

Vergaderjaar 2014–2015

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 326

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 1 mei 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 maart 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het **geneesmiddelenbeleid**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag.)

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

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Otwin Van Dijk, Pia Dijkstra, Gerbrands, Van Gerven, Lodders, Rutte en Voortman,

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

Aanvang 14:30 uur.

De **voorzitter**: Hartelijk welkom allemaal bij dit algemeen overleg over het geneesmiddelenbeleid. Ik heet de Minister van VWS, haar ambtelijke ondersteuning en de Kamerleden zeer hartelijk welkom. Uiteraard heet ik ook de mensen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier volgen, zeer welkom. We hebben een spreektijd afgesproken van maximaal vijf minuten per fractie. Ik stel voor om twee interrupties in eerste termijn af te spreken. Dat lijkt me mooi om mee te beginnen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Begin deze maand werden veel patiënten en apothekers er ineens mee geconfronteerd dat de door de apothekers bereide geneesmiddelen niet meer vergoed werden. Het ging in totaal om 300 tot 400 zogenaamde doorgeleverde medicijnen, waarvan de zorgverzekeraars kennelijk hadden geconcludeerd dat die niet rationeel waren en niet meer in aanmerking dienden te komen voor een vergoeding uit de basisverzekering. De vraag is wat de Minister daar, terugkijkend, van vindt. Zou het niet veel beter zijn dat niet afzonderlijke verzekeraars bepalen wat wel en niet rationeel is, maar dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) dat doet, samen met de beroepsgroepen?

Volksgezondheidsbelangen moeten prevaleren boven de economische belangen van de farmaceutische industrie. In de uitzending van ZEMBLA van 18 maart werd onthuld dat de farmaceutische industrie reclame maakt voor nieuwe diabetesmiddelen die lijnrecht ingaan tegen de wetenschappelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In de nieuwe richtlijnen is namelijk opgenomen dat er geen plaats is voor de nieuwe, peperdure diabetesmiddelen, te weten de DPP-4-remmers en de GLP-1-agonisten, vanwege de ernstige mogelijke bijwerkingen als alvleesklierontstekingen, nierfalen en mogelijk zelfs alvleesklierkanker. De middelen zijn duurder, werken niet beter en hebben risico's. Is de Minister het met mij eens dat het onverantwoord is dat de farmaceutische industrie deze reclame maakt? Is zij bereid om met de industrie de keiharde afspraak te maken dat zij ophoudt de medische richtlijnen van Nederlandse artsen te ondermijnen?

Ik kom op het transparantieregister. Bij een transparantieregister verwacht je transparantie, maar de vraag is hoe transparant dit transparantieregister is. Ik kom daarop omdat uit onderzoek van de VU blijkt dat het voor patiënten ontzettend moeilijk is om de relatie tussen professionals en farmaceuten te beoordelen aan de hand van dat register. Daarbovenop is er geen verplichting om relaties te openbaren en zijn er dus ook geen sancties als dit niet gebeurt. Is dit register niet veel te vrijblijvend? Ik heb begrepen dat als iemand een bv opricht, waar veel geld naartoe gaat, niet altijd duidelijk wordt welke artsen achter zo'n bv zitten. Ik heb daar nu geen voorbeelden van paraat, maar ik leg het toch maar even voor aan de Minister. Kan de Minister daarover wat meer duidelijkheid geven? Hoe moet dit geregistreerd worden? Kan zij ook nader duiden hoe het zit met acceptabele vergoedingen voor artsen die een spreekbeurt houden? Ik weet van vroeger dat het daarbij soms om duizenden euro's ging. Dan is natuurlijk de vraag of dat bedrag in redelijke verhouding staat tot de

dienst die is geleverd. Of is er gewoon sprake van ongeoorloofd gunst-betoon?

Over het eersteuitgiftegesprek bij de apotheker is heel veel te doen geweest in de afgelopen tijd. Wij hebben onlangs in de kranten van de Persdienst kunnen lezen dat een verzekerde van CZ beroep heeft aangetekend bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Die verzekerde heeft gelijk gekregen. De kans is dus groot dat veel mensen van dit eersteuitgiftegesprek zullen afzien, of zullen zeggen: ik hoef dat niet te betalen. Dat wordt ook onderzocht. Er ligt een motie van collega Voortman om de voors en tegens te onderzoeken van het idee om wat de apotheker doet, vrij te stellen van het eigen risico. Als de Minister dit allemaal hoort, vindt zij het dan niet in het belang van de patiëntveiligheid om wat de apotheker doet, uit te sluiten van het eigen risico, net als wat de huisarts doet?

Sinds 1 januari 2012 krijgen patiënten maagzuurremmers niet meer vergoed uit de basisverzekering. Al vanaf de introductie van die maatregel zijn er vragen over de mogelijke negatieve gevolgen voor patiënten met een verhoogd risico op maagbloedingen. Uit onderzoek dat wij van de Minister hebben gekregen, blijkt dat 50.000 tot 133.000 mensen die het middel nodig hebben, ervan afzien om financiële redenen.

De voorzitter: Gaat u afronden?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is dus een onwenselijke financiële drempel, zo leg ik de Minister voor. Ook vraag ik de Minister of zij ons niet voor de gek houdt. Zij zegt namelijk op basis van onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) dat sinds de maatregel het aantal maagzweren niet is toegenomen. Als je echter kijkt naar het onderzoek, dan zie je dat weliswaar het aantal maagbloedingen is afgenomen bij de niet-risicogroep, van mensen tussen de 20 en de 60 jaar, maar dat het is toegenomen bij de groep waarom het gaat, namelijk de 70-plusgroep. Mijn concrete slotvraag is: is de Minister bereid om het onderzoek dat NIVEL en TNO hebben gedaan, te laten toetsen door het IVM (Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik) en het Zorginstituut Nederland? Ik wil zeker weten welk onderzoek deugt, want de conclusies waren helemaal in strijd met de conclusies uit het onderzoek van het IVM. Ik overweeg om op dit punt een motie in te dienen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Geneesmiddelen zijn enorm bepalend voor het dagelijks leven van heel veel mensen. Ze bepalen of je beter wordt als je ziek bent en hoe je je voelt als je een chronische aandoening hebt. Het geneesmiddelenbeleid heeft dus veel invloed op mensen. Je moet er als patiënt en verzekerde op kunnen rekenen dat je het beste geneesmiddel krijgt. We moeten helaas constateren dat er maar bar weinig transparantie is. Dat lijkt ook een beetje de rode draad te worden van dit AO. Het moet dan ook transparanter. Enkele weken geleden bleek dat zorgverzekeraars de vergoeding van 400 doorbereide middelen hebben stopgezet. Dat is ook de reden waarom dit AO naar voren is gehaald. Op zichzelf is het natuurlijk prima om kritisch te bekijken of iets werkt en of het wel in het verzekerde pakket thuishoort, maar de communicatie hierover naar patiënten is echt belabberd geweest. Mensen kregen pas heel laat te horen dat iets niet meer werd vergoed, of werden aan de balie bij de apotheek geconfronteerd met flinke eigen bijdragen. Dan schrik je je natuurlijk te pletter.

Vrijdag kregen wij een brief waarin stond dat zorgverzekeraars, patiënten en apothekers de afspraak hebben gemaakt dat veel doorbereide geneesmiddelen voorlopig nog vergoed worden. Dat is goed nieuws voor patiënten. Het biedt ruimte om nu eens echt te bekijken wat wel en wat niet vergoed moet worden. De vraag is wel: wie bepaalt dat? De PvdA vindt dat het Zorginstituut moet vaststellen of er vergoed moet worden of

niet. Het Zorginstituut en niet de individuele zorgverzekeraars moet de rationaliteit van de doorgeleverde bereidingen bepalen. De Minister antwoordt op onze Kamervragen dat middelen waarover geen overeenstemming wordt bereikt door partijen, moeten worden beoordeeld door het Zorginstituut. Maar is dat voldoende om ervoor te zorgen dat de vergoeding voor iedereen gelijk is? Als verzekerde moet je er toch op kunnen rekenen dat alle zorgverzekeraars op dit punt hetzelfde beleid voeren? Is de Minister het daarmee eens? Hoe gaat zij daarvoor zorgen? We zien dat patiënten door perifere ziekenhuizen worden doorgestuurd naar academische centra zodra er dure geneesmiddelen nodig zijn. Het is duidelijk dat wanneer dure geneesmiddelen worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget, dat budget vervolgens aangepast moet worden. De Minister heeft een werkgroep ingesteld en dat is prima, maar in de tussentijd moeten patiënten wel het geneesmiddel krijgen dat ze nodig hebben. Hoe zorgt de Minister ervoor dat die mensen dat middel ook in hun eigen ziekenhuis krijgen en dat er niet met patiënten heen-en-weer geschoven wordt tussen ziekenhuizen? Kan de Minister de garantie geven dat een geneesmiddel op medische indicatie wordt verstrekt en niet op financiële overwegingen van een ziekenhuisbestuurder? En hoe zorgen we ervoor dat er voldoende geneesmiddelen beschikbaar zijn? De Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland (CCUVN) trok begin dit jaar aan de bel over problemen rond twee medicijnen: Purinethol en Thioguanine. Het zijn moeilijk uitsprekbare namen, maar ik hoop dat de Minister begrijpt wat ik bedoel. Welke instrumenten heeft zij om de beschikbaarheid van deze medicijnen te garanderen?

De ACM (Autoriteit Consument & Markt) publiceerde onlangs een schokkend rapport met als conclusie: farmaceuten drijven prijzen op en proberen het voorschrijfgedrag van artsen te beïnvloeden. Patenten worden verlengd via evergreening en fabrikanten van generieke geneesmiddelen worden soms zelfs gewoon afgekocht door merkfabrikanten om een generiek goedkoper middel niet op de markt te brengen. Natuurlijk moeten fabrikanten een eerlijke prijs krijgen en ruimte hebben om investeringen in nieuwe geneesmiddelen terug te verdienen, maar dit soort boevengedrag kan natuurlijk echt niet. Wat gaat de Minister concreet doen met de aanbevelingen uit het ACM-rapport? Ik vind de beantwoording van de Kamervragen die ik hierover heb gesteld, niet op alle punten even scherp.

In de Tecfidera-kwestie zag je daarnaast ook dat een al werkzaam medicijn opnieuw in de markt werd gezet voor een andere aandoening, maar wel tegen een veel hogere prijs. Ook dat is natuurlijk schaamteloos. De PvdA vindt dat het octrooi op volgende indicaties moet vervallen als een eerste octrooi van een middel vervalst. Wat vindt de Minister daarvan? Hoe is dat te bereiken?

De heer **Rutte** (VVD): Volgens mij ging het in de kwestie-Tecfidera om een middel dat nog niet eerder geregistreerd was als werkzame stof en dat met de registratie van Tecfidera voor het eerst geregistreerd werd. Over de prijs zijn we het hartstikke eens – die was veel te hoog – maar in het algemeen is er toch helemaal niets mis met het registreren en beschikbaar krijgen in een goed gereguleerde vorm van een middel dat in het verleden alleen maar via een apothekersbereiding beschikbaar was, als dat tegen een acceptabele prijs kan? Dat zou de heer Van Dijk moeten omarmen. Ik ben in ieder geval al door meerdere patiëntenverenigingen gebeld die vooral die ontwikkeling niet zouden willen tegenhouden.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Wat we volgens mij niet willen – dat delen de heer Rutte en ik – is dat een reeds werkzaam medicijn voor de ene aandoening, voor een andere indicatie tegen een veel hoger bedrag in de markt wordt gezet. Dat kunnen we toch niet accepteren? Ik neem aan dat de heer Rutte dat met mij eens is.

De heer **Rutte** (VVD): Voor zover die prijs inderdaad de hoeveelheid extra onderzoek niet kan dragen die je nog zou moeten doen om het middel geregistreerd te kunnen krijgen, zijn we het daarover eens. We moeten echter ook niet doorslaan en zeggen dat het slecht is dat bestaande middelen worden geherregistreerd, want dat kan een behandelperspectief bieden aan vele patiënten. Die kunnen dan volgens een goede verstrekingswijze volgens GCP (Good Clinical Practice) gemaakte geneesmiddelen ter beschikking krijgen. Is de heer Van Dijk dat met mij eens?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Zeker. Natuurlijk mag een medicijn dat ook blijkt te werken voor andere indicaties, getest en geregistreerd worden. Maar als dat een bijna bizarre prijsstelling te boven gaat, moeten we dat gewoon niet willen. Dat zijn we dan ook weer met elkaar eens. Mijn vraag aan de Minister is dan ook wat daartegen gedaan kan worden. Tot slot kom ik op het GVS (Geneesmiddelenvergoedingssysteem). We hebben een proefberekening van het GVS ontvangen van de Minister. Die proefberekening laat soms onrealistische uitslagen zien, maar we kunnen haar wel gebruiken om te bekijken op welke manier er doelmatig kan worden voorgeschreven en er druk komt op de farmaceutische industrie om de prijzen te verlagen zonder dat de negatieve gevolgen daarvan bij de patiënt terechtkomen. Want dat kan, is onze inschatting. De Minister komt nog met een reactie en dan zullen wij dieper op de GVS-berekening ingaan. Wij vragen de Minister wel om in haar reactie op die proefberekening nog een aantal technische en politieke punten mee te nemen. Ik heb die op een apart blaadje staan en zou ze kunnen voorlezen en kunnen inleveren bij de griffier, maar misschien hebben mijn collega's ook vragen. Ik stel dus voor dat we via de griffier een rondje maken voor de vragen die we nog zouden kunnen meenemen. Anders ga ik ver over mijn tijd heen en kijkt u mij streng aan, voorzitter.

De **voorzitter**: De Minister zegt: een nieuwe manier van werken! Dat klopt. Er is nog een interruptie van de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag betreft de constatering dat 50.000 tot 133.000 mensen om financiële redenen afzien van het gebruik van maagzuurremmers, terwijl het wel wenselijk is dat zij die gebruiken. Wat roept deze constatering bij de heer Van Dijk op aan eventueel te nemen maatregelen? Hoe beoordeelt hij dit?

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): De heer Van Gerven weet dat ook de PvdA in het verleden niet erg enthousiast was over het schrappen van maagzuurremmers uit het pakket. Dat is ook zo. Ik heb echter ook het rapport van de Minister gelezen waaruit blijkt dat de effecten daarvan wel meevallen. Volgens mij heeft de heer Van Gerven de Minister ook gevraagd hoe zijn onderzoek en het andere onderzoek zich tot elkaar verhouden. Het lijkt mij goed dat we de Minister in de gelegenheid stellen om daarop een reactie te geven.

De heer **Van Gerven** (SP): De Minister zal uiteraard antwoorden, maar het gaat om het principiële punt dat een patiënt die een bepaald medicijn nodig heeft, dat op medische gronden is voorgeschreven door een arts ter preventie van maagzweer of maagbloedingen, om financiële redenen afziet van het gebruik van dat geneesmiddel. Er is dus een financiële drempel voor zinnig gebruik van medicijnen. Dan is de vraag toch waarom de heer Van Dijk nu een terugtrekkende beweging maakt, terwijl zijn collega Bouwmeester heeft gezegd: als er sprake is van financiële drempels in dit dossier, behoren die weggenomen te worden.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Maar daar hebben we geen verschil van mening over. Natuurlijk moeten mensen de geneesmiddelen krijgen die ze

nodig hebben. Als er dus meerdere onderwerpen zijn die met betaalbaarheid te maken hebben, moeten daar oplossingen voor gevonden worden. En op het curatieve vlak spelen er veel meer onderwerpen. Wat dat betreft is er geen verschil van mening.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Zoals eerder gepland, spreken wij hier over het geneesmiddelenbeleid. De reden daarvoor is de stopzetting per 1 maart van de vergoeding van enkele honderden medicijnen. In de mondelinge vragenronde van vorige week vroeg de PVV-fractie al aan de Minister om dit eenzijdige besluit van de zorgverzekeraars terug te draaien. Dat is jammer genoeg niet gebeurd. Wel is het besluit voor een deel van deze speciaal bereide medicijnen opgeschort tot 31 mei. Er blijft echter veel onduidelijkheid bestaan. Er circuleren nu lijsten van medicijnen die tot 31 mei wel vergoed gaan worden en lijsten met medicijnen die echt niet meer vergoed gaan worden. Voor deze maand staat de aanspraakstatus voor alle middelen echter op «nee». Geen vergoeding dus. Maar hiervoor geldt dan weer de toezegging van de zorgverzekeraars dat ze toch zullen vergoeden, maar de patiënten het maar even moeten voorschieten. Volgt iemand het nog? Bij meervoudig gebruik kan dat voorschieten trouwens aardig oplopen, maar daar staat verder niemand bij stil. En wat gebeurt er na 31 mei? Die vraag kan ook al niemand beantwoorden. Ik vind het een blamage voor alle partijen, maar het allerergst is toch wel dat het beleid van de Minister dit soort taferelen mogelijk maakt. Dit beleid geeft zorgverzekeraars de vrije hand in hun jacht op geld. Welke duidelijkheid kan de Minister bieden voor na 31 mei aan de patiënten die nu net dit maatwerk van zelfbereide geneesmiddelen nodig hebben? En welke rol kan het Zorginstituut innemen, nu en in de toekomst? Uit de laatste cijfers blijkt dat de Minister opnieuw een meevaller op de begroting heeft qua uitgaven voor de farmaceutische zorg. Waarom wordt die niet ingezet om bij het Zorginstituut de beoordelingen te versnellen?

Het beleid zorgt ondertussen voor meer problemen. Zo krijgen bepaalde patiënten hun medicijnen niet meer van het ziekenhuis, omdat er bezuinigd moet worden. Bij de overheveling is geen rekening gehouden met de toename van dit soort patiënten. Hoewel de Minister diverse malen nadrukkelijk heeft uitgesproken dat patiënten er geen hinder van mogen ondervinden, is er nu toch sprake van een nijpend probleem. Afgezien van het feit dat de farmaceutische industrie haar prijzen moet verlagen en moet stoppen met allerlei trucs om de patenten te verlengen, is het wat de PVV-fractie betreft zonneklaar wat er moet gebeuren. Patiënten hebben recht op deze medicijnen. Ze betalen er genoeg premie en eigen risico voor. Wat de ziekenhuizen tekortkomen, ligt op de plank bij de zorgverzekeraars. Het is dus een kwestie van een betere verdeling van het zorggeld. Het lijkt mij logisch dat de zorgverzekeraars de geneesmiddelen op basis van nacalculatie gaan vergoeden aan de ziekenhuizen. De Minister maakt zich er echter van af met het instellen van een werkgroep, die rond de zomer met de uitkomsten van een onderzoek zal komen. Patiënten moeten daar dus maar even op wachten en maar even een paar maanden geen medicijnen slikken. Dat is toch geen goed beleid voeren? De PVV-fractie neemt hier dan ook geen genoegen mee en wil graag een adequate oplossing horen van de Minister voor de problemen rondom de dure geneesmiddelen. Die oplossing bestaat niet uit papierwerk, zoals de speciale machtiging na aanvraag, of het verwijzen naar een klachtenloket. Dat zijn geen oplossingen; dat is falend beleid maskeren.

Waar een klachtenloket toe kan leiden, blijkt uit de uitspraak van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Een patiënt heeft gelijk gekregen in zijn weigering om de apothekersbijdrage te betalen, de € 6 voor het eerste uitgiftegesprek. In plaats van deze beleidsregel eens te heroverwegen, roept de Minister de zorgverzekeraars en apothekers op

om te bepalen hoe er met dergelijke patiënten en klachten omgegaan dient te worden. Dat lijkt mij de omgekeerde wereld. Het beleid richt zich niet op de oorzaken van de problemen maar op het wegwerken van de klachten. Hoeveel meldpunten en klachtenloketten hebben we er de afgelopen jaren eigenlijk bij gekregen? Straks hebben we niet meer het beste zorgsysteem maar het beste klachtensysteem ter wereld, en dat kan wat de PVV betreft toch niet de bedoeling zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Gedurende de wedstrijd de spelregels veranderen, is niet wenselijk. Daarom was het CDA ook verbaasd dat zorgverzekeraars bepaalde bereidingen van geneesmiddelen die verzekerde zorg zijn, uit het pakket halen. Die handelwijze verdient niet de schoonheidsprijs. Gelukkig is er nu een tijdelijke oplossing in overleg met de patiëntenverenigingen en de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie), maar ik heb nog een tweetal vragen aan de Minister.

Ten eerste. Mag een zorgverzekeraar in maart bepaalde zorg niet meer vergoeden, die hij in januari en februari nog wel heeft vergoed? Er is natuurlijk gerechtvaardigd vertrouwen en een verzekeringsovereenkomst. Patiënten mogen ergens van uitgaan.

Het tweede punt dat ik wil voorleggen, is dat de zorgverzekeraars in deze situatie eigenlijk onafhankelijk van elkaar kunnen bepalen hoe het basispakket wordt uitgelegd. Het CDA vindt dat op het gebied van bereide geneesmiddelen niet wenselijk. Zorgverzekeraars, zorgverleners en de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) doen nu een beroep op de Minister van VWS om die onduidelijkheid weg te nemen. Zij doen de suggestie om het Zorginstituut Nederland het voortaan te laten bepalen. Die suggestie heb ik ook gehoord van de SP, de PvdA en de PVV. Ik vind dat een heel goed voorstel. Wat vindt de Minister ervan?

De heer **Rutte** (VVD): Ik vermoed dat mevrouw Bruins Slot dit puntje heeft afgerond, want ik hoorde een punt. Ik wil even terug naar het begin van het betoog van mevrouw Bruins Slot. Daarin zei ze in een kort zinnetje dat het hier gaat om «middelen die verzekerde zorg zijn». Maar is dat hier niet juist de vraag? Is dit wel verzekerde zorg? Als het namelijk geen verzekerde zorg is, hoort er ook geen vergoeding te zijn. Is mevrouw Bruins Slot het daarmee eens?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is de basis van ons zorgverzekeringsstelsel.

De heer **Rutte** (VVD): Dan vraag ik mij af waarop mevrouw Bruins Slot baseert dat 400 middelen die verzekerde zorg zijn, in één keer niet meer werden vergoed. Het ging om 400 middelen waarvan in ieder geval de verzekeraars zeiden: het is geen verzekerde zorg, dus vergoeden wij niet. Over de communicatie kunnen wij het eens zijn, maar het is dan toch ook geen verzekerde zorg?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Uit het proces dat men nu met elkaar heeft opgesteld, blijkt dat er wel degelijk middelen en bereidingen tussen zitten die onder de verzekerde zorg vallen, omdat sprake is van medische noodzaak en omdat patiënten bepaald maatwerk nodig hebben. Daardoor kun je tot de conclusie komen dat dit niet de schoonheidsprijs verdient en het verstandig is om het proces aan te gaan met de patiëntenverenigingen en de apothekers. Daarmee bundel je de krachten. Het mooiste zou zijn om het Zorginstituut Nederland dat te laten doen. Dan zou elke zorgverzekeraar dezelfde lijn trekken, namelijk die van wat in het basispakket zit. Ik vervolg mijn betoog. Wat het CDA echt zorgen baart en waar de PvdA-collega ook over sprak, is de situatie van patiënten met crohn en colitis. Zij hebben sinds enkele maanden heel veel problemen met het

verkrijgen van hun medicijnen. De Minister heeft ons daarover een brief geschreven, waarin staat dat de groothandel aangeeft dat er een productieprobleem is met Purinethol. De fabrikant die Purinethol maakt, zegt echter: nee, er zijn helemaal geen productieproblemen; er zijn meer dan genoeg geneesmiddelen. Óf de groothandelaar, óf de fabrikant spreekt op dit moment een onwaarheid. De Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland denkt weer dat de groothandel, omdat de prijzen voor dat geneesmiddel in de omliggende landen zo hoog zijn, misschien wel aan buitenlandse partijen verkoopt. De Minister schrijft in de brief ook dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben, maar de zorgverzekeraars wijzen terug naar de apotheker. Die moet maar ergens gaan zoeken waar die Purinethol is. Het gevolg is dat er nu een groep van patiënten met crohn en colitis op Facebook met elkaar communiceert: ik heb nog een potje staan; ik heb ook nog een potje staan, zullen we dan maar wisselen? Dát kan niet de bedoeling zijn en het kan gevaarlijk zijn. Wil de Minister de inspectie ten eerste vragen om dit nader te onderzoeken? Hoe kan het dat groothandelaar en fabrikant andere dingen vinden en mensen ondertussen gedwongen zijn om op Facebook uit te wisselen wie er nog medicijnen heeft? Wil zij ook het touwtrekken tussen de zorgverzekeraar en de apotheker onderzoeken? Ten tweede doe ik het beroep op de Minister om te bezien wat zij verder nog kan doen om ervoor te zorgen dat de patiënten deze geneesmiddelen krijgen.

Er is nog een ander probleem, met het geneesmiddel Thioguanine. Ik hoop van harte dat ik het goed uitspreek. Het is naar ziekenhuizen overgeheveld als een oncologiemiddel, terwijl het voornamelijk off-label tegen crohn en colitis gebruikt wordt. Ook hierbij gaat de patiënt weer van het kastje naar de muur. De apotheek wil het niet leveren en de zorgverzekeraar wil het niet vergoeden. Als nu blijkt dat zo'n overheveling niet werkt, is de Minister dan in bepaalde situaties bereid om dingen weer terug te hevelen? Ik heb begrepen dat de Minister inmiddels een brief heeft gehad van de desbetreffende vereniging, ondersteund door maag-, darm- en leverartsen, waarin meer dan 100 voorbeelden staan van mensen die van het kastje naar de muur zijn gestuurd.

Kortom, na drie maanden is er voor deze patiënten nog steeds geen duidelijkheid. Het zijn houtje-touwtjeoplossingen. Er is een groep van patiënten die met een stapeling van problemen zit. Iedereen wijst naar elkaar en niemand kan een vuist maken om dit op te lossen. We zien dat vaker met geneesmiddelentekorten. Het blijft zoeken naar oplossingen. In het kader van het zoeken naar die oplossingen, vraag ik de Minister welke mogelijkheden er zijn om de industrie te dwingen om tijdig melding te maken van mogelijke tekorten of het uitfaseren om economische redenen. Ik hoor uit het veld heel vaak terug dat men verrast en overrompeld is door het feit dat een medicijn er plotseling niet is of er een productietekort is. Ik vind het wat lastiger om te wegen, maar het schijnt dat er wordt gewerkt met horizonscans van farmaceutische bedrijven, die ook inzicht zouden geven in dat soort ontwikkelingen. Zou er niet een onafhankelijk punt kunnen komen bij VWS of bij het Kwaliteitsinstituut waar ziekenhuizen en zorgverzekeraars inzicht kunnen krijgen? Voorzitter, ik stop. Ik stop bijna.

De heer **Rutte** (VVD): De cliffhanger van vandaag!

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De cliffhanger, inderdaad. De heer Rutte zal blij zijn met deze cliffhanger.

Gisteren was het Wereld Stop Tuberculose Dag. Wij hebben als commissie een prachtige petitie gekregen, waarin staat dat tuberculose ook in grote delen van Europa een toenemend probleem is. Wil de Minister hieraan tijdens het voorzitterschap van de EU meer aandacht besteden?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Het is al gezegd: de aanleiding om dit algemeen overleg te vervroegen, zijn de 400 medicijnen waarvoor patiënten van de ene op de andere dag moesten betalen, terwijl ze eerder nog vergoed werden. Dat leidde tot veel vragen en onduidelijkheid. We zijn het er, denk ik, allemaal over eens dat de communicatie hierover helemaal niet goed verlopen is, maar ik vraag mij ook af wat wij hiervan leren en hoe wij zo'n proces beter kunnen vormgeven. Daarom heb ik een paar vragen aan de Minister. Hoever van tevoren vindt zij dat dergelijke maatregelen moeten worden aangekondigd? Ik sluit me aan bij de opmerking van mevrouw Bruins Slot daarover. Aan wie kan volgens de Minister het oordeel worden gelaten over de vraag welke bereidingen wel en welke niet vergoed hoeven te worden? Hoe voorkomen we dat dit leidt tot een situatie waarin de ene zorgverzekeraar wel vergoedt en de andere niet? Kan de Minister ook de rol uiteenzetten die het Zorginstituut hierin speelt? Moet deze rol niet vergroot worden?

Ik ga nu in op de maagzuurremmers. De Minister schetst aan de hand van het onderzoek van het NIVEL en TNS NIPO een positief beeld. Het gebruik van maagzuurremmers is toegenomen en het aantal maagbloedingen afgenomen, hoewel de pillen uit het basispakket zijn gehaald. Kan de Minister toelichten hoe dit zich verhoudt tot een eerder onderzoek hierover van het IVM, met andere uitkomsten? De Minister concludeert ook dat de groep patiënten met lage inkomens de pillen niet meeneemt bij de apotheek. Een oplossing daarvoor komt echter niet aan bod. Graag zou ik van de Minister willen horen hoe zij daartegen aankijkt. Hoe moeten we dit oplossen?

Door voorgaande sprekers zijn al de medicijnen voor crohn en colitis ulcerosa genoemd. Ik wil het hebben over een ander medicijn, dat als een enorme doorbraak gezien kan worden. Het is ook een casus van de dilemma's die dure medicijnen met zich meebrengen. Sovaldi kan patiënten met hepatitis C waarschijnlijk volledig genezen, maar de kosten van het medicijn, dat ook wel de «a thousand dollar a day pill» wordt genoemd, drukken enorm op de gezondheidszorg. Artsen en deskundigen spreken over exorbitant hoge prijzen. De producent rechtvaardigt de kosten door te wijzen op de grote meerwaarde voor zowel de patiënt als de maatschappij, maar door de hoge prijs blijft die meerwaarde beperkt tot een heel kleine groep patiënten, die al doodziek is. Graag wil ik van de Minister weten hoe zij haar eigen onderhandelingspositie ziet ten opzichte van de farmaceutische industrie en welke mogelijkheden er bijvoorbeeld zijn om via publiek-private samenwerking medicijnen betaalbaar te houden, zoals werd voorgesteld in een artikel in de NRC door een aantal mensen uit de zorg en zorgeconomen maar ook door anderen.

Ik heb grote zorgen over de overheveling van geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget. Die medicijnen mogen niet meer in de periferie worden uitgegeven, maar alleen in academische ziekenhuizen, zonder dat het budget hierop wordt aangepast. Hierdoor moeten deze academische ziekenhuizen patiënten weigeren. Nieuwe middelen die halverwege het jaar beschikbaar komen, kunnen moeilijk worden ingepast. Het KWF voorspelt dat de toegankelijkheid van geneesmiddelen de komende tijd verder onder druk komt te staan vanwege de groeiende groep patiënten, de nieuwe geneesmiddelen die eraan komen en het feit dat het budget voor deze geneesmiddelen niet meegroeit. De Minister heeft aangegeven dat zij hierover in overleg is. De uitkomsten komen voor de zomer, maar het probleem doet zich op dit moment voor, zoals we afgelopen weekend via de media weer hebben meegekregen. Patiënten moeten de beste beschikbare medicijnen krijgen en er mag geen willekeur ontstaan. Daarom vraag ik de Minister wat zij hier op dit moment aan gaat doen. Wat de tuberculose betreft, sluit ik mij korthedshalve aan bij wat mevrouw Bruins Slot daarover zei, want ik zie dat ik nog heel weinig tijd maar nog wel de nodige tekst heb.

Het terugdringen van het antibioticagebruik vindt de Minister een van haar speerpunten. Zij gaat daarover in overleg met de zorgpartijen. Wil zij daarbij meenemen dat is gebleken dat kinderen met koorts door griep of een virusinfectie te vaak antibiotica voorgeschreven krijgen door de huisarts?

Tot slot ga ik in op de zelfzorggeneesmiddelen. Dat kunnen ook homeopathische middelen zijn. Bijna 70% van de Nederlanders gebruikt die middelen weleens. Mensen kiezen het middel zelf en betalen het zelf. Zij kunnen zelf de afweging maken of het voor hen werkt. Ik zou graag zien dat weer op de verpakking komt te staan waarvoor het middel is bedoeld. Ook consumenten vinden een aanduiding op de verpakking cruciaal en hebben bovendien helemaal geen probleem met een eventuele vermelding van het feit dat er geen wetenschappelijk bewijs is. Europese wetgeving staat dit niet in de weg, zoals blijkt in de ons omringende landen België, Duitsland en Frankrijk. Ik vraag de Minister of zij haar standpunt wil herzien.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Als een duveltje uit een doosje werd onlangs bekendgemaakt dat de verzekeraars gezamenlijk hebben besloten om ongeveer 400 door apothekers bereide medicijnen per 1 maart niet meer te vergoeden. Het handelen van zorgverzekeraars leidt wel vaker tot vragen, maar ik had dit staaltje powerplay toch niet op deze manier verwacht. De beslissing lijkt immers eenzijdig genomen te zijn, zonder goed overleg met apothekers en patiëntenverenigingen. Het gaat niet alleen om zogenaamde huismiddeltjes, maar voor een aanzienlijk deel ook om medicijnen waarvan mensen met een ernstige aandoening afhankelijk zijn en waarvan het gebruik dus niet zomaar gestopt kan worden. De Minister heeft zelf aangegeven dat de groei van het aantal verstrekkingen juist te verklaren is door een betere registratie van de producten en doordat minder apotheekhoudenden zelf geneesmiddelen bereiden. Als daar de groei in zit, verbaast het optreden van de zorgverzekeraars mij nog meer: waarom zo snel en waarom zonder overleg?

Het is goed dat er alsnog een overleg tussen zorgverzekeraars, apothekers en patiënten op gang is gekomen, maar dat had vooraf moeten plaatsvinden. Het is goed dat de vergoeding van een deel van deze medicijnen tijdelijk toch is voortgezet, maar de onzekerheid blijft bestaan. Ik kan mij voorstellen dat dit het gevoel van willekeur oproept, want wie bepaalt of de vergoeding wordt gehandhaafd en voor hoelang?

De Minister heeft aangegeven dat zij van mening is dat het proces niet goed is verlopen. Ik hoor graag van haar of zij maatregelen wil nemen om te voorkomen dat mensen gedurende het verzekeringsjaar met dit soort beslissingen geconfronteerd kunnen worden en of daar op z'n minst niet een deugdelijke termijn voor moet gelden. Ik hoor ook graag van de Minister of met de tijdelijke afspraken van verzekeraars en apothekers geen mensen zonder noodzakelijke medicijnen komen te zitten. De Minister stelt dat het Zorginstituut niet de hele lijst gaat beoordelen, maar alleen de middelen waarover na het overleg nog verschil van mening blijft bestaan. Mensen voor wie de verstrekking stopt en die zich niet kunnen vinden in het oordeel, moeten dan maar aankloppen bij de geschillencommissie. Ik hoop dat dit zo veel mogelijk voorkomen zal worden, want dit betekent weer dat mensen zelf hun recht moeten halen. Ik verwacht van de zorgverzekeraars wel coulance met de mensen die deze medicijnen echt nodig hebben. Ik hoor graag van de Minister of zij het daarmee eens is.

Naar aanleiding van mijn motie over de apothekerszorg die onder het eigen risico valt, heeft de Minister laten weten dat zij voor de zomer het onderzoek naar de voor- en nadelen van het uit het eigen risico halen van de zorg door apothekers kan afronden. Onlangs deed de geschillencommissie uitspraak over het al dan niet moeten betalen van de eigen

bijdrage door een CZ-verzekerde. Ik vrees dat dit een voorbode kan zijn voor meer zaken, want de Minister wil dat verzekeraars en apothekers patiënten beter voorlichten over de bijdrage van € 6 die zij moeten betalen. Ik vraag mij echt af of dat de oplossing zal zijn of dat dit juist vaker zal leiden tot het afzien van zorg. Ik hoop dan ook dat het onderzoek dat de Minister gaat doen, echt voor de zomer naar de Kamer kan komen. Ik hoor graag van de Minister of zij de uitspraak van de geschillencommissie daarin meeneemt.

Met betrekking tot het afzien van het nemen van medicijnen wil ik kort stilstaan bij de brief en het onderzoek van de Minister over maagzuurremmers naar aanleiding van de motie van de heer Kuzu en mij. Ik vind dat de Minister wel heel makkelijk voorbijgaat aan het feit dat mensen die deze medicijnen door hun arts voorgeschreven hebben gekregen, de medicijnen toch niet ophalen. Volgens de Minister is dat niet zo erg, want die mensen vinden die medicijnen kennelijk zelf niet zo nodig. Ik vind dat de Minister er te makkelijk aan voorbijgaat dat het hierbij gaat om voorgeschreven medicijnen en een advies van de arts. De Minister zegt wat mijn fractie betreft te makkelijk dat mensen best van medicatie mogen afzien als zij die zelf niet zo nodig vinden. Dat is niet te rijmen met haar inzet op therapietrouw en ook niet met het feit dat het hierbij om mensen gaat die afzien van deze medicijnen vanwege de kosten die zij daarvoor moeten betalen.

Tot slot wil ik het hebben over de kosten van nieuwe medicijnen. De afgelopen dagen is in de pers veel aandacht besteed aan de zorgen over de bereikbaarheid en de betaalbaarheid van bepaalde geneesmiddelen. De beschikbaarheid van nieuwe behandelingen staat onder druk door de hoge prijs van nieuwe geneesmiddelen, maar uit onderzoek is ook duidelijk geworden dat meer dan 80% van de nieuwe medicijnen weinig toevoegt aan de behandelingen die er al zijn. Daarom moeten in de bekostiging de medicijnen die echt meerwaarde hebben, voorrang krijgen. Daarom is het goed dat de Minister samen met het KWF de Werkgroep dure geneesmiddelen is gestart en met de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) gaat bekijken of en hoe de beschikbaarheid en de betaalbaarheid gegarandeerd kunnen blijven. Ik hoop dat de door de Minister toegezegde brieven echt voor de zomer naar de Kamer komen, want de onzekerheid over de beschikbaarheid van deze medicatie mag niet te lang duren.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Geneesmiddelen vormen een essentieel onderdeel van onze gezondheidszorg. Voor een welvarend land is het essentieel om een goede balans te vinden tussen de beschikbaarheid van geneesmiddelen, met name van nieuwe geneesmiddelen, en de prijs van die middelen. Nieuwe, dure geneesmiddelen roepen allerlei dilemma's op. Enerzijds bieden zij perspectief voor mensen die zonder die middelen zouden overlijden of een heel naar leven zouden hebben, anderzijds kunnen ze de collectieve zorgkosten ernstig onder druk zetten. Ik geef als voorbeeld het middel Soliris, eculizumab. Dat middel kost ongeveer € 300.000 per patiënt per jaar, maar maakt wel het verschil tussen leven en dood en redt het leven van 25 mensen die lijden aan de zeldzame maar levensbedreigende bloedziekte PNH. Dat is slechts één voorbeeld. Gelukkig wordt in Nederland niet dogmatisch omgegaan met dit soort dure middelen. In overleg tussen het Zorginstituut, artsen, farmaceuten en overheid worden passende arrangementen gezocht en vaak gevonden, bijvoorbeeld in de vorm van pay by performance, voorlopige toelating, prijsarrangementen en noem maar op. Dit draagt bij aan het vinden van een betaalbare en gepaste toegang van middelen tot de Nederlandse markt. Hoewel het ongetwijfeld veel beter en anders kan, moeten we deze permanente zoektocht naar maatwerk blijven volhouden en blijven koesteren. Als we dat niet doen, dreigen immers allerhande behandelingen buiten de boot te vallen. Ik geef hetzelfde middel, Soliris, weer als voorbeeld. In Engeland is dat door de beoordelingsinstantie NICE

(National Institute for Health and Clinical Excellence) toegelaten tot het verzekerde pakket. Hoera, zou je zeggen, maar daarvoor gingen vervolgens 25 andere middelen uit het pakket, waaronder middelen ter behandeling van darmkanker en borstkanker. Daarmee werden duizenden patiënten gedupeerd. Dat lijkt mij geen wenkend perspectief voor Nederland.

Ik wil in dit overleg specifiek aandacht vragen voor het belang van het klinisch geneesmiddelenonderzoek in ons land. Dat onderzoek is in Nederland sinds het jaar 2000 met de helft afgenomen. Dat «verdwenen» onderzoek is nooit echt verdwenen; het vindt inmiddels in het buitenland plaats. Dat is slecht voor de Nederlandse patiënt, die van behandelopties verstoken blijft. Het is ook slecht voor de Nederlandse wetenschap en de ervaringen van Nederlandse artsen met nieuwe middelen en voor de Nederlandse economie, en dat terwijl Nederland eigenlijk heel goed is in dat onderzoek. Alle kennis en alle goede zorg zijn aanwezig. Wij zouden bijvoorbeeld heel goed extra geneesmiddelenonderzoek bij vrouwen kunnen doen. Die groep wordt nu vaak onvoldoende meegenomen in klinische onderzoeken. Het is goed dat we inmiddels aan de vooravond staan van de implementatie van een Europese richtlijn die ervoor zorgt dat het speelveld voor klinisch geneesmiddelenonderzoek in heel Europa gelijk wordt, maar er is meer nodig om van Nederland weer een koploper in dit soort geneesmiddelenonderzoek te maken. Een van de belemmeringen in ons land is dat de toestroom van patiënten naar studies vaak te moeizaam gaat. Het is van belang dat patiënten laagdrempelig kennis kunnen nemen van het beschikbare aanbod van klinische studies. Ik roep de Minister er daarom toe op om zich in te spannen voor een openbaar platform of een site waarop alle informatie over alle lopende klinische geneesmiddelenstudies overzichtelijk te vinden is voor patiënten die daarvan kennis zouden willen nemen. Die site zou bijvoorbeeld vorm kunnen worden gegeven in samenwerking tussen patiëntenverenigingen, medische beroepsverenigingen en de farmaceutische industrie. Zo kan een eind worden gemaakt aan de informatieachterstand van patiënten, die – als zij dat willen – sneller op het spoor komen van passende klinische studies.

Mevrouw Dijkstra ging al in op het gisteren door RTL Nieuws gebrachte nieuws dat huisartsen vaak ten onrechte antibiotica aan kinderen geven. Zij gaf daarbij aan dat antibioticaresistentie echt een heel groot probleem is. Dat nieuws van gisteren was eigenlijk stuitend. De vraag is hoe we hier iets aan kunnen doen. Wie kan optreden tegen de huisartsen die dit voorschrijfgedrag vertonen en hoe kunnen we dit stoppen? Heeft de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) hierin een rol? Of kunnen de zorgverzekeraars ingrijpen?

In het kader van de antibioticaresistentie had ik iets moois willen zeggen over een tbc-conferentie, maar daarvoor kan ik mij gemakshalve aansluiten bij de woorden van mevrouw Bruins Slot.

Tot slot ga ik in op een punt dat ik al eerder heb gemaakt: de toegankelijkheid van vaccins die geen onderdeel uitmaken van het rijksvaccinatieprogramma, voor Nederlanders die gebruik zouden willen maken van zo'n vaccin. Het punt is twee jaar geleden gemaakt en de Minister is ermee aan de gang gegaan. De informatievoorziening over deze vaccins lijkt op orde, maar nog steeds is er geen goede toegang tot deze middelen; het gaat daarbij niet om patiënten, want het zijn vaak gezonde mensen die zich laten vaccineren. Er is nog een beoordelingskamer nodig. Het gaat allemaal buitengewoon langzaam. Hoezeer ik ook begrijp dat gras niet sneller gaat groeien als je eraan trekt, toch zou ik de Minister willen vragen of zij nog iets kan ondernemen om dit proces te versnellen, zodat het misschien kan worden afgerond per 1 juli van dit jaar.

De heer **Van Gerven** (SP): We kennen de VVD en de heer Rutte in het bijzonder als een believer in het zorgstelsel en de zorgverzekeraars. Ik zou

graag willen weten wat zijn oordeel is over het gedrag van de zorgverzekeraars met betrekking tot de 300 à 400 bereide geneesmiddelen. Hebben de zorgverzekeraars daarbij het belang van de patiënt centraal gesteld?

De heer **Rutte** (VVD): Ik vind dat verzekeraars de taak hebben om middelen die geen onderdeel uitmaken van het verzekerde pakket, niet te vergoeden. Misschien zijn zij dus juist nalatig geweest door deze middelen wel te vergoeden terwijl die eigenlijk geen onderdeel uitmaakten van het verzekerde pakket. De verzekeraars zijn absoluut tekortgeschoten in de communicatie over hun maatregel. Die communicatie had veel beter gemoeten. Dit had in samenspraak met alle andere belanghebbenden moeten gebeuren, zodat er ook, waar mogelijk, naar alternatieven gezocht had kunnen worden. Die communicatie was niet goed. Ik ben blij dat die tijd nu alsnog genomen wordt. De verzekeraars hebben op dit punt gewoon een forse fout gemaakt.

De heer **Van Gerven** (SP): We kunnen dus constateren dat er fouten zijn gemaakt en dat het front heel snel niet meer gesloten was, omdat een aantal verzekeraars snel wel tot vergoeding is overgegaan. De principiële vraag is echter wie er over het basispakket gaat. Het kan toch niet zo zijn dat de zorgverzekeraars daarover gaan? Het is toch principieel zo dat het basispakket vastgesteld behoort te worden door het Zorginstituut en door de Tweede Kamer, het parlement, en niet door de zorgverzekeraars? Hoe kan het dan dat dit toch is gebeurd? Kennelijk is de perceptie nu, enkele weken later, dat een aantal van die middelen toch in het basispakket thuishoren.

De heer **Rutte** (VVD): De heer Van Gerven heeft er groot gelijk in dat de politiek en daarnaast het Zorginstituut gaan over hoe het pakket eruitziet. Het is wel aan de verzekeraars om daar in detail uitvoering aan te geven en om uiteindelijk een beslissing te nemen: is dit, kijkend naar de dekking, een middel dat vergoed moet worden? Ik zie dat verzekeraars, waarschijnlijk jarenlang, middelen hebben vergoed die geen onderdeel uitmaakten van het verzekerde pakket. Het is goed dat dat nu stopt. De vraag is of dit voldoende zorgvuldig is gebeurd. Die vraag is al eerder gesteld en daar sluit ik mij graag bij aan. De vraag is ook of hier voldoende zorgvuldig over is gecommuniceerd. Over dat laatste zijn wij het sowieso eens: het antwoord daarop is nee.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is een aspect dat ik daarin niet terugzie. Als je dit verder laat inkleuren door een zorgverzekeraar, loop je het risico dat een patiënt bij de ene zorgverzekeraar bepaalde zorg wel vergoed krijgt, maar een patiënt bij een andere zorgverzekeraar niet. Hoe denkt de heer Rutte erover dat je bij de ene zorgverzekeraar wel een bepaald bereid geneesmiddel krijgt en bij de andere niet, terwijl dat middel feitelijk wel in het basispakket zit?

De heer **Rutte** (VVD): Middelen die in het basispakket zitten, moeten gewoon vergoed worden; punt. Als zij daar niet toe behoren, moeten zij niet vergoed worden. Als er verzekeraars zijn die middelen die niet behoren tot het basispakket, toch vergoeden, vind ik niet dat dat de norm moet zijn voor alle verzekeraars.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nee, het gaat om de omgekeerde situatie: een middel behoort tot het basispakket, maar de ene verzekeraar vergoedt het wel en de andere zorgverzekeraar niet. Is het dan niet verstandig dat er een Zorginstituut Nederland is dat daar helderheid over geeft?

De heer **Rutte** (VVD): Ik verzet mij helemaal niet tegen een stevige rol van het Zorginstituut op dit punt, maar er wordt nu de indruk gewekt dat

verzekeraars middelen die onderdeel uitmaken van het pakket, ineens niet meer vergoeden. De situatie is juist andersom: men vergoedde middelen die geen onderdeel uitmaakten van het pakket. Dat is nou typisch een situatie waaraan wij een eind moeten maken. Wat dat betreft, deel ik de analyse van mevrouw Bruins Slot niet.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Of middelen nou wel of niet tot het pakket behoren, mensen gingen ervan uit dat hun verzekeraar die middelen zou vergoeden. De heer Rutte heeft al aangegeven dat hij de handelwijze van de verzekeraars op dit punt niet handig vindt, maar vindt hij ook dat je dit soort beslissingen niet gedurende het verzekeringsjaar kunt nemen?

De heer **Rutte** (VVD): Daar ben ik het mee eens.

De **voorzitter**: Daarmee is een eind gekomen aan de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 15.16 uur tot 15.25 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik geef de Minister van VWS graag de gelegenheid om te beginnen met de beantwoording in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er is veel aandacht voor farmacie. Dat is terecht, want geneesmiddelen vormen een belangrijk onderdeel van onze zorg. We zien dat de ontwikkelingen elkaar de afgelopen jaren in een hoog tempo opvolgen. Voor veel ziekten komen innovatieve middelen op de markt die het leven van patiënten kunnen verlengen of voorgoed kunnen veranderen. In oktober debatteerden wij nog uitgebreid over dit onderwerp. De afgelopen weken leidden bewegingen op de markt tot veel maatschappelijke discussie. Er zijn grote vraagstukken op verschillende vlakken: de stijgende prijzen van nieuwe geneesmiddelen en de rol van de farmaceutische industrie, de systemen die wij hebben om de uitgaven te beheersen en de verhouding tussen alle partijen in de zorg, zoals verzekeraars, leveranciers en voorschrijvers.

Laat ik beginnen met de prijzen. We zien voorbeelden van onverantwoord hoge prijzen van geneesmiddelen. Het is verklaarbaar dat een geneesmiddel duur is omdat de ontwikkelkosten, de R&D-kosten, hoog zijn en terugverdiend moeten worden, maar we verwachten ook een bijdrage van de industrie aan het verbeteren en het betaalbaar houden van de gezondheidszorg. Stijgende prijzen van geneesmiddelen zetten, ongeacht de achtergrond daarvan, sowieso de betaalbaarheid van onze zorg onder druk. We zien dat een aantal heel dure, maar misschien ook heel betekenisvolle geneesmiddelen in de pijplijn zitten. Dat gaat ons echt voor dilemma's stellen. Het stelt ons nu voor dilemma's – daar kom ik straks op terug – maar als die dure medicijnen uit die pijplijn komen, gaat het ons ook in de toekomst voor grote dilemma's stellen. Dat is ook de reden waarom ik dat gesprek ben aangegaan op verzoek van het KWF, een aantal onderzoekers, patiëntenverenigingen en anderen, die hebben gezegd: wij zien dat er, met name in de oncologie, echt heel dure geneesmiddelen aankomen voor patiëntengroepen met een relatief grote omvang, wat een enorme betekenis zal hebben voor de budgetten van de ziekenhuizen die deze zorg verlenen; hoe gaan wij daarmee om? Ik heb gezegd: laten we met elkaar bekijken hoe wij daarmee om zouden kunnen gaan. Laten we eerlijk zijn: zeker de oncologen vormen een beroepsgroep die zich heel strikt houdt aan de afspraken en die afweegt of een patiënt een middel nodig heeft, juist omdat zij veel werken met extreem dure geneesmiddelen. Ik vind het dus heel belangrijk dat wij hen creatief aan het werk laten over hoe wij straks omgaan met de grote vraagstukken die op ons afkomen.

Een tweede punt is de in mijn ogen terechte oproep van de samenleving, niet alleen in Nederland maar ook internationaal, tot de fabrikanten om meer transparantie te betrachten over hoe zij tot hun prijzen komen. Ook die druk zie je enorm toenemen. Dat is logisch. Als er echt heel dure medicijnen op de markt komen en als je die eigenlijk graag wilt voorschrijven, is het logisch dat je je ook afvraagt of dat echt de prijs is die wij moeten betalen of dat er op dat punt ruimte is. Je ziet ook nieuwe initiatieven, vaak gelieerd aan bijvoorbeeld UMC's of anderszins, gericht op het ontwerpen van nieuwe, alternatieve businessmodellen en pps-achtige constructies. In pps zit ook altijd «publiek»; vanuit de overheid vind ik die publieke bijdrage heel interessant, maar betaal ik dan vanuit belasting- of premiegeld mee aan een medicijn en is de vergoeding van dat medicijn straks dan nog wel betaalbaar voor onze samenleving? Wij moeten dus heel scherp bekijken of andere modellen en andere constructies mogelijk zijn. De druk op de fabrikanten om meer transparantie te betrachten over hoe zij tot nieuwe medicijnen komen, neemt terecht toe.

Een ander thema betreft de systemen die helpen om de uitgaven te beheersen. Een element van dat stelsel is het GVS. Dat zal ook de komende tijd aandacht vragen. Ik heb de Kamer onlangs een rapport gestuurd over een mogelijke herberekening van het GVS. Het is geen nieuws dat ik van mening ben dat het systeem in zijn huidige vorm naar behoren functioneert. Ik vind dat het rapport die opvatting bevestigt. Als het doel is om de uitgaven te beperken door een vergoedingslimiet te herberekenen, dreigt het risico dat patiënten meer moeten betalen. Herberekening leidt misschien tot potentiële besparingen, maar in alle gevallen ook tot forse eigen betalingen voor de patiënt. De Kamer heeft van mij nog een standpunt tegoed over dit rapport. Daarbij wil ik graag bekijken of er ook oplossingen te vinden zijn, want je schiet weinig op met tegenover elkaar staan, waarbij de een vindt dat het goed gaat en de ander dat er herberekend moet worden. Ik wil dus bekijken of er oplossingen in dat rapport staan.

Ik sluit niet uit dat we, in nauw overleg met de betrokken patiëntengroepen, nader onderzoek moeten laten doen door het Zorginstituut. De consequenties kunnen immers nogal heftig zijn. Dit is een ontzettend belangrijk en een ongelofelijk complex dossier. Je moet hierbij dus goed en grondig te werk gaan. Ik zal de Kamer dus een reactie geven op het rapport. Ik zeg alvast dat ik niet uitsluit dat vervolgonderzoek van het Zorginstituut nodig zal zijn, zodat we beter zicht krijgen op de consequenties. Gezien het belang hiervan wil ik dit doen in goede afstemming met de Kamer. Ik wil dit op een gedegen manier doen, maar ook in een goede afstemming met de Kamer over de tussenstappen: wat is de volgende stap die ik ga nemen? Het veld is verdeeld. De KNMP vindt dat er niet herberekend zou moeten worden. Zorgverzekeraars Nederland vindt dat er wel moet worden herberekend, maar dat daarvoor de tijd moet worden genomen. Laten wij proberen om zowel in het veld als in de politiek nader tot elkaar te komen. Wat is hierin wijs om te doen en hoe zouden we dat dan moeten doen? Dat is mijn insteek.

Ook de verhoudingen tussen alle spelers zijn een thema. Binnen de kaders van het geneesmiddelenbeleid verwacht ik fair play van alle betrokkenen. Ik krijg daarbij bijval van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). In een eerste rapport, Farmacie onder de loep, onderstreept de ACM het belang van een gelijk speelveld in de farmacie. Hoewel in de aanbevelingen in het rapport vooral is teruggekeken op de afgelopen periode, waardoor die aanbevelingen niet allemaal relevant zijn voor de huidige situatie, laten zij wel zien dat de ACM toenemende aandacht voor de sector heeft. Dat is goed. De ACM komt op voor degenen die gebruiken en betalen; het is dus altijd goed als zij hier aandacht aan besteedt. Het systeem in Nederland is sowieso heel lastig. We krijgen heel vaak voorstellen waarmee men iets wil veranderen aan onze wetten of systemen, zoals het GVS of de WGP

(Wet geneesmiddelenprijzen): moeten we daarbij niet uitgaan van andere referentielanden? Dit grijpt eigenlijk aan op een fictieve situatie, namelijk op fictieve prijzen. We weten namelijk allemaal dat onder die fictieve prijzen door apothekers of de overheid onderhandeld wordt over veel lagere prijzen. Je hebt dus eigenlijk twee werelden. In individuele onderhandelingen zijn fabrikanten wel bereid om te zakken, maar zij willen de externe prijs hoog houden, omdat die impact heeft op andere landen. Daarom en ook om andere redenen ben ik echt van mening dat het heel belangrijk is om dit met elkaar als prioriteit op de agenda te hebben van de Europese Unie. De transparantie van de prijzen, de prijzen die je naar buiten toe rekent en de prijzen die je naar binnen toe rekent, is één veld, maar het gaat ook om de regelgeving die wij internationaal hebben opgetuigd. Na ieder incident komt er weer een regel. Maakt dat het veiliger? Nee. Wordt het duurder? Ja. Duurt het langer? Ja. Hierdoor hebben we dus een draak van een systeem gecreëerd. We zouden in Europa moeten bekijken hoe we dat stapsgewijs kunnen afbouwen, niet alleen tijdens ons voorzitterschap, maar ook in de voorzitterschappen daarvoor en daarna.

Op het punt van geneesmiddelen zijn wel heel veel inspanningen gepleegd en er is ook heel veel succesvol beleid.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Ik weet niet of de Minister nog verder ingaat op het rapport van de ACM. Volgens mij ging zij naar een volgend onderwerp. Ik weet niet of zij nog op dat rapport terugkomt, maar ik ben benieuwd naar haar reactie op het ACM-rapport. Daarin worden drie strategieën beschreven: voorschrijfgedrag beïnvloeden, evergreening en uiteindelijk soms ook het afkopen van generieke producenten. Wat gaat de Minister daarmee doen?

Minister **Schippers**: Ik wilde dat aan het eind van mijn betoog zeggen, maar ik kan het ook tussentijds zeggen. Ik denk dat wij heel veel dingen in ons beleid ten aanzien van de geneesmiddelen scherp zouden moeten herijken. We zien dat de internationale context verandert. We hebben met elkaar systemen gebouwd die horen bij een enigszins fictieve werkelijkheid en bij een echte werkelijkheid. We hebben ook het ACM-rapport. Nederland wordt in januari volgend jaar voorzitter. Dan moeten we dus al scherp voor ogen hebben wat we internationaal willen bereiken. Daarover zijn wij natuurlijk nu al in gesprek met landen, maar ik zou ook een nieuwe visie op het geneesmiddelenbeleid willen hebben. In het ACM-rapport staan een heleboel dingen die eigenlijk niet meer relevant zijn voor nu, maar de dingen die wel relevant zijn, zou ik in die visie willen meenemen.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Daar ben ik blij mee, want ik denk dat heel veel geconstateerde problemen ten aanzien van het patent en het octrooi, in Nederland alleen niet oplosbaar zijn, maar juist in Europees verband moeten worden aangepakt. Ik hoop dat de Minister daarbij het punt van de prijsarrangementen meeneemt voor de Europese agenda. Ook op dat punt is immers iets gek aan de hand, want elk land onderhandelt voor zichzelf over een bepaalde prijs. Graag krijg ik een toezegging op dat punt.

Minister **Schippers**: Zeker. Ik kom hier straks op terug, maar dit is een van de dingen waar ik ontzettend hard aan trek. Nederland is een klein landje, met 2% van de wereldmarkt. In die positie kun je hoge eisen stellen, maar dan bestaat de kans dat bepaalde geneesmiddelen op een gegeven moment niet op jouw markt komen. Je kunt dus geen vuist maken. Ik heb daarom verschillende collega's gevraagd of zij met mij een vuist willen maken. In Europa kunnen we dat immers wél, niet op de hele markt, maar wel op het punt van deze middelen. Mevrouw Dijkstra noemde al een middel dat ongelofelijk duur is, waarvan heel veel

Ministers een baksteen in hun maag hebben en waarop we elkaar ook altijd aanspreken. Moeten we de krachten niet veel meer bundelen? Bij grote landen, die ook een grote farmaceutische industrie hebben, heb ik daar eigenlijk niet veel enthousiasme voor gevonden, maar ik ben bijvoorbeeld met België al wel veel verder in gesprek om gewoon maar eens te beginnen. We beginnen dus met de landen die mee willen doen, allereerst met België. Met België, waarvan de Minister net zo enthousiast hierover is als ik, als eerste land kunnen we de handen echt concreet ineenslaan. We bekijken of we dit samen kunnen doen. We zijn ook met andere landen in gesprek, maar we zijn met andere landen niet zo concreet en niet zover als met België. Ik hoop dat we met België binnenkort daadwerkelijk tot afspraken kunnen komen. Er zijn natuurlijk weer allerlei belemmeringen die moeten worden weggewerkt. Daar zijn wij nu mee bezig, maar het is heel belangrijk dat je met landen die dit wel willen, een vuist kunt maken met betrekking tot heel nieuwe geneesmiddelen waarvan mensen echt afhankelijk zijn en die echt iets kunnen betekenen in hun leven, maar die volstrekt onbetaalbaar zijn als je betaalt wat men ervoor vraagt. Dit is dus zeker een onderdeel van onze agenda, maar ik houd de Kamer tussendoor via de Europese AO's al op de hoogte van hoe dit vordert. Het gaat niet altijd even snel, maar aan mijn enthousiasme over dit onderwerp zal dat niet liggen.

Wij moeten ons ook realiseren dat ten opzichte van de ramingen en de afspraken die we aan het begin van de kabinetsperiode hebben gemaakt, zorgverzekeraars, voorschrijvers en de apothekers het zo goed doen dat we met elkaar van de afgesproken pakketverkleining van 1,5 miljard 1,2 miljard niet hoeven te doen, omdat het farmaciebeleid zo succesvol is. Daar mogen we ook complimenten voor geven. Natuurlijk zijn er dingen die beter kunnen, maar het preferentiemodel werkt wel. Anderszins zit het model op de bodem, maar we hebben er veel baat bij dat het zo uitgevoerd wordt. We zijn er met elkaar dus eigenlijk best succesvol in. Iedereen heeft zijn eigen belang en zijn eigen rol in dat spel. Ik denk dat het ook nog beter kan. Her en der ontstaan inkoopcombinaties van zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Dat zijn nu kleine bouwstenen, die in de toekomst echter weer nieuwe impulsen kunnen geven aan succesvol beleid en aan de beheersbaarheid van de kosten van de zorg.

Zorgverzekeraars moeten kritisch zijn op wat zij vergoeden: hoort iets wel of niet tot het pakket? Dat is niet altijd een dankbare rol, maar wel een heel belangrijke. Die rol moeten zij volledig en niet alleen bij deze middelen spelen. Van de 300 tot 400 middelen – het blijken er minder te zijn, maar dat terzijde; het gaat in ieder geval om een grote groep middelen – hebben de verzekeraars op een gegeven moment gezegd dat die middelen eigenlijk niet tot het pakket behoren. Is dat iets unieks? Nee, dat doen zij de hele rit door. Als het Zorginstituut Nederland dat moet doen, zouden we het Zorginstituut Nederland niet een beetje, maar extreem moeten uitbreiden. We hebben immers een open pakket. Voor een aantal dingen is heel helder of die in het pakket zitten of niet, maar op het terrein van de curatieve zorg zitten een heleboel dingen open in het pakket. Als je dat op een andere manier wilt organiseren, betekent dat echt een zeer rigoureuze, andere aanpak.

Leidt dit tot problemen? Eigenlijk bijna nooit. Wat is hier misgegaan? Hoewel we een bestuurlijk overleg hebben, is dit niet in dat bestuurlijk overleg geagendeerd. Dat had wel gemoeten. Daarin zitten de LHV, de KNMP, de patiënten, de zorgverzekeraars en VWS. Als je zoiets doet, als je zegt dat je hier nog eens goed naar hebt gekeken en als je vraagt om even met je mee te kijken hoe het eruitziet, hadden we niet deze getallen gehoord. Nu is het teruggebracht tot twintig geneesmiddelen, waarover men nog in gesprek is. Daarvan is afgesproken dat ze tot 31 mei worden vergoed. Daarna wordt bekeken wat daarmee gaat gebeuren. Dan was er ook een veel betere communicatie geweest.

Iemand vroeg wat een redelijke termijn is waarop je zo iets laat weten. Dat is echt iets wat in het bestuurlijk overleg moet worden besproken. Dat staat dus ook op de agenda: bepaal dit nou met elkaar en neem niet van de ene op de andere dag zulke maatregelen, ook al zitten er bij die geneesmiddelen een heleboel zelfzorgmiddelen en ook obsoleete middelen. Het gaat mij erom dat het traject veel zorgvuldiger had gekund. We hebben een gremium waarin we dit zorgvuldig kunnen doen. Daar is helaas geen gebruik van gemaakt, maar dat is ook wel heel snel hersteld. De zorgverzekeraars hebben niet goed gecommuniceerd, maar hebben dat wel snel hersteld. Zij zijn snel rond de tafel gaan zitten met de patiënten, de LHV, Zorginstituut Nederland en alle andere betrokkenen en hebben dit heel snel teruggebracht tot de proporties die dit vanaf het begin had moeten hebben.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt, een beetje vergoelijkend, dat dit snel is hersteld, maar er zaten wel 100.000 Nederlanders zo ongeveer tegen het plafond. Dat hadden we kunnen voorkomen, maar mijn vraag is een andere. De Minister zegt dat het bepalen van wat tot het pakket behoort, eigenlijk altijd goed gaat. Er is nu echter toch een brede oproep van zorgverzekeraars, zorgverleners en de NPCF om juist wel een extra plek te creëren waar zij die vraag kunnen neerleggen bij het Zorginstituut. Daar is klaarblijkelijk toch behoefte aan.

Minister **Schippers**: Ik had in het vragenuurtje al aangegeven dat de communicatie niet handig is geweest en dat heb ik nu weer aangegeven. Ik moet wel zeggen dat ik de partijen, ook de KNMP, een compliment kan geven voor het feit dat men dit heel snel rond de tafel heeft teruggebracht tot de proporties die dit behoort te hebben. Ik vind dat dat goed is gegaan. Ik vind dat het Zorginstituut Nederland aan zet is als er onenigheid is, want dit is voor zorgverzekeraars dagelijks werk op vele terreinen. Als je wilt dat het Zorginstituut dit gaat doen, betekent dat dat je het Zorginstituut niet een beetje, maar heel fors moet uitbreiden. Dan krijgt het er de taak bij om van het open pakket, dat niet voor niets open is – dat geeft immers ook flexibiliteit – een gesloten pakket te maken, waarbij het Zorginstituut Nederland over alles een oordeel heeft. Dat zou enorm veel betekenen voor de benodigde capaciteit en de taken van het Zorginstituut. Ik denk dat dit, zoals ik al eerder heb aangegeven, niet nodig is. Wel denk ik dat we het Zorginstituut, daar waar er onenigheid is, er snel bij moeten hebben en dat er dan snel in goede samenwerking een oplossing moet komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ja, maar dan moet er, als er onenigheid is, meer ruimte komen om dat te kunnen doen. Klaarblijkelijk is die ruimte er nu niet. De Minister zegt ook dat in het bestuurlijk overleg een datum kan worden gekozen voor het veranderen van het pakket, maar mensen sluiten op 1 januari hun polis af en dan hebben ze een bepaalde dekking: bepaalde medicijnen zijn vergoed en andere medicijnen moeten zij zelf betalen. Zou het niet veel logischer zijn om dit soort maatregelen gewoon op 1 januari af te kondigen, zoals we dat doen met alle maatregelen die van invloed zijn op de zorg die mensen vergoed krijgen?

Minister **Schippers**: U zegt dat die ruimte er niet is, maar die ruimte is er wel. Dat blijkt ook, want deze communicatie had anders gekund. Men had dit eerder kunnen zeggen en men had met elkaar kunnen overleggen en in samenwerking tot conclusies kunnen komen. Die ruimte is er dus wel degelijk. Het gaat hier om wat niet in het pakket zit. Dit zijn dus geen pakketbeslissingen. Dit gaat bijvoorbeeld om zelfzorgmiddelen die niet in het pakket zitten. Die hoeven niet vergoed te worden, maar als iets wel in het pakket zit, moet het wel vergoed worden. Dan hoort het dus niet op die lijst thuis. Dat is iets wat je niet per 1 januari kunt beslissen, zeker niet

in een open pakket. De vraag is of je die taak naar de overheid moet trekken. Als je dit naar het Zorginstituut Nederland trekt, trek je een heel grote nieuwe taak naar de overheid. Dat betekent ook een uitbreiding van het aantal ambtenaren en van de benodigde financiën. Die consequenties moeten we onder ogen zien, terwijl het de afgelopen tientallen jaren goed is gegaan.

Er loopt wel een andere discussie: mogen verzekeraars dit gezamenlijk doen of niet? Die nieuwe discussie moeten we op het scherpst van de snede beslechten ten aanzien van dit onderwerp en ook ten aanzien van een aantal andere onderwerpen. We zien immers niet alleen op dit punt, maar ook bij het gezamenlijk inkopen van bepaalde dingen dat er meer helderheid moet komen. Ik ben dus van mening dat we dat vraagstuk moeten beslechten. Daarbij zijn de verzekeraars geen pakketbeheerder geworden. In principe zijn wij de pakketbeheerder. Wij beslissen of iets in het pakket zit. Er zitten natuurlijk veel meer dingen in het pakket dan de dingen waarover wij spreken. Daar hebben we het Zorginstituut Nederland voor, maar de daadwerkelijke toepassing is op een vrij flexibele manier vormgegeven, waardoor er in de praktijk heel veel mogelijk is. Ik vind dat zelf heel belangrijk, maar ik vind dat de vraag of de verzekeraars dit samen mogen doen, moet worden beantwoord.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik geef als voorbeeld een zalfje. Dat zalfje heeft een bepaalde werking; er wordt gezegd dat het kan werken en dat artsen het kunnen voorschrijven. Dan behoort het dus tot het basispakket. Dan kan het niet zo zijn dat de ene verzekeraar het wel vergoedt en de andere niet. Dan gaat het om de vraag wie bepaalt of dat zalfje in het basispakket thuishoort. Daarbij gaat het om de werking en de bijwerkingen. Ik zou zeggen dat die taak is belegd bij het Zorginstituut of bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Dat zijn instellingen die namens ons dat werk doen. Die taak kan toch niet belegd worden bij de zorgverzekeraar?

Minister **Schippers**: Bij behandelingen die in een ziekenhuis gedaan worden, stellen wij ook niet vast of zij tot het pakket behoren. Bij de hele intramurale zorg gaat het niet om beslissingen van groen of rood. Dit waren overigens ook niet alle verzekeraars. Het was een groep verzekeraars die bij elkaar hebben gezeten, vanaf december aan de slag zijn gegaan om dit door te lichten en tot deze conclusies zijn gekomen. Het is van belang dat we dat meer in afstemming met elkaar kunnen doen, maar dat moeten zij dan ook wel mogen van de ACM. Ik vind dit dus een belangrijk punt om mee te nemen in een visie op het geneesmiddelenbeleid. Als je dit allemaal niet alleen voor geneesmiddelen, maar ook voor hulpmiddelen en allerlei curatieve behandelingen naar het Zorginstituut Nederland trekt, zet je daar een enorm uitvoeringsapparaat neer en dat zit daar nu niet. Zo is het ook nog nooit gegaan.

De heer **Van Gerven** (SP): Terecht zegt de Minister dat dit eigenlijk een zaak is van de beroepsgroep zelf, van de professionals. Huisartsen en specialisten geven naar eer en geweten, in samenspraak met de patiënt, allerlei behandelingen. We kunnen niet al die dingen voorleggen aan het Zorginstituut. De conclusie van dit debat zou op dit punt dus moeten zijn dat niet de zorgverzekeraar beslist, maar de professional in samenspraak met de patiënt. Als er een duidelijke controverse is over een bepaalde behandeling, roep je de hulp van het Zorginstituut in. Zou dat dan niet de koninklijke weg zijn in plaats van die taak te beleggen bij de zorgverzekeraars?

Minister **Schippers**: Ja, maar zo gaat het dus in de praktijk. Gedurende het hele jaar stroomt er van alles in. Er is niet in juni een beslissing van «ons» als Kamer over wat wel en wat niet in het pakket komt. Iets is

onderdeel van een richtlijn geworden of behoort tot de stand van de wetenschap en wordt gewoon onderdeel van de zorg zoals wij die kennen. Dat wordt door de beroepsgroep beslist, maar er is op dat punt wel een bewaker die dit toetst, namelijk de verzekeraar. De rol van de verzekeraar is om te bekijken, bijvoorbeeld bij deze bereidingen, of het allemaal gaat om verzekerde zorg. Dat blijkt voor een deel niet zo te zijn. Dan gaat de discussie over de vraag hoe groot dat deel is. Ik zou zeggen: probeer dat op een andere manier te doen. Zoals het nu is gegaan, is het in ieder geval niet goed gegaan. Zo zou ik het ook niet willen hebben. Dat vinden de verzekeraars zelf ook, want zij hebben dit echt razendsnel hersteld door met iedereen rond de tafel te gaan zitten en dit met elkaar te bespreken. Ik zou veel liever willen dat het een volgende keer wel via het huidige systeem gaat. Dan hoeven hier ook niet ineens allerlei beslissingen te worden genomen. Nu komen er dingen gaandeweg in het pakket. Dat is helemaal niet verkeerd. Dat open pakket heeft grote voordelen. Ik ben er niet voor om daar een gesloten systeem van te maken, maar ik wil dit niet aan de beroepsgroepen overlaten, waarbij er helemaal geen partij is die meekijkt en die de vragen stelt die zij moet stellen. Dat is de rol van de verzekeraars. Dat is niet altijd een dankbare rol, maar wel een rol die wij nodig hebben om met elkaar de grenzen te bewaken.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Volgens mij bepaalt het Zorginstituut de rationaliteit, maar je zou er als verzekerde in de uitvoering uiteindelijk op moeten kunnen rekenen dat dit bij elke zorgverzekeraar hetzelfde is. Mijn vervolgvraag na de vragen van eerdere sprekers is dus hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat je er als verzekerde of patiënt gewoon op kunt rekenen dat dit voor iedereen in het land gelijk is.

Minister **Schippers**: Ik kan dat niet voor alles garanderen, omdat er bij een open systeem gaandeweg dingen in het pakket komen. Als je met elkaar vraagtetekens zet omdat je, ook in het belang van betaalbare zorg, wilt checken of iets tot het pakket behoort, vind ik het niet verkeerd als zorgverzekeraars dat samen mogen doen. Ik ga daar echter niet over. Daar hebben we namelijk een onafhankelijke toezichthouder voor. Daarom zeg ik dat ik dit punt wil meenemen in de visie. Ik moet immers ook juridisch bekijken of dit kan, want de ACM heeft een aantal van die dingen heel recent afgewezen. Ik weet dus niet of dat kan. Ik weet wel dat een groep verzekeraars dit nu samen heeft gedaan. Er is nu discussie over de vraag of ze dat mogen doen. Ik vind eigenlijk: waarom zouden zij dat niet mogen doen? Dan kun je, ook in het belang van de premiebetaler, af en toe checken of dingen gerechtvaardigd worden gedeclareerd op basis van het pakket.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Natuurlijk is het goed om kritisch te bekijken of iets in het pakket thuishoort of niet, maar uiteindelijk moet natuurlijk voor iedereen helder zijn dat iets verzekerd en vergoed wordt of niet. Ik ben blij dat ik dat de Minister, zij het niet heel scherp, hoor zeggen. Ik snap dat het een optie kan zijn dat de zorgverzekeraars dit gemeenschappelijk doen. Een voorstel kan ook zijn dat, als het Zorginstituut heeft geoordeeld dat iets vergoed moet worden of juist niet, dit gedeeld wordt met andere verzekeraars, zodat in ieder geval een bepaalde eenduidigheid ontstaat. Volgens mij is het echt ongewenst dat de verzekerde iets bij de ene verzekeraar wel vergoed krijgt en bij de andere niet.

Minister **Schippers**: Dan gaat u ervan uit dat het Zorginstituut Nederland een expliciete beoordeling van alles geeft, maar dat gebeurt dus niet.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Maar als dat wel heeft plaatsgevonden?

Minister **Schippers**: Nu, bij zoiets, is dit heel tastbaar en vindbaar, maar voor nieuwe behandelingen in een ziekenhuis komt men uiteindelijk op hetzelfde uit. Of de ene eerder is of de ander wat later, is heel lastig te beoordelen. Als je dit heel scherp en heel precies wilt hebben en voor iedereen hetzelfde wilt, ga je naar een gesloten systeem waarin je een of twee keer per jaar dingen beoordeelt. Als dingen niet in het pakket zitten en niet zijn beoordeeld door het Zorginstituut Nederland, kunnen zij dan niet gegeven worden. Wij hebben een meer fluïde pakket. Daar zitten altijd overgangsdingen in. Dat is het open pakket dat wij hebben en dat werkt eigenlijk heel goed. Natuurlijk hebben we hier voor de zomer altijd een discussie over een aantal dingen: gaat dit in het pakket of gaat dit uit het pakket? De medische wetenschap blijft daar natuurlijk op wachten. Voortdurend, elke maand en elke week, worden nieuwe dingen toegepast waarover wij hier geen expliciete beslissing nemen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik snap de redenatie van de Minister dat het mogelijk moet zijn dat ontwikkelingen in de medische wetenschap bijvoorbeeld tot nieuwe toelatingen leiden, maar als een middel dat eerder wel werd vergoed, gedurende het verzekeringsjaar niet meer wordt vergoed, leidt dat natuurlijk wel tot problemen. Ik zou van de Minister willen horen of zij maatregelen gaat nemen om dat soort verrassingen in ieder geval gedurende het verzekeringsjaar te voorkomen.

Minister **Schippers**: Als er nu tot de conclusie wordt gekomen dat middelen er niet in zitten, zaten die middelen er niet in en zijn ze dus onterecht vergoed. Het is omgedraaid. Het pakket wordt niet opgeschoond. Er is een vergoeding gegeven voor bereidingen waarvan wij hebben besloten dat het bijvoorbeeld om zelfzorgmiddelen gaat en niet om een onderdeel van het pakket. U vraagt om dat niet het hele jaar door te toetsen, maar om dat slechts één keer per jaar te doen, voor 1 januari. Dat is heel gek, want wij verwachten van de zorgverzekeraars dat zij voortdurend scherp zijn en dat de dingen die zij vergoeden, daadwerkelijk onderdeel uitmaken van het pakket. Als dingen geen onderdeel uitmaken van het pakket, willen wij dat zorgverzekeraars die dingen niet vergoeden. Sterker nog: wij hebben hier in de Kamer hele debatten gehad over het feit dat zorgverzekeraars weleens dingen vergoeden die ze niet zouden moeten vergoeden en dat ze daar scherper op moeten zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het gaat mij juist om de zekerheid van mensen, die niet ineens voor verrassingen mogen komen te staan. Het gaat mij niet om de vraag of iets wel of niet in het pakket zit en ook niet om de vraag of het erin had moeten zitten of niet. Het gaat erom dat je ineens geconfronteerd kunt worden met het feit dat je een medicijn niet meer vergoed kunt krijgen. Ook de Minister zou toch moeten vinden dat je mensen niet op die manier voor het blok mag zetten?

Minister **Schippers**: Daarvan heb ik gezegd dat ik vind dat het in dit geval niet goed is gegaan als je eind maart hoort dat je vanaf 1 april iets niet vergoed krijgt wat je daarvoor altijd wel vergoed hebt gekregen. Dat vind ik dus iets voor het bestuurlijk overleg: hoeveel tijd is er nodig, ook voor apotheken en verzekeraars, om dit op een nette manier te kunnen communiceren, bijvoorbeeld aan de mensen die dat middel al een tijd gebruiken en er eigenlijk van uitgaan dat zij het vergoed krijgen? Dat gaat over de communicatie en de timing daarvan.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik wil nog even doorgaan op het door de heer Van Dijk genoemde punt. Zo'n fluïde systeem is prima. Ik denk dat wij dat allemaal willen, maar ik denk dat wij allemaal niet willen dat dat er uiteindelijk op neerkomt dat je bij de ene zorgverzekeraar iets wel krijgt en

bij de andere niet. Waarom gaan we niet naar een systeem waarin, als zorgverzekeraar X beslist om met iets te stoppen, dit aan het Zorginstituut wordt doorgegeven, zodat het op die manier gecommuniceerd en gedeeld kan worden naar andere zorgverzekeraars? Dan hebben de zorgverzekeraars onderling wel één lijn.

Minister **Schippers**: Deze praktijk is al jaren gangbaar. Dit besluit heeft in ieder geval iedereen wat dat betreft op scherp gezet. Men spreekt nu over een werkkader voor bereidingen. Ik kan me voorstellen dat, als je dat hebt voor bereidingen, je langzaam maar zeker ook voor andere dingen werkkaders opstelt. Het lijkt me lastig om te bereiken dat het helemaal rond gaat lopen, maar als ik met een visie kom, wil ik dit punt er in ieder geval wel bij betrekken. Ik ben me er daarbij heel erg van bewust dat het nu toevallig aan de orde is gekomen bij deze bereidingen, maar dat het een veel «pakketbreder» verhaal is. Nu spreken de partijen over een werkkader voor de beoordeling van bereidingen. Ik zou kunnen bekijken in hoeverre dat ook op andere terreinen op een werkbaar manier te doen is. Ik wil er echter wel voor oppassen dat ik elke keer als ik uit een AO loop, met vier nieuwe regels bij het veld aankom. Ze worden daar echt helemaal overspannen van, wat ik ook goed kan begrijpen. Ik wil dus wel bekijken hoe we het werkbaar kunnen houden, hoe we tussen werkbaarheid en zekerheid een goede methode kunnen vinden.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Natuurlijk wil niemand extra regels. Volgens mij hoeft het ook niet heel ingewikkeld te zijn. Als je het op zo'n manier doet – dan moet nog wel worden bekeken hoe het wordt ingevuld – los je wel het eventuele probleem op dat de ACM bij dit soort zaken dingen kan opleggen. Het was maar een suggestie.

Minister **Schippers**: Dat stel ik zeer op prijs. Ik denk dat we allemaal aan het zoeken zijn naar hoe we dit op een goede manier kunnen regelen zonder dat we zo'n instituut enorm moeten laten groeien.

De heer **Rutte** (VVD): Volgens mij hebben we nu zo'n beetje iedereen gehad. Dat is interessant. Ik heb een vraag om verduidelijking. Ik hoor heel veel collega's zeggen dat we het centraal moeten toetsen en dat dat door de overheid moet gebeuren. Begrijp ik goed van de Minister dat een heel centrale toetsing impliceert dat je overgaat tot veel meer een gesloten systeem en vooral dat zo'n gesloten systeem ertoe leidt dat er minder middelen in plaats van meer middelen beschikbaar zullen zijn?

Minister **Schippers**: Ik denk dat er weinig handen op elkaar zijn te krijgen voor een gesloten systeem. Je moet ook flexibiliteit houden in een systeem. Je zit in een sector waarin je soms ook wat ruimte moet hebben om dingen te doen die misschien niet precies omschreven staan. En zeker een UMC moet ook innovatieve dingen kunnen doen. Je moet bekijken of we dingen niet iets beter met elkaar kunnen afstemmen in een soort werkkader, zeker ook ten aanzien van het voorbeeld dat we hebben gezien. Ik vind dat wel de moeite van het onderzoeken waard. Hoe kunnen we het wat meer afgestemd doen? Hoe doen we dat zonder weer tegen de ACM aan te lopen? Ik weet overigens helemaal niet hoe de ACM erover denkt. Misschien vindt ze het wel een hartstikke goed idee.

De heer **Rutte** (VVD): Met de huidige werkwijze hebben verzekeraars kennelijk heel veel middelen langdurig vergoed die echt niet tot het basispakket behoren. Heel lang is er dus een redelijk coulante houding geweest ten aanzien van deze middelen. Is het niet zo dat juist de huidige werkwijze extra ruimte aan verzekeraars biedt om eens wat extra's te doen, om wat mee te bewegen, dit in tegenstelling tot het gevoel dat hier heerst, namelijk dat verzekeraars de vergoeding afknijpen?

Minister **Schippers**: Ik ben er zelf geen voorstander van dat bijvoorbeeld zelfzorgmiddelen en varianten daarvan via bereidingen, als het ware via de achterdeur, in het pakket komen. Ik heb heel veel reacties van apothekers gekregen met de strekking: ook wij willen dat niet. Het gaat mij erom dat je juist via deze methode maatwerk kunt leveren voor patiënten die dat anders niet kunnen krijgen. Dat is het mooie van dit systeem. Het ligt dus een beetje in het midden. Ik vind het ook goed dat verzekeraars dit doen. Dat is ook hun rol. De «manier waarop» kan echter nog wel wat aan kracht winnen.

Ik denk dat de opgave voor de korte termijn in Nederland ligt, maar dat we echt verder moeten kijken en dat we internationale samenwerking hard nodig hebben, zeker op deze internationale markt, om ervoor te zorgen dat waardevolle, innovatieve geneesmiddelen beschikbaar blijven tegen verantwoorde prijzen. Ik zei het al: ik vind het belangrijk dat we dat tijdens het EU-voorzitterschap agenderen en dat we met andere landen zoeken naar wat we in dat halfjaar kunnen bereiken. Die gesprekken voer ik ook. Binnenkort zal ik naar Riga gaan. In bilaterale overleggen met collega's zal ik dan zoeken naar een agenda waarmee we maximaal resultaat kunnen bereiken. We zouden namelijk zo veel meer kunnen op dit terrein als we in Europa wat meer zouden samenwerken.

Er zijn dure geneesmiddelen die nog in de pijlpijn zitten en dat gaat tot problemen leiden. We zien al dat in de media steeds vaker problemen met dure geneesmiddelen worden gemeld. Ziekenhuizen sturen mensen door en de UMC's krijgen die dure patiënten dan. In ons systeem moet de verzekeraar dat met ziekenhuizen uitonderhandelen. De verzekeraar weet, als hij met een UMC gaat onderhandelen, dat daar met name de dure patiënten komen. Als de stand van de wetenschap of de stand van de behandeling op een bepaald niveau is, dan moet een patiënt die ook krijgen. Dan kan het niet zo zijn dat een ziekenhuis zegt: sorry, wij doen wel een oncologische behandeling maar het bijbehorende geneesmiddel kunt u hier niet krijgen, want het geld is op. Ik heb dat voorbeeld wel vaker in de Kamer genoemd. Zo hebben we het met elkaar niet afgesproken. Een ziekenhuis kan dat dus ook niet maken. Of je doet de behandeling, of je doet de behandeling niet. Dat is dus heel duidelijk.

Dat er knelpunten zijn en dat het schuurt als het gaat om dure geneesmiddelen, ligt niet aan de overheveling. Tegen mevrouw Gerbrands zeg ik: we hebben daadwerkelijk de gelden medeovergeheveld. Als echter de hoeveelheid dure geneesmiddelen groeit en we steeds meer kunnen, dan legt dat wel een steeds zwaardere last op de ziekenhuizen. Als je nu naar een ziekenhuis gaat voor een bepaalde noodzakelijke behandeling en als het ziekenhuis die behandeling levert, dan moet dat ziekenhuis ook de dure medicijnen leveren. De verzekeraar moet dat betalen. Daar moeten ze afspraken over hebben.

Gaat het in de toekomst goed? Dat betwijfel ik. Precies daarom heb ik de werkgroep ingesteld. Ik denk niet dat het uiteindelijk goed gaat als wij er met elkaar naar gaan zitten kijken. Het aantal dure geneesmiddelen neemt toe en het aantal mensen die een beroep doen op dure behandelingen, neemt eveneens toe. We zullen met elkaar moeten bekijken hoe we dat op een goede manier kunnen oplossen. Ik hoop dat de werkgroep daar in eerste aanleg al oplossingen voor bedenkt, maar we zullen ook met elkaar moeten bekijken hoe we die zorg betaalbaar houden.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister zegt dat ze daarvoor die werkgroep heeft ingesteld en dat ze hoopt dat die met oplossingen komt. Ik heb echter ook vastgesteld dat die problemen er nú zijn en dat die urgent zijn. Academische ziekenhuizen krijgen nu van de perifere ziekenhuizen patiënten doorgestuurd, omdat men in de periferie de benodigde medicijnen niet kan krijgen. Dan komen die patiënten in de academische ziekenhuizen, die echter ook een beperkt budget hebben en moeten gaan kiezen. Zij kunnen niet al die behandelingen betalen. Zij

kunnen niet al die geneesmiddelen uit hun budget betalen. We hebben de heer Levi van het AMC daarover gehoord. Hij is niet de enige die dat al meerdere malen heeft gesignaleerd. Mijn vraag is de volgende. Verzekeraars zeggen: het is de zorgplicht van het ziekenhuis. Dat moet ervoor zorgen dat de patiënten de juiste middelen krijgen, zoals de Minister ook zei, maar ten koste van wie gaat dat dan?

Minister **Schippers**: Ik ga niet buiten de onderhandelingen over de contracten tussen een UMC en een verzekeraar om daarover een oordeel hebben en zeggen dat het anders moet. Dat is nu juist waarover zij onderhandelen. Enerzijds wordt er inderdaad dure zorg gegeven, met heel dure medicijnen en heel dure behandelingen. Anderzijds weet iedereen die een UMC binnenstapt: het kan hier qua bureaucratie, op andere fronten ook wel een tandje minder. Artsen vertellen mij dat zelf ook. Dus het is aan de ene kant het interne verhaal van UMC's zelf en aan de andere kant het externe verhaal tussen UMC's en verzekeraars. Als het model dat we met elkaar hebben afgesproken niet werkt, dan moeten we bekijken op welke punten we het moeten aanpassen. Het is echter te gemakkelijk om te zeggen: ik heb mijn contract voor het komende jaar nu gesloten, de inkt is nog niet droog. Zij moeten in die contracten hierover afspraken maken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik begrijp dat de Minister zegt: het is een kwestie van de ziekenhuizen en de verzekeraars, die het maar moeten uitzoeken. Maar waar moeten de patiënten voor wie geen budget beschikbaar is, naartoe?

Minister **Schippers**: Die moeten het krijgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Die moeten het krijgen. Maar als het er niet is... Dat is de grote vraag die hier speelt. Er kan van alles worden uitonderhandeld en de Minister kan zeggen «kan het niet uit de lengte, dan moet het maar uit de breedte» – er wordt ook al aangegeven dat er minder personeel wordt aangenomen om die dure geneesmiddelen te bekostigen – maar de vraag is wel: bij wie rust de zorgplicht? De zorgverzekeraars zeggen dat die bij de ziekenhuizen ligt en trekken er hun handen van af. Maar de zorgverzekeraars hebben natuurlijk ook een zorgplicht.

Minister **Schippers**: Ze hebben beide een zorgplicht. Een ziekenhuis dat een bepaalde behandeling uitvoert, kan niet zeggen: u krijgt bij mij de behandeling, maar de medicijnen krijgt u niet. Zo hebben we het niet met elkaar afgesproken. Dus mensen op een oncologieafdeling die bepaalde medicijnen nodig hebben, krijgen die. De zorgverzekeraar heeft echter ook een zorgplicht. Ze moeten er samen uit komen. Als het niet meer gaat, dan moeten ze met elkaar in overleg over waar er wat minder en waar er wat meer moet. Ik zeg niet: ik heb nog geld liggen, dus dat ga ik wel even ergens bijplussen. Ik heb helemaal geen geld liggen. Ik kan het dus ook niet bijplussen. We hebben een systeem met wettelijke plichten voor iedereen, en daaraan moet worden voldaan. Of dit op de lange duur goed gaat, vraag ik mij af. Daar wordt ook aandacht voor gevraagd. Er wordt dan gezegd: dit gaat op een gegeven moment natuurlijk niet goed meer. Daarom heb ik ook gezegd dat ik me kan voorstellen dat het inderdaad niet goed gaat als we heel veel nieuwe medicijnen krijgen die hier nog eens extra druk op leggen. We moeten dus oplossingen verzinnen, zoeken naar manieren waarop we het dan wel gaan doen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat geld ligt gewoon bij de zorgverzekeraars. Dat heb ik ook aangegeven. Ik had niet zozeer bezwaar tegen een werkgroep, maar – mevrouw Dijkstra noemde het ook – het gaat hierom: in dit land hebben de zorgverzekeraars een zorgplicht en als wij bepaalde

dure medicijnen in het verzekerd pakket stoppen, dan moeten die gewoon worden vergoed door de zorgverzekeraars. Volgens mij is het niet zo ingewikkeld en hoeven we daar niet met twintig commissies naar te kijken. We moeten gewoon tegen de zorgverzekeraars zeggen: betalen die behandeling, want dat hebben we met elkaar zo afgesproken.

Minister **Schippers**: Er ligt nergens geld op de plank. Het is gewoon premiegeld. Een ziekenhuis en een zorgverzekeraar gaan onderhandelen. Daaruit komt dat het ziekenhuis die en die zorg levert voor die en die patiënten van de zorgverzekeraar. Daar hoort dan wel de hele behandeling bij. Je kunt niet zeggen: ik doe de eerste helft wel en de tweede helft niet. Het is het resultaat van de contractonderhandelingen tussen die twee. Verder onderhandelen de ziekenhuizen, alleen of samen met de zorgverzekeraars, met de fabrikant. Ik heb al gezegd dat ik mij kan voorstellen dat daar ook een wat maatschappelijker houding komt ten aanzien van prijzen. Je kunt echter moeilijk zeggen: de zorgverzekeraar heeft een contract met een ziekenhuis voor het leveren van die en die zorg, het ziekenhuis zegt dat het toch niet kan voor dat geld, dus kan er iemand even ergens bijplussen vanuit het premiegeld? Die premie is bepaald op basis van wat er is afgesproken. Zo werkt het niet.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): De signalen die wij krijgen, zijn echter wel dat bij de overheveling te weinig rekening is gehouden met nieuwe patiëntengroepen en nieuwe behandelingen. Dus is er ergens met de budgetten iets niet goed gegaan. Daarom zeg ik dat het dus toch ligt bij de zorgverzekeraars, die dan moeten gaan heronderhandelen met de ziekenhuizen. Het kan niet zo zijn dat wij nu tegen patiënten zeggen: helaas pindakaas, maar je krijgt het niet. Dat is echter wel de patstelling waarin we nu met z'n allen zitten.

Minister **Schippers**: Nee, zo kan het inderdaad niet. Patiënten hebben recht op die zorg en moeten die gewoon krijgen. Dat is dus niet aan de orde. Verder hebben de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars een zorgplicht. Zij moeten die zorg dus gewoon leveren en betalen via de contracten die zij met elkaar hebben gesloten. Alle budgetten die bij deze medicijnen horen, zijn inclusief de groei overgeheveld. Als er steeds meer dure medicijnen, waarvan we allemaal weten dat die in de pijnpijn zitten, op de markt komen, wordt dit probleem wel steeds groter. Dan moeten er goede afspraken worden gemaakt tussen verzekeraars en ziekenhuizen. Zelf zullen wij moeten bekijken hoe wij ervoor zorgen dat er geen kaalslag in de een of andere vorm komt. We moeten ook de rest van de zorg betalen, waar het toevallig niet gaat om dure geneesmiddelen. Er is sprake van schaarste. Als wij met elkaar hebben afgesproken dat iets behoort tot de behandeling, dan behoort die behandeling gewoon te worden gegeven, ook door de ziekenhuizen. Als de patiënt die niet krijgt, kan hij zijn verzekeraar bellen en zeggen dat hij een bepaalde ziekte heeft. Dan moet de verzekeraar het maar uitzoeken met het ziekenhuis. De patiënt moet die behandeling gewoon krijgen. Ik kom op de eerste uitgifte. Er is een motie-Voortman (29 477, nr. 303) ingediend over het eigen risico in relatie tot het eerste uitgiftegesprek. Ten aanzien van de eerste uitgifte is afgesproken dat de apotheker verplicht is om een gesprek met de patiënt te voeren. Als een patiënt dat gesprek niet wil, dan mag de apotheker het medicijn eigenlijk niet meegeven. De apotheker is namelijk verplicht om dat gesprek te voeren teneinde verantwoorde zorg te kunnen leveren. Dit heeft allemaal te maken met de keuze tussen het betalen van de apotheker om hem zo een marge te laten halen op de ingekochte geneesmiddelen, of het betalen van de apotheker via de zorg die hij levert. Dat was eerst niet zichtbaar, maar nu is dat wel zichtbaar. Nu iedereen een eigen risico heeft, ziet men ineens waar het geld naartoe gaat. Dan zegt men: ik hoef dat eerste gesprek niet. Dat is

echter niet wat we hebben afgesproken. Een apotheker is echt verplicht om dat gesprek te voeren.

Ik kom op het onderwerp «gunstbetoon». Wat is acceptabel voor een spreekbeurt? Ik heb begrepen dat de tarieven zijn te vinden op de zelfreguleringswebsite www.cgr.nl. Ik ken die tarieven niet uit mijn hoofd, maar daar zijn ze te vinden. Ze zijn vastgesteld door de stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) en de inspectie. Is het transparant genoeg? We hebben al eerder met elkaar hierover gesproken. Het is een heel belangrijke stap. Er zijn maar weinig landen die zo'n transparantieregister kennen. We zouden echter willen dat het nog makkelijker wordt. Daar heb je bijvoorbeeld het BIG-registratienummer voor nodig. Daarmee kun je een arts al veel makkelijker vindbaar maken. Daar is geloof ik nog een wetswijziging voor nodig, of in ieder geval een aanpassing van de regels. Je mag dat nummer namelijk niet zomaar gebruiken. We willen dat echter wel. We willen ook dat er slagen worden gemaakt waardoor het transparantieregister steeds makkelijker toegankelijk wordt voor mensen die er informatie uit willen halen. Ik ben me er goed van bewust dat het nog niet is wat het moet zijn, maar desalniettemin ben ik er ook wel trots op dat we hiermee al zover zijn.

Reclame voor receptgeneesmiddelen gericht op de voorschrijvers is toegestaan als die reclame binnen de kaders van de wet blijft. De inspectie ziet daarop toe. Dat past bij het idee dat een arts in staat is om de informatie in die reclame kritisch te bekijken. De arts heeft daar verschillende instrumenten voor. Naast de reclameboodschappen heeft hij nog andere, objectieve informatie tot zijn beschikking. De arts moet uiteindelijk een afweging maken die in het belang van de patiënt is.

Mij is gevraagd om een brief te sturen over de ZEMBLA-uitzending. Ik kom daar later op terug. Het is niet gelukt om dat voor dit AO af te handelen.

De heer **Van Gerven** (SP): Wil de Minister in haar brief over de ZEMBLA-uitzending ook ingaan op de vraag die ik hier concreet heb gesteld, namelijk: wat vindt de Minister ervan als een reclame een-op-een ingaat tegen een richtlijn, in dit geval een richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap? Dit mag, maar wat is het morele oordeel van de Minister over het feit dat dit gebeurt? Vindt zij het nodig om op dat punt stappen te zetten? Ik heb ook nog een vraag over het transparantieregister. Mij houdt het volgende sterk bezig. We hebben een systeem van zelfregulering. Maar als het fout gaat, als bijvoorbeeld een arts toch duizenden euro's pakt terwijl dat eigenlijk ongeoorloofd gunstbetoon is, wat zijn dan de sanctiemogelijkheden? Is het nu niet te vrijblijvend?

Minister **Schippers**: De inspectie is de toezichthouder. Zij kijkt dus mee en kan beoordelen of er dingen niet goed zijn of dat er lacunes zijn. Zij kan alsnog informatie opvragen bij zo'n bedrijf. Die ZEMBLA-uitzending zal ik eerst zelf nog goed moeten bekijken voordat ik daar allerlei uitspraken over doe, wat ik altijd link vind. Ik kom daar echt in een brief op terug. Ik zal daarin de vraag van de heer Van Gerven, namelijk of je reclame mag maken die ingaat tegen de richtlijnen, beantwoorden. Ik kom hier dus later op terug.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb toch nog een vraag over dat tweede punt, het transparantieregister. De Minister zegt: dan kan de inspectie ingrijpen. Maar het transparantieregister is juist nog erg intransparant. Dat concludeert de VU. Er is geen verplichting om relaties openbaar te maken. Ik heb al de bv-constructie genoemd. De Minister zegt: het is uniek wat wij doen, maar het moet nog beter, het functioneert nog niet voldoende. Kan de Minister niet toch nog toezeggen dat ze daar meer werk van maakt? Als je iets vraagt en besluit dat dat via zelfregulering gebeurt, dan moet er wel iets van een effectief sanctiemiddel zijn voor het geval dat de zelfregulering niet werkt.

Minister **Schippers**: Ik heb al eerder gezegd dat we er nog niet zijn met het transparantieregister. Ik ben trots op wat er gebeurd is. Het is namelijk ontzettend veel werk. Het is er nu voor de farmacie, maar we breiden het uit naar de medische hulpmiddelen. Het hele veld moet dan het commitment hebben voor zo'n systeem. Het is zelfregulering, maar dat betekent niet dat het vrijblijvend is. Die zelfregulering bindt wel. Bij zelfregulering is het op een gegeven moment een veldnorm. Daarop gaat de inspectie dan handhaven. We doen dus niet maar wat. Ik ben het echter wel met de heer Van Gerven eens – de heer Van Dijk zei het ook – dat er echt nog wel wat te doen is qua transparantie en inzichtelijkheid. Dus als hij mij vraagt om daar nog verder in te gaan, als hij stelt dat er nog aan gewerkt moet worden, dan zeg ik: ja, er moet aan worden gewerkt en er wordt ook aan gewerkt. Dat het er niet allemaal in één keer precies staat zoals we het zouden willen, ben ik met de heer Van Gerven eens. Ook wil ik gezegd hebben dat we op de goede weg zijn en dat er al heel veel werk is verzet. Er wordt heel hard gewerkt aan verdere stappen: het verbeteren van het huidige register maar ook het komen tot dat andere register, voor medische hulpmiddelen, waarover we net afspraken hebben gemaakt en waarvan artsen en industrie hebben gezegd dat ze het met elkaar gaan oppakken. Dat is belangrijk. Het is niet vrijblijvend. De inspectie houdt toezicht. Zij kan ook een boete opleggen als het niet goed zit. Het is work in progress, zal ik maar zeggen.

Dat er tekorten zijn, heeft al een tijdje onze aandacht. Al geruime tijd zitten we daarover met alle partijen rond de tafel. Heel veel tekorten zijn geen nationale aangelegenheid. Vaak staat een fabriek ergens heel ver weg. Het wordt steeds meer «één wereld, één markt». Dan gaat zo'n fabriek dicht omdat er onderhoud plaatsvindt, omdat er iets wordt afgekeurd of omdat er anderszins iets is. Die tekorten zijn echt een aandachtspunt. Ook apothekers die ik spreek, en de KNMP zitten daarbovenop. Ze proberen dat zo veel mogelijk te monitoren en telkens oplossingen te vinden, zoals middelen die mensen dan tijdelijk kunnen gebruiken. Je wilt dit liever niet, maar als degene die het produceert, een tijdje dichtgaat wegens groot onderhoud, dan moet je wel een oplossing vinden.

Proberen wij afspraken te maken over het laten melden van tekorten door fabrikanten? Ja, dat proberen wij, maar het is niet altijd makkelijk om afspraken te maken met bijvoorbeeld een fabrikant in India die plotseling groot onderhoud op zijn fabriek laat uitvoeren. Wij zitten er echter wel bovenop. In de sector is de afspraak gemaakt om dreigende tekorten ruim van tevoren, in ieder geval twee maanden van tevoren, te melden. Maar ja, niet iedere leverancier doet dat. Bovendien kan die leverancier ook heel ver weg zitten. Zorgverzekeraars maken in hun contracten afspraken over het melden van tekorten en het zorgen voor alternatieven. Echt alle betrokkenen proberen zich hier in het belang van de patiënt aan te houden en zitten er ongelooflijk bovenop. Volgens mij is er ook een vaste werkgroep die zich hiermee bezighoudt.

Ik kom op de overheveling van al die producten met namen waarmee ook ik altijd reuzeveel moeite heb. Purinethol is per 1 januari 2015 niet overgeheveld naar de aanspraak op geneeskundige zorg. De landelijke werkgroep waarin patiëntenorganisaties en artsen zitting hebben, heeft destijds aangegeven voor mercaptopurine een uitzondering te maken, omdat dat middel ook wordt voorgeschreven bij inflammatoire darmziekten, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Lanvis werd door de werkgroep destijds niet aangemerkt als een middel dat een uitzondering behoeft, maar inmiddels bereiken ons ook signalen dat Lanvis veelvuldig voor niet-oncologische indicaties wordt voorgeschreven. In overleg met de landelijke werkgroep ben ik aan het bezien hoe wij met deze situatie moeten omgaan en hoe we hiervoor een oplossing kunnen bieden. Ook zal ik apart met de patiëntenorganisaties in gesprek gaan. Daarnaast starten we op dit moment – dat weet de commissie, want dat heb ik eerder ook met haar gewisseld – een zeer

brede evaluatie op van alle overhevelingen en de gevolgen daarvan. Pas na die evaluatie ga ik door of niet door met de overheveling. We hebben dus een time-out, zoals het de vorige keer werd genoemd. We hebben een heel groot cluster overgeheveld. We bekijken nu middels een grondige evaluatie wat daarvan de voor- en nadelen zijn, voordat we verdergaan met dit proces. Ik ben vooralsnog niet bereid om een deel van de overheveling terug te draaien. Ik wacht echt die evaluatie af. Ik ga er met iedereen over in gesprek als er onvoorziene neveneffecten zijn, zoals mevrouw Bruins Slot ook aangaf.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister gooit nu twee verschillende problemen op één hoop. Volgens mij heb ik twee verschillende antwoorden gehoord. Het ene antwoord is dat ze ziet dat die tekorten er zijn en dat ze in overleg gaat. Het andere antwoord gaat over het wellicht terugoverhevelen, waarover ze nog geen uitspraak wil doen. Het gaat hier echter om een grote groep van mensen die al drie maanden van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Minister **Schippers**: Daar kom ik nu op.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Oké. Dan laat ik de Minister daar nog iets over zeggen voordat ik mijn vraag stel.

Minister **Schippers**: Het gaat over het niet beschikbaar zijn van Purinethol. Dat is ontzettend vervelend, zoals mevrouw Bruins Slot al zei. Als je op zo'n middel bent aangewezen en het er niet is, dan is dat niet niks. De inspectie heeft contact gehad met de distributeur, B-Medical, met de country manager van Aspen Pharmacare voor Nederland en met Aspen Pharmacare in Ierland. De inspectie heeft mij laten weten dat het een complexe situatie betreft. Verschillende zaken spelen daarbij een rol. Enerzijds is er een toegenomen vraag door het off-label gebruik voor colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. Anderzijds loopt de productieplanning niet synchroon met de toegenomen vraag. Het duurt een aantal maanden tot een halfjaar voordat de productie op peil is gebracht, aldus de firma. Daarnaast wordt in Ierland periodiek voor de Europese landen gepland hoeveel er per land wordt geproduceerd. Het is de vraag of daarop vanuit Nederland veel invloed kan worden uitgeoefend. Als er via parallellexport verkoop aan andere EU-landen plaatsvindt, kan dat leiden tot tekorten. Dit lijkt ook in Nederland een rol te spelen, omdat het product in Nederland goedkoper is dan in een aantal andere landen, waaronder België. Het goede nieuws is dat er vanaf de eerste week van april 2015 meer beschikbaar zal zijn voor Nederland. De verwachting is dat dit voldoende zal zijn. Het geeft maar weer aan hoe kwetsbaar en afhankelijk van een fabrikant je bent. Dat is bij ontzettend veel geneesmiddelen het geval. Het is een wereldmarkt geworden. Ik heb wel vaker te maken gehad met ineens een situatie waarin wij – althans, niet ik persoonlijk maar onze mensen met de KNMP en de zorgverzekeraars – koortsachtig gingen zoeken naar alternatieven en oplossingen voor als zoiets mis zou gaan. Wij hebben daar de vorige keer ook over gesproken, waarbij veel voorstellen over tafel gingen om dat te counteren, maar dat is niet zo eenvoudig te counteren. Gelukkig is er hopelijk heel binnenkort een oplossing.

De **voorzitter**: Voordat u overgaat naar het volgende punt, wil mevrouw Bruins Slot zonder inleiding – die hebben we gehad – toch haar vraag stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Heel duidelijk is dat die medicijnen 150 kilometer over de grens liggen omdat de prijs daar hoger ligt. Een heleboel patiënten zijn naar hun zorgverzekeraar toe gegaan en hebben

gezegd: we zouden graag het middel willen hebben. We weten dat het voor een hogere prijs ergens anders te koop is. Door de prijsafspraken, ook tussen apothekers en zorgverzekeraars, moet de apotheker het verschil betalen. Maar uiteindelijk is het de patiënt die het geneesmiddel niet krijgt maar dat wel nodig heeft, die weer in de kou staat. Hoe lossen we dat nu op? Hier is ook een stammenstrijd gaande over de vraag wie de rekening betaalt, maar de patiënt is daarvan de dupe.

Minister Schippers: We hebben hier heel vaak de volgende situatie gehad. Mij werd dan gezegd: «Minister, ik ben in het buitenland op vakantie geweest en daar waren een heleboel geneesmiddelen veel goedkoper dan in Nederland. Kunnen we niet een systeem bedenken waardoor de geneesmiddelenprijs lager is?» Hier is het precies andersom. Op de Europese interne markt zijn er verschillen, waardoor je ook die parallelimporten en dit soort gedoe krijgt. Parallelimport moet overigens door de verzekeraars worden vergoed. Dat is echter allemaal niet de oplossing. Er is gewoon een probleem: een fabriek krijgt meer vraag dan hij aankan en er vinden allerlei verschuivingen plaats omdat er ineens een schaarste aan geneesmiddelen is. Bij de ene casus ligt het hieraan, bij de andere casus daaraan. Het is steeds een andere oorzaak. Het is niet zo eenvoudig op te lossen. Het voordeel van de zaak in kwestie is dat het naar verwachting begin april zal zijn opgelost. Ik hoop dat van harte. Vanuit de Nederlandse overheid kan ik hier bijzonder weinig aan doen.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): Er zit een heel klein element in waarop de Minister heel duidelijk de vinger legt: de rekening moet worden betaald. De geneesmiddelen liggen in een ander land, niet in Nederland, en de prijzen zijn hoger. Klaarblijkelijk willen zorgverzekeraars die hogere prijs op bepaalde punten niet betalen. Houdt de Nederlandse Zorgautoriteit daar toezicht op? Het gaat uiteindelijk om zorg die mensen nodig hebben.

Minister Schippers: Nee, het gaat hier om een tekort. Onze prijsdrukkende mechanismen werken dusdanig dat wij hier inderdaad minder betalen voor dat geneesmiddel dan men elders daarvoor betaalt. Dan kun je van die omleidingen krijgen. De verzekeraar zal parallelimport moeten vergoeden. Het is de ene keer dit, maar de andere keer is het dat een bedrijf groot onderhoud nodig heeft. We hebben daarvoor de site farmanco.knmp.nl in het leven geroepen. Daarop kunnen behandelaars en apothekers zien of er een alternatief is. Dat is dus een belangrijke website. We hebben een werkgroep die voortdurend oplossingen bedenkt voor problemen die ontstaan door geneesmiddelentekorten. Eén allesomvattende oplossing hebben we echter niet.

Er zijn verschillende vragen gesteld over maagzuurremmers. Je kunt een onderzoek altijd op verschillende manieren lezen: het glas is halfvol of halfleeg. De aanleiding voor het doen van het onderzoek was dat maagzuurremmers voor mensen die die remmers niet chronisch gebruiken, namelijk korter dan een halfjaar, voor rekening van de gebruiker zelf zouden komen. Wie de maagzuurremmers langer dan een halfjaar nodig hebben, zouden die vanwege het chronische aspect via de ziektekostenverzekering vergoed kunnen krijgen. Er waren allerlei angsten dat dit een enorme impact zou hebben en dat het tot heel veel meer maagbloedingen zou leiden. Dat was de aanleiding tot het doen uitvoeren van het onderzoek. Hierin staan niet alleen maar goede dingen, maar het feit dat er sinds 2010 een afname is van het aantal maagbloedingen, lijkt mij echter toch wel positief. Dat kunnen we met elkaar constateren. Het feit dat die daling zich ook na de introductie van de pakketmaatregel in 2013 heeft voortgezet, is eveneens een positieve conclusie uit het onderzoek. Overigens blijkt uit het onderzoek ook dat de pakketmaatregel om maagzuurremmers niet langer te vergoeden, niet heeft geleid tot een daling in het gebruik van maagzuurremmers door risicogroepen. Er is wat

betreft het gebruik van maagzuurremmers juist sprake van een stijging: van 55% in 2010 naar 65% in 2013. Voordat we dit onderzoek gingen doen, hadden we met elkaar al geconstateerd dat heel veel mensen die tot de risicogroep behoren, de maagzuurremmers sowieso niet slikken. Dat was ook al zo toen die nog wel gewoon vergoed werden. Er was dus al sprake van een discrepantie, doordat mensen geen pillen willen slikken of anderszins argumenten daarvoor hebben. Dat het is toegenomen, is dus positief.

Gevraagd is of ik het wenselijk vind dat mensen om financiële redenen afzien van het slikken van maagzuurremmers. Dat vind ik niet wenselijk. Uit het onderzoek blijkt dat het om een klein percentage gaat. Desalniettemin, ook een klein percentage is niet goed. Ik merk hierbij wel op dat de kosten laag zijn: rond de € 15. Daarmee kun je een hoop voorkomen. De resultaten van dit onderzoek geven mij geen aanleiding om de pakketmaatregel terug te draaien. Er zijn wel meer dingen die medisch noodzakelijk zijn maar die toch voor eigen rekening komen. Ik denk hierbij aan bijvoorbeeld de tandheelkunde. Het is ontzettend belangrijk om je gebit goed te onderhouden, maar ook hierbij zeggen we: als je ouder bent dan 18, dan komt dat voor eigen rekening. De maatregel betreffende de maagzuurremmers is bewust genomen, ook omdat we met elkaar maatregelen moesten nemen om de kosten in de hand te houden. Ik vind het belangrijk om dit te constateren.

Ook het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik heeft onderzoek gedaan. Het betrof een evaluatie over een kortere periode. Het NIVEL is uitgebreider en intensiever gaan kijken. In dat onderzoek staan dus ook minder extrapolaties dan in het IVM-onderzoek.

De heer Van Gerven zei dat bij mensen ouder dan 70 sprake is van een toename. Ik verwijs naar tabel 3.1 uit het NIVEL-rapport. Ik heb die tabel niet voor mijn neus, maar de woordvoerders hebben dat wel. Daarin is te lezen dat bij de 70- tot 80-jarigen het aantal maagzweren in 2013 is gedaald ten opzichte van 2012 en dat het aantal maagzweren bij 80-plussers in 2013 is gedaald ten opzichte van 2012. De verschillen zijn klein. Ook in de lagere sociaal-economische groepen neemt het af. Ik zie dat onderzoek dus echt anders. Heeft het NIVEL dat onderzoek dan wel goed gedaan? Ik heb veel vertrouwen in het NIVEL. Het onderzoek is onafhankelijk gedaan. Het is niet door de industrie maar door ons gefinancierd. Het IVM-onderzoek is overigens wel door de industrie gefinancierd. Het gevraagde onderzoek – het is namelijk altijd goed om te onderzoeken wat de gevolgen van bepaalde maatregelen zijn – vormt voor mij geen aanleiding om de maatregel terug te draaien.

Ik kom op de tbc-conferentie. Ik heb begrepen dat ik daarover nog een brief zou krijgen, maar die heb ik zelf nog niet gezien. Ik begrijp uit de stukken dat ik wel een verzoek heb gekregen om in 2016 een internationale conferentie te organiseren. Ik heb de brief zelf nog niet gezien. Ik wil die eerst lezen. Dan zal ik er een besluit over nemen. Het is wel zo dat het kabinet heeft besloten om focus aan te brengen in het Nederlandse voorzitterschap. We hebben dus heel weinig onderwerpen. Als vakminister vind je dat altijd heel erg, want je hebt altijd veel meer onderwerpen dan je mag aanleveren. Je moet dus selectief zijn in wat je doet. We mogen een aantal dingen organiseren, maar hier moet ik nog even goed naar kijken. We hebben ook een e-health-week, die tijdens elk voorzitterschap wordt georganiseerd. Ik ben zelf natuurlijk ook bezig met AMR (antimicrobiële resistentie) en zo. We moeten dus echt even bekijken of we het ergens aan kunnen koppelen, of dat een beetje te doen is. Ik zal daar induiken.

Is het aanpassen van het octrooirecht, wat hier als oplossing is aangedragen, een oplossing voor Tecfidera? Dat vraag ik mij af. Wij vragen ons af of het bij deze casus zou helpen. Op nationaal niveau is het ontzettend moeilijk om in te grijpen in het octrooisysteem. Zoals ik al eerder heb aangegeven, laat dit soort voorbeelden wel iets zien. Ik kan begrijpen dat

je onderzoek nodig hebt. Ik vind het goed dat geneesmiddelen worden geregistreerd. Dat is belangrijk. Het Europese beleid is daar ook heel erg op gericht. Het is belangrijk dat dit gebeurt. Dat het kosten met zich brengt, is ook helder. We zijn hier allemaal, zeg maar, collectief geschrokken van wat het betekent. We zullen er met elkaar naar moeten kijken. Ik vind dit ook een belangrijk punt voor de agenda die ik heb beloofd in het najaar te zullen sturen. Enerzijds heb je een geneesmiddel dat al jarenlang wordt voorgeschreven. Anderzijds heb je dan een registratie voor een andere aandoening. Daar zitten toch wel dingen in. Ook naar het octrooirecht wil ik best kijken in het kader van die agenda. Ik weet wel dat dit heel moeizame trajecten zijn. Er zitten ook allerlei voors en tegens aan. We willen bijvoorbeeld dat het juist niet wordt gebruikt bij AMR. Als het dan vijf jaar op de plank blijft liggen en je octrooi is verlopen, dan verdien je nooit meer terug wat je erin hebt gestopt. We zullen dus genuanceerd moeten bekijken of er verbeteringen mogelijk zijn. En kunnen we daar medestanders voor vinden? Dat is in Europa altijd cruciaal.

Gevraagd werd naar mijn standpunt over de medische claims van homeopathische middelen die een aantal jaren geleden zijn verwijderd. Er was een goede reden voor die verwijdering: er is geen bewijs geleverd voor de werking. Dat is ook in een rechtszaak aan de orde geweest. Het is onwenselijk als op verpakkingen van geneesmiddelen beweringen staan die niet onderbouwd kunnen worden. We zitten daarbovenop. We hebben ook al die drankjes en al dat voedsel die een bepaalde werking zouden hebben. We zijn er ontzettend strikt op dat er niet allerlei «goed tegen»-claims op voedsel komen. Dan weet de consument op een gegeven moment ook niet meer wat hij moet eten en drinken. Niet alleen bij voedsel letten we daar streng op, maar ook bij de homeopathische middelen. Het is heel belangrijk dat op geneesmiddelen beweringen staan die wetenschappelijk overeind blijven. Ik vind het heel belangrijk dat de consument ervan opaan kan dat waargemaakt wordt wat op een voedingsmiddel, een drankje of een homeopatisch drankje staat. Anders kan iedereen wel van alles beweren.

Ik kom op optreden tegen huisartsen die nodeloos antibiotica voorschrijven.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister heeft het over een claim, zoals: dit medicijn werkt tegen dit of dat. Het gaat om zelfzorgmiddelen. Daarvoor kun je zelf kiezen en je betaalt die zelf. Kennelijk hecht je daar waarde aan, want je wilt ze gebruiken. Als je dan voor het schap staat, is het wel handig dat je ongeveer weet welke druppeltjes je waarvoor koopt. Als daarop dan eventueel ook nog de mededeling zou staan dat het niet wetenschappelijk bewezen is, dan lijkt me de claim helder genoeg. Daar is ook veel behoefte aan bij consumenten. Uit onderzoek van de Consumentenbond is ook gebleken dat men graag een beetje richting gewezen krijgt.

Minister **Schippers**: Ik verbied niets. Met mevrouw Dijkstra vind ik dat, als iemand homeopathische middelen zonder wetenschappelijke onderbouwing wil kopen, hij dat zelf mag beslissen. We leven in een vrij land. Echter, als je de consument een keuze laat maken, dan moet dat wel een keuze zijn op basis van juiste informatie. «Helpt tegen griep» of «tegen griep» vind ik niet voldoende onderbouwd om de consument daarop te kunnen laten vertrouwen. De druk is enorm groot, vooral bij voedingsmiddelen. De NVWA heeft nog maar onlangs de claim van een heel grote fabrikant veroordeeld dat een bepaald drankje goed is tegen alzheimer. Iedere fabrikant zet heel graag van alles op zijn eten en op zijn drankjes. We moeten de consument echter ook beschermen: informatie die op een product staat, moet onderbouwd zijn. Ik vind dat een heel belangrijke taak van de overheid.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Soms staat er «bij verkoudheid of griep» of «bij slaapproblemen» op de verpakking. Ik ben niet van de homeopathische middelen, dus ik zal die niet kopen. Iemand die vindt dat hij daar wel baat bij heeft en op zoek gaat naar middelen waarvan hij denkt dat die werking er wel degelijk is, heeft dan toch wel een beetje richting nodig. Als je daarbij nog vermeldt dat de werking niet wetenschappelijk onderbouwd is, dan zie ik niet in waarom dat nog een probleem is.

Minister **Schippers**: Als het geen claim is, mag je er van alles op zetten. Je mag er echter niet «tegen griep» op zetten. Of: «bij griep». Daar zou ik juristen naar moeten laten kijken. Ik denk dat de fabrikanten van homeopathische middelen dat allemaal heel goed hebben gedaan. Ik vond het zelf een heel belangrijk besluit. Ik kan de commissie ook vertellen dat ik daar ook heel veel weerstand tegen heb gekregen. Ik vind het echter ook onze taak als overheid om ervoor te zorgen dat goede informatie wordt gegeven. Ik wil daar toch aan vasthouden.

Ik kom op mijn reactie op het bericht dat kinderen te veel antibiotica voorgeschreven krijgen. Ik vind het ontzettend belangrijk dat iedereen zich bewust is van het risico van te veel antibiotica voorschrijven, natuurlijk al helemaal bij kinderen, maar eigenlijk bij iedereen. Daarom hebben we dit prioritair opgepakt. Ik zal ook komen met een actieplan voor het verder terugdringen hiervan. Nederland doet het internationaal eigenlijk heel goed. Desalniettemin was het inspectierapport dusdanig dat we niet achterover kunnen gaan leunen. Ik werd niet heel vrolijk van wat in het inspectierapport stond over de verpleeghuizen en de ziekenhuizen. Ook uit dit bericht blijkt maar weer hoe belangrijk het is dat ook de beroepsgroep zelf zich altijd bewust is van de risico's. Ik kom, zoals eerder toegezegd, met een actieplan. Daarin zal dit een rol spelen.

We hadden het al even over Sovaldi en hepatitis C. Ik moet vooropstellen dat ik ernaar streef om de vergoeding voor alle hepatitis

C-geneesmiddelen breder open te stellen. Dat is mijn doel. Ik sta daar niet alleen in. In heel Europa, maar ook daarbuiten, is het vanwege de hoge kosten nog niet mogelijk om hier breed toegang toe te verschaffen. Dat is nog niet gelukt. We hebben daarvoor aanvullende afspraken met de leveranciers nodig. Ik ben daarover met hen in gesprek. Ik wil de onderhandelingen niet belasten met uitspraken hier. Het zijn krankzinnig dure geneesmiddelen. Door een deal met naar ik meen Sovaldi, die eind dit jaar afloopt, hebben we het in ieder geval al in de vergoeding kunnen doen voor de mensen voor wie het als eersten hoog noodzakelijk was om die geneesmiddelen te krijgen. Ons streven is helder. We zijn nog in gesprek.

Over vaccinaties hebben we eerder gesproken. De heer Rutte refereerde daar al aan. Ik heb recentelijk een brief daarover naar de Kamer gestuurd. Ik begrijp dat de heer Rutte van mening is dat het wel goed is, maar dat het tempo onvoldoende hoog is. Er gebeurt wel wat. Het RIVM heeft de opdracht gekregen om de communicatie en voorlichting over alle vaccins, ook over de vaccins die niet in het NVP (Nederlands Vaccinatie Programma) zijn opgenomen, te verzorgen. Het RIVM is nu dus bezig met voorlichting aan artsen en andere betrokken professionals. Later zal het de publieksvoorlichting oppakken. Dat is dus iets waarmee we al zijn gestart. De andere dingen nemen wat meer tijd in beslag, bijvoorbeeld het opzetten van een beoordelingskamer. Ik begrijp het ongeduld van de heer Rutte, maar soms helpt het niet om aan gras te trekken. Het RIVM is dus al wel bezig. Als de heer Rutte zelf nog concrete voorstellen heeft, als hij een concrete actie heeft die snel kan worden gerealiseerd, dan sta ik daarvoor open. Ik heb het idee dat we al doen wat we snel kunnen doen. De andere dingen kosten iets meer tijd.

Dan ga ik in op de klinische geneesmiddelen. Het aantal daarvan loopt terug, terwijl we wel een lichte stijging zien in het aantal klinische onderzoeken. Waarschijnlijk hangt het er een beetje vanaf wat je waarmee

vergelijkt. We hebben in Nederland van oudsher relatief veel klinisch onderzoek. Dat heeft ook te maken met het feit dat Nederland daar goed in is. De suggestie van de heer Rutte voor een platform met een overzicht vind ik heel aardig. Ik zal die suggestie dan ook meenemen en verder uitwerken in het plan van aanpak.

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) bekijkt momenteel hoe zij informatie over trials beter inzichtelijk kan maken voor patiënten. Ik wil even afwachten wat daar uit komt. Ik vind dit ontzettend belangrijk. Als het onderzoek namelijk in Nederland plaatsheeft, dan hebben Nederlanders ook veel eerder toegang ertoe en kunnen zij ook meedoen in zo'n onderzoek. Ik deel dus het gevoel van urgentie. Dat was het, voorzitter.

De voorzitter: Goed. Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording in eerste termijn van de zijde van de Minister. Ik kijk of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is het geval. Voordat we daartoe overgaan, wil ik enkele minuten schorsen voor mensen die even de handen willen wassen.

De vergadering wordt geschorst van 16.53 uur tot 16.58 uur.

De voorzitter: Wij gaan over naar de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil nog even op drie punten ingaan, allereerst de dure geneesmiddelen. Is de Minister bereid om toe te zeggen dat wij op het vlak van de dure geneesmiddelen geen postcodegeneeskunde toestaan? Zegt zij toe dat zijn dat zal voorkomen, zodra er ook maar één signaal is dat het gebeurt?

Wat de maagzuurremmers betreft, zie ik op bladzijde 22 van het onderzoek staan dat het getal bij de 70- en 80-plussers in 2011 6,4 respectievelijk 7,3 was. In het jaar 2012 was het getal 7,2 respectievelijk 8,6. De daling zit bij de leeftijdsgroep tussen de 20 en 60 jaar. We komen er nu niet uit, want de Minister heeft gezegd dat zij dat een goed rapport vindt en dat zij daar ook bij blijft. We zullen haar dat vraagstuk via een motie in de Kamer nog eens voorleggen. Het onderzoek van het IVM is niet door wetenschappers bekritiseerd, voor zover ik weet. De Minister heeft het wel gediskwalificeerd, maar door de wetenschap is het niet bekritiseerd. Het gaat over heel Nederland. Ik denk dat de Kamer daar maar een uitspraak over moet doen, temeer daar wel onbetwist is dat 50.000 tot 133.000 mensen dat medicijn niet gebruiken, terwijl ze het eigenlijk wel nodig hebben, volgens de dokter. Dat vind ik toch iets om bij stil te staan.

Tot slot. De Minister zegt dat je eigenlijk met verzekeraars moet kunnen overleggen over de middelen. Kunnen we dan niet beter stoppen met die hele flauwekul van de marktwerking en van al die verzekeraars gewoon één publieke verzekering maken, zodat ze gezond kunnen overleggen hoe ze dat met de verstrekking van medicijnen moeten doen?

De voorzitter: Dank u wel. Ik hoorde dat u met zoveel woorden een VAO aankondigt. Ik zie u instemmend knikken. Dan is het woord aan de heer Van Dijk voor zijn tweede termijn.

De heer **Otwin van Dijk** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden in eerste termijn. De aanleiding tot dit AO waren de 400 doorbereide middelen. Er wordt een aantal stappen gezet om dat op te lossen, maar de vraag blijft welke rol het Zorginstituut in dezen speelt. De situatie moet voor alle verzekerden in dit land gelijk zijn. Ik wil het toch nogmaals vragen: is de Minister niet van mening dat het Zorginstituut informatie die het heeft op basis van een oordeel dat het geeft in geval van twijfel, op een of andere manier moet delen met andere zorgverzeke-

raars of patiëntenverenigingen? Dan zou er in ieder geval meer eenduidigheid ontstaan.

Ik ben blij met de toezegging van de Minister dat zij marktbederf of boevengedrag met octrooien en patenten op Europees niveau wil aanpakken. Dat is nodig om ervoor te zorgen dat wij uiteindelijk met z'n allen geneesmiddelen hebben met een fatsoenlijke prijs. Ik ben benieuwd wat daarover in de agenda komt te staan die de Minister aan het eind van het jaar naar de Kamer zal sturen.

Er blijven vragen open over de dure geneesmiddelen. Hoe voorkomen we dat er gesleept gaat worden, om het maar heel onaardig te zeggen, met patiënten? De benodigde zorg moet verkrijgbaar zijn zo dicht mogelijk bij de plaats waar mensen wonen.

Tot slot het GVS. Ik heb daar in eerste termijn een soort procesvraag over gesteld. Ik heb er wel behoefte aan, de Minister dienaangaande een aantal dingen mee te geven. Dat kan ik via een motie doen, maar we kunnen ook afspreken – ik kijk even vragend naar de voorzitter – dat we een soort vragenronde doen. Dan stellen we daarin onze vragen, zodat die meegenomen kunnen worden.

De voorzitter: Het is hier geen procedurevergadering, maar gezien het instemmende geknik van de leden en de reactie van de Minister stel ik voor om een schriftelijk vragenronde te doen om de open vragen te inventariseren en mee te geven aan de Minister. Ik zie instemming alom, dus dan gaan we dat op die manier doen.

Dan is het woord aan mevrouw Gerbrands.

Mevrouw Gerbrands (PVV): Voorzitter. Het is goed dat er in het najaar een nieuwe visie komt op het geneesmiddelenbeleid en dat dit een brede visie wordt. Zoals vandaag ook wel blijkt zijn er namelijk een hoop onderwerpen te bespreken. Een puntje van zorg blijven bij mij de dure geneesmiddelen, de overheveling en het gehakketak tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. De patiënt is daar de dupe van en ik heb niet concreet gehoord wat de Minister op korte termijn gaat doen om dat probleem op te lossen. Het ziekenhuis betaalt niet en de verzekeraar betaalt niet, dus wat moet de patiënt doen? Als we vandaag weer het nieuwsbericht zien dat zorgverzekeraars meer dan 70 miljoen hebben uitgegeven aan reclameactiviteiten die niets opleveren, dan denk ik dat de zorgverzekeraars met dat geld beter die dure medicijnen kunnen vergoeden.

Mevrouw Bruins Slot (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. Misschien komt het door de weerbarstigheid en ongrijpbaarheid van dit onderwerp dat er soms nog losse eindjes blijken te zijn. Ik heb nog een concrete vraag over Lanvis, met de werkzame stof Thioguanine. Op welke termijn besluit de Minister of dat middel wel of niet onder de uitzonderingen kan vallen? Ik denk namelijk dat patiënten er echt bij gebaat zijn dat dit besluit op zeer korte termijn valt. Mijn tweede vraag in dat verband is wanneer de Minister verwacht dat de evaluatie in brede zin van de overheveling klaar is.

Een ander punt is het feit dat nu eigenlijk blijkt dat een aantal patiënten de dupe zijn van het succesvolle systeem van geneesmiddelenprijzen. We drukken op dit moment op sommige punten zo erg de prijzen dat noodzakelijke medicatie af en toe lastig te verkrijgen is voor de patiënten. Het CDA vindt dat echt een probleem. De Minister zegt duidelijk dat de zorgverzekeraar parallelimport moet vergoeden. Ik ben blij met die uitspraak, maar hoe dwing je dat af op het moment dat een zorgverzekeraar zegt: nee, ik ga die rekening niet betalen? Graag hoor ik daar nog een antwoord op.

Ik sluit af. Je ziet nu dat een ziekenhuis de dure geneesmiddelen soms wel geeft en de rekening daarvoor indient bij de zorgverzekeraar, maar dat die

dan zegt: u hebt een budgetplafond, daar bent u overheen gegaan, dus wij betalen die rekening niet. Hoe gaat het dan verder? Dat is mijn vraag aan de Minister.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Wat de dure geneesmiddelen en de overheveling aangaat, kan ik mij aansluiten bij wat mevrouw Bruins Slot net zei. Ik wil nog iets anders onder de aandacht van de Minister brengen en haar om een reactie daarop vragen. Het gaat om de dure geneesmiddelen en de oncolytica. We hadden het zonet over patiënten die die middelen niet krijgen, omdat de zorgverzekeraars zeggen dat die voor rekening van het ziekenhuis zijn. Als het echter gaat om add-ons, krijgen de zorgverzekeraars de kosten ex post verrekend en de ziekenhuizen niet. Ik hoor toch graag van de Minister hoe zij denkt dat dit dan moet gaan. Hoe kunnen de afspraken daarover dusdanig worden verbeterd dat de patiënten daadwerkelijk de zorg kunnen krijgen waar zij een wettelijke aanspraak op hebben?

De Minister meent dat zij aangaande de maagzuurremmers niets hoeft te veranderen. Ik maak mij toch zorgen over de mensen die daar om financiële redenen van afzien. Overigens zijn er ook verzekeraars, zo weet ik, die uit coulance maagzuurremmers wel vergoeden voor iedereen. Dat is misschien ook goed om even op te merken.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Terecht erkent de Minister dat het niet goed is gegaan met de door apothekers bereide geneesmiddelen die niet meer vergoed worden. In tegenstelling tot de Minister denk ik niet dat dit slechts een communicatieprobleem was. Het gaat hier om medicijnen die mensen nodig hebben en waar mensen niet zomaar mee kunnen stoppen. Dan kan de Minister niet zomaar zeggen: dat is iets voor het bestuurlijk overleg. Zij moet hier heldere kaders stellen: geen nare verrassingen voor patiënten gedurende het jaar. Als er al iets verandert, moet dat ruim op tijd gebeuren, zodat mensen dat mee kunnen wegen in hun keuze voor een zorgverzekeraar. Het is onredelijk dat verzekerden maar één keer per jaar mogen overstappen, terwijl verzekeraars lopende het jaar beslissingen kunnen nemen die in het nadeel van patiënten zijn. Ik overweeg hierover een motie in te dienen.

Ik vind ook dat de Minister te gemakkelijk omgaat met het doorverwijzen van mensen naar de geschillencommissie. Zij erkent dat er fouten zijn gemaakt, maar zegt vervolgens dat mensen zelf maar naar de geschillencommissie moeten stappen.

Tot slot het onderzoek dat de Minister laat doen naar de vraag of de zorg van apothekers wel of niet onder het eigen risico moet vallen. Wil de Minister daarin ook de uitspraak van de geschillencommissie meenemen over de CZ-verzekerde?

Wat de maagzuurremmers betreft, kan ik mij aansluiten bij wat de heer Van Gerven zei.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. Ik constateer dat wij in deze commissie weleens in een slechtere sfeer over geneesmiddelen hebben gepraat. Ik vind dat vooruitgang en ik vind het ook vooruitgang dat ik bij mijn collega's de urgentie voel om het thema geneesmiddelen en de toekomst van dure geneesmiddelen vooral in de vorm van dilemma's te benaderen. Want er zijn veel dilemma's. Aan de ene kant ligt er een enorme kans om mensen te genezen die niet kunnen genezen. Op dat vlak komen er enorm mooie ontwikkelingen. Aan de andere kant legt dat een beslag op de algemene middelen. Dat is het dilemma van nu. Het is goed dat de Minister een werkgroep heeft ingezet die moet verkennen waar het nu echt gaat knellen. Ik wil hier wel uitspreken dat wie recht heeft op een behandeling, die behandeling ook dient te krijgen en dat het niet aangaat dat een ziekenhuisdirecteur bepaalt wie wel en wie geen behandeling krijgt. Dan had die directeur – ik zeg het even heel hard – misschien wat

beter moeten onderhandelen. Die verantwoordelijkheid heeft die directeur ook, en mooie verhalen in de pers doen daar niets aan af.

Ik wil de Minister erg bedanken, met name voor de toezegging om voor het klinische geneesmiddelenonderzoek te bezien of zij zich kan inzetten voor een open platform waarin patiënten die vaak uitbehandeld zijn, toch nog kunnen kijken welke studies er zijn. Die informatie is nu heel moeilijk te vinden. Als die straks wel vindbaar is, kan dat net weer een stapje zijn. Goed voor die patiënt, goed voor het onderzoek in Nederland en goed om ervoor te zorgen dat dit onderzoek in Nederland blijft, want het trekt inderdaad weer een beetje aan, maar vergeleken met het jaar 2000 is de hoeveelheid onderzoek in Nederland gehalveerd. Laten we kijken of we daarin weer een stap vooruit kunnen zetten.

De voorzitter: Dank u wel. Daarmee is er een einde gekomen aan de tweede termijn van de kant van de Kamer. Ik geef graag de Minister het woord voor haar beantwoording in tweede termijn.

Minister Schippers: Voorzitter. Postcodegeneeskunde is uit den boze en onacceptabel. Ik heb het al vaker gezegd: als een ziekenhuis een behandeling doet, doet het de hele behandeling. Het kan niet zo zijn dat een patiënt die toevallig bij een ziekenhuis om de hoek woont dat zijn contracteerafspraken niet goed heeft gedaan, dan maar pech heeft. Er moet dus heel scherp een streep worden getrokken: dat kan niet de gang van zaken zijn. Zijn dure geneesmiddelen een probleem? Ja, daarom heb ik ook die werkgroep ingesteld. Ik hoop dat we op dat gebied stappen kunnen zetten en ik zal daar in onze nieuwe visie ook zeker aandacht aan besteden.

Het kan best zijn dat daarbij moeilijke besluiten genomen moeten worden. We kunnen zeggen: alles moet, maar op een gegeven moment hebben we bij de maagzuurremmers ook een besluit genomen, omdat we juist dachten dat het dan gaat om € 10 à € 15 per maand, terwijl nooit iemand zelf het bedrag kan opbrengen dat die heel dure geneesmiddelen kosten. Dat vergt moeilijke besluiten. Als ik één ding zeker weet, is het dat die dilemma's er in de toekomst ook zullen zijn. Die kosten zijn niet duurzaam onder controle, natuurlijk niet, gezien de ontwikkeling van de wetenschap en de vraag en wensen van mensen.

Ik heb het IVM-onderzoek niet gediskwalificeerd. De heer Van Gerven zegt vaak dat de Minister aan de leiband van de industrie loopt en dat ze doet wat de industrie wil. Nu komt hij aanzetten met een onderzoek dat gefinancierd is door de industrie. Ik heb alleen maar willen benadrukken dat het bij mij niet zo geldt, maar bij de heer Van Gerven vaak wel. Dat heb ik willen terugspelen. Ik heb niets gezegd over de kwaliteit van dat onderzoek, maar het is een onderzoek waarin geëxtrapoleerd is; er is niet echt onderzoek gedaan in dossiers. Het NIVEL daarentegen heeft dat wel gedaan. Het NIVEL heeft op basis van de database van de huisartsen onderzoek gedaan.

De heer Van Gerven (SP): Ik moet daar toch even op reageren. Als de SP of de heer Van Gerven kritiek hebben op gesponsord onderzoek, is dat niet zozeer omdat de heer Van Gerven of de SP dat vindt, maar omdat uit onderzoek blijkt dat gesponsord onderzoek vaak positiever is over een bepaald medicijn dan niet-gesponsord onderzoek. Dan is er dus kritiek op dat onderzoek. Nu even terug naar het onderzoek van het IVM. Dat is voor een klein gedeelte gesponsord door de industrie, maar daar is geen kritiek op gekomen vanuit de wetenschap. Mocht die kritiek er wel zijn, dan hoor ik dat graag, want dan weten we waar we het over hebben.

Minister Schippers: Laten we eerlijk zijn: uw kritische blik waarmee u bekijkt wie onderzoek financiert en wat er uit dat onderzoek komt... Dit onderzoek is gewoon gefinancierd door fabrikanten van maagzuur-

remmers. Die hebben zelf belang bij dit onderzoek. Ik zeg niet dat dat onderzoek per definitie diskwalificeert. Dat heeft de heer Van Gerven mij nooit horen zeggen. Omdat hij dat echter zelf zo vaak zegt, verwondert het mij dat hij dit onderzoek nu juist een aantal keren aanhaalde. Het punt is dat er voor dit onderzoek niet daadwerkelijk in databases is gekeken op hoeveel maagbloedingen meer we nu zitten. Het is een geëxtrapoleerd onderzoek, terwijl er voor het NIVEL-onderzoek wel daadwerkelijk is gekeken in de databases. Daarmee doe ik niets af aan het wetenschappelijk gehalte of het onderzoek van het IVM zoals het is opgezet.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij constateerden dat er twee verschillende uitkomsten liggen. Het onderzoek van het IVM was een extrapolatie. Dat klopt, maar het ging wel over heel Nederland. Het onderzoek van het NIVEL gaat over een beperkt aantal praktijken waar gegevens uit gedestilleerd zijn. Zo kun je allerlei nuances aanbrengen bij de rapporten. Wat ik voorstel is – dat zou ik de koninklijke weg hebben gevonden – om dat nog eens voor te leggen aan het Zorginstituut en aan het IVM, dat tot andere conclusies komt, zodat wij op basis van feiten en van de oordelen van wetenschappers die elkaars publicaties beoordelen, politieke besluiten kunnen nemen.

Minister **Schippers**: Het zijn totaal onvergelijkbare onderzoeken. Het ene onderzoek is een extrapolatie. Daarin is niet gekeken wat er is gebeurd. Het onderzoek is gedaan op basis van literatuur. In het andere onderzoek is gewoon gekeken wat er gebeurd is. Men is in de databases gaan kijken van huisartsen. Wat is er daadwerkelijk gebeurd? Ik had de Kamer dat onderzoek toegezegd naar aanleiding van een motie. Die motie heb ik uitgevoerd. Het NIVEL heeft dat onderzoek op een deugdelijke manier gedaan en is gaan kijken wat er daadwerkelijk is gebeurd. Het NIVEL komt met deze conclusies.

Ik kom op de rol van het Zorginstituut. Ik ben het helemaal met de heer Van Dijk eens dat men het moet delen als er twijfel is. Het is de rol van het Zorginstituut om dan met een duiding te komen. Dat doet het ook en op basis van die duiding wordt er gehandeld. Ik zal dat uitschrijven in de nieuwe visie. Daarin zal ik ook ingaan op de vraag of de werkkaders waar ik het eerder over had, niet mogelijk zijn. Is er tussen Zorginstituut en «niets na het Zorginstituut» niet een werkbare methode die ons allemaal een wat beter gevoel geeft over hoe dat gaat?

Dan de prijs. Het is belangrijk dat we aandacht hebben voor de prijs. Je kunt het heden ten dage niet over farmacie hebben zonder te kijken naar de prijsstelling en naar de ongelofelijke maatschappelijke problemen die die prijzen met zich meebrengen. Er zijn hepatitis C-patiënten die echt een heel groot belang hebben bij geneesmiddelen die erg duur zijn. Ik vind dat we toch met elkaar moeten bekijken hoe we hier beter uit kunnen komen. Ik vind nu de verhoudingen zelf ook scheef. We moeten dat toch bezien. Ik zeg altijd dat wij in ons eentje niet zo heel veel kunnen doen tegen de grote boze buitenwereld, maar we moeten kijken hoe we daarin partners kunnen krijgen en hoe we dat anders kunnen aanpakken. We moeten ook bezien of nieuwe initiatieven op dat terrein, nieuwe businessmodellen niet meer kans moeten krijgen om zich te bewijzen.

Ik ben het helemaal eens met wat de heer Rutte zei over het slepen met patiënten. Dat moet voorkomen worden. Patiënten moeten naar een ander ziekenhuis worden overgebracht, omdat de behandeling die in het ene ziekenhuis gedaan kan worden, van onvoldoende kwaliteit is of omdat er een stapje nodig is naar een meer complexe behandeling. Patiënten moeten niet overgebracht worden omdat het geld op is. Dat is een situatie die wij niet kunnen accepteren.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik worstel, zoals velen, al heel lang met de vraag wat we nu eigenlijk aan moeten met die extreem dure middelen en

de prijsstelling daarvan. Ik wil de Minister vragen om ook in Europees verband eens te kijken naar het idee om te komen tot een soort prijsautoriteit, die zich als een onafhankelijke derde buigt over de prijsstelling van al die dure middelen. Wij hebben het gevoel dat die toch echt wel heel duur zijn, maar we hebben er eigenlijk geen zicht op of die prijzen reëel zijn.

Minister **Schippers**: Landen zijn niet eens bereid om gezamenlijk met mij te onderhandelen! Er zijn landen die grote industrieën hebben en zich daar helemaal niet aan gecommitteerd voelen. Ik probeer om met landen die wel in eenzelfde soort positie verkeren als wij, te bezien of zij bereid zijn om de krachten te bundelen, zodat wij samen een wat sterkere vuist kunnen maken. Maar er zijn een heleboel landen die hier minder enthousiast over zijn, om het maar eufemistisch uit te drukken.

Bij het GVS is het heel goed als Kamerleden zeggen: wij hebben nog bepaalde dingen en wij willen graag dat u die meeneemt. Dat betekent wel dat het dan later komt, want we zijn daar nu druk mee bezig. Door tragische omstandigheden is daarin vertraging opgelopen, waardoor het iets langer geduurd heeft. Als de Kamer met meer vragen komt, gaat het weer langer duren. Als de leden daar geen bezwaar tegen hebben, dan zeg ik: doe een rondje en geef ons die vragen mee, dan kunnen wij daar ons voordeel mee doen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg naar Lanvis. Daar zit natuurlijk druk achter, omdat het gaat om het belang van de patiënt. Wij hebben een werkgroep, waarin dat besproken wordt. Ik weet dat dit heel moeilijke besluiten zijn, maar ik zal mijn uiterste best doen om in mei een besluit te hebben. Ik zal de boel goed onder druk zetten, zodat we daarover in mei helderheid kunnen verschaffen.

Dan ga ik in op de evaluatie in brede zin van de overheveling. Die loopt en wordt in het najaar verwacht.

Dat wij slachtoffer zijn van de prijzen van succesvolle geneesmiddelen is gedeeltelijk wel zo, maar anderzijds ook niet. Bij de dure middelen zijn we helaas nog niet zo succesvol. De verzekeraar moet parallelimport vergoeden. De weg naar de Stichting Klachten en Geschillen staat altijd open en je kunt ook je zorgverzekeraar bellen en zeggen: u zou dat moeten vergoeden. We hebben daar dus wel met z'n allen afspraken over gemaakt.

Het ziekenhuis onderhandelt met de zorgverzekeraar.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister zegt klip-en-klaar: het moet gewoon gebeuren, en als het niet gebeurt, dan moet de patiënt de juridische weg inslaan. Dat is toch echt wel heel zuur. Het gaat vaak om geneesmiddelen die de mensen de volgende dag nodig hebben. Dan moeten zij eerst het hele bestuursrechtelijke proces doorlopen, zes weken wachten...

De **voorzitter**: Het punt is duidelijk. De Minister.

Minister **Schippers**: Ik wil wel dit zeggen: die geschillencommissie is er voor klachten. Ik zou de mogelijkheid om daarheen te gaan, niet willen diskwalificeren. Ik zal de NZa vragen om hier extra aandacht voor te vragen aan verzekeraars. Ik wil nadrukkelijk zeggen dat wij de geschillencommissie niet voor niets hebben, als je het niet eens bent met je verzekeraar. Ik wil haar niet diskwalificeren, maar ik vraag aan de NZa om daar aandacht voor te vragen, al denk ik dat iedereen het zelf ook wel weet.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Natuurlijk diskwalificeer ik niet de geschillencommissie. Ze doen vaak goed werk; kijk ook maar naar het eerste uitgiftegesprek. In sommige situaties is echter de oplossing voor bepaalde

problemen zo helder dat het zonde is als mensen het juridische traject in worden geduwd, omdat de macht van de een nu eenmaal groter is dan de macht van de ander. Hoor ik in de toezegging van de Minister terug dat zij de NZa vraagt om daar de nadruk op te leggen, en dat zij de vraag of dat voldoende gebeurt dan ook een aspect wil laten zijn waarop het toezicht moet letten?

Minister **Schippers**: Ik zal de NZa vragen om hier aandacht voor te vragen. Als een toezichthouder ergens aandacht voor vraagt, is dat al genoeg. Overigens wil ik wel zeggen dat dit geen oplossing is. Mevrouw Bruins Slot denkt dat het een oplossing is, maar dat is niet zo. De oplossing is als de fabrikant genoeg pillen gaat draaien. Schaarste werkt zo dat als de een het krijgt, de ander het dus niet krijgt. Het probleem blijft dus bestaan, maar ik hoop dat we daar in april een oplossing voor hebben.

Ziekenhuizen sluiten allerlei verschillende contracten. Soms is het lumpsum, soms koop je specifieke zorg in en reken je de daadwerkelijke hoeveelheden af. Je kunt ook een lumpsum afspreken met een budgetplafond. Dan heeft een ziekenhuis een contract gesloten met een verzekeraar en dat betekent dat je daar daadwerkelijk de consequenties van ondervindt, als het goed uitvalt en als het slecht uitvalt. Ik ga mij niet in die contracten mengen. Wat ik wel zeg, is dat de patiënt hier niet de dupe van mag zijn. Je maakt zelf je contracten, daar is iedereen zelf bij, maar de patiënt heeft hier weinig mee te maken. Dat geldt ook voor de vraag naar het systeem en of het add-ons zijn. Ik ga mij daar niet in mengen. Dat zijn onderhandelingen die zij met elkaar voeren. Zo hebben wij ons systeem ingericht.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): In aanvulling op mevrouw Dijkstra had ik in eerste termijn iets gevraagd. Er kan ook vergoed worden op basis van nacalculatie. Dan zit je niet in een contract, maar is de zorgverzekeraar wel verplicht om die medicijnen te betalen. Dan moeten ze het in het jaar daarop maar op een andere manier regelen in de onderhandelingen. Dat is een manier om ervoor te zorgen dat de patiënt niet de dupe is.

Minister **Schippers**: Wij hebben een systeem waarin een verzekeraar onderhandelt met een aanbieder. Wij hebben ons systeem. Er functioneren allerlei systemen – GVS, extramuraal, intramuraal – allemaal naast elkaar, maar u kunt van mij niet verwachten dat ik, nu de contracten gesloten zijn, met een omweggetje ga zeggen: dat contract moet je maar even openbreken. Ik vind dat iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen heeft. Die verantwoordelijkheid is dat je de patiënt geeft wat hij nodig heeft en waarvan wij met elkaar hebben afgesproken dat het in de vergoeding zit.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik vraag u niet om contracten open te breken. Ik wil alleen dat de patiënt krijgt waar hij voor verzekerd is. Dit zit namelijk in het basispakket, maar de patiënt krijgt nu niet waar hij voor verzekerd is. Hoe ze dat onderling oplossen, zal me werkelijk worst wezen. Dat doen ze dan maar bij de volgende onderhandelingen. Die add-ons kunnen met nacalculatie en de vraag is waarom dat niet kan. Laat ze daarna met elkaar uitvechten hoe ze dat met elkaar verrekenen.

Minister **Schippers**: Ik ben het met mevrouw Gerbrands eens dat de patiënt hier geen nadeel van mag ondervinden. De patiënt is verzekerd voor de zorg waarvoor hij verzekerd is en als hij die zorg nodig heeft om medische redenen, dan moet hij die zorg gewoon krijgen. We hebben in ons systeem afgesproken dat verzekeraars risico lopen op dure geneesmiddelen. We hebben met elkaar de ex-postverrekening stap voor stap helemaal afgebouwd in de somatische zorg. De verzekeraars lopen daar

dus risico op. Als dan een probleem ontstaat, kan de Kamer van mij niet verwachten dat ik als systeembeheerder van dit systeem uitspraken ga doen over individuele contracten. Het is niet van: dan heeft de verzekeraar maar bij te plussen en zien ze volgend jaar maar weer wat ze doen. Nee, de verzekeraar zal zeggen: ik heb met ziekenhuizen afspraken gemaakt over hoe ze dat moeten doen, dus dan moeten we het maar zo doen. Met het ene ziekenhuis heeft de verzekeraar andere afspraken dan met het andere ziekenhuis. Als je het ex post doet, oké, dan is er een overschrijding en gooit iedereen het over de schutting bij de buurman. De enige die het dan betaalt, is de premiebetaler. Dat is de andere kant van het verhaal. Als de Kamer zegt dat de verzekeraars het maar moeten vergoeden, dan betekent dat gewoon dat de premies uiteindelijk omhooggaan. We hebben een systeem waarin iedereen zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen, zijn eigen risico's loopt en zijn eigen afspraken maakt.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter.

De **voorzitter**: Interrupties gaan eigenlijk in tweeën.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ja, dat weet ik, maar ik ben anders altijd heel zuinig met interrupties en zo.

De **voorzitter**: Heel kort.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik trek nu wel de conclusie dat de Minister zegt: de patiënt zoekt het maar uit, want ik ga daar niet over. Dat vind ik wel heel jammer.

Minister **Schippers**: Daar verzet ik mij tegen, want de patiënt heeft daar recht op en als hij het niet krijgt, moet er dus geleverd worden. Punt. Er moet geleverd worden.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat is precies het probleem, want dat gebeurt dus niet! De heer Van Dijk zei het ook al: je wordt naar een ziekenhuis drie steden verderop gestuurd of je krijgt het helemaal niet. Het probleem is: het gebeurt niet. De Minister zegt hier dat zij niet verantwoordelijk is, want zo hebben we dat systeem met z'n allen uitgedacht. Prima, maar dan concludeer ik dus dat de patiënt hier de dupe van wordt.

Minister **Schippers**: We hebben een toezichthouder en die houdt toezicht op deze sector. Het is niet gebruikelijk dat ik zeg: we hebben een systeem, we hebben een toezichthouder en daarbuitenom ga ik zelf een partij aanwijzen die het moet doen. Nee, wij hebben een systeem, dat systeem moet werken en als het niet werkt, dan hebben we een toezichthouder die een ziekenhuis erop moet aanspreken als het patiënten de deur wijst. Dat ziekenhuis moet de medisch geïndiceerde behandeling geven waar die patiënt recht op heeft. Zo hebben we het afgesproken. Als de verzekeraar niet wil betalen, hebben we een NZa die toezicht houdt of de verzekeraar dat wel netjes doet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het ingewikkelde hiervan is dat de Minister zegt: dit is het systeem en dat moeten ziekenhuizen en verzekeraars met elkaar uitvechten. Op zich ondersteun ik het stelsel. Daar heb ik geen problemen mee, maar je ziet dingen in de realiteit. Ik citeer even een oncoloog uit het AMC, die zegt: «Ik heb de afgelopen drie weken drie collega's uit andere ziekenhuizen teleurgesteld die mij een patiënt wilden doorsturen, omdat ze bepaalde dure middelen niet mochten geven van hun bestuurders. Ik heb ze gemaïld dat ik de patiënten wel wil bekijken, maar dat ik ze niet kan behandelen; we hebben daar geen geld voor». Dat

betekent dus dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ongeacht of de verantwoordelijkheid daarvoor bij de bestuurders ligt of bij de afspraken die met de zorgverzekeraars gemaakt zijn: er zal iets moeten gebeuren. De toezichthouder is er om daar toezicht op te houden, maar ondertussen gaat de tijd verder en die patiënten staan in de kou.

Minister **Schippers**: Ik zal u zeggen waar ik voor wil waken. Iedereen maakt afspraken met elkaar. We hebben een wettelijk systeem, waarin heel helder is wie er verantwoordelijk is en wie niet. Ik wil ervoor waken dat de Kamer van mij verwacht wat net is voorgesteld, namelijk dat ik zeg: ja, maar dan heeft die verzekeraar dat gewoon te betalen. Dan grijp ik namelijk in in bestaande afspraken. Wij hebben de NZa. Die is toezichthouder op de zorgplicht. Die zorgplicht geldt voor verzekeraars, maar ook voor ziekenhuizen. Ik zal de toezichthouder vragen om in reactie op de signalen die er zijn – ik zie ze zelf ook in kranten en zo – eens op bezoek te gaan en daar maar eens op in te grijpen. Waar ik niet toe bereid ben, is om te zeggen: verzekeraar, u betaalt het maar. We maken afspraken met elkaar. Als ik ingrijp als het moeilijk wordt en ze het via omwegen toch krijgen, kan ik net zo goed zelf contracten gaan sluiten.

De **voorzitter**: Mevrouw Dijkstra, afrondend.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik ben erg blij dat de Minister dat in elk geval wel wil doen, want dat is eigenlijk de vraag. De vraag is niet zozeer of het de verzekeraar is of de bestuurder. Het gaat nu niet goed en dan moet er ergens ingegrepen worden. Ik ben blij dat de Minister in elk geval zegt dat ze de toezichthouder daarop zal aanspreken. Overigens zou het ook iets kunnen zijn wat de toezichthouder zelf kan constateren, naar aanleiding van al deze berichtgeving.

Minister **Schippers**: Je moet altijd voorzichtig zijn met berichtgeving. We hebben ook een brief gekregen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en die zegt: wij zien die berichten in de media, maar wij kunnen bevestigen noch ontkennen dat patiënten om financiële redenen worden doorverwezen naar andere ziekenhuizen. Van de Patiëntenvereniging kregen we ook een brief. Daar staat in: waar die berichten op gestoeld zijn, weten wij ook niet zeker. We moeten niet te snel conclusies trekken, maar die signalen zijn er, dus ik zal de NZa vragen om in ieder geval naar boven te halen wat hiervan waar is en wat niet. Mevrouw Voortman vroeg of ik in het onderzoek naar de dienstverlening van de apothekers, in uitvoering van de eigenrisicomotie, de uitspraak van de geschillencommissie kan meenemen. Dat zal ik doen.

De **voorzitter**: Mevrouw Voortman heeft de vergadering voor een ander algemeen overleg moeten verlaten, maar er wordt meegelisterd bij GroenLinks.

Minister **Schippers**: Ik kom op de maagzuurremmers. Er is een groep van 3% à 4% die daarvan afziet. We zien wel vaker dat er van zorg wordt afgezien. Dit is een relatief kleine groep. De vraag is of je dat helemaal kunt voorkomen. Dat vraag ik mij sterk af.

Mevrouw Voortman is van mening dat het niet kan dat gedurende het jaar zaken die eerst wel vergoed werden, ineens niet meer vergoed worden. Dat vindt zij niet kunnen, omdat mensen toch een polis hebben afgesloten. Maar dat gebeurt natuurlijk wel. Het gebeurt het hele jaar door en ik hoop dat het ook in de toekomst blijft gebeuren. Er worden immers het hele jaar door voortdurend nieuwe dingen tot het pakket toegelaten. Niet met een expliciet besluit dat het nu toegelaten wordt, maar als gevolg van het feit dat het onderdeel is van een behandeling die volgens de stand van de wetenschap op dat moment wordt gegeven. Als een

zorgverzekeraar in een bepaalde sector gaat kijken en tot de conclusie komt dat er een aantal dingen vergoed worden die eigenlijk helemaal niet tot het pakket behoren, dan moet de verzekeraar juist wel maatregelen nemen. Hij vergoedt namelijk dingen die hij niet hoort te vergoeden. Het is heel raar als de verzekeraar daartegen niet kan optreden. Verzekeraars kijken voortdurend of dingen in het pakket passen. Ik noem maar even Europsyche. Daar bleken ook een heleboel dingen vergoed te worden die helemaal niet onder het pakket vielen. Dat is een heel normale gang van zaken en een belangrijke taak van de zorgverzekeraar. Kijken of alles wat zij vergoeden, terecht wordt vergoed, is een taak waarvan wij zeiden dat zij die eigenlijk veel serieuzer zouden moeten oppakken. Ik was dus niet van plan om daar iets aan te doen. Wat ik wel al eerder heb gezegd is dat daarover veel beter gecommuniceerd moet worden, dat je veel beter moet kijken, dat je patiënten ook de mogelijkheid moet geven om erop te anticiperen.

De **voorzitter**: Goed. Daarmee is er een einde gekomen aan de beantwoording in tweede termijn. Ik wil graag de toezeggingen met u doornemen. Ik verzoek de leden om daar goed naar te luisteren. Uiteraard is ook het verslag van dit algemeen overleg onderdeel van de toezeggingen.

- De Kamer ontvangt een reactie op het rapport inzake de herberekening van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Er wordt een schriftelijke ronde gehouden. Ik stel voor om de inbrengdatum te zetten op volgende week donderdag. Dan zal de Minister daarop reageren. Daar zullen zeker een paar weken mee gemoeid zijn.
- De Kamer ontvangt in het najaar een nieuwe visie geneesmiddelenbeleid in Europees perspectief.
- Voor de zomer van 2015 wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek waar de motie-Voortman om vraagt, namelijk het inventariseren van de voors en tegens van het uitsluiten van taken van de apotheker van het eigen risico. De uitspraak van de geschillencommissie wordt daarbij betrokken.
- Er wordt schriftelijk ingegaan op de ZEMBLA-uitzending, waarbij tevens de reclame wordt betrokken die ingaat tegen de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap.
- In het najaar komt er een evaluatie van de overheveling.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Juist doordat u de toezeggingen opleest, zie ik nu dat de toezegging van de Minister ontbreekt om in mei een besluit te nemen over het wel of niet onder de uitzonderingen laten vallen van Lanvis. Wil de Minister daarover nog een brief sturen naar de Kamer? Dan hebben we dat ook vastgelegd als officiële toezegging.

De **voorzitter**: Het verzoek is om, als het besluit is genomen, de Kamer daarover een brief te sturen. De Minister zegt toe dat zo snel mogelijk te doen. Die brief komt er; dat is een toezegging.

De heer Van Gerven heeft behoefte aan een VAO. Wij zullen een VAO aanmelden, met als eerste spreker de heer Van Gerven. Het is niet nodig dat VAO nog deze week te houden. Het wordt aangemeld voor op de plenaire agenda.

Dan zijn wij aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik dank de Minister voor haar aanwezigheid en inbreng. Ik dank haar ambtelijke ondersteuning zeer, evenals de Kamerleden en uiteraard ook de mensen op de publieke tribune en de mensen die dit debat op een andere manier hebben gevolgd.

Sluiting 17.36 uur.

Volledige agenda

1. *Vergoeding Hepatitis C middel Sovaldi met financieel arrangement
Kamerstuk 29 477, nr. 296 – Brief regering d.d. 15-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
2. *Visie farmacotherapeutische informatievoorziening
Kamerstuk 29 477, nr. 299 – Brief regering d.d. 29-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
3. *Aanbieding ontwerpregeling tot wijziging van de bijlage bij de
Regeling maximumprijzen geneesmiddelen
Kamerstuk 29 477, nr. 307 – Brief regering d.d. 25-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
4. *Toezending resultaten interne evaluatie Stichting Transparantieregister
Zorg, waarin financiële relaties tussen artsen en farmaceutische
bedrijven zijn opgenomen
Kamerstuk 32 620, nr. 145 – Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
5. *Reactie over de uitvoering van de aangenomen motie-Leijten over
voorschrijven van Tecfidera en de (overgenomen) motie-Leijten over
opnieuw tegen een hoge prijs in de markt zetten van reeds werkzame
medicijnen/grondstoffen
Kamerstuk 29 477, nr. 309 – Brief regering d.d. 02-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
6. *Geneesmiddelenvergoedingssysteem
Kamerstuk 29 477, nr. 310 – Brief regering d.d. 10-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
7. *Reactie op het verzoek van het lid Leijten, gedaan tijdens de Regeling
van Werkzaamheden van 10 maart 2015, over het bericht dat vele
geneesmiddelen niet meer vergoed worden
Kamerstuk 29 477, nr. 311 – Brief regering d.d. 12-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
8. *Reactie op de nader gewijzigde motie van de leden Kuzu en Voortman
(29 477, nr. 283)
Kamerstuk 29 477, nr. 312 – Brief regering d.d. 19-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
9. *Opvatting over de lange tijdspanne en kosten voor ontwikkeling van
vaccins, de octrooiering en de gevolgen daarvan voor het wel of niet
op de markt brengen
Kamerstuk 29 477, nr. 313 – Brief regering d.d. 20-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
10. *Integrale aanpak chronische hepatitis
Kamerstuk 29 477, nr. 316 – Brief regering d.d. 20-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*
11. *Veegbrief diverse toezeggingen geneesmiddelen
Kamerstuk 29 477, nr. 315 – Brief regering d.d. 20-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

12. *Reactie op motie van het lid Leijten over een meldpunt vervalste geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 302)*
Kamerstuk 29 477, nr. 314 – Brief regering d.d. 20-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. *Uitstel reactie inzake het verzoek om een reactie op uitzending Zembla van 18 maart 2015 inzake geneesmiddelen*
Kamerstuk 29 477, nr. 317 – Brief regering d.d. 23-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers