelfde doel, namelijk het doelmatiger inkopen van medicijnen. Wij zijn ervan overtuigd dat dit kan als het onder de Zorgverzekeringswet gaat vallen. Wij pleiten er dan ook voor om de voorwaarden die mevrouw Bruins Slot noemde, te bestendigen en ervoor te zorgen dat deze zorg wordt overgedragen aan de ziekenhuizen. Die hebben dan een prikkel. Wij bereiken daarmee hetzelfde, maar wij zien het op een andere manier.

De heer **Van Gerven** (SP): Het doel wordt niet bereikt. Ziekenhuizen hebben tot nu toe niet de gewenste besparingen gerealiseerd. Wat veel erger is, is het feit dat de patiënten de dupe zijn. Toen de medicijnen buiten het ziekenhuis werden vergoed – dat valt ook onder de Zorgverzekeringswet, namelijk via de apothekers – konden mensen veel beter bediend worden. Dat ging veel gemakkelijker. Nu horen wij dat mensen soms naar een ziekenhuis ver weg moeten om hun medicijnen op te halen. Dat kan niet de bedoeling zijn. Vaak gaat het om chronische patiënten. Is het niet beter om het centraal uit te onderhandelen opdat wij een fatsoenlijke, niet te hoge prijs voor die dure geneesmiddelen krijgen? Dan is de patiënt niet de dupe.

De **voorzitter**: Volgens mij was dat dezelfde vraag.

De heer **Kuzu** (PvdA): Precies. Dan kan ik hetzelfde antwoord geven. De patiënt mag inderdaad nooit de dupe worden. Wij moeten de randvoorwaarden bestendigen en ervoor zorgen dat de prikkel op de juiste plek ligt. Volgens de PvdA kan het heel goed onder de regie van het ziekenhuis.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het door de PvdA-fractie aangekondigde initiatiefwetsvoorstel over de Wet geneesmiddelenprijzen vinden wij heel interessant. Wij kunnen dit ook steunen; complimenten ervoor. Is het, als de PvdA-fractie toch bezig is met een hervorming van het geneesmiddelenbeleid, geen idee om daarin ook de herberekening van het GVS en de andere voorstellen van de heer Kuzu mee te nemen?

De heer **Kuzu** (PvdA): Wij hebben nu een voorstel ingediend over de Wet geneesmiddelenprijzen. Ik heb in mijn bijdrage ook een aantal vragen gesteld over het GVS. Ik wacht eerst even het antwoord van de minister af, maar dit is wel iets waarop wij in de toekomst wellicht samen kunnen optrekken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik vraag het ook omdat de verschillende aangenomen moties van de heer Van der Veen over het GVS nog steeds niet zijn uitgevoerd. Aangezien de PvdA nu kiest voor wetgeving, zou ik zeggen: doe dat in één keer. Ik neem de uitnodiging echter graag aan.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik doe dit dossier nog niet zo lang. Vier weken geleden ben ik hiermee begonnen en ik zal hiermee doorgaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De betaalbaarheid en beschikbaarheid van geneesmiddelen is een blijvende zorg. Het is schaars goed. In Oost-Europa en elders zijn er grotere tekorten omdat er minder betaald wordt. Er is inmiddels ook een levendige handel in vervalste geneesmiddelen waarvan de omvang eigenlijk onbekend is. Met de komst van internet zijn de mazen in het distributiesysteem van geneesmiddelen alleen maar groter geworden. Het is dan ook belangrijk dat wij in Nederland de kwaliteit en veiligheid van geneesmiddelen voorop laten

staan. Sinds het overleg dat wij in december hadden heeft de minister een aantal zaken voortvarend opgepakt. Naar aanleiding van de documenten die wij van haar hebben gekregen heb ik wel een groot aantal vragen. Inmiddels hebben wij van de verkenners het rapport over de uitvoering van het preferentiebeleid ontvangen. Kort samengevat luidt de conclusie als volgt: het preferentiebeleid werkt, maar inmiddels is de apotheker een volledig door de zorgverzekeraar uitgeknepen citroen. Binnen het preferentiebeleid moeten wij teruggaan naar een goede balans, waarbij de apotheker aan de ene kant goedkope geneesmiddelen kan leveren, maar aan de andere kant ook voldoende armslag heeft voor patiëntgerichte zorg. Vroeger werd de winst die met geneesmiddelen werd behaald, gebruikt voor de patiëntenzorg, de zogenaamde kruissubsidie. In het rapport van de verkenners lees ik dat de bedrijfsvoering van de apothekers hierdoor onder druk wordt gezet. De Nederlandse Zorgautoriteit gaat een onderzoek uitvoeren. Wordt dit aspect hierin expliciet meegenomen?

De verkenners geven ook aan dat zij het belangrijk vinden dat de positie van de vertegenwoordigers van patiënten en consumenten versterkt wordt. Natuurlijk kunnen de NPCF en de Consumentenbond hierin een actieve rol vervullen. Ze hebben ook aangegeven dat ze dat willen bij de invulling van het nieuwe farmaceutische zorglandschap. Dat lijkt het CDA nuttig en wenselijk. Op welke wijze kan de minister de NPCF en de Consumentenbond bijvoorbeeld de komende twee jaar ondersteunen om de doelstellingen van de verkenners verder uit te werken; misschien in de vorm van een projectsubsidie?

Wij hadden het al even over de overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen. Uit de eindrapportage van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening blijkt dat er een behoorlijk groot aantal neveneffecten is. Het gaat slecht met de medicatieoverdracht, er wordt gewisseld van medicijnen en soms is de beschikbaarheid ook een probleem. Het gaat dus niet goed genoeg en de patiënt ondervindt er last van. De minister is met een aantal oplossingen gekomen. Het valt mij op dat die met name in de «praatsfeer» liggen. Welke concrete stappen onderneemt de minister? Stappen die verdergaan dan een bestuurlijk overleg. Verder zien wij dat de monitoring van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening stopt. Het CDA zou het wenselijk vinden als de monitoring/evaluatie volgend jaar doorgaat. Wij zien dat zaken niet op orde zijn. Wij moeten scherp in de gaten houden of er verbeteringen zijn. Kan de minister ervoor zorgen dat de monitoring/evaluatie nog een jaar doorgaat? Graag een toezegging op dit punt. Verder willen wij onze zorgen delen met de minister over de medicatieoverdracht door het ziekenhuis aan de apotheek van de patiënt. In de regelgeving is alles goed geregeld, maar in de praktijk komt het onvoldoende of slecht van de grond. Welke stok heeft de minister achter de deur om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen hier werk van maken en dat zorgverzekeraars inkopen?

Het volgende onderwerp gaat over de borging van de continuïteit van geneesmiddelen. Voor de productie van geneesmiddelen bestaan general manufacturing procedures. Dat zijn de eisen voor de borging van veilige productie en van de kwaliteit van geneesmiddelen. Vervalste en vervuilde pillen kunnen namelijk behoorlijke gezondheidsschade veroorzaken. De minister heeft al een paar keer geschreven dat zij in bepaalde gevallen de eisen van een veilige productie en van kwaliteit wil loslaten als de beschikbaarheid van geneesmiddelen in gevaar komt. Zij verwijst daarbij naar landen als China en India. Ik heb daar grote vraagtekens bij. Wie is hier nu bij gebaat? Welk belang is hiermee gediend? Hoe wordt de beschikbaarheid van geneesmiddelen gewogen ten opzichte van de kwaliteit en de veiligheid van geneesmiddelen? Ik wil ook verwijzen naar het bericht dat vorige week naar buiten kwam dat het Indiase Ranbaxy tegenover de Amerikaanse justitie heeft toegegeven dat testresultaten over de werking van medicijnen vervalst zijn. Het om de tuin leiden van

controlerende instanties was voor dit bedrijf een sport. De middelen van Ranbaxy zijn tot 2010 regelmatig in Nederland verkocht. Dat wil zeggen, ze zijn heel veel in Nederland verkocht. Weet de minister of de inspectie onderzoek gaat doen naar de medicijnen van Ranbaxy?

Het volgende onderwerp gaat over de verspilling in de zorg. Ik wil allereerst de minister complimenteren met het feit dat er inmiddels 13.721 suggesties en tips zijn ontvangen om de verspilling van zorg tegen te gaan. Het is heel goed dat Nederland op dit vlak meedenkt. Ik wil graag tip 13.722 indienen. Laatst heb ik een prachtige proef gezien in het kader van het tegengaan van verspilling van medicijnen. Bij het verstrekken van dure geneesmiddelen wordt een thermometer in de verpakking gedaan zodat kan worden nagegaan of de medicijnen goed blijven. Als mensen hun geneesmiddelen retourneren bij de apotheek, kunnen ze weer in het circuit worden gebracht als ze nog goed zijn. Hieraan zit een aantal risico's vast.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot, ook u bereikt nu mijn coulance van twintig seconden. Misschien kan ik u de tip meegeven dat u uw suggestie ook via internet onder de aandacht van de minister kunt brengen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind deze zo fantastisch, dat ik haar hier op tafel wil leggen.

Ik heb twee vragen. Gaat de minister de evaluatie van deze proef kritisch bekijken? Wil zij inventariseren wat er aan wet- en regelgeving nodig is om dit mogelijk te maken?

Ik heb nog een laatste vraag. Wij zien een toename van het aantal dure geneesmiddelen. Wij zien ook een trend dat dure geneesmiddelen eerst voor een beperkt aantal indicaties op de markt komen, tegen een hoge prijs. Fabrikanten verhogen daarna het aantal indicaties. De prijs blijft echter even hoog, hoewel de productie toeneemt. Dat legt een enorm beslag op het geld dat wij ter beschikking hebben voor geneesmiddelen. Wat kunnen wij doen om ervoor te zorgen dat de prijs bij een grotere omzet omlaaggaat? Welke prikkels kan de minister invoeren?

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Vorig jaar zijn de uitgaven aan medicijnen met 800 miljoen gedaald. Dat is goed nieuws voor de minister. Ik begrijp niet waarom deze «onderschrijding» niet van tevoren is voorzien en ingeboekt. Dat middelen uit patent gaan en vervangen worden door generieke, zou je toch moeten zien aankomen? Wat betekent deze meevaller eigenlijk voor de patiënt? Krijgt hij hierdoor een lagere premie of worden deze miljoenen ingezet om de gaten te dichten die zijn ontstaan door fraude en verspilling? Kan de minister uitleggen hoe de patiënt profiteert van deze daling?

Hoe zit het met de kwaliteit van de medicijnen? Is die met de prijs gedaald, gelijk gebleven of gestegen? Als ik lees dat Ranbaxy, de grootste producent van generieke geneesmiddelen, rommelt met testresultaten – collega Bruins Slot had het er al over – en het niet al te nauw neemt met de veiligheidsregels, dan vrees ik het ergste. Het zal toch niet zo zijn dat die 800 miljoen besparing behaald is door het tegen dump prijzen inkopen van geneesmiddelen van slechte kwaliteit? Wordt er door de inspectie of het CBG nog actie ondernomen tegen Ranbaxy? Kan de minister dit toelichten? Hoe verhoudt deze zaak zich tot het tijdelijk verzwakken van de eisen aan grondstoffen uit China? Ik mag toch hopen dat het reisje van de minister naar China tot strengere controle zal leiden in plaats van tot uitzonderingen.

Niet alleen generieke fabrikanten als Ranbaxy maar ook farmaceuten als Lundbeck en Merck sjoemelen met medicijnen, dit keer niet met de kwaliteit maar met de prijs. Met kunstgrepen verlengen ze de patenten en betalen hun generieke concurrenten om goedkopere varianten niet op de markt te brengen. Volgens het onderzoek betalen wij gemiddeld 20% te

veel voor medicijnen met verlengde patenten. Ik noem dit oplichterij. Gaan wij hier nog iets van terugzien?

Op basis van de indrukwekkende stapel rapporten en evaluaties die voor dit overleg geagendeerd is, is de minister er misschien van overtuigd dat alles op rolletjes loopt in de geneesmiddelensector, maar ik ben dat niet. De overheveling van dure medicijnen naar het ziekenhuis levert wel degelijk problemen op voor de patiënt. Die variëren van het inschakelen van familie om de medicijnen op te halen, van het aanschaffen van koelboxjes voor het vervoer op de fiets, van het betalen van parkeergeld bij het ziekenhuis tot het wisselen van geneesmiddel zodat het ziekenhuis dan goedkoper uit is. Dit laatste is natuurlijk heel ernstig en ik neem aan dat de minister dat met mij eens is. Van alle acute ziekenhuisopnames is 5,6% medicatiegerelateerd. Bijna de helft hiervan – wij hebben het over 19.000 opnames – is te voorkomen. Door overheveling raakt het medicatiedossier van de patiënt versnipperd. Hierdoor zal het aantal fouten in medicijncombinaties toenemen. Uitgaande van de patiëntveiligheid is de overheveling dus helemaal geen goede zaak. Ook in de evaluatie van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening wordt gesteld dat aanzienlijke aantallen patiënten dagelijks knelpunten ervaren. Ik wil graag weten hoe de minister deze knelpunten op korte termijn gaat oplossen. Ik ben blij met het uitstel van verdere overheveling, maar ik wil de minister wel in overweging geven om er helemaal mee te stoppen. Zij geeft aan dat er drie redenen waren om tot overheveling over te gaan: ten eerste om te komen tot eenduidige bekostiging, ten tweede om een besparing te realiseren en ten derde om de kwaliteit te verhogen. Welnu, de besparing is niet gerealiseerd, de kwaliteitsverhoging is niet bereikt en ten aanzien van de bekostiging kunnen wij beter een andere weg inslaan door het onderscheid tussen intramuraal en extramuraal verstrekte geneesmiddelen op te heffen. Ik stel voor dat de minister dit gaat onderzoeken. Bij alle onderzoeken die er lopen, kan dit er nog wel bij.

De overheveling van dure geneesmiddelen is slechts één punt op deze lange agenda. Een ander punt is de kwestie van Pompe en Fabry. Ik wil pleiten voor een ander beoordelingssysteem voor weesgeneesmiddelen. Laten wij niet elk jaar opnieuw discussie voeren over de vraag of een weesgeneesmiddel nu wel of niet vergoed moet worden. De patiënten hebben het al zwaar genoeg. De onzekerheid of ze hun medicijnen wel of niet kunnen blijven gebruiken, komt daar nog eens bovenop. Natuurlijk kosten deze middelen heel veel geld, maar het betreft maar 2% van het totale geneesmiddelenbudget. Laten wij dit voor eens en altijd goed regelen.

De bezuinigingen en het hoge eigen risico gaan hun tol eisen. Mensen zien af van zorg uit financiële overwegingen en medicijnen worden niet afgehaald bij de apotheek. Dit staat toch in schril contrast met alle uitspraken van de minister over verantwoord medicijngebruik en het belang van therapietrouw? Ik wil dan ook niet horen dat de minister dit gaat onderzoeken, ik wil horen hoe zij dit gaat oplossen.

Dan nog een opmerking over illegalen. Het CVZ stelt voor dat illegalen bij de apotheek een eigen bijdrage van € 5 gaan betalen per voorgeschreven medicijn. Dat is een goed voorstel, maar het kan nog veel beter. Zo'n administratieve constructie is namelijk helemaal niet nodig. Laat iedereen gewoon 100% betalen. Waarom moeten wij met ons allen meebetalen aan de zorg voor illegale vreemdelingen? Wanneer komt de minister met een reactie op dit voorstel van het CVZ?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Mevrouw Klever vraagt zich af waarom mensen moeten meebetalen aan geneesmiddelen voor mensen die hier ongedocumenteerd verblijven. Misschien wel omdat in allerlei internationale verdragen is afgesproken dat toegang tot zorg een mensenrecht is. Vindt de PVV dat niet belangrijk?

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik denk dat mevrouw Voortman mij verkeerd begrijpt. Ik heb het niet over de toegang tot zorg, ik heb het over het betalen van zorg. Ik lees: «Illegalen weten vaak dat hun apothekers een onbetaalde rekening kunnen declareren bij het CVZ en zijn daarom niet bereid om deze zelf te betalen.» Wat mij betreft betalen ze hun rekeningen zelf.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik zou graag van mevrouw Klever willen horen waar ongedocumenteerden dan het budget vandaan moeten halen, aangezien ze van de PVV ook niet mogen werken.

Mevrouw **Klever** (PVV): Waar ze dat vandaan moeten halen weet ik niet, daar ga ik niet over. Het gaat mij erom dat illegalen weten dat apothekers het kunnen declareren bij het CVZ en dat ze daarom niet betalen. Wij staan positief tegenover het PvdA-voorstel om het Noorse model toe te passen in Nederland. Wij kijken er met belangstelling naar uit. Tot slot heb ik nog een procedurele opmerking. Ik moet helaas om half drie naar een ander debat, maar ik zal met veel belangstelling kennisnemen van de beantwoording van de vragen.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Ik begin bij het referentiebeleid. Voor het eerst sinds mensenheugenis hadden wij goed nieuws bij de Voorjaarsnota. Immers, voor het eerst sinds jaren is er een «onderschijding» op het zorgbudget. Die wordt voor een groot deel, eigenlijk helemaal, veroorzaakt door het preferentiebeleid en de geneesmiddelenprijzen. Klasse, het beleid begint te werken!

De minister heeft twee verkenners op pad gestuurd. Zij hebben gerapporteerd en de minister heeft daarop gereageerd. Het lijkt de VVD verstandig dat er op een aantal knelpunten bestuurlijk overleg is, bijvoorbeeld over medicatieoverdracht. Wat de VVD betreft moet de minister wel oppassen. Partijen moeten immers hun eigen rol hebben: verzekeraars en apothekers. Voor je het weet, neemt de minister het beleid over. Laat het vooral daar. Misschien kan de minister faciliteren als er knelpunten zijn, maar daar moet het ook bij blijven.

Enkele collega's hebben al iets gezegd over de overheveling van dure geneesmiddelen. Kan de minister reageren op de opmerkingen van Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening? Volgens deze stichting krijgen mensen soms onterecht, om niet-medische redenen, een ander geneesmiddel voorgeschreven. Er zijn ook signalen dat de medicatieoverdracht niet goed verloopt. Kan de minister hierop reageren? Tegelijkertijd stel ik vast dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU zeggen dat het wel goed gaat. Hoe zit het precies? Kan de minister ook ingaan op de vraag wat die overheveling inmiddels heeft opgeleverd in financiële termen? Afgelopen vrijdag waren wij met onze fractie in Hardenberg, Vechtdal, waar een experiment loopt. Wij hoorden dat het risico van dure geneesmiddelen is dat in ziekenhuizen die extra patiënten krijgen omdat ze goede zorg leveren, het geld ineens op kan zijn en er een patiëntenstop moet ontstaan. Hoe groot is dat risico volgens de minister? Ik sluit mij aan bij de vraag van collega Bruins Slot over het off-labelgebruik. Als je steeds meer off-label voorschrijft, hoeft de fabrikant geen onderzoekskosten te maken en ligt een prijsdaling, op welke manier dan ook, niet voor de hand.

Ik kom op de voorwaardelijke toelating. In theorie is dat een goed systeem. Je laat een nieuw medicijn toe en bekijkt tijdens de toelatingsperiode vier jaar lang of het medicijn werkt. Als het werkt, laat je het definitief toe en als het niet werkt, verwijder je het weer. Van de fabrikanten horen wij dat het lang duurt voordat de voorwaardelijke toelating begint. Het CVZ doet daar lang over; volgens de fabrikanten te lang. Kan de minister aangeven of zij dit beeld herkent en, zo ja, hoe dat kan en vooral hoe dit opgelost kan worden? Collega's wezen al op de exitstra-

tegie. Het is heel lastig om een middel dat eenmaal is toegelaten weer van de markt af te halen.

Wij kregen het fiche richtlijn toelating geneesmiddelen. Dat gaat over de toelatingsprocedure voor nieuwe geneesmiddelen. De VVD is eens met de inzet van het kabinet. Wat is de stand van zaken in dezen? Nederland kan wel wat vinden, maar wat vinden andere landen?

Ik kom op de geneesmiddelen in verband met Pompe en Fabry. De minister zou overleggen met de fabrikanten. Kan zij hierover al iets melden? Er staan nog meer middelen op de lijst om herbeoordeeld te worden, middelen à la die tegen Pompe en Fabry. Kan de minister zeggen hoe het daarmee staat?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik verbaas me toch wel over de inbreng van de VVD. De VVD ontwikkelt wel vaker belangrijke discussiepunten. Ik wil de beheersing van de prijzen voor geneesmiddelen aan de orde stellen. Wat vindt de VVD-fractie van de motie die is ingediend door de heer Van der Veen (29 248, nr. 138) en die is gesteund door de VVD en alle andere partijen, met uitzondering van D66, om de Wet geneesmiddelenprijzen aan te scherpen naar Noors model?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Is die motie ook ingediend door de VVD?

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

De heer **Anne Mulder** (VVD): Door de heer Zijlstra zeker? Die hebben wij voor straf staatssecretaris gemaakt, dat weet u. Het gaat erom of die wet geld oplevert. Na die motie is er een rapport verschenen van ConQuaestor. Wij zijn benieuwd naar de som die de heer Kuzu voor ons gaat maken. Ik gaf zo-even al het voorbeeld van het Plein. Je kunt de maximumprijs wel verlagen, maar als de prijs daar al onder zit, levert een verlaging van de maximumprijs niets op. Wij zijn dan ook zeer benieuwd of de som klopt – de heer Kuzu zal die vast goed maken – en wat het effect is op de introductie van nieuwe geneesmiddelen in Nederland. Immers, als je laag zit met je prijs, kunnen fabrikanten zeggen: wij stellen Nederland uit of wij doen Nederland helemaal niet. Dan gaan mensen die het kunnen betalen naar het buitenland. Die twee vragen zien wij graag beantwoord in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel. Op basis daarvan maken wij onze mind op bij een eventuele stemming.

De heer **Van Gerven** (SP): ConQuaestor heeft glashard aangetoond dat een besparing van 7% tot 10% mogelijk is. Ik wil nog iets voorleggen. Bayer. 8 miljard winst. MSD. 12 miljard winst. Novartis. 7 miljard winst. Sanovit. 8 miljard winst. Roche. 8 miljard winst over 2012. De miljarden gaan allemaal naar aandeelhouders of naar anderen. Is het dan niet reëel om iets te doen aan die absurde prijsstelling voor geneesmiddelen, zodat wij een fatsoenlijke prijs betalen? Wij kunnen het geld beter besteden, bijvoorbeeld aan een verlaging van het eigen risico, zoals de SP voorstelt.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Daarover zijn we het eens. Als je de geneesmiddelenprijs omlaag weet te krijgen – dat is met het preferentie-beleid ook gebeurd – moet je dat doen. Ik vraag dan ook indringend naar de rekensom van de heer Kuzu. Als het inderdaad iets oplevert – de meningen zijn hierover verdeeld – kan het een goed wetsvoorstel zijn. Wij zijn er op zich dan ook voor, maar wij willen wel graag de rekensom zien.

De heer **Van Gerven** (SP): Dan mag ik concluderen dat er geen principiële bezwaren bestaan bij de VVD-fractie, maar dat het haar vooral gaat om de effectiviteit van de Wet geneesmiddelenprijzen. Ik denk dat wij dan een grote Kamermeerderheid hebben. Ik wacht met belangstelling de reactie van D66 op dit punt af.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik vraag indringend naar die berekeningen, maar de heer Van Gerven heeft die niet nodig; hij denkt gewoon dat het klopt. Laten wij een en ander afwachten en daarna het debat voeren. Ik denk dat de druk op de heer Kuzu om een heel goede som te maken, wel sterk toeneemt.

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik voel die druk wel. Ik ga mijn best doen op die rekensom. In het rapport van ConQuaestor staat al dat je op spécialités 7% kunt besparen. In dit onderzoek is uitgegaan van het Noorse model en het gemiddelde van negen referentielanden. Als ConQuaestor was uitgegaan van de drie goedkoopste landen, zou onze rekensom overbodig zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het personeelsbeleid van de VVD-fractie indachtig hoop ik dat de heer Mulder ook ooit staatssecretaris wordt. Mijn vraag gaat echter over ...

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman, u mag geen vraag stellen. Aan het begin van de vergadering hebben wij twee interrupties toegestaan. U bent nu aan het woord in verband met uw eigen inbreng.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb maar één keer geïnterrupteerd.

De **voorzitter**: Nee, ik kan goed tellen, en de griffier ook. U mag nu beginnen aan uw bijdrage.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): U hebt gelijk. Ik zou wel willen weten wat de VVD vindt van het PVV-voorstel om ongedocumenteerden voor hun medicijnen te laten betalen, maar dan moet de VVD wel getriggerd worden om hierover een opmerking te maken. Dat kan alleen als de VVD daartoe zelf bereid is.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik had die vraag willen stellen bij het AO Zorgverzekeringspakket. De PVV is dus net twee weken snel; waarvoor complimenten, trouwens.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat vat ik dan maar zo op dat de VVD het voorstel van de PVV steunt, en dat vind ik jammer. Voorzitter. Afgelopen week werd bekend dat de Europese Commissie diverse farmaceuten een boete oplegt omdat ze via afspraken met concurrenten de toegang van generieke medicijnen tot de markt vertragen of zelfs medicijnen opkopen en vernietigen, waardoor soms wel 20% te veel betaald wordt voor een medicijn. Dit is één bericht uit een serie berichten over hoge medicijnkosten, overmedicatie en oneerlijke concurrentie. De farmaceutische industrie heeft een belangrijke maatschappelijke taak en daar werkt zij ook aan. Waar wij allemaal willen dat de maatschappelijke rol vooropstaat, is deze echter helaas te vaak ondergeschikt aan het financiële belang, met alle gevolgen voor de beschikbaarheid van medicijnen en de kosten van de gezondheidszorg van dien. Aanhoudende signalen waren voor mijn fractie reden om met de commissie voor VWS in januari een hoorzitting te houden. Deze leverde veel interessante voorstellen en inzichten op. Het is jammer dat de minister nog niet is toegekomen aan de beantwoording van de vragen uit de Kamer.

Wat GroenLinks betreft moet zeker in de farmaceutische zorg het maatschappelijk belang voor financieel gewin gaan. Niet langer moet het vergroten van de omzet of het garanderen van een exclusieve marktpositie centraal staan. Wij moeten naar een systeem waarin farmaceuten beloond worden voor hun bijdrage aan het oplossen van een gezondheidsprobleem, zoals Nobelprijswinnaar Joseph Stiglitz bedacht heeft. Is

de minister bereid om te bekijken of en, zo ja, welke stappen wij hiertoe kunnen zetten in Nederlands en in Europees verband? Het moge duidelijk zijn dat wij op nationaal niveau veel kunnen willen, maar dat de wereld van de farmaceutische industrie grensoverschrijdend werkt. Wat GroenLinks betreft moet er nog meer Europese samenwerking komen om te werken aan een betere regulering van de farmaceutische industrie. De boete die de Europese Commissie op zal leggen, is een begin. Wat ons betreft mag de Europese Commissie meer mankracht zetten op het opsporen en beboeten van farmaceutische bedrijven die de fout ingaan. Is de minister bereid, zich hiervoor in Europa hard te maken? Is zij bereid om te bekijken of het mogelijk is dat medicijnen in Europees verband ontwikkeld worden?

De tekorten aan medicijnen worden steeds nijpender. Dankzij oplossingen van een overwegend informele schil van organisaties en apothekers hebben de tekorten nog niet tot problemen voor patiënten geleid. Dat er wat moet gebeuren is echter duidelijk. Mede naar aanleiding van het IVM-onderzoek volgt nog voor de zomer een plan van aanpak. Wij wachten met spanning af en hopen op structurele oplossingen. Nederland zou geen aantrekkelijke markt zijn vanwege het relatief lage inwonertal, maar ook vanwege de lage geneesmiddelenprijzen. Het mag duidelijk zijn dat GroenLinks dit geen goede reden vindt om Nederland dan maar links te laten liggen, maar het betekent wel dat de oplossingen nog meer dan nu in Europees verband gezocht moeten worden. De minister zegt Europese samenwerking op te zoeken. Kan zij al een tipje van de sluier oplichten: hoe ziet zij dit voor zich? Is zij ook bereid te pleiten voor meer samenwerking bij onderzoek naar en inkoop van dure geneesmiddelen voor kleine populaties patiënten? Wil de minister het initiatief nemen tot onderling afgestemde registraties in heel Europa van weesgeneesmiddelen, zodat onderzoek naar geneesmiddelen voor zeldzame ziektes bespoedigd kan worden?

Na de TNF-alfaremmers wil de minister meer geneesmiddelen overhevelen naar het ziekenhuisbudget. De bevindingen van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening zijn niet mals. Ze zijn inderdaad een goede reden om verdere overheveling uit te stellen. Maar is uitstel genoeg? Is de minister bereid om, zoals de stichting aanbeveelt, aan te dringen op transparantie over de besteding van de budgettophging voor de overheveling van TNF-alfaremmers en te bezien hoe de financiering in de toekomst beter kan?

De minister wil bepaalde extramurale geneesmiddelen voorwaardelijk toelaten tot het pakket zodat ze al wel beschikbaar komen en ondertussen onderzocht kan worden of ze definitief toegelaten kunnen worden. Ik vind dat de minister in de tussentijd ook moet bezien op welke manier de prijzen van de medicijnen naar beneden kunnen. Wat denkt zij ervan om, net als in Duitsland, farmaceutische bedrijven een jaar de tijd te geven om de meerwaarde van een nieuw medicijn aan te tonen en ze voor de bekostiging onder de groep generieke geneesmiddelen te laten vallen als ze daarin niet slagen? Dat betekent dat het laatste woord over de prijs van een medicijn aan een onafhankelijke, door de overheid ingestelde commissie is. Is de minister bereid te onderzoeken of zo'n systeem ook in Nederland is in te voeren?

Als er meer transparantie is over de prijsopbouw van geneesmiddelen en over de investeringen in onderzoek en marketing, kan er minder makkelijk een overwaarde gevraagd worden die maatschappelijk onverantwoord is en ontstaat er ook meer begrip voor de vaak terecht hoge prijs van medicijnen. Farmaceutische bedrijven zeggen deze transparantie niet te kunnen bieden vanwege de internationale concurrerende markt waarop zij zich begeven. De minister schrijft zelf in antwoord op vragen over het project Borging continuïteit geneesmiddelen dat het haar beter lijkt als de morele verplichting en publieke druk leiden tot meer transparantie over de wijze waarop de industrie komt tot de vaststelling van prijzen voor

geneesmiddelen, waardoor er meer duidelijkheid komt over niet alleen de bedrijfsmaatschappelijke maar ook verantwoorde prijsstelling. Maar welke rol ziet de minister hierin voor zichzelf weggelegd?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. De geneesmiddelenmarkt is in beweging. Enerzijds zijn er de positieve effecten van het referentiebeleid, anderzijds zijn er de zorgen over bijvoorbeeld de beschikbaarheid, de rol van de apothekers en de overheveling van de dure geneesmiddelen. Wij horen het steeds vaker, geneesmiddelen zijn niet voorradig. Apothekers luiden dan ook de noodklok. De schade blijft tot nu toe beperkt, maar soms zijn er buitengewoon nare gevallen, zoals een tekort aan vloeibaar antibioticum voor kinderen die moeilijk tabletten slikken. De redenen zijn vaak divers en complex, maar dat er een oplossing moet komen, is duidelijk. De minister heeft toegezegd ons te informeren over een aanpak op de korte en de lange termijn. Ik hoor graag wat de laatste ontwikkelingen zijn. De minister heeft een plan van aanpak beloofd. Kan zij hierover al iets melden? Zij zou er in de loop van 2013 mee komen. Wij zijn nu op de helft en dus kan ik mij voorstellen dat de minister ons inmiddels al iets meer kan vertellen. D66 ziet in dat plan van aanpak ook graag aandacht voor best practices uit andere landen. Geneesmiddelentekorten zijn een internationaal probleem, dus leren wij graag van andere landen. Ik vind het een goede zaak dat de minister geneesmiddelentekorten in Europees verband wil aanpakken. Wat is de laatste stand van zaken in dezen? Heeft de minister al gesprekken gevoerd? Zo nee, wanneer doet zij dat dan?

Het is al door meer sprekers gezegd, er zijn problemen met de toelating van nieuwe geneesmiddelen. In 2012 is er een nieuwe regeling voor voorwaardelijke toelating ingevoerd. Ik lees echter dat het proces niet versnelt en ik ontvang hierop graag een reactie van de minister. Herkent zij dit en, zo ja, wat doet zij eraan?

Ik was blij met het onderzoek van de verkenner naar de vrije prijzen in de extramurale farmaceutische zorg. Hun conclusies zijn duidelijk. Nederland bespaart jaarlijks veel geld met het preferentiebeleid en met de vrije onderhandelingen tussen apothekers en zorgverzekeraars. Patiënten zijn over het algemeen tevreden, wat ik heel belangrijk vind. Echter, niet iedereen is altijd tevreden. Met name apothekers vinden dat ze in de hoek zitten waar de klappen vallen. De toenemende werkdruk, ook bij de assistenten, wordt vaak als probleem ervaren. De minister verwijst naar aanbevelingen uit oude rapporten uit 2006 en 2009, maar is zij door het rapport van de verkenner tot de conclusie gekomen dat hier meer moet gebeuren?

Wij hebben al vaker gesproken over de vergoeding van patiëntenzorg aan de apotheek en over de rol van de apotheker hierin. De minister zegt: je kunt het zowel de zorgverzekeraars als de apothekers verwijten dat het niet goed loopt. Zij gaat hierover in gesprek en ik zou graag willen weten wat haar inzet is. Het is goed om te zien dat de minister het advies van de verkenner opvolgt en periodiek overleg gaat voeren met de betrokken partijen. Ik vraag haar om hierover een terugkoppeling naar de Kamer te sturen. Kan zij dat toezeggen?

De NZa heeft in het overgangsjaar 2012 de financiële positie van de apothekers niet doorgelicht. Ook de verkenner gaven aan dat het moeilijk is om aan die informatie te komen. Dat lijkt mij lastig, want juist apothekers zijn cruciaal om de huidige problemen te begrijpen. De NZa heeft een onderzoek naar de financiële positie van apothekers toegezegd. Is dit een extra onderzoek of gaat het om een reguliere marktscan over 2013? Wat is eigenlijk het beeld van de minister over deze situatie: welke signalen ontvangt zij over de financiële positie van apothekers?

De overheveling van dure geneesmiddelen naar ziekenhuizen verloopt niet goed, zoals al eerder is opgemerkt. Ik verwijs naar het rapport van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening. De continuïteit van zorg is

in het gedrang. Ik sluit mij aan bij de vragen die hierover zijn gesteld en ik wil graag een reactie van de minister. Wat doet zij om de knelpunten weg te nemen? Ik sluit mij vooral aan bij de opmerking van de heer Mulder dat het ook belangrijk is om te kijken naar de toereikendheid van het budget van ziekenhuizen waar vanwege specialistische zorg of extra kwaliteit van zorg een grote patiëntengroep naartoe gaat. Dan wordt er een groot beroep gedaan op het budget.

Ik kom op het plan van de PvdA over een aanpassing van de Geneesmiddelenwet.

De heer Van Gerven zei hierover: D66 heeft indertijd als enige niet voor de motie gestemd. Hij wilde graag weten wat D66 nu vindt. Ik ben erg benieuwd naar het standpunt van de minister. In 2010 is de motie-Van der Veen/Leijten ingediend. Als ik het mij goed herinner, was dat nog onder de voorganger van minister Schippers: minister Klink. Onze afweging was als volgt. Als je de laagste prijzen als referentie neemt, hebben de landen die nu afhankelijk zijn van lage prijzen, een probleem. Als je uitgaat van een Europees gemiddelde, gaat voor ons de prijs dan misschien wel omlaag, maar voor andere landen gaat die omhoog. Ik ben benieuwd wat de minister hierop zegt. Indertijd was onze afweging dat de opbrengst van de besparing niet voldoende was en dat de solidariteit met armere landen onder druk kwam te staan. Daarom hebben wij niet voor de motie gestemd. Ook nu laat ik de beoordeling van het voorstel van de PvdA afhangen van de vraag wat het daadwerkelijk oplevert – ook D66 is voortdurend op zoek naar een manier om de prijzen van geneesmiddelen te beperken – maar ...

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra, nu gaat het toch mis.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik reageerde ook op een interruptie. Ik sluit mijn bijdrage hiermee af en wacht de reactie van de heer Van Gerven af.

De **voorzitter**: Daarmee komen we aan het einde van de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 14.00 uur tot 14.15 uur geschorst.

De **voorzitter**: Voordat ik het woord geef aan minister Schippers herinner ik u eraan dat wij twee interrupties per spreker hebben afgesproken.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er zijn ontzettend veel vragen gesteld, en dat begrijp ik ook wel. Immers, als er een veld in beweging is, dan is het wel het geneesmiddelenveld. Dat konden wij ook al zien aan het aantal stukken op de agenda: zo'n twintig. Ik heb voor ieder stuk iemand meegenomen die daar veel verstand van heeft. Niet alleen aan het aantal stukken maar ook aan het aantal vragen kun je aflezen dat er veel in beweging is. Ik moet ook zeggen dat heel veel beleid uiteindelijk ook zichtbaar succes oplevert. Dat is iets waar wij heel tevreden mee kunnen zijn.

Gisteren is er een bestuurlijk overleg geweest. Helaas was ik daar zelf niet bij. Ik ben wel vervangen in dat overleg. Het was een belangrijk overleg, een overleg uit de aanbevelingen van de verkenner. Zij hebben aangeraden om periodiek rond de tafel te gaan zitten om te bezien wat de knelpunten zijn, knelpunten die door iedereen als zodanig worden ervaren, en wat de toekomstvisie is. Denken de verschillende partijen daar hetzelfde over? Het doet mij zeer deugd dat de toekomstvisie over een wenselijke situatie door de verschillende partijen werd gedeeld. Dat is heel belangrijk als je samen stappen wilt zetten. Het is dus een geslaagd overleg geweest. Wij zullen dat ook periodiek herhalen.

Ik heb een heel lang verhaal, maar ik zal dat niet afsteken omdat ik zo veel vragen heb gekregen. Wel wil ik een paar algemene opmerkingen maken.

Dan kom ik daarna aan de specifieke vragen toe. Een daarvan is de voorwaardelijke pakkettoelating. Waarom doen wij dat eigenlijk? Dat doen wij om artsen en met name patiënten snel toegang te geven tot nieuwe geneesmiddelen die beter zijn dan bestaande of in ieder geval die belofte in zich dragen. Zodra een duur specialistisch geneesmiddel op de markt wordt toegelaten, zijn de werkzaamheid en de veiligheid wel vastgesteld. Het is niet zo dat alle geneesmiddelen maar gewoon op de markt kunnen komen in Nederland. Daar hebben wij het CBG voor. Het college stelt dit vast. Vaak is echter nog onvoldoende bekend is of het middel beter is dan bestaande. Het is dus ook niet zeker of het vaak duurdere nieuwe geneesmiddel de investering van het zorggeld waard is. Daarom laat ik deze geneesmiddelen voorwaardelijk en tijdelijk toe tot het pakket in afwachting van een aanvullend praktijkonderzoek naar de kosten en de baten. Op dit moment zijn ongeveer 40 geneesmiddelen voorwaardelijk toegelaten. De komende jaren komen al deze geneespakkettoetsing. Als een geneesmiddel na een voorwaardelijk traject door het CVZ beoordeeld wordt als niet-effectief, stroomt het automatisch uit het pakket. Na een voorwaardelijk traject kan ook blijken dat de hoge prijs niet wordt gerechtvaardigd, maar dat het middel wel betere behandeluitkomsten biedt. Het geneesmiddel is dan niet kosteneffectief en kan dan niet tegen die kosten in het pakket blijven. Dan zijn er verschillende opties. Het kan uit het pakket gehaald worden. Een alternatief is dat de fabrikant de prijs verlaagt via een financieel arrangement, zodat enerzijds de patiënten-toegang tot het effectieve geneesmiddel toch geborgd is en anderzijds, heel belangrijk, de uitgaven beheersbaar blijven. Die arrangementen kan ik ook toepassen bij nieuwe geneesmiddelen die leiden tot extreem hoge meerkosten. Dat kan al direct bij opname in het pakket. Zo heb ik onlangs een prijs- en volumeafpraak gemaakt met fabrikanten van de nieuwe antistollingsmedicatie als voorwaarde voor opname in het pakket. Wij hebben hierover al eerder gesproken in de Kamer. Wij zijn ook bezig met de geneesmiddelen voor Pompe en Fabry. Daarover kan ik verder nog geen mededelingen doen. Deze nieuwe instrumenten moeten eraan bijdragen dat enerzijds de patiënt een snellere toegang krijgt tot nieuwe innovaties die voor hem enorm belangrijk kunnen zijn, en anderzijds de uitgaven in de klauwen worden gehouden.

Ik kom bij het algemene stuk over de overheveling van specialistische geneesmiddelen. Deze overheveling is niet zonder reden ingezet. Wij wilden een dubbele aanspraak voorkomen, dus zowel extramuraal als via het ziekenhuis. Wij wilden de gehele regie over de behandeling met specialistische geneesmiddelen bij het ziekenhuis neerleggen en een doelmatige inzet en inkoop van geneesmiddelen bevorderen. Ik heb wel besloten die overheveling te temporiseren en per 1 januari 2014 alleen de fertiliteitshormonen over te hevelen. Tot dit besluit ben ik gekomen door het rapport van de NVZ en de NFU. Hierin wordt het principe van overheveling gesteund, maar om uitvoeringstechnische redenen wordt gepleit voor matiging van het tempo. In de evaluatie van de Stichting Eerlijke Geneesmiddelenvoorziening – velen refereerden er al aan – worden ook zorgen geuit over mogelijk switchgedrag en over de medicatieoverdracht. Een aantal sprekers vroeg hoe een goede medicatie-overdracht bevorderd kan worden. Daar hebben wij een heel simpele oplossing voor: een elektronisch patiëntendossier.

Ik kies voor temporiseren, maar op zich is het principe belangrijk. Ik denk dat wij er opbrengsten van kunnen verwachten in de toekomst. De overheveling naar ziekenhuizen moet wel doorgezet worden. Als het veld echter knelpunten signaleert, moeten wij deze eerst oplossen, in gezamenlijkheid. Als het veld gemotiveerd vraagt om te temporiseren en als dit ook gesteund wordt door een onafhankelijke monitoring, dan moeten wij dat ook doen. Wij zijn momenteel bezig met het oplossen van de knelpunten op het gebied van medicatieoverdracht en mogelijk switchgedrag. Door alle partijen is de richtlijn overdracht van medicatie-

gegevens ondertekend. Ik verwacht dan ook dat het veld deze richtlijn naleeft. Ook met betrekking tot de overheveling van de fertiliteitshormonen zal ik voorzien in een monitoringstraject.

Het is ontzettend belangrijk dat wij de continuïteit van geneesmiddelen in de toekomst voldoende kunnen waarborgen. Proactief handelen is dan ook noodzakelijk. Wij zijn al geruime tijd bezig met het in kaart brengen van dit probleem. Vervolgens zullen wij een plan van aanpak maken. Zo'n aanpak moet niet alleen op nationaal niveau maar ook op internationaal niveau gebeuren, in ieder geval op Europees niveau. Er is namelijk niet één partij die de beschikbaarheidsproblemen kan oplossen. Het is dan ook goed dat alle betrokken partijen gezamenlijk naar oplossingen zoeken. Een helder kader voor communicatie en samenwerking, en betrokkenheid van alle partijen zijn noodzakelijk bij het zoeken naar oplossingen en het voorkomen van geneesmiddelentekorten. Voor de zomer ontvangt de Kamer van mij een plan van aanpak waarin ik aangeef hoe ik dit ga vormgeven.

Mevrouw Bruins Slot refereerde aan het aantal enthousiaste berichten dat binnenkomt op ons meldpunt verspilling. Het is iets genuanceerder, ongeveer 80% is een echte melding. Dat is nog heel veel. Ik vind het zeer te waarderen dat al deze mensen zo veel moeite doen om hun verspilingsdingen te melden. Een van de zaken die het meest voor het voetlicht worden gebracht, gedurende langere tijd, is het terugbrengen van geneesmiddelen. Ik herinner mij dat ik als Kamerlid daarover ook menige vraag heb gesteld. Dit zijn echt dingen die ergerlijk zijn omdat er geen progressie zit in de oplossing. Wij zien allemaal het probleem, iedereen ergert zich eraan, maar hoe gaan wij dit oplossen? Dat is het idee van het meldpunt verspilling. Mensen maken melding en wij gaan aan de slag. Wij zijn van start gegaan met genees- en hulpmiddelen en langdurige zorg. Na de zomer komt daar medisch-specialistische zorg en ggz bij. Voor de eerste twee zaken waarmee wij van start zijn gegaan is er een backoffice. Er komen meldingen binnen. Je kiest er een aantal uit en daarmee ga je aan de slag. Bij wie ligt het probleem: bij de wet- en regelgever, de apotheker of de zorgverzekeraar? Al die partijen zijn betrokken bij de backoffice. Het probleem wordt omschreven. Vervolgens wordt bedacht wat er gedaan moet worden om het op te lossen, wie verantwoordelijk is en wanneer het opgelost moet zijn. Ik zal de Kamer hierover periodiek rapporteren, zodat zij mee kan kijken. Soms zijn problemen complex. Dan kunnen ze misschien in stukjes geknipt worden. Ergernissen – twee jaar geleden heeft een apothekersassistente met het sealen nota bene nog een prijs gewonnen – moeten wij aanpakken. Het is de bedoeling dat wij er ook echt een gevolg aan geven. Ik zal de Kamer van de voortgang en de gekozen aanpak op de hoogte houden. Ik wil nu overgaan tot het beantwoorden van de vele vragen. De heer Van Gerven vroeg mij of Valdoxan van mij van de markt moet. Ik ken deze specifieke casus niet. Dat hoeft ook niet, omdat ik hierover niet beslis. Wij hebben in dezen verschillende geneesmiddelen langs zien komen. Verschillende malen heb ik aangegeven dat het CBG hierover beslist, meestal in overleg met andere lidstaten. De minister beslist hier niet over, dat is uitbesteed aan mensen die er echt verstand van hebben, de deskundigen.

Kunnen wij de CBG-leden niet een kortere termijn geven, bijvoorbeeld acht jaar? De collegeleden worden nu benoemd voor vier jaar. Die termijn kan na afloop verlengd worden. De laatste twee jaar is een kwart van de leden vervangen. Er is dus wel degelijk doorstroom. Er moet een mix zijn van continuïteit, deskundigheid en doorstroom, eigenlijk net zoals het in de Kamer prettig is dat sommige leden niet na acht jaar definitief weggaan, maar pas na twaalf of zestien jaar. Dat behoudt je het collectieve geheugen in zo'n commissie.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Namen?

Minister **Schippers**: Ik herken deze discussie van verschillende politieke partijen. Vaak is er sprake van een mix. Je moet oog hebben voor doorstroom, maar alleen doorstroom is ook niet goed. Het CBG probeert dit zorgvuldig te doen. De gemiddelde zittingstermijn is tien jaar. Met de huidige doorstroom – een kwart van de leden wordt in twee jaar vervangen – lijkt mij dat geen probleem.

Ben ik het ermee eens dat CBG-leden onafhankelijk moeten zijn? Daar ben ik het geheel mee eens. De wet en de gedragscodes zorgen daar ook voor. De CBG-leden voldoen aan alle regels. Hierover is volledige transparantie. Hoe verklaar ik de verschillende conclusies in de rapporten van ConQuaestor? Als je onderzoek doet of een rapport schrijft ...

De heer **Van Gerven** (SP): Nog even over het vorige punt. De vergelijking die de minister met Kamerleden maakt gaat helemaal niet op. Het gaat erom wat het CBG concreet doet en of het voldoende onafhankelijk en voldoende scherp is. Ik heb een aantal voorbeelden gegeven. Volgens het Geneesmiddelenbulletin is Valdoxan een gevaarlijk geneesmiddel dat per direct van de markt moet worden gehaald. Het CBG kan daartoe besluiten. Ik snap dat de minister niet kan zeggen: luister, dat middel moet van de markt. Dan zou zij immers aan politieke beïnvloeding van het CBG doen. Ik constateer dit echter. Er zijn patiënten overleden. Er zijn leverontstekingen, alvleesklierontstekingen. Wat doet het CBG? Men publiceert een document van Servier. Wat is dit? Onderzoek dit beter. Ik heb voorbeelden gegeven uit Frankrijk en België, waar de toezichthoudende autoriteiten wel een middel van de markt hebben gehaald. De Diane-kwestie is door Frankrijk op de agenda gezet. Waarom doet het CBG dat niet? Het oudste lid zit al 25 jaar bij het CBG. Ik heb al eens gezegd dat het daar qua zittingsduur iets weg heeft van het Politbureau in China. Moet dat CBG-bestuur niet eens ververst worden? Moet ook de onafhankelijkheid van het CBG niet beter geborgd worden, in de zin dat er geen sprake mag zijn van banden met de industrie, daar het om miljarden euro's gaat?

Minister **Schippers**: Het is van belang dat er transparantie is. Het is ook van belang dat er in het college kennis zit en dat er dus niet alleen mensen in zitten die nooit iets voor de farmaceutische industrie hebben gedaan. Ik vind wel dat het transparant moet zijn. Natuurlijk gaat iedere vergelijking in zekere zin mank, maar je maakt die om aan te geven dat enige continuïteit van belang is voor zo'n belangrijk college als het CBG. De heer Van Gerven kan dan wellicht zeggen dat onze toezichthouder het niet goed doet omdat Frankrijk de Diane-pil tijdelijk van de markt heeft gehaald. Welnu, daarover is de stemming in Europa 26 tegen 1. Dan kun je zeggen dat het CBG een van die 26 is en het daarom goed doet, maar je kunt je dan tegelijkertijd afvragen waarom die ene zo afwijkend is. Ik heb in ieder geval geen enkele reden om aan de deskundigheid van het CBG te twijfelen. Ik vind ook dat we het goed hebben geregeld ten aanzien van transparantie en ten aanzien van wie er in dat college zitten en wat ze wel en niet mogen. Het is onderhand gangbaar aan het worden dat ik bijna over ieder geneesmiddel wordt bevraagd of ik het niet acuut van de markt wil halen. Welnu, we hebben daar een college voor. Daar zitten mensen in die er daadwerkelijk kennis van hebben en die in een Europees netwerk zitten en derhalve heel veel van deze zaken op Europees niveau bespreken met andere colleges die hetzelfde werk doen. Dat zijn grondige en deugdelijke procedures.

De heer **Van Gerven** (SP): Het probleem is niet dat de kennis er niet is. Die is er wel degelijk. De vraag is alleen wat ze met die kennis doen. De Diane-pil heeft twee keer zo veel bijwerkingen als het gaat om trombose en potentieel overlijden dan even goede alternatieven. Dat interpreteert het CBG echter niet als voldoende reden om dat middel van de markt te halen. De vraag is dan ook hoe we ervoor kunnen zorgen dat het CBG zich

gaat gedragen als een echt pitbull, een echte waakhond wat betreft de veiligheid van de mensen die deze pillen moeten slikken. Daarom heb ik de zittingsduur genoemd; sommige leden zitten er al heel lang. Daarnaast heb ik gewezen op de onafhankelijkheid. In feite zijn dat de twee knoppen waar je aan kunt draaien om van dat CBG een scherp en goed college te maken. Ik weet namelijk in welke belangenwereld het moet opereren en hoe ingewikkeld dat is. Is de minister bereid die twee punten opnieuw tegen het licht te houden en met voorstellen daarover te komen? Anders overweeg ik daarover een uitspraak aan de Kamer voor te leggen.

Minister **Schippers**: Daar ga ik niet over. Dat moet u zelf beoordelen. Wat het CBG doet is, is «risk benefit»-afwegingen maken. Wat de heer Van Gerven doet is risico's benoemen. Ieder geneesmiddel kent risico's. Bij een aantal geneesmiddelen is het zelfs heel erg belangrijk dat je bepaalde dingen niet of wel doet en je er een bepaalde manier van omgang mee hebt, in de zin van: wanneer slik je ze, hoe slik je ze et cetera? Aan ieder geneesmiddel zitten risico's. Daarbij is altijd sprake van de afweging of de risico's opwegen tegen de baten die de patiënten ervan hebben. Dat is de corebusiness van het CBG. De heer Van Gerven zit daar anders in, maar ik vind het ook van belang dat we in dit land nog geneesmiddelen hebben. Daar zitten soms risico's aan en die moeten we dan minimaliseren. Tot nu toe heb ik geen aanleiding om te zeggen dat dit college niet goed functioneert.

De **voorzitter**: Nee, mijnheer Van Gerven, niet meer. U hebt nu drie keer ongeveer dezelfde vraag gesteld en de minister is ook vrij duidelijk in haar antwoord.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb twee keer geïnterrupteerd en ik vind het niet goed als de voorzitter steeds kwalificerende opmerkingen maakt over mijn interrupties.

De **voorzitter**: Ik maak geen kwalificerende opmerkingen. Ik concludeer dat u gebruikmaakt van uw recht om vragen te stellen, maar ik hoop dan wel dat u tegelijkertijd accepteert dat de minister de antwoorden geeft die zij geeft.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat accepteer ik volledig, maar dan wil ik daar nog wel graag een slotopmerking over maken.

De **voorzitter**: Dit wordt dan ook echt een slotopmerking.

De heer **Van Gerven** (SP): Het punt is het volgende. Je hebt de Diane-pil en middel A en die zijn beide even effectief. Alleen, die Diane-pil heeft bijwerkingen en is dus gevaarlijker. Waarom zou je het dan op de markt laten? Het is niet zo dat wij mensen middelen willen onthouden die deugdelijk zijn, maar het is wel van belang om gevaarlijke middelen van de markt te halen. Die afweging zou ik maken als ik lid was van het CBG. Die afweging maakt het CBG echter niet, hetgeen ik zeer betreurenswaardig en merkwaardig vind.

Minister **Schippers**: Het kan zijn dat u een andere afweging maakt dan het CBG. We leven in een vrij land, dus dat is uw goed recht. Ik constateer alleen dat 26 landen dezelfde afweging maken en dat één land een andere afweging maakt. Blijkbaar heeft Diane-35 voor de patiëntengroep waar het medicijn ook daadwerkelijk voor bedoeld is, een benefit, waardoor men oordeelt dat het toch belangrijk is dat dit medicijn beschikbaar blijft voor die groep.

Wat betreft het rapport van ConQuaestor nog het volgende. Bij überhaupt elk rapport of onderzoek is er altijd sprake van een concept dat vervolgens

weer afwijkt van het volgende concept. Anders heb je namelijk geen twee, drie of zes concepten nodig, afhankelijk van hoe lang zo'n studie duurt. Dus ik kan mij best wel voorstellen dat er van het ConQuaestor-rapport verschillende concepten zijn. Ik lees alleen het laatste concept, namelijk het concept dat wordt vastgesteld. Anders is het niet te doen op mijn positie. Dat is dan het advies dat ik krijg. Blijkbaar is dat het beste dat men op dat moment heeft kunnen bedenken.

Dan kom ik te spreken over de Wgp. Er is hierbij heel duidelijk sprake van een papieren werkelijkheid en een praktijkwerkelijkheid. En die papieren werkelijkheid is de Wgp. Het gaat daarbij om maximumprijzen. We zien echter dat de prijzen die in Nederland gedeclareerd worden, niet de Wgp-prijzen zijn, maar prijzen die daaronder zitten. Je kunt de papieren werkelijkheid wel aanpassen, in de zin dat de fictieve prijs bijvoorbeeld van vier naar drie gaat maar als je al twee betaalt, haal je daar niets mee op. Dat geldt zeker niet, als er een overheveling is van extramuraal naar intramuraal waar het gaat om de ziekenhuizen. Als je hier de prijs verlaagt waarbij je van tien landen de drie laagste prijzen neemt en je dus wat betreft de fictieve euro zakt qua prijs, ontstaat de situatie dat wij er niets van merken – wij hadden namelijk al een andere praktijkwerkelijkheid – maar dat andere landen er wel iets van merken. Je gaat dan dus zien dat in landen met lagere inkomens en lonen die medicijnen niet meer op de markt gaan komen, vanwege de enorme invloed die dat zal hebben op de papieren prijzen in andere landen die weer andere systemen hebben. Het gaat hierbij om een langlopende discussie waarvan het goed is die dat een keer beslecht wordt, maar mijn idee is dat het ontzettend veel gaat betekenen voor de solidariteit met landen die minder welvarend zijn; het gaat voor de introductie van nieuwe medicijnen veel betekenen terwijl ik vrees dat het heel weinig zal betekenen voor de daadwerkelijke opbrengst. Dus de negatieve effecten zijn groot, terwijl de opbrengsten klein zijn. Dat is ook altijd de afweging geweest waarom ik heb gezegd: niet doen.

De heer **Kuzu** (PvdA): De minister spreekt hier over een papieren werkelijkheid en een werkelijkheid in de praktijk. Hoe kan het dan zo zijn dat ConQuaestor opmerkt dat met name de rekenkundige gemiddelde prijzen voor spécialités in Noorwegen in 2011 7,5% lager waren dan in Nederland?

Minister **Schippers**: Dat is nou precies de papieren werkelijkheid. De prijzen zijn daar 7,5% lager dan onze officiële Wgp, waar men door middel van onderhandelingen feitelijk lager uitkomt qua prijs.

De heer **Kuzu** (PvdA): Dat geldt voor de generieke middelen. Voor een groot deel van de merkmiddelen worden op dit moment de maximumprijzen berekend door de fabrikanten. Dat is waar het wetsvoorstel over gaat. Kunt u daarop reageren?

Minister **Schippers**: De overheveling naar de ziekenhuizen doen we niet voor niets. Die doen we juist omdat de ziekenhuizen de prijzen voor die spécialités steeds beter kunnen uitonderhandelen. Wellicht gaat het meteen niet op de eerste dag in het eerste jaar zoals wij het willen. Bij het preferentiebeleid was het in het begin ook niet zo, terwijl het nu wel resultaat oplevert. Door genoemde overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen die wel hun krachten kunnen bundelen bij de onderhandelingen, zal die discrepantie alleen maar groter worden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Tegelijkertijd zien we in de stukken – u hebt het zelf zo-even ook gezegd – dat die overheveling langere tijd in beslag gaat nemen en stapsgewijs zal plaatsvinden. We weten nu dus nog niet wanneer dat gebeurt, terwijl als we er nu al toe zouden overgaan, we

volgend jaar al besparingen kunnen realiseren. Waarom zouden we dat dus niet gaan doen?

Minister **Schippers**: Omdat je ze op papier haalt en niet in werkelijkheid. Dus de premiebetaler gaat hier helemaal niets op vooruit, terwijl de geneesmiddelenbeschikbaarheid in een aantal landen hier veel effect van zal ondervinden.

De heer **Kuzu** (PvdA): Nogmaals, van het overgrote deel van de spécialités worden op dit moment de maximumprijzen volgens de Wgp berekend. Ik heb u daar nog geen reactie op horen geven.

Minister **Schippers**: Dat zijn maximumprijzen en dus niet de werkelijke prijzen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik was tot tranen toe geroerd door de constatering dat landen als Griekenland er last van zouden hebben als we hier Wgp-prijzen aanscherpen. Nederland vertegenwoordigt nog niet 1% van de wereldmarkt, dus dat is echt flauwekul. Het gaat om de effectiviteit van de Wgp. Als je de prijs van een geneesmiddel verlaagt van € 4 naar € 3, kun je nog steeds onderhandelen om er € 1,50 van te maken. Dus dat kan je blijven doen. Het versterkt elkaar dus. In punt 0.8 van het rapport van ConQuaestor staat: «Het is waarschijnlijk dat de komende jaren nationale prijsstellingssystematieken worden aangepast. Dit kan tot gevolg hebben dat brutoprijzen waaraan Nederland refereert zullen gaan stijgen. Om de huidige WPG-systematiek hierop voor te bereiden, verdient het de voorkeur om het aantal referentielanden uit te breiden en over te gaan op een laagste prijsberekening». Dat is een keiharde conclusie ten gunste van het Noorse systeem.

Minister **Schippers**: Dat is een keiharde conclusie in een conceptrapport dat is aangepast. Dus blijkbaar is men tot een ander inzicht gekomen.

De heer **Van Gerven** (SP): Dat is net zo iets als een cirkel die later een vierkant wordt. De cijfers die ConQuaestor gebruikt zijn dezelfde, maar de conclusie die er aan verbonden wordt is een geheel andere. Het doet mij ook heel erg denken aan de zorgfraudediscussie en de verschillende rapporten, zo ook dit rapport dat onder de tafel is gebleven. Hoewel de minister er in dit geval part noch deel aan heeft en dus niets te verwijten valt, hebben wij hier wel dat concept voorhanden. Daaruit kan je heel goed opmaken dat het definitieve rapport een volstrekt andere conclusie trekt, namelijk dat we de Wgp «Noorse stijl» niet moeten invoeren terwijl in versie 0.8 juist wel gepleit wordt voor invoering om de prijzen toekomstbestendig te maken.

Minister **Schippers**: Allereerst wil ik zeggen dat er bij mij geen sprake is van onder de tafel gerommelde rapporten. Bij het zorgfraudedebat was dat ook niet aan de orde; het ging daarbij om een conceptrapport. Er zijn veel conceptrapporten. Mijn halve ministerie ligt vol met conceptrapporten. Als ik die allemaal richting de Kamer ga sturen, wordt er tegen mij gezegd dat ik zorg voor een informatie-overload waardoor de Kamer de echte informatie niet meer kan onderscheiden. Dus we moeten wel even goed met elkaar afspreken wat u hier als Kamer wilt hebben. Als u echt alles wilt hebben, dan moet u dat mij zeggen, want dan zet ik iedere week hier een container voor de deur. Als u alleen de vastgestelde rapporten wilt, dan krijgt u alleen de vastgestelde rapporten. Dat is ook de afspraak met de Kamer die al decennialang geldt. Het kan zijn dat ConQuaestor conceptrapporten heeft, maar het punt is dat ik die niet zie. Ik vraag aan ConQuaestor om een advies. Die geeft mij dat advies en dat is het dan. Daar staan heel andere conclusies in dan de conclusies die de heer Van

Gerven onderschrijft. Ik begrijp dat hij daar niet blij mee is, maar het is wel een feit. Als je de Wgp-prijzen verlaagt, verzwak je sowieso de onderhandelingsprikkel die we nu in het systeem hebben en die ons nota bene meer dan 800 miljoen heeft opgeleverd. Bovendien heeft niet alleen Nederland referentielanden; andere landen hebben ook referentielanden waar Nederland dan ook deel van uitmaakt. Dus het gaat niet over 1%. Door het systeem dat verschillende landen hebben, is de invloed in Europa veel groter dan die 1%. Het is ook niet het alleenrecht van de SP om zich solidair te voelen met andere landen. Ik vind het belangrijk dat er in andere landen ook toegang is tot goede geneesmiddelen. Als door ons beleid daar de toegang wordt belemmerd, neem ik dat als een serieus argument.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb net de winstcijfers genoemd van de geneesmiddelenindustrie. Het is een gotspe dat zij de suggestie de wereld in helpt, die de minister overneemt, dat als wij de prijzen hier verlagen, zij dan niet meer de mogelijkheid heeft om medicijnen te leveren aan Griekenland. Wat is dit voor flauwekul? Er worden daar tientallen miljarden verdiend. Dat is dan een morele keuze. De industrie heeft ook een maatschappelijke taak te vervullen en dient goede medicijnen te leveren. Het punt is ook dat ConQuaestor eerst heeft aangegeven dat het wel werkt. Mijn vraag is dan ook wat er op het ministerie is gebeurd. De minister heeft dat rapport niet onder de tafel gehouden. Dat snap ik. Zij heeft alleen het eindrapport gezien. Maar wat is er op het ministerie gebeurd dat ConQuaestor opeens met een diametraal ander standpunt komt? Daar kan ik niet bij en dat geeft mij te denken, gezien de grote belangen die ermee gemoeid zijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Volgens mij is het een herhaling van zetten. Ik zou ook willen dat de wereld maakbaar is en dat de industrie ontzettend onder de indruk zal raken als ik haar waarschuw, maar ik vrees dat dit niet het geval is.

Verschillende woordvoerders hebben vragen gesteld over het GVS. Het is inderdaad zo dat het GVS een maatregel is uit de vorige eeuw, dus van voor het huidige zorgstelsel, en dat inmiddels de kostenbeheersende functie van het GVS is ingehaald door het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars wat betreft een groot deel van de markt. Dat heb ik ook in de brief van 31 mei aan de Kamer toegelicht. Mij staat niets in de weg om een proefberekening met betrekking tot het GVS te maken. Als daar in de Kamer waarde aan gehecht wordt, ben ik daartoe zeker bereid. Het gaat dan niet om een officiële herberekening, aangezien ik het vermoeden heb dat het dan helemaal niet zo positief gaat uitpakken. Maar een proefberekening kunnen we natuurlijk altijd extern vragen, waarvan ik de resultaten vervolgens naar de Kamer zal sturen. In 2010 is dat overigens ook al gedaan. Toen bleek dat het tot hogere uitgaven zou leiden. Bij de opbrengsten zijn destijds de gedragseffecten niet meegenomen. Een aantal woordvoerders hebben mij nu gevraagd om ook de gedragseffecten erbij te betrekken. Nu hebben we een ministerie van Financiën en een CPB die van mening zijn dat je bij dit soort maatregelen gedragseffecten nooit mee mag nemen. Dus zodra ik groen licht krijg van de minister van Financiën om de gedragseffecten daarin mee te nemen, zal ik dat doen, maar ik weet nu al dat dit heel erg lastig wordt, omdat ik dat volgens de begrotingsregels niet mag doen.

Verder is gevraagd waarom niet overgegaan wordt tot vergoedingen op basis van fase 4-onderzoek. Op het moment van registratie is de balans tussen veiligheid en werkzaamheid vastgesteld. Dat doet het CBG. Dan kan het middel op de markt. De volgende vraag is dan of je het geneesmiddel gaat vergoeden of niet. Het betreft hier vaak geneesmiddelen waar patiënten echt baat bij hebben, dus geneesmiddelen die een innovatie kennen. De motivatie van het beleid ter zake is, dat die middelen sneller

toegankelijk worden voor de patiënt. Jaren geleden hebben we hier vaak overleg gehad waarbij bleek dat geneesmiddelen wel beschikbaar waren voor Belgische en Duitse patiënten terwijl onze patiënten daar niet over konden beschikken op basis van het pakket. Deze tijdelijke toelating is hier een antwoord op. Dat moet natuurlijk wel zorgvuldig gebeuren. Dat is ook de reden waarom het een voorwaardelijke tijdelijke toelating is. Dat «trial and error»-beleid is nieuw. Na verloop van tijd zal dat ook aangescherpt moeten worden. Het is in ieder geval een beleid waardoor je innovaties sneller bij de patiënt brengt. Als een arts van oordeel is dat de behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is, moet het medisch noodzakelijk geneesmiddel dat op het recept staat, vergoed worden. Zo hebben we het met elkaar geregeld en zo moet het ook gebeuren.

Het verzamelen van data over effectiviteit waaronder kosteneffectiviteit is een heel belangrijk aandachtspunt. Er moeten ook strakke voorwaarden aan de fabrikant worden gesteld. Ik zie ook de noodzaak om er extra aandacht aan te geven, zo zeg ik in de richting van de heer Kuzu. Vanuit het ZonMw-programma Goed Geneesmiddelengebruik is geld beschikbaar gesteld om via registers de dataverzameling te verbeteren. Vooraf moet duidelijk zijn bij alle partijen welke eisen aan het onderzoek worden gesteld en wat de exitstrategie is. Als niet blijkt dat het voldoet aan de vooraf gestelde eisen, dient het geneesmiddel uit te stromen. Verder is aandacht gevraagd voor transparantie van medicijninkoop door ziekenhuizen. We hebben een systeem waarbij ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor de inkoop van hun geneesmiddelen. Ziekenhuizen krijgen soms hoge kortingen ten opzichte van de lijstprijzen. Voorwaarde van de fabrikant is vaak wel dat de hoogte van die korting niet openbaar is.

Vervolgens is gevraagd waarom er vertraging is in de overheveling van geneesmiddelen. Stichting EGV heeft een aantal knelpunten gesignaleerd. Die wil ik nu samen met het veld gaan oplossen. Ik heb de inspectie verzocht om extra aandacht te geven aan de naleving van de richtlijn Medicatieoverdracht.

Mij is verder gevraagd hoe ik de komende tijd De NPCF en de Consumentenbond ga ondersteunen om de positie van de patiënt in de farmacie te versterken. Ik heb van hen nog geen verzoek om ondersteuning ontvangen. Wel vind ik het belangrijk dat deze partijen betrokken zijn bij de positie van de patiënt. Subsidie geven gaat niet meer zo gemakkelijk sinds de aangescherpte voorwaarden, maar op projectbasis kunnen zeker specifiek onderzoeken worden bekostigd. De NPCF en de Consumentenbond hebben in het bestuurlijk overleg farmacie van gisteren aangeboden om onderzoek te doen vanuit dat patiëntenperspectief.

Veel leden hebben gevraagd naar de concrete stappen die ik wil zetten om de situatie rond de overheveling te verbeteren. Er is een aantal knelpunten gesignaleerd. Ik vind wel dat je de verantwoordelijkheid altijd daar moet leggen waar die hoort. Het veld heeft de verantwoordelijkheid om deze problemen op te pakken. Patiënten moeten conform de richtlijnen behandeld worden en de juiste medicijnen ontvangen. Daar ligt een verantwoordelijkheid bij zowel de zorgverzekeraars als de ziekenhuizen. Over de medicatieoverdracht ben ik al in gesprek met relevante veldpartijen en zal er een diepgaand onderzoek plaatsvinden om concrete knelpunten op te sporen; als je die eenmaal gevonden hebt, kun je ze namelijk ook aanpakken. Ook over de knelpunten blijf ik in overleg met het veld.

Gevraagd is of ik de overheveling langer dan een jaar ga monitoren. Stichting EGV heeft voor de TNF-alfaremmers de overheveling gemonitord en daar is een eindrapport over verschenen waarin een aantal knelpunten naar boven komt. Mijn inschatting is dat die knelpunten voldoende in kaart zijn gebracht en we nu in de fase zitten om ze op te lossen en dat een langere monitoring geen extra informatie zal opleveren.

Voor nieuwe geneesmiddelen die overgeheveld worden zal ik wel een soortgelijk monitoringstraject inrichten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De minister geeft aan de knelpunten te zullen gaan oplossen. Ik vind het belangrijk dat we er goed zicht op hebben dat die knelpunten daadwerkelijk opgelost worden. Kijkend naar de toon van het rapport van de Stichting EGV en de veel zwakkere conclusie uit bijvoorbeeld de rapportages van de NVZ en de NFU vind ik het heel belangrijk dat we er bij het oplossen van de knelpunten voor zorgen dat iemand aan het eind van het traject gaat kijken of die knelpunten ook daadwerkelijk zijn weggenomen. En dat heeft de minister nog niet in haar maatregelen ingericht.

Minister **Schippers**: Er zijn wel een aantal knelpunten in kaart gebracht, zoals met betrekking tot de medicatieoverdracht. Ik stel een vervolgonderzoek in om die preciezer te kunnen oplossen. Ondertussen stromen er nieuwe geneesmiddelen in en daarvoor geldt dan weer hetzelfde monitoringstraject. Uiteindelijk lijkt het een beetje op elkaar. Er is natuurlijk wel sprake van specifieke kenmerken, maar het gaat wel om een- en dezelfde gang die gemaakt wordt. Met betrekking tot bijvoorbeeld fertiliteitshormonen moet er dan een betere monitoring plaatsvinden dan die welke we nu hebben gehad.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. In de brief van de minister viel mij op dat ze een soortgelijk traject voor de fertiliteitshormonen hanteert. Betekent dit dan dat de Stichting EGV dan weer de monitoring gaat oppakken of is de minister van plan die zelf te doen of gaat zij ook andere partijen daarbij betrekken?

Minister **Schippers**: Weer een externe partij. Dat kan de Stichting EGV of een derde partij zijn. We gaan het in ieder geval niet zelf doen. Met «soortgelijk» wordt bedoeld dat je altijd rekening moet houden met specifieke kenmerken. Het ene geneesmiddel is het andere niet, waar we gaan wel hetzelfde soort monitoringstraject opzetten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Met een externe partij die onafhankelijk is, bedoelt de minister een partij die op afstand van het veld staat en er met een open blik naar kijkt en dus onafhankelijk van de positie van NFU en NVZ. Zeker gezien de belangen moet het uit elkaar getrokken worden.

Minister **Schippers**: Ja, ik weet alleen nog niet precies wie het gaat doen, maar het betreft wel een soortgelijk traject.

In relatie tot het NZa-onderzoek is gevraagd of de apotheek nog wel voldoende zorg aan patiënten kan geven. De NZa is nu bezig met een onderzoek naar de zorgplicht van zorgverzekeraars. Een onderzoeksvraag is of zorgverzekeraars voldoende verantwoorde zorg contracteren. In het onderzoek werkt de NZa samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg die de kwaliteit van de zorg beoordeelt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Een van de waarnemingen uit het rapport van de twee verkenners was, dat de apothekers vele jaren met een soort kruissubsidie hebben gewerkt. Ze maakten winst op de geneesmiddelen die ze vervolgens investeerden in hun bedrijfsvoering en de patiëntenzorg. De winst op de geneesmiddelen is inmiddels minder geworden. Dat is een goede zaak, want we hebben 800 miljoen overgehouden vanwege het preferentiebeleid en dat geld hebben we hard nodig. Gaat de NZa echter ook bekijken of de tarieven die worden gehanteerd ten aanzien van de patiëntenzorg en de bedrijfsvoering van apotheken voldoende zijn om als apotheker een goede zaak te kunnen blijven voeren?

Minister **Schippers**: Wat wij graag willen en waarop ingezet wordt, is dat een apotheek meer een zorgverlener wordt. Die omslag moet worden gemaakt. We hebben afgesproken dat de NZa ook gaat kijken naar de financiële positie van een aantal apotheken door middel van een steekproef. Verder is het van belang om in het bestuurlijk overleg met elkaar na te gaan hoe de omslag beter vorm kan worden gegeven, versneld kan worden et cetera. Helaas was ik er gisteren niet bij, maar mij is wel teruggemeld dat er sprake is van een enorme eensgezindheid om naar die toekomstvisie toe te werken en die omslag te gaan maken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat betekent dus dat niet alleen de NZa maar ook de minister in het bestuurlijk overleg na zal gaan of de apothekerstarieven voldoende zijn om patiëntenzorg en bedrijfsvoering in te richten op het moment dat apothekers geen excessieve winsten op geneesmiddelen hebben en of medicatiereview en dergelijke wel voldoende worden ingekocht door zorgverzekeraars om die patiëntenzorg voldoende in te kunnen vullen?

Minister **Schippers**: Ja, we gaan kijken wat de financiële positie is van een aantal apothekers en wat we daaruit kunnen afleiden. De verkenner hebben natuurlijk ook al een aantal dingen vastgesteld. Die behoefte je dus niet opnieuw te onderzoeken. Het gaat er nu vooral om hoe we daadwerkelijk verder gaan op deze weg die we blijkbaar met z'n allen verkiezen. Gevraagd is of ik minder strenge eisen wil stellen aan de veiligheid van geneesmiddelen in relatie tot de nieuwe richtlijn, waarbij ook werd gerefereerd aan mijn reis naar China. Als je iets inhoudelijks wilt realiseren en je daarbij tot een wat ingewikkelde vormgeving komt, kan het zijn dat je door die papieren werkelijkheid mogelijkheden krijgt rond de toelevering van grondstoffen voor geneesmiddelen en de toelevering van geneesmiddelen zelf. Als je zo'n richtlijn laat ingaan zonder dat iedereen daar klaar voor is, kan een geneesmiddelentekort ontstaan. Ik ben met de inspectie naar India en China geweest. De inspectie heeft ook met de inspectie in die landen gesproken over de vraag hoe ervoor gezorgd kan worden dat de goede geneesmiddelen en de goede grondstoffen verkregen en uitgewisseld worden. Omdat Nederland ook een doorvoerhaven is, heeft dat punt de aandacht van ons en de inspectie en ook van de mensen die er op Europees niveau over spreken. Ik heb er zelf ook over gesproken met de EU-commissaris; deze is zich heel sterk bewust van het zware traject dat hieraan voorafgaat en dat van alle partijen veel vergt. Er wordt alles op alles gezet om dit op een goede manier in te voeren zonder dat de patiënten het risico lopen dat bepaalde grondstoffen het land niet meer in komen. Daar gaat het om. Het gaat er dus niet om dat ik die hoge eisen zou willen verzwakken of dat er niet maar aan voldoen zou behoeven te worden, want het is en blijft cruciaal dat het allemaal klopt.

Verder zijn er kwesties aan de orde waarbij verschillende fabrikanten de harde hand van de toezichthouder op Europees of ander niveau ervaren. Ik vind dat iedereen zich netjes aan wet- en regelgeving moet houden. Als dat in het buitenland fabrikanten betreft die in Nederland ook leveren, moeten we er in Nederland goed naar kijken. De inspectie in Nederland doet dat ook zeker. De desbetreffende fabrikant waaraan eerder is gerefereerd, zullen wij heel goed bekijken. Daarnaast vind ik dat als er op Europees niveau zaken naar boven komen waarbij fabrikanten generieke middelen langer van de markt hebben gehouden of anderszins, een harde aanpak vereist is. Daar hebben we nu juist de toezichthouders voor. Over de thermometer en de medicatieoverdracht heb ik het al gehad. Voor dit soort dingen zou een epd overigens enorm helpen.

Voorzitter: Van Gerven.

De **voorzitter**: Minister, u kijkt nu een beetje naar de voorzitter, maar de voorzitter heeft in dezen geen mening.

Minister **Schippers**: Het was meer een hartenkreet van mij. Vat het zo maar op.

Verder is gevraagd naar voorstellen om prijzen van unieke geneesmiddelen nadrukkelijk te koppelen aan het volume, waarbij de prijs kan dalen als het volume stijgt. In het algemeen overleg van december 2012 hebben we het daarover ook al gehad. Op dit moment voer ik pilots met financiële arrangementen uit. Het blijkt dat leveranciers bereid zijn om prijzen aan volumes te koppelen, maar dat geldt vooral voor middelen met grotere afzetvolumes. Dan is een dergelijk financieel arrangement natuurlijk een goed instrument. Waar dat niet aan de orde is, hebben we er weinig aan. Momenteel bekijken we hoe we de arrangementen die nu ad hoc plaatsvinden, meer structureel kunnen integreren in ons beleid.

Gevraagd is verder naar de gevolgen van overschrijding voor de patiënt. Een overschrijding betekent premieverhoging of het halen van bepaalde zaken uit het pakket om die overschrijding te compenseren. De andere kant van de medaille is een onderschrijding. Dat zijn altijd dingen die we met elkaar bezien voor Prinsjesdag.

Daarnaast is de vraag gesteld of de gelden nu zijn gehaald door slechte geneesmiddelen in te kopen. We hebben sowieso een kwaliteitsstandaard waaraan geneesmiddelen moeten voldoen. De inspectie ziet daar ook op toe.

Over de eisen voor de grondstoffen vanuit China heb ik al iets gezegd. Die eisen worden niet versoepeld, ook niet tijdelijk. De eisen voor werkzame stoffen zijn voor iedereen en voor elk land gelijk. De Europese geneesmiddelenfabrikanten moeten ervoor zorgen dat stoffen die zij importeren in orde zijn. Met China zijn afspraken gemaakt over de controle van producenten in dat land.

Dan de vraag of patiënten extra moeten reizen om geneesmiddelen op te halen als gevolg van de overheveling. Het is geen structureel probleem dat patiënten ver moeten reizen om hun geneesmiddelen op te halen. Het algemeen beleid dat ziekenhuizen voeren met betrekking tot aflevering is dat de patiënt de medicatie ophaalt na afloop van een regulier polikliniekbezoek. Als er sprake is van verstrekking van geneesmiddelen buiten polikliniekbezoek wordt veelal met de patiënt overlegd op welke wijze de patiënt de geneesmiddelen krijgt. Als de patiënt te ver weg woont of niet in staat is om de geneesmiddelen op te halen, is de lijn dat indien de patiënt dat wenst, afspraken over thuisbezorging worden gemaakt. Gevraagd is of ik onderzoek wil doen naar het opheffen van het onderscheid tussen intramurale en extramurale geneesmiddelen. Dat wil ik. Dus dat zal ik onderzoeken.

De **voorzitter**: Vanwege stemmingen in de plenaire zaal, schors ik dit algemeen overleg.

De vergadering wordt van 15.09 uur tot 15.31 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik heropen dit algemeen overleg over geneesmiddelenbeleid. De minister vervolgt haar betoog.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Klever heeft gevraagd of er niet voor een ander beoordelingssysteem voor weesgeneesmiddelen gekozen kan worden. Het CVZ werkt nu aan een ander beoordelingskader voor weesgeneesmiddelen. Deze geneesmiddelen krijgen vaak het voordeel van de twijfel omdat het geneesmiddelen zijn waar geen alternatief voor is. De kosten per patiënt zijn wel hoog en daarom hebben ze ook mijn

aandacht. Ik vind het bijvoorbeeld van groot belang dat we in de toekomst vooraf afspraken maken over prijsverlaging. Pompe en Fabry zijn in dit kader overigens wel uitschieters, met name aan de uitgavenkant.

Verder is gevraagd wat ik ga doen aan therapietrouw. Wij nemen deel aan een stuurgroep over therapietrouw. Het lijkt mij niet nuttig om nu onderzoek te doen naar de oorzaken, want daarover is echt al heel veel onderzoek gedaan en is ook al veel bekend. Ik heb een monitor gefinancierd om de mate van therapietrouw in de tijd te kunnen volgen. Het is wel primair aan de driehoek patiënt-arts-apotheker om therapietrouw te verbeteren. Daar moet de aandacht liggen, maar als we kunnen helpen, zullen we dat zeker doen.

Voor octrooien gelden specifieke regels, vaak Europese regels. Voor zover de industrie binnen die regelgeving blijft, valt er niets te doen. Wel wordt toezicht gehouden door de Europese en nationale mededingingsautoriteiten op misbruik van octrooien, zoals afspraken om generieke geneesmiddelen van de markt te weren. Deze «pay for delay»-afspraken hebben eergisteren geleid tot een groot aantal boetes voor farmaceutische fabrikanten.

Dan de vraag over een eigen bijdrage met betrekking tot illegalen. Ik heb al eerder aangegeven dat wat betreft alle voorstellen die mij via het CVZ en andere instanties gedaan worden over het pakket, ik eerst alle suggesties wil verzamelen in een groslijst die ik dan vervolgens naar de Kamer zal sturen. Dan volgen de berekeningen en in het voorjaar kom ik dan met voorstellen, omdat ik in 2015 dienaangaande maatregelen moet nemen.

Gevraagd is om partijen de rol te geven om bijvoorbeeld medicatieoverdracht aan te pakken in plaats van het zelf te willen doen. Het is belangrijk dat medicatieoverdracht ook op de kwaliteitsagenda komt te staan die partijen gaan uitwerken.

Verder is een vraag gesteld over het om andere dan zorginhoudelijke redenen omzetten van mensen op geneesmiddelen. Ziekenhuizen moeten zorg bieden conform de medische richtlijnen. Daar heeft de patiënt recht op. Genoemd knelpunt is zeker naar voren gekomen en moet dus ook worden aangepakt.

Dan de vraag wat de overheveling heeft opgeleverd in financiële termen. In de evaluatie van de overheveling die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de NFU hebben uitgevoerd, geven ziekenhuizen aan dat de verwachte kortingen voor de TNF-alfaremmers sinds het eerste jaar na overheveling over het algemeen niet zijn gehaald. Ik had het er zo-even al over dat men ook in zijn rol moet komen. Het signaal dat we nu krijgen, is dat door zowel ziekenhuizen als industrie de onderhandelingen steeds scherper worden gevoerd, dus dat men duidelijk wél in zijn rol komt.

Ook is gevraagd hoe het met andere dossiers van weesgeneesmiddelen staat waar het CVZ advies over zal geven. Het CVZ voert op dit moment onderzoek uit naar diverse geneesmiddelen. Ik ken niet de status van dat advies, maar zoals gebruikelijk wacht ik het definitieve advies af.

Dan de vraag over Pompe en Fabry. De gesprekken daarover met de desbetreffende leveranciers zijn inmiddels gaande. Ik kan niet vooruitlopen op de uitkomst daarvan. Ik hoop er wel rond de zomer uit te zijn, omdat ik het ook belangrijk vind dat de patiënten zekerheid krijgen over de status van de vergoedingen in 2014 en verder.

Gevraagd is verder hoe Brussel aankijkt tegen de transparantierichtlijn.

Die richtlijn wordt momenteel besproken door de lidstaten en de Europese Commissie op het niveau van de Raadswerkgroep. Het is wel zo dat het compleet vastligt. Een grote meerderheid van de lidstaten vindt wat er nu ligt, niet acceptabel vanuit het oogpunt van de subsidiariteit. Dus het verloopt nog niet echt vlotjes.

Vervolgens is mij gevraagd of ik bereid ben om in Europa stelling te nemen ten aanzien van boetes aan fabrikanten die de fout ingaan. Ik ondersteun de toezichthouders in Europa. De boetes worden in Europees

verband opgelegd. De invalshoek is daarbij de mededinging en dus niet zozeer de volksgezondheid. Ik zie daarin geen rol voor mijzelf maar steun de toezichthouders van harte in het werk dat ze daar doen.

Dan de transparantie van het budget naar aanleiding van de overhevelingen. De Stichting EGV pleit ervoor om dit transparant te maken omdat zij signalen heeft ontvangen dat de toegang tot TNF-alfaremmers niet altijd gewaarborgd is door het ontbreken van voldoende budget bij het ziekenhuis. Dergelijke budgetten komen tot stand door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Vanuit het macroperspectief is er voldoende budget beschikbaar voor de TNF-alfaremmers. Het is niet aan mij om te bepalen hoe een ziekenhuis zijn middelen aanwendt; het is aan het veld om tot goede afspraken te komen. Ik ga ervan uit dat de patiënten conform de richtlijnen behandeld worden en de juiste medicijnen ontvangen. Hier ligt een verantwoordelijkheid bij zowel zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht als ziekenhuizen die gepaste zorg dienen te geven.

Over de rol van de minister ten aanzien van transparantie over de geneesmiddelen kan ik het volgende mededelen. In het bestuurlijk overleg met de hele farmaceutische sector van gisteren is ook de transparantie van geneesmiddelenprijzen voor de patiënt aan de orde gekomen. Daar gaan partijen verbetering in doorvoeren. Dit wordt de komende tijd uitgewerkt samen met een duidelijke rekening voor de patiënt. Net als in Duitsland, waar fabrikanten een jaar de tijd wordt gegeven om hun meerwaarde aan te tonen ...

De voorzitter: De bel gaat nu wederom voor stemmingen in de plenaire zaal. Derhalve schors ik dit algemeen overleg.

De vergadering wordt van 15.39 uur tot 16.01 uur geschorst.

De voorzitter: Er is een kwalitatief deel van de Kamer aanwezig, zodat ik dit algemeen overleg kan heropenen. De minister gaat voort met haar eerste termijn.

Minister Schippers: Voorzitter. Mevrouw Voortman vroeg of we niet net als in Duitsland fabrikanten een jaar de tijd kunnen geven om de meerwaarde van hun medicijnen aan te tonen. Een soortgelijke situatie hebben we in Nederland bij intramurale middelen. Die middelen stromen direct in als ze voldoen aan de stand van de wetenschap in de praktijk, onder het kostenbeslag van 2,5 miljoen. Daarbij worden ze dus niet vooraf getoetst. Bij een beslag boven die 2,5 miljoen is er sprake van een voorwaardelijk traject van vier jaar. Daarna toetst het CVZ aan meerwaarde en kosteneffectiviteit. De patiënten hebben dus snel toegang tot waardevolle geneesmiddelen.

Gevraagd is of ik ten aanzien van een betere registratietechniek initiatieven wil nemen wat betreft Europese samenwerking. De behandelaren en het CVZ zien het belang van Europese patiëntenregistraties voor weesgeneesmiddelen. Van behandelaren heb ik begrepen dat deze behoefte ook in het buitenland wordt gevoeld. Tussen behandelaren en onderzoekers vindt al uitwisseling plaats en zijn er gespreken over nauwere samenwerking in internationaal verband. Dat lijkt mij ontzettend belangrijk. Ik denk ook dat het heel goed is dat het initiatief bij hen ligt. Als er zaken op het bordje van de overheid liggen, zal ik kijken hoe ik een zetje kan geven.

De vraag of ik bij de beschikbaarheid ook kijk naar ervaringen in andere landen, kan ik bevestigend beantwoorden.

Op de vraag of de procedure inzake de voorwaardelijke toelating kan worden verkort kan ik het volgende antwoorden. Het CVZ is aan het werk om de procedure intramurale geneesmiddelen vast te stellen. Efficiëntie van de procedure is daarbij een onderdeel. Ik hecht er wel aan dat het

zorgvuldig gaat. Voor de start van de voorwaardelijke toelating moet de exitstrategie duidelijk zijn. De ervaring heeft geleerd dat we wat dat betreft nog wel een tandje bij kunnen zetten. Een te haastige start kan ertoe leiden dat er onduidelijkheid ontstaat over bijvoorbeeld de uitstroom en gegevens die beschikbaar moeten zijn. Ik vind het wenselijk dat we dit vooraf goed regelen.

Gevraagd is verder of de verkenner van oordeel zijn dat er meer moet worden gedaan aan medicatieveiligheid. De verkenner vinden dat met name de medicatieoverdracht beter moet en dat daarbij een betere ICT nodig is. Dat ben ik met hen eens.

Dan de vraag of het onderzoek naar de financiële positie van apothekers een extra onderzoek is van de NZa. Het is een extra onderzoek ten opzichte van de marktscan Farmacie 2012. In de marktscan 2013 wordt dat meegenomen aan de hand van de jaarrekeningen 2012 die rond deze tijd beschikbaar komen en zal ook gekeken worden naar de financiële positie van een aantal apotheken.

De **voorzitter**: Dat was het antwoord van de minister in eerste termijn. We gaan meteen over naar de tweede termijn, met een spreektijd per fractie van twee minuten plus twee interrupties.

Voorzitter: Anne Mulder

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Allereerst zou ik aandacht willen vragen voor een punt dat ik in mijn eerste termijn niet hebben kunnen noemen: de medicatiereview ouderen. Mijn vraag aan de minister is om er een min of meer verplichtend karakter aan te geven, omdat dit toch een heel nuttig middel is. In principe behoort die in het basispakket, maar in de praktijk zien we dat die door bepaalde verzekeraars wel wordt ingekocht en door andere weer niet. Ouderen kunnen daarvan de dupe zijn.

Het risico dat geneesmiddelen te snel op de markt komen, is mijns inziens groter dan het risico dat dit te langzaam gaat. Ik noem als voorbeeld Avandia, een heel bekend probleem. In Amerika werd het voor 80% al gebruikt door patiënten en in Nederland, omdat we hier wat trager waren, in 8% van de gevallen. Er zijn 47.000 patiënten overleden en het middel is voortijdig van de markt gehaald. Dat geeft aan dat als je niet te hard van stapel loopt, dit ook wel zijn voordelen kan hebben. Vandaar mijn vraag om het fase 4-onderzoek te beleggen bij de industrie zodat we niet als samenleving de prijs betalen en de patiënt onnodig risico loopt.

Dan de proefberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Er is veel discussie over de vraag of het nu wel of niet werkt en of het effectief is. Ik zou de minister dan ook willen vragen om ook de zorgverzekeraars te betrekken bij de herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Er zijn ten minste twee zorgverzekeraars die mij hebben verzekerd dat het 150 tot 200 miljoen en eventueel zelfs meer kan opleveren.

Voorzitter: Van Gerven

De heer **Kuzu** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik constateer dat over de Wgp de meningen verschillen. Het lijkt mij goed om daar uitgebreid op terug te komen op het moment dat nadat het desbetreffende voorstel is ingediend, we dat plenair in de Kamer bespreken.

Verder zien we de herberekening van het geneesmiddelenvergoedingssysteem graag tegemoet. Het voorstel van de heer Van Gerven om de zorgverzekeraars daarbij te betrekken steun ik van harte.

Bij de veiligheid van geneesmiddelen speelt mijns inziens ook de discussie over de echtheid van medicijnen een rol. Die echtheid gaat

gegarandeerd worden door chemische markers en echtheidskenmerken op verpakkingen. Deze worden op dit moment aangebracht op receptgeneesmiddelen en geneesmiddelen waarbij er een kans bestaat op namaak. Wij vernemen graag een reactie van de minister op ons verzoek om alle medicijnen hieronder te laten vallen, zodat op voorhand eventuele twijfel over het ontbreken van echtheidskenmerken teniet wordt gedaan en eventuele verwarring onder patiënten kan worden voorkomen over de veiligheid van medicijnen zonder echtheidskenmerken.

Mijn laatste opmerking betreft de continuïteit van medicijnen op de markt. In het verleden hebben we er toe opgeroepen dat buffers aangehouden worden door distributeurs. De minister heeft aangegeven dat zij op dat punt geen punt bevoegdheid heeft en dat ze voor de zomer met een plan van aanpak zal komen over hoe zij de keten in de hand gaat houden. Ik zou in dit verband willen vragen om een soort voorproefje. Ziet zij de mogelijkheid om deze ondernemingen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor een continue voorziening van medicijnen?

De **voorzitter**: In mijn hoedanigheid van SP-woordvoerder zou ik graag nog een vraag willen stellen aan de heer Kuzu over het borgen van de kwaliteit van de middelen. Het IVM heeft voorgesteld dat wanneer fabrikanten middelen van de markt willen halen, ze dat zes maanden van tevoren dienen aan te kondigen. Dat is een manier om de continuïteit te borgen. Bij «single source»-medicijnen die volstrekt uniek zijn, zou je mijns inziens Europabreed – dat kun je niet als één land doen – moeten afspreken dat wanneer een fabrikant een nieuw product op de markt brengt, dit gepaard gaat met een leveringsplicht zodat die levering ook geborgd is. Hoe staat de PvdA daarin?

De heer **Kuzu** (PvdA): Ik heb de minister gevraagd of ze in het kader van het plan van aanpak dat ze ons voor de zomer gaat sturen over de keten, de mogelijkheid wil nagaan dat bij distributeurs de verantwoordelijkheid kan worden gelegd om buffers aan te houden. Over de vraag die u nu stelt zal ik mij beraden en ik zal er op een later moment bilateraal bij u op terugkomen.

De **voorzitter**: Dank. Ik geleid de vraag ook door naar de minister zodat we ook haar standpunt daarover kunnen vernemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het is belangrijk om in toenevende mate te kijken naar de prijsvorming van dure geneesmiddelen. Mede dankzij het beleid dat jaren geleden is ingezet, heeft de minister een enorme stap kunnen zetten waar het gaat om het betalen van de generieke geneesmiddelen. Waar voor niet geregistreerde indicaties de volle prijs wordt betaald, zijn er voor fabrikanten weinig prikkels om de desbetreffende medicijnen nog te registreren. Dat zijn perverse prikkels in het systeem waar beter naar gekeken moet worden. Ik heb de minister horen zeggen dat ze kijkt naar structurele borging, maar misschien kan ze hierover nog wat verder uitweiden.

Een tweede ontwikkeling die we zien is de komst van de personalized medicins, de maatwerkmedicijnen. Ze zijn effectief in hun toepassing maar ze zijn wel heel erg kostbaar. Het wordt ook wel de nieuwe melkkoe van de farmaceutische industrie genoemd. Wat is de verwachting van de minister wat betreft het tempo van de groei van deze medicijnen? Hoe gaan we met deze nieuwe vorm van personalized medicins om? Het is wellicht wat vooruitkijken naar de toekomst, maar dit zie ik als een eerste aftrap op dit punt van de minister.

Verder ben ik blij met de toezegging van de minister dat ze een diepgaand onderzoek naar de medicatieoverdracht gaat doen. Het klinkt een beetje als minister Opstelten; die heeft het ook vaak over diepgravende onderzoeken tot de bodem. Graag zie ik het wat concreter. Wie gaat het

onderzoek doen en binnen welke termijn moet het zijn afgerond? Op het elektronisch patiëntendossier moeten we nog even wachten. De minister heeft ons daarover zeer recentelijk een brief geschreven met daarin de beantwoording van vragen, maar voor die tijd moet er natuurlijk wel iets gebeuren.

De inspectie gaat een onderzoek instellen naar de geneesmiddelen van Ranbaxy. De inspectie heeft in 2010 al een onderzoek gedaan en heeft toen geconcludeerd dat er niets aan de hand was, terwijl achteraf blijkt dat het een grote puinzooi was. Welke garanties heeft de minister dat de inspectie nu wel achter alle verborgen deuren kan gaan kijken?

Ten aanzien van het retourneren heeft de minister gezegd dat er sprake is van stilstand, maar dat er door het meldpunt nu vooruitgang is. Dat klinkt een beetje tegenstrijdig. We weten al jaren van dit probleem, maar de vraag is welke stappen we nu met elkaar zetten om mensen het gevoel te geven dat wanneer ze medicijnen teruggeven aan de apotheker, er daadwerkelijk iets gebeurt en deze vorm van verspilling nu eindelijk eens wordt aangepakt.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. De minister heeft gezegd dat de procedure met betrekking tot de voorwaardelijke toelating zorgvuldig moet gebeuren en dat binnen vier jaar de onduidelijkheid hierover weg moet zijn. In de aanloop naar dit debat hebben een aantal farmaceuten ons aangegeven dat het eigenlijk niet van de grond komt. Welnu, wij rekenen erop dat het de komende maanden wel van de grond komt en dat de voorwaardelijke toelating ook echt een feit zal zijn.

De minister wil ten aanzien van het geneesmiddelenvergoedingssysteem een proefberekening maken. Strikt genomen is het GVS niet bedoeld om prijzen te berekenen maar om te bepalen welke aanspraken een patiënt kan maken en of bijbetalingen nodig zijn. Dat betekent dat je ook een inschatting moet maken of patiënten meer moeten bijbetalen. Ik hoor graag of dat zo is en of de minister daar invulling aan gaat geven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar toezegging om de overheveling van de medisch specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuis te temporiseren en om dit te monitoren. Op zichzelf is het goed dat er een proefberekening komt voor het GVS, maar ook ik heb zorgen over de vraag hoe een en ander goed in kaart kan worden gebracht. De minister heeft gezegd dat ze hierover met Financiën in gesprek is. Ik zie haar nu nee schudden. Dan heb ik dat niet goed begrepen. De minister heeft verder gezegd dat je gedragseffecten daar niet bij mag betrekken. Toch heeft zij aangegeven daarnaar te willen kijken. Aan welke termijn moeten we dan denken?

Verder is mijn verzoek aan de minister om ons regelmatig terug te koppelen over het bestuurlijk overleg. Ik kan mij voorstellen dat dit niet na elk overleg het geval is, maar dat er toch momenten zijn waarop we wel even horen hoe dat overleg verloopt.

Op de mondiale medicijnenmarkt speelt het probleem dat er steeds minder aanbieders van antibiotica zijn en steeds meer resistente bacteriën. Op een congres in oktober is hierover internationaal gesproken. De minister heeft dat toen ook teruggekoppeld. Kan zij iets zeggen over de laatste stand van zaken? Zijn er nog nieuwe initiatieven of nieuwe contacten geweest?

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Van Gerven vroeg of de medicatiereview voor ouderen een verplichtend karakter kan krijgen. In de richtlijnen is al aangegeven dat patiënten die meer dan vijf geneesmiddelen gebruiken een medicatiereview moeten krijgen. Dat betekent dat dit voor hen gecontroleerd moet worden omdat de medicatiereview voor hen deel uitmaakt van verantwoorde zorg waarop ze recht hebben. In het

bestuurlijk overleg van gisteren is afgesproken de medicatiereview te standaardiseren zodat die ook beter kan worden gecontracteerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb begrepen dat een knelpunt is dat mensen die een indicatie hebben voor die medicatiereview in het begin van het jaar vaak afzien van die review in verband met het eigen risico. Heeft de minister dat signaal ook meegekregen?

Minister **Schippers**: Nee, maar alle aspecten van de medicatiereview zijn gisteren in het bestuurlijk overleg aan de orde geweest. Er wordt nu ook meer op ingezet want blijkbaar wordt het ook niet voldoende ingekocht. Ik zal dit aspect ook daarin meenemen.

Dan het op de markt brengen van medicijnen. Daarvan zeg ik: het moet niet te snel en niet te langzaam gebeuren. Het moet zorgvuldig gebeuren en het moet in balans zijn. De heer Van Gerven maakt zich zorgen dat het te snel gaat terwijl de heer Mulder signalen heeft dat het echt te langzaam gaat bij het CVZ. Iedere onnodige vertraging moet je zien te voorkomen. Er is ook ingezet op versnelling van de procedures. Zeker ten aanzien van de intramurale zorg zijn er natuurlijk grote stappen gezet, maar, zoals gezegd, moet het ook zorgvuldig gebeuren. Ik wil dan ook heel graag op die balans letten.

De heer Van Gerven en de heer Kuzu hebben gevraagd of bij de proefberekening ook de zorgverzekeraars kunnen worden betrokken. Dat zullen we doen.

Verder is gevraagd naar de echtheidskenmerken met chemische markers. We krijgen hier nog een wetsvoorstel dat vervalsingen moet tegengaan. In dat wetsvoorstel zijn ook de echtheidskenmerken opgenomen. Dit wordt gefaseerd ingevoerd in alle Europese lidstaten.

De heer Kuzu heeft nog gesproken over medicijnen op de markt en buffers. De heer Van Gerven heeft gevraagd of niet nog een aantal andere zaken mogelijk is. Welnu, wij zullen daarnaar kijken en we zullen deze suggesties meenemen in het plan van aanpak. Dat geldt ook voor de opmerking van mevrouw Bruins Slot. Zij zegt zeer terecht dat wanneer je voor niet-geregistreerde indicaties dezelfde prijs betaalt, je de prikkel tot registratie weghaalt.

Ik ben het echter niet eens met haar opmerking dat personalized medicins de nieuwe melkkoe zijn. Ik kijk daar anders tegenaan. Ik denk dat personalized medicins veel meer op maat gesneden zorg inhouden. Waar de hele zorg naar toe zou moeten, is dat je medicijnen veel meer toesnijdt op de persoon. Daar verwacht ik gigantisch veel van. Misschien heb ik daar zelfs veel te hoge verwachtingen zijn, maar ik zie genoemde middelen niet als melkkoe. Ik vind wel dat we er zorgvuldig mee om moeten gaan. Je hebt veel kleinere patiëntengroepen en er zijn ook nieuwe aspecten waar je naar moet kijken en die je ook in je beoordeling mee moet nemen. Laat ik het zo zeggen: ik zie dit echt als onderdeel van de vooruitgang.

Het diepgaande onderzoek naar de medicatieoverdracht wordt gedaan door de veldpartijen. Wij ondersteunen dat en eind van het jaar komen de resultaten.

Verder is gevraagd welke garanties er zijn dat de inspectie alles boven tafel haalt. Die garanties hebben we natuurlijk nooit. Bij alles wat ondeugdelijk is, hebben weinig mensen de neiging om aan te geven dát ze ondeugdelijke dingen doen. De inspectie is erop toegesneden om zaken boven tafel te krijgen die niet deugen. Ik heb er dus vertrouwen in, maar je kunt nooit zeggen dat ze alles naar boven haalt. Dat soort garanties kan ik niet geven.

Verder heeft mevrouw Bruins Slot aandacht gevraagd voor het punt van het retourneren van medicijnen. Mijn ergernis is vooral dat we al jaren tegen elkaar zeggen hoe vreselijk het is dat het niet gebeurt, maar dat er vervolgens geen actie op wordt ondernomen. Dat meldpunt inclusief

backoffice heb ik opgericht om ervoor te zorgen dat er actie wordt ondernomen dan wel dat wordt aangegeven waarom er geen actie kan worden ondernomen. Daarbij is mijn insteek om de problemen op te lossen zodat het wel kan.

De heer Mulder heeft gezegd dat de toelating volgens sommige farmaceuten niet van de grond komt. Met het CVZ kijken we wat er aan de hand is. Dus VWS zal samen met het CVZ en de industrie rond de tafel gaan zitten om te kijken hoe de procedures werken, waarbij zorgvuldigheid en snelheid ieder een eigen kant van de medaille hebben.

Verder heeft de heer Mulder gezegd dat het GVS niet is bedoeld om prijzen te berekenen maar om te bepalen welke aanspraken een patiënt kan maken en of bijbetalingen nodig zijn.

We zullen ervoor zorgen dat het onderzoek daarin inzicht geeft.

Met betrekking tot de overheveling van medisch specialistische geneesmiddelen naar het ziekenhuis zal een monitoring plaatsvinden.

Rond de vorige proefberekening is discussie ontstaan omdat vanuit VWS onderzoek wordt gedaan conform wat acceptabel is voor Financiën en het Centraal Planbureau. Wat betreft gedragseffecten zou je bijvoorbeeld kunnen zeggen dat als je de kwaliteit in de zorg heel hoog maakt, we heel veel besparen maar dan vraagt Financiën vervolgens: hoe krijg je die eruit en welke maatregelen heb je daar dan voor? Dus die gedragseffecten zomaar meerekenen, mag helemaal niet. Ik kan dat nu ook niet in mijn eentje veranderen, tenzij ik er toestemming voor krijg van de minister van Financiën. Dit zijn namelijk algemene regels waar we binnen de overheid mee werken. Wel zal ik de zorgverzekeraars erbij betrekken om na te gaan hoe we het zo goed mogelijk in elkaar kunnen zetten. Als we met berekeningen komen, vind ik het wel van belang dat ze ook algemeen geaccepteerd worden. Anders hebben we dit debat de komende tien jaar nog.

Regelmatige terugkoppeling over het bestuurlijk overleg zal ik doen. Ik zal er in ieder geval voor zorgen dat er minimaal een keer per jaar wordt teruggekoppeld.

Een van de zaken waar ik mij enorme zorgen over maak, is de antibiotica-resistentie. In de veehouderij hanteren we daarom ook een strak programma. Daarnaast moet geconstateerd worden dat de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen moeilijk is omdat ze met name gemaakt worden om niet gebruikt te worden. Op Europees niveau is hiervoor aandacht. In alle gesprekken die ik heb met mijn buitenlandse collega's vraag ik hier ook aandacht voor. Recentelijk heb ik mijn collega van het Verenigd Koninkrijk gesproken over de zwarte lijst en heb ik ook de antibioticaresistentie aangekaart. Inmiddels zijn er ook in WHO-verband allerlei acties om te kijken hoe we op wereldniveau de handen ineen kunnen slaan, maar in ieder geval moeten we het op Europees niveau doen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Heeft de minister enig idee wanneer we die proefberekening kunnen verwachten?

Minister **Schippers**: Wij moeten zo'n proefberekening aanbesteden en daar gaat tijd overheen. Ik heb hier staan: zo niet, dan moet gedacht worden aan circa drie maanden en zo wel, dan moeten we uitgaan van de aanbestedingstermijn plus drie maanden. En dan zit er ook nog een vakantieperiode tussen. Wel zeg ik toe dat ik met een veegbrief farmacie zal komen over onder andere het verslag van het schriftelijk overleg ten aanzien waarvan nog een aantal vragen openstaan. Dan neem ik dit punt daarin ook mee. Dan zal ik aangeven wat onze indicatie is.

De **voorzitter**: Wanneer kunnen we die veegbrief verwachten?

Minister **Schippers**: Voor de zomer.

De **voorzitter**: Oké. Voor de zomer. Dan hebben we in ieder geval een tijdslijn voor wanneer dat onderzoek er kan zijn en of het dit jaar nog lukt of niet.

Hiermee zijn we aan het eind gekomen van dit algemeen overleg. Op verzoek van de SP-fractie zal een VAO plaatsvinden om een motie in te dienen met betrekking tot het CBG.

Ik dank iedereen voor de aanwezigheid en inbreng.

Sluiting 16.27 uur.

Volledige agenda

1. Aanbieding rapport van de World Health Organization (WHO) dat als onderwerp heeft het bevorderen van het verantwoord gebruik van geneesmiddelen

*Kamerstuk 29 477-201 – Brief regering d.d. 02-10-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers (VVD)*

2. Kwaliteit van niet-WMO-plichtig (geneesmiddelen)onderzoek

*Kamerstuk 29 477-205 – Brief regering d.d. 02-11-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers (VVD)*

3. Verslag van de Ministers Summit van 3 oktober j.l. over The benefits of responsible use of medicines

*Kamerstuk 29 477-208 – Brief regering d.d. 26-11-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

4. Voorwaardelijke pakkettoelating in de farmacie

*Kamerstuk 29 477-186 – Brief regering d.d. 28-03-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

5. Onderzoek werking en toekomstbestendigheid van de Wet Geneesmiddelenprijzen

*Kamerstuk 29 248-227 – Brief regering d.d. 01-03-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

6. Dure geneesmiddelen» en herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS)

*Kamerstuk 29 477-174 – Brief regering d.d. 19-08-2011
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

7. Aanbieding van het rapport «Adviesraden farmaceutische industrie getoetst aan reclameregels» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

*Kamerstuk 29 477-210 – Brief regering d.d. 06-12-2012
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

8. Borging continuïteit geneesmiddelen

*Kamerstuk 29 477-225 – Brief regering d.d. 05-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

9. Verslag van een schriftelijk overleg inzake het verslag van het werkbezoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan Beijing, de Volksrepubliek China van 21-25 september 2012

*Kamerstuk 33 400-XVI-134 – Brief regering d.d. 06-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

10. Verslag van een schriftelijk overleg inzake het Besluit inzake aanstelling en taakopdracht verkenner extramurale farmaceutische zorg

*Kamerstuk 29 477-228 – Brief regering d.d. 26-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

11. Rapportage bevindingen verkenner extramurale farmacie en de Marktscan farmacie 2012 van de NZa

Kamerstuk 29 477-229 – Brief regering d.d. 28-02-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

12. Antwoorden op vragen van de commissie over de regeling houdende het voorschrijven van UR-geneesmiddelen door bepaalde categorieën van verpleegkundigen

Kamerstuk 29 477-241 – Brief regering d.d. 22-04-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Fiche: Richtlijn prijsstelling en vergoeding geneesmiddelen

Kamerstuk 22 112-1607 – Brief regering d.d. 26-04-2013
minister van Buitenlandse Zaken, F.C.G.M. Timmermans

14. IGZ-rapport «Medicatieveiligheid in de klinische GGZ en verslavingszorg: ingezette verbetering moet worden voortgezet»

Kamerstuk 25 424-206 – Brief regering d.d. 25-04-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

15. Stand van zaken over de overheveling van medisch specialistische geneesmiddelen

Kamerstuk 29 248-250 – Brief regering d.d. 17-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Standpunt bij de bevindingen van de verkenner extramurale farmacie en marktscan farmacie 2012 van de NZa

Kamerstuk 29 477-243 – Brief regering d.d. 29-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. Verslag van een schriftelijk overleg inzake Borging continuïteit geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477-225)

Kamerstuk 29 477-244 – Brief regering d.d. 31-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Toezeggingen AO Geneesmiddelenbeleid over o.a. de doorlooptijden van de geneesmiddelenbeoordeling bij het CVZ

Kamerstuk 29 477-246 – Brief regering d.d. 31-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

19. Uniforme barcodering voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen

Kamerstuk 29 477-247 – Brief regering d.d. 31-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

20. Standpunt over het onderzoek naar de werking en de toekomstbestendigheid van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp)

Kamerstuk 29 477-245 – Brief regering d.d. 31-05-2013
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers