

Vergaderjaar 2021–2022

29 477

Geneesmiddelenbeleid

32 805

Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 776

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 5 juli 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 9 juni 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Economische Zaken en Klimaat d.d. 25 februari 2021 inzake toezegging, gedaan tijdens het notaoverleg van 10 december 2018 over de initiatiefnota van de leden Dijkema, Kooiman en Ellemeet «Big Farma: niet gezond!», over octrooibescherming van geneesmiddelen (Kamerstuk 34 834, nr. 18);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 21 juni 2021 inzake reactie op de brief van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) betreffende de overhevelingen van geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 708);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 juni 2021 inzake reactie op verzoek commissie over de uitvoering van de motie van de leden Ellemeet en Veldman over onderzoeken of aanbestedingscriteria kunnen worden gebaseerd op de productielocatie van medicijnen (Kamerstuk 35 570-XVI, nr. 115) (Kamerstuk 29 477, nr. 710);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 2 juli 2021 inzake eindrapport evaluatie rol Bureau voor Medicinale Cannabis (Kamerstuk 29 477, nr. 711);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juli 2021 inzake monitor maximering eigen bijdragen geneesmiddelen 2020 (Kamerstuk 29 477, nr. 712);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 juli 2021 inzake geen opname Namuscla in basispakket (Kamerstuk 29 477, nr. 713);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 juli 2021 inzake reactie op verzoek commissie over structureel te informeren over de besluitvorming in het farmaceutisch comité (Kamerstuk 21 501-31, nr. 623);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid d.d. 29 juli 2021 inzake melding medicijntekort Visudyne (Kamerstuk 29 477, nr. 726);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 september 2021 inzake wereldwijd tekort aan het geneesmiddel RoActemra (tocilizumab) (Kamerstuk 29 477, nr. 728);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 oktober 2021 inzake aankondiging ex post evaluatie geneesmiddelenvisie (Kamerstuk 29 477, nr. 730);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 november 2021 inzake huidige stand van zaken rondom de beschikbaarheid van het middel tocilizumab en sarilumab (Kamerstuk 29 477, nr. 732);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2021 inzake stand van zaken leveringszekerheid medische producten (Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 731);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2021 inzake aankondiging sluis kandidaten eerste helft 2022 (Kamerstuk 29 477, nr. 733);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2021 inzake aanpak oneigenlijk gebruik geneesmiddelen onder studenten (Kamerstuk 29 477, nr. 734);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 november 2021 inzake voorraadbeleid geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 735);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 december 2021 inzake vergoeding Kaftrio per 1 januari 2022 (Kamerstuk 29 477, nr. 737);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 december 2021 inzake reactie op verzoek van het lid Maeijer, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 17 november 2021, over de vergoeding van Kaftrio (Kamerstuk 29 477, nr. 736);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2021 inzake voortgang van de uitvoering van de actieagenda verantwoord gebruik opioïden (Kamerstuk 29 477, nr. 739);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2021 inzake voortgang financiële arrangementen geneesmiddelen 2021 (Kamerstuk 29 477, nr. 740);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 2021 inzake stand van zaken Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 743);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2021 inzake rapportage «Onderkant geneesmiddelenmarkt» (Kamerstuk 29 477, nr. 741);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 januari 2022 inzake rapport «Evaluatie Transparantieregister Zorg 2021» (Kamerstuk 32 620, nr. 273);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 januari 2022 inzake tweede Europese studie voorzienszekerheid medische isotopen (Kamerstuk 21 501-31, nr. 651);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 maart 2022 inzake correctie RIVM-jaarrapportage voortgang prep-verstrekking (Kamerstuk 29 477, nr. 747);

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 april 2022 inzake tekort aan het geneesmiddel Visudyne (verteporfine) (Kamerstuk 29 477, nr. 750);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 maart 2022 inzake RIVM-jaarrapportage voortgang pre-expositie profylaxe (prep)-verstrekking (Kamerstuk 29 477, nr. 745);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake verzekerde toegang van patiënten tot nieuwe geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 752);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 mei 2022 inzake sluiskandidaten tweede helft 2022 (Kamerstuk 29 477, nr. 751);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2022 inzake verzachtende maatregelen modernisering Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 759);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2022 inzake voortgang beschikbaarheid geneesmiddelen en geneesmiddeltkortingen (Kamerstuk 29 477, nr. 758);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 31 mei 2022 inzake reactie op verzoek commissie over het artikel in Het Financieele Dagblad «Komst van fabriek in Veendam voor medische isotopen op losse schroeven» (Kamerstuk 35 925-XVI, nr. 191);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2022 inzake pay for performance voor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 757);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2022 inzake beleidsinzet medicinale cannabis (Kamerstuk 29 477, nr. 755);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 mei 2022 inzake uitkomst traject verantwoord wisselen geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 753);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 mei 2022 inzake stand van zaken beleid geneesmiddelen en medische hulpmiddelen (Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 754);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 17 februari 2020 inzake mesh-implantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 104);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 16 november 2020 inzake stand van zaken medische hulpmiddelen en brexit (Kamerstukken 32 805 en 35 393, nr. 110);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 november 2020 inzake reactie op verzoek commissie inzake medische implantaten (mesh) (Kamerstuk 32 805, nr. 111);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 15 februari 2021 inzake reactie op verzoek commissie inzake aanvullende informatie petitie «Vergoeding van explantatie borstprotheses» (Kamerstuk 32 805, nr. 112);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 februari 2021 inzake rapport Berenschot over sluis Med-Tech (Kamerstuk 32 805, nr. 113);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 april 2021 inzake reactie op verzoek commissie inzake aangeboden petitie van NAPCO met betrekking tot beschikbaarheid van hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 115);

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 mei 2021 inzake stand van zaken uitvoering actieplan hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 116);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 september 2021 inzake rapport «Eigen betalingen voor hulpmiddelgebruikers» (Kamerstuk 32 805, nr. 121);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 25 oktober 2021 inzake voortgang uitvoering actieplan hulpmiddelen (Kamerstuk 32 805, nr. 123);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 november 2021 inzake voorstel Europese Commissie overgangstermijnen IVDR (Kamerstukken 32 805 en 22 112, nr. 125);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2021 inzake reactie van het RIVM op de studie met betrekking tot siliconen borstimplantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 126);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 mei 2021 inzake toezegging, gedaan tijdens het notaoverleg van 11 februari 2021 over de initiatiefnota van het lid Veldman over structurele weerbaarheid van de medische industrie in crisistijd, met betrekking tot de leveringszekerheid van medische producten (Kamerstuk 29 477, nr. 703);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 21 maart 2022 inzake mesh-implantaten (Kamerstuk 32 805, nr. 130);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 10 december 2020 inzake toezegging, gedaan tijdens het algemeen overleg Genees- en hulpmiddelen van 15 oktober 2020, over verduidelijking van de leeftijdsgrens van 18 jaar met betrekking tot de aanspraak van realtime Continu Glucose monitoring (CGM) (Kamerstuk 29 689, nr. 1090);
- de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 oktober 2020 inzake voortgangsrapportage ZE&GG en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 324);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 oktober 2021 inzake stand van zaken fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1131);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2021 inzake toezegging, gedaan tijdens het debat over het burgerinitiatief «Erken fibromyalgie», inzake het projectplan fysio- en oefentherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 1136);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2021 inzake factsheet Monitor GLI najaar 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 577);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 december 2021 inzake voortgang programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (Kamerstuk 29 248, nr. 335);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 januari 2022 inzake monitor Vektis niet-gecontracteerde ggz 2016–2019 (Kamerstuk 25 424, nr. 599);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 24 januari 2022 inzake reactie op de motie van het lid Agema c.s. over geen blootfoto's verlangen bij hersteloperaties (Kamerstuk 29 689, nr. 1140);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 april 2022 inzake stand van zaken geavanceerde therapieën (Kamerstuk 29 477, nr. 748);

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2022 inzake wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2023 (Kamerstuk 29 689, nr. 1146);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2022 inzake ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zorgverzekeringswet 2023 (Kamerstuk 29 689, nr. 1145);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 2 juni 2022 inzake advies Zorginstituut Nederland over de toegang tot geriatrische revalidatiezorg en aanspraak conform Besluit zorgverzekering (Kamerstuk 29 689, nr. 1147).**

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

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Smals
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Van den Berg, Ellemeet, Den Haan, Hijink, Maeijer, Mohandis, Paulusma, Smals en Tielen,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.01 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, allen. Welkom bij dit commissiedebat van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over geneesmiddelenbeleid, hulpmiddelenbeleid en pakketbeheer. Dit is een van die verzameldebatten, dus er is een hele trits aan onderwerpen. Het is niet anders. Dit hebben we altijd in deze periode van de parlementaire cyclus. Ik heet de mensen op de tribune, de mensen die thuis kijken, de Kamerleden: mevrouw Paulusma van D66, mevrouw Van den Berg namens het CDA, mevrouw Den Haan namens Fractie Den Haan, mevrouw Ellemeet namens GroenLinks, mevrouw Tielen van de VVD, meneer Mohandis van de PvdA, mevrouw Maeijer van de PVV en meneer Hijink van de SP. Ik wilde u voorstellen om iedereen vijf minuten spreektijd te gunnen.

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

Nee, het is zes.

De voorzitter:

O, zes! Excuus. Mevrouw Van den Berg, u heeft helemaal gelijk. Het staat zelfs gehighlight, maar ik lees niet goed. Ik wilde beginnen met vier interrupties, of woordmeldingen, zoals het soms ook genoemd wordt. Als u kort bent met uw interrupties kunnen er vast wel meer, maar dat zullen we gedurende het debat zien. U krijgt er vier in de eerste termijn van de zijde van de Kamer en dan waarschijnlijk ook vier voor de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Om geen tijd te verliezen, geef ik graag het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Wachten vindt niemand leuk. Ik zag dat in mijn werk in de thuiszorg geregeld. Niet weten of iets wel of niet vergoed wordt, is vaak nog erger dan het uiteindelijke antwoord. Ook nu in dit werk hoor ik veel verhalen van patiënten die lang moeten wachten op een beslissing, zoals bij het geneesmiddel Kaftrio. Of ik krijg mails van mensen die niet begrijpen waarom iets niet langer wordt vergoed, of niet in het basispakket kan of kan blijven, zoals nu met vitamine D. Voorzitter. Via het beoordelingsproces bij het Zorginstituut Nederland bepalen wij welke zorg wordt vergoed en welke zorg in het basispakket thuishoort. Vanwege de betaalbaarheid moeten we kritisch zijn op wat erin komt, maar ook op wat er al in zit, want is alles nog bewezen effectief? Ik vraag mij wel af, juist omdat beoordeling vanuit het Zorginstituut Nederland consequenties heeft voor mensen achter de voordeur, of deze beoordelingsprocedure nog wel robuust genoeg is voor het hoge tempo waarmee nieuwe genees- en hulpmiddelen op de markt komen. Dat is ook een vraag aan de Minister. Is het flexibel genoeg voor personalised medicine? Zitten er afdoende criteria in de beoordeling die passen bij hoe onze samenleving er nu uitziet? Is het beoordelingsproces voldoende in staat om aan te sluiten bij de ambities voor preventie? Graag een reactie van de Minister.

Voorzitter. Als er dan beslissingen worden genomen, is er een toenevende taak voor de overheid om die uit te leggen: waarom het ene wel en

het andere niet? Ik wil graag weten welke plannen er liggen om de samenleving meer mee te nemen, juist in deze voor mensen vaak ingrijpende besluiten, om zo ook begrip en vertrouwen te creëren. Ik noemde eerder bij uw collega Helder ons initiatief voor een burgerberaad: met gelote burgers spreken over taaie onderwerpen, zoals de zorg. Ik bied dit plan graag binnenkort aan de Minister aan.

Voorzitter. Het betaalbaar houden van zorg vraagt om maatschappelijk draagvlak, zoals ik net al zei. Maar het vraagt ook om te investeren in preventieve en kosteneffectieve maatregelen. Het geneesmiddel prep is zo'n maatregel die eigenlijk voldoet aan alle eisen. Op initiatief van D66 en GroenLinks is er in 2019 een pilot gestart met prep. Deze blijkt nu zo populair, of eigenlijk zo nodig en urgent, dat er een wachtlijst is ontstaan van maar liefst 2.000 mensen die nu het risico lopen op hiv. Dat is een ziekte waar je levenslang voor behandeld moet worden. Mijn vraag is dan ook: welke mogelijkheden ziet de Minister om deze pilot toch uit te breiden, om een bewezen effectieve maatregel voor meer mensen toegankelijk te maken?

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

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

Ik hoor het woord «prep» en daar moet ik toch even op aanslaan. Dit is een middel om hiv te voorkomen. Wij hebben daar als CDA toen veel moeite mee gehad. Toen zeiden wij: je kunt ook gewoon zelf condooms kopen. Toen is er een pilot afgesproken. Als ik mij goed herinner, was toen de inschatting dat er maximaal 800 mensen per jaar besmet zouden worden. Nu spreekt mevrouw Paulusma over 2.000. Ik wil graag van mevrouw Paulusma weten wat volgens haar de eigen verantwoordelijkheid is van mensen op dit soort terreinen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Om een misverstand uit de wereld te helpen: ik stelde dat er 2.000 mensen op een wachtlijst stonden, niet dat er 2.000 mensen nu hiv hebben. Voor ons geldt dat wij kritisch moeten kijken naar bewezen effectieve maatregelen, vooral in de balans. Als je een ziekte oploopt waar je je hele leven lang voor behandeld moet worden, wat is dan de kosten-batenanalyse? Die maken wij anders dan het CDA.

Voorzitter. Naast het inzetten op preventieve maatregelen, zoals dus prep, wil ik ook graag mensen de kans geven om zorg- en medicijngebruik te verminderen. Ik wil het in dit debat specifiek hebben over afbouwmedicatie. Samen met mevrouw Den Haan heb ik hier schriftelijk vragen over gesteld, want meer dan 1 miljoen Nederlanders gebruiken jaarlijks antidepressiva, sterke pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen. Een groot deel wil deze graag afbouwen, maar nu blijkt dat zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, apothekers en zorgverleners afspraken verschillend interpreteren, waardoor het niet lukt om mensen hun medicijnen af te laten bouwen. Ik zag dat er een reactie was op onze schriftelijke vragen, maar ik ben daar nog niet tevreden mee. Ik stel dus de vraag opnieuw: welke plannen heeft de Minister om deze partijen wel op één lijn te krijgen, om zo onnodig medicijngebruik te stoppen?

Voorzitter. Antidepressiva zijn niet de enige oplossing voor mensen die lijden aan een ernstige depressie of andere psychische aandoeningen. Ook psychedelica als psilocybine, ketamine en MDMA laten in therapeutisch gebruik veelbelovende resultaten zien. Er is hier alleen nog heel veel onwetendheid over. Dit heeft negatieve gevolgen voor onderzoek en toepassingen in de ggz, terwijl mensen met ernstige psychische aandoeningen hier potentieel veel baat bij kunnen hebben. In eerdere schriftelijk vragen antwoordde de Minister in gesprek te gaan met verschillende veldpartijen. Ik zou graag willen weten wat de stand van zaken is.

Voorzitter. Waar gelukkig wel het maatschappelijk signaal steeds meer over wordt gehoord, is het grote nut en effect van medicinale cannabis. Ik heb de beleidsvisie van de Minister dan ook met veel interesse gelezen. Ik zie dat er goede stappen worden gezet om het aanbod en de variëteit van medicinale cannabis voor patiënten te verruimen. Het veld geeft aan dat er zeer waarschijnlijk meer patiënten gebaat zouden zijn bij medicinale cannabis, maar er meer onderzoek nodig is. Ook is het nodig om medicinale cannabis te vergoeden net als alle andere bewezen effectieve medicijnen. Het taboe is al een drempel. Vergoeding zou dat niet moeten zijn. Kan de Minister nader toelichten waarom er tegenwoordig geen sprake meer is van een coulanceregeling voor vergoeding, terwijl die enkele jaren geleden nog wel gangbaar was? Stel dat wij het gebruik van medicinale cannabis uit de taboesfeer weten te halen en dat wij het, net als alle andere medicijnen, laten beoordelen door het Zorginstituut Nederland. Kan medicinale cannabis dan niet gewoon in het basispakket? Hoe kijkt de Minister hiertegen aan?

Voorzitter, ik kom op mijn allerlaatste punt. Er is een hele lange lijst met zaken die ik niet heb genoemd. Ik zie heel actueel veel berichten over medicatie die momenteel niet leverbaar is. Patiënten en behandelaren maken zich hier ernstig zorgen over. Ik hoor graag een reactie van de Minister hierop.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Er is een vraag van de heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Mevrouw Paulusma spreekt hele warme woorden over preventie en belangrijke middelen die in het basispakket zouden moeten, zoals prep en medicinale cannabis. U vraagt of die in het basispakket kunnen komen, toch? U vraagt of medicinale cannabis in het basispakket kan komen. Dat zijn allemaal terechte vragen. Mijn vraag gaat over vitamine D. Heel veel mensen gebruiken dat. Het is ook heel belangrijk, want het voorkomt dat deze mensen, bijvoorbeeld, een botbreuk oplopen. Het scheelt in de ziekenhuiszorg en de wijkverpleging heel veel zorgkosten als die mensen hun botten niet breken. Ik begrijp de willekeur niet zo goed. Hoe kan je wel een warm pleitbezorger zijn voor het opnemen van middelen als prep en cannabis in het basispakket, maar niet voor vitamine D, wat aantoonbaar werkt voor zulke grote groepen mensen? Daar hoor ik mevrouw Paulusma niet over. Zij is ook niet kritisch naar de Minister over het uit het pakket halen van dat middel.

Mevrouw Paulusma (D66):

Zal ik gewoon doorpraten door de bel? Hopelijk volgt de heer Hijink alles wat ik zeg. Voor D66 gelden twee dingen voor het basispakket. Ik vind echt dat we daar kritisch op moeten zijn. Daar moet in wat bewezen effectief is. In mijn inleiding stelde ik ook kritische, of althans uitlokkende, vragen richting de Minister ten aanzien van het beoordelingsinstrument dat het Zorginstituut Nederland gebruikt. Ik vroeg: past dat nog wel bij de huidige samenstelling van de samenleving? Ik heb daar zorgen over. Ik ben benieuwd wat de reactie van de Minister is. Maar voorop blijft staan dat wat in het basispakket zit, bewezen effectief moet zijn. Als wij het beoordelingsinstrument zouden moeten aanpassen aan hoe de samenleving er nu uitziet, wat ik mij zou kunnen voorstellen, dan komt daar wellicht een andere uitkomst uit dan die er nu ligt. We hadden dit debatje dinsdag ook met Staatssecretaris Van Ooijen.

De heer Hijink (SP):

Volgens mij speelt er toch iets anders, namelijk dat zowel het Zorginstituut als de Minister heel simpel redeneren: je kunt dit spul ook bij de drogist

halen, dus hoeven we het niet te vergoeden. Dat is de redenering die wordt gevolgd. De platheid van het soort stellingen dat dan wordt opgeworpen, vind ik echt niet oké. Ik wil ook aan D66 vragen om daar afstand van te nemen en om zich in te leven in die mensen. Het zijn vaak mensen met een donkere huidskleur die daar gebruik van maken. Het zijn vaak ook mensen met een lager inkomen die daar gebruik van maken. Het zijn vaak mensen die al op alle fronten tegen hogere kosten aanlopen rond huisvesting, zorgkosten en energie. Die krijgen nu ook nog te horen dat dit middel niet meer vergoed gaat worden. Ik kan u verzekeren wat er dan gaat gebeuren. Die mensen kiezen ervoor hun kinderen te eten te geven en geen vitamine D meer te slikken. Dat is wat er gaat gebeuren. Ik snap niet waarom D66 zich niet hard maakt voor deze groep en niet tegen de Minister zegt: zorg dat dit in het basispakket blijft en voorkom dat we later in het proces veel hogere zorgkosten gaan maken als die mensen met botbreuken op de eerste hulp belanden.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat was een hele lange vraag, en ook een beetje flauw. Meneer Hijink legt mij namelijk woorden in de mond die ik niet gebruikt heb. Ik stel de vraag of wij niet kritischer moeten kijken en of wij het beoordelingsinstrument dat het Zorginstituut nu gebruikt, niet zouden moeten aanpassen; en niet alleen voor deze kwetsbare doelgroep, waar ik net zo goed oog voor heb. Als we het aanpassen hoeven we niet elke keer in deze discussie te belanden en kunnen we een oordeel vellen dat past bij de huidige staat van de samenleving. Dat oordeel valt nu wellicht anders uit. Volgens mij doet het Zorginstituut de beoordelingen momenteel aan de hand van de trechter van Dunning. Die is al 30 jaar oud. Ik zou dus graag willen dat daar kritisch naar gekeken wordt. Dan hoeven we niet elke keer een woordspelletje te spelen over wie het hardst loopt voor een bepaalde kwetsbare groep, maar dan laten we een beoordeling maken die rechtvaardig is voor iedereen.

De heer **Hijink** (SP):

Mevrouw Paulusma geeft nog steeds geen antwoord op mijn vraag: waarom maakt D66 zich niet hard voor het in het basispakket houden van bijvoorbeeld vitamine D? Dat ontgaat mij helemaal. Het past ook helemaal niet bij uw partij, zeker niet als je zo de mond vol hebt van bijvoorbeeld preventie, dus het voorkomen van ziekenhuisbezoek. Ik begrijp dat gewoon oprecht niet, zeker niet als het over deze groep gaat. We kunnen graag een keer een boompje opzetten over de hele systematiek van het Zorginstituut, maar daar gaat het mij nu even niet om. Het gaat mij nu om het volgende: waarom maakt D66 zich er niet hard voor om er net als de SP, en ik denk ook andere partijen, voor te zorgen dat dat gewoon in het basispakket blijft?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Meneer Hijink, nu doet u het toch weer; dat is wellicht een gave. Ik wil niet dat we hier continu over elke kwetsbare doelgroep een politieke discussie hoeven voeren, want dan is iedereen continu aan het wachten op hoe het oordeel uitvalt. Ik wil dat het Zorginstituut op een manier gaat beoordelen die past bij de huidige tijd en staat van de samenleving. Daar zou heel goed uit kunnen komen dat vitamine D of iets anders in het basispakket zou moeten blijven. Maar ik wil dat niet tot een politieke discussie laten maken. Ik wil dat beoordelingsinstrument van het Zorginstituut onder de loep nemen. Wij willen dus hetzelfde, alleen wij volgen een andere route.

De **voorzitter**:

Meneer Hijink, laatste vraag.

De heer **Hijink** (SP):

Dit vind ik pas flauw, want dit is een politieke discussie. Die voeren we hier vandaag. U maakt er ook zelf een politieke discussie van door het bijvoorbeeld over prep en medicinale cannabis te hebben. Ik doe niets af aan deze hele reële punten, maar de politieke discussie is er omdat we te maken hebben met de situatie zoals die is. De situatie is dat de Minister van plan is om bijvoorbeeld vitamine D uit het basispakket te halen. Mijn vraag is: als u zich zo inzet voor die andere groepen, waarom zie ik dan niet diezelfde inzet voor de mensen die nu dat middel gebruiken en die het ook vergoed willen blijven krijgen omdat ze er anders gewoon mee gaan stoppen? Daarmee lopen we een reële kans – alle experts waarschuwen daarvoor – dat de zorgkosten straks juist enorm gaan stijgen als deze mensen met botbreuken in het ziekenhuis belanden.

De voorzitter:

Dit vraagt u via de voorzitter.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga hetzelfde antwoord geven. Volgens mij willen we hetzelfde, maar kiezen we een andere route. Ik stel daarover andere vragen aan de Minister. Vandaaruit gaan we weer verder wat mij betreft.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is er nog een vraag van mevrouw Ellemeet en daarna van meneer Mohandis.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, ik ga hierop door. Helaas is het inmiddels aan de orde van de dag dat we berichten lezen over mensen met lage inkomens, zelfs mensen met middeninkomens, die niet meer rond kunnen komen. Mensen die letterlijk ieder dubbeltje moeten omdraaien om te kijken hoe ze alle rekeningen nog kunnen betalen. Daar hebben we het ook vandaag over: over politieke besluiten die vergaande gevolgen voor mensen gaan hebben. Vitamine D is daar inderdaad één voorbeeld van. Want we zien dat juist de kwetsbaardere mensen daar vaker gebruik van maken. Een veel technischer onderwerp, maar met een hele harde realiteit voor veel mensen, is het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. De Minister stelt voor om ook dat aan te passen, en ook daarvan weten we dat een deel van die kosten bij chronisch zieken terecht gaat komen. Ik vind het in de huidige tijd, met de zorgen die mensen nú hebben, onze verantwoordelijkheid om te zeggen: geen enkel besluit dat wij vanuit VWS nu nemen mag betekenen dat kwetsbare mensen meer voor de zorg moeten gaan betalen. Is mevrouw Paulusma dat met mij eens?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ja, dat ben ik heel erg met mevrouw Ellemeet eens. Ik was ook blij om in de beantwoording van het schriftelijk overleg rondom dat Geneesmiddelenvergoedingssysteem te lezen dat er een soort verzachtende maatregel in de maak is. Want ik ben het met u eens: mensen moeten niet aan het kortste eind trekken als het om hun gezondheid gaat. Daarom wil ik ook zo graag dat wij kritisch kijken naar het beoordelingsinstrumentarium van het Zorginstituut, want de conclusie daarvan zou weleens kunnen zijn dat de groepen waar we het nu over hebben, continu aan het kortste eind trekken. Dat moet wat mij betreft veranderen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik begrijp dat mevrouw Paulusma zegt dat we kritisch naar het systeem moeten kijken. Alleen, mevrouw Paulusma weet net zo goed als wij dat voordat die evaluatie klaar is, we één jaar, misschien zelfs twee jaar verder zijn. Mijn punt is eigenlijk: heel veel Nederlanders met hoge zorgkosten kunnen daar nu niet op wachten. Dus gezien de urgentie die mensen nu

voelen, gezien de financiële problemen die mensen nu hebben, vind ik het onze politieke verantwoordelijkheid om als Kamer gezamenlijk richting de Minister uit te spreken dat we op dit moment mensen niet kunnen opzadelen met nog hogere zorgkosten. Dus ik snap de systeemkritiek van mevrouw Paulusma, maar ik vraag haar of ik D66 aan mijn zijde vind als ik stel dat wij, gezien de problemen die mensen nu hebben, een steviger uitspraak moeten doen: er mag nu geen besluit genomen worden dat tot gevolg heeft dat de zorgkosten van mensen omhooggaan, zeker niet van de mensen die al kwetsbaar zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik snap wat mevrouw Ellemeet graag wil, maar ook zij weet net zo goed als ik dat de mensen waar we het nu over hebben, op heel veel vlakken heel veel financiële problemen hebben als het gaat om huur, werk en andere zaken. Het betreft een opeenstapeling van kosten. Ik ga nu niet de uitspraak doen dat er niks meer verhoogd mag worden. Ik heb wel iets aan de Minister gevraagd over de beoordeling en toch weer het systeem, namelijk dat we meer rekening moeten houden met hoe de samenleving er nu uitziet; dat systeem kan niet gebaseerd zijn op mensen zoals u en ik, die wellicht wat sterkere schouders hebben.

De **voorzitter**:

Derde vraag, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, voorzitter. In normale tijden zou ik een eind mee kunnen gaan met de benadering van mevrouw Paulusma dat we het systeem moeten veranderen waar dat wenselijk is. Maar het zijn geen gewone tijden. Wij zijn volksvertegenwoordigers. Wij vertegenwoordigen mensen die nu in de problemen zitten. Mevrouw Paulusma heeft gelijk dat het een opeenstapeling van kosten is waar mensen mee te maken hebben. Mensen kunnen de huur niet meer betalen, kunnen de boodschappen niet meer doen en halen geen vitamine D of andere medicijnen meer. En juist om die reden vind ik dat wij ook moeten durven zeggen: het zijn uitzonderlijke tijden, wij staan voor al die mensen en vinden dat de zorgkosten niet mogen stijgen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dan vervallen we weer een beetje in het debatje dat we hier net hadden. Het kabinet heeft zeker ook de verantwoordelijkheid om er in deze extreem moeilijke tijden voor te zorgen dat mensen meekomen. Het zijn ook niet alleen de groepen die we al in beeld hadden, maar ook steeds meer de middeninkomens, die steeds moeilijker meekomen. Dat vraagt om grote maatregelen, dus niet alleen de discussie over vitamine D. Ik ga hier dus geen uitspraak doen in de zin van dat de zorgkosten niet mogen stijgen. Wel doe ik hier de uitspraak dat we veel zorgvuldiger de afweging moeten maken voor wie we het wel doen en voor wie niet, want het betekent wel dat anderen de kosten méér gaan dragen. Ik vind dat we ook daarin met elkaar een zorgvuldige afweging moeten maken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, de vierde vraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja, afrondend. Soms moeten we als politici ook buiten de systemen durven denken, moed tonen en iets ongebruikelijks doen. Als ik al die berichten lees, hoor en zie van mensen die nu acuut in de problemen zijn, vind ik dat wij als commissie voor VWS, als volksvertegenwoordigers, ook wel moeten durven zeggen: de zorgkosten mogen niet stijgen.

De voorzitter:

Daar zit geen vraag in, maar misschien wil mevrouw Paulusma wel reageren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde geen vraag, maar ik waardeer het pleidooi van mevrouw Ellemeets bijzonder. Ik denk dat we er net iets anders in zitten, maar volgens mij vinden we elkaar ergens in het midden. Dan ben ik net als u benieuwd naar de reactie van de Minister.

De voorzitter:

Meneer Mohandis, met een vraag?

De heer **Mohandis** (PvdA):

Ja, voorzitter, aanvullend op de vragen van de collega's van de SP en GroenLinks heb ik een vraag aan de collega van D66 over dit onderwerp. De collega van D66 zegt dat we het systeem tegen het licht moeten houden. Ik ga daar, oprecht, een heel eind in mee, maar het lijkt nu wel de omgekeerde gang van zaken: we gaan nu een stap zetten die heel vergaand is voor een bepaalde groep; niet alleen voor de onderkant, maar ook voor mensen met een middeninkomen. Het Zorginstituut laat open wat de effecten kunnen zijn qua therapietrouw en andere zaken. Ik ben dus oprecht benieuwd, als ik de redenering van D66 volg, waarom we dat niet eerst tegen het licht houden alvorens we iets gaan doen waarvan de maatschappelijke effecten nu nog niet bekend zijn. Heel veel organisaties in de zorg zeggen ook: weet wat u doet als Kamer als u dit laat passeren. Daarom zou ik de discussie willen omdraaien. Ik kan een heel eind meegaan met uw redenering, maar laten we een pas op de plaats maken alvorens we zoiets doen wat echt heel veel mensen raakt. Mijn grootste angst is dat mensen, die nu een beetje zekerheid hebben over wat er in hun pakket zit, niet meer gaan als je er iets uithaalt waar ze nu op rekenen. Dat geldt in ieder geval voor de mensen in mijn kringen en omgeving die heel erg leunen op een pakket waar ze zeker van willen zijn. De redenering volg ik dus, maar de volgordelijkheid der dingen die nu voorliggen, volg ik niet.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, wilt u reageren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik denk dat er een vraag gesteld is over de volgordelijkheid, althans daar ga ik dan maar antwoord op geven. In deze discussies over het basispakket, waarvan ik oprecht vind dat we daar kritischer naar moeten kijken, is er nooit een goed moment. Want er zal altijd een discussie zijn in de trant van: kan dit niet toch nog eerst voordat we... et cetera? En dan grijp ik toch een beetje terug op mijn achtergrond, en volgens mij herkennen een heleboel jonge ouders in de zaal dat ook: de pleister moet er soms in één keer af. Als ik het over het systeem heb, dan denk ik dat dat niet langer moet wachten, want dan komt deze discussie voor een heleboel verschillende groepen elke keer opnieuw terug. Dus ik snap echt uw zorg, en ik vind ook dat de Minister hier zorgvuldig mee om moet gaan, maar ik snap ook dat de pleister er soms in één keer af moet.

De voorzitter:

Meneer Mohandis, vervolgvraag.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Ja, dan misschien iets scherper als het gaat om de discussie om veel meer naar het systeem te kijken. In the end wordt hier de suggestie gewekt dat wij dit soort discussies dan niet meer met elkaar gaan voeren.

In de achttien jaar dat ik in de politiek zit, volgde er altijd een politieke weging zodra er iets voorlag. Ik geloof dus niet dat we het zo kunnen inregelen dat hier geen politieke weging meer plaatsvindt van de werkelijke effecten van iets wat maatschappelijk vergaand kan zijn. De Patiëntenfederatie en allerlei andere organisaties die heel dicht op de mensen zitten die het heel hard nodig hebben, waarschuwen ons daar ook voor. U kunt dit dus niet helemaal geobjectiveerd in het systeem krijgen, waardoor wij hier de politieke discussie niet meer hoeven voeren. Misschien wilt u die suggestie niet wekken, maar ik krijg wel het gevoel dat u zegt: laten we het systeem zo regelen dat we deze discussies niet meer hoeven voeren. Die blijven we hier voeren, en de politieke weging blijft ook hier.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik wilde geenszins de indruk wekken dat we niet de politieke discussie moeten voeren. Ik doe niets liever, alleen wel graag aan de hand van een methode, een kader en criteria die up-to-date zijn en die passen bij de samenleving zoals die nu is. Want dan kunnen we hier ook allemaal vanuit dezelfde invalshoek een discussie voeren over wat we zelf politiek belangrijk vinden. Dus alsjeblieft niet elke dag een politieke discussie, want we moeten ook wat anders doen. Maar als we die discussie voeren, dan graag aan de hand van een beoordelingsinstrument dat veel meer richting en duidelijkheid geeft dan het nu doet.

De **voorzitter**:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Van den Berg voor haar eerste termijn.

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

Dank u wel, voorzitter. Ik begin met enkele vragen over geneesmiddelen. Recentelijk ontvingen mevrouw Den Haan en ik de inspiratiegids Verspil geen pil. In Nederland wordt jaarlijks naar schatting voor minimaal 100 miljoen euro aan ongebruikte geneesmiddelen vernietigd. Dat is niet alleen zonde van het premiegeld dat we met z'n allen betalen, maar heeft ook nog eens een negatief effect op het milieu. De Nederlandse gezondheidszorg is ook nog verantwoordelijk voor een uitstoot van 11 miljoen ton CO₂ per jaar. Dit is 7% van de totale uitstoot. Gupta schatte in dat van die 11 miljoen ton ongeveer 2 miljoen ton wordt veroorzaakt door productie, verwerking en transport van geneesmiddelen. Vandaar dat mevrouw Den Haan en ik graag samen aan de Minister een actieplan willen aanbieden – via de bode, voorzitter – en hem vragen daar op een ander moment schriftelijk op te reageren.

Tegen de achtergrond van verantwoordelijk medicijngebruik vindt het CDA het onbegrijpelijk dat de Minister de verkoop van zware zelfzorggeneesmiddelen, die nu uitsluitend verkrijgbaar zijn bij de apotheek en drogist, in supermarkten wil toestaan. Er zijn 2,5 miljoen mensen laaggeletterd dan wel minder digitaal vaardig. Er zijn 1,2 miljoen mensen licht verstandelijk beperkt en er zijn 1,3 miljoen 75-plussers. We zijn in een samenleving terechtgekomen waarin iedereen maar zelfredzaam moet zijn. Echter, niet iedereen kan dat. «Weten is nog geen doen» heet het rapport daarover van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Het CDA wil de kwetsbaren beschermen en heeft daarom het desbetreffende amendement ingediend.

Voorzitter. Plasma is een essentieel onderdeel van bijvoorbeeld geneesmiddelen tegen afweerstoornissen. Wij vinden het dan ook erg belangrijk dat Nederland zelfvoorzienend is. We waren al niet zo blij met de verkoop van Sanquin. Het is wel goed om in de brief van 11 november te lezen dat de Minister op basis van mijn motie de NSOB de opdracht heeft gegeven een onderzoek uit te voeren naar de toekomst van de bloedvoorziening in Nederland. Wellicht hebben we iets gemist, maar zijn de resultaten

daarvan al bekend? Klopt het dat de Europese Commissie verwacht de conceptverordening bloed, die eind 2021 werd verwacht, in de zomer van dit jaar gereed te hebben?

Voorzitter. Dan nog enkele korte vragen over geneesmiddelen. Hebben wij goed begrepen dat het Zorginstituut opnieuw gaat kijken naar stamceltherapie voor MS en de resultaten daarvan eind dit jaar verwacht? We vinden het goed in de brief te lezen dat de Minister de onderkant van de geneesmiddelenmarkt gaat monitoren, want nu zien we dat sommige geneesmiddelen gewoon van de markt verdwijnen. Is de Minister bereid om met name te kijken naar de medicatie voor zeldzame ziektes?

Voorzitter. Dan pakketbeheer. Uit de brief van 20 mei en in het debat van 25 mei vernamen we dat de CDA-motie van juni 2019, eindelijk, is opgepakt. In de motie is verzocht te onderzoeken of de eerste twintig fysiotherapiebehandelingen voor chronisch zieken in het basispakket moeten. We kijken uit naar de brief die wij daarover van de zomer gaan ontvangen. Is de Minister bereid om bepaalde onderdelen alvast voorwaardelijk toe te laten, gezien de resultaten van onderzoeken door onder andere Ecorys en Equalis?

Voorzitter. Het CDA heeft al eerder gevraagd biomarkers in te zetten bij dure oncologische medicijnen, maar ons inziens dient de effectiviteit ervan in het algemeen meer bewezen te zijn voordat een behandeling dan wel een geneesmiddel het pakket instroomt. Hoe gaat de Minister dat bevorderen en hoe gaat de Minister de uitstroom bevorderen van verouderde behandelpraktijken dan wel geneesmiddelen? Hoe bevorderen we dat inzichten die voortkomen uit praktijksituaties, op de werkvloer worden geïmplementeerd?

Voorzitter. Het CDA vindt net als de Minister dat preventie ook een persoonlijke verantwoordelijkheid is. We zien het grote verschil in kosten tussen voorschrijven en zelf betalen van vitamine D. Wij volgen in beginsel het advies van het Zorginstituut, maar het is wel ronduit wrang en moeilijk uit te leggen – ik interrumpeerde daar net mevrouw Paulusma over – dat een middel als prep tijdens een pilot wel wordt vergoed. Over eigen verantwoordelijkheid gesproken. Graag een reactie daarop van de Minister.

Voorzitter. Dan nog enkele vragen over medische hulpmiddelen. Het CDA pleitte al ver voor corona voor meer zelfvoorzienendheid, bijvoorbeeld met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondkmaskers. We begrijpen dat de Minister in september een tender uitzet. Is hij bereid om de helft aan te besteden bij sociale ondernemingen zoals de mondkmaskerfabriek in Arnhem, waar ik vrijdag jongstleden op werkbezoek was? Die onderneming zorgt tegelijkertijd voor werkgelegenheid voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt.

Voorzitter. In het debat op 25 mei gaf ik al aan dat technologie beter moet worden ingezet en dat goede voorbeelden moeten worden opgeschaald. Maar wat gaat de Minister doen om ervoor te zorgen dat ook werkwijzen en processen worden aangepast en aangepakt? In Forum, van VNO-NCW, werd vermeld hoe de toegang tot nieuwe technieken wordt gehinderd, bijvoorbeeld doordat ieder ziekenhuis een apart onderzoek wil doen. Overbodige administratie, overbodige kosten. Wat gaat de Minister daaraan doen?

Voorzitter. Ik zie dat ik toch nog tijd heb voor een vraag over medicijnen. We hebben dinsdag de antwoorden ontvangen op de vragen die we samen met de SGP en Fractie Den Haan hebben gesteld over de geneesmiddelenproductie in Nederland. We concluderen dat er alleen een lijst is van degenen die een vergunning hebben om hier te handelen. Het is onbekend of het een bedrijf betreft dat een generiek geneesmiddel maakt dan wel een spécialité. Het CDA vindt dat erg kwetsbaar. Is de Minister bereid alsnog een dergelijke lijst te maken, opdat we precies weten welke bedrijven hier in Nederland echt generieke geneesmiddelen maken? Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Den Haan voor haar eerste termijn.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Voordat ik begin, wil ik graag vermelden dat ik mijn bijdrage ook lever namens de fractie van DENK.

Voorzitter. Geneesmiddelen. Veel mensen kunnen niet zonder een of meer medicijnen. Het is dus belangrijk dat geneesmiddelen toegankelijk zijn voor iedereen. Daarom ben ik blij dat mijn motie is aangenomen waarin is verzocht de knelpunten in kaart te brengen rondom de toegang van patiënten tot geneesmiddelen. Ik wil de Minister bedanken voor zijn reactie op die motie, maar ik heb nog een aantal vragen.

Uit de tabel met de doorlooptijden van extramurale geneesmiddelen blijkt dat de meeste tijd verstrikt tussen de handelsvergunning en het indienen van het dossier door de fabrikant. Ik begrijp dat het Zorginstituut bij elke aanvullende vraag deze extra tijd gebruikt om het dossier compleet te verklaren. Dat vertraagt enorm en gaat ten koste van de patiënt. Kan de Minister hier iets aan doen?

In de periode van 2006 tot en met 2011 werden geneesmiddelen na goedkeuring door de EMA tot de markt toegelaten, zodat deze nieuwe medicijnen meteen beschikbaar waren voor patiënten. Het middel werd vervolgens vier jaar gemonitord en er volgde een herevaluatie. Kan de Minister uitleggen waarom ervoor gekozen is van die procedure af te stappen? In Duitsland doen ze dit ook; daar hebben patiënten meteen toegang tot goedgekeurde medicijnen. Dat lijkt mij veel beter. Patiënten hebben namelijk vaak geen tijd te verliezen.

Voorzitter. Toegang tot generieke medicijnen zoals paracetamol lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet. In Nederland kunnen we nog generieke medicijnen produceren, maar dat staat onder druk.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Even over dat warme pleidooi voor het Duitse model. De farmaceuten zitten daar volgens mij prijstechnisch wat anders in dan in Nederland. Zij gaan voor een veel lagere prijs het systeem in dan hier. Zou dat ook nog een reden zijn waarom het daar sneller gaat dan hier?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dat zou heel goed kunnen. Dat heb ik niet zo begrepen. De procedures zijn hier gewoon heel anders. Op het moment dat een medicijn klaar is voor de markt, moet het inderdaad worden beoordeeld, en dat duurt gewoon ontzettend lang. Dat heeft niks met de prijs te maken. Dat heeft te maken met de procedures.

De voorzitter:

Gaat u verder, mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

In Nederland kunnen we de generieke medicijnen nog produceren, maar die productie staat onder druk. Samen met het CDA en de SGP heb ik hierover schriftelijke vragen gesteld. In de beantwoording daarvan geeft de Minister aan geen overzicht te kunnen geven van het aantal producenten in Nederland dat generieke medicijnen produceert. Hoe kan dat? Verder geeft hij aan in gesprekken met zorgverzekeraars geen aanleiding te zien om zorgverzekeraars te dwingen ten minste één derde van de generieke medicijnen in tabletvorm te laten bestellen bij nationale aanbieders. Waarom niet? Producenten hier kunnen niet concurreren met

aanbieders in landen zoals India en China. Daarbij is het ongelofelijk kwetsbaar om volledig afhankelijk te zijn of te worden van andere landen. Kijk maar naar het risico dat we lopen in een pandemie en hebben gelopen in de coronapandemie. Graag een reactie van de Minister. Geneesmiddelen moeten toegankelijk en beschikbaar zijn, maar daarnaast is het belangrijk dat ze niet verspild worden. Mevrouw Van den Berg had het er al over. De Minister heeft inmiddels het actieplan in ontvangst genomen. Ik ben heel benieuwd hoe de Minister denkt over de voorstellen die daarin worden gedaan. Ik hoor dat graag later.

Een van de manieren om medicijngebruik te verminderen en dus verspilling tegen te gaan, is de inzet van afbouwmedicatie. Het gebruik van sommige medicaties moet langzaam afgebouwd worden. Denk bijvoorbeeld aan antidepressiva of zware pijnstillers zoals oxycodon. Helaas wordt voor die afbouw door zorgverzekeraars niet altijd de juiste dosering vergoed. Ik heb daar samen met collega Paulusma vragen over gesteld. We hebben de antwoorden op die vragen net gehad. Ook ik ben daar nog niet helemaal tevreden mee, want dit probleem speelt al zeven jaar. Enkele zorgverzekeraars vergoeden afwijkende afbouwdoseringen wel, maar een heleboel andere niet. Hoe kunnen we nu een structurele oplossing vinden voor mensen die willen afbouwen zonder dat zij daarbij afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar bij wie ze zijn verzekerd? Het kan toch niet zo zijn dat mensen door moeten gaan met het slikken van zware medicijnen omdat ze niet verantwoord kunnen afbouwen? Dat kost meer geld, het brengt schade toe aan de gezondheid en het kan leiden tot een verdergaande verslaving.

Voorzitter. Dan het uit het pakket halen van vitamine D. Ik ben het eens met mevrouw Paulusma dat het beoordelingsinstrument van het ZIN aan vernieuwing toe is, maar ik vind ook dat collega Mohandis hier een punt heeft: de volgordelijkheid klopt hier niet. Vitamine D nu uit het pakket halen, kan wat mij betreft echt niet. Bijvoorbeeld ouderen hebben gemiddeld genomen een lagere vitamine D-spiegel. Dat leidt onder andere tot zwakkere botten. Ze gaan eerder vallen en, voilà, we krijgen meer zorgkosten voor de kiezen. Dan gaan de premies weer omhoog. En mensen betalen al zo veel aan de zorg. De rekening komt dan in financiële en materiële zin bij de patiënt en de verzekerde terecht. Ik hoor graag van de Minister of hij dit toch wil heroverwegen en wat dit betreft even pas op de plaats wil maken.

Ten slotte het voornemen van de Minister om het Geneesmiddelenvergoedingssysteem te moderniseren. Op zich snap ik dat goed. Ik zie ook veel goede intenties van de Minister, maar ik heb nog wel een aantal vragen. De Minister geeft aan geen idee te hebben van de effecten. Daarom wil hij de gevolgen monitoren, maar het is nog niet duidelijk waarop men wil monitoren. Er is nog geen zicht op de clusters binnen het GVS die in het bijzonder door de bezuiniging worden geraakt. Daardoor is onduidelijk welke patiëntengroepen geraakt gaan worden. Er wordt nog onderzoek gedaan naar regeldrukeffecten, maar dat rapport volgt later pas. De Minister legt de verantwoordelijkheid volledig bij de fabrikanten, die de prijzen moeten verlagen. Dat zal in veel gevallen ook kunnen én nodig zijn, maar niet altijd. Het kan ervoor zorgen dat risico's met betrekking tot de beschikbaarheid van die medicijnen bij de patiënt komen te liggen en dat de beschikbaarheid in het gedrang komt. Is het niet verstandig om dit allemaal duidelijk te hebben alvorens door te gaan met deze plannen om het GVS te moderniseren?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel. Er staat weer een veelheid aan onderwerpen op de agenda. Mijn manier om daar een soort van structuur in te vinden is even teruggaan naar het hoofddoel van mijn VWS-agenda. Dat hoofddoel is: de gezondheidsverschillen terugdringen. Preventie speelt daarbij een heel belangrijke rol. Het helpt om dat voor ogen te hebben, want dan kan je daar ieder besluit van de Minister aan toetsen: draagt dit bij aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen of vergroot het de gezondheidsverschillen? Ik zou aan de Minister willen vragen – dat ga ik misschien wel vaker doen – of ook hij zo'n hoofdcriterium in zijn hoofd heeft waaraan hij besluiten toetst. En komt dat dan overeen met het hoofdcriterium van GroenLinks, namelijk het verkleinen van gezondheidsverschillen? Dan ga ik naar de concrete onderwerpen, die ik daar dus vervolgens aan heb getoetst. Ik zou willen beginnen bij vitamine D. Daar is al het een en ander over gezegd. Vitamine D uit het basispakket halen, gaat gezondheidsverschillen vergroten en niet verkleinen. We zien juist dat mensen in een financieel kwetsbare positie meer gebruikmaken van vitamine D. Zoals ik al zei, moeten zij op dit moment ieder dubbeltje omdraaien om uit te komen. Als wij hen laten betalen voor vitamine D, dan kunnen we uittekenen wat er gaat gebeuren: ze gaan die minder consistent gebruiken; dat gaat leiden tot gezondheidsproblemen, die vervolgens weer leiden tot hogere zorgkosten. Is dit dus niet penny wise, pound foolish, vraag ik de Minister. Is het niet onverstandig om deze maatregel te nemen, gelet op de zorgkosten op de lange termijn en de gezondheidsverschillen, die GroenLinks juist wil verkleinen?

Voorzitter. Een ander voorbeeld van een dossier waarin ik de gezondheidsverschillen groter zie worden, is het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel. Ik heb de beantwoording van de Minister uitgebreid gelezen. Eerlijk gezegd sta ik toch wel enigszins perplex. Dit kabinet heeft zijn mond vol over compensatie en over het eerlijk verdelen van de kosten van de crisis, maar een van de gevolgen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem is dat de medicijnkosten voor chronisch zieken hoger worden. Dat vind ik echt een heel verkeerde keuze. Natuurlijk, ik wil de farmaceutische industrie ook aanpakken. Daarbij vindt u mij geheel aan uw zijde, zeg ik tegen de Minister. Maar bij de Minister leeft toch de veronderstelling dat de farmaceuten hun prijzen naar beneden gaan bijstellen, terwijl we dat nog helemaal niet weten. Sterker nog, als we ons oor bij het veld te luisteren leggen, dan horen we dat de farmaceuten dat helemaal niet allemaal van plan zijn. En dan weet je dat juist de kosten bij de chronisch zieken terechtkomen. De enige verzachtende maatregel, die al feitelijk genomen wordt, is het verlengen van het maximum van € 250 aan medicijnkosten. Maar dat betekent dat heel veel mensen met een kleine portemonnee alsnog meer moeten gaan betalen voor hun medicijnen.

Daarom heb ik de volgende vragen aan de Minister. Waarom compenseert de Minister de lage- en middeninkomens ... O, ik hoor dat Siri hierop reageert! Ik herhaal mijn vraag: waarom compenseert de Minister de lage- en middeninkomens niet volledig? Waarom heeft de Minister al een besluit genomen, terwijl Sira Consulting nog onderzoek verricht naar de regeldruk? En waarom heeft de Minister niet in kaart gebracht hoeveel mensen betalingsachterstanden oplopen vanwege deze extra kosten? Wat GroenLinks betreft mogen we het risico gewoon niet nemen dat Nederlanders in financieel kwetsbare posities nog een extra klap van de overheid krijgen.

Voorzitter. Een ander voorbeeld van een preventie en effectieve interventie is het inzetten en het ter beschikking stellen van prep. Natuurlijk hebben mensen een eigen verantwoordelijkheid, maar we weten ook dat prep veiliger is, zeg ik even indirect tegen mevrouw Van den Berg, die daarnaar vroeg. Het is veiliger dan alleen het gebruik van condooms. We weten ook dat veel mannen condooms gebruiken omdat ze geen andere soa's willen oplopen. We weten ook dat als iemand hiv oploopt, dat ontzettend

ingrijpend is in diens leven. En we weten dat het ons allemaal, als Nederland, kosten oplevert. Een behandeling van een jaar kan namelijk oplopen tot vijf ton. Het is dus om allerlei redenen verstandig om prep voor iedereen beschikbaar te stellen. We hebben gezien dat er in de afgelopen jaren sprake was van onderuitputting. Er was een subsidie. Die is door allerlei praktische redenen, door corona en noem het allemaal maar op, niet volledig ingezet, terwijl er wel 2.000 mensen op de wachtlijst staan. Ik wil de Minister met klem verzoeken: vind een oplossing. Het is namelijk belangrijk voor deze mensen; het is belangrijk voor ons allemaal, omdat we daarmee kosten reduceren. Als de Minister preventie echt aan het hart gaat, zou ik zeggen: maak een verschil in het leven van al deze mensen. Daar wil ik het bij laten, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Het is al een paar keer gezegd: het is een heel grote agenda; ik geloof met 60 brieven. Ik had bedacht om met name over geneesmiddelen een aantal punten naar voren te brengen en vragen te stellen.

Ik heb één ding over hulpmiddelen. Daarover gaan ook een aantal brieven. Ik ben benieuwd hoe het staat met het aanpakken van de meerjarige indicaties. De VVD heeft er al vaker een punt van gemaakt dat je, als je een hulpmiddel nodig hebt, die indicatie heel regelmatig opnieuw moet aanvragen. Dat levert een enorme bureaucratische last op voor mensen. Ik ben benieuwd of de Minister daar al mee bezig is en, zo ja, hoe.

Dan over de geneesmiddelen. Het GVS is al genoemd. Volgens mij is het in de basis gewoon een goed en gewogen systeem om een hele bulk aan fantastische wetenschappelijke innovaties, die heel veel waarde hebben voor de gezondheid van mensen, af te wegen en om ervoor te zorgen dat die – de Minister gaf het zelf al aan – beschikbaar, kwalitatief goed en toegankelijk zijn. Dat zijn de waarden die ik telkens teruglees. Het is goed om het af en toe aan te scherpen, te moderniseren. Ik steun de Minister erin om daar scherp op te blijven.

Ik heb daarover wel een paar vragen. De Minister benoemt verzachtende dingen voor de onderkant van de geneesmiddelenmarkt, hoe die eruitziet en dat daar nog iets voor komt. Ik heb daar een paar brieven over gelezen, maar ik ben echt een beetje benieuwd wat dat nou precies betekent. Hoe zorg je ervoor dat de beschikbaarheid van geneesmiddelen aan de orde blijft? Waar denkt de Minister aan? Misschien kan hij al een tipje van de sluier oplichten.

Een aantal farmaceuten hebben hoge prijzen; daar is al iets over gezegd. We hebben dat al eerder dit jaar in een kort debat, in het vragenuur, «woekerprijzen» genoemd. In sommige gevallen, lang niet altijd, zijn er exorbitante prijsstijgingen als het patent afloopt. Dan komt er een nieuwe indicatie bij en wordt er gezegd: laten we de prijs maar twintig keer verhogen. Heeft de Minister voldoende instrumenten om dat tegen te gaan? Wat kan hij, samen met Europese collega's, doen om dat tegen te gaan? Is het een idee om een soort van alarmsysteem op te tuigen – ik weet niet eens of het er is, hoor – zodat er een soort vlaggetje verschijnt als bijvoorbeeld de prijzen heel erg stijgen? Dan kunnen we daar actie op ondernemen.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, u heeft een vraag van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik deel de zorgen, want ik zie wat er gebeurt. Ik zie ook wat de industrie doet. U stelt vragen aan de Minister, maar ik ben ook wel benieuwd wat de VVD vindt. Stel dat er zo'n rode vlag komt rondom die prijzen, ingewikkelde contracten en tekorten, wat vindt of wil de VVD dan?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

De VVD wil dat we het tegengaan als er zo'n vlag is. Dat moet voorkomen worden. Het beeld dat het altijd zo is, klopt natuurlijk niet. De meeste farmaceuten steken veel geld in research and development en doen fantastische innovaties die het leven van heel veel mensen verbeteren en gezonder maken. Maar wij zijn gewoon tegen het moedwillig gebruiken van kleine, slimme trucjes voor enorme prijsstijgingen. Als er een vlaggetjessysteem is, dan zou het fijn zijn als we daar iets tegen kunnen doen en we dat kunnen voorkomen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Zou het volgende dan ook kunnen helpen? Om dat rode vlaggetje een beetje inzichtelijk te krijgen en te weten wanneer we daarnaartoe gaan, is het belangrijk dat dingen transparant zijn. Zou het dan ook een goed idee zijn om het toch wel vaak schimmige waar wij met elkaar in discussiëren over hoe een prijs tot stand is gekomen en waar de kennis vandaan komt, veel transparanter te maken? Vind ik de VVD dan ook aan mijn zijde?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Transparantie is altijd goed, zou ik zeggen. Maar je kan daar ook in doorschieten. Daar zullen de farmaceuten mee schermen. Het gaat natuurlijk ook over bedrijfsstrategie en dat soort dingen. Maar het verbeteren van de transparantie lijkt mij een goede route. Daar vindt mevrouw Paulusma mij dus zeker aan haar zijde. Ik denk wel dat dat gewogen moet gebeuren. Uiteindelijk heb je namelijk te maken met bedrijven waar je ook veel waarde uit haalt met z'n allen als samenleving. Daar past dus een evenwichtig beleid bij.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dat over woekerprijzen. Maar ik ben dus ook inderdaad benieuwd of er überhaupt instrumenten zijn om iets te doen als die vlaggetjes er zijn. Dat is best ingewikkeld, denk ik.

De Minister had een uitgebreide reactie op eerder door mijn collega's gestelde vragen over pay for performance. «Pay for performance» is een lelijke Engelse term. Maar het gaat er eigenlijk over dat we pas gaan betalen voor geneesmiddelen als ze ook daadwerkelijk effectief en veilig zijn, en ze het leven van gebruikers ook verbeteren, zoals wordt gewenst. Wat ik zeg: ik vond het antwoord van de Minister daar heel gewogen in. Ik ben blij dat de Minister nieuwsgierig blijft naar volgende stappen en hoe je dat beter kan inzetten. Ik ben ook benieuwd hoe hij dat concreet voor zich ziet en hoe we daarmee aan de slag kunnen, met alle mitsen en maren die de Minister daar zelf uiteraard ook bij noemt.

Persoonlijk ben ik ook wel nieuwsgierig naar wat de rol van farmaco-economie daarin kan zijn. Pay for performance is echt gerelateerd aan het directe effect op de gezondheid. Maar je kan je voorstellen dat, als je naar de bredere gezondheid van mensen kijkt, het ook een rol kan hebben als je het inzet in werk, leven in een gezin of een sociale context. Ik zou het van waarde vinden om te weten hoe dat wordt meegewogen bij het uiteindelijk bepalen of geneesmiddelen hun prijs waard zijn; laat ik dat dan maar zo naar een hoger niveau tillen.

Over geneesmiddelen gesproken, ik las ergens dat het aantal ouderen – ouder is dan wel 65-plus; ik moet voorzichtig zijn – dat meer dan vijf medicijnen gebruikt heel sterk gestegen is de afgelopen jaren. Dan moet ik vaak aan mijn oma denken, die inderdaad met toilettassen vol met doosjes en flesjes rondliep, en daar vaak ook nog allerlei zelfzorg aan toevoegde. Mevrouw Van den Berg en mevrouw Den Haan begonnen ook over het verantwoord geneesmiddelengebruik. Hebben we dat nou voldoende in beeld? Is er voldoende onderzoek naar gedaan? In 2012 is volgens mij het laatste Nivel-onderzoek daarnaar gedaan. Is dat voldoende in kaart gebracht? Is de Minister bereid om daar nog verder moeite voor te doen?

Ik zoek zelf namelijk ook naar de rol van apothekers. Er is al wat gezegd over verantwoorde afbouw, over het gezamenlijk met huisartsen kijken hoeveel met name ouderen, maar ook chronisch zieken gebruiken en of het hele pakket aan medicijngebruik nog wel effectief en veilig is. Denk aan valpreventie, aan ouderen die een hogere kans hebben op vallen – ik geloof door bètablokkers – en daardoor heupen breken enzovoort. De hele ellende kunnen we ons voor de geest halen. Maar hebben we dat voldoende in zicht? Is ook voldoende gestimuleerd dat apothekers daar een rol in spelen? Ik denk dat het in heel veel buurten goed gaat, maar ik denk dat het ook nog veel beter kan. Ik ben benieuwd hoe de Minister daartegen aankijkt.

Ik ben heel benieuwd naar het actieplan – wij hebben geen kopietje gekregen – van mevrouw Van den Berg en mevrouw Den Haan wat betreft verspilling. Ik ben heel benieuwd hoe dat zit, ook in relatie tot therapietrouw. Want ik geloof dat we daar gewoon echt meer aandacht aan zouden moeten besteden, zeker gezien het brede gebruik. Dat waren eigenlijk mijn hoofdpunten vandaag.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Dan geef ik graag het woord aan meneer Mohandis namens de PvdA.

De heer Mohandis (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Nogmaals fijn om hier in de commissie te zijn, zeg ik dan maar tegen de collega's met wie ik nog niet de degenen had gekruist. Dank u wel.

Voorzitter. Er is al het nodige gezegd over vitamine D. Daar wil ik ook mijn betoog mee starten. Ik heb geprobeerd om alle informatie die ons is toegekomen goed te bestuderen. Dan blijft wel duizelen waarom we deze stap zetten, niet wetende wat de effecten wellicht gaan zijn. Het Zorginstituut zegt het zelf ook: «We nemen hier een stap. Het gaat iets doen met therapietrouw en het gaat iets doen met de kosten.» Daar is al het nodige over gezegd. Ik ben oprecht benieuwd waarom we deze stap zetten. Kan een jaar uitstel of zoiets goed zijn, zodat we beter inzichtelijk maken wat de maatschappelijke effecten zijn en wat het betekent voor de portemonnee, juist in een tijd waarin de inflatie en allerlei andere zaken extra op de portemonnee drukken van heel veel huishoudens en het juist de kwetsbaren zijn die dit extra raakt?

Zoals ik al eerder zei: ik kom uit een omgeving waar men zeker is van een pakket. Als het er wordt uitgehaald, dan moeten we er niet van uitgaan dat mensen dat maar zelf gaan aanschaffen. Daarmee wordt ook de suggestie gewekt dat dat allemaal kan. Stel dat ik probeer mee te gaan in die redeneerlijn, terwijl ik het daar faliekant mee oneens ben, wat doen we dan als het medisch noodzakelijk is? Gaan wij hier dan zitten op de stoel van de arts of de medisch specialist? Of gaan wij hen dan juist de ruimte geven voor hen die dat het hardst nodig hebben? De zwaardere vormen of waardes van vitamine D moet je toch kunnen blijven krijgen. Ik ben oprecht benieuwd naar hoe de Minister hierop reflecteert, al helemaal nu ik heb gelezen – ik weet dat er continuïteit is van bestuur – dat het niet de

Minister is, maar zijn ambtsvoorganger die dit advies bij het Zorginstituut heeft gevraagd. Het is misschien een gewetensvraag, maar had de Minister deze vraag ook zelf aan het Zorginstituut gesteld? Ik vraag dat ook gezien zijn achtergrond, ook als het gaat om deze doelgroep. Ik weet dat de Minister weet dat die heel kwetsbaar is. Ik ben dus oprecht benieuwd naar zijn reflectie.

Dan kom ik bij het volgende punt. Het was inderdaad een verzamel... Man, man, man, 60 brieven. Dan moet je wel keuzes maken, als je zes minuten hebt.

Voorzitter. Ik ga naar een ander punt, ook op verzoek van ReumaNederland: de verpakking van geneesmiddelen. Daar heb ik eigenlijk één vraag over met betrekking tot de motie uit 2019 van onder anderen Geleijnse, Ploumen en Dik-Faber. Het gaat dan vooral om de gebruiksvriendelijkheid van medicijnverpakkingen door het CBG, hoe dit is opgepakt en hoe dit is belegd. We hebben dinsdag afgesproken dat we geen afkortingen meer gebruiken, dus ik heb me laten vertellen dat het gaat om het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Ik ben wel benieuwd wat de stand van zaken is van die motie.

Dan kom ik op het punt zelfzorgmiddelen bij tankstations en supermarkten. Ik lees dat de Minister de Geneesmiddelenwet wil aanpassen hierop, en dat daarmee ook een groot deel van de medicijnen, niet allemaal natuurlijk, bij tankstations en supermarkten verkrijgbaar gaat zijn. Dat duizelde mij, omdat ik weet dat nu al 17% van de ziekenhuisopnames ook te maken heeft met verkeerd gebruik. Ik leg daar niet een direct verband tussen, maar daar zit wel een zorg. Ik weet al dat het bij de drogist ook niet altijd fantastisch gaat met het advies. Wat zijn we hier aan het doen op het moment dat we deze beweging maken? Gaat dit nou iets doen met meer veiligheid? Bevordert dat het veiliger gebruiken van medicijnen? Welk probleem lossen we hier op? Dat vraag ik aan de Minister.

Diabetesvereniging Nederland gebruikt een vrij ingewikkelde term, rt-CGM, realtime Continue Glucose Monitoring system. In gewonementaal: iemand als mijn moeder heeft variant 1 van diabetes. Toen ik dit allemaal las, duizelde het mij eerst: wat wordt hier nou precies bedoeld? Maar dit is een beter systeem. Dan blijft de vraag: waarom wordt dit niet opgepakt? Hoe staat dit? Ik ben wel benieuwd wat er dan met zo'n goed advies gebeurt, hoe dat landt. Doen we daar iets mee, of laten we het aan ons voorbijgaan?

Zit ik nog binnen mijn tijd?

De voorzitter:

U heeft nog een dikke minuut, meneer Mohandis.

De heer Mohandis (PvdA):

Kijk, fijn. In diezelfde brief ...

De voorzitter:

U heeft een vraag van mevrouw Paulusma. Gaat uw gang.

Mevrouw Paulusma (D66):

Even op dat laatste punt. Dat moeilijke woord staat denk ik wel ergens genoteerd nu. Maar dit is natuurlijk de eeuwige discussie. Want de ontwikkelingen gaan door, dus er zal altijd iets beter zijn dan wat er al is. Maar ik denk dat het basispakket niet zo oprekbaar is. Gaat er dan iets in en iets uit? Hoe kijkt de Partij van de Arbeid naar het basispakket?

De heer Mohandis (PvdA):

Sorry dat ik de microfoon net niet uitzette. Maar ten principale kijken wij naar een basispakket als een pakket waar we zaken die medisch noodzakelijk zijn, maar ook echt een enorme impuls geven aan de kwaliteit van

leven, goed in hebben zitten. Ik ben niet heel lang woordvoerder op dit dossier; dat geef ik toe. Ik kom uit het onderwijs. Maar ik weet wel dat het niet zo is dat wij de politiek bedrijven dat er iets in en iets uit gaat. Zo werkt het pakket niet. In essentie is dat niet hoe politiek wordt bedreven. Uiteindelijk gaat het erom wat we met elkaar als samenleving willen dragen, wat we met elkaar belangrijk vinden en wat we van waarde vinden. Uiteindelijk is de Partij van de Arbeid altijd een partij geweest die breder kijkt dan alleen maar naar er iets in stoppen. Wij zijn uiteraard bereid om ook te kijken naar bijvoorbeeld verspilling en andere zaken, en om die principiële discussie te voeren. Die discussie wil ik zeker ook met u aangaan; daar loop ik niet voor weg. Maar dat betekent niet, in uw eigen woorden, dat wij de ontwikkelingen en de nieuwe dingen die op ons af komen geen kans geven, die niet agenderen en die niet uitproberen. Als een pakket betekent «meer dragen als samenleving», dan staat de Partij van de Arbeid altijd aan de kant dat we dan iets meer dragen als samenleving. Dat weet u ook.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, ik had drieënhalf streepje bij u neergezet. Dus als u het heel kort houdt ... Nee? Dank u wel. Meneer Mohandis, u heeft nog een dikke minuut. Gaat uw gang.

De heer Mohandis (PvdA):

In diezelfde brief van onder andere de Diabetesvereniging Nederland, wordt het kabinet om een standpunt gevraagd ten aanzien van de ongelijkheid in behandelmogelijkheden, als ik het zo samenvat. Daarmee refereer ik ook aan mijn vorige punt.

Dat was het even voor nu. Dit was mijn eerste termijn. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Mohandis. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Maeijer namens de PVV.

Mevrouw Maeijer (PVV):

Dank u, voorzitter. Net als de andere sprekers worstel ik een beetje met de hoeveelheid brieven en agendapunten. We hebben er een aantal uit geplukt, maar vergeef het me als het misschien een beetje van de hak op de tak is.

Voorzitter. Net als in het vorige debat van juni vorig jaar, zou ik namens mijn fractie aandacht willen vragen voor de toegang van patiënten tot geneesmiddelen. De Minister schrijft in opvolging van de motie van mevrouw Den Haan dat hij vier algemene signalen heeft ontvangen over de mogelijke knelpunten. Dat zijn: gebrek aan inzicht in het proces van pakketopname, de toepassing van het huidige beoordelingskader op beperkte patiëntgroepen en geavanceerde therapieën, het na elkaar doorlopen van processtappen in plaats van het parallel doen en de opname van geneesmiddelen en richtlijnen, die trager is dan in andere landen. Het is natuurlijk goed om te lezen dat de Minister deze vier punten allemaal oppakt. Ik heb daar nog wel een paar vragen over, zoals wanneer dat dashboard klaar is. Vanaf februari 2022 is het mogelijk om een parallelle procedure in te gaan. Zitten er nu dan al geneesmiddelen in die procedure? Is ook afdoende bekend bij fabrikanten dat deze mogelijkheid er is?

Dan het beoordelingskader. KWF stelde daarover in een brief dat de regels voor producttoelating hopeloos verouderd zijn, dat ze geen tred lopen met technologische ontwikkelingen en ook dat precisiegeneesmiddelen om meer maatwerk vragen. Deelt de Minister deze opvatting? Wordt dit dan ook meegenomen bij de doorontwikkeling van dat beoordelingskader? Wie worden er dan eigenlijk betrokken bij die doorontwikkeling? Zij vragen bijvoorbeeld ook om een juridische basis voor trajecten als DRUP,

waarmee gekeken wordt naar nieuwe toepassingen van bestaande geneesmiddelen. Ik vroeg me af hoe de Minister hiertegen aankijkt. Wat zijn de voor- en nadelen hiervan?

De Minister schrijft ook «dat Nederland zich op plek vier bevindt met zowel het gemiddelde van 213 dagen als de mediaan van 153 dagen doorlooptijd». Hij vindt dat een mooie positie, die we de komende jaren willen vasthouden. Ik zou heel graag willen weten hoe we die positie precies vasthouden. En beter nog: hoe kunnen we die positie misschien nog wel verbeteren? Het aantal middelen in de sluis neemt namelijk elk jaar toe. In het komende jaar worden er volgens mij elf verwacht. Het totaal voor dit jaar is meer dan twintig. De vergaderbel gaat. Ik zal eventjes wachten.

In het afgelopen jaar stroomde er slechts vijf middelen uit. Ik vraag me af hoe de Minister dit voor zich ziet, ook met de aankondiging dat de sluis toch gewoon verruimd wordt. Hoe zorgt de Minister ervoor dat de doorlooptijden niet langer worden? Is er bijvoorbeeld voldoende mankracht bij de Zorgautoriteit? Is het onderhandelingsraamwerk naast zorgvuldigheid ook ingericht op snelheid? Ik hoorde bijvoorbeeld ook dat onderhandelingen over de prijs vaak nog per brief gaan. Misschien is daar een hele goede reden voor, maar dat klinkt niet als iets wat heel snel gaat. Misschien valt hier dus nog enige tijdswinst in te behalen. Graag een reactie daarop.

Voorzitter. De onderhandelingsprocedure duurt gemiddeld 213 dagen op een totaal van 424 voor afronding en beschikbaarheid. Inzetten op het verkorten van die doorlooptijden is natuurlijk goed, maar ik denk wel dat die periode minder problematisch zou zijn voor patiënten als het geneesmiddel tijdelijk zou worden toegelaten, zoals in Duitsland – mevrouw Den Haan zei het al – maar ook in Frankrijk. Ik heb begrepen dat ze dit doen met een assessment vooraf door de beroepsgroep. Ik vraag me af hoe de Minister bijvoorbeeld tegen dat Franse systeem aankijkt. Wat is ertegen om dat ook in Nederland op die manier in te richten?

Voorzitter. Mijn fractie maakt zich verder zorgen over niet-verkrijgbare medicijnen, waaronder Visudyne. Dat is een middel voor oogaandoeningen waarvoor geen alternatieven beschikbaar zijn. Nu blijkt dat de hele wereld afhankelijk is van één fabrikant. Dat is een heel kwetsbare situatie, die al sinds vorig jaar bestaat. Er is volgens mij ook nog geen zicht op echte verbetering. De Minister schrijft wel dat er een aantal succesvolle leveringen zijn geweest in de tussentijd. Ik zou heel graag willen weten hoeveel mensen daarmee geholpen zijn en hoeveel patiënten op dit moment hun medicijn niet hebben. De brief van de Minister dateert volgens mij van 20 april. Ik zou dus graag willen weten wat er in de tussentijd nog is gebeurd.

Voorzitter. Dit is niet het enige medicijn waar een tekort aan is. We lezen in kranten artikelen van apothekers die aangeven dat er zo'n 1.500 medicijnen niet of moeilijk leverbaar zijn en dat ze huilende patiënten in de apotheek hebben. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat die tekorten teruglopen? Deelt de Minister de insteek om Nederland minder afhankelijk te maken van buitenlandse fabrikanten? In het verlengde daarvan: welke stappen heeft hij ondertussen gezet, los van de onderzoeken die hij aankondigt en die volgens mij deze zomer beschikbaar komen, om de productie naar ons land te halen en de productie die er nog is, te behouden?

Voorzitter. Ik spring eventjes over op een ander onderwerp: de ijzeren voorraad, de veiligheidsvoorraad. Als ik het goed heb begrepen – ik ben ook nog niet zo heel lang woordvoerder op dit dossier – is het de bedoeling dat dat per 1 juli aanstaande zal gebeuren. Maar ik lees ook in de brief dat partijen aangeven dat dat niet mogelijk zou zijn of dat er toch nog wel wat mitsen en maren aan zitten. Ik zou dus heel graag willen weten hoe het daarmee staat.

Gister ontvingen we ook een brief van Minister Helder over het ontregelen van de zorg. Het viel mij op dat de apothekers daarin niet worden genoemd, terwijl er, als ik met hen spreek, wel een hoop te doen is om de regels en de administratie bij apotheken. Misschien kan deze Minister daar dus nog iets over zeggen.

Voorzitter, ik hoop dat ik nog wat tijd heb. Ik heb nog het onderdeel hulpmiddelen, de mesh-implantaten. Wat betekent het nu eigenlijk dat de Minister zegt dat de tekortkomingen zijn opgelost? Werden die fabrikanten in het marktonderzoek getoetst aan verouderde richtlijnen? Voldoen die implantaten nu aan die nieuwe EU-vereisten of niet? Ik las ook dat er met veel meer implantaten problemen zijn. Het aantal klachten daarover is verdrievoudigd. De meeste klachten gingen over koperspiraaltes en borstimplantaten. Heeft de Minister hier een verklaring voor, behalve het feit dat er misschien meer aandacht was voor het meldpunt? Is de Minister ook bekend met het onderzoek van Henry Dijkman waarin 400 vrouwen met siliconen borstimplantaten in het Radboudumc werden onderzocht? Het onderzoek van afgelopen september liet zien dat er qua gezondheidseffecten geen verschil is tussen de oude omstreden vloeibare siliconen en de nieuwe cohesieve implantaten, dus dat ze eigenlijk net zo schadelijk zijn. Dat is wat ik uit dat onderzoek begrijp althans.

De voorzitter:

Rondt u langzaam af, mevrouw Maeijer?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ja, dat ga ik zeker doen. Heel langzaam. Ik vroeg me af: komt het Zorginstituut met een nieuw oordeel over de vergoeding van de explantatie, het verwijderen van borstimplantaten?

Voorzitter, ik had eigenlijk nog een aantal punten, maar ik zal afronden. Over vitamine D is al een hele hoop gezegd. Ik zou daar nog iets aan willen toevoegen, vanuit een iets andere invalshoek. Mijn collega Fleur Agema stipte eergisteren volgens mij al aan dat vitamine D in verband werd gebracht met de preventie van corona. Daar zou het invloed op kunnen hebben. Ik vond het toch wel heel opvallend dat, juist nu we er niet meer in zitten of wat dan ook ...

De voorzitter:

U moet nu wel echt afronden.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Wat is precies de reden om dat besluit nu te nemen?

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Maeijer. Dan geef ik graag het woord aan de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Ik denk dat het belangrijk is om vandaag te benadrukken dat het een slechte tijd is om de kosten te verhogen die mensen maken voor de zorg. Mensen lopen al tegen enorme kostenstijgingen aan als het gaat om energie en wonen. Er was vandaag ook weer een bericht dat er voor heel veel huishoudens hele grote financiële problemen dreigen te komen.

Dat raakt dus ook het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik denk dat mevrouw Ellemeet daar zinnige dingen over heeft gezegd. Het kabinet heeft daar een bezuiniging op ingeboekt. De bedoeling is dus dat mensen goedkopere geneesmiddelen gaan gebruiken. Dat klinkt allemaal hartstikke goed, alleen betekent het natuurlijk wel dat heel veel mensen die een bepaald middel gewend zijn nu moeten wisselen. Het grote probleem dat ik daarmee heb ... De Minister schrijft dat volgens mij zelf

ook in de beantwoording. Hij zegt eigenlijk dat de hoop is dat de farmaceuten dan hun prijzen gaan verlagen. Gebeurt dat niet, dan moeten mensen maar een hogere eigen bijdrage gaan betalen. Hij schrijft letterlijk dat het dus afhangt van het gedrag van de farmaceuten. Ik vind het nogal wat om in deze tijd kwetsbare mensen, die een hoop medicijnen gebruiken en daar een bijdrage voor moeten betalen, dus eigenlijk afhankelijk te maken van het optreden van de farmaceutische industrie. Mensen zijn namelijk ook al afhankelijk van het optreden van de zorgverzekeraars als het gaat om het preferentiebeleid. Waar blijft nou precies de positie van de huisarts en van de patiënt zelf als het gaat om het kiezen van het geneesmiddel dat nodig is?

Er is ook een leidraad gemaakt in de sector voor verantwoord wisselen. Het klinkt allemaal best wel verstandig wat daarin staat, maar het staat haaks op de maatregelen die het kabinet nu neemt, want er dreigen honderdduizenden, misschien nog wel meer, wisselingen te komen die louter financieel gedreven zijn en helemaal niet per se in het belang zijn van de patiënt. Wij vrezen dat dit zorgt voor veel financiële, maar ook administratieve lasten. De Minister gaat daar onderzoek naar doen. Wat doet het nou precies met apothekers? Wat doet het nou precies met huisartsen? Alleen moet dat onderzoek nog beginnen, geloof ik, terwijl de maatregel al is ingegaan. Het is natuurlijk wel heel bijzonder dat er in de sector zelf al aan gewerkt moet worden, terwijl we helemaal niet weten wat het effect precies is.

Ik wil graag van de Minister weten wat zijn inschatting is van de omvang van de groep mensen die een hogere eigen bijdrage moeten gaan betalen voor hun geneesmiddelen en ook wat hij voor deze groep gaat doen. Er stonden twee zinnige suggesties in – hoe heet dat stuk? – de beslisnota die een paar maanden terug naar de Kamer is gestuurd. Een daarvan was nota bene een voorstel van de VVD, uit de vorige coalitie nog, om geen eigen bijdrage te vragen in situaties waarin er een landelijk tekort is aan een bepaald geneesmiddel. Ik vond dat een heel reëel voorstel. Als er geen alternatief is, geen optie is, geen keuze is omdat het middel simpelweg niet beschikbaar is, moet je ook niet gedwongen kunnen worden om een hogere eigen bijdrage te betalen. Ook ben ik benieuwd of de Minister nog eens wil kijken naar de eigen bijdrage die geldt voor medicijnen voor kinderen. Ik ben er nog niet achter hoe dat precies zit, maar mij lijkt het logisch dat je daar geen eigen bijdrage voor vraagt, ook omdat er voor kinderen bijvoorbeeld geen eigen risico geldt.

Voorzitter. Dit raakt ook aan de prijzen van geneesmiddelen en het inzicht daarin. De farmacie is wat dat betreft natuurlijk een black box. Wij hebben bijna geen zicht op de kostprijs van geneesmiddelen. We zien wel dat de winstmarges enorm zijn in de farmaceutische industrie, maar wij weten eigenlijk helemaal niet hoe de prijs precies tot stand komt en in hoeverre de verkoopprijs zich verhoudt tot de daadwerkelijke kostprijs. Wij willen daar graag meer inzicht in. Daar hebben we al heel vaak om gevraagd. Vorig jaar nog heb ik met mevrouw Paulusma een voorstel gedaan inzake de registratie van geneesmiddelen die door ziekenhuizen en apothekers zelf worden gemaakt. Er zou een traject komen om hen daarmee te helpen. Dat kan natuurlijk enorm helpen om de kosten van geneesmiddelen te verlagen. Als wij meer zelf kunnen doen, als apothekers meer zelf kunnen doen, als ziekenhuizen meer zelf kunnen doen, als zij geholpen worden om die nieuwe geneesmiddelen zelf te registreren en vervolgens te laten maken, kan dat natuurlijk een enorme kostenbesparing opleveren. Ik vraag de Minister om daar voortvarender mee aan de slag te gaan en ons ook op de hoogte te brengen van wat hij precies aan het doen is. Dan de hulpmiddelen. Wij hebben al heel vaak gevraagd: zorg nou dat er één loket komt, zodat mensen die een rolstoel of ieder ander hulpmiddel nodig hebben niet steeds van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ik heb ooit het bizarre voorbeeld genoemd van iemand die ergens anders ging wonen en toen het onderstel van zijn rolstoel mocht houden, maar

het zitgedeelte weer moest inleveren. Het is te belachelijk voor woorden hoe dat er soms nog steeds aan toe gaat. Eén loket zou heel logisch zijn: geen gedoe tussen de Wmo aan de ene kant en de langdurige zorg aan de andere kant, maar gewoon kijken wat de persoon in kwestie nodig heeft. Daar gaat het uiteindelijk natuurlijk om. Niet de financiering moet vooropstaan, maar de vraag wat iemand nodig heeft en hoe we dat op een goede manier gaan regelen.

Voorzitter. Tot slot het basispakket. We hebben het al uitgebreid gehad over vitamine D. Ik had het al over de stijgende zorgkosten. Ook wij vrezen dat dit voor heel veel mensen echt tot grote problemen gaat leiden. Er komen tientallen tot honderden euro's per jaar extra bij. Dan kan iedereen zeggen: ja, wat is dat nou precies, een paar tientjes of een paar honderd euro; waar hebben we het over? Maar dit raakt een groep die op alle andere fronten ook al in de financiële problemen dreigt te komen. Het is een stapeling. Het kabinet heeft heel vaak gezegd de stapeling van kosten te willen voorkomen. Nou, hier heb je zo'n stapeling. Op deze manier kunnen we die voorkomen.

Als het gaat om fysiotherapie, is het mooi dat de regeling voor de coronaherstelzorg wordt verlengd met een jaar. Het roept wel een vraag op. Hoe kan het nou dat dit wordt geregeld voor deze groep patiënten, terwijl wij al heel lang vragen om fysiotherapie in het basispakket op te nemen en dat maar niet van de grond komt? Er is gesproken in de sector over de beste manier van vergoeden. Blijkbaar komen ze er niet uit. Wij vinden dat wel bijzonder jammer, want het betekent gewoon weer vertraging. Voor een groep patiënten die geholpen zijn met fysiotherapie komt er dus nog geen oplossing.

Tot slot de mondzorg. Het is steevast een wens van de SP om die op te nemen in het basispakket. 10% van de bevolking is de afgelopen twee jaar niet naar de tandarts gegaan. Dat gaat ons op de lange termijn gewoon heel veel kosten, niet alleen als het gaat om de gezondheid van deze mensen, maar ook financieel. Het is een preventieve maatregel die we gewoon moeten opnemen in het basispakket, niet alleen voor de gezondheid van mensen maar ook om uiteindelijk de zorg betaalbaar te houden, wat het kabinet zo belangrijk vindt.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Hijink. Dan komen we aan het eind van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik ga schorsen zodat de Minister en de ondersteuning de antwoorden kunnen voorbereiden, maar ook om onszelf, de Minister en de ondersteuning de gelegenheid te geven om te lunchen. Vandaar dat ik u wil voorstellen om om 12.15 uur weer verder te gaan. Dan moet het allebei wel lukken, denk ik. Ja? Dan schors ik de vergadering tot 12.15 uur.

De vergadering wordt van 11.14 uur tot 12.17 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom terug bij het commissiedebat over geneesmiddelenbeleid, hulpmiddelenbeleid en pakketbeheer. De Minister heeft mij net verteld dat de beantwoording in een paar blokjes gaat. Omdat het een verzameldebat is met heel veel verschillende onderwerpen, begint de Minister met een inleiding. Dan komt het GVS, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, dan vitamine D, dan het basispakket, dan prep en dan overig. «Overig» is zo divers dat ik u aanraad om daarop te wachten voordat u zegt: hé, mijn vraag is nog niet beantwoord. Die komt dan ongetwijfeld terug bij overig.

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

Zou u nog één keer iets langzamer het rijtje kunnen noemen?

De voorzitter:

Dat dacht ik al wel. Daarom zei ik het eerst snel. Nu zeg ik het langzaam. Inleiding. GVS, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Vitamine D. Basispakket. Prep. Overig. Ik kom straks controleren of u geen schrijffouten heeft gemaakt! Ik sta vier interrupties toe per fractie, per persoon. We kijken wel even hoe het loopt; als we nog tijd over hebben, kan ik daar ook weer flexibel mee omgaan. Ik geef graag het woord aan de Minister. Gaat uw gang.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Alvast aansluitend op de discussie van net: als tussendoor wordt gezegd «mijn vraag is nog niet beantwoord», dan ziet u dat ik naast mij assistentie heb die dan rustig even kan zoeken in de map «overig» en het antwoord kan aanreiken. Dat is dus geen enkel probleem. Eerst uit ik mijn algemene dank aan de Kamer voor de vragen die zijn gesteld. Van mijn kant komt er bijna het excuus voor de veelheid aan onderwerpen. Dat is inherent aan dit type debat, zoals u weet. Ik ben blij dat er breed gevraagd is naar heel veel onderwerpen. Als we kijken naar de mapjes, is het grootste mapje ook «overig». Dat komt omdat het allemaal vragen waren over heel diverse dingen, maar dan wel maar een of twee vragen per onderwerp. Dank dus voor de breedte en voor de discussie.

Ik ben blij dat we vandaag de mogelijkheid hebben om over het pakket-beheer en het genees- en hulpmiddelenbeleid te praten en om ook te kijken welke toekomstige uitdagingen we zien en hoe we daar zo goed mogelijk op anticiperen. Zoals u weet is de druk op de zorg hoog en wordt deze nog hoger, onder andere door ontwikkelingen als het toenemende aantal ouderen en het toenemende aantal chronisch zieken. Daarmee is er ook een toenemende zorgvraag. Het kabinet zet daarbij volop in op passende zorg, die zich richt op gepast gebruik en op organisatie van de zorg.

Mevrouw Ellemeet stelde mij een mooie vraag. Zij vroeg mij of ik één heldere doelstelling kan noemen die we voor ogen hebben. Ik knip de vraag dan op in tweeën. Eén is de toegang tot zorg, het in stand houden en verbeteren van de toegang tot zorg. We kunnen allemaal punten aangeven waarop dat nu niet zo is. Twee is het in stand houden, maar ook echt verbeteren van de kwaliteit van zorg. We hebben onszelf lang voorgehouden dat de kwaliteit in Nederland heel hoog is. Dat mogen we ook doen, gezien alles. Maar als je inzoomt op allerlei punten – mevrouw Tielen heeft dat eerder ook al eens aangegeven – dan moet je ook constateren dat er echt veel ruimte voor verbetering is. Als je die twee doet, raak je automatisch ook aan het punt dat mevrouw Ellemeet terecht naar voren brengt: het verminderen van gezondheidsverschillen, want die zijn op allerlei plekken gewoon echt schrijnend groot. Dat vertaalt zich uiteindelijk overall in uitkomsten. Dus: passende zorg, gepast gebruik en ook organisatie van de zorg.

Om die reden kijken we onder andere naar het verbeteren en verbreden van een toets op het basispakket, waarbij we volop inzetten op de meest effectieve zorg met de meeste meerwaarde voor de patiënt. Overall wil je eigenlijk dat alles wat wij doen in zo'n basispakket voldoet aan drie eisen. Allereerst moet het bijdragen aan betere zorg voor een patiënt. Dat betekent bijvoorbeeld dat de kwaliteit van genees- en hulpmiddelen goed moet zijn en getest moet zijn op veiligheid en werkzaamheid. Het tweede is de toegankelijkheid. Goede zorg maakt geen verschil als deze buiten bereik ligt van een patiënt vanwege hoge bijbetalingen of vanwege beperkte beschikbaarheid. Het derde is de betaalbaarheid. Hoe zorgen we ervoor dat onze zorg op dat hogere gewenste niveau ook betaalbaar blijft in de toekomst? In een ideale wereld hoeven we daarbij nooit concessies te doen, maar de realiteit is dat we elke dag, om allerlei redenen, opnieuw keuzes maken. Soms zijn er maatregelen die op alle drie de pijlers –

kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – een positief effect hebben. Soms moet je ook afwegingen maken en de impact is bij de een groter dan bij de ander. De uitdagingen waar we in de zorg voor staan zijn groot en de keuzes zijn ingewikkeld. Dat zien we ook in de vragen in het gesprek dat vanochtend ontstond.

Voorzitter. Zoals gezegd begin ik mijn beantwoording met te focussen op het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Zoals u weet, bestaat dat systeem al heel lang. Er wordt ook al heel lang, al meer dan vijftien jaar, gesproken over revisie. Dat is steeds voor ons uit geschoven. In het systeem is eigenlijk sprake van een samenspel tussen drie partijen: fabrikanten, zorgverzekeraars, ook als vertegenwoordigers van ons als burgers, en patiënten. Bij het GVS gaat het dan om de balans tussen betaalbaarheid en beschikbaarheid. Op basis van de gesprekken en ook op basis van eerdere analyses is de constatering al heel lang dat het zinvol is om dat te reviseren. Dat doe ik dus niet op basis van los zand, maar met goede aandacht voor de gevolgen.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de individuele vragen. Mevrouw Den Haan vroeg of het niet verstandig is om eerst alle onderzoeken naar en effecten van GVS-modernisering duidelijk te hebben voordat het wordt doorgezet. Ik hecht eraan om te zeggen dat er in de afgelopen vele jaren al veel onderzoek is gedaan naar de mogelijke effecten, maar dat de gevolgen voor individuele patiënten, afhankelijk van de medicamenten die ze gebruiken en eventueel in welke combinatie, niet op voorhand te voorspellen zijn. Dat hangt ook af van, zoals ik in mijn brief heb aangegeven, de respons van fabrikanten en de noodzakelijke discussie die moet ontstaan met fabrikanten. Fabrikanten laten nu logischerwijs aan de voorkant niet zien welke beweging zij eventueel zullen maken. Als wij in de positie van een fabrikant zaten, zouden wij dat ook niet doen. Dus hoeveel tijd we ook nemen, de onduidelijkheid over de effecten voor een individuele patiënt blijft een feit. Mede daarom zet ik in op verzachtende maatregelen om de grootste risico's voor patiënten te beheersen en de gevolgen te monitoren.

Mevrouw Ellemeet vroeg waarom wij de lage- en middeninkomens daarbij niet volledig compenseren. Het kabinet en ik hebben oog voor de positie van financieel kwetsbare mensen. Ik roep fabrikanten allereerst op om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen en te voorkomen dat mensen met een bijbetaling worden geconfronteerd. Ook zet ik in op communicatie, zodat patiënten en hun zorgverleners tijdig weten van veranderingen en kunnen beslissen over het eventueel wisselen van geneesmiddelen als er sprake kan zijn van een bijbetaling. Mede gelet op risico's op bijbetaling continueer ik de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen, waarmee ik excessief hoge bijbetalingen voor patiënten, ook met lage- en middeninkomens, voorkom.

Mevrouw Ellemeet vroeg aanvullend waarom de Minister al een besluit heeft genomen terwijl Sira Consulting nog onderzoek doet naar de regeldruk. Laat ik vooropstellen dat ik onnodige lasten voor artsen en apothekers wil voorkomen. Daarom heb ik veldpartijen uitgenodigd om met mij na te denken, ook over de communicatie. Ik hoop u het rapport van Sira nog voor het reces, dus op hele korte termijn, te doen toekomen. Mevrouw Ellemeet vroeg aanvullend waarom de Minister niet in kaart heeft gebracht hoeveel mensen een betalingsachterstand oplopen vanwege deze extra kosten. Ik kan dat op voorhand niet in kaart brengen, om de redenen zoals net al genoemd. Ik kan niet precies voorspellen wat er gebeurt met de individuele prijzen van een individueel middel. Dat kan ik ook niet doen in specifieke sectoren waarin middelen veel geclusterd worden, zoals bij chronische ziekten, hart- en vaatandoeningen et cetera. Dan hangt het vervolgens ook nog af van in hoeverre patiënten wisselen

om een bijbetaling te voorkomen. Om excessieve bijbetalingen te voorkomen, maximeer ik zoals gezegd de eigen bijdrage aan geneesmiddelen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De Minister zegt iets heel belangrijks: ik kan het niet voorspellen. Hij zegt ook dat hij een beroep doet op de fabrikanten om hun verantwoordelijkheid te nemen. Maar ook daar kan de Minister niet voorspellen in welke mate de fabrikanten die verantwoordelijkheid gaan nemen. Precies dat is de reden waarom ik zo bezorgd ben over de gevolgen voor lage- en middeninkomens. We hebben vandaag de publicatie van het CPB gezien. Het CPB heeft aan de hand van scenario's doorgererekend wat de huidige situatie kan gaan betekenen voor bijvoorbeeld de betalingsproblematiek van veel huishoudens. Ik had het er al met mevrouw Paulusma over in een interruptie: ik maak me echt heel erg veel zorgen over mensen met lage- en middeninkomens als ook voor hen de zorgkosten en de kosten van geneesmiddelen verder gaan stijgen. Daarom vraag ik de Minister toch, juist omdat hij het niet voor ieder individu kan berekenen, of het niet verstandig zou zijn om voor alle lage- en middeninkomens te garanderen dat zij geen hogere uitgaven krijgen als het gaat om geneesmiddelen. Je moet de groep dan afbakenen, dus ik zou voorstellen om de zorgtoeslaggrens te hanteren.

Minister **Kuipers**:

Laat ik allereerst vooropstellen – dat gaf ik al aan, maar ik herhaal het – dat ik de zorg deel die mevrouw Ellemeet uitspreekt over de noodzaak om zeer nadrukkelijk te kijken wat dit eventueel aan ongewenste neveneffecten heeft ten aanzien van meer betalen en om die nauwkeurig te monitoren en er zo nodig op te acteren. Ik vertaal het even in mijn eigen woorden; excuus, ik wil u niet parafraseren. Maar in het samenspel van partijen, zoals ik dat noem, hebben we partijen die ook leverancier zijn en medicamenten leveren aan ons Nederlanders, aan de Nederlandse patiënten. Logischerwijs is dat ook commercie. Dat mag ook. Ik heb onlangs iemand horen zeggen: ik werk bij een farmaceutisch bedrijf en ik durf dat eigenlijk niet meer te noemen op feesten en partijen. Ik wil graag vooropstellen dat ook mensen in de farmaceutische industrie daar allereerst werken met de inzet om de kwaliteit van leven en de uiteindelijke uitkomsten voor patiënten te verbeteren, bijvoorbeeld door oplossingen te verzinnen voor aandoeningen die nu niet of alleen met grote neveneffecten behandelbaar zijn. Tegelijkertijd ligt er een brede wens van ons om ervoor te zorgen dat die middelen daadwerkelijk voor een redelijke prijs op de markt komen.

Nou hebben we het Geneesmiddelenvergoedingssysteem al heel erg lang. In combinatie met andere systemen heeft het zijn effect gehad, maar er zijn ook al heel lang rapportages die zeggen: het effect is in de huidige setting voorbij; overheid, u doet er echt verstandig aan om opnieuw in onderhandeling te gaan om het Geneesmiddelenvergoedingssysteem te reviseren om voor de burger overall geld te besparen. Het uiteindelijke effect daarvan kan ik niet direct voorspellen. Dat is dus reden om het nauw te monitoren. Maar om vervolgens te zeggen: dan doen we dus eerst maar helemaal niks en laten we het maar bestaan met dezelfde clustering en dezelfde dingen die er al meer twintig jaar zijn? Ik kan me voorstellen dat de Kamer daarvan zegt: wacht nou eens even, Minister, u hebt deze rapporten; vindt u het niet zaak om toch maar in gesprek te gaan met de industrie? Natuurlijk gunnen we de industrie een goede prijs voor hun middelen, maar de marges mogen ook wel kritisch tegen het licht worden gehouden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, een vervolgvraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De Minister zegt dat hij gaat monitoren en dat hij goed in de gaten gaat houden hoe het uitpakt. Dat is heel hard nodig, omdat er gewoon ontzettend veel onzekerheidsfactoren spelen. Maar monitoren heeft alleen zin als je van tevoren weet hoe je bereid bent in te grijpen. Daarom vraag ik de Minister of hij het met GroenLinks eens is dat we moeten voorkomen dat lage- en lagere middeninkomens meer geld kwijt zullen zijn aan hun geneesmiddelen. Dan kan de Minister monitoren en zeggen: ik zie nu dat het anders uitpakt en ik ga dat compenseren. Laat ik 'm nog ietsje stilliger formuleren. Voor mijn fractie is het ondenkbaar dat wij het GVS gaan aanpassen met als risico dat juist kwetsbare groepen nog meer geld kwijt zijn aan zorg.

Minister **Kuipers**:

Ik ben er echt van overtuigd dat we in grote lijnen uiteindelijk precies naar hetzelfde streven, namelijk toegankelijkheid van geneesmiddelen op de Nederlandse markt voor een Nederlandse patiënt voor een betaalbare prijs. Als ik hier de garantie zou geven aan grote groepen patiënten dat we gaan compenseren en dat we iets anders gaan doen, ben ik aan de voorkant in ieder gesprek met een fabrikant gewoon weg. Sterker zelfs, een fabrikant kan zeggen: «Oké, als het door de overheid gecompenseerd wordt, dan gaan wij toch precies de tegenovergestelde beweging maken? Dan wordt het nu tijd voor ons om die prijzen maar verder te verhogen, boven de huidige limieten.» Dit luistert echt precies. We moeten echt goed kijken naar de effecten, maar ik kan nu onmogelijk een garantie afgeven voor allerlei groepen dat we die volledig gaan compenseren. Ik weet niet wat het effect wordt, maar ik ben bang dat ik dan verder weinig armslag heb voor het gesprek met fabrikanten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan, een aanvullende vraag?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ja, even aanvullend op de vraag van mevrouw Ellemeet over de monitoring. Op welke indicatoren gaat de Minister dan precies monitoren? Dat is mij nog niet helder. De Minister vindt de toegankelijkheid ook heel belangrijk. De clustering is natuurlijk van essentieel belang om te weten welke patiëntengroepen geraakt gaan worden. Het lijkt mij toch wel heel erg belangrijk om dat te weten voordat je de modernisering inzet.

Minister **Kuipers**:

De monitoring vindt dan plaats op het volgende. Wat gebeurt er bij deze discussie? Wat gebeurt er met de daadwerkelijke prijzen? Wat betekent dat ten aanzien van het aantal middelen waar dan vervolgens voor bijbetaald zou moeten worden? In hoeverre clusteren deze medicamenten ook? Met clusteren bedoel ik medicamenten die door dezelfde patiëntengroep gebruikt worden voor dezelfde typen aandoeningen. In hoeverre zijn er alternatieven? Zijn die daadwerkelijk continu beschikbaar of vraagt dit dan om veel vaker switchen van medicamenten? Dat zijn allemaal ongewenste neveneffecten. Dit zijn een aantal van die hele belangrijke parameters om op te monitoren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Hijink, een vraag?

De heer **Hijink** (SP):

De antwoorden van de Minister laten mij toch vooral zien hoe ook deze regering zich weer laat gijzelen door de farmaceutische industrie en hoe extreem afhankelijk wij zijn geworden van de enorme machtspositie die

de farmaceuten op dit moment hebben. Wie draagt nou al het risico van hun gedrag? Dat zijn niet zijzelf. Nee, dat zijn de mensen die straks misschien wel veel meer geld moeten gaan betalen. Dat honderdduizenden mensen straks een veel hogere eigen bijdrage krijgen, is omdat dit kabinet net als het vorige kabinet niks wil doen om de enorme macht van de farmaceuten te beperken. Ik wil de Minister de volgende vraag stellen. Waarom kiest hij er nou niet voor om – ik heb het daarstraks voorgesteld – inzicht te geven in bijvoorbeeld de kostprijzen bij de farmacie? Waarom gebeurt er helemaal niks om meer inzicht te krijgen in de marges en de kostprijzen? Er worden daar miljarden verdiend. Dit is een van de meest winstgevende sectoren ter wereld, ik geloof met de wapenindustrie en olie. Waarom maakt hij zichzelf niet los uit de enorme greep die de industrie op dit moment op onze zorg heeft?

Minister Kuipers:

Ik denk dat u mij eerst even zag grijnzen op het moment dat de heer Hijink de opmerking maakte dat dit aantoon – ik weet de letterlijke bewoordingen niet meer – dat ik eigenlijk meega met de industrie. Ik denk namelijk dat we hier precies het tegenovergestelde doen. Ik durf het nadrukkelijk aan om het gesprek met de industrie aan te gaan over het systeem dat we al heel lang hebben, waarin de maximering die destijds is ingesteld nu gewoon niet meer werkt, zoals ook door allerlei onderzoeken is aangetoond. Ik zou, heel prettig, als Minister gewoon kunnen zeggen: «Deze laat ik aan mij voorbijgaan. Dit doen wij even niet. Ik veronachtzaam de eerdere rapporten die er zijn. Ik laat dit gebeuren. Ik weet op basis van rapporten dat wij dan vrijwel zeker voor een breed scala medicamenten aanzienlijk te veel betalen, maar dat laat ik passeren.» Dat zou een reden zijn om te zeggen: dan ga ik dus mee met de industrie. Ik durf precies het tegenovergestelde aan te gaan, maar dan wel, zoals net al genoemd, nadrukkelijk kijkend: wat betekent dat dan voor een individuele patiënt en wat moeten we daarvoor aan mitigerende maatregelen doen waar dat nodig is?

De heer Hijink (SP):

Het klopt niet wat de Minister zegt. De farmaceuten lopen amper risico. Waar liggen de risico's wel? Bij de mensen die afhankelijk zijn van de geneesmiddelen die ze gebruiken. Die lopen het risico op een fors hogere eigen bijdrage. Veel meer mensen moeten misschien zo'n bijdrage gaan betalen, terwijl er heel veel andere manieren zijn. We zouden als overheid zelf heel veel meer kunnen doen. Ik heb de voorbeelden genoemd van het ondersteunen van apothekers en ziekenhuizen bij de productie en de registratie van geneesmiddelen. Je kunt belastingmaatregelen treffen. Als de Minister bijvoorbeeld vindt dat er een te hoge prijs moet worden betaald voor die geneesmiddelen, laten we dan belastingen invoeren waarmee we dat wat wij te veel vinden, kunnen terughalen. Er zijn tal van manieren om de industrie steviger aan te pakken. De Minister zei dat zelf ook: marges kritisch tegen het licht houden. Dat gebeurt op dit moment helemaal niet, marges kritisch tegen het licht houden. Waarom niet? We weten niet eens wat de marges zijn en we weten niet eens wat de kostprijs is. Sterker nog, ik heb die vraag ook aan de voorganger van deze Minister gesteld. Het kabinet wil het ook helemaal niet weten. Dus als dat het probleem zou zijn, kies er dan voor om dat inzicht in, die transparantie van de industrie wel te krijgen, zou ik tegen deze Minister willen zeggen. Dan zouden we nog stappen kunnen maken, want dan krijgen we echt in beeld wat de kostprijs van een geneesmiddel is en wat de daadwerkelijke marge is die de mensen daarvoor moeten betalen.

Minister Kuipers:

Ik blijf eerst even bij deze medicamenten in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Ik verwijs even naar de eerdere rapportage die aangeeft

dat er sterke indicaties zijn dat wij op dit moment voor een scala aan medicamenten te veel betalen. Dan heb ik het niet over de dure medicamenten et cetera, maar dan heb ik het erover dat het zo is. Die aanwijzingen wil ik oppakken en opvolgen. Als dat tot daadwerkelijke effecten leidt, dan doen we iets met marges. We moeten ons wel voorstellen – dat zei ik in het begin ook al – dat het systeem niet alleen in Nederland maar ook internationaal zo ingericht is dat wij voor patiënten gebruikmaken van medicamenten, van hulpmiddelen en van allerlei andere systemen. We hebben het onlangs met uw Kamer gehad over de kosten van ICT-systemen in de zorg. Je kan een veelheid hebben. Er zijn zeer breed commerciële aanbieders in de zorg. Dat betekent dat daar marges op zitten, zonder dat je voor een individueel specifiek product kunt zeggen wat de exacte marge is, met uitzondering van een enkel heel specifiek geval. Ook bij de farmaceutische industrie zijn er een aantal heel specifieke gevallen waarbij je exact kunt nagaan wat de ontwikkelkosten van een medicament zijn en wat uiteindelijk de prijsstelling is en daarmee het verdienmodel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan had nog een vraag.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik had ook iets gevraagd over de clustering van de patiëntgroepen. Daar gaan onder andere VWS en het Zorginstituut Nederland toch over? Kan dat niet daarvoor al geregeld worden? Als je het hebt over toegankelijkheid, dan is het toch wel belangrijk om te weten welke patiëntgroepen geraakt worden alvorens we aan de gang gaan met de modernisering van het GVS.

Minister Kuipers:

Dat klopt. Een van de opties om het Geneesmiddelenvergoedingssysteem te kunnen verbeteren, is juist dat er opnieuw wordt gekeken naar de clustering. Zoals gezegd: het systeem, en daarbij de clustering, is meer dan twintig jaar oud. Dat betekent dat er ondertussen, in de terminologie, ook «weesclusters» zijn waar geen of maar één middel in zit. Dan heeft het systeem eigenlijk niet zo veel effect. In dat cluster heb je geen ruimte. Het opnieuw indelen is dus een van de opties.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Den Haan? Nee? Gaat u verder met uw beantwoording, alstublieft.

Minister Kuipers:

De heer Hijink vroeg om de eigen bijdrage niet te innen bij minderjarigen: kan de Minister hiernaar kijken? Ik heb hier al serieus naar gekeken. Op dit moment vinden we het passend om de eigen bijdrage voor iedereen te maximeren in de jaren 2023 en 2024. Ik heb al gezegd dat we ook gaan monitoren. Ik vind het zorgvuldiger om een besluit over een uitzondering voor minderjarigen te betrekken bij die monitor en die besluitvorming.

De heer **Hijink** (SP):

Ik snap dat niet zo goed. Er zijn namelijk heel veel plekken waar minderjarigen worden uitgesloten van kosten, bijvoorbeeld als het gaat om het eigen risico en de zorgpremie. Zeker als het om kinderen gaat, zou ik het heel onwenselijk vinden dat mensen bijvoorbeeld zouden besluiten om een bepaald geneesmiddel niet meer te gebruiken terwijl dat eigenlijk wel nodig is, omdat ze die eigen bijdrage niet kunnen betalen. Het lijkt me heel schrijnend als we dat straks gaan zien. Ik zou ook niet heel graag zien dat we eerst rustig gaan afwachten of dat misschien in een monitor over twee jaar voorbijkomt, terwijl het dan al te laat is. Als we het op zo veel

andere plekken ook doen, wat is dan het probleem om te zeggen: we gaan wel voorkomen dat kinderen die een geneesmiddel echt nodig hebben dat misschien niet meer krijgen omdat hun ouders de eigen bijdrage niet kunnen betalen? Ik druk de Minister echt op het hart: laten we nou zeker in deze tijd niet dit soort domme fouten maken waardoor we straks hele nare dingen gaan zien die we nu vrij eenvoudig nog kunnen voorkomen.

Minister Kuipers:

Dan is het goed om toch even naar de huidige praktijk te gaan. Op dit moment zijn kinderen niet uitgezonderd van die bijbetaling. Het bijzondere is dat juist bij een medicament dat voor kinderen gebruikt wordt, in dit geval ouders regelmatig kiezen voor een middel met een iets ander doseringsschema op een dag en dan bijbetalen. In totaal gaat het om hele lage bedragen aan bijbetalingen, maar juist voor kinderen wordt er op dit moment bijbetaald.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

...

De voorzitter:

Excuus, een vraag van meneer Mohandis.

De heer Mohandis (PvdA):

Ik ga even door op de vraag van de collega van de SP. Als je bijvoorbeeld kijkt naar het eigen risico en dergelijke, dan zien we dat we juist een bewuste keuze maken om kinderen uit te zonderen. Volgens mij is de meer principiële kwestie in hoeverre we het wenselijk vinden dat er sprake is van een eigen bijdrage als het gaat om verschillende medicijnen of behandelingen en dergelijke. Dat is eigenlijk de onderliggende vraag. In hoeverre moeten we die beweging in de gaten houden, indammen, willen voorkomen uitgaande van het principe, de gedachte dat kinderen toegang hebben tot noodzakelijke medicatie, en geen financiële drempels opwerpen?

Minister Kuipers:

Zoals aangegeven: die toegang onderschrijf ik helemaal, maar wel met een nadrukkelijke kanttekening. Eigen risico voor zorgkosten en bijbetaling voor medicamenten zijn twee gescheiden zaken met twee gescheiden eventuele vergoedingen. Ouders hoeven voor hun kinderen niet bij te betalen als ze kiezen voor het medicament in een cluster waar geen bijbetaling voor geldt, zoals dat voor anderen en volwassenen ook geldt.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Dan vroeg de heer Hijink naar de positie van de huisarts en de zorgverlener zelf als een geneesmiddel nodig is. Het blijft voor artsen ook na een herberekening mogelijk om elk geneesmiddel uit het GVS voor te schrijven. We behouden met de modernisering juist een breed palet aan geneesmiddelen voor patiënt en voorschrijver.

De heer Hijink vroeg naar de leidraad verantwoord wisselen: staat die niet haaks op de GVS-modernisering? Het antwoord is nee. Als patiënten gaan wisselen als gevolg van een GVS-herberekening, kunnen de recente veldafspraken over verantwoord wisselen juist heel erg goed helpen. In die werkafspraken staan de voorwaarden beschreven voor het verant-

woord wisselen tussen geneesmiddelen, bijvoorbeeld over wanneer er beter niet gewisseld kan worden en wanneer extra begeleiding en monitoring nodig zijn.

Dan vroeg de heer Hijink naar het onderzoeken van de regeldruk en de gevolgen voor apothekers en huisartsen. Allereerst geldt dat ik onnodige lasten voor artsen en apothekers absoluut wil voorkomen. Daarbij geldt sowieso dat als dit leidt tot wisselingen, dit een incidentele uitvoeringslast is en dat de opbrengsten structureel zijn. Maar de inzet, zeker ook in de gesprekken met de apothekers... Zij hebben veel issues met betrekking tot regellast en administratieve druk in de huidige setting, ook als gevolg van preferentiebeleid en verschillende keuzes tussen verzekeraars. Dat is dus ook een onderwerp van gesprek, in dit geval van mij met de verzekeraars. De heer Hijink vroeg hoe groot naar de inschatting van de Minister de groep van mensen is die een hogere eigen bijdrage moeten gaan betalen. Zoals al aangegeven, kan ik dat niet op voorhand in kaart brengen. Dat hangt af van het gedrag van fabrikanten. Zij kunnen bijbetalingen voorkomen, dus het is niet te voorspellen wat het precieze effect is. Tot slot over dit onderwerp vroeg de heer Hijink naar het voorstel uit de beslislusnota GVS om de eigen bijdrage niet te innen bij een landelijk tekort. Hij vroeg of we hiernaar kunnen kijken. Ik heb hier al serieus naar gekeken. Er zijn op dit moment nog te veel open punten en daarmee risico's voor een zorgvuldige uitvoering om deze maatregel per 1 januari 2023 mogelijk te maken. Zo is het nodig om tijdig juridisch en praktisch vast te stellen dat er sprake is van een landelijk tekort en wanneer dat tekort weer wordt opgelost. Dat is nu nog onvoldoende duidelijk. Het kan wel degelijk wenselijk zijn om deze maatregel op een later moment in te voeren. Zodra daar meer duidelijkheid over bestaat, zal ik u daarover informeren.

Voorzitter. Dat brengt mij bij vitamine D. Laat ik ter inleiding zeggen dat mensen op allerlei manieren zelf kunnen bijdragen aan hun gezondheid. Dat kan via gezond eten, dat kan via sporten en dat kan via andere maatregelen. Voor gezond eten geldt dat dat onze belangrijkste bron is voor zaken zoals mineralen, vitamines et cetera. Daarnaast maken vele mensen regelmatig of langdurig gebruik van zelfzorgmiddelen, zoals vitamines en mineralen. Die middelen zijn bij uitstek geschikt om zelf te gebruiken om de gezondheid op peil te houden. De vraag is of dit soort zorg ook noodzakelijk te verzekeren zorg is. Dan is het van belang of de kosten van de interventie zo hoog zijn, dat vergoeding vanuit het basispakket gerechtvaardigd is. Middelen waarvoor een gelijkwaardig alternatief beschikbaar is tegen een lagere prijs in een vrije verkoop zonder recept kunnen, zeker bij hele lage prijzen, door vrijwel iedereen zelf worden betaald. Die middelen zijn niet noodzakelijk om te verzekeren. Dat geldt bijvoorbeeld voor bepaalde vitaminepreparaten, multivitamines en ook voor vitamine D.

Voorzitter. Dat brengt mij bij de vragen over dit onderwerp. Mevrouw Den Haan vroeg of de Minister een heroverweging wil doen, omdat het nu geen goed moment is om vitamine D uit het pakket te halen. Het Zorginstituut heeft geadviseerd dat vitamine D geen noodzakelijk te verzekeren zorg is. Ik vind het dan ook niet passen om dit deels of volledig in het verzekerde pakket op te nemen. Er zijn vergelijkbare alternatieven tegen lagere kosten beschikbaar op de vrije markt. Ik ga met belanghebbende partijen bekijken op welke manier we de huidige gebruikers kunnen aanzetten tot het blijven gebruiken van vitamine D.

Mevrouw Maeijer vroeg wat nu precies de reden is om dit besluit over vitamine D te nemen. In 2018 is op advies van het Zorginstituut besloten om vitamine D in lage sterktes per 2019 niet langer te vergoeden uit het basispakket. Uit onderzoek van het Nivel is gebleken dat de uitstroom van vitamine D in lage dagelijkse dosering – ik zeg er heel nadrukkelijk bij: een lage dosering is een lage dosering per tablet, maar niet over een lange tijd genomen – gepaard is gegaan met substitutie naar hoge dosering die nog

wel collectief vergoed wordt. Dan moet u zich bijvoorbeeld voorstellen dat in die periode de overgang is geweest van ruim 500.000 unieke gebruikers die van een niet langer vergoede dagelijkse dosering overgestapt zijn naar een wekelijkse dosering, dus precies het zeventvoudige, maar dan nog wel vergoed. Het gaat om meer dan 500.000 gebruikers. Deze beweging vind ik ongewenst en ondoelmatig. Mijn voorganger heeft het Zorginstituut om een vervolgadvisie gevraagd, wat ik zojuist genoemd heb en waar ik nu opvolging aan geef.

Voor de volledigheid merk ik op dat de Gezondheidsraad in 2021 heeft geconcludeerd dat er onvoldoende onderzoek beschikbaar is om te beoordelen of vitamine D-supplementen kunnen helpen om COVID-19 te voorkomen. Dat was een aanvullende vraag.

De voorzitter:

Een vraag van meneer Mohandis? Ja?

De heer Mohandis (PvdA):

Ik weet niet of de Minister klaar is met dit blokje? Nee? Dan wacht ik even.

De voorzitter:

Dan kijk ik u straks weer aan, aan het eind van het blokje.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Er was nog een aanvullende vraag van de heer Mohandis. Dat gaat ook over de vraag waarom we het nu uit het pakket halen zonder te weten wat de effecten precies zijn. Doen we dan ook wat medisch noodzakelijk is? Ik heb al aangegeven wat het effect is geweest van het eerder gedeeltelijk uit het pakket halen van vitamine D. Dit heeft geleid tot een zeer groot aantal gebruikers die verschoven zijn van dagelijks gebruik naar wekelijks gebruik, van niet langer vergoed naar nog steeds vergoed, en dan voor hogere kosten. Omdat ik die substitutie ongewenst en ondoelmatig vind, heeft mijn voorganger het Zorginstituut opnieuw gevraagd naar de verwachte effecten daarvan, ook met betrekking tot de ... De Gezondheidsraad heb ik zojuist genoemd. We hebben het over vitamine D en hoge kosten. Even voor uw idee, ook even voor het publiek dat eventueel aanwezig is of dat meeluistert: bij de drogist kost een potje vitamine D met 300 tabletten ongeveer € 4. Dat is een tablet die je eenmaal daags inneemt, dus met één potje kun je bijna een jaar vooruit.

De heer Mohandis (PvdA):

Ik probeer oprecht de redenering te volgen, maar ergens loopt die spaak in mijn optiek. Als ik alle informatie tot mij heb genomen, is het zo dat de medisch noodzakelijke doseringen niet verkrijgbaar zijn bij de drogist en dat het juist de kwetsbare groepen zijn voor wie die kosten enorm kunnen oplopen. Ook het Zorginstituut zelf zegt: we weten niet precies wat de langetermijneffecten zijn als het gaat om mensen die het dan gaan mijden. In ieder geval begrijp ik het niet helemaal. Er wordt in mijn optiek te makkelijk de conclusie getrokken dat het dan maar verkrijgbaar is en dat dat dan de route is. Ik vind het geen zorgvuldige redenering en ook wel risicovol, omdat het lijkt alsof het gaat om het gebruik van iets wat je even oplost en even opdrinkt. Het gaat juist om die groep die het vanuit medisch oogpunt nodig heeft. Het gaat om hoge doseringen. Mij is verteld dat die hoge doseringen juist alleen met recept te verkrijgen zijn. Ik probeer dus de manier te begrijpen waarop het hier wordt afgeconcludeerd.

Minister Kuipers:

Met dank aan de heer Mohandis voor deze aanvullende vraag, want dat is behulpzaam als ik er verder op inga. Ik begrijp de discussie heel goed. Vitaminen, mineralen en een aantal andere zaken zijn essentiële voedings-

middelen. Die nemen we in. Voor een deel doet ons lichaam daar zelf ook wat mee. Je maakt in je eigen lijf voor een deel ook zelf middelen aan. Specifiek vitamine D zit in tal van voedingsmiddelen. Er zijn zelfs voedingsmiddelen, zoals bepaalde margarines en halvarine, die verrijkt zijn met vitamine D. Die nemen wij dagelijks in. Misschien heeft u ze vanochtend al wel op uw boterham gehad. Dat is de manier waarop wij vitamine D binnenkrijgen. Specifieke groepen mensen krijgen het advies om goed te letten op hun dagelijkse voedingsintake en dus ook hun vitamine-intake. Dat kan het advies zijn om vitamine C te nemen, maar het kan ook het advies zijn aan hele groepen om dagelijks een multivitaminetablet te nemen. Er werd net gezegd dat het daarbij gaat om de groep ouderen. Toen begon ik gelijk te lachen als 62-jarige. Ook kan vitamine D voor grote groepen mensen aanvullend een issue zijn, bijvoorbeeld voor diezelfde categorie van 60-plussers of voor vrouwen na de menopauze vanwege botontkalking et cetera. Ten eerste zit het in onze voeding. Je kunt daar dan aanvullend iets voor slikken. Die middelen zijn gewoon bij de drogist beschikbaar voor ruim € 0,01 per tablet. Voor de meeste mensen volstaat een dosering van één tablet per dag. Als er voor specifieke groepen de indicatie is om twee tabletten te nemen, of drie, dan geldt diezelfde beschikbaarheid, maar dan uiteraard voor € 0,02 of € 0,03 per dag. Ze zijn dus beschikbaar, en voor de meeste mensen volstaat de dagelijkse voedingsintake. Grote groepen mensen, zeker afhankelijk van hun leeftijd, nemen een aanvullend preparaat: hetzij in de combinatie met multivitaminen, hetzij sec vitamine D of een andere vitamine.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Ik als nieuwe woordvoerder voelde me de afgelopen week sowieso al bijna een apotheker, gelet op alle stukken die ik heb moeten lezen. Dus het gaat de goede kant op. Ik ben oprecht blij met dit minicollege vitamine D. Maar laat ik de vraag dan anders stellen. Ik ben oprecht benieuwd. Als de Minister over precies een jaar terugkijkt op dit besluit en als dan blijkt dat de grote groep die vanuit medische noodzakelijkheid een hogere dosering nodig heeft, de zorg gaat mijden, hoe reflecteert hij dan op dit besluit? Hebben we dan iets verstandigs gedaan met elkaar? Want er is en blijft een groep die die aanvullende vitamine D-supplementen met een hoge waarde nodig heeft. Die groep gaat het waarschijnlijk ook gewoon laten. Met alle gevolgen van dien, ook gezondheidstechnisch. Het Zorginstituut zelf laat dit ook open in zijn advies: we moeten kijken wat we doen met therapietrouw, met de kosten. De kosten zijn nooit gemiddeld, want juist die kwetsbare groep zal meer kosten betalen. Ik vind dat u ook vanuit de groep die het het hardst nodig heeft, mag redenen en niet alleen vanuit wat vitamine D is en wat het doet. Het is juist die kwetsbare groep die hierdoor wordt geraakt.

Minister **Kuipers**:

Ik noemde zelf al het woord «therapietrouw». Het allerbelangrijkste issue hier zijn niet de kosten van dat potje: € 4 voor 300 tabletten, en voor de meeste mensen volstaat één tablet per dag. Dat is dik € 0,01 per dag. Dat is niet het grootste punt. Het grootste punt is dat men dat potje iedere ochtend, bijvoorbeeld bij het ontbijt, even moet openen en op de nuchtere maag daaruit een tablet moet nemen. Sorry, dat hoeft helemaal niet op de nuchtere maag; ik kijk gelijk naar iemand met een achtergrond in de farmacie.

De **voorzitter**:

Dit is uitlokking, Minister.

Minister **Kuipers**:

Het allerbelangrijkste is de therapietrouw: is het voor mij een automatische en zit het in mijn systeem om dat iedere dag te doen? Daar moet je

dus op blijven inzetten. Mocht vervolgens op de lange duur, vanuit een patiëntenvereniging of vanuit een beroepsvereniging van artsen of zo, blijken dat er toch nog issues zijn, ondanks deze hele lage kosten en brede beschikbaarheid bij iedere drogist en iedere apotheker, dan hebben we daarvoor al bepaalde vangnetten, bijvoorbeeld via de gemeenten die er veel breder op inzetten; daarbij gaat het niet alleen specifiek over vitamine D. Dan ga ik even een hypothetisch antwoord geven op uw vraag. Stel dat dat in de toekomst zo zou zijn en ik dan nog steeds Minister ben. Dan moet je op dat moment kijken wat je daar aanvullend op moet doen.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder met de beantwoording. O, mevrouw Ellemeet heeft nog een vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb maar vier interrupties. Je moet heel goed nadenken of je er hier een aan wil besteden, maar ik wil dat wél. Er moet me namelijk wel echt iets van het hart. De Minister denkt vanuit een theorie. Het leven van heel veel mensen, van ieder mens, is geen theorie. En de praktijk van mensen is dat ze veel aan hun hoofd hebben, dat ze zorgen hebben, financiële zorgen hebben en dat ze juist een arts nodig hebben die zegt: «Jij moet vitamine D slikken. Ik schrijf dit uit voor jou. Jij gaat het ophalen bij de apotheek. En daarmee voorkomen we problemen». Het is precies wat mevrouw Van den Berg zegt. Zij refereerde volgens mij aan dat rapport van de WRR, Weten is nog geen doen. Je hebt heel veel mensen die het nodig hebben dat een arts iets aan ze voorschrijft, en dan helpt het dat je dat gratis kan ophalen bij de apotheek en dat je dat dan dus ook slikt. Dat is volgens mij waar meneer Mohandis het over heeft. Als het niet meer vergoed wordt, dan heb je dat hele systeem niet meer.

Minister Kuipers:

Dank voor deze vraag. Ik snap de redenatie, maar ik bestrijd die op dat ene punt dat het vraagt dat een arts een recept uitschrijft dat je ophaalt bij je apotheek. Er zijn ontzettend veel dingen die je als arts adviseert, voorschrijft, in termen van gebruik van bepaalde middelen, voeding, het opletten op de hoeveelheid zout, vitaminen, vers fruit en groene groentes, of van alles. En daar hoort ook het zorgen voor voldoende vitamine-intake bij. Ook nu al gaan heel veel van die zaken die een arts voorschrijft niet via een recept, een apotheek, een receptregel en dat iedere drie maanden opnieuw gaan ophalen. Sterker zelfs, ik durf de stelling wel aan, in lijn met de discussie die ik net met de heer Mohandis had, dat het nog maar te bezien is wat het doet als die patiënt niet iedere drie maanden opnieuw een potje voor drie maanden moet ophalen bij de apotheek, maar de betreffende persoon dat potje voor bijna een heel jaar gewoon in een keer kan ophalen bij de drogist, waar die persoon om wat voor reden dan ook toch al wekelijks komt. Dat is het verschil. Dus ik weet niet of dat zo is. Die voorschriften blijven precies hetzelfde; de vraag is gewoon waar je het ophaalt. Bij het voorschrijven en het krijgen bij de apotheek moet je in de rij gaan staan terwijl je daar niet voor andere zaken moet zijn, dat dan krijgen en dan later ook nog zien dat je het maar voor drie maanden hebt meegekregen: «Ik moest het toch het hele jaar slikken? Ja, dat klopt». Ik weet niet wat daar uiteindelijk het effect van is, maar het zou heel goed kunnen zijn dat het effect precies andersom is en dat de therapietrouw daardoor óf niet verandert óf alleen maar omhooggaat.

De voorzitter:

Meneer Mohandis. Ja, gaat uw gang.

De heer Mohandis (PvdA):

Dat is de vierde toch, voorzitter?

De **voorzitter**:

Dit is uw derde. O nee, toch uw vierde.

De heer **Mohandis** (PvdA):

Woordmelding, hoor ik mijn collega zeggen. Mooi. Ik ben dan toch wel benieuwd naar het volgende. De Minister zei het eigenlijk een beetje aan het einde van zijn verhaal zojuist: we weten dan niet precies wat het effect is. We weten nu wel dat er juist een specifieke groep mensen is waarvoor dit wel degelijk – u maakte die medische noodzakelijkheid iets kleiner omdat er van alles wordt geadviseerd en voorgeschreven – heel belangrijk is, omdat het aanvullend op wat ze al innemen zo belangrijk is om te voorkomen dat het later in hun leven slechter wordt. Als we het nu even iets kleiner maken; het wordt nu namelijk helemaal uit het pakket gehaald. Kunnen we nou iets doen voor die specifieke groep? Het is geen compromisvoorstel, maar ik zoek even naar wat we dan kunnen doen voor die meest kwetsbare groep. Staat u daar dan open voor? Kunnen we niet iets voor deze groep betekenen, zodat deze mensen nog wel naar aanleiding van een medisch advies van hun specialist of wie dan ook toegang hebben, zonder dat het heel veel kosten met zich meebrengt? Juist die groep betaalt namelijk niet gemiddeld; die betaalt veel meer. Ik begrijp dat de Minister hier uitlegt waarom het goed is zoals het hier voorligt. Daar zijn we het over oneens. Maar ik ben dus wel een beetje op zoek naar wat hij dan nog wel kan doen voor de groep die het meest kwetsbaar is.

Minister **Kuipers**:

Ik splits mijn antwoord even op in tweeën. Allereerst de groep die het meest kwetsbaar is. In algemene zin kan er heel veel als het gaat om tegemoetkoming in brede zin voor de kosten van zorg en ondersteuning via de gemeentes. Dat is heel breed: zorgkosten, waaronder medicatiekosten en potentieel dus ook dit soort kosten.

De tweede groep waar de heer Mohandis aan refereerde, was de groep met mensen die dit in een hoge dosering moet slikken. Nu moet u zich voorstellen dat een hoge dosering over het algemeen een dosering is waarbij het gaat om een aantal tabletten per dag. Een standaarddosering is één tablet per dag. Een aantal tabletten per dag is een veelvoud daarvan en een hoge dosering. Met de volumeverpakking en de prijs waarvoor dit verkocht wordt, is het volume waar je het standaard in krijgt nog steeds voldoende voor drie maanden, zelfs met een beduidend hogere dosering, zoals het driedubbele. De kosten per dag gaan dan van ruim € 0,01 naar een ruime € 0,04. In een eerdere poging om te kijken naar specifieke groepen is in het verleden zo'n verschuiving gemaakt. Een deel van de vitamine D is uit het pakket gehaald en een deel is erin gebleven. Wat er gebeurde, was dat mensen massaal gingen schuiven naar een dosering waarbij ze op weekbasis precies hetzelfde kregen, maar dan met een medicament dat één keer per week voorgeschreven wordt. Ik heb dat zojuist genoemd. Dan gaat het opeens om zeven keer zoveel in die ene tablet.

De heer **Hijink** (SP):

Wat mij opvalt in de antwoorden van de Minister is dat het een redenering is vanuit mensen die het goed gaat, dus mensen die het financieel goed hebben, die het overzicht hebben over hun medicatie en de middelen die ze moeten gebruiken en die dat overzicht ook kunnen houden. Het punt is nou juist dat een middel als vitamine D gebruikt wordt door de groep waarvan alle experts zeggen: dat is nou precies de groep mensen die het financieel vaak al moeilijker heeft en die dat overzicht en de juiste begeleiding van de huisarts en de apotheek zo nodig hebben om ervoor te zorgen dat ze dat ook structureel blijven doen. Laat je dat helemaal aan mensen zelf over, dan zullen mensen zoals de Minister zelf dat allemaal prima kunnen overzien. Die hebben geld zat en die hebben het overzicht

daarover. Maar juist voor de groep voor wie dit zo belangrijk is, geldt dit niet. Zij hebben namelijk al kopzorgen genoeg: over de energierekening, over de stijgende voedselprijzen in de supermarkt, over de benzine die veel duurder is geworden. En dan weet ik vrij zeker dat dit soort middelen een van de eerste dingen zijn die uit het boodschappenmandje worden gegooid. Waarom? Omdat er ook nog brood voor de kinderen moet worden gekocht. Dat is wat er gaat gebeuren. Dat is waar de experts voor waarschuwen. Daarom wil ik de Minister vragen wat nou precies het bezwaar is om dit op een collectieve manier te financieren om te voorkomen dat deze mensen straks alsnog met gebroken botten in het ziekenhuis belanden. Ik begrijp dat gewoon echt niet. Het is in die zin ook geen bezuiniging. Het is een verplaatsing van de kosten. Het is alleen maar een verplaatsing. We zitten hier met geld heen en weer te schuiven. Maar de rekening komt straks wel te liggen bij de mensen die het al zwaar genoeg hebben.

Minister Kuipers:

Het goede van deze discussie is dat de mensen die dit volgen of ergens erover lezen nog een keer voor zichzelf kunnen nagaan: goh, vitamine D, ik heb er eigenlijk nooit zo over nagedacht, maar hoe zit dat nou eigenlijk precies voor mij? Als mensen dat doen, zijn er ongelooflijk veel Nederlanders die denken: eigenlijk val ik ook in die doelgroep. Want het is helemaal niet zo dat dit alleen maar voor een heel specifieke groep met een kwetsbare gezondheid en een laag inkomen zo is, zoals de heer Hijink aangeeft. Vitamine D-gebruik is voor ons allemaal relevant. Veel mensen krijgen dat gewoon voldoende binnen via hun voeding. Maar grote groepen mensen, waaronder mensen boven een bepaalde leeftijdscategorie – dan bedoel ik niet de mensen boven de 90 – krijgen al heel lang het advies om een multivitaminenpreparaat of een vitamine D-preparaat dagelijks te slikken. Die middelen zijn zeer breed beschikbaar, voor een heel lage prijs. De verschuiving in het verleden heeft er helaas toe geleid dat veel mensen verder zijn opgeschoven in het medicaliseringsperspectief, naar middelen met een hogere dosis, één keer per week te nemen, maar ook voor aanzienlijk hogere kosten. Tegen die achtergrond, ook met een advies van het Zorginstituut, zeggen we «dan kan het ook op een andere manier», zoals dat voor multivitaminenpreparaten, vitamine C-preparaten en andere zaken ook geldt.

De voorzitter:

Ik zag uw vinger, meneer Mohandis, maar u was wel door uw interrupties heen. Misschien klopt mijn administratie niet, maar we hebben het hier samen zo geadministreerd, dus het lijkt me wel de correcte weergave. Ondertussen hoop ik dat de Minister zijn papieren zo heeft geordend dat hij verder kan gaan met de beantwoording van de vragen.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dat brengt mij bij de toets en het basispakket. In het coalitieakkoord is afgesproken dat we vol inzetten op passende zorg. Dat is waardegedreven en dus effectief en het komt samen met een patiënt en rondom die patiënt tot stand. Die passende zorg focust nadrukkelijk ook op gezondheid in plaats van uitsluitend op ziekte, en dus ook op zorg leveren op de juiste plaats. Dat betekent ook iets voor hoe we aankijken tegen pakketbeheer. Ik verbeter en verbreed daarom de toets op het basispakket, waarbij ik denk aan een inhoudelijke invulling van pakketcriteria, zoals effectiviteit, welke zorg op welk moment getoetst moet worden en ook op welke manier de uitstroom van niet-effectieve zorg kan plaatsvinden. Hierover wordt u na de zomer nader geïnformeerd. Voorzitter. Dan ga ik in op de vragen die in dit kader zijn gesteld. Mevrouw Paulusma vroeg of het beoordelingsproces van het Zorginstituut wel robuust genoeg is voor nieuwe geneesmiddelen en hulpmiddelen die op

de markt komen. Is het ook flexibel genoeg voor personalised medicine? Past dat bij hoe de samenleving er nu uitziet? Ik ben het er helemaal mee eens dat het nodig is om de toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden, zodat de beweging naar passende zorg wordt bevorderd en zodat de zorg die ondertussen is ingehaald, waar betere methoden voor zijn of waarvan ondertussen met nieuwe inzichten is bewezen dat die niet effectief is, uit het pakket gaat. Het huidige beoordelingsproces van het Zorginstituut voldoet nog steeds. Het Zorginstituut is nog steeds goed in staat om te beoordelen of nieuwe geneesmiddelen en hulpmiddelen een plaats in het pakket verdienen. Wel is het Zorginstituut bezig met een actualisatie van het beoordelingskader, zodat het pakketbeheer ook op lange termijn blijft passen bij veranderingen in de ontwikkeling van nieuwe middelen.

De voorzitter:

Er is een vraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat is goed te horen, want het CDA pleit er ook al langer voor dat we die toets verbeteren en verbreden. Gaat de Minister dat alleen bij geneesmiddelen doen? Of gaat hij ook zeggen «nee, ik wil dat we sowieso bij behandelingen in het pakket veel meer naar de effectiviteit kijken», zodat verouderde behandelingen eruit gaan en ook niet meer vergoed worden?

Minister Kuipers:

Dat moet juist breder. De focus is in de afgelopen vele jaren, op zich om begrijpelijke redenen, heel erg gericht geweest op geneesmiddelen, maar het moet juist veel breder.

De voorzitter:

Een vervolgvraag, mevrouw Van den Berg?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja, want de Minister zegt dat hij daarop gaat terugkomen. Wanneer doet de Minister dat? Is dat met een wetsvoorstel? Wanneer kan dit echt effectief zijn, zodat het Zorginstituut hiermee aan de gang gaat? Dus concreet: in welk jaar van het basispakket weten we voor het eerst dat we hiervan de effecten gaan zien?

Minister Kuipers:

De eerste wijze waarop ik erop terugkom, is met een brief na de zomer.

De voorzitter:

Dat is geen antwoord op de vraag, hoor ik. Ik denk dat mevrouw Van den Berg een iets specifiekere antwoord wil. Na de zomer kan ook over tien jaar zijn, maar dat is niet de wens, denk ik. Kunt u iets specifiekere zijn?

Minister Kuipers:

Er wordt mij hier ingefluisterd: pas dan kunnen we aangeven wanneer er meer duidelijk is. Maar dat antwoord gaat mevrouw Van den Berg niet echt helpen, ben ik bang. Ik kom er dus op terug.

De voorzitter:

Vlak na de zomer. Mag ik dat ervan maken? Ik probeer het voor mevrouw Van den Berg een beetje... Mevrouw Paulusma, uw vraag.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik hoorde de Minister zeggen dat het beoordelingsinstrument van het Zorginstituut Nederland werkt en doet wat het moet doen. Ik heb daar toch wat vragen over gesteld. Daar zitten dus ook wat aarzelingen in. Ik

had afgelopen dinsdag met uw collega exact hierover ook een debatje. Hij gaf aan: het doet op het gebied van preventie wellicht niet meer wat we zouden willen. En dat denk ik dus ook in het licht van de vitamine D-discussie. Dus als u met een brief komt over actualisatie, zou ik van de Minister wat meer druk willen om daar niet alleen vanuit het Zorginstituut Nederland zelf naar te kijken, want dan keur je eigen vlees, maar daar ook input voor te leveren zodat de beoordeling – «inclusiever» is misschien niet het goede woord – breder wordt uitgevoerd dan hoe het nu gebeurt.

Minister Kuipers:

Dat gebeurt al. De input vindt op dit moment al plaats vanuit het veld. Er wordt dus breder gekeken.

Mevrouw Paulusma (D66):

Het is ook heel goed om te horen dat er breder gekeken wordt. Dan ben ik wel benieuwd naar welke partijen meedoen en meedenken, want dit is een vraagstuk dat ons allen aangaat en waar veel mensen wat van vinden of de consequenties van ondervinden. Dus ik zou graag in de brief een wat completer beeld willen dan «er doen een aantal veldpartijen mee».

Minister Kuipers:

Deze thema's neem ik graag mee in de brief. We kunnen ook aangeven met welke partijen dat overleg gevoerd wordt en wie er input geeft.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u alstublieft verder met de beantwoording.

Minister Kuipers:

Mevrouw Van den Berg vroeg hoe de Minister gaat bevorderen dat er meer bewezen effectiviteit is voordat een behandeling of een geneesmiddel het pakket in stroomt en hoe de Minister uitstroom gaat bevorderen. Zoals genoemd, ik werk aan een voorstel om een toets op het basispakket te verbeteren en te verbreden. Daarbij denk ik aan onder andere een inhoudelijke invulling van pakketcriteria zoals effectiviteit of kosteneffectiviteit, welke zorg op welk moment getoetst moet worden en op welke manier de uitstroom van niet-effectieve zorg kan plaatsvinden. Mevrouw Van den Berg vroeg tevens hoe we bevorderen dat inzichten over effectiviteit uit praktijksituaties op de werkvloer worden geïmplementeerd. Dat doen we door veldpartijen met behulp van verschillende programma's, zoals «Goed Gebruik Geneesmiddelen» en «Zorgevaluatie en Gepast Gebruik». Daarnaast heeft dit onderwerp mijn aandacht bij het te sluiten integrale zorgakkoord. Daar wil ik graag aanvullende afspraken over maken met veldpartijen. Dat is de inzet.

Mevrouw Den Haan vroeg naar de doorlooptijd van geneesmiddelen en de sluis. Ik moet als eerste aangeven dat fabrikanten verantwoordelijk zijn voor het indienen van een compleet beoordelingsdossier, zodanig dat het Zorginstituut ook de aanvraag kan beoordelen. Als het dossier niet compleet is, kan het Zorginstituut logischerwijs niet beginnen met de beoordeling. Extramurale middelen vergen daarbij inderdaad de meeste tijd. Dus de tijd tussen het verkrijgen van een handelsvergunning en de start van de beoordeling duurt bij de extramurale middelen het langst. Ik zal fabrikanten nogmaals ertoe aansporen om een beoordelingsdossier tijdig en compleet in te dienen, zodat een beoordeling geen vertraging oploopt.

De voorzitter:

Mevrouw Den Haan een vraag?

Mevrouw Den Haan (Fractie Den Haan):

Ik snap wat de Minister zegt, want die tijd is gemiddeld tussen de een en drie jaar. Dat is echt heel lang. Ik snap ook dat fabrikanten hun dossiers compleet moeten aanleveren. Maar in de praktijk heeft het Zorginstituut heel vaak nog aanvullende vragen. Dat zijn dan onverwachte aanvullende vragen. Daardoor duurt het nog langer, want het dossier kan dan niet compleet verklaard worden en blijft liggen. Dus dat vertraagt enorm, met de patiënt die daar de dupe van is. Dus ik zou ook graag aan de Minister vragen of hij dan ook het Zorginstituut in ieder geval afspraken laat maken met de fabrikant, waardoor het duidelijker is wat het precies wel of niet wil weten. Daar gaat het namelijk vaak mis.

Minister Kuipers:

Ik ben van harte bereid om bij de contacten die ik heb met het Zorginstituut dit onder de aandacht te brengen. Ik wil echter vooropstellen dat het Zorginstituut in deze beoordeling geen overbodige zaken doet. We zijn er allemaal bij gebaat, alle partijen, dat er een zorgvuldige beoordeling plaatsvindt en dat dit uiteraard zo snel mogelijk plaatsvindt. Ik zal graag onder de aandacht brengen bij het Zorginstituut dat deze vraag gesteld is en dat deze zorgen leven.

Mevrouw Den Haan vroeg ook waarom is afgestapt van de procedure die in de periode 2006–2011 door het Zorginstituut werd gehanteerd om bepaalde geneesmiddelen tot het pakket toe te laten en na vier jaar opnieuw te beoordelen. Ze verwees daarbij ook naar Duitsland, dat deze procedure nog steeds volgt en waar patiënten meteen toegang hebben tot goedgekeurde medicamenten. Laat ik als eerste noemen dat de procedure die destijds werd gehanteerd echt verschilt van de huidige Duitse vergoedingspraktijk. Dat gebeurde overigens in een geheel andere tijd, met veel minder van dit soort medicamenten en ook veel minder beoordelingen. Het doel van het Zorginstituut bij die zogeheten t=4-beoordelingen was om patiënten toch toegang te geven, ondanks onduidelijkheden over de effectiviteit van een middel. Men is ermee gestopt, omdat er ook nadien nog regelmatig onvoldoende duidelijkheid kwam. In Duitsland worden middelen direct en zonder voorafgaande pakkettoets volgens de prijs van de fabrikant vergoed. Pas daarna volgen een beoordeling en een prijsafspraken. Maar dat betekent ook iets voor de prijzen van en de totale uitgaven aan deze snelgroeiende categorie van bijzondere medicamenten.

Voorzitter. Mevrouw Ellemeet vroeg: heeft de Minister een hoofdcriterium waaraan hij besluiten toetst, en komt dat overeen met dat van GroenLinks, namelijk het verkleinen van de gezondheidsverschillen? Deze vraag heb ik zonet in de inleidende tekst al geadresseerd.

Mevrouw Maeijer vroeg: deelt de Minister de opvatting van het KWF dat regels voor pakkettoelating verouderd zijn en niet in gelijke tred lopen met technologische ontwikkelingen? Ze vraagt ook of dit meegenomen moet worden in de doorontwikkeling van het kader. Die opvatting deel ik maar ten dele. Alle geneesmiddelen, inclusief precisiegeneesmiddelen, moeten voldoen aan pakketcriteria. We moeten weten of ze werken en of uitgaven daaraan verantwoord zijn. Natuurlijk moeten we onze criteria kritisch blijven volgen en dus ook de beoordelingsprocedure, zoals zonet al genoemd, inclusief de actualisatie, waar het Zorginstituut mee bezig is. Voorzitter. Dat brengt mij bij de volgende categorie: prep. In 2018 adviseerde de Gezondheidsraad om het preventieve gebruik van hiv-remmers, prep, gedeeltelijk te financieren voor hoogrisicogroepen – dat zijn met name mannen die seks hebben met mannen – om driemaandelijks medische begeleiding te organiseren en om het effect van deze maatregel te monitoren, te onderzoeken, onder andere op therapietrouw, op resistentie en ook op het optreden van andere seksueel overdraagbare aandoeningen. De Gezondheidsraad adviseerde in 2018 ook om vijf jaar na de start van dit onderzoek een evaluatie uit te voeren. Het vorige kabinet besloot daarom tot een vijfjarige pilot, van half 2019 tot half 2024,

waarin prep wordt vergoed voor de hoogrisicogroep die ik noemde, met een eigen bijdrage van € 7,50 per maand bij dagelijks gebruik. De Centra Seksuele Gezondheid van de GGD'en verzorgen de medische begeleiding, de verstrekking van prep en daarmee ook het onderzoek. Eind 2020 is door mijn voorganger, Minister van Ark, het aantal te includeren deelnemers verhoogd van 6.500 naar 8.500. Daarvoor zijn ook de beschikbare financiële middelen verhoogd. Momenteel heeft de pilot 8.040 deelnemers. Er hebben zich nog ruim 2.000 aanvullende belangstellenden gemeld. Momenteel vindt er een tussenevaluatie plaats, met een looptijd tot dit najaar, tot eind oktober. Daarin wordt gekeken naar het verloop van de pilot en de al genoemde effecten. Ik zal deze tussenevaluatie met uw Kamer delen en voorzien van mijn reactie.

Voorzitter. Ik kom bij de vragen. Mevrouw Paulusma had het over de wachtlijst van 2.000 mensen die nu risico lopen en vroeg: welke mogelijkheden ziet de Minister om de pilot uit te breiden? Zoals ik al aangaf, zie ik op dit moment nog een mogelijkheid tot uitbreiding. Op basis van de getallen die ik krijg – ik kan niet helemaal de discrepantie inzien met de wachtenden – zie ik dat het nog niet volledig is benut. Een vraag van mijn kant is dus: waar zit dan nog de resterende mogelijkheid voor potentieel ruim 400 deelnemers, gelet op de verhoging naar 8.500 die mijn voorganger heeft uitgevoerd? Dat dekt niet de vraag van alle ruim 2.000 mensen die zich hebben aangemeld als belangstellenden. Ik hecht eraan om te kijken wat we kunnen doen, maar daarbij tegelijkertijd ook wel de tussenevaluatie te gebruiken. Want ik vind de vragen die de Gezondheidsraad destijds stelde logisch, namelijk: doe een onderzoek, start een pilot en kijk daarbij naar een aantal aspecten; die heb ik zonet al genoemd.

De voorzitter:

Een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ik ben benieuwd naar welke criteria de Minister in de tussenevaluatie kijkt. Meer specifiek is mijn vraag: gaat het dan ook over de manier waarop het middel verkregen kan worden? Want ik hoor soms wat gekke – «bizarre» vind ik een te sterk woord – verhalen over hoe dat gaat bij de GGD en dat soort dingen. Worden de verkrijgbaarheid en de manier waarop mensen er gebruik van kunnen maken ook meegenomen in de evaluatie?

Minister Kuipers:

Eerst even over de tussenevaluatie. Die moet zich logischerwijs in ieder geval richten op de criteria die destijds door de Gezondheidsraad genoemd zijn en die ik zonet ook al even heb genoemd. Denk aan therapietrouw en de effecten op het optreden van andere seksueel overdraagbare aandoeningen. Dat is medisch. Dan uw vraag over toegang. Ik herken de geluiden niet, maar ik wil het graag navragen. Op basis van de mogelijkheid van uitbreiding naar 8.500, de terugkoppeling die ik krijg dat 8.040 mensen in de pilot zijn ingesloten en het feit dat nog meer mensen zich hebben aangemeld, is mijn vraag: waar zit dan nog de discrepantie?

Mevrouw Paulusma (D66):

Het is goed te horen dat de Minister in ieder geval wil bekijken waar nog ruimte zit, want blijkbaar zit er nog wat ruimte in het aantal mensen dat er gebruik van zou kunnen maken. Ik ben alleen wel een beetje zoekende, want de evaluatie is in het najaar. We zien nu iets gebeuren wat eigenlijk al een aantal criteria van de evaluatie bevestigt, namelijk dat meer mensen veilige seks hebben en daardoor minder mensen hiv oplopen, met alle consequenties van dien. Dan zit er wel een groot gat tussen de mensen die nu op de wachtlijst staan en de evaluatie in het najaar. Ik ben,

juist vanwege de schade en de hoge kosten van een levenslange ziekte, benieuwd of er nog ruimte zit tussen dat aantal en het najaar.

Minister Kuipers:

Ik ben even voorzichtig met al conclusies trekken die ik nog niet heb. Ik vind het onderzoek logisch en ik ben blij dat mijn voorganger een uitbreiding mogelijk gemaakt heeft. Die uitbreiding is voor een belangrijk deel al tot stand gekomen en daar zit misschien nog enige ruimte in. Ik ga ervan uit dat de pilot ook voldoende sterkte heeft om straks echt antwoorden te geven op de vragen die eerder genoemd zijn. Maar dan moet ik de antwoorden wel hebben. Ik kan ze al invullen en «dit of dat zal zeker zo zijn», maar met onderzoek werkt dat helaas niet altijd zo. Het is echt verstandig om dan heel even de resultaten te bekijken. Die komen op korte termijn. Zoals ik al aangaf, wil ik graag, anticiperend op mogelijk positieve uitkomsten, mogelijkheden zoeken om toch iets aanvullends te doen voor mensen die zich aangemeld hebben en ook graag willen meedoen. Het onderzoek loopt al enige tijd en de tussenevaluatie – dan hoort u mij niet eens «finale evaluatie» zeggen – is er binnen een aantal maanden. Ik hecht er daarom aan om op die tussenevaluatie te wachten. Dat vind ik gepast. Daarna kunnen we conclusies trekken. Hopelijk bevestigen die wat u zegt, namelijk dat het effectief is en dat het niet leidt tot een stijging van overige aandoeningen et cetera.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik wil niet vooruitlopen op de conclusies van het onderzoek – daarin heeft de Minister gelijk – maar we zien wel dat de mensen die nu op de wachtlijst staan hiv krijgen. Dat zien we wél. Ik snap dat de Minister zegt: dit onderzoek duurt al een tijd en het duurt nu nog maar een paar maanden. Maar kunnen we de druk dan niet een beetje opvoeren? Want een paar maanden op een wachtlijst staan en meer patiënten vind ik lastig uit te leggen.

Minister Kuipers:

Ik begrijp dat het lastig uit te leggen is, en toch ook niet. Ik weet dat mensen hiv krijgen. Ik weet niet hoeveel van de mensen die zich nu aangemeld hebben binnen nu en de komende maanden hiv krijgen, of de afgelopen periode hebben gekregen, en in hoeverre dit hen geholpen had. Een van de vragen van het onderzoek is: wat gebeurt er dan met de hiv-incidentie? Dat heeft ook te maken met zaken waar we het net bij een ander medicament al over hadden, zoals therapietrouw et cetera. Het is ook niet zo – mevrouw Van den Berg heeft daar zonet al wat over gezegd – dat er geen andere methoden beschikbaar zijn om de kans op hiv zo veel mogelijk te reduceren. Die zijn er. Maar willen we hier wat aan doen en willen we dit zo breed mogelijk ter beschikking stellen? Ja. Hoop ik op positieve uitkomsten van dit onderzoek? Ja. Ik wil in ieder geval kijken of we het aantal geïncludeerde mensen in de pilot zodanig kunnen uitbreiden dat er 8.500 mensen deelnemen en of we zo snel mogelijk de tussenevaluatie kunnen gebruiken om eventueel conclusies te trekken.

Mevrouw Ellemeest (GroenLinks):

Als we naar de informatie kijken die we nu al tot onze beschikking hebben, dan zien we een schrijnende discrepantie tussen aan de ene kant de groeiende wachtlijst en aan de andere kant de onderuitputting van het budget, de subsidie, die er was in de afgelopen jaren. Als ik me niet vergis, ligt er ook voor dit jaar nog zeven ton op de plank, die nog niet is ingezet. Daar zijn allerlei redenen voor, maar één belangrijke reden is dat prep soms periodiek wordt ingezet, terwijl er uitgegaan wordt van een structureel gebruik. Ik zou de Minister willen oproepen om het budget dat beschikbaar is dit jaar nog volledig in te zetten voor al die mensen die op de wachtlijst staan, ook met het oog op het verschillende gebruik.

Minister Kuipers:

Die oproep is zeer welkom. Dat wil ik graag toezeggen. Er is geen enkele reden om dat budget niet te gebruiken. Dat budget is er voor dit doel en dat willen we daar ook voor gebruiken, inclusief het aantal mensen dat daarvoor te includeren is. Als er andere mogelijkheden zijn om met dat budget te zoeken naar meer inclusie, dan sta ik daar zeer voor open. Dat wil ik graag onderzoeken. Mijn enige terughoudendheid zonet was dat ik niet nu al toezeggingen wil doen over hele andere stappen, terwijl ik binnen nu en een paar maanden een conclusie van een onderzoek verwacht. Laten we het even stapsgewijs doen. Maar ik ben bereid om te zoeken. Dat budget mag op. Dat is hiervoor bedoeld. Het moet eigenlijk ook op, omdat we dan de betere resultaten krijgen en betere conclusies kunnen trekken, en ook een helderder besluit kunnen nemen over het vervolg.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Ja. Mevrouw Van den Berg vroeg waarom prep via een pilot vergoed wordt terwijl vitamine D nu voor eigen verantwoordelijkheid gaat komen. Laat ik vooropstellen: prep is een preventief geneesmiddel tegen een hiv-besmetting en is in die zin niet vergelijkbaar met vitamine D. Het maakt namelijk geen deel uit van het basispakket, maar wordt enkel vergoed voor hoogrisicogroepen binnen een vijfjarige pilot. Onderdeel van die pilot is de medische begeleiding en de monitoring, en het zoeken naar de uitgangspunten zoals zonet al genoemd. Voor prep is op dit moment dan ook geen medicamenteus alternatief beschikbaar in de vrije verkoop, wat voor vitamine D wel het geval is.

Voorzitter. Er was een vraag van mevrouw Ellemeet die ook over de budgettaire kaders ging, maar die hebben we al geadresseerd. Tot zover ten aanzien van prep.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we aan bij het blokje overig, volgens mij?

Minister Kuipers:

Ja, overig.

De voorzitter:

Gezien het feit dat we volgens mij nog best goed in de tijd zitten: als u al vier interrupties heeft gedaan, wil ik u best nog een extra vraag toestaan.

Minister Kuipers:

Of twee, zegt de Minister er gelijk bij.

De voorzitter:

Ik had beloofd om soepel te zijn als dat kan en dat kan, dus dan ben ik soepel. Gaat u verder.

Minister Kuipers:

Mevrouw Paulusma vroeg welke plannen er liggen om de samenleving meer mee te nemen bij ingrijpende besluiten. Ik onderschrijf dat. Met de vraag stelt ze dat het ontzettend belangrijk is om de samenleving mee te nemen, om goede input aan de voorkant en feedback te krijgen, en ook om te communiceren over keuzes waarvan ik in het begin al aangaf dat de pijlen van betaalbaarheid, kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid niet altijd allemaal dezelfde kant uit staan. Het is dus ook belangrijk om draagvlak te creëren. Dat vraagt om heldere en vroegtijdige communicatie, maar dat is ook maatwerk en per besluit bepalen welke partijen

relevant zijn. Ik ontvang heel graag het plan burgerberaad. Ik kijk ernaar uit en ik zal er met Minister Helder en Staatssecretaris Van Ooijen van harte naar kijken.

Mevrouw Paulusma vroeg: welke plannen heeft de Minister om alle partijen op één lijn te krijgen ten aanzien van afbouw van antidepressiva? Van Zorgverzekeraars Nederland en van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie begrijp ik dat zij eind 2020 voor het laatst over afbouwmedicatie hebben gesproken. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven open te staan voor vervolgesprekken met individuele zorgverzekeraars en ook als ZN gezamenlijk. Die gesprekken zijn nog niet gevoerd. Het feit dat dit ondertussen anderhalf jaar geleden is, noopt mij ertoe om te vragen wanneer dit opgepakt wordt.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg ook naar therapeutisch gebruik van psychedelica: hoe lopen de gesprekken? Deze gesprekken lopen. Ik hou daarbij een vinger aan de pols. Veldpartijen werken hierin goed samen en zijn zich aan het organiseren. Het veld moet nu financiering aanvragen en een implementatiekader ontwikkelen voor therapeutisch gebruik van psychedelica. VWS heeft daarbij een adviserende rol.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma maakt direct gebruik van haar interrupties.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik begreep zelfs van de Minister dat we er twee hebben. Dat is achter uw rug om, voorzitter.

Minister Kuipers:

Ik krijg gelijk een reprimande van de voorzitter. Ik zeg direct: ik ga hier niet over.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

En ik zal me aan de regels houden van de voorzitter. Het is heel goed om te horen dat het veld hierover wel in gesprek is. Ik denk dat u enige rol heeft in motiveren en druk uitoefenen. Ik ben benieuwd of en, zo ja, wanneer u de Kamer daarover kunt informeren middels een brief.

Minister Kuipers:

Daar kom ik zo dadelijk op terug.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg ook naar medicinale cannabis: hoe zorgen we er nou voor dat dit gewoon in het basispakket komt? Zij vroeg: waarom duurt het nu zo lang? Laat ik allereerst aangeven dat meer onderzoek nodig is om de werkzaamheid van medicinale cannabis aan te tonen. Hoewel we aannames doen, is de werkzaamheid over de volle breedte lang niet altijd voldoende onderbouwd, zoals we dat wel verwachten voor medicamenten. Ik heb daarvoor al eerder subsidiegelden beschikbaar gesteld via ZonMw. Er loopt dus al een gesubsidieerd onderzoek. Voor een tweede ZonMw-onderzoeksprogramma kunnen onderzoekspartijen nu een onderzoeksplan indienen. Het tweede subsidietraject focust heel specifiek op therapieresistente epilepsie bij kinderen. Dat is een van de gebieden waarbij verondersteld wordt dat er een werkzaamheid is en dat het een indicatiegebied is voor medicinale cannabis. Ik hoop dat het verdere onderzoek leidt tot concrete resultaten. Verder beoog ik om onderzoekinstellingen en bedrijven meer ruimte te bieden voor onderlinge handel en samenwerking ten behoeve van onderzoek en geneesmiddelenontwikkeling. Met dat besluit zet ik erop in om partijen een extra impuls te geven om zo snel mogelijk de werking van medicinale cannabis aan te tonen of uit te sluiten.

Voorzitter. Mevrouw Paulusma vroeg: hoe kijkt de Minister aan tegen medicijnen die niet leverbaar zijn? Ik zet mij op verschillende manieren in om geneesmiddelentekorten aan te pakken, zowel op nationaal als op

Europees niveau. Ik heb vorige week uw Kamer over de inzet geïnformeerd. Ik verwijs daarbij onder andere naar de inzet rondom de aanpassing van Europese regelgeving en de implementatie van het veiligheidsvoorraadbeleid. In een brief heb ik u ook geïnformeerd over de cijfers rondom de tekorten. We zagen een stijging tot 2019 en een stabilisatie sindsdien. Het afgelopen jaar zagen we een kleine afname. Ik zeg er direct bij dat er geen zekerheid is dat daarmee een piek bereikt is. Dit is echt iets om continu op te blijven inzetten.

Voorzitter. Mevrouw Den Haan zei: de toegang tot generieke medicijnen, zoals paracetamol, is vanzelfsprekend, maar de productie staat onder druk. Zij vroeg: is er een overzicht van hoeveel fabrikanten en welke fabrikanten wat produceren in Nederland? Het vergunningenstelsel in Europa maakt het niet mogelijk om onderscheid te maken tussen fabrikanten van generieke en innovatieve geneesmiddelen. Dat betekent dat ze een vergunning hebben voor productie, maar dat ze vervolgens zelf bepalen wanneer en hoeveel er wordt geproduceerd en dat de inspectie er toezicht op houdt of de fabrikant zich daarbij aan de normen houdt voor een goede wijze van produceren. Omdat ik wel graag inzicht wil hebben, ga ik aanvullend onderzoek doen naar de productielocaties in Nederland. Het is nog steeds geen actueel overzicht per maand, per week of per dag van wat een individuele partij daadwerkelijk produceert. De reden om het op deze manier te specificeren, is dat het een enorme extra administratieve rompslomp met zich mee zou brengen om dat echt boven water te krijgen. Daar wil ik op dit moment niet op inzetten. Ik kan vandaag iets vragen aan een fabrikant, maar dat antwoord kan in een hele korte tijd alweer verouderd zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg.

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

Ja, zeker met de vreugde van de vier interrupties die ik nu nog heb. O, heb ik er nog drie? Oké.

Mevrouw Den Haan en ik hadden exact dezelfde vraag. Aan de ene kant hoor ik de Minister zeggen: ik ga aanvullend onderzoek doen. Uiteindelijk is er wel een lijst van vergunninghouders. Het is misschien saai werk, maar als iedere vergunninghouder wordt gebeld met de vraag wat die precies aan productie in Nederland heeft en welke middelen het betreft, dan moet dat volgens mij in zicht te brengen zijn. Naar aanleiding van onze Kamervragen zijn wij toch zeer geïnteresseerd in hoe het zit met onze zelfvoorzienendheid ten aanzien van geneesmiddelen.

Minister Kuipers:

Wat ik in mijn antwoord net al aangaf, is het volgende. Wij kunnen dat belronde doen. Tegen de tijd dat ik u een brief stuur, kunt u mij vervolgens terecht voor een mondelinge vraag naar de Kamer roepen en vragen: kunt u dat belronde deze week nog een keer doen? U kunt dan zeggen: u mag dat de volgende week nog een keer doen. Het is geen actueel overzicht. Het wisselt in de tijd.

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

Dat klopt. Je zou een rolling overzicht moeten hebben. Maar nu weten we helemaal niks. Nu varen we gewoon in de mist. Het zou dus toch fijn zijn om in ieder geval één keer een soort nulpuntmeting te hebben, juist omdat we veel zorgen hebben – we hebben die Kamervragen niet voor niks gesteld – omdat ongeveer de laatste echte fabriek die generieke middelen produceert in Nederland, zwaar onder druk staat.

Minister Kuipers:

Ik probeer even de vraag op te knippen in twee stappen, als u mij dat toestaat. De eerste is een overzicht hebben van welke partijen in Nederland generieke middelen kunnen en mogen produceren. Daarover is een brief naar uw Kamer gestuurd. De volgende stap is: op welke locaties kan dat dan? Dat ga ik nog aanvullend uitvragen. De volgende vraag die ik zowel mevrouw Van den Berg als mevrouw Den Haan hoor stellen, is: kun je dan ook nog per locatie aangeven wat op een bepaald moment geproduceerd wordt? Dat is zodanig incidenteel, dat ik daar de meerwaarde gewoon niet van zie met het oog op de inspanning die daarvoor moet gebeuren met betrekking tot het overzicht. Ik kan nu vragen wat het morgen of deze week voor een bepaalde fabrikant is. Ik kan dat over een maand opnieuw vragen. Het hangt af van hun bestellingen, van wat zij leveren. Het hangt ook af van de toegang van hun grondstoffen; laat dat ook heel duidelijk zijn. We doen hier alsof de fabricage van de middelen de productiefaciliteit is, maar de productiefaciliteit is ook erg afhankelijk van de grondstoffen. Als u mij dus concreet vraagt of ik bereid ben om een belronde te doen en per fabrikant een overzicht te vragen van welke medicamenten zij deze week in productie hebben, dan is mijn advies sterk: laat mij dat nou niet doen, want dat vraagt een hoop werk en ik ga een antwoord geven dat in no time alweer verouderd is.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Ik snap voor een deel het antwoord van de Minister. Maar het is toch ook zo dat we in Nederland eigenlijk maar één fabriek hebben die in staat is om hier in Nederland generieke medicijnen of geneesmiddelen te produceren? Die fabriek staat zwaar onder druk. In de onderhandelingen verliezen die het vaak prijstechnisch van fabrikanten uit India en China. Ik zou toch wel graag willen horen dat we in staat zijn om die generieke geneesmiddelen in Nederland te kunnen blijven produceren, zodat we niet afhankelijk worden van het buitenland.

Minister **Kuipers**:

Ik denk dat het voor de scherpte van het debat goed is om een paar zaken op een rijtje te zetten. Mevrouw Den Haan refereert aan één fabrikant in Nederland. Ik denk dat we het gezamenlijk hebben over eenzelfde bedrijf, gesitueerd in Leiden. Dat is één fabrikant. Die maakt pillen van grondstoffen die zij aangeleverd krijgen. Dat is één. Er zijn meer vergunninghouders in Nederland voor de productie van generieke medicamenten. Ik gaf al aan dat ik graag onderzoek wil laten doen naar het aantal productie-locaties dat die vergunninghouders hebben. Voor een goed begrip, er zijn beduidend meer productieapotheken die medicamenten kunnen produceren, maar dan gaat het om specifieke medicamenten voor hun eigen patiëntenpopulatie. Soms zijn dat aanzienlijke populaties. Die produceren ook generieke middelen. Als je heel erg zou focussen en zou zeggen «in Nederland is er maar één producent, die staat onder druk, dus moeten we daar wat mee doen», dan zitten daar wel allerlei nuances aan.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen, een vraag?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Nog even aanmoedigend richting de Minister. Hij zegt dat hij wel even een rondje kan gaan bellen, om het even te parafaseren, en dat hij dan cijfers heeft, maar die zijn morgen weer anders, dus daar heeft de Kamer niks aan. Dat begrijp ik heel goed. De zorg in de Kamer is, en volgens mij deelt de Minister die zorg, of er in Nederland en in de nabije vaste landen voldoende productiegelegenheid is. Hoe kan de Minister wel inzicht geven en ons houvast geven om die zorg te bevestigen dan wel weg te nemen?

Minister Kuipers:

Met dank voor deze stimulans om op een iets andere manier te antwoorden. Dat is precies wat ik ook aangeef, dat we nog een keer goed navragen welke locaties we dan hebben. Dat is ook hetzelfde in het overleg met de Europese collega's over wat er in Europa gebeurt. Ik weet dat we in de beginfase van covid zagen dat er momenten zijn geweest dat plotseling zaken, middelen of apparaten et cetera die niet binnen je eigen grens geproduceerd werden, maar wel binnen de EU, toch niet ter beschikking kwamen. Eerlijk gezegd moet ik zeggen dat ik wel merk in de discussie met Europese collega's dat iedereen daar ook wel van geleerd heeft. Iedereen constateerde dat ze uiteindelijk allemaal verliezer waren en dat de een misschien mondkapjes of persoonlijke beschermingsmiddelen binnen de grens hield, maar dat een ander beademingsapparatuur binnen de grens hield en een derde een bepaald medicament. Het lukt alleen om dat de volgende keer beter te doen als je ook in EU-verband samenwerkt.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, nog een vervolgvraag?

Mevrouw Tielen (VVD):

Nog even wat specifieker. Ik hoor de Minister zeggen dat hij een overzicht wil hebben van de vergunninghouders. Ik begrijp heel goed dat de Minister zegt dat je als vergunninghouder generiek en specialité mag doen. Dat moeten we niet overbureaucratiseren; dat lijkt me logisch en daar ben ik het helemaal mee eens. Over die vergunninghouders is er dan alleen eigenlijk een theoretisch inzicht, want het gaat om de beschikbare capaciteit als het nodig is. Hoe gaat de Minister dat dan met ons delen, met het oog op toch een beetje verwachtingsmanagement?

Minister Kuipers:

Dat klopt. Het gaat om vergunninghouders. De aanvullende vragen zijn: op welke locaties en wat is daar aan capaciteit? Het enige punt waarop u mij terughoudend hoort zijn, is of ik dan ook mag uitvragen wat er vandaag of deze week precies aan pillen wordt gefabriceerd met die productiecapaciteit, met de kanttekening dat dit echt een momentopname is en op een ander moment weer anders kan zijn.

De voorzitter:

Gaat u verder, Minister.

Minister Kuipers:

Mevrouw Den Haan gaf aan dat producten hier niet kunnen concurreren met een aanbieder uit een land als India of China. Zij noemde het een probleem om volledig afhankelijk te zijn van andere landen ten tijde van een pandemie. Dat sluit aan bij het antwoord dat ik net heb gegeven: om structureel weerbaar te zijn in tijden van crisis investeren we in open, strategische autonomie van de Europese Unie, om daarmee minder afhankelijk te zijn van een beperkt aantal landen. Met mijn beleidsagenda's voor pandemische paraatheid en leveringszekerheid van medische producten zet ik daarop in. Een van de routes daarvoor is productie dicht bij huis, in Nederland en in Europa, en het verminderen van kwetsbaarheden in de productie- en de toeleveringsketens. Mevrouw Den Haan vroeg aanvullend of we er in gesprek met de zorgverzekeraars op in kunnen zetten om een derde van de generieke medicijnen in tabletvorm te bestellen bij nationale aanbieders. Ik gaf al aan dat het in tabletvorm bestellen bij nationale aanbieders alleen de laatste stap in een productieketen is en geen garantie geeft op leveringszekerheid, omdat je ook afhankelijk bent van de levering van de grondstoffen. Bij een groot deel van de geneesmiddelentekorten ligt de oorzaak

van het tekort niet zozeer in de tabletering of verpakking, maar juist in die grondstof.

Mevrouw Den Haan vroeg ook hoe we komen tot een structurele oplossing voor mensen die medicatie willen afbouwen, zonder dat je daarvoor afhankelijk hoeft te zijn van de verzekeraar waarbij je verzekerd bent. Ik ben graag bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan en om te vragen of zij dit met voorschrijvers verder willen adresseren. Dat is in het belang van de verzekeraar en allereerst in het belang van de patiënt en ook in het belang van de voorschrijver.

Dan kom ik bij de vraag van mevrouw Van den Berg over het zojuist overhandigde actieplan, waarvoor veel dank. Ik zal een reactie hierop meenemen in de reeds toegezegde brief over de tussenstand van pilots voor hergebruik van geneesmiddelen die ik na de zomer zal sturen. Dank voor het actieplan.

Mevrouw Van den Berg vroeg naar een amendement bij een verzamelwet met een wetwijziging over de verkoop van UAD-geneesmiddelen. Het doel van de wetwijziging is om digitale voorlichting over UAD-middelen weer mogelijk te maken. De tekst van de Geneesmiddelenwet is op dit punt verouderd. De Raad van State heeft in 2020 geconcludeerd dat de letterlijke tekst van de huidige wet zich ertegen verzet dat voorlichting over UAD-geneesmiddelen online plaatsvindt. Maar veel mensen die in webwinkels, bij een drogist of op andere plekken middelen krijgen, maken gebruik van die onlinevoorlichting. We hechten er allemaal aan dat er goede voorlichting plaatsvindt. In principe kunnen mensen UAD-geneesmiddelen zonder extra advies van een apotheker of drogist gebruiken, maar zij moeten advies en voorlichting kunnen krijgen als zij dat willen en online is daar één optie voor. Door het amendement van het CDA wordt alle digitale voorlichting onmogelijk gemaakt, zowel in webwinkels als in fysieke winkels. Om die reden ontraad ik het amendement.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag daarover.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is mooi dat de Minister zegt dat ik hier een vraag over had, maar ik had hierover helemaal geen vraag gesteld; ik had meer een mededeling gedaan over wat wij daarvan vinden. Dat licht ik graag nog even toe naar aanleiding van deze reactie van de Minister. De Minister kan al sinds jaar en dag in een ministeriële regeling aparte eisen stellen aan webwinkels. De Raad van State heeft hierover gezegd dat de wet zo is bedoeld dat het bij deze zware zelfzorgmiddelen uitsluitend bij apotheken of drogisten is. Mevrouw Ellemeet refereerde ook aan het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid, Weten is nog geen doen. We hebben in totaal miljoenen mensen die kwetsbaar zijn, die niet digitaal vaardig zijn en die hier toch weer op achterstand worden gezet en ook in gevaarlijke situaties kunnen komen. Drogisterijen zenden 150.000 keer per jaar mensen naar de huisarts als advies en zeggen dat iets niet verstandig is om te doen. Er zijn jaarlijks 40.000 gevallen van opname wegens onterechte medicatie in het ziekenhuis. Er was dus geen vraag van ons, maar ik vond dat ik toch even nader moest toelichten wat de achtergrond van ons amendement is.

De voorzitter:

Ik ben benieuwd of de Minister daarop wil reflecteren.

Minister Kuipers:

Nee, ik heb de reflectie al gedaan, voorzitter. Ik hecht eraan dat het ook online mogelijk is om advies rond medicatie te krijgen.

De voorzitter:

Prima. Gaat u verder met de beantwoording alstublieft.

Minister Kuipers:

Dan vroeg mevrouw Van den Berg of de resultaten al bekend zijn van het onderzoek van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur naar de Nederlandse bloedvoorziening in de toekomst. Ja, die resultaten zijn bekend. In december heeft oud-staatssecretaris Blokhuis het onderzoek naar de toekomst van de Nederlandse bloedvoorziening naar de Tweede Kamer gestuurd. Mijn standpunt heb ik op 9 mei gedeeld met u gedeeld. In het kort kwam het erop neer dat de voorziening van bloedproducten, zoals rode bloedcellen, op orde is en dat er geen aanleiding is om de aansturing hierop te wijzigen, maar dat de NSOB wel constateert dat er kwetsbaarheden zijn in de voorziening van plasmageneesmiddelen onder buitengewone omstandigheden, zoals tijdens een crisis. De oplossing hiervoor ligt meer in Europese samenwerking dan op nationaal niveau. Ik juich dan ook het Europese onderzoek van de European Blood Alliance naar een Europese zelfvoorziening toe. Sanquin neemt hieraan deel. Mevrouw Van den Berg vroeg of het klopt dat de Europese Commissie verwacht niet eind 2021 maar zomer 2022 de conceptverordening inzake bloed gereed te hebben. Dat klopt inderdaad. De publicatie van het wetsvoorstel is vertraagd en wordt inmiddels half juli verwacht. Ik heb begrepen dat interne afstemming binnen de Europese Commissie langer duurt. Na publicatie van het voorstel volgen in het najaar de onderhandelingen, dan onder het Tsjechische voorzitterschap. De Commissie wil met dit voorstel de veiligheid, kwaliteit en beschikbaarheid van lichaamsmateriaal verbeteren. Dat is een belangrijk doel. Nederland blijft uiteraard een rol spelen in de onderhandelingen, na de publicatie van het conceptvoorstel.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook of zij goed heeft begrepen dat het Zorginstituut opnieuw kijkt naar stamceltherapieën. Ook dat klopt inderdaad. Op 12 mei jongstleden heeft het Zorginstituut inderdaad besloten om te duiden of stamceltherapie bij uitbehandelde MS-patiënten effectief is en daarmee voldoet aan het criterium «stand van de wetenschap en de praktijk». Ik verwacht dat zij voor het eind van het jaar met een definitief standpunt komen.

Mevrouw Van den Berg vroeg of de Minister bereid is met name te kijken naar medicatie voor zeldzame ziektes. Ik heb inderdaad aandacht voor alle geneesmiddelen en ook voor medicatie voor zeldzame ziektes. Dat is een combinatie van laag gebruik met soms ook een heel laag aantal aanbieders. Ik bekijk ook waar extra risico's zijn van beschikbaarheidsproblemen.

Mevrouw Van den Berg vroeg of de Minister bereid is bepaalde onderdelen van fysiotherapie alvast voorwaardelijk toe te laten. Ik wacht het nu lopende traject fysio- en oefentherapie af. Samen met partijen ben ik een traject gestart om te komen tot een andere vormgeving van de aanspraak op fysio- en oefentherapie vanuit principes van passende zorg. Een uitkomst van dit traject zou goed kunnen zijn dat de aanspraak wijzigt, waarmee fysio- en oefentherapie een rol kan spelen in een beweging naar passende zorg. Een voorbeeld is de vergoeding van triage en diagnostiek door de fysio- en oefentherapeut ter ontlasting van een huisarts. Dat is nadrukkelijk onderdeel van de gesprekken over het Integraal Zorgakkoord. Mevrouw Van den Berg vroeg in het kader van medische hulpmiddelen en zelfvoorzienendheid naar een tender in september en of de Minister wil kijken naar sociale ondernemers zoals de Mondmaskerfabriek in Arnhem. Primair wil ik leveringszekerheid van deze producten versterken voor een mogelijke volgende periode van schaarste. Duurzaamheid kan daarbij ook een rol gaan spelen, zowel wat betreft milieu als sociaal, net als prijs, uiteraard. Ik onderzoek op dit moment wat gunningscriteria en wegingsfactoren zouden kunnen zijn voor deze mogelijke aanbesteding.

Mevrouw Van den Berg zei ook in het debat van 25 mei dat technologie beter moet worden ingezet en dat goede voorbeelden moeten kunnen worden ingeschaald. Ik onderschrijf dat opschaling van innovatieve technieken en zorgpraktijken vaak andere werkwijzen en processen vraagt, waarbij ik ook graag mijn rol wil pakken. Dit is ook eerder in een debat al kort ter sprake gekomen. Dat kan bijvoorbeeld door invulling van passende voorwaarden en financiële prikkels. Het is daarbij ook belangrijk dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid nemen. Ik verwijs naar mijn reactie op een recente motie van mevrouw Van den Berg, van 8 juni, over opschaling van gebruik van technologie.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg heeft een vraag.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Volgens mij is dit mijn laatste interruptie in de huidige telling. Het gaat over dit artikel in Forum waar ik aan refereer. Gaat de Minister dan ook zorgen dat niet ieder ziekenhuis zijn eigen onderzoek doet? Er is een onderzoek gedaan om te kijken of iets effectief is. En dan gaat ieder ziekenhuis zijn eigen onderzoek doen. De Minister zou ook kunnen zeggen dat het Zorginstituut dat bepaalt en als het effectief is, is dat gewoon voldoende en dan gaan we dat niet nog vijftig keer opnieuw doen.

Minister Kuipers:

Ik deel geheel met mevrouw Van den Berg dat wij in Nederland soms ontzettend snel zijn met het implementeren van nieuwe mogelijkheden, maar op sommige punten zijn wij ook notoir traag. En dit is dan inderdaad zo'n onderwerp waarbij soms bij herhaling het wiel opnieuw uitgevonden moet worden. Het is bij uitstek iets om juist in een gesprek te stimuleren. Ik kijk nu ook even naar mevrouw Tielen, want de actuele discussie van deze week was: hoe zorg je nou dat je de zorgcapaciteit weer zo snel mogelijk op peil brengt in tijden van ... U krijgt van mij, hopelijk morgen aan het eind van de dag, een voorbeeld van een uitgebreide evaluatie door een commissie in het hele zorgveld van best practices, inclusief gebruik van technologie, om patiënten op te vangen en te zorgen dat ze zo snel mogelijk op de juiste plek worden gezien door de juiste professional en ook op de juiste manier gemonitord worden. Dat voorbeeld is allereerst gericht op covidzorg, maar het is maar één voorbeeld. Dit antwoord is dus een directe vertaling naar de praktijk van het hier en nu. Deze vraag gaat over productielocaties van geneesmiddelen, maar die vraag heb ik zojuist al geadresseerd.

Er resteert nog een vraag van mevrouw Paulusma: wanneer komt er een brief over psychedelica? Die komt voor het eind van het jaar.

U ziet hier heel veel mapjes heen en weer gaan, voorzitter. Laat ze maar doorkomen! Het maakt niet uit.

De voorzitter:

Mevrouw Maeijer is eventjes weg vanwege andere verplichtingen, maar zij zal het ongetwijfeld na laten kijken. Dus...

Minister Kuipers:

Dan beginnen we met deze vragen.

Mevrouw Tielen vroeg aandacht voor het toenemende medicamentengebruik. Het klopt geheel. Passende farmaceutische zorg is hier de sleutel. Het is nou eenmaal zo dat bij een groot aantal personen – en dat neemt toe met de leeftijd – het medicatiegebruik en dus ook polyfarmacie, het gebruik van veel middelen, gewoon toeneemt. Maar dat het verstandig is om daar iedere keer weer opnieuw naar te kijken, is duidelijk. Past het nog? Is de dosering nog juist? Dat alles kan voor mensen soms buitengewoon verwarrend zijn. Er worden soms medicamenten gebruikt die

eigenlijk allang gestopt hadden moeten worden of waarvan de dosering veranderd had moeten worden. Of andersom: nieuwe niet worden gebruikt. Ouderen verdienen daarbij speciale aandacht, overigens net als andere kwetsbare mensen.

Er start dit jaar nog een onderzoek naar polyfarmacie bij ouderen, inclusief goed minderen en stoppen. Ik wil ook meer inzicht krijgen in gerelateerde zaken rondom medicatie en veiligheid, zoals therapietrouw. Daarbij zal er ook aandacht zijn voor de rol die de apotheker kan spelen. Als ik kijk naar wat er op dit moment al gebeurt, dan is dat bijvoorbeeld de richtlijn voor medicatiebeoordeling voor patiënten van 75 jaar en ouder, en tien of meer medicamenten. Tien of meer medicamenten!

Een andere manier om ernaar te kijken, is aandacht voor mensen met een iets lager gebruik, maar dan gaat het nog steeds over vijf of meer medicamenten. In de categorie van 75-plussers met vijf of meer medicamenten per dag heeft in het afgelopen jaar, 2021, 57% van de patiënten, dus ruim de helft, een separate medicatiebeoordeling gekregen. Daarvoor is dus nog een keer specifiek door het totaal heen gelopen. 57% van zo'n categorie met vijf of meer medicamenten is een aanzienlijk percentage, maar je wilt dat nog hoger hebben. Dat is dan ook de inzet. Daarom blijf ik het ook jaarlijks volgen en blijf ik inzetten op verdere optimalisatie ervan. Het kan patiënten echt helpen en fouten en complicaties et cetera helpen verminderen.

De voorzitter:

Mevrouw Tielen, een vraag?

Mevrouw Tielen (VVD):

Heel fijn wat de Minister zegt, want het zijn allemaal termen waarvan ik echt denk: daar moeten en daar kunnen we wat mee, juist voor de mensen.

De Minister zegt dat er dit jaar een onderzoek start. Dan is natuurlijk de vraag: wanneer zijn daarvan de resultaten bekend, zodat eventueel het beleid kan worden aangepast? Ik denk dan met name aan de belemmeringen die er nu zijn om het optimaal in te zetten.

Minister Kuipers:

Daar kom ik zo even in de tweede termijn op terug, want we moeten even checken wanneer de resultaten er zijn.

Mevrouw Tielen vroeg ook naar het regelmatig aanvragen van een hulpmiddel op het moment dat het voor een lange termijn gebruikt wordt. Ze doelt daarmee op alle administratieve lasten die daarmee gepaard gaan. Ik bevestig en ik herken uit de verhalen die ik hoor van zorgaanbieders en van mensen in mijn eigen directe omgeving dat dat regelmatig gepaard gaat met buitengewoon veel irritatie. Er zijn veel administratieve lasten en de heer Hijink gaf ook al terecht aan dat er bijzondere situaties zijn waarin je dat eigenlijk gewoon niet meer kunt uitleggen.

Om dit te verminderen zijn er afspraken gemaakt met zorgverzekeraars om die administratie eenmalig te doen als er sprake is van een chronische diagnose. Dan is een herhaalde verklaring van een arts niet meer nodig. Ik merk wel, ook in overleggen met verschillende partijen, dat dat desalniettemin soms nog gebeurt en dat mensen zich dan begrijpelijkerwijs nog steeds genoodzaakt voelen om dat dan toch maar weer in te dienen. Dus het vergt echt verdere inzet van mijn kant om naast alle inzet die er al is om de administratieve lasten te verminderen, te zeggen dat je bij dit soort hele logische keuzes, bijvoorbeeld een chronische diagnose, niet meer periodiek, bijvoorbeeld één keer per jaar, iedere keer hetzelfde briefje hoeft in te vullen.

Voorzitter, ik kom even terug op de vraag van zojuist over wanneer het onderzoek bekend is. Het onderzoek start dit jaar en de resultaten worden medio volgend jaar verwacht.

Mevrouw Tielen vroeg naar de aandacht voor de onderkant van de geneesmiddelenmarkt. Welke richting willen we uit? Ik ben van plan uit voorzorg verzachtende maatregelen te nemen, zowel bij de Wet geneesmiddelenprijzen als de GVS-modernisering, om economisch kwetsbare geneesmiddelen te ontzien. U krijgt hierover nog voor de zomer een brief. Mevrouw Tielen vroeg in aansluiting daarop: hebben we alle instrumenten in huis om woekerprijzen bij medicijnen tegen te gaan? Het antwoord is: sommige instrumenten worden gebruikt en andere zijn in ontwikkeling. Het vraagt echt continue inzet om maximale druk te blijven zetten op fabrikanten die onverklaarbaar hoge prijzen rekenen. De sluis zoals we die hebben, is een effectief voorbeeld. Dat staat los van alle discussie die we hebben over de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat zo'n beoordeling zo effectief, zo snel mogelijk en zo efficiënt mogelijk gaat. Als een middel inderdaad bewezen effectief is, dan moet het zo snel mogelijk voor patiënten ter beschikking komen. Maar de sluis op zich werkt.

Ik verken nu of de sluiscriteria uitgebreid kunnen worden. Zo is er ook een horizonscan, die specifiek adresseert wat mevrouw Tielen vraagt, namelijk: kunnen we nou ook vooruit? Ik geloof dat mevrouw Tielen de term «een vlag» gebruikte. Een horizonscan richt zich echt op welke middelen eraan komen. Veelal komen die niet plots, maar weten we al uit resultaten van het eerste onderzoek et cetera dat er zoiets aan komt. Nederland doet dat zelf, maar we doen dat ook in Benelux-verband en Europees verband.

Wat hierop aansluit, is dat we tijdig gealarmeerd willen worden over specifieke middelen die mogelijk een beoordeling in de sluis vragen.

De voorzitter:

De laatste vraag, mevrouw Tielen, of...?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, tenzij de Minister over dit onderwerp nog iets gaat zeggen.

Minister Kuipers:

Ik had nog een antwoord voor u, namelijk over pay for performance en de farmaco-epidemiologie.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan heb ik inderdaad nog een vraag over die woekerprijzen. De Minister zegt dat de sluis werkt en dat hij die nog beter kan laten werken. Misschien begrijp ik het verkeerd, maar anders is het altijd goed voor de mensen die meekijken. De sluis is, dacht ik, vooral bedoeld voor nieuwe geneesmiddelen. Bij die woekerprijzen zien we nu juist dat de indicatie verbreed wordt bij geneesmiddelen die uit een patent lijken te lopen. Dan is het dus een bestaand middel en gaat het volgens mij ook niet de sluis in. De vraag is of de Minister instrumenten heeft om ook dat soort praktijken – zo zou ik het bijna wel noemen – te signaleren en eventueel aan te pakken.

Minister Kuipers:

Dank. Tweeërlei. Eén. Voor een nieuwe indicatie kan een middel wel degelijk opnieuw in een sluis. Het is dus niet één keer in een sluis en dat blijft zo, ook als de indicatie wordt uitgebreid. Dat blijft dan niet zo, want dat middel wordt opnieuw in de sluis gebracht. Over het tweede punt dat u specifiek noemde, zou ik willen zeggen dat we middelen kennen die soms al heel lang, soms tientallen jaren en soms ook voor heel weinig geld, op de markt zijn voor een bepaald indicatiegebied. En dan komt er plots iets nieuws, vaak voor een zeldzame aandoening. Regelmatig werd het zelfs al als een soort generiek middel in een eigen apotheek gemaakt en dan wordt het toch plotseling geregistreerd voor een andere indicatie.

En dan komt er opeens een enorme prijsstijging. In zo'n geval wordt er met name in Europees verband gekeken of je voor dit soort indicaties eventueel toch moet komen tot een aanpassing van regels, want puur volgens de regels mag het. Maar ja, iedere burger, iedere zorgaanbieder en iedere patiënt krijgt van dit soort voorbeelden af en toe kromme tenen. Laat ik opnieuw vooropzetten dat dit soms een indruk geeft en een indicatie geeft van hoe de farmaceutische industrie et cetera... Laten we echt even vooropzetten: de farmaceutische industrie heeft in de afgelopen tientallen jaren ongelooflijk veel mogelijk gemaakt voor patiënten die in het verleden niet behandeld konden worden of alleen maar met zeer grote bijwerkingen. Dus onderzoek doen naar en het produceren van medicamenten of andere technologie is voor heel veel mensen een zegen, maar het is ook een kwestie van telkens weer opnieuw beoordelen of het ook beschikbaar komt op een manier en tegen een prijs die wij allemaal gerechtvaardigd vinden. En daar hoort dit ook bij.

Voorzitter. Er was nog een vraag over pay for performance. Bij pay for performance moet naast de klinische meerwaarde ook de kosteneffectiviteit mee worden genomen. Bij markttoelating zijn vaak nog maar beperkt gegevens beschikbaar om een farmaco-economische analyse te maken. Maar de data die bij een pay-for-performance-arrangement worden verzameld, kunnen dan gebruikt worden voor een herbeoordeling na een bepaalde periode. Daarmee wordt farmaco-economie ook ingezet. Er zijn ook Nederlandse onderzoeksinstituten die gewoon echt een naam op dit terrein hebben, ook internationaal.

Daarbij wordt er ook gekeken naar middelen die in verschillende combinaties op een bepaald moment worden ingezet. U moet zich voorstellen dat, daar waar geleidelijk meer en meer medicamenten ter beschikbaar komen voor een specifieke aandoening, het soms zo is dat het eerste middel logischerwijs wordt vergeleken met een placebo, omdat er nog niks anders is. Het tweede middel kan vergeleken worden met het eerste en het derde middel weer met... Maar op een gegeven moment ontbreekt het goede overzicht van het totaal en daar zijn deze instellingen en instituten juist heel erg goed in.

Voorzitter. De heer Mohandis vroeg hoe het staat met het traject rondom gebruiksvriendelijkheid van verpakkingen. Hier is doorlopend aandacht voor bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, niet alleen bij nieuwe aanvragen, maar ook bij bestaande geneesmiddelen. We zetten ons daarvoor in binnen alle Europese beoordelingen, maar we kunnen in Nederland zo nodig ook aanvullende strengere eisen stellen. Het is dus een onderwerp dat gewoon meegenomen wordt in beoordelingen. De heer Mohandis vroeg welk probleem we eigenlijk oplossen met zelfzorggeneesmiddelen bij supermarkten en tankstations. Zelfzorggeneesmiddelen liggen nu al bij supermarkten en tankstations, afhankelijk van verpakkingsgrootte en dosering. Ik verander daar niks aan, maar wat ik blijvend mogelijk wil maken, is het online geven van voorlichting bij het verstrekken van deze middelen.

Voorzitter. De heer Mohandis vroeg naar realtime Continue Glucose Monitoring bij patiënten met suikerziekte. Doen we iets met dit systeem, dat beter is? Waarom wordt het niet opgepakt? Voor diabetische hulpmiddelen geldt in het algemene zin dat in snel tempo veel nieuwe technologie op de markt beschikbaar komt. Dat geldt dus ook voor die realtime Continue Glucose Monitoring. Het Zorginstituut heeft recent onderzocht of er voldoende passend wetenschappelijk bewijs is om opnieuw een standpunt in te nemen of meer patiëntengroepen in aanmerking komen voor deze realtime Continue Glucose Monitoring en of dat een duidelijke klinische meerwaarde heeft ten opzichte van een andere vorm – sorry voor de technologie – namelijk: Flash Glucose Monitoring. Het Zorginstituut kwam tot de conclusie dat de betreffende studies voor nu onvoldoende zijn om het huidige standpunt te heroverwegen, maar het blijft uiteraard iets wat telkens weer opnieuw beoordeeld kan worden.

Ik krijg van mijn medewerker de aanvullende opmerking dat wij nationaal geen strengere eisen kunnen stellen dan in Europees verband. Met excuus, voorzitter. Dit gaat dus over het traject rond de gebruiksvriendelijkheid van verpakkingen.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Maeijer, voorzitter. Zij vroeg naar het dashboard ten aanzien van de sluis. Ik streef ernaar om dit dashboard in het eerste kwartaal van 2023 te publiceren. Het doel van het publieke dashboard is om op een duidelijke en eenvoudige wijze inzicht te geven in waar een geneesmiddel zich bevindt in het proces van beoordeling en vergoeding.

Mevrouw Maeijer vroeg ook naar de parallelle procedure en het aantal middelen dat hierin zit. Op dit moment hebben vijf geneesmiddelen de parallelle procedure doorlopen. Deze procedure is in 2019 gestart als een pilot en wordt per 2022, dus dit jaar, omgezet in een structurele taak van het beoordelingscollege en het Zorginstituut.

Mevrouw Maeijer vroeg hoe we ervoor zorgen dat de doorlooptijden niet langer worden. Dat is al even geadresseerd en het is dus allereerst aan de fabrikanten. Zoals zonet al even naar aanleiding van vragen genoemd, zit daarbij ook nadrukkelijk een rol van het Zorginstituut. Ik heb verder aangegeven dat ik ook zal aangeven dat het hier ter sprake is gekomen en dat ik zal vragen of zij dat een blijvend onderwerp van aandacht kunnen laten zijn, zodat ze het zo snel als mogelijk doorlopen.

Mevrouw Maeijer vroeg of het beoordelingskader in de sluis ook is ingericht op snelheid naast zorgvuldigheid. Dat sluit aan bij de antwoorden die ik zojuist al gegeven heb. Mevrouw Maeijer verwees daarbij naar de proceduretijd van gemiddeld 213 dagen. Kan dat verkort? Het tijdelijk toelaten van een medicijn is minder problematisch voor patiënten. Daarmee verwees zij naar het Franse systeem. Ik vind het van groot belang dat patiënten zo snel mogelijk de behandeling krijgen die ze nodig hebben, ook als het gaat om de toegang tot nieuwe medicamenten die in een sluis staan. Daarom vraag ik fabrikanten steeds om tijdens de beoordeling en de onderhandelingen geneesmiddelen gratis ter beschikking te stellen voor patiënten die niet kunnen wachten, al dan niet in onderzoeksverband. Ik houd fabrikanten, gezien hun keuzes met betrekking tot de prijsstelling van hun geneesmiddelen, primair verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen. Ik ben verder onder voorwaarden bereid om kosten voor de beschikbaarheidsstelling mee te wegen in de onderhandelingen met de fabrikant.

Mevrouw Maeijer vroeg: hoe kijkt de Minister naar trajecten als het Drug Rediscovery Protocol, een initiatief van veldpartijen? Daarbij gaat het om het offlabelgebruik van bestaande geneesmiddelen, zoals bijvoorbeeld middelen voor kanker die voor een indicatie geregistreerd zijn en onder een andere indicatie worden gebruikt. Dat vindt plaats in een onderzoeksetting waarbij goede afspraken worden gemaakt met fabrikanten over de financiering. Binnen dit onderzoek wordt gewerkt aan bewijslast om geneesmiddelen uiteindelijk geregistreerd te krijgen voor nieuwe diagnoses of andere combinaties.

Mevrouw Maeijer vroeg naar het tekort aan Visudyne. Hoeveel patiënten zijn behandeld en hoeveel wachten er nog? Het EMA speelt een coördinerende rol bij het tekort aan dit middel, onder andere bij het contact met de firma en het eerlijk verdelen van voorraden. Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 700 patiënten behandeld, maar ik kan geen exact inzicht geven in het actuele cijfer van het aantal patiënten dat op dit moment wel of niet wordt behandeld.

Mevrouw Maeijer vroeg naar de inzet op tekorten en naar het minder afhankelijk worden. Zoals zojuist al even besproken zet ik op verschillende manieren in op de geneesmiddelentekorten. Ik heb uw Kamer daarover vorige week geïnformeerd.

Mevrouw Maeijer vroeg aanvullend naar de ijzeren voorraad. Ik ben bezig en ga door met de implementatie van een veiligheidsvoorraad. Ik streef er

nog steeds naar om rond 1 juli een beleidsregel geneesmiddelenvoorraad te publiceren. Ik ben op dit moment bezig de laatste inbreng van partijen te verwerken.

Dan vroeg mevrouw Maeijer naar de brief over (Ont)Regel de Zorg van Minister Helder. De meest recente brief van Minister Helder gaat over de vervolgaanpak van het programma (Ont)Regel de Zorg. Daarin zijn geen sectorspecifieke onderdelen opgenomen, maar dat betekent uiteraard niet dat we de farmaceutische zorgsector niet bewust onder de aandacht hebben gebracht en daarbij niet bewust werken aan het verminderen van de regeldruk.

Mevrouw Maeijer vroeg ook naar mesh. Wat betekent het dat de Minister zegt dat de tekortkomingen zijn opgelost? Laat ik vooropstellen dat de gevonden tekortkomingen in de technische dossiers niet hoeven te betekenen dat implantaten zelf onveilig zijn. Een tekortkoming kan bijvoorbeeld zijn dat een goede beschrijving van de operatie in de gebruikshandleiding ontbreekt of dat de onderbouwing van veiligheid en prestaties in het technische dossier onvoldoende is. Fabrikanten hadden hun dossiers al weer op orde voordat het rapport van het RIVM werd gepubliceerd, en de meeste mesh voldoen nog steeds aan de geldende Medical Device Directory-vereisten.

Mevrouw Maeijer benoemde tevens problemen bij koperspiraaltjes en borstimplantaten. Is daar een meldpunt voor? Daar is in de media inderdaad veel aandacht voor. Het Meldpunt en Expertisecentrum Bijwerkingen Implantaten heeft eerder opgeroepen om gezondheidsklachten bij bijvoorbeeld het gebruik van koperspiraaltjes actief te melden. Tot slot vroeg mevrouw Maeijer of de Minister bekend is met het onderzoek van Henry Dijkman naar gezondheidseffecten van oude en nieuwe borstimplantaten. Het antwoord is dat ik inderdaad bekend ben met deze studie. Ik heb uw Kamer daar eind vorig jaar over geïnformeerd. Destijds heb ik het RIVM gevraagd om dit artikel te beoordelen. Het RIVM concludeert in zijn reactie dat de studie geen nieuwe inzichten heeft opgeleverd en geen aanleiding heeft gegeven voor het Zorginstituut om het eerdere standpunt te herzien.

Tot slot vroeg de heer Hijink: kan de Minister meer doen om academische ontwikkeling van geneesmiddelen en de eigen productie van apothekers te stimuleren? Er is inzicht in de kosten van geneesmiddelenontwikkeling. Hier zijn onder andere rapporten over verschenen van Gupta. Ik deel binnenkort met uw Kamer een rapport over de financiering van geneesmiddelenontwikkeling. Dit geeft meer inzicht in de kosten die mogelijk bijdragen aan de verkoopprijs. Ik geef ook subsidie aan het Nationaal Farmaceutisch Kenniscentrum, dat gericht is op registratie van academisch ontwikkelde geneesmiddelen. In lijn met wat de heer Hijink aangaf – hij is er nu niet bij, maar ik vertaal het zo – naar aanleiding van mijn argumentatie is dat we gewoon echt meer moeten inzetten op het onderzoeken van de mogelijkheden om middelen langer in een Nederlands ontwikkelingstraject te houden. Desgewenst kan het ook in een Europees traject, indien er directe betrokkenheid is met onze kennisinstututen, waar veelal de basis voor de eerste ontwikkeling wordt gelegd. De heer Hijink stelde een vraag over de hulpmiddelen: één loket zou toch heel erg logisch zijn? Momenteel vindt er inderdaad onderzoek plaats of het mogelijk is om de aanvraag van hulpmiddelen in de thuissituatie eenvoudiger te maken, zoals bijvoorbeeld met één loket. De resultaten verwacht ik in september. Ik zal ze met uw Kamer delen en afhankelijk van de uitkomsten zal ik samen met betrokken partijen eventuele vervolgstappen bepalen.

De heer Hijink vroeg naar het opnemen van de mondzorg in het basispakket. Ik zal voor nu mondzorg voor volwassenen niet opnemen in het basispakket. Volwassenen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de verzorging van hun gebit en daarbij hoort dat ze regelmatig ter controle naar een mondhygiënist of een tandarts gaan. Men kan mondzorg

aanvullend verzekeren en dan geldt er bovendien geen eigen risico. Maar opname van mondzorg in het pakket biedt nog steeds geen garantie dat mensen dan wel allemaal de tandarts of de mondhygiënist bezoeken. Binnenkort heb ik nog een debat met uw Kamer over de mondzorg en ik neem aan dat dan ook de tekorten op dit terrein ten aanzien van tandartsen ter discussie zullen komen. Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik ga ervan uit dat de vragen in het debat van eergisteren met de Staatssecretaris aan u zijn doorgegeven en dat die daarmee beantwoord zijn. Dat zeg ik ook tegen de collega's, want dat kwam eergisteren in het debat namelijk aan de orde. We gaan over naar de tweede termijn en ik geef daarvoor als eerste het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank, voorzitter, en ook dank aan de Minister voor de beantwoording. Ik kan het voor nu doen met de toezeggingen rondom prep. Ik wilde een tweeminutendebat aanvragen om de Minister met een motie nog wat te bewegen, maar ik kan leven met de toezeggingen. Ik heb nog wel een vraag over de afbouwmedicatie. Ook naar aanleiding van dit debat komen daar toch weer reacties op binnen, en wel dat het allemaal niet zo vlot loopt als de Minister zou willen en als hij wellicht met enige druk zou kunnen organiseren. Mijn vraag aan de Minister is daarom of hij in de brief over de verspilling van medicatie, die eerder is toegezegd, ook over dit onderwerp een update kan geven. Ook dank voor de toezeggingen op het gebied van psychedelica en medicinale cannabis. In zo'n tweede rondje kan je altijd nog wat benoemen van het lijstje onderwerpen die je wilt benoemen. Ik begon mijn inleiding zopas met: het is voor patiënten ontzettend ingewikkeld als ze moeten wachten of in onzekerheid leven. De inspectie heeft Philips een aantal weken geleden flink op de vingers getikt als het gaat om de terugroepactie voor apneu-apparaten. Ik ben benieuwd of de Minister ons daar een update over kan geven.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Paulusma. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor alle antwoorden. Ik zie uit naar de reactie van de Minister op het actieplan van mevrouw Den Haan en mij over ontpillen. Ik zie ook uit naar de brief die we gaan krijgen over hoe de Minister het Zorginstituut de toetsing wil laten verbeteren en verbreden. De derde brief die we gaan krijgen, gaat over de toepassing van techniek. Die brief krijgen we blijkbaar morgenavond. Ik zie dat allemaal verwachtingsvol tegemoet. Ik had nog twee vragen voorzitter. De Minister gaf aan dat hij de gunningscriteria voor de tender van mondklappers aan het onderzoeken is. De Minister neemt daarbij vaak het woord «leveringszekerheid» in de mond waar we het als CDA iedere keer over «zelfvoorzienendheid» hebben. Leveringszekerheid kan nog steeds inhouden dat je een deal hebt met een Chinese producent. Ik zou de Minister daarom toch nog willen vragen: wanneer kunnen wij die gunningscriteria tegemoetzien en mag de Kamer daar ook nog wat van vinden?

Het tweede punt is een punt dat mevrouw Den Haan en ik beiden naar voren hebben gebracht, namelijk de productielocaties voor geneesmiddelen. Het is in ieder geval fijn dat het in beeld wordt gebracht. Maar de Minister gaf ook aan: apothekers kunnen ook aan bereiding doen. Maar als ik praat over volksgezondheid, dan praat ik dus ook over potentieel grote hoeveelheden. We zien bijvoorbeeld op dit moment dat antibiotica voor twee derde uit Azië komen. Dus ook hier zeg ik: ik snap goed dat we als Nederland niet alles zelf kunnen doen, want dat is godsonmogelijk. Maar ik zeg wel dat we die zelfvoorzienendheid moeten vergroten. De apothekers kunnen misschien voor zeldzame ziektes en voor andere kleine bereidingen wat doen, maar als de nood aan de man komt, hebben we volgens mij andere productielocaties nodig. Daar nog graag een reactie van de Minister op.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):

Dank u wel, voorzitter. Dank ook aan de Minister en de ondersteuning voor de beantwoording van de vragen.

Ik sluit me aan bij de vragen van mevrouw Van den Berg. Verder zie ook ik uit naar de brieven die de Minister heeft toegezegd en wil ik graag een tweeminutendebat aanvragen.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Den Haan. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Om wat te doen? Dat houdt mevrouw Den Haan nog even geheim!

Ik wil ook de Minister bedanken voor de beantwoording. Dat geldt natuurlijk ook voor de ambtenaren.

Net als mevrouw Paulusma ben ik blij met de toezegging van de Minister op prep om de inclusie uit te breiden binnen het budget. Ik denk dat dat heel belangrijk is en dat we ons niet door bureaucratistische regeltjes moeten laten leiden: in de ene regio wel ruimte en in de andere niet. Laten we gewoon naar het totaal kijken en inderdaad ook naar de manier waarop het gebruikt wordt. Ik ga er daarbij van uit dat die wachtlijst dan zo snel als mogelijk verdampt. Dus daar ben ik tevreden mee.

Ik ben minder blij met de antwoorden op mijn vragen over het Geneesmiddelenvergoedingssysteem en vitamine D. Dat zijn op het eerste zicht twee heel verschillende onderwerpen, maar wat mij betreft hebben ze allebei met betaalbaarheid te maken en het verkleinen van gezondheidsverschillen. De Minister houdt naar mijn gevoel te veel vast aan zijn tekentafel. Ik zou hem daarom echt willen vragen: Minister, probeer u nog meer in te leven in de praktijk van veel mensen, de stress die zij ervaren en het gebrek aan overzicht. Dat laatste is hoe de heer Hijink het zo mooi verwoordde, want mensen hebben vaak moeite om alle problemen aan te pakken. Daarbij hebben ze de hulp nodig van een apotheker en van een huisarts.

We horen van veel apothekers dat medicijnen vaak niet opgehaald worden als mensen een eigen bijdrage moeten betalen. Het kan dus wel degelijk helpen dat die vitamine D voor iedereen betaalbaar blijft. De Minister haalt eigenlijk de hele tijd aan: het werd eerst voor de lage dosering ook vergoed, maar nu is dat alleen voor de hoge dosering, en we zien een verschuiving. Ik zou tegen de Minister willen zeggen: ja, we zien een verschuiving, omdat artsen dan maar grijpen naar die hoge dosering. Ze zien immers dat het belangrijk is dat iedereen toegang houdt tot die gratis vitamine D. De Minister en ik zitten hier dus niet op één lijn. Ik rond af, voorzitter. Ik maak mij er bij het Geneesmiddelenvergoedingssysteem grote zorgen over dat door de wijzingen in het systeem de

onzekerheid en de risico's nu eigenlijk op het bordje komen van de chronische patiënten. Ik herhaal het nog meer een keer: wat mijn fractie betreft is dit een no-go. Ik zal bij het tweeminutendebat dan ook met een voorstel komen over hoe we dat anders kunnen doen.
Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Het was een leuk debat waarin het vooral over problemen ging, terwijl het overgrote deel van de Nederlanders die medicijnen slikken, daar gewoon heel veel baat bij hebben. Misschien is het wel goed om dat nog even te zeggen. De Minister sprak dan ook terecht over de innovatiekracht van farmaceutische bedrijven, want in samenwerking met voorschrijvers en apothekers leidt het tot verbetering van gezondheid en van kwaliteit van leven. Maar wij hebben het hier in de politiek vaak over dingen die we eigenlijk beter willen. Dat geldt onder andere voor wat de Minister «polyfarmacie» noemde. Dat is een hartstikke mooi woord. Ik ben blij dat de Minister dat oppakt en dat dat onderzoek er komt.

De Minister noemde wel een aantal interessante bevindingen, waarbij ik het jammer zou vinden als we dan bij wijze van spreken tot eind volgend jaar wachten om daarmee aan de slag te gaan. Een voorbeeld is dat 43% van de 75-plussers meer dan vijf medicijnen gebruikt, maar dat eigenlijk niet in regelmatig overleg met hun apotheker of huisarts doet. Ik zou dus eigenlijk aan de Minister willen vragen of hij bereid is om samen met die eerste lijn, dus apothekers en huisartsen, eens te kijken hoe dat al inderdaad gewoon heel concreet kan leiden tot «reviews» – dat is ook weer zo'n lelijk Engels woord – of herziening van het geneesmiddelgebruik, met name bij veelgebruikers.

Dank ook aan de Minister voor de verheldering rondom de sluis en het voorkomen van woekerprijzen. De Minister zei: sommige dingen moet je dan echt Europees aanpakken. Mijn vraag aan de Minister zou dan ook zijn of hij inderdaad bereid is om te zorgen dat hij dit onderwerp met zijn Europese collega's op de agenda zet dan wel behoudt, en tot concrete acties kan komen, zodat we kunnen voorkomen wat ik toch maar «trucjes» noem, die soms leiden tot verveelvoudiging van prijzen die in de tijd daarvoor niet nodig was.

Dank.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Tielen. Meneer Mohandis.

De heer Mohandis (PvdA):

Ja, voorzitter. Dank u wel. Ik dank de Minister voor de beantwoording. Ik ga, aanvullend op collega Ellemeet, nog even in op waar we het dan wellicht nog over oneens blijven als het gaat om de manier waarop er naar het pakket wordt gekeken rondom vitamine D. Ik denk – dat is in ieder geval mijn afdrank – dat de Minister niet begrijpt dat er een groep is en blijft, vaak ook met een wat kwetsbare maatschappelijke positie, die het straks gewoon niet kán betalen als we dit zo doen als het nu wordt voorgesteld. Er blijft een groep die na bijvoorbeeld een maagoperatie ook vanuit medische optiek de hogere dosis vitamine D krijgt voorgeschreven. Ik denk dus dat we het erover oneens blijven dat het maatschappelijke effect, juist omdat het niet helemaal te overzien is, gewoon een stukje minder bestaanszekerheid is, gezien vanuit de positie zoals we het nu hebben geregeld.

De Minister zei wel iets anders interessants op ditzelfde punt. Dat is dat – dat wil ik nog wel even bestrijden – er te makkelijk wordt gezegd: laat de

bijzondere bijstand het regelen. Het is veel te makkelijk om dat te zeggen. De VNG heeft ons ook een brief geschreven waarin ze schrijft dat ze pleisters plakt. Als oud-raadslid weet ik hoeveel druk er op die bijzondere bijstand zit. Het maar via de gemeentelijke bijzondere bijstand regelen moet niet een manier worden waarop het kabinet meerdere effecten, die juist als stapeling de portemonnee raken als het gaat om toegankelijkheid van de zorg, afwendt. Het is te makkelijk en het is te simpel. Het is ook een beetje wegelopen voor de eigen verantwoordelijkheid en de effecten van de maatregelen die we hier uiteindelijk met elkaar meemaken. Dan wil ik toch proberen om te kijken of er nog een opening zit als het gaat om de monitoring. De Minister gaf zelf aan: stel nou dat dit allemaal ingaat in 2023; zo gaat dat dan. Wie gaat die monitor uitvoeren en wordt er gekeken naar twee belangrijke punten over vitamine D uit dit debat? Dat zijn dan het kostenaspect en de therapietrouw. Eigenlijk is mijn vraag: kan de Minister een soort toezegging doen dat wij op een dusdanig tijdig moment de monitor krijgen dat de Kamer dit besluit ook kan heroverwegen in 2023, zodat het in 2024 weer anders wordt? Met andere woorden ...

De voorzitter:

Rondt u af, meneer Mohandis?

De heer Mohandis (PvdA):

Kunt u dit toezeggen? Hoe gaat het met die monitor? Op dat laatste punt overwegen wij ook een motie, net als op die andere punten rondom vitamine D. Maar er zijn al eerdere aanvragers voor het tweeminuten-debat, dus ik hou het hierbij.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Mohandis. Dan kijk ik naar de Minister, rechts van mij. Gaan we schorsen of direct door? Gaan we even schorsen, voor vijf minuten? Dan schors ik voor vijf minuten en gaan we om 14.35 uur verder.

De vergadering wordt van 14.31 uur tot 14.38 uur geschorst.

De voorzitter:

Goedemiddag. Welkom terug. We gaan verder met de vergadering. Ik geef graag het woord aan de Minister.

Minister Kuipers:

Dank, voorzitter. Dank ook voor de discussie en het debat, ook in de volle breedte. Dat waardeerde ik zeer. Dan de antwoorden op de resterende vragen.

Er was een vraag van mevrouw Paulusma ten aanzien van afbouwmedicatie. Zij vroeg of ik in de brief over verspilling ook een update over afbouwmedicatie kan geven. Het antwoord is: dat zal ik graag doen. Mevrouw Paulusma steekt haar duim al omhoog terwijl ze naar binnen loopt.

Mevrouw Paulusma had ook nog een vraag ten aanzien van Philips en apparatuur. Ik heb samen met mijn ambtenaren gisteren een uitgebreid gesprek gehad met de vertegenwoordiging van Philips, en heb ze aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Ik heb ze ook gevraagd om zo duidelijk en zo proactief mogelijk te communiceren over de hele actie, de huidige stand van zaken en wat patiënten ook gewoon kunnen verwachten. Philips heeft toegezegd dat ze dat zullen doen. Ze verwachten 90% van de apparatuur dit jaar te kunnen omruilen of repareren. De IGJ kijkt hier ook nadrukkelijk naar. Ik hecht er ook aan om te zeggen dat de metingen van het RIVM en onderzoek van Philips tot nu toe geen

aanleiding geven tot zorg over gezondheidsschade op de lange termijn, maar dat Philips hier nadrukkelijk wel een zware verantwoordelijkheid in heeft. In het gesprek gisteren gaven zij ook aan dat ze die ook zo voelen. Voorzitter. Mevrouw Van den Berg vroeg naar leveringszekerheid, zelfvoorzienendheid en criteria. Leveringszekerheid is een realistisch streven en daar werken we ook heel erg hard aan. Aan zelfvoorzienendheid in de volle breedte voor alles wat we nodig hebben, werken we wel degelijk, maar het is niet haalbaar om volledig zelfvoorzienend te zijn. We zijn ook afhankelijk van grondstoffen en daarmee ook van bepaalde productieketens in het buitenland et cetera. De criteria zijn uiteraard ook gewoon rijksbreed, met allerlei eisen die daar standaard aan gesteld worden.

Mevrouw Van den Berg had daarop aansluitend ook een vraag ten aanzien van apothekers. Die kunnen niet voldoende produceren voor grote aantallen. Dat klopt, maar ik zie apotheekbereidingen wel degelijk als een aanvulling op de productiecapaciteit van fabrikanten en zet daar dan ook wat dat betreft in brede zin op in voor leveringszekerheid van medische producten. Dat betreft natuurlijk ook, zoals al genoemd, grondstoffen, hulpstoffen et cetera. Ik hecht eraan om er ook op te wijzen dat er in ons land grote productieapotheken zijn die veel produceren, uiteraard wel voor wat dan de «eigen patiëntenpopulatie» heet, en dat er niet alleen maar de lokale apotheker is, die meestal nog heel weinig zelf produceert. Er zijn verschillende voorbeelden van, maar één zo'n productieapotheek is de A15 productieapotheek in Gorinchem, die oorspronkelijk een initiatief was van verschillende UMC's en nu produceert voor patiëntenpopulaties van meerdere ziekenhuizen in ons land. Die apotheek is echt groot en volledig gericht op productie.

Mevrouw Tielen vroeg: hoe kan medicatiebeoordeling bijdragen aan vermindering van de polyfarmacie en kunnen we inzetten op die nog bijna 50%? Ja, dat moet echt nagestreefd worden. Ik zal in overleg gaan met huisartsen en apothekers om dit te bespreken en te kijken waar verdere verbeteringen mogelijk zijn en te zorgen dat ook dit percentage, het percentage mensen dat in een jaar bij gebruik van veel medicamenten beoordeeld wordt en adviezen krijgt, verder omhooggaat, eens te meer in de oudere populatie.

Mevrouw Tielen had aanvullend een vraag over de Europese inzet op woekerprijzen. Ik werk samen met andere landen, bijvoorbeeld in Benelux-verband. Ook bij de herziening van de Europese farmaciewetgeving zet ik in op aanpassingen om dit soort ongewenste effecten zoals mevrouw Tielen aangaf, te adresseren.

Dan had de heer Mohandis vragen ten aanzien van de vitamine D en de afwenteling op de bijzondere bijstand. Ik zet juist in op een breed scala aan maatregelen. Daarbij kijken we natuurlijk ook naar eigen risico, zorgtoeslag en -premie. Ten aanzien van vitamine D: we gaan dit monitoren. Het is gewoon te vroeg om dat al in 2023 te doen voor een maatregel die dan pas begint. Ik verwacht dat ik er dan nog niets zinnigs over kan zeggen. Je hebt dus echt eerst een volledig jaar nodig en dan een analyse, dus het vroegste moment waarop ik naar verwachting iets zinvols kan zeggen over eventuele effecten is medio 2024.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is nog een restvraag van mevrouw Van den Berg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja, even voor alle duidelijkheid. De Minister was al volop bezig over geneesmiddelen, productielocaties en leveringszekerheid en toen meldde hij ergens dat de criteria rijksbreed zijn. Was dat het antwoord op de vraag over de mondmaskers? En wilde de Minister een stuk gunnen aan sociale ondernemingen?

Minister Kuipers:

Het is antwoord is: ja. Dat was daar het antwoord op.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan komen we aan het eind van dit commissiedebat. Dat is mooi op tijd. Ik heb wel nog wat mededelingen te doen. Dat zijn de gedane toezeggingen, maar als eerste meld ik dat er een tweeminuten-debat is aangevraagd, met als eerste spreker mevrouw Den Haan.

Dan zal ik de toezeggingen voorlezen.

- De Minister stuurt de Kamer nog voor het zomerreces de resultaten van het onderzoek naar regeldrukeffecten van de modernisering van het GVS, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.
- De Minister informeert de Kamer vlak na de zomer over de inhoudelijke invulling van pakketcriteria en over de vraag welke zorg op welke momenten getoetst kan worden en de vraag op welke manier uitstroom van niet-effectieve zorg kan plaatsvinden.
- Eind oktober ontvangt de Kamer de tussenevaluatie van de subsidieregeling prep, alsmede de reactie van de Minister hierop.
- De Minister stuurt zijn reactie op het actieplan van de CDA-fractie en de Fractie Den Haan met betrekking tot de verspilling van medicijnen in zijn brief over de pilots inzake hergebruik van geneesmiddelen. Hierin zal hij ook info opnemen over afbouwmedicatie. Deze toezegging is naar aanleiding van de opmerkingen van mevrouw Paulusma, mevrouw Van den Berg en mevrouw Den Haan.
- De Kamer ontvangt voor het eind van het jaar een brief over psychedelica.
- Medio volgend jaar ontvangt de Kamer de uitkomsten van het onderzoek naar polyfarmacie bij ouderen.
- Het dashboard van de sluis zal in het eerste kwartaal van 2023 worden gepubliceerd. Deze toezegging was naar aanleiding van een vraag van mevrouw Maeijer.

Dan heb ik alle toezeggingen gehad. Dan rest mij de mensen op de tribune te bedanken voor hun interesse. Ik bedank ook de mensen die thuis hebben gekeken. Ik dank de Minister en zijn ondersteuning natuurlijk hartelijk voor de beantwoording van de vragen en voor het feit dat het allemaal zo snel is gegaan. Als laatste bedank ik natuurlijk mijn onvolprezen collega's en de griffier. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 14.45 uur.