

Vergaderjaar 2018–2019

29 477

Geneesmiddelenbeleid

Nr. 607

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 11 juli 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 6 juni 2019 overleg gevoerd met de heer Bruins, Minister voor Medische Zorg en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juli 2018 inzake Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) – vervangend referentieland (Kamerstuk 29 477, nr. 506);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 maart 2019 inzake tussentijdse vergoedingsregeling Fampyra (Kamerstuk 29 477, nr. 560);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 7 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Van Gerven, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van 15 januari 2019, over het bericht dat de Minister de Kamer onjuist zou hebben geïnformeerd door foutieve informatie van Zilveren Kruis Achmea over onderzoek naar de werkzaamheid van taperingstrips voor de afbouw van psychofarmaca (Ftm.nl, 22 december 2018) (Kamerstuk 29 477, nr. 559);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 12 maart 2019 inzake rapportage van het Meldpunt Geneesmiddelen tekorten en -defecten over 2018 (Kamerstuk 29 477, nr. 562);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 11 maart 2019 inzake sluiskandidaten tweede helft 2019 (Kamerstuk 29 477, nr. 561);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 22 maart 2019 inzake samenwerking tussen de Nuclear Research and Consultancy Group (NRG) en Stichting Pallas (Kamerstuk 33 626, nr. 10);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 25 maart 2019 inzake reactie op verzoek commissie inzake het bericht op ZEMBLA/BNNVARA.nl van 14 februari 2019 «Patiënten kregen kankermedicijnen uit afgekeurde Chinese fabriek» (Kamerstuk 29 477, nr. 563);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 26 maart 2019 inzake reactie op het verzoek van het lid Agema, gedaan tijdens de regeling van werkzaamheden van**

- 4 december 2018, over vergoeding geneesmiddel nivolumab bij vormen van kanker (Kamerstuk 29 477, nr. 564);**
- **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 maart 2019 inzake reactie op het onderzoek van de Consumentenbond naar het bestellen van geneesmiddelen via internet (Kamerstuk 29 477, nr. 565);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 27 maart 2019 inzake reactie op verzoek commissie om aandacht voor bekostiging van onderzoek naar behandelingsmogelijkheden van de ziekte van Huntington;**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 maart 2019 inzake terugroepactie aantal bloeddrukmedicijnen met losartan (Kamerstuk 29 477, nr. 566);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 1 april 2019 inzake uitvoeringstoets ZiN – Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 567);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 april 2019 inzake negatieve duiding geneesmiddel Kymriah (sluis) (Kamerstuk 29 477, nr. 568);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 8 april 2019 inzake magistrale bereidingen door apothekers (Kamerstuk 29 477, nr. 569);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 14 mei 2019 inzake antwoorden op vragen commissie over de uitzending van «Dokters van Morgen» d.d. 5 februari 2019 over bacteriofagentherapie (Kamerstuk 32 620 en 29 477, nr. 227);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 5 juni 2019 inzake stand van zaken van de niet reeds afgedane toezeggingen, die zijn gedaan tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 7 februari 2019 (Kamerstuk 29 477-557) (Kamerstuk 29 477, nr. 574);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 6 juni 2019 inzake Reactie op verzoek commissie over de brief van Wemos d.d. 9 mei 2019 inzake Rapport Overpriced, te ontvangen voor AO Geneesmiddelenbeleid d.d. 6 juni 2019 (Kamerstuk 29 477, nr. 575);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 29 mei 2019 inzake NFU-rapport over Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren (Kamerstuk 29 477, nr. 573);**
 - **de brief van de Minister voor Medische Zorg en Sport d.d. 3 juni 2019 inzake appreciatie studies aanvullende beschermingsmechanismen voor geneesmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 576).**

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Voorzitter: Pia Dijkstra
Griffier: Bakker

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Agema, Van den Berg, Pia Dijkstra, Ellemeet, Geleijnse, Van Gerven, Ploumen en Arno Rutte,

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

Aanvang 13.02 uur.

De voorzitter:

Goedemiddag, van harte welkom bij het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met de Minister voor Medische Zorg spreken wij vandaag over het geneesmiddelenbeleid. Ik heet de Minister uiteraard van harte welkom, evenals zijn ondersteunende ambtenaren. Ik heet de collega's van harte welkom maar ik heet ook vooral de mensen op de publieke tribune van harte welkom. U bent in groten getale hiernaartoe gekomen. Dat is begrijpelijk, want er staan belangrijke zaken op de agenda. Het gaat om zo veel mensen, die niet allemaal hier terecht kunnen, dat er ook mee wordt gekeken in de Statenpassage. Ook de mensen daar heet ik van harte welkom.

Mevrouw Van den Berg van het CDA excuseert zich rond 15.00 uur, want dan heeft ze nog even een andere verplichting. Ik zie dat ook mevrouw Ploumen op een gegeven moment iets heeft. Het is een beetje onrustig, moet u begrijpen, want het is de laatste maand voordat het zomerreces ingaat. Hoewel we een jaar lang weten dat dat eraan komt, slagen we er toch altijd in om het de drukste maand van het jaar te maken. Dan moet ineens van alles nog worden afgehandeld.

Wij gaan nu beginnen met dit algemeen overleg. Het spreekt voor zich, denk ik, wie de Kamerleden zijn. Maar als ze gaan spreken, zeg ik ook even van welke partij ze zijn zodat dat duidelijk is. Ik geef als eerste het woord aan de heer Van Gerven. Hij spreekt namens de Socialistische Partij.

De heer Van Gerven (SP):

Dank u wel, voorzitter. De prijs van een medicijn mag niet bepalend zijn of patiënten die een bepaald geneesmiddel nodig hebben dat wel of niet krijgen. Heel veel mensen zijn nu hier vanwege het middel Spinraza, een medicijn, eigenlijk het enige medicijn dat enig of veel effect heeft op de spierziekte SMA. Ik heb met andere collega's hier in de Kamer de afgelopen dagen heel hard lopen nadenken wat we moeten doen, want eigenlijk vindt iedereen het ontzettend schrijnend. Er zijn gezinnen waar beide kinderen SMA hebben en het ene kind, Fauvé, het medicijn wel krijgt en het andere kind, Tygo, niet. Eigenlijk is dat niet uit te leggen. Wij vinden dat onverteerbaar. Een aantal fracties – de PVV, GroenLinks, de Partij van de Arbeid, de SP, de SGP; laten we zeggen de hele oppositie – hebben gezegd: eigenlijk kan dit niet. We hadden een motie klaarliggen voor de Minister om te zeggen: Minister, vergoed dat, dit kunnen we niet accepteren. Eigenlijk wou ik de voorzitter vragen – het is heel erg ongebruikelijk – om de Minister, ook in het belang van al die mensen die hier zijn, direct te vragen wat hij vindt van het voorstel om Spinraza toch voor alle patiënten die SMA hebben te vergoeden.

De voorzitter:

Ik kijk naar de Minister en ik zie dat hij dat graag doet.

Minister Bruins:

Voorzitter, dank voor deze gelegenheid. Het is ongebruikelijk dat ik zo vroeg in het debat het woord krijg, maar ik wou u graag op de hoogte brengen van het volgende. Ik heb vanochtend contact gehad met de raad van bestuur van het Zorginstituut. Zij hebben mij laten weten de

verwachting te hebben komende week tot een positief advies te komen met betrekking tot de voorwaardelijke toelating van Spinraza voor de groep waarvoor de behandeling nog niet vergoed wordt. Het precieze en formele advies moeten we dus nog ontvangen. Dat verwacht ik op zeer korte termijn en ik denk dat dat goed nieuws is voor deze patiënten. Ik ben blij dat alle partijen zich hebben ingespannen om tot een goed gedragen onderzoeksvoorstel te komen, dat nodig is voor de voorwaardelijke toelating.

Voorzitter. We zullen alles op alles zetten om zo spoedig mogelijk de behandeling van de eerste patiënten uit deze groep te kunnen starten. Net als eerder vertrouw ik erop dat alle partijen – de producent, de behandelaren, de patiëntenorganisatie en ook de overheid – samen zullen optrekken om dit in goede banen te leiden en iedereen van de juiste informatie te voorzien. Dit is ook bij de eerdere patiëntengroep goed gelukt in gezamenlijkheid.

Voorzitter. Dit wil ik u graag aan het begin van het debat laten weten.

De voorzitter:

Dank u hartelijk. Ik zie ook de blijde gezichten. Hoewel men natuurlijk nog wat in afwachting is hoe het er uiteindelijk uit komt te zien, denk ik dat het heel goed is voor u om dit te horen en ook voor ons. Want niet alleen de oppositie, maar ook regeringspartijen zoals D66 – dat zeg ik dan toch maar even vanaf mijn eigen plek – hadden hier natuurlijk op aangedrongen. Dat stond ook in mijn tekst, maar ik ben heel blij om te horen dat het nu al zover is gekomen. Meneer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Ik denk dat dat heel goed nieuws is voor alle SMA-patiënten. Ik ga ervan uit dat wat de Minister nu gezegd heeft inderdaad betekent dat elke SMA-patiënt waarvan de medisch specialist zegt dat Spinraza nodig is, dat dan ook krijgt zonder eigen bijdrage. Dank dat dat geregeld gaat worden. Daarmee is het probleem van de financiën natuurlijk niet opgelost. Spinraza is peperduur: honderdduizenden euro's per jaar per patiënt. Dat is eigenlijk onvoorstelbaar. De vraag aan de Minister is wat hij aan die prijsspiraal omhoog gaat doen. Met betrekking tot Spinraza heb ik twee vragen. Is het mogelijk om het magistraal te laten bereiden? Dat zou een oplossing kunnen zijn, ook om de fabrikant onder druk te zetten. En kan er overgegaan worden tot een dwanglicentie als het gaat over zulke dure geneesmiddelen?

Voorzitter. Een ander element bij de prijsstelling door de industrie is of het niet een idee zou zijn om een prijswaakhondinstituut, noem ik het maar, in te stellen. Dat instituut zou moeten kijken naar de prijsstelling van alle dure geneesmiddelen waarvan wij zeggen: is dit eigenlijk wel normaal, kan dit? De industrie zegt niet dat het gaat om de kostprijs en een redelijke winstmarge, wat redelijk zou zijn. Nee, zij redeneren vanuit «wat heeft de samenleving ervoor over» en komen met vergelijkingen. Neem Zolgensma, dat nieuwe genterapiemiddel. Ze zeggen: als we dat toedienen, dan leeft de patiënt veel langer of wordt hij weer gezond; aan al die jaren dat hij gezond leeft, kunnen we een prijskaartje van bijvoorbeeld € 80.000 per jaar hangen. Dat is idiotie, dat doen we nergens. Dat doen we ook niet bij operaties. Stel dat een chirurg een levensreddende operatie doet, dan gaan we ook niet zeggen: die patiënt leeft nog twintig jaar, dus we schrijven 1,6 miljoen bij op de rekening van de chirurg. Dat doen we ook niet. Graag een reactie van de Minister daarop.

Een ander punt gaat over geneesmiddelenonderzoek. Afgelopen zaterdag stond er in Trouw een heel belangwekkend artikel over kankerspecialisten uit het Antoni van Leeuwenhoek. Die hebben een voorstel om fase 3-onderzoek naar kankermedicijnen bij patiënten in gang te zetten. Het resultaat is dat patiënten eerder en beter worden geholpen en dat er 7 miljoen tot 9 miljoen bespaard kan worden. Dat leidt tot omzetverlies voor

de fabrikant, die vervolgens weigert om bij te dragen aan het onderzoek naar fase 3. Wat kan de Minister doen? Zou het dan toch niet goed zijn – hij heeft dat tot nu toe steeds afgewezen – om een nationaal onderzoeksfonds geneesmiddelenontwikkeling in gang te zetten, zodat uit dat fonds geput kan worden om die specialisten de gelegenheid te geven dat onderzoek te doen waar we allen baat bij hebben, zowel de patiënt als de samenleving?

Een laatste punt gaat over het preferentiebeleid. Dat is veel patiënten een doorn in het oog. De dokter schrijft bijvoorbeeld op «medisch noodzakelijk» en de apotheker verstrekt toch het generieke preparaat, wat tot een heleboel gedoe leidt. Eigenlijk zou het leidend moeten zijn als de dokter dat medisch noodzakelijk vindt, maar er is een bonus-malussysteem. Als de apotheker te veel medicijnen aflevert als medisch noodzakelijk, dan wordt hij gekort. Het is toch bizar dat de apotheker bijvoorbeeld € 15.000 minder inkomsten krijgt omdat hij te veel medicijnen heeft afgeleverd die de arts medisch noodzakelijk vindt. Dat is een weeffout in het systeem. Is de Minister bereid om te kijken hoe hij dat kan oplossen? Het zou synchroon moeten gaan. De apotheker controleert of het medicijn veilig is, of de dosering klopt enzovoorts en de dokter kijkt: dit medicijn heeft de patiënt nodig. Dat is nu tegenstrijdig.

Helemaal tot slot. Er wordt een relatie gelegd tussen preferentiebeleid en geneesmiddelenkortingen. Hoe groot die invloed is, daar is discussie over. Zou het een mogelijkheid zijn bij preferentiebeleid dat meerdere fabrikanten tegelijkertijd een leveringsplicht hebben? Dan is het niet afhankelijk van één fabrikant waar een verzekeraar een contract mee heeft, maar zijn er altijd meerdere fabrikanten zodat het risico van geneesmiddelenkortingen wordt voorkomen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Er is een vraag van de heer Rutte voor u.

De heer Arno Rutte (VVD):

De heer Van Gerven houdt in zijn betoog een pleidooi voor manieren om de geneesmiddelenprijzen omlaag te krijgen. Als het gaat om generieke middelen is hij tegelijkertijd weer heel kritisch en vindt hij eigenlijk dat patiënten juist wel een merkgeneesmiddel moeten krijgen. Dat vind ik al wat ongemakkelijk. Als we wat verder kijken, dan zien we ook de complexe geneesmiddelen, de biologicals. Daar heb je de originelen van, de initiators, en je hebt de kopieën daarvan, de biosimilars. We zien in Nederland dat we enorm achterlopen met het gebruik van die biosimilars. Een van de belangrijke redenen is dat Nederland in medische richtlijnen enorm terughoudend is om voor patiënten toe te staan dat zij overschakelen op een biosimilar. Het zou enorm veel geld schelen. Het zou ook de macht breken van de fabrikant die met het eerste middel kwam. Is de heer Van Gerven het met mij eens dat het goed zou zijn om te kijken naar het verbreden van de mogelijkheden voor het inzetten van dit soort generieke middelen, de biosimilars, bij patiënten?

De heer Van Gerven (SP):

De biosimilars, dat is iets anders dan generiek. Maar ik snap de vraag van de heer Rutte heel goed. Mijn uitgangspunt is dat er niks op tegen is om een duur medicijn te vervangen door een goedkoper medicijn dat even goed werkt. Maar waar het om gaat, is de vraag of de patiënt last heeft van dat vervangen. Als de patiënt bijwerkingen heeft van dat merkloze preparaat, vind ik dat de patiënt recht heeft op een preparaat waar hij geen last van heeft, bijvoorbeeld een merkpreparaat. In de praktijk blijkt dat de meeste patiënten geen probleem hebben als ze overgaan van een merkpreparaat naar een merkloos preparaat en dat dit zonder bijwerkingen gebeurt. Maar bij een aantal procent zijn er wel bijwerkingen. En

dat geeft ontzettend veel gedoe en gedonder. Dan zeg ik: laat het aan de arts en patiënt, laat het in de spreekkamer besloten worden en ga er verder niet tussen zitten. Want we weten dat het preferentiebeleid ontzettend goed werkt in financiële zin. Dus het gaat mij er dan niet om, ook nog die laatste euro's vrij te spelen, waardoor de zorg voor die betreffende patiënten en hun kwaliteit van leven in het geding zijn. Vandaar dat ik daar niet voor ben.

De voorzitter:

De heer Rutte in tweede instantie.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Oké, dan moeten we een aantal dingen uit elkaar houden. Ik ben het grotendeels met de heer Van Gerven eens waar het de generieke geneesmiddelen betreft; ik denk dat we daarin hoogstens op nuance verschillen. Maar nu even toch terug naar die biosimilars, want die zijn de generieke variant voor de biologicals, de wat complexere geneesmiddelen. We zien dat het gebruik daarvan in Nederland enorm achterloopt. Dat heeft ermee te maken dat in medische richtlijnen wordt gezegd dat je een patiënt niet zomaar moet overschakelen, dat je voorzichtig moet zijn. Nou heeft de Sint Maartenskliniek jarenlang intensief onderzoek gedaan dat het wel kan en onder welke omstandigheden het kan. Zou de heer Van Gerven mij steunen als ik zou proberen om daar meer druk op te krijgen, zodat we in Nederland deze goedkopere varianten, die net zo effectief zijn, breder ingezet krijgen? Of moeten we aan de kant blijven staan en zeggen: de richtlijn is terughoudend dus wij blijven ook nog even terughoudend?

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

Ik weet niet of dat in de richtlijnen staat. Ik ken natuurlijk het voorbeeld van de Sint Maartenskliniek en andere. Als een biosimilar voor een patiënt goed werkt, is het geen enkel probleem. En bij nieuwe patiënten kun je natuurlijk beginnen met die biosimilars. Maar als ze begonnen zijn met een biological en het gaat heel goed, moet je wel voorzichtig zijn met overschakelen, of in ieder geval de mensen de kans geven om terug te gaan als ze zijn overgeschakeld en het niet goed gaat. Als de heer Rutte het eens is met die nuance, denk ik dat we het op dit punt eens zijn.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is nu aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

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

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats ben ik enorm verheugd over het bericht over Spinraza. Ik had er in mijn inbreng uiteraard een vraag over voorbereid, maar die hoef ik nu niet te stellen. Ik ben erg blij met dit bericht van de Minister.

Voorzitter. Recentelijk kocht ik het boek Ontpillen. Ik noem u enkele cijfers. 4 miljoen mensen gebruiken bloeddrukverlagers, 3 miljoen maagzuurremmers, 2 miljoen cholesterolverlagers en zo kan ik nog wel even doorgaan. In datzelfde boek worden ook alternatieven beschreven, maar daarover horen we weinig. Er zijn geen evaluaties van de effectiviteit van medicijnen. Als een middel eenmaal de klinische trial heeft doorstaan, mag het op de markt komen en is er geen verplichting tot verder onderzoek, ook niet bij dure medicijnen. Ziekenhuizen gaven in 2017 9% van hun budget uit aan geneesmiddelen; dat is 2 miljard en dat percentage steeg met 9% oftewel 170 miljoen euro. Dat leidt tot verdringing van de zorg.

Richtlijnen over medicijnen worden door de beroepsgroep zelf opgesteld. De recente uitzending van Radar over cholesterolverlagers gaf daarvan een goed voorbeeld. Straks moet iedereen aan de statines, is eigenlijk de conclusie. Er wordt patiënten niet verteld dat bij te hoge cholesterol het

risico op een hartaanval 28% is en niet 100%, en dat 1 op de 50 gebruikers diabetes wordt en dat 1 op de 10 personen spierklachten krijgt. Sommige ziektes zijn in het beginstadium zelfs omkeerbaar, zoals diabetes 2.

Voorzitter. Medicijnen zijn een verdienmodel geworden voor wie goed kan onderhandelen in plaats van een geneesmiddel. Dat moet stoppen.

Daarom komen we als CDA met de volgende voorstellen. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen bepleit een bijsluiter met pictogrammen. Alle steun daarvoor. Wij willen dat ook wordt vermeld wat de alternatieven zijn en wat je risico's zijn als je de medicijnen niet gebruikt. Ook willen we dat in de bijsluiter een verwijzing naar de website komt, waarbij de actuele «numbers needed to harm» te vinden zijn, oftewel de bijwerkingen.

Uit een artikel in het Pharmaceutisch Weekblad van 3 mei blijkt dat in de praktijk de bijwerkingen van bloedverdunners veel hoger zijn dan in de bijsluiter wordt vermeld, want die bijsluiter baseert zich op een klinische trial en niet op de dagelijkse praktijk. Eerder heeft het CDA een voorstel gedaan om biomarkers verplicht te maken bij dure medicijnen.

Biomarkers vertellen iets over de effectiviteit van het medicijn gezien de aard van de ziekte. Het CDA wil dat er bij medicijnen met een macrobeslag van meer dan 2,5 miljoen euro per jaar een verplicht onderzoek komt naar de effectiviteit en de bijwerkingen, gebaseerd op de dagelijkse praktijk, en dat het medicijn na drie jaar wordt geëvalueerd en dan ook uit het pakket kan vallen.

Het CDA is verheugd dat de Minister meer grip wil krijgen op kwaliteitsregistraties via het Zorginstituut. Betekent dit ook dat er één centraal, eenduidig en transparant register komt, waarin zowel klinische studies als vervolgstudies worden opgenomen, in plaats van de huidige «meccanodoos» zoals iemand dat tegen mij noemde? Is de Minister bereid om in te gaan op het verzoek van ReumaNederland, het reumafonds, om de TNF- en JAK-remmers mee te nemen in deze definitiefase?

Om geneesmiddelen betaalbaar te houden, is met name ook het efficiënter maken van de onderzoeksfase van belang. Hanteert het Zorginstituut intussen al andere methodes voor acceptatie en onderzoek van geneesmiddelen? Klopt het dat de sluisprocedure nog steeds erg lang duurt? Dat horen wij in ieder geval uit het veld.

Voorzitter. Voor kwaliteitskaders die door een beroepsgroep worden opgesteld, geldt nu een budgetimpactanalyse en door een motie van het CDA ook een leefbaarheidsanalyse door de Zorgautoriteit. Voor medicijnrichtlijnen willen wij een noodzakelijkheidsanalyse, nu we horen wat er gebeurt is met de cholesterolverlagingsmiddelen.

Voorzitter. Tekorten aan medicijnen is het hoofdpijndossier van iedere apotheker. Het CDA vraagt daarvoor al jaren aandacht en heeft ook diverse voorstellen gedaan. De voorraden worden verhoogd en dat is een goede stap. Echter, wij willen dat de voorraden kritische geneesmiddelen Europees worden bekeken en dat zorgverzekeraars zo veel mogelijk zorgen voor twee leveranciers. Is de Minister dit met ons eens? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de brexitlijst, oftewel de geneesmiddelen waarvoor nog geen vervanger was? Hoe staat het met de uitvoering van het onderzoek naar de productieafhankelijkheid van bepaalde landen, zoals China?

Voorzitter. Ten slotte nog één vraag. Klopt het dat Nederland als enig Europese land in het huidige Wgp-systeem ook de prijs van parallel geïmporteerde en generieke versies meeneemt in de berekening, terwijl deze dus onvoorspelbaarder en foutgevoelig zijn? Zijn wij daar het enige land in?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord nu eerst aan de heer Geleijnse van 50PLUS, begrijp ik.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Dat klopt, met dank aan mijn buurvrouw dat ik eerst mag vanwege het plenaire schema.

Voorzitter. 50PLUS is uiteraard ook zeer verheugd over het nieuws dat de Minister aan het begin van dit debat bracht. Het was indrukwekkend om de gezichten te zien. Ik raak er emotioneel van dat het toch kan om met elkaar een goed besluit te nemen; dat je in spanning hiernaartoe komt en dan zo'n besluit mag horen, is heel mooi.

Voorzitter. 50PLUS is minder tevreden over deze Minister als het gaat om zijn brief van 3 juni. Hij schrijft daarin dat als een geneesmiddel op patiëntniveau wordt teruggeroepen, de consument het middel bij de apotheek gratis kan omruilen. In de brief staat echter niets over terugroepacties op apotheekniveau. De vraag is wat dit antwoord betekent. Wil de Minister ermee zeggen dat terugroepacties voortaan alleen op patiëntniveau zullen plaatsvinden? Wat betekent dit voor mensen die kosten hebben gemaakt bij eerdere terugroepacties, bijvoorbeeld van het vervuilde medicijn met valsartan? Valsartan werd destijds namelijk teruggeroepen op apotheekniveau en de kosten van een vervangend medicijn gingen wel degelijk ten koste van het eigen risico.

Op 20 juni is er op initiatief van de 50PLUS-fractie een rondetafelgesprek over afbouwmedicatie. Tijdens het algemeen overleg Pakketbeheer op 26 juni komen we hier zeker op terug. Vandaag alvast enkele vragen aan de Minister. In hoeverre is het verantwoord kunnen afbouwen eigenlijk onderdeel van alle onderzoeken en gesprekken bij het toelaten van een geneesmiddel op de markt?

Voorzitter. Mijn volgende vraag gaat over het handelen van zorgverzekeraars in relatie tot het Multidisciplinair document Afbouwen. Is de Minister het eens met 50PLUS dat zorgverzekeraars de aanbevelingen uit dit document moeten opvolgen en de medicatie die past bij de opgenomen afbouwschema's moeten vergoeden? Zo ja, is hij dan bereid om zorgverzekeraars die dit niet doen een tik op de vingers te geven en vergoeding af te dwingen?

Voor mensen met een chronische aandoening en ouderen zijn medicijnen vaak letterlijk ontoegankelijk. Mensen met een verminderde handfunctie ervaren het als problematisch om een tablet uit een strip te drukken, maar ook potjes met een deksel geven echt problemen. Voorbeelden zijn er genoeg. Hierdoor komt therapietrouw van patiënten in het geding, met alle gevolgen van dien. Daarnaast speelt het kostenaspect. Is de Minister bereid met betrokken partijen in gesprek te gaan en hen aan te jagen en uit te dagen om met een oplossing te komen? Is hij bereid om in het toelatingsbeleid voor nieuwe geneesmiddelen ook aandacht te geven aan verpakkingen of om zelfs een criterium daarvoor op te nemen?

Verder wachten we nog op de toegezegde brief over verspilling, verpakkingen en hergebruik. De brief was toegezegd in het voorjaar, voor de zomer. Waarom hebben we de brief nog niet? We zijn inmiddels zeventien weken verder.

Wat is het resultaat van het toegezegde gesprek met de Landelijke Huisartsen Vereniging over medicatiebeoordeling? In zijn brief gaat de Minister hier niet op in. In hoeverre worden de gedefinieerde groepen actief benaderd? In een eerdere brief van zijn voorganger is aangegeven dat vanaf 2018 alle risicogroepen die voldoen aan de verscherpte richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, een medicatiebeoordeling moeten krijgen. Heeft de Minister inzicht in hoeveel mensen dit inmiddels hebben gehad?

Voorzitter. Tijdens zijn bezoek aan de Wereldgezondheidsorganisatie heeft de Minister aangegeven dat hij een Europese aanpak met betrekking tot medicijntekorten wil en dat hogere prijzen zelfs bespreekbaar zijn. Kan de Minister dit nog eens toelichten? Wanneer zijn afspraken te verwachten? Kan de Minister de stand van zaken geven als het gaat om Europese inkoop? Met welke brede visie op geneesmiddelen gaat deze Minister de nieuwe Europese Commissie voeden?

Dan de maatregelen in Nederland. Wanneer gaat de Minister de Geneesmiddelenwet aanpassen met een kwantitatieve formulering in plaats van de kwalitatieve formulering? Krijgen we voor de zomer informatie over de voortgang van het onderzoek, zoals hij een week geleden schreef, of over de uitkomst van het onderzoek, zoals hij in december 2018 aankondigde? Komt de Minister voor veelgebruikte medicijnen op korte termijn al met een oplossing? In hoeverre hebben apotheken eigenlijk de mogelijkheid om bij een dreigend tekort altijd uit te wijken naar een andere groot-handel?

Uit onderzoek bleek onlangs dat een deel van de gebruikers van zware paracetamol uitwijkt naar andere zwaardere pijnstillers, ook vanwege de kosten. Voor mensen met een laag inkomen is € 150 per jaar een hoog bedrag. Dan is de overweging «wel of geen verzekerde zorg?» belangrijk. Een deel van deze gebruikers gebruikt nu sterk werkende en verslavende pijnstillers. 50PLUS maakt zich grote zorgen over het toenemende gebruik van verslavende pijnstillers zoals oxycodon. In 2008 werd dat middel 96.000 keer voorgeschreven en in 2018 485.000 keer. Verslavingszorginstellingen zien steeds meer problematische gebruikers. Het zijn er inmiddels tientallen per maand. Hoe gaat de Minister dit tij op tijd keren? Voorzitter. De collega van de SP sprak er ook al over. Het is een vaak besproken probleem: een arts schrijft een geneesmiddel voor, schrijft «medische noodzaak» op het recept, maar in de apotheek ontstaat er toch discussie over de vraag of het betreffende geneesmiddel vanwege het preferentiebeleid wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt. Een aantal werkgroepen is hiermee aan de slag. De intentie was dat zij in mei 2019 met een eindresultaat zouden komen, maar de Minister spreekt nu van «de Kamer informeren in het derde kwartaal van 2019». Wat mag de Kamer dan verwachten: alleen de leidraad, een appreciatie van de Minister, of direct een wijziging van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering?

De voorzitter:

Is dat uw laatste vraag, meneer Geleijnse? U bent namelijk door uw tijd heen.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik heb er nog één, voorzitter. Mag ik nog twee zinnen uitspreken?

De voorzitter:

Nou, snel. Heel snel.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Is er in de contracten tussen apothekers en zorgverzekeraars iets opgenomen over recepten met de aantekening «medische noodzaak»? Met dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank. Misschien is het goed om te vertellen dat we deze vergadering zo meteen even moeten schorsen, omdat we moeten gaan stemmen in de plenaire zaal. Het is volgens mij nog niet duidelijk op welk tijdstip dat is. We horen dan een bel, en die duurt eindelijk.

Mevrouw Agema (PVV):

Er wordt ook afscheid genomen van twee Kamerleden, van Azmani en Van Rooijen. Er zijn misschien ook Kamerleden die afscheid willen nemen van hun collega's. Misschien is het dus beter om eventjes te schorsen, voorzitter. Ik kijk dan ook even naar de Kamerleden wier collega's afscheid nemen. Dat geldt voor meneer Arno Rutte en voor...

De voorzitter:

Ik kijk even naar de collega's. Wilt u dat de vergadering wordt geschorst, zodat u ook naar het afscheid van de collega's kunt gaan? Dat is wel netjes, hè?

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

Voorzitter, we zouden inderdaad een halfuur kunnen schorsen als de bel gaat.

De **voorzitter**:

Ja, dat gaan we doen. We hebben natuurlijk eerst het afscheid en dan de stemmingen. We moeten dus even goed in de gaten houden welke bel er gaat. Maar goed, dat is even procedureel. We gaan nu nog maar gewoon door.

Ik geef het woord aan mevrouw Ellemeet van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter, dank u wel. Allereerst ben ik ontzettend blij en opgelucht voor de mensen met SMA dat de Minister heeft gezegd dat het geneesmiddel Spinraza vergoed zal worden. Ik heb zo ontzettend veel e-mails gekregen van mensen. De wanhoop was zo groot. Iedere dag zonder dat medicijn is een dag te veel. Ik zou daar toch ook nog een kritische opmerking over willen maken, want het traject heeft ontzettend lang geduurd. Laten we nu kijken en onderzoeken hoe we hiervan kunnen leren. Hoe kunnen we voorkomen dat het bij een volgende groep patiënten die ook een medicijn heel hard nodig hebben, weer zo lang duurt? Ik vraag de Minister dus of hij in staat is om ook te leren van dit traject. Kan hij dat evalueren? Kan hij kijken hoe we dit kunnen voorkomen?

Ik begrijp ook van andere patiëntengroepen dat het ontzettend moeilijk is om echt vernieuwende medicijnen bij het Zorginstituut op tafel te krijgen. Herkent de Minister dit beeld? Wat zou hij daaraan kunnen doen? Ik denk dan bijvoorbeeld aan een hulpmiddel als de glucosesensor. Het is zo moeilijk om dat te agenderen bij het Zorginstituut. Ik hoor daar heel graag een reactie op van de Minister.

We hebben het bij een algemeen overleg Geneesmiddelen vaak al heel snel over pillen. Mevrouw Van den Berg had het daar ook al over. Dat is logisch, want pillen genezen vaak. Gelukkig maar. En toch zit er een keerzijde aan de hoeveelheid pillen die heel veel mensen slikken. Vooral oudere mensen en mensen met meerdere chronische ziekten slikken ontzettend veel medicijnen, en dan kunnen de bijwerkingen soms erger zijn dan de gezondheidswinst. Het boek Ontpillen van arts en wetenschapper David van Bodegom gaat daarover, maar het valt me op dat dit onderwerp toch relatief weinig politieke aandacht krijgt. Wat kan de Minister doen om ongezonde gewoontes op dit gebied te doorbreken? Wat kan hij doen tegen overmatig gebruik van medicijnen? Ik krijg daar graag een reactie op.

Een medicijn hoeft ook niet altijd een pil te zijn. Soms kan leefstijl ook als medicijn, of liever gezegd, in plaats van een medicijn werken. Op 15 mei verscheen in het NRC een oproep van een indrukwekkende groep artsen en onderzoekers aan het kabinet om echt te kiezen voor leefstijlinterventie. Dit kan de kwaliteit van leven van veel mensen met een chronische ziekte enorm verbeteren. Vorig jaar heb ik samen met mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie bij motie gevraagd om een onderzoeksprogramma gericht op de verdere ontwikkeling van leefstijlgeneeskunde. Kan de Minister vertellen hoe het daarmee staat? Ik krijg daar graag een reactie op.

Wat vindt de Minister van deze oproep in de krant? Gaat hij meer werk maken van leefstijlinterventie? Ik zie dat mevrouw Van den Berg wil interrumperen, maar ik maak mijn vraag even af. Is hij ervan op de hoogte dat leefstijl als eerste stap is aangegeven in de standaard van de NHG

voor diabetes type 2, maar dat er nu slechts één zorgverzekeraar is die dit vergoedt?

De voorzitter:

Even voor de mensen die dat niet weten: NHG is het Nederlands Huisartsen Genootschap.

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

Ik was verheugd te horen dat collega Ellemeet ook over ontpillen begon. Wij hebben als CDA net voorgesteld dat de bijsluiter veel betere en actuelere informatie moet gaan bevatten over eventuele bijwerkingen, maar ook over mogelijke alternatieven voor het slikken van dat medicijn. Ik hoor graag de reactie van mevrouw Ellemeet daarop.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Als je het overmatig gebruik van medicijnen wilt aanpakken, is het aan de ene kant belangrijk dat patiënten weten wat de bijwerkingen zijn en hoe de combinatie van medicijnen werkt. Aan de andere kant is het ook belangrijk om bij zorgverleners zelf dat bewustzijn te vergroten. Ik juich het initiatief van mevrouw Van den Berg dus toe. Ik denk dat het goed is om de voorlichting aan patiënten over de bijwerkingen van medicijnen en de gevolgen van medicijngebruik te verbeteren. Ik vind dat dus een goed idee.

De voorzitter:

Gaat u verder, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik hoorde een bel, dus...

De voorzitter:

Na deze bel gaat een andere bel en dan gaan we even schorsen. Gaat u nog maar even door, mevrouw Ellemeet. Ik denk dat we dat net gaan halen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ga opschieten. Bij een debat over geneesmiddelen komt al snel de discussie over de kosten om de hoek kijken, want sommige geneesmiddelen zijn ontzettend duur. Het is dan ook heel interessant als uit onderzoek blijkt dat zuiniger gebruik van dure medicijnen ook beter is voor de patiënt. De heer Van Gerven had het daar ook over. Je zou denken dat iedereen enthousiast hierover is – wie wil dat nu niet: minder medicijngebruik en een betere kwaliteit van leven? – maar dat is buiten de financiële belangen van Big Pharma gedacht. Zij houden vervolgonderzoek juist tegen, en dat is van de zotte! Dit laat precies zien wat er mis is met deze industrie. Vandaag heeft de Minister de Kamer laten weten dat hij een nationaal fonds geneesmiddelenonderzoek, zoals wij eerder met de PvdA en de SP samen hebben voorgesteld, niet ziet zitten. Mijn fractie vraagt zich dan af wat de Minister wel wil gaan doen om deze perverse prikkels tegen te gaan. Hoe gaan we nu wel zorgen dat zulk belangrijk onderzoek uitgevoerd en gefinancierd wordt? Ik krijg daar graag een reactie op.

Voorzitter. De Minister heeft de afgelopen maanden met enige regelmaat met een gebalde vuist tegenover Big Pharma gestaan. Dat is mooi, dat levert hele mooie plaatjes op, maar de vraag is natuurlijk wel wat hij nu echt bereikt als het gaat om het breken van die te grote macht van de farmaceutische industrie.

Ik wil een paar punten benoemen, allereerst het stellen van strengere eisen aan licenties. Het is goed nieuws dat de NFU binnenkort met een modelovereenkomst voor licenties komt, maar we gaan pas echt een deuk

in een pakje boter slaan als we met zo veel mogelijk landen dezelfde soort overeenkomst hanteren. Is de Minister dit eens met de GroenLinksfractie? Wat gaat hij doen om dit daadwerkelijk in Europa onder de aandacht te krijgen?

Voorzitter. Dan nog een handige truc van de farmaceuten, namelijk de verlenging van het patent. Dat gebeurt af en toe. Je hebt een patent voor twintig jaar en dat kun je dan weer verlengen met vijf jaar. De Minister heeft aangegeven dat hij wel een Europees orgaan zou willen oprichten om deze verlengingen beter te reguleren. Dat klinkt mooi, maar dat gaat ook tijd kosten. Wat mijn fractie betreft moeten we tot die tijd de bewijslast voor farmaceuten omdraaien. Laat ze maar bewijzen dat ze hun ontwikkelkosten in die lange twintig jaar nog niet hebben terugverdiend, voordat ze recht hebben op een verlenging. Deelt de Minister deze lijn? Voorzitter. Ik wil ook graag aandacht vragen voor een ander onderwerp, een ander medicijn: PrEP. Mevrouw Dijkstra en ik hebben ons er hard voor gemaakt dat PrEP na de zomer verstrekt kan worden, inclusief begeleiding, door de GGD. Maar dat betekent ook dat als we dat voor elkaar willen krijgen, de subsidieregeling en de aanvragen voor 1 augustus binnen moeten zijn. Anders komen de GGD'en in de knel. Ik krijg een signaal.

De voorzitter:

U bent door uw tijd heen. Misschien wilt u afronden?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik rond af. Ik wil tot slot nog heel kort stilstaan bij de medicijntekorten omdat ik daar heel veel verontruste berichten over krijg. Nog steeds zijn er mensen die zich daar zorgen over maken. Kort samengevat vraag ik de Minister wat hij gaat doen aan dit probleem voor heel veel patiënten. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Ik geef het woord aan de heer Rutte. Hij spreekt namens de VVD.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Voorzitter. Het is onmogelijk om vandaag niet stil te staan bij de bijzondere mededeling over Spinraza en de patiënten met SMA. Ze zijn massaal opgekomen en ze hebben ook massaal gemailld, aan alle Kamerleden. Ik heb ontzettend veel berichten teruggestuurd, maar die leidden niet tot applaus. Ik vind namelijk dat wij als Kamerleden niet moeten treden in de oordelen van het Zorginstituut Nederland, simpelweg omdat het vragen van een wetenschappelijk oordeel van politici buitengewoon kwetsbaar is. Ik ben wel heel blij dat er nu een oplossing komt en dat de studie die nodig was om te komen tot een voorlopige toelating, er komt en dat het Zorginstituut Nederland zegt daarmee uit de voeten te kunnen. Patiënten krijgen snel toegang tot dit middel. Dit is de weg die wij moeten gaan. Het leidt wel in bredere zin tot vragen. Ik zie dat mevrouw Ellemeet wil interrumperen. Doe maar, dat scheelt mij weer spreektijd.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn vraag, en dat zeer de heer Rutte niet verbazen, is: moeten we niet ook leren van dit traject? Negen maanden is gedaan over het formuleren van een onderzoeksopzet voor de toelating van dit medicijn. Negen maanden! Dat is voor deze patiëntgroep zo ontzettend lang. Dat is één. Twee. Ik zei al eerder dat het gewoon moeilijk blijkt te zijn – dat krijg ik van verschillende kanten te horen – om echt vernieuwende medicijnen überhaupt onder de aandacht te krijgen bij het Zorginstituut en het daar te agenderen. Het is veel makkelijker om bestaande medicijnen wat aan te

passen, uit te breiden en daar vervolgens toelating voor te krijgen dan om echt met iets nieuws te komen. Volgens mij zijn de heer Rutte en ik het best eens over het feit dat er juist ruimte moet zijn voor innovatie, dat vernieuwende medicijnen of aanpakken goed voor de patiënt kunnen zijn en ook nog eens geld kunnen besparen. Dus ik vraag...

De voorzitter:

Meneer Rutte gaat antwoord geven, want u breidt uw spreektijd nog ruim uit.

De heer Arno Rutte (VVD):

Mevrouw Ellemeet vertelt wat ze net ook al zei; dat hebben we nu twee keer gehoord. Maar het gebeurt gepassioneerd en dat is mooi. Ik ben het er voor een groot deel mee eens. Ik had hierover iets willen zeggen in mijn spreektijd, maar ik ga het nu als antwoord formuleren. We zien een enorme worsteling als het gaat om innovaties en innovatieve geneesmiddelen met hele kleine patiëntengroepen. Het Zorginstituut moet toetsen op stand der wetenschappen en praktijk. Dat eisen wij ook. Tegelijkertijd is er niet heel veel praktijk als patiëntengroepen heel klein zijn. Dat is er niet zomaar gepeerreviewd wetenschappelijk onderzoek. Dan heb je te maken met ervaringen uit de praktijk, maar die zul je tegelijkertijd wel goed onderbouwd moeten monitoren. Ik zie dat dit lang duurt, maar je hebt wel een goede studie nodig. Ik zie ook patiëntengroepen met andere aandoeningen. Die zijn vandaag niet massaal aanwezig maar andere keren wel. Denk aan de ziekte van Huntington. Daar wordt dezelfde worsteling doorgemaakt. Wat ik graag zou willen is dat gekeken wordt naar het wetenschappelijke traject dat doorlopen moet worden. Is dat de beste manier? Kan het eventueel ook anders, juist als de patiëntengroepen veel kleiner worden? Zou je daar opnieuw naar kunnen kijken? Ik had die vraag aan de Minister willen stellen. Het komt enigszins overeen met wat mevrouw Ellemeet zei. We moeten hiervan leren, waarbij wel duidelijk moet zijn dat het nog niks zegt over de uitkomst. Het kan wel degelijk betekenen dat het traject heel goed is, maar dat de uitkomst is: onvolgende effectief. Als politicus zou ik het oordeel wel of niet effectief nooit in de mond nemen. Dat vind ik te makkelijk. Dan krijg je ook een soort lobbyvergoeding: wie het hardste lobbyt, krijgt een vergoeding. Dat moeten we niet doen. Maar ik vind wel dat patiënten sneller duidelijkheid moeten kunnen krijgen als dat mogelijk is. Ik denk dat wij elkaar daarin vinden. Die toets zou ik graag willen doen en ik ben benieuwd hoe de Minister daartegen aankijkt. Hoe zou dat vorm kunnen krijgen?

De voorzitter:

Meneer Rutte gaat nu verder, maar er is nog een vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

De heer Rutte heeft ook al die brieven ontvangen van SMA-patiënten, gezinnen, familieleden enzovoorts. Ik heb het antwoord van de VVD gelezen. Het was een kil en klinisch antwoord, dat er eigenlijk op neerkwam dat het niet vergoed zal worden. Stel nou eens dat die voorwaardelijke toelating er niet was gekomen, dat goede bericht van de Minister. Dan hadden we de situatie gehad dat in één gezin Fauvé het wel krijgt en het andere kind, Tygo, niet. Dat is toch onaanvaardbaar? Is het niet zo dat de beslissing om het al dan niet in het pakket onder te brengen, niet hoort te liggen bij het Zorginstituut maar dat dat een politieke verantwoordelijkheid is, dat het bij ons hoort te liggen, bij de politiek, bij het parlement, in plaats van het weg te schuiven naar een instituut, zodat je zelf je handen als het ware vrij hebt? Dat is toch geen goede manier van politiek bedrijven?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik laat me niet zomaar aanwrijven door de heer Van Gerven dat mijn antwoord kil is. Het is een enorme worsteling om uit dit soort dingen te komen. Het is nogal makkelijk om hier te zeggen dat de ontstane situatie je niet aanstaat en een heel grote broek aan te trekken, zo van «o, o, o, schandalig die farmaceutische industrie» om vervolgens op het moment dat het uitkomt te zeggen: maar wij vergoeden wel. Dat is een populistische manier van politiek bedrijven die nergens op lijkt en ook geen recht doet aan de enorme worsteling die dit dossier met zich meebrengt. Het is makkelijke politiek. De heer Van Gerven mag dat doen, maar ik laat mij niet aanwrijven dat dit mij emotioneel niet raakt. Het raakt mij enorm, maar ik probeer de mensen wel een eerlijk antwoord te geven over het pad dat je moet bewandelen. Daarin hoort een fatsoenlijke wetenschappelijke toetsing thuis. Ik zou heel graag willen dat dat sneller gaat, dat het beter gaat, dat we het pad beter effenen, maar het zou echt een aanfluiting zijn als we hier politieke besluiten moeten nemen over al dan niet vergoeden. Dan vraag ik op mijn beurt aan de heer Van Gerven welk toetsingskader hij dan gebruikt. Dat heeft hij niet. Dan is het buitengewoon makkelijk. Wanneer is iets effectief? Wanneer de heer Van Gerven als politicus van de SP vindt dat iets effectief is. Die weg kunnen we niet opgaan, dat gaat gewoon niet.

De **voorzitter**:

De heer Van Gerven in tweede instantie.

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

Het is aan de medisch specialist in dit concrete geval om te zeggen «dat middel kan werken bij die patiënt en dat gaan we geven». Dat moet het uitgangspunt zijn. In dit specifieke geval is dat middel toevallig peperduur, omdat een hebzuchtige fabrikant een idiote prijs vraagt, en is de patiënt de dupe. Dat kunnen we niet laten gebeuren, zeg ik tegen de VVD. Dat zouden we niet moeten accepteren. We zouden dat moeten losknippen. Er komen nog heel veel gevallen aan van weesgeneesmiddelen en kleine groepen ernstig zieke patiënten. Wij kunnen hun die middelen niet onthouden omdat het toevallig peperduur is. Dan moeten we het systeem aanpakken en komen tot een reële prijsstelling. We moeten goed kijken naar het instituut, maar we mogen de patiënt niet de dupe laten zijn. Het antwoord dat de heer Rutte gaf kan ertoe leiden dat de patiënt niet geholpen is. Dat is mijn punt. Mijn vraag aan de VVD is toch: hoe gaan we voorkomen dat het in de toekomst weer gebeurt? Dat hoort niet, dat moeten wij voorkomen. Is de VVD dat met de SP eens?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ik ben in ieder geval blij dat de heer Van Gerven duidelijk maakt dat wij handelen in dilemma's en dat er geen eenvoudige oplossingen zijn. Het is een onwaarschijnlijk wikkelen en wegen. Ik hoop ook dat de heer Van Gerven begrijpt dat ook al heeft hij het over het doorbreken van het systeem – als een arts vindt dat het effectief is, moeten we het maar betalen, ongeacht de prijs – hij daarmee, zonder dat hij wil, de allergrootste vriend van de farmaceutische industrie wordt. Dat moeten we toch niet willen met elkaar. Ik wil wel dat we met elkaar een nieuwe balans weten te vinden. Ik ga daarover graag in gesprek met de heer Van Gerven. We moeten er zo min mogelijk ruzie over maken, want volgens mij zijn we het over heel veel dingen wel eens. Dit is gewoon een worsteling. Ik vind dat je wel degelijk een fatsoenlijke wetenschappelijke toetsing op effectiviteit moet doen. Die heeft bijna ieder land in Europa. Kijk naar het Verenigd Koninkrijk, waar NICE dat doet. Daar is het helemaal geobjectiverd; de politiek heeft er zelfs helemaal niets meer over te zeggen. Een instituut neemt een besluit en dat is het dan. Ik vind het wel van belang dat wij wel degelijk het gesprek kunnen hebben over de vraag hoe je dan

toetst, hoe dat er dan uitziet. Dat is ook precies de vraag die ik stel. Maar laat duidelijk zijn: ik zou het allerliefste willen dat nieuwe geneesmiddelen morgen beschikbaar komen voor ieder patiënt. Dan knok ik iedere dag voor. Ik heb daar in andere debatten ook voor geknokt; termijnen verkorten et cetera. Maar er zit wel het dilemma aan dat dingen ook een hoge prijs hebben en je zeker moet weten dat het bij de juiste patiënt komt tegen de juiste effectiviteit. Daar zal ik altijd een weg in proberen te zoeken.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen heeft ook nog een vraag voor u.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Collega Rutte heeft gelijk als hij zegt dat zich een dilemma voordoet. Enerzijds is er namelijk de wens om medicijnen beschikbaar te maken voor iedereen die ze nodig heeft en anderzijds is er de hoge prijs. Maar die hoge prijs is natuurlijk niet een gegeven. Die komt voort uit het verdienmodel van de farmaceutische industrie dat wordt gestut door een systeem van patenten en licenties en een gebrek aan openheid over ontwikkelkosten. Ik zal nog maar een keer zeggen dat de farmaceutische industrie volgens de Europese Commissie de sector is die de hoogste nettowinstmarges heeft. Zij moet dus niet piepen als wij klachten hebben over de prijs. Is de heer Rutte het met mij eens dat een deel van de oplossing van het dilemma gelegen is in het samen met mij, GroenLinks en de SP steunen van onze voorstellen waarmee de macht van de farmaceutische industrie wordt ingebonden door een ander systeem van patenteren en licentiëren, en door van hen meer transparantie te willen? Kan ik op zijn steun rekenen? Het dilemma is reëel, maar dat wordt niet veroorzaakt door de heer Rutte, maar door de wijze waarop de farmaceutische industrie zich organiseert en haar verdienmodel maximaliseert.

De heer Arno Rutte (VVD):

Het valt zeer te waarderen dat de Partij van de Arbeid, GroenLinks en de SP al eerder dit jaar – volgens mij al vorig jaar – een initiatiefnota hebben ingediend met allerhande voorstellen om de status quo te doorbreken. Ik denk dat wij het met heel veel van die voorstellen eens zijn, maar misschien niet met allemaal. Zo gaan die dingen. Ik ben ervoor dat we met elkaar zoeken naar een andere weg, en in sommige gevallen naar een betere weg, maar het moet wel reëel zijn. Geneesmiddelen worden ontwikkeld in een systeem dat al meer dan 60 jaar bestaat. Dat systeem heeft ook heel veel opgeleverd. Wij zijn niet zozeer altijd enthousiast over de hoge prijzen, maar we weten niet helemaal zeker dat de uitkomst net zo goed zal zijn als we daarin radicaal morrelen. Ik vraag dus wel om enige balans en om hiermee verstandig om te gaan. Maar met elkaar zoeken naar betere modellen, andere modellen, daar ben ik zeer voor. Ik noem maar eens wat: op het moment dat wij zelf op een universiteit iets uitvinden, moeten we bijvoorbeeld niet zomaar een licentie geven, maar ook iets vinden van de prijs. Dat is iets waar we invloed op hebben.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen in tweede instantie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Dank aan collega Rutte. We zullen ongetwijfeld concrete voorstellen blijven doen. Een van de problemen die zich nu voordoen – dat lasen we in een rapport van Wemos en SOMO – is dat bijvoorbeeld regionale ontwikkelingsmaatschappijen subsidies geven aan start-ups die ontwikkelen. Dat is op zichzelf prima, maar vervolgens maken zij op medicijnen die met publiek geld worden ontwikkeld, private winsten. Is de heer Rutte

het met mij eens dat we toch samen de oproep aan de Minister zouden moeten doen om dat een halt toe te roepen?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat is een lastige. Er gaat publiek geld naar die ontwikkeling, maar een groot deel van dat publieke geld wordt wel degelijk terugbetaald. Het punt is dat het product dat daar uiteindelijk uitkomt opnieuw wordt betaald. Daar zit dus een stuk van het ongemak. Maar ik ben ervoor dat we een goede balans vinden tussen de investering die wij doen en wat dit uiteindelijk doet met de prijs. Ik zeg dat niet al te zwart-wit, want dat kan per geval verschillen, maar ik denk dat we daar minder naïef in moeten worden en beter moeten leren daar van tevoren afspraken over te maken. Want als je dat achteraf doet, ben je te laat. Zal ik verdergaan met mijn betoog?

De **voorzitter**:

Nee, want mevrouw Agema heeft ook nog een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Wat mij al een heel aantal jaren opvalt, is dat elke keer als wij een debat over geneesmiddelen hebben de publieke tribune helemaal vol zit met patiënten die eindelijk een middel voorhanden hebben en hoop hebben. Een middel is allang toegelaten en wordt in de landen om ons heen al langer vergoed, maar in Nederland wordt het keihard in een sluis geplaatst en niet vergoed. Dat maakt mensen onzeker. Of het nou Pompe en Fabry is, of het nou taaislijmziekte is, of het nou SMA is: iedere keer gebeurt dit. Deze mensen worden over het randje geduwd, elke keer weer. En dan hoor ik meneer Rutte van de VVD volgens mij zeggen: volgens mij moeten we dit nog eens tegen het licht houden. Mijn vraag aan meneer Rutte is: moet u inmiddels niet wat concreter worden? Dit duurt al jaren en jaren en jaren. Iedere keer een ander middel, iedere keer een andere patiëntengroep. Moeten u niet wat concreter zijn in wat u verlangt van de Minister anders dan «laten we het nog eens tegen het licht houden»?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Een van die punten heb ik net al concreet genoemd. Bij een kleine patiëntengroep met een heel hoge ziektelast blijkt het buitengewoon ingewikkeld te zijn om tot een goede afweging te komen van effectiviteit. Ik zie dat daar in verschillende landen andere oordelen over zijn. Ik vind het verstandig om te kijken naar hoe die beoordeling plaatsvindt, naar de plaats in dat proces: klopt dat pad, sluit dat aan, sluiten die werelden op elkaar aan? Dat betreft aan de ene kant dus de wetenschappelijke toetsing die nodig is en de onmogelijkheid tot peer review, om het wetenschappelijk onderzoek te brengen bij het Zorginstituut. Dat is één kant. Op het tweede punt kom ik zo meteen. Dat zit 'm inderdaad in de sluisprocedure. Dat zijn concrete punten; daar zal ik zo wat over zeggen. Het punt is wel dat we ook niet helemaal ontkomen aan het feit dat iets in het ene land wel wordt vergoed, maar in het andere land niet. Ik vind het wel heel goed om eens naar die verschillen te kijken: waar komen die nou vandaan? Maar er zullen ook gevallen zijn waarin Nederland wel vergoed en andere landen niet. Toetsingen lopen nooit helemaal parallel. Ik besef één ding heel erg goed: het is aan de patiënten vrijwel niet uit te leggen. Daar heeft mevrouw Agema groot gelijk in. Patiënten kiezen er niet voor om ziek te worden. Zij zien het middel en willen het dolgraag hebben. Aan deze kant van de tafel zouden wij denk ik allemaal willen zeggen «wij doen het», maar als we dat doen zonder een effectiviteitstoets, dan weten we ook dat we niet zeker weten of het juist is om het toe te laten en dat we uiteindelijk de hoofdprijs betalen die we op termijn niet met elkaar kunnen dragen. Dus dat is een ingewikkelde balans. Ik zou het liefst hebben dat

we dit zo snel en zo goed mogelijk kunnen doen en we ook kritisch blijven bij de manier waarop we dat doen.

De voorzitter:

Mevrouw Agema in tweede instantie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De patiëntengroep die ik net bijvoorbeeld niet in mijn lijstje noemde, is de groep patiënten met MS. Een groot aantal van hen heeft ook hier op de publieke tribune gezeten. Ik zat net te luisteren naar het interruptiedebat tussen de heer Rutte en meneer Van Gerven. Meneer Rutte stelde daarin eigenlijk dat we buiten de wetenschap moeten blijven; eigenlijk was het een soort heiligverklaring van die wetenschap. Maar het is natuurlijk wel heel erg gek dat daar bepaald wordt dat een gewonnen levensjaar € 80.000 mag zijn of opbrengen. Het is een complete slag in de lucht om dat als een beoordeling op te nemen. Maar ook bij het middel voor MS-patiënten, Fampyra, heeft het Zorginstituut als criterium aangehouden dat het voor drie kwart van de patiënten niet werkt. Dat is een bizar oordeel! Het werkt voor een kwart van de mensen dus wel. Je kunt de hele populatie nagaan. Je kunt kijken bij wie het wel aanslaat en bij wie niet. En dan komt de VVD hier eigenlijk met een heiligverklaring van dat hele beoordelingskader van het Zorginstituut. Ik zou de VVD dus willen bewegen om wat concreter te worden. Ik zou de Minister willen voorstellen om dat beoordelingskader te heroverwegen. Zou de VVD dat kunnen steunen?

De heer Arno Rutte (VVD):

Mevrouw Agema geeft een punt aan waar we het in het vorige debat over hadden. Dat ging over Fampyra en de effectiviteit van dat middel. Daarvan bleek inderdaad dat het bij 25% van de patiënten effectief zou kunnen zijn, en bij 75% van hen niet. Het grote probleem is dat het moeilijk is om op te sporen welke patiënten dat zijn. En dat heeft wel degelijk tot het inzicht geleid – en gelukkig tot een nieuwe studie – dat we moeten kijken hoe we die groepen kunnen vinden. Want dat is uiteindelijk waar het om gaat. Dat zijn geen gemakkelijke trajecten, maar ik vind dat wel de juiste weg: het juiste middel bij de juiste patiënt, en dan zouden we ook over kunnen gaan tot vergoeding. Ik ga hier niet grossieren in makkelijke antwoorden, maar ik denk wel dat dit de weg is die we met elkaar moeten gaan. Hoe sneller hoe beter. Daar ben ik voorstander van.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, we doen interrupties in tweeën. Dit is uw tweede interruptie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, dit is mijn tweede interruptie. Ik ben geen wetenschapper, maar sommige dingen zijn ongelofelijk logisch. Als je er met een normale bril naar kijkt, is dit niet te volgen. Als een middel voor drie kwart van een patiëntenpopulatie niet werkt, maar voor een kwart ervan wel, waarom zou je het hele middel dan weggooien? Waarom zou je dat stukje hoop, dat stukje genezing dan niet aan een kwart van die populatie geven? Dat zijn dus kringetjes waarin we blijven lopen. Over de sluisperiode heb ik de vorige keer een motie ingediend, maar die is door niemand hier gesteund; laat ik dat ook even tegen iedereen zeggen. Niemand hier heeft de vorige keer mijn motie over de sluisperiode gesteund. Ik voorspel dat die lelijke of koude brieven aan die patiëntenpopulaties gestuurd blijven worden als wij hier niets doen aan het beoordelingskader van het Zorginstituut, als wij niets doen aan die sluisperiode. Dat moet ook de VVD beseffen. Iedere keer betreft dat weer een andere populatie, want...

De voorzitter:

Mevrouw Agema, dit wordt wel een hele lange interruptie. Stelt u even een vraag aan meneer Rutte.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ja, voorzitter. Realiseert de VVD zich dat er 314 levensreddende of levensveranderende medicijnen aan zitten te komen en dat wij straks dus iedere week zo'n tribune vol met mensen hebben?

De heer Arno Rutte (VVD):

Mevrouw Agema schetst precies het dilemma waarin wij hier zitten. Ja, er komen heel veel middelen aan. Het is buitengewoon ingewikkeld. Sommige middelen werken voor een beperkte groep, maar voor anderen niet. Hoe pijnlijk dat ook is, we zullen dat toch in kaart moeten brengen omdat je niet per definitie kunt zeggen «er is een nieuw middel; u zegt dat het werkt en we gaan het doen tegen elke prijs». Zo simpel is het niet. Misschien kan ik in mijn antwoord een deel van mijn betoog meenemen om tijd te nemen. Over de procedure, de sluisperiode, ben ik hartstikke kritisch, maar het is een noodzakelijk kwaad. In het verleden stroomden deze middelen automatisch in het pakket. Dat leidde tot gigantisch hoge prijzen. Of we dat nou leuk vinden of niet, uiteindelijk zullen we toch moeten onderhandelen om tot een maatschappelijk draagbare prijs te komen. Gezien de monopolies waar we mee te maken hebben, krijgen we anders de prijzen die de gek daarvoor vraagt. Ik vind het niet fraai en het duurt te lang. Het proces is niet transparant. Ik zou graag willen dat die sluitperiode veel transparanter wordt. Dat geldt zowel voor de procedure als voor hetgeen waarop in het tweede deel – dus nadat het Zorginstituut heeft getoetst – wordt getoetst. Ook die vraag had ik de Minister willen stellen. Dat doe ik dan bij dezen: kan dat slustraject nou eens een stuk transparanter worden? Degene die komt onderhandelen wordt gevraagd om transparant te zijn. Terecht. Ik vind dat de overheid dat ook moet zijn en dat daarmee het pad naar een snellere beoordeling moet worden geëffend. Die snelle beoordeling kan overigens ook een negatieve beoordeling zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, in tweede instantie.

Mevrouw **Agema** (PVV):

We kunnen tijdens die sluisperiode toch gewoon het middel vergoeden? Dan kun je daarna nog steeds onderhandelen en een betere prijs bedingen. Dan zeg je gewoon: in Duitsland en in Frankrijk betalen ze dit en dat, beste fabrikant; dat betalen wij nu ook en in de tussentijd gaan we met u onderhandelen en proberen we een nog betere prijs te bedingen. Niemand hier steunt dat. Niemand! Ik ben daar zo verbaasd over.

De voorzitter:

Uw vraag aan de heer Rutte, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vraag aan de VVD is: doe niet zo star. Ik heb daar ook een opmerking over. In de afgelopen zes jaar zijn de zorgkosten niet met bijna 10 miljard euro gestegen, terwijl dat wel de verwachting was. En er is bij de Voorjaarsnota weer 950 miljoen over.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, uw inbreng komt zo. U neemt te veel tijd.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik gebruik gewoon mijn vier interrupties. Dat mag ik gewoon doen, voorzitter. Dus mijn vraag aan de VVD...

De voorzitter:

U neemt echt veel te veel tijd in beslag. Stelt u een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik neem helemaal niet meer tijd beslag dan meneer Van Gerven. Helemaal niet.

De voorzitter:

Stelt u een vraag.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dit zijn vier interrupties en dat zijn alle interrupties waar ik recht op heb in dit debat.

De voorzitter:

U mag gewoon twee interrupties in tweeën plegen. Dat is inderdaad prima, maar niet als ze eindeloos duren en u zo meteen nog uw eigen inbreng kunt leveren waarin u uw standpunten uiteen kunt zetten.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Maar dat geldt toch voor iedereen?

De voorzitter:

Mevrouw Agema, een vraag aan de heer Rutte.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Nou moet ik het hele verhaal weer gaan herhalen, voorzitter. Ik vraag de heer Rutte of hij de focus op die kosten weg kan nemen nu de zorgkosten 10 miljard euro minder zijn gestegen en er weer 950 miljoen over is. En ik vraag hem of hij het voorstel dat ik doe kan steunen, namelijk om voor een medicijn een bedrag te vergoeden dat op dat moment in omliggende landen al wordt betaald, en om in de tussentijd te gaan onderhandelen met de fabrikant.

De voorzitter:

Meneer Rutte geeft nu antwoord.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Mevrouw Agema doelt erop dat er in Europa verschillende toetsingsystemen zijn en dat dingen er op verschillende manieren gaan. Het tweede deel van mijn oproep aan de Minister was om niet alleen het pad te effenen, maar ook om te vergelijken en te kijken hoe de toelating in andere landen plaatsvindt. In Duitsland wordt eerst toegelaten en daarna onderhandeld, maar in Duitsland wordt ook wel fors meer betaald voor geneesmiddelen dan hier, en het zorgstelsel is er niet helemaal gelijk. Dus ik vind het de moeite waard om ook daarnaar te kijken om te zien wat de effecten zijn. In België hebben ze een heel strikte procedure. Die duurt soms wat langer, maar geeft heel veel duidelijkheid. In Frankrijk is het weer net anders. Ik vind het de moeite waard dat we blijven bekijken wat tot het beste resultaat leidt. Maar ik vind het wat te makkelijk om steeds te zeggen: joh, geld voor zorg raakt helemaal niet op en we betalen gewoon elke prijs die er is. Dat kunnen we ons simpelweg niet permitteren, ook al beweert mevrouw Agema dat dat wel zo is. Ik ga verder met mijn betoog.

De voorzitter:

Het spijt me, meneer Rutte. U wilt verder met uw betoog, maar u roept heel veel vragen op. Meneer Van Gerven pleegt een tweede interruptie.

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

We hadden afgelopen jaar ruim 11 miljard over op de begroting van het Rijk. Ik denk dus dat heel veel meer mogelijk is dan de VVD hier suggereert. Maar even terug naar het Zorginstituut en de huidige procedure. Het Zorginstituut is aan de ene kant een wetenschappelijke poot en aan de andere kant zitten daar gewoon economen die aan het calculeren zijn. En dat is het probleem. Zouden we het Zorginstituut niet uit elkaar moeten trekken, zo vraag ik aan de VVD. Het Zorginstituut gaat dan kijken of een geneesmiddel werkt of niet werkt. Dat kijkt gewoon naar de medische effectiviteit en laat ons weten wat de stand van de wetenschap is. Het is dan aan de politiek om de afweging te maken: we gaan dat in het pakket stoppen en hebben daar zoveel geld voor over, ja of nee? Want nu ligt dat bij het Zorginstituut en dat is een politiek...

Mevrouw **Agema** (PVV):

Voorzitter, wilt u nu de heer Van Gerven ook onderbreken?

De **voorzitter**:

Mevrouw Agema, wilt u dit niet doen? Ik ben de voorzitter en ik ben bezig. Ik druk op dit moment op de knop om meneer Van Gerven te vragen zijn vraag te stellen. En die is gesteld, dus...

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

Ik was bezig met die te stellen en die betreft het uit elkaar halen van het Zorginstituut.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Helder. Nee, daar ben ik geen voorstander van. Het Zorginstituut toetst op kosteneffectiviteit. Ik denk dat het verstandig is dat het dat blijft doen. Een effectiviteitstoets gaat niet alleen maar over de effectiviteit van de interventie van het ene middel dat wordt voorgesteld, maar heeft ook te maken met eventuele alternatieven en de prijs daarvan. Ik wil graag een instituut dat dit in brede zin toetst en weegt, en op basis daarvan met een advies naar de Kamer komt.

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

Het is toch raar dat een econoom van het Zorginstituut bepaalt of de patiënten hier Spinraza krijgen? Dat zou de politiek moeten doen. En dan het volgende. Zou het dan niet zo moeten zijn: we laten de economen van het Zorginstituut in kaart brengen wat de kosten zijn, maar we laten de beslissing over aan de politiek? Het Zorginstituut brengt dan alleen de wetenschappelijk kant en de kostenkant in beeld, maar neemt daar verder geen besluit over en legt dat gewoon voor aan de politiek. Die hoort te beslissen.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat klinkt hartstikke goed. Dat is namelijk precies de praktijk van dit moment. Wel degelijk. Wordt een middel afgewezen maar zegt het Zorginstituut dat het wel effectief is, dan gaat naar de Minister het advies om over de prijs te gaan onderhandelen. Het vindt die prijs dan te hoog. Het vindt het middel niet kosteneffectief, maar het advies is dan: onderhandel over de prijs. Bij de heel kleine weesgroepen gaat het vaak om andere dingen. Dat betreft vaak echt het vraagstuk: voldoende effectief, bij de juiste patiënt, kunnen we dat in kaart brengen? Dat is een effectiviteitsvraagstuk. Dat is ook razend ingewikkeld. Daar heb je ook een studie voor nodig. En daar knelt het in dezen. Het gaat niet geheel anders dan de heer Van Gerven nu suggereert.

De **voorzitter**:

U kunt nog niet doorgaan, want mevrouw Ellemeet pleegt ook een tweede interruptie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ga proberen het kort te houden. In mijn inbreng heb ik aangegeven dat artsen hebben ontdekt dat het heel interessant is om een duur geneesmiddel minder te gebruiken en dat dit leidt tot meer kwaliteit van leven. Maar nu weigeren de farmaceuten om het vervolgonderzoek te financieren. En hoe komt dat? Dat komt doordat zij dan minder winst maken. Wat vindt de heer Rutte hiervan? Hoe zou hij dit probleem willen oplossen?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Het gaat om onderzoek dat plaatsvindt nadat het middel op de markt is gekomen en wordt vergoed. In bredere zin zal ik daar wat meer over zeggen. Je ziet het steeds vaker. Het UMCG heeft bijvoorbeeld heel uitgebreide studies gedaan naar het verstrekken van precies de juiste dosis aan de patiënt. In het LUMC heb ik het ook al gezien. Daarmee wordt gigantisch veel op dure geneesmiddelen bespaard, maar dat moet je wel in de dagelijkse therapeutische praktijk met wetenschappelijke programma's zien te stutten. Ik denk dat dat programma's zijn die in het normale wetenschappelijke traject rondom behandelingen en de umc's thuishoren. Ik zie niet meteen in waarom de financiering van dat deel van de studies bij farmaceutische bedrijven zou moeten liggen. Ik zou het hartstikke mooi vinden als we dat doen. Dat zien we vaker bij therapieën die zijn toegelaten: de wijze van gebruik, de wijze van toepassing, moet je gaandeweg in de nadere praktijk onderzoeken en dat hoort bij de normale wetenschappelijke agenda van een umc.

De **voorzitter**:

Mevrouw Ellemeet, in tweede instantie.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

We moeten toch de pijnlijke constatering maken dat farmaceuten als hoogste doel hebben zo veel mogelijk winst te maken. Het financieren van een onderzoek waarmee we de kosten kunnen drukken en de kwaliteit van leven kunnen verbeteren is dus niet in het belang van deze farmaceutische industrie. Dat is de kern van het probleem van het geneesmiddelenbeleid. We hebben ons overgeleverd aan bedrijven die zo veel mogelijk winst willen maken. We hebben ons lot en ons beleid in hun handen gelegd. Is de heer Rutte het niet met GroenLinks eens dat we daar iets aan moeten doen, dat wij uiteindelijk moeten kunnen bepalen welke onderzoek relevant is en welk onderzoek gefinancierd zou moeten worden?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat gaat me net wat te makkelijk. Als ik naar een ziekenhuis ga, dan heb ik niet alleen te maken met geneesmiddelen, maar ook met allerlei andere hulpmiddelen. Dan heb ik te maken met een gebouw dat gebouwd is door een aannemer. Die heeft ook winst gemaakt. Dan heb ik te maken met allerlei scanners gemaakt door bedrijven als Philips en Siemens. Dat zijn allemaal geen ideologische instellingen. Dat is allemaal nodig. De scalpel wordt gemaakt door een bedrijf. Het is niet zo dat je dan per hulpmiddel dat je gebruikt, zegt dat de fabrikant de studie daarnaar moet betalen. Dat is wat raar. Wat dat betreft is een farmaceutisch bedrijf inderdaad een bedrijf; het maakt winst. En dat geldt voor alle bedrijven die toeleveren aan de zorg. Dan moeten we ook eerlijk zijn en zeggen dat we vinden dat wie iets aan de medische wereld levert, ook een onderzoekagenda zou moeten hebben gericht op het gebruik daarvan. Gelukkig zijn heel veel bedrijven daartoe bereid. Ten aanzien van de toelating is dat ook

nodig, maar die vervolgstappen... Het is prachtig als het gebeurt, maar een verplichting op dat gebied gaat mij wat ver en kun je volgens mij ook niet voldoende onderbouwen.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen pleegt ook een tweede interruptie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik bouw even voort op hetgeen mevrouw Ellemeet voorstelt. De heer Rutte zegt: er wordt wel meer winst gemaakt; gebouwen worden door aannemers neergezet. Dat klopt natuurlijk. Ik geloof ook niet dat hier iemand per se tegen het maken van winst is, maar het gaat om exorbitante winst. Laat ik de parallel met de aannemer nog eens even doortrekken. Mensen mopperen altijd op aannemers. Het duurt te lang, ze maken het niet af. Maar ze doen één ding goed: als je een offerte krijgt, staat daar precies op wat je betaalt voor welk onderdeel van het werk. De uren worden gespecificeerd. Het hout en de tegels worden gespecificeerd. Maar laat dat nou net het probleem zijn bij de farmaceutische industrie. Zij vraagt wel die prijs, maar je krijgt nooit inzicht in hoe die prijs tot stand is gekomen. Zelfs de Minister niet. De Minister onderhandelt over prijzen en komt terug met «ik heb een succes behaald». Dat gun ik hem graag. Meer nog: ik gun het iedereen, alle patiënten. Maar wij weten niet op basis waarvan de farmaceut die kortingen geeft. Dus mijn vraag aan de heer Rutte is: laten we nou eens even doen alsof de farmaceutische industrie een aannemer is, en zou zij daar dan niet een voorbeeld aan moeten nemen? Zou dat niet een interessante vergelijking zijn?

De heer Arno Rutte (VVD):

Of een aannemer het meest praktische is om het mee te vergelijken, denk ik niet. Een aannemer werkt niet in een model waarin hij op basis van een patent zijn onderzoekskosten moet terugverdienen et cetera. Er zitten wel andere elementen in de zorgketen. Neem bijvoorbeeld degene die medische hulpmiddelen maakt, iemand die een operatierobot als die Da Vincirobot ontwikkelt. Daar zitten precies dezelfde ongemakkelijke zaken aan. Daar betaal je ook een enorme prijs voor het gebruik ervan. Er ligt een heel zwaar patent op om dat te kunnen doen. We hebben geen inzicht in de prijs, maar we betalen die wel omdat we het van belang vinden dat dit soort nieuwe innovaties, mits ze kosteneffectief zijn, toch beschikbaar komen voor de patiënt. Ik deel dus wel het ongemak van mevrouw Ploumen en ik kan daar heel ver in meegaan, maar ik vind het wel nodig dat we dan met een alternatief komen dat tot dezelfde uitkomsten leidt, dus dat die middelen er dan wel degelijk komen en dat er nog steeds iemand is die zegt «ik maak een operatierobot en die stel ik beschikbaar». We zijn er niet al te zeker van of dat tot een goed einde leidt. Ik geloof niet dat we het er pertinent over oneens zijn dat dit beter en anders moet. Ik vind dat Mandemakersprijzenmodel, zoals ik het altijd maar noem, voor geneesmiddelen buitengewoon ongemakkelijk. Je koopt een keuken en daar zit een enorm opslag op, maar niemand weet precies hoe groot die is. Dat dreigt bij geneesmiddelen ook. Ik word daar niet vrolijk van.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen, heel kort in tweede instantie.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Zeker, heel kort. Dank aan de heer Rutte. Er zijn een aantal voorstellen te doen over hoe het anders kan. Een aantal daarvan hebben we ook gedaan. Die zal ik samen met GroenLinks en de SP wederom graag inbrengen, want het is geen gegeven dat het moet zoals het nu gaat. Dat toont het voorbeeld van de aannemer aan.

De **voorzitter**:

Wilt u daarop antwoorden, meneer Rutte?

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Ja. Heel kort, oké. Ik ben absoluut bereid om na te denken over andere dingen, maar heb tegen de heer Van Gerven weleens iets gezegd – dan marchandeer ik een klein beetje, maar toch – dat ze, om eerlijk te zijn, in de communistische wereld 50 jaar de kans hebben gehad om nieuwe geneesmiddelen te ontwikkelen en op de markt te brengen en dat dat nul keer gelukt is. Er zit dus ook iets van waarde in dat ingewikkelde model met al die patenten waardoor het tot die innovatie leidt, maar ik ben niet 100% enthousiast over hoe dat loopt. Dus als we daarin een betere balans weten te vinden, graag.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg heeft ook nog een vraag.

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

Een eerdere opmerking van de heer Rutte triggerde mij toch even. Wij hebben net gezegd dat het er toch een beetje naar uitziet dat medicijnen een verdienmodel zijn geworden van degenen die goed kunnen onderhandelen. Mevrouw Ploumen gaf net aan dat transparantie, openheid moeilijk kan zijn bij patenten. Daar hebben wij over na zitten denken. Vandaar dat ons voorstel net was: het is prima dat jij een product hebt gemaakt, een medicijn, maar je bent verplicht om in de dagelijkse praktijk onderzoek te doen. Wij hebben nu even als grens genomen een macrobeslag van 2,5 miljoen, maar daar kunnen we met elkaar over praten. Wij willen wel dat die farmaceut verplicht wordt om verder te kijken hoe zijn middel in de praktijk werkt. Dan zal volgens mij het probleem dat mevrouw Ellemeet en de heer Van Gerven net hebben genoemd, dat uit het artikel in Trouw over de fabrikanten, automatisch opgelost worden. Ik wil toch graag van meneer Rutte weten waarom hij daar dan niet spontaan ja op zei.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat zit een beetje in de lijn die net al aangaf. Ik geef overigens ook niet een keihard nee. Ik vind het belangrijk dat er wel degelijk onderzoek gedaan blijft worden naar gepast gebruik van een geneesmiddel: het juiste geneesmiddel bij de juiste patiënt en bij voorkeur ook in de juiste dosis. Ik zie niet helemaal in hoe je op een werkbare manier de rekening voor dat soort vormen van onderzoek, die wel degelijk in de praktijk plaatsvinden, altijd maar weer bij de fabrikant neer kunt leggen. Ik denk dat het juridisch onhaalbaar is. Dat zou je dan eigenlijk ook moeten eisen ten aanzien van de degene die bijvoorbeeld zo'n Da Vincirobot heeft ontwikkeld en dat doen we ook niet. Het heeft dus heel veel implicaties als je die weg opgaat, waarbij ik het absoluut zou steunen als we wegen zien te vinden om veel meer onderzoek te doen naar gepast gebruik. Sterker nog, daar ga ik zo meteen nog iets over zeggen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Berg, in tweede instantie.

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

Ik houd altijd graag mijn interrupties even bij de hand.

De **voorzitter**:

Zo veel hebt u er niet meer. U hebt twee keer één vraag gesteld. Dan zijn het straks ook weer gewoon alleen maar vragen en geen debat. Meneer Rutte, u hebt de gelegenheid om door te gaan met uw betoog.

Waarschijnlijk gaan we om 14.15 uur stemmen, dus hebt net de gelegenheid om het af te maken.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Dat gaat net lukken, denk ik. Dank u wel, voorzitter.

Ik heb heel veel dingen die ik had willen zeggen net in mijn interruptie kunnen zeggen. Ik hoop dat de Minister heeft meegeschreven en dat hij de vragen daarin heeft gehoord, want dan hoef ik die niet te herhalen.

Het effenen van het pad, het zorgen dat partijen weten waar ze aan toe zijn en het kritisch blijven kijken naar dat proces, heel erg graag. Er zijn te veel klachten van alle betrokkenen, van patiëntenverenigingen tot farmaceutische bedrijven en tot degenen die de rekeningen moeten betalen. Het zal altijd wel een beetje schuren, maar laten we daar kritisch op blijven.

Voorzitter. Ik heb in 2016 met heel brede steun hier in de Kamer een motie aangenomen gekregen om van Nederland het Europese centrum te maken voor klinisch geneesmiddelenonderzoek. Dat heeft geleid tot een conferentie waarin betrokken partijen met elkaar hebben gekeken hoe ze dat kunnen doen. Daarna is het heel erg stil geworden. In die conferentie is ook gezegd dat er drie verdiepende bijeenkomsten zouden komen om echt te gaan kijken hoe men dit nou beter zou kunnen doen. Destijds was mijn insteek – dat heb ik gezegd – om voorafgaand aan toelating van middelen op de markt ervoor zorgen dat de juiste patiënten in studies worden geïncludeerd, dus niet alleen maar die man tussen de 30 en de 40 jaar, maar ook vrouwen, mensen met een biculturele achtergrond, vooral veel ouderen en mensen met polyfarmacie. Dat bleek niet haalbaar, maar dat is wel haalbaar na markttoelating. Dat is misschien wel waar mevrouw Ellemeet net onder andere op doelde. Ik zou graag willen dat Nederland daarin voorop blijft lopen, dat we dit soort onderzoek blijven doen. Op klinisch onderzoek zijn wij een toeland. We hebben echt op dat gebied meer te bieden dan welk land dan ook. Ik wil graag zien op welke manier daarop regie wordt gevoerd door alle betrokken partijen. We hebben daar heel veel te doen. Als farmaceutische bedrijven daar financieel aan kunnen bijdragen, graag. Het zou helpen om het beeld te verbeteren.

Voorzitter, tot slot de biosimilars. De meeste dure geneesmiddelen die we tegenwoordig kennen zijn zogeheten «biologicals», gekweekte geneesmiddelen. Bijvoorbeeld bij reuma hebben die een enorme verbetering van de kwaliteit van leven opgeleverd. Bij kanker zien we mensen nu genezen die in het verleden niet konden gelezen. Ook die lopen op een bepaald moment uit het patent en kunnen dan nagemaakt worden: biosimilars. Nederland loopt bepaald niet voorop met biosimilars. In een land als Noorwegen is gewoon wettelijk vastgelegd dat biosimilars primair worden voorgeschreven in plaats van het origineel. Dat is een soort preferentiebeleid voor biosimilars. In Nederland is er wel heel veel onderzoek gedaan naar het gebruik van die middelen, bijvoorbeeld in de Maartenskliniek. Ik zou heel graag willen dat we in Nederland vaart maken. Ik wil horen van de Minister welke stappen hij zet en ook hoe hij aankijkt tegen een preferentiebeleid voor biosimilars.

De **voorzitter**:

Er is een vraag, maar we moeten nu naar de plenaire zaal. Bewaart u die vraag even voor straks, meneer Geleijnse. Ik schors de vergadering tot de stemmingen en het afscheid van twee Kamerleden voorbij zijn. Ik weet niet precies wanneer dat is, maar ik schat dat het 20 minuten duurt. Het kan ook een halfuur worden.

De vergadering wordt van 14.13 uur tot 14.53 uur geschorst.

De **voorzitter**:

We waren gebleven in de eerste termijn, bij een vraag van de heer Geleijnse aan de heer Rutte. Maar de heer Geleijnse is er nu niet. Misschien komt hij zo dadelijk nog. Was u aan het einde van uw betoog, meneer Rutte? Ik geloof het niet.

De heer **Arno Rutte** (VVD):
Bij dezen. Dank u wel.

De **voorzitter**:

Oké. Bij dezen. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ploumen namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Ik zei het net al: het systeem is kapot. Maar gelukkig kunnen we zelf het systeem repareren. De Minister deed dat eigenlijk al, met zijn mededeling dat Spinraza vergoed wordt. Dank daarvoor, dat betekent voor heel veel mensen heel veel. Maar bij Spinraza en ook andere geneesmiddelen is de prijs geen gegeven, die is de resultante van een verdienmodel dat echt toe is aan revisie en renovatie. Er is geen transparantie, er zijn wel heel hoge prijzen en de industrie wil maximale beschermingsconstructies. Over deze drie dingen wil ik kort wat vragen aan de Minister.

Eerst over transparantie. In de Wereldgezondheidsorganisatie is een resolutie aangenomen die meer transparantie voorschrijft over prijzen en uitkomsten van trials. Nederland stemde daarvoor. Maar Nederland stemde tegen transparantie over, dus meer inzicht in, de kosten van die trials. Waarom heeft Nederland tegengestemd, op basis van welke instructie? Hadden wij dat als Kamer kunnen weten? Als het antwoord daarop «nee» is, hadden we het dan moeten weten en waarom is het niet aan de Kamer voorgelegd, zodat we daarover hadden kunnen spreken?

Voorzitter. De prijzen rijzen de pan uit en we hebben er geen inzicht in hoe die tot stand zijn gekomen. Wij zullen wederom voorstellen doen voor een andere systematiek, om zowel innovatie te bevorderen en te behouden als meer transparantie te bepleiten.

Voorzitter. Dan de maximale-beschermingsconstructies. Collega Ellemeet en ik meen collega Geleijnse zeiden daar al iets over. Er is een modelovereenkomst in de maak over maatschappelijk licenseren. Ik sluit mij aan bij hun vragen. Wanneer gaat het komen? Het moet natuurlijk in Europa. Op welke manier gaat de Minister zich daarvoor inzetten?

Voorzitter. De verlengingen van patenten worden onder valse voorwendselen gedaan. Er wordt zogenaamd een ander toedieningsmiddel gebruikt, er wordt een indicatie aangevoerd als grond voor verlenging van patenten. Wanneer en op welke manier gaat de Minister dat samen met ons bestrijden? Want dat alles leidt namelijk tot die hoge, ongewenste prijzen.

Dan zou ik heel graag een reactie van de Minister willen op het rapport van Wemos en SOMO – we refereerden er al aan – over investeren met publiek geld wat leidt tot private winsten. De Minister noemde dat eerder ongewenst. Dank daarvoor. Maar wat gaat hij doen om dit tegen te gaan? Dank aan de Minister voor het gesprek dat hij heeft gevoerd met de mededingingsautoriteit. We zien namelijk dat geneesmiddelenfabrikanten hele ketens monopoliseren, van het maken van de grondstoffen tot aan het finale middel en de toedieningsvormen. Ook dat draagt weer bij aan de hoge prijzen. De ACM heeft gezegd dat dat ongewenst is, als ik tussen de regels door lees in de reactie van de Minister. Ik hoop dat de autoriteit met stevige maatregelen komt.

Voorzitter. Mijn tweede onderwerp betreft de geneesmiddelenvoorraden; anderen spraken er ook al over. De Minister zit met alle belanghebbenden aan tafel. Op zichzelf goed, maar het duurt wel heel erg lang en er worden nog geen resultaten bereikt die merkbaar zijn aan de balie bij de apotheek.

Daar was ik al boos over, maar nu las ik ook nog dat er een voornemen is om de kosten van beter voorraadbeheer niet geheel bij de patiënt te leggen. Dus het middel is niet voorradig, en om het voorradig te krijgen, zou de resultante kunnen zijn dat patiënten meer moeten gaan betalen. Ik wil graag van de Minister de garantie dat hij daar niet mee instemt. Voorzitter. Nog heel kort even iets over het gebrek aan voorraden. Een van de patiëntengroepen die daar enorm onder lijden, is de groep mensen die heel zware eczeemklachten hebben en voor wie de crèmes niet verkrijgbaar zijn. Wil de Minister zich ook hier speciaal op richten? Voorzitter. Dat was het. Dank u wel.

De voorzitter:

Hartelijk dank, mevrouw Ploumen. Mevrouw Van den Berg heeft een vraag voor u.

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

Mevrouw Ploumen geeft aan dat de transparantie te wensen overlaat. Ze heeft ook vragen gesteld over statines, naar aanleiding van de uitzending van Radar. Voor de kwaliteitskaders hebben we een budgetimpactanalyse en een leefbaarheidsanalyse. Is mevrouw Ploumen het eens met het CDA dat er voor medicijnen een noodzakelijkheidsanalyse moet komen, voordat zo'n artsrichtlijn maar meer medicijnen opneemt waarbij toch wel vraagtekens worden gesteld? Of dat er in ieder geval even apart naar gekeken wordt?

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ik ga dat voorstel met een welwillende houding bekijken. Tegelijkertijd zet ik daar wel iets tegenover, namelijk dat we toch ook horen van patiënten dat als artsen een middel voorschrijven, zij dat niet geleverd krijgen bij de apotheek. Nou weet ik wel dat dit een beetje appels met peren vergelijken is, maar het is wel allemaal onderdeel van hetzelfde systeem. Ik ga er dus zeker goed naar kijken. Wat ik belangrijk vind, is dat er een betaalbare optie moet zijn voor elke patiënt, op aangeven van de arts.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord nu aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Dat het spaak loopt met het geneesmiddelenbeleid, zie ik terug in mijn mailbox. Noodkreten, smeekbedes en talloze hartverscheurende verhalen van patiënten met de ziekte SMA. Ik ben blij met het groene licht van de Minister. Maar deze mensen gaan wel door een hel vanwege verkeerd beleid. En er is nog geen begin van een verandering van dat beleid. Bij voorgaande debatten zat de publieke tribune vol en bij komende debatten zal dat ook zo zijn.

Het geneesmiddelenbeleid van deze Minister loopt gigantisch spaak en dat komt door de nogal doorgeslagen fixatie op kosten. Kent u het programma Extreme Cheapskates, over mensen die, meestal totaal onnodig, extreem zuinig zijn? Minister Bruins is de extreme cheapskate van het kabinet. De zorgkosten zijn de afgelopen zes jaar al bijna 10 miljard euro minder gestegen dan verwacht en in de Voorjaarsnota was weer 950 miljoen euro over. Er is geen reden tot paniek, er is geen reden voor «extreme cheapskating». En dat is mooi, want mensen met ernstige ziektes dromen van een middel dat hen kan genezen.

Maar toch gaat Bruins vol op het orgel als het gaat om kostenbesparingen op geneesmiddelen. Besparingen die overigens regelmatig duurkoop in plaats van goedkoop blijken te zijn. Hoe doet hij dat? Door het continu hameren op de onbetaalbaarheid van nieuwe middelen. Door het sprookje dat geneesmiddelen zo duur worden dat ze andere zorg verdringen. Door

levensreddende geneesmiddelen in een sluis te plaatsen en vervolgens jaren over de prijs te gaan onderhandelen. En waarom deze fixatie op de kosten? Want naast dat er zoveel geld overblijft op zorg, zijn de feiten ook dat het geneesmiddelenbudget al jaren op een rij een onderschrijding kent, vorig jaar 350 miljoen. Dat Nederland het laagste medicijngebruik van Europa heeft. Dat de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen vorig jaar zijn gedaald. Dat de uitgaven-groei van de intramurale geneesmiddelen in lijn is met de demografische verwachting van de vergrijzing.

En intussen lopen patiënten hun levensreddende medicijn mis. Laat dat even op u inwerken. En intussen is Nederland koploper in Europa in het aantal longkankerdoden. Nu hoor ik menigeen denken dat dit komt door het roken. Maar Nederland is geen koploper in het aantal rokers. Dit is dus een discrepantie. Mijn fractie vraagt zich daarom af of longkankermedicijnen wel op tijd bij de patiënten komen. Hoeveel medicijnen zitten er momenteel in de sluis?

We tasten als Kamer volledig in het duister over prijsonderhandelingen. We weten niet eens op basis waarvan die onderhandelingen gevoerd worden en waarom die onderhandelingen zo lang duren. Kankerpatiënten hebben die tijd niet. Wat gaat de Minister doen om het hoge sterftecijfer aan longkanker naar beneden te krijgen? Graag een reactie. Waarom zit een nieuw geneesmiddel voor longkanker als durvalumab überhaupt in de sluis? De kosteneffectiviteit is € 35.000 per gewonnen levensjaar. Dan hebben we het dus niet eens over een peperduur en onbetaalbaar middel, maar het zit wel in de sluis. Dit terwijl het middel in België en Duitsland wél beschikbaar is. Het is de hoop van uitbehandelde longkankerpatiënten. Dan is toch niet uit te leggen waarom ze het niet krijgen, vraag ik aan de Minister.

Doorgaand over de sluis: het gaat daar echt spaak lopen. In de tweede helft van 2019 komen er acht nieuwe sluis kandidaten aan en er zitten er al zo'n elf in. En hoeveel hebben de sluis verlaten? Volgens mij slechts één. Dit kan zo niet doorgaan. Er komen 314 levensreddende en levens veranderende medicijnen aan. Er ontstaat nu al een stuwmeer aan nieuwe geneesmiddelen die de patiënten niet op tijd bereiken. Dat terwijl elke dag telt als je kanker, een immuunziekte of een zeldzame aandoening hebt. Want Nederland scoort niet alleen slechter dan het buitenland op overleving bij longkanker. Wat ons betreft gaat de doorlooptijd van de sluis naar maximaal negen dagen en komt er bij overschrijding een regeling om de toegankelijkheid te garanderen voor patiënten die er niet langer op kunnen wachten. Wij willen ook het Duitse model invoeren: eerst toelaten en daarna onderhandelen. Geen van de partijen hier steunt dat. Ik doe een nadrukkelijk beroep op mijn collega's om dit wel te steunen.

Tevens vind ik dat de beoordelingen van het Zorginstituut tegen het licht moeten worden gehouden. We hebben het er in het interruptiedebat al over gehad en dat hoef ik hier niet te herhalen, maar de criteria zijn soms werkelijk waar bespottelijk.

Voorzitter. Ten slotte. Laat de fixatie op kosten los. Stop ermee de extreme cheapskate van het kabinet te zijn, zeg ik tegen de Minister. Richt de focus op gezondheidswinst en op een gezonde samenleving.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Ik vraag de heer Van Gerven om het voorzitterschap even over te nemen, zodat ik mijn bijdrage kan leveren.

Voorzitter: Van Gerven

De voorzitter:

Dat doen we. Ik geef mevrouw Dijkstra van D66 graag het woord.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat geneesmiddelen worden ontwikkeld om te genezen en niet om op de plank te blijven liggen. Vorige week is het record van hoogste vraagprijs voor een nieuw geneesmiddel gesneuveld: 1,9 miljoen euro voor de behandeling van één patiënt. Dit zet de discussie op scherp over wat we aanvaardbaar vinden. Ook het Zorginstituut waarschuwt voor alles wat er in de pijplijn zit; veel collega's hebben er vandaag al op gewezen.

Voordat ik verderga over de toekomst van ons geneesmiddelenstelsel, wil ik alvast tegen de Minister zeggen dat ook ik erg blij ben met het bericht over Spinraza. Dat is iets wat ons allemaal natuurlijk heeft geraakt en waar we ook allemaal contact over hebben gehad met patiënten. Maar nog even los van de vraag die mevrouw Ellemeet al heeft gesteld over hoe we dit in de toekomst voorkomen, vraag ik aan de Minister wat we nu kunnen verwachten rond Spinraza. Zijn er ook mitsen en maren, om het maar even zo te zeggen?

Voorzitter. De discussie over de toekomst van ons geneesmiddelenbeleid roept vragen op als: wanneer is een hoge prijs terecht en waar betalen we dan voor? Daar moet de politiek een antwoord op hebben. Ik heb zelf in die zin een voorzet gedaan dat ik een geneesmiddelenvisie op de Europese geneesmiddelenmarkt heb gemaakt. Ik bied die zo dadelijk graag aan de Minister aan. Ik denk dat het heel erg belangrijk is dat we samenwerken in Europa om geneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar te houden, maar we kunnen natuurlijk zelf ook zaken doen.

Voorzitter. We zullen moeten samenwerken met andere Europese landen, want Nederland is voor farmaceuten een kleine afzetmarkt en het lukt Nederland niet om in zijn eentje én lagere prijzen én toegankelijkheid uit te onderhandelen. Frankrijk of Duitsland vormen een grotere afzetmarkt en betalen soms meer. We hebben natuurlijk de Beneluxa, waarbij de A staat voor «Oostenrijk». Dat is een begin om dit te doorbreken, maar het is nog te klein en te vrijblijvend. Daarnaast is meer openheid nodig over de prijs die we betalen, over waarvoor we dan betalen en over de kennis die er al is. Ook dit is door iedereen hier al betoogd, Open kennis leidt tot meer innovatie en dat is goed voor patiënten en goed voor farmaceuten. Is de Minister dit met mij eens, vraag ik hem.

Ik moet zeggen dat ik de aanzet van de Minister om de transparantie te bevorderen over de bescherming die een geneesmiddel geniet, nogal mager vond, om niet te zeggen teleurstellend. Wat gaat hij concreet doen om openheid over prijzen, gemaakte kosten en kennis te bevorderen? Ik zeg dit ook in het licht van wat mevrouw Ploumen net zei over het stemgedrag van Nederland in de Wereldgezondheidsorganisatie bij de resoluties.

Voorzitter. Het voorrecht om als enige een geneesmiddel te mogen aanbieden, komt met grote verantwoordelijkheid richting de patiënt, bijvoorbeeld door niet een aanvullende bescherming aan te vragen wanneer kosten al zijn terugverdiend of een middel als weesgeneesmiddel te laten registreren terwijl het breder gebruikt kan worden voor verschillende indicaties. De Minister doet een voorzet om de aanvullende bescherming Europees in te richten en strenger te maken. Dat heb ik zelf ook voorgesteld en daar ben ik heel erg voor. Ik ben ook voor een strengere toets op weesindicaties. Maar de Minister noemt daarbij niet de stapeling van indicaties. Mijn vraag aan hem is of hij daar ook op inzet.

Voorzitter. Ik vraag de Minister om niet alleen naar aanvullende bescherming te kijken, maar ook naar de lat om een patent te krijgen. Ik sluit mij aan bij eerdere vragen daarover, laat ik dat vooropstellen.

Voorzitter. Wanneer is verandering een innovatie? De standaard moet omhoog. We hebben het gehad over Spinraza. Ik heb de discussie gehoord die hier net plaatsvond, maar in het kader van maatwerk, medicijnen en de ontwikkeling van medicijnen heb nog niets gehoord over patiëntenregistraties om te weten wat een medicijn doet voor welke

patiënt. We moeten goed bijhouden welk effect een geneesmiddel heeft bij welke patiënt. Dat kan zorgen voor een effectievere inzet van geneesmiddelen bij de juiste patiënt. Dit levert ook meer kennis op over wat er niet werkt. Daar zijn we natuurlijk naar op zoek. Ik vraag de Minister dan ook of hij alleen kijkt naar de effecten van geneesmiddelen op zichzelf, of dat hij ook kijkt naar het behandelpad. Want het gaat natuurlijk om meer dan alleen wat het medicijn doet, het gaat ook om alles wat daaromheen zit.

Voorzitter. Ik weet dat ik nu heel kort moet zijn. Wat betreft de vragen over PrEP sluit ik mij aan bij mevrouw Ellemeet. Als het gaat om de tekorten sluit ik mij aan bij de vragen die al door anderen gesteld zijn, bijvoorbeeld de vraag of een kleinere bandbreedte of aanwijzing van een tweede preferent middel hier ook van toepassing zijn.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Dijkstra. Ik geef het voorzitterschap weer aan u terug.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De voorzitter:

Dank u wel. Als je zelf je inbreng geeft, merk je hoe moeilijk het is om die binnen de tijd te houden.

Wij zijn aan het einde van de eerste termijn van de Kamer. Ik kijk even naar de Minister. We zijn een halfuurtje weg geweest, dus misschien hebt u al een mogelijkheid gezien om de antwoorden voor te bereiden? Wilt u nog even wat tijd voor de laatste punten?

Minister Bruins:

Ik zou graag nog even willen kijken naar de laatste inbrengen. Ik heb bovendien de vraag niet goed begrepen van mevrouw Ellemeet over PrEP. Excuses daarvoor.

De voorzitter:

U krijgt zo mijn notitie over de Europese geneesmiddelen. Maar wat betreft PrEP: er zijn zorgen of de subsidieregeling voor 1 augustus af is. Want dat is afgesproken. De GGD'en moeten voorschieten, maar er zijn GGD'en die nu de PrEP-zorg niet kunnen verlenen, omdat ze de financiële middelen niet hebben. De zorg is: we wachten al zo verschrikkelijk lang op dat middel; komt het nu wel op tijd beschikbaar en wil de Minister daar alles op inzetten. Dat was de vraag toch, mevrouw Ellemeet?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ja.

De voorzitter:

Ik begrijp dat de Minister tien minuten nodig heeft. Ik schors de vergadering dus tien minuten.

De vergadering wordt van 15.12 uur tot 15.18 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan de Minister voor zijn beantwoording in eerste termijn.

Minister Bruins:

Voorzitter. Dank voor de ruimte die mij in eerste termijn werd geboden om over Spinraza te kunnen spreken. Ik wacht nu op het bericht van het Zorginstituut dat wij volgende week krijgen. Ik herhaal bij wijze van

verduidelijking dat volgende week met het besluit informatie zal volgen over hoe nu verder; mevrouw Dijkstra vroeg daarnaar. Ik wil dit oppakken als een gezamenlijke actie van Biogen, de producent, van de behandelaren, dus het ziekenhuis, van de patiëntenorganisatie en van VWS en het Zorginstituut. Ik probeer gezamenlijke informatie op te stellen die duidelijk is voor iedereen. Ik hoop die volgende week te bezorgen. Het leek me goed om dat nog te verduidelijken.

Er zijn vragen gesteld over zo veel verschillende onderwerpen dat ik afzie van inleidende opmerkingen. Ik had gedacht het internationale perspectief van geneesmiddelenbeleid te schetsen, maar ik denk dat ik gedurende de vragen wel met de antwoorden kom. Ik ga de vragen dus op volgorde beantwoorden.

In eerste instantie kom ik dan bij de vraag van de heer Van Gerven wat de Minister gaat doen aan prijsafspraken. Dat was een vraag naar aanleiding van Spinraza...

O, zal ik misschien even wachten?

De voorzitter:

Voordat u verdergaat met de beantwoording van de vragen van het CDA, geeft dit mij de gelegenheid om tegen de leden te zeggen dat ik begin met twee interrupties per fractie. Mevrouw Van den Berg moet bijna weg, maar de Minister komt nu toe aan de beantwoording van uw vragen, mevrouw Van den Berg.

Minister Bruins:

Ja, zal ik daarmee beginnen?

De voorzitter:

Dat is goed.

Minister Bruins:

Eens even kijken. Mevrouw Van den Berg sprak over de nieuwe werkwijze die het CBG voorstaat. Informatie in een bijsluiter wordt nu ook met pictogrammen verduidelijkt. Dat vindt mevrouw Van den Berg een goed punt; ik ook. De vraag was waarom in de bijsluiter geen informatie staat over de risico's als een patiënt het medicijn niet gebruikt en mogelijke alternatieven. De bijsluiter geeft nou juist informatie over het gebruik van het geneesmiddel, over de werkzaamheid en de bijwerkingen, en is niet het document waarin de baten-risicobalans van de behandeling wordt beschreven. Daarvoor zijn andere informatiebronnen. Ik vind het ook ingewikkeld om informatie over niet-gebruik toe te voegen, want dat zou al gauw kunnen leiden tot te wervende informatie. Daar maak ik me dan zorgen over. Ik ben hier dus geen groot voorstander van.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook waarom in de bijsluiter van een geneesmiddel alleen bijwerkingen vanuit klinische studies worden vermeld en niet de bijwerkingen vanuit de dagelijkse praktijk. Ik dacht nou juist dat het de bedoeling was dat in de bijsluiter bij een geneesmiddel de bijwerkingen uit klinische studies werden vermeld én de bijwerkingen uit de dagelijkse praktijk. Als een geneesmiddel wordt gebruikt, kunnen patiënten en zorgverleners immers bijwerkingen melden. Dat kan bij Bijwerkingencentrum Lareb. Het CBG beoordeelt vervolgens die meldingen en neemt zo nodig maatregelen, bijvoorbeeld door het aanpassen van de informatie in de bijsluiter. Daarbij neemt het CBG niet alleen informatie uit Nederlandse meldingen mee, maar ook uit meldingen uit andere Europese landen. Misschien mag ik op deze plek zeggen dat ik het van groot belang vind dat bekende bijwerkingen bij Lareb worden gemeld.

Ook stelde mevrouw Van den Berg de vraag of er een centraal, eenduidig, transparant register kan komen waarin zowel de klinische studies als de vervolgstudies kunnen worden opgenomen, in plaats van een mecca-

nodoos, zoals mevrouw Van den Berg het noemde. Ik vind een centraal register voor alle verschillende doeleinden niet wenselijk en ook niet haalbaar, als ik kijk naar de verschillende registers die er zijn voor verschillende doeleinden. Je hebt registers van de industrie die gaan over de marktregistratie; daar praten we vandaag over. Je hebt onderzoeksregisters vanuit de wetenschap, je hebt kwaliteitsregisters van de zorgverleners, en dan heb je ook nog de categorie patiëntenregisters. In een eerder debat hebben we gesproken over de vraag hoe je meer uniformiteit in de opzet van registers kan bereiken. Dat vind ik wél een goed idee. Misschien zou je ook informatie uit verschillende registers onder de juiste voorwaarden, bijvoorbeeld privacyvoorwaarden, kunnen combineren. Het traject Regie op Registers is een van de stappen die ik heb gezet om daarnaartoe te bewegen. De focus ligt daarbij op geneesmiddelen. Het traject Regie op Registers is belegd bij het Zorginstituut. Ik ga u daarvan op de hoogte houden.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook: is de Minister bereid in te gaan op het verzoek van het Reumafonds om TNF- en JAK-remmers mee te nemen in de definitiefase? Ik neem aan dat mevrouw Van den Berg doelt op de casestudies met registers die worden genoemd in de definitiefase. Ik wil die suggestie van het Reumafonds graag aandragen bij het Zorginstituut. Het CDA wil dat Europees wordt gekeken naar voorraden van kritische geneesmiddelen en dat zorgverzekeraars zo veel mogelijk zorgen voor twee leveranciers. Ik deel met mevrouw Van den Berg het punt dat tekorten niet alleen in Nederland voorkomen, maar dat dit een wereldwijd vraagstuk is. Mijn idee is om daarom in Europa samen te werken om te kijken hoe je daar een oplossing voor kan vinden, maar over het vergroten van voorraden is in Europa nog geen consensus, to put it mildly. Daarom zou ik wel graag willen dat wij in Nederland zelf maatregelen nemen. Vervolgens kun je bedenken of die ook in de andere landen kunnen worden overgenomen. Vaak hebben de verschillende zorgverzekeraars preferente middelen aangewezen, afkomstig van verschillende leveranciers. Het punt is natuurlijk dat we, als deze leveranciers het geneesmiddel laten produceren in dezelfde fabriek, nog steeds een probleem hebben als er een productiestop in die fabriek is. Daarom vind ik het van belang dat er wordt gekeken naar de toenemende kwetsbaarheid van de hele geneesmiddelenproductie en het afnemende aantal productieplaatsen. Dat punt hoort thuis op de nieuwe Europese agenda en dat wil ik dan ook in Europa maken. Heel vaak komen geneesmiddelenproducenten van buiten Europa; China en India worden vaak genoemd. Hoe kunnen we ons wapenen tegen de kwetsbaarheid van de hele geneesmiddelenproductie? «Wapenen» is een verkeerd woord, want het moet in alle lieve vrede gaan gebeuren, maar we moeten die kwetsbaarheid wel het hoofd bieden. Wat kunnen we in Nederland doen? Ik heb u verteld dat bureau Gupta een onderzoek doet naar de gevolgen van het vergroten van de geneesmiddelenvoorraden op de tekorten. In de zomer ontvangt uw Kamer daarvan een update. Over dit onderwerp zijn meer vragen gesteld; daar kom ik op terug.

Dan de motie die eerder van CDA-zijde is ingediend over onderzoek naar productieafhankelijkheid van bepaalde landen. Ik sprak daar zojuist al over. Ik heb u gezegd dat ik dat in Europees verband wil aankaarten. Ik heb dit punt recentelijk ook aangekaart bij de Wereldhandelsorganisatie. Zoals gezegd, denk ik dat het goed is om binnen Europa met andere landen op te trekken op dit punt.

Mevrouw Van den Berg heeft ook gevraagd of het klopt dat Nederland in het huidige Wgp-systeem als enig Europees land ook de prijs van parallel geïmporteerde en generieke versies meeneemt in de berekening, terwijl deze onvoorspelbaar en foutgevoelig zijn. Het is goed mogelijk dat Nederland een van de weinige landen is die deze prijzen meeneemt. Ik heb echter geen aanwijzingen dat de prijzen voor generieke of parallel geïmporteerde middelen foutgevoelig of onbetrouwbaar zouden zijn. Ik

stel de Wgp-prijzen vast op basis van openbare prijsinformatie in bij de wet aangegeven algemeen aanvaarde prijslijsten van de vier referentielanden. Het is aan de vergunninghouder om deze prijsinformatie up-to-date te houden.

Mevrouw Van den Berg heeft ook gevraagd of het een idee zou zijn om een noodzakelijkheidsanalyse van de NZa op wetenschappelijke richtlijnen te maken. Daar ben ik geen voorstander van. Richtlijnen worden door professionals zelf opgesteld. Ik ben van mening dat de NZa niet op de stoel van een voorschrijver, dus een professional, moet gaan zitten. De arts schrijft wel of niet medicatie voor op basis van het ziektebeeld en patiëntkenmerken. De arts kan daarbij afwijken van de richtlijnen als hij dat nodig vindt. Of iets noodzakelijk is laten we wat mij betreft daar, in de spreekkamer.

Mevrouw Van den Berg vroeg ook of ik de evaluatie van de effectiviteit van geneesmiddelen verplicht wil maken voor geneesmiddelen met een macrokostenbeslag van 2,5 miljoen. Ook daar ben ik geen voorstander van. Als geen twijfel bestaat over de effectiviteit of doelmatige inzet, zie ik geen reden voor extra onderzoek. Als daar wel signalen van zijn, vind ik extra onderzoek nodig. Daarvoor zijn al een paar acties ondernomen. De ene is het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. Daarin zit ook onderzoek naar meer doelmatige inzet van geneesmiddelen. De andere is het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. Hierbinnen wordt voor verschillende behandelingen in de dagelijkse praktijk bekeken wat het effect is van die behandelingen.

Hanteert het ZIN inmiddels al andere methoden voor de acceptatie van geneesmiddelen? Het ZIN accepteert nu al verschillende onderzoeksmethodes om te bepalen of een geneesmiddel bewezen effectief is. In de technische briefing die vorige maand of in april is georganiseerd, zijn ze daarop ingegaan. Ik heb begrepen dat ZIN daar ook de bereidwilligheid heeft uitgesproken om naar die andere methodes te kijken en te blijven kijken. Dit is voor velen van u en ook voor mij een aangelegen punt; ik kom daar in andere antwoorden nog op terug. Het blijft ook voor ZIN zoeken naar de beste methodes. Ik wil daar straks in andere antwoorden nog een paar voorbeelden van geven.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik moet het helaas heel kort houden omdat ik dus naar een andere afspraak moet. De Minister zegt: ik ben geen voorstander van verplicht onderzoek. Het gaat ons om twee zaken die we zien. Aan de ene kant blijkt uit het artikel in het Pharmaceutisch Weekblad dat bijwerkingen echt vele malen hoger zijn dan in de bijsluiting wordt aangegeven. Aan de andere kant is er het voorbeeld van de statines. De Minister zegt dat een arts mag afwijken van de richtlijn, maar ik hoor van artsen dat ze voor de tuchtrechter gedaagd kunnen worden als ze dat doen omdat ze in alle wijsheid vinden dat het niet nodig is en omdat de verlaging van het cholesterol-niveau leidt tot een enorme toename van medicijnen waar heel veel vraagtekens bij worden gezet. Tegen die achtergrond zeggen wij dat het huidige systeem niet werkt zoals het zou moeten.

Minister Bruins:

Ik denk dat we daar dan toch nog even goed naar moeten kijken. Daar zijn we altijd toe bereid, want gepast gebruik vinden we in deze Kamer allemaal een belangrijk punt. Ik vind dat de arts de vrijheid moet hebben, want hij is de voorschrijvende partij. Hier moet het goede gesprek in de spreekkamer over gaan. Nogmaals, als er signalen zijn over de effectiviteit van geneesmiddelen, dan is er ruimte om extra onderzoek te doen. Ik heb al gewezen op de twee programma's die uitstaan. Daar kunnen nieuwe signalen worden gemeld en onderzocht.

De voorzitter:

Mevrouw Van den Berg moet weg. Ik weet niet of u klaar bent met de beantwoording van haar vragen?

Minister **Bruins**:

Ik heb nog drie vragen. Wilt u dat ik het antwoord uitstel?

De **voorzitter**:

Er wordt vast door een medewerker meegelisterd, en anders wordt het een kwestie van de Handelingen nalezen. We zijn heel soepel en flexibel, maar moeten wel binnen de tijd klaar zijn. Minister, gaat u verder.

Minister **Bruins**:

Dan wil ik toch twee opmerkingen maken waarop ook anderen zijn ingegaan.

Klopt het dat de sluisprocedure zo lang duurt? Nederland is een van de snelste landen in Europa met het toelaten van geneesmiddelen in het pakket. Dat hebben we uitgezocht en op een rijtje gezet. We scoren in Europees verband echt goed. Dat neemt niet weg dat elke onnodige vertraging vermeden moet worden. Vertraging is niet altijd vermijdbaar. Dat zit 'm vaak niet in de procedures, maar komt door die enorm hoge prijzen. Over de meeste geneesmiddelen wordt in Nederland helemaal niet onderhandeld. Intramurale middelen stromen dan zonder belemmering het pakket in. Zoals u weet, onderhandelen we wel over zeer dure middelen. Daar praten we vanmiddag over. Dat zijn circa tien middelen per jaar. Let wel, dan heb ik het over producten van meer dan € 50.000 per patiënt per jaar of een macro-uitgave van meer dan 40 miljoen per jaar. De procedure duurt dan gemiddeld tien en een halve maand; ik heb dat voor de afgelopen zeven sluisperiodes uitgerekend. Grofweg de helft van de tijd wordt gebruikt voor de beoordeling door ZIN en de helft van de tijd voor de onderhandeling over de prijs. Ik begrijp wel dat tien en een halve maand als lang wordt ervaren, maar we moeten wel de ruimte behouden om het ZIN een beoordeling te laten geven en om de onderhandelingen te voeren. Immers, als we de onderhandelingen niet kunnen voeren, tekenen we bij het kruisje voor de prijs. Dat lijkt mij niet verstandig. Maar uiteraard wil ik procedures kort houden voor de patiënt. Wel moet het altijd zorgvuldig gebeuren.

Mevrouw Ellemeet vroeg: doen we het dan slechter dan België? Willen we vaste termijnen, zoals in België? Dat kan, maar dan eindigt een procedure met opname in het pakket tegen een hoge prijs of helemaal geen opname omdat je er binnen de gestelde termijn niet uit komt. Dat laatste gebeurt ook in België, en daar ben ik ook geen voorstander van. Het is dus wikken en wegen. Daarom heb ik liever dat het soms net iets langer duurt, maar dan wel met een duurzaam resultaat: toegang voor patiënten en aanvaardbare kosten.

Dan nog één punt dat alleen door mevrouw Van den Berg is genoemd, maar waarover u allen eerder hebt gesproken: het brexitmedicijn.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Nog even over het vorige punt. Ik heb daar in mijn bijdrage, weliswaar in interrumperende zin, aandacht aan besteed, net als mevrouw Ellemeet. We moeten goed kijken naar het traject. De Minister geeft terecht aan dat er voor- en nadelen zitten aan wat in andere landen gebeurt. Dat snap ik. Ik zeg ook niet dat het ene traject per definitie beter is dan het andere. Maar ik zou wel heel graag willen dat we permanent blijven toetsen hoe andere landen het doen, dat we onszelf daarmee blijven vergelijken. Is de Minister bereid om dat te doen?

Ten tweede hoor ik heel veel klachten, niet alleen maar over het feit dat het lang zou duren in Nederland, maar vooral ook over het feit dat de procedure erg intransparant is. Je weet niet waar je aan begint en je weet niet wat er van je wordt gevraagd en wanneer er iets wordt gevraagd. Is

de Minister bereid om te kijken hoe dat pad geëffend kan worden, zodat duidelijker wordt wat wanneer wordt gevraagd? Ook al duurt het dan misschien langer, dan is er wel meer helderheid.

Minister Bruins:

Dit zat in het stapeltje met antwoorden op de heer Rutte, maar het antwoord is ja. Ik denk dat dat belangrijk is. Het zal onze onvrede over intransparantie van prijzen niet wegnemen, maar als je weet welke stappen moeten worden doorlopen, kan het maar duidelijk zijn voor de industrie. Er staat nu informatie over de sluisprocedure van het Zorginstituut, maar die is misschien moeilijk te duiden. Ik wil dat we het voor iedereen begrijpelijk neerzetten. Dat betekent niet dat het probleem weg is, maar dan heb je in ieder geval verduidelijkt wat de stappen zijn en hoe ons Nederlandse stelsel in elkaar zit. Dus ja.

Daarnaast vindt ook het Zorginstituut het een goed idee om om zich heen te blijven kijken hoe andere systemen werken. Dat doet het ook. Men kijkt hoe men hiervan kan leren. Dat punt is ook aan de orde geweest in de technische briefing. Ik zoek naar verheldering en verduidelijking. Ik hoor ook van het Zorginstituut dat men leergierig is om te kijken hoe je procedures zou kunnen bekorten.

De heer Arno Rutte (VVD):

Dat is een stap in de goede richting. Dit gaat natuurlijk over twee verschillende trajecten. Het eerste is de beoordeling door het Zorginstituut. Daarover hebben we net vragen gesteld – misschien komt dat zo meteen nog – omdat het bij heel kleine patiëntenpopulaties heel ingewikkeld is om tot een goede toetsing te komen. Wellicht kunnen we daar nog eens naar kijken. Maar ik verwacht hier zo nog antwoorden op. Het tweede gaat over de sluis en de intransparantie daarvan. Dat zit niet bij het Zorginstituut, maar ik neem aan dat ik de Minister zo mag verstaan dat ook dat traject zo transparant mogelijk wordt gemaakt: wat verwachten we en wanneer? Dan krijg je ook snel antwoord. Het helpt gewoon als duidelijk is wat die stappen daartussen zijn. Het helpt ook in het onderlinge vertrouwen. Hoe transparanter het ministerie is, hoe meer je ook van de onderhandelende farmaceuten mag verwachten, lijkt mij.

Minister Bruins:

Ook daar ben ik het mee eens. Als er vragen zijn vanuit de industrie over de procedures – ik heb het nu over het tweede deel van uw vraag – dan is het een praktisch gebruik dat wij bij VWS die informatie aanreiken bij bedrijven. Praktisch, informeren. Op dat eerste punt over de kleine patiëntengroep en de beoordeling, kom ik straks terug.

De voorzitter:

Voor u verdergaat... O, mevrouw Ellemeet wacht nog even af tot u bij haar mapje bent. Bent u klaar met de CDA-vragen, of hebt u er nog meer? Er zijn heel veel vragen gesteld in vijf minuten.

Minister Bruins:

Ik wilde er nog één noemen: het overzicht van de geneesmiddelen, waar problemen mee zouden kunnen ontstaan in het geval van een no deal. Daarover wil ik melden dat voor alle kritieke producten op het overzicht, waarover u eerder bent geïnformeerd, inmiddels oplossingen beschikbaar zijn. Drieërlei, zou je kunnen zeggen. Zo bestaat op grond van de Geneesmiddelenwet bij een no deal de mogelijkheid van een ontheffing voor de invoer van deze producten, ook vanuit derde landen waar het Verenigd Koninkrijk in die situatie onder zou kunnen vallen. Dat is een. Twee. Waar leveringsproblemen een risico zouden kunnen vormen, is met groothandels gesproken over het aanleggen van ruimere voorraden. Drie. Ook is uitgezocht welke producten via een apothekersbereiding gemaakt

kunnen worden. Grootbereiders hebben dus gelukkig iets meer tijd om zich daarop voor te bereiden. Tot zover de vragen die zijn gesteld door het CDA.

De voorzitter:

Als u wilt teruggaan naar de vragen van de heer Van Gerven van de SP. Dat geeft mij de gelegenheid om degenen die er aan het begin niet bij waren, te zeggen dat we hebben afgesproken dat er twee interrupties worden toegestaan in deze termijn.

Minister Bruins:

De heer Van Gerven vroeg aan de hand van Spinraza wat de Minister gaat doen aan de prijsafpraak die moet worden gemaakt met Spinraza. Daar heeft de heer Van Gerven inderdaad een punt, want die onderhandelingen moeten nog worden gevoerd. Ik vind dus dat dit geen showstopper meer kan zijn. Ik moet zorgen dat ik eruit kom. Dat wordt misschien nog wel taai en ingewikkeld, maar daar moet ik uit zien te komen. Er moet onderhandeld worden. De heer Van Gerven heeft in zijn betoog de vraagprijs van Spinraza genoemd. In de onderhandelingen voor die andere groep patiëntjes hebben we een resultaat bereikt. Dat wil ik hier ook. Ik zeg het tegen de heer Van Gerven, maar via hem ook alvast tegen de producent. Daar moeten we nog een gesprek over voeren. Het is nadrukkelijk geen showstopper meer. Voor dat VT-traject moeten de patiënten erop kunnen vertrouwen dat er, als de brief er volgende week ligt, een traject aan wordt gekoppeld en dat er niet vanwege de prijs nog een «nee» volgt.

Voorzitter. Is er dan ook nog de mogelijkheid om Spinraza te bereiden? Binnen de grenzen van de wet kan er altijd magistraal worden bereid. Dan moet er wel rekening gehouden worden met het octrooirecht. Ik weet eigenlijk niet of ziekenhuizen in staat zijn om Spinraza te maken. Ik wil die kant ook niet op. Ik wil in dit geval met de firma zorgen dat ik een afspraak maak, zodat we een geregistreerd middel hebben dat we kunnen gebruiken in de voorwaardelijke toelating. Eenzelfde antwoord geldt voor de dwanglicentie. Ik vind dat geen aangelegen punt om hier in te zetten. Ik ben een heel eind gekomen met Biogen. Ik hoop dat we dit kunnen afronden.

Dan was er een vraag over een ander onderwerp. Is het een idee om een prijswaakhond in te stellen voor dure geneesmiddelen? Ik zou willen zeggen dat we al verschillende prijswaakhonden kennen, in zekere zin. Het bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen speelt die rol bij zeer dure geneesmiddelen. Ook zorgverzekeraars spelen een rol als prijswaakhond, als iets in het verzekeringspakket zit. En natuurlijk de Autoriteit Consument & Markt. Ik vind het eigenlijk niet wenselijk om er nog een extra waakhond aan toe te voegen. De discussie zal wel altijd blijven gaan over de proportionaliteit van prijs versus resultaat. Die moeten we altijd kritisch blijven bezien. Daar heeft de heer Van Gerven wel een punt. Dat heeft eigenlijk iedereen betoogd. Ik ben het daar van ganser harte mee eens.

De voorzitter:

Voor u verdergaat, is er een vraag van de heer Van Gerven.

De heer Van Gerven (SP):

Ik vind het antwoord van de Minister onbevredigend. Ik verwachtte natuurlijk dat hij zou verwijzen naar instituten die al naar die prijzen kijken, maar we weten niets. Laten we het middel Spinraza nemen. Naar buiten toe hangt daar een prijskaartje aan van zo'n € 250.000 per jaar. Misschien kan het wel voor een euro gemaakt worden, technisch. Ik weet het niet. Zou het toch niet goed zijn om daar iets tegenover te stellen, ook gezien het feit dat de prijsontwikkeling van dure geneesmiddelen en de betaalbaarheid een steeds groter probleem wordt? Zou het toch niet goed zijn

dat we als overheid een instituut instellen voor die hele prijsontwikkeling en de vraag hoe die prijs tot stand komt: hoe is dat bij Spinraza? Hoe is dat bij Zolgensma, dat nu eraan komt? Als dat door een onafhankelijk wetenschappelijk instituut wordt opgepakt, komen we misschien wat verder dan we nu zijn.

Minister Bruins:

Ik zou dolgraag wat verder komen dan waar we nu zijn. In gesprek met bijvoorbeeld de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen hamer ik op prijstransparantie. Als je een prijswaakhond met verplichtende, wettelijke, taken instelt, blijft het risico dat een fabrikant afhaakt en niet komt. Dan heb ik een heel groot probleem met een groep patiënten en patiëntjes. Daarom wil ik die route van een prijswaakhond niet gaan. Wat ik wel doe, is het volgende. Eerder is door uw Kamer een motie aangenomen om het onderzoek naar het financiële ecosysteem in internationaal verband op te pakken. Daarvan hoop ik dat we concretere aanknopingspunten vinden, zonder dat wij het risico lopen dat een fabrikant afhaakt om een Nederlands medicijn aan te bieden.

De voorzitter:

Meneer Van Gerven, in tweede instantie.

De heer Van Gerven (SP):

Ik zal in een VAO een uitspraak van de Kamer hierover vragen. Ik wil twee dingen uit elkaar houden. De Minister heeft het erover dat een fabrikant misschien afhaakt als hij zijn prijs moet openbaren. Dat geldt bijvoorbeeld voor de vraag hoe bij Spinraza de prijs tot stand is gekomen. Mijn vraag was echter een andere. Natuurlijk moet die fabrikant gewoon open zijn over de prijs. Dat is een gevecht dat we leveren als overheid en samenleving versus de farmaceutische industrie. Is het niet verstandig om een onafhankelijk instituut te vormen dat zelf onderzoek doet naar de totstandkoming van de prijs. Wat kost Spinraza nu werkelijk? Dat staat natuurlijk los van de fabrikant. Ik wil het ook losgekoppeld zien van de ACM en zeker van het bureau Financiële Arrangements Geneesmiddelen, want dat kan een aantal zaken niet openbaren. Is de Minister toch niet bereid om een dergelijk instituut met zeer geleerde koppen tot stand te brengen?

Minister Bruins:

Ik noem het dan even geen prijswaakhond, maar ik denk dat we qua bedoeling een heel eind opschuiven in de richting van de uitspraak die de Kamer met de motie heeft gedaan om het onderzoek naar het financiële ecosysteem van de farmaceutische industrie te doen. Dan weet je nog geen uitspraken op het niveau van een geneesmiddel, maar kijk je naar het systeem als geheel. Die Kameruitspraak hebt u gedaan en dat onderzoek ga ik doen. Dat moet ons aanknopingspunten geven voor een stap verder, want dan zijn we er natuurlijk nog niet. Die opvatting deel ik met de heer Van Gerven.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen heeft ook een vraag.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

De Minister meldt dat hij in gesprek is met onder andere de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Ik zou graag van hem willen horen wat hun reactie is op het pleidooi van de Minister, want tot nu toe reageren ze bij elke vorm van regulering met het dreigement dat de prijzen dan omhooggaan. Ik zou dus graag horen wat ze tegen de Minister zeggen.

Minister Bruins:

Dat is best ingewikkeld. Misschoen moeten we op deze manier ook maar eens aan de VIG vragen waar zij staat. Ik hamer op twee dingen. Ik vind dat geneesmiddelen in Nederland beschikbaar moeten zijn voor een redelijke prijs en dat wij transparantie moeten krijgen over de prijzen van geneesmiddelen. Dat is eigenlijk alles wat ik op dit moment vraag. Ik vind dat ik daar te weinig respons op krijg van de vereniging en dat vind ik jammer. Daarom probeer ik het hoog, laag, links, rechts, soms met de vereniging en soms met een deelverzameling. Ik vind dat we dat moeten blijven proberen. Nogmaals, ik heb de industrie lief als ze komt met nieuwe initiatieven. Als ze nieuwe medicijnen op de markt brengen, zit daar heel veel kracht en waarde aan. Dat punt wil ik niet uit het oog verliezen en dat benadruk ik ook altijd in mijn gesprekken met de VIG. Ik voel mij ongemakkelijk bij onderhandelingen die ik moet voeren en waarbij vertrouwelijkheidsafspraken moeten worden gemaakt omdat anders de industrie niet aan tafel komt. Dat vind ik gek. Dat steekt me als een graat in de keel en daarom zou ik graag een afspraak willen maken om te komen tot meer transparantie met de VIG. Maar het is hier echt: it takes two to tango.

Als ik deze woorden spreek, denk ik dat ook bij de bestuursafdeling van de VIG goed wordt meegeluisterd. Maar ik moet eerlijk zijn. Ik voer deze gesprekken met de VIG nu anderhalf jaar. Het heeft nog niet tot iets geleid waarvan ik zeg: daar kunnen twee handtekeningen onder en dat zou ik met trots aan de Kamer kunnen aanbieden. Overigens heb ik tegen de VIG gezegd: als wij tot iets dergelijks komen, wil ik daar meteen een soort tweede hoofdstuk bij, want dan moeten we van hier naar de volgende stap bewegen. Ik heb gezegd dat ik heel graag in deze kabinetsperiode twee convenanten wil maken of afspraken of codes. Tot zo ver is het. Nog niet ver genoeg.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

De heer Van Gerven vroeg: als een fabrikant een onderzoek weigert, wat kan de Minister doen om een onderzoek te laten doen waar wij baat bij hebben? Zou een nationaal onderzoeksfonds niet een goed idee zijn? Eerder hebben we de argumenten gewisseld waarom ik geen voorstander ben van zo'n nationaal onderzoeksfonds. Ik denk dat de geneesmiddelenontwikkeling echt beter en sneller gaat als het via de private weg gaat. Ik vind het onderzoek naar het product primair een verantwoordelijkheid van de fabrikant. Zoals u weet, investeert de overheid daar waar de markt faalt. Onder het programma Goed Gebruik Geneesmiddelen kan al onderzoek worden gefinancierd als die private financiering niet kan worden gevonden. Dat gebeurt in de praktijk ook. Ik ben dus nog steeds geen voorstander van een onderzoeksfonds.

De heer Van Gerven (SP):

Mijn tweede interruptie. Ik wil toch even door op het voorbeeld van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en de twee oncologen die zeggen dat ze twee geregistreerde medicijnen hebben. Die medicijnen zijn geregistreerd en die gaan ze op een andere manier toepassen. Ze hebben een ander behandelprotocol, waarbij de medicijnen in mindere doseringen en eerder worden gegeven. Dat moet op een wetenschappelijke wijze verder onderzocht worden. De patiënten zijn eerder en beter geholpen met minder medicijnen en bijwerkingen en het bespaart 7 miljoen tot 9 miljoen. En dan zegt de fabrikant van de twee middelen: ja, u kunt toch niet van mij verwachten dat ik dat ga betalen, want dat scheelt mij omzet. Het gaat om een bedrag in de orde van 10 miljoen. Mijn vraag aan de Minister is: hoe komen die artsen van het Antoni van Leeuwenhoek dan aan de middelen om dat onderzoek te doen?

Minister Bruins:

Misschien moet ik eens in contact treden met de beide door de heer Van Gerven genoemde artsen om hen te wijzen op dat programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. Want nogmaals, dan kan onderzoek worden gefinancierd waar geen private financiering voor op tafel komt. Daar zit echt ruimte in. Ik ben nu juist zo blij dat we in Nederland vanuit de overheid sterk hebben bijgedragen aan dat Oncode-initiatief, waar heel veel verschillende partijen samenwerken aan onderzoek tegen kanker en kinderkanker. Ik vind dat een heel goede vorm van samenwerking. Ik wil die handschoen graag oppakken. Als hier, zoals de heer Van Gerven stelt, een besparing kan worden behaald, zou ik de artsen uit het Antoni van Leeuwenhoek misschien kunnen wijzen op dat programma Goed Gebruik Geneesmiddelen.

De heer Van Gerven (SP):

Ongetwijfeld weten ze dat, want het Antoni van Leeuwenhoek weet als geen ander waar de fondsen zitten en kent het Oncode Institute natuurlijk. Ik ben blij dat de Minister de handschoen wil oppakken. Mag ik hem vragen of hij, als hij ervan overtuigd is dat dit een goed onderzoek is dat linksom of rechtsom zou moeten kunnen plaatsvinden in het belang van de patiënt en de samenleving, naar een oplossing wil zoeken als men er daar niet uitkomt?

Minister Bruins:

Hier wordt het natuurlijk wel weer erg ingewikkeld. Er is dat programma Goed Gebruik Geneesmiddelen en daar zijn verschillende kandidaten voor het onderzoeksbudget dat beschikbaar is. Professionals kijken waar dat geld het beste aan kan worden besteed. Dat vind ik een goede zaak. Laat ik eventjes kijken hoe ver we komen. Ik wil toch even nagaan of die artsen geattendeerd moeten worden op dat programma en of daar niet een stap voorwaarts kan worden gemaakt, zonder dat ik als Minister zeg: en gij zult in dat programma dat onderzoek doen. Daarmee wordt wellicht een ander onderzoek, dat wij nu niet bespreken, eruit geduwd. Geeft u mij die ruimte.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

De heer Van Gerven zei dat het mogelijk moet zijn om het bij preferentie-beleid zo te doen dat meerdere fabrikanten een leveringsplicht hebben, zodat we niet afhankelijk zijn van één fabrikant. Ik zei al eerder dat het vaak zo is dat door verschillende zorgverzekeraars preferente middelen zijn aangewezen, afkomstig van verschillende leveranciers. Daarmee zijn er effectief meerdere middelen. Maar als deze leveranciers het geneesmiddel laten produceren in dezelfde fabriek, is er nog steeds een probleem als er een productiestop in die fabriek is. Daarom vind ik het belangrijk dat we kijken naar die toenemende kwetsbaarheid van geneesmiddelen, met name de productie in verre landen en de afhankelijkheid van een of twee fabrieken. Dat thema zal ik op de Europese agenda zetten.

Dan de laatste vraag die ik heb genoteerd van de heer Van Gerven: is de Minister bereid om te kijken hoe hij het bonus-malussysteem bij de apotheker kan rechtekken? Ik zie dat primair als een zaak tussen de zorgverzekeraar en de zorgverlener. Zij sluiten contracten, ik niet. De Nederlandse Zorgautoriteit, dat weet de heer Van Gerven ook, houdt toezicht. Maar dat vraagstuk van het bonus-malussysteem komt wel op tafel in het bestuurlijk overleg Wisselen van medicijnen, dat wij een halfjaar geleden hebben ingericht. Daar wordt ook dit onderwerp besproken. Ik zal bewaken dat het onderwerp daar op tafel komt en ik zal

ook bewaken dat het in het komend kwartaal tot verduidelijking leidt, dat er een antwoord op komt. Tot zover de vragen van de SP.

Dan de heer Geleijnse. Hij vraagt wat er gebeurt als een medicijn wordt teruggeroepen op apothekersniveau. Krijgt de patiënt dan zijn geld terug? In mijn brief – daar slaat de heer Geleijnse op aan – ging het inderdaad over het terugroepen op patiëntniveau. Een terugroepactie op apotheekniveau heeft naar mijn mening geen effect op de patiënt. Die moet dat niet merken. De patiënt krijgt dan bij de volgende uitgifte iets anders mee, maar in financiële zin moet hij daar niets van merken. Nu zet de heer Geleijnse grote ogen op, dus dan gebeurt het toch. Ik ben van mening dat dat niet klopt.

Er zijn een paar acties die we dan in petto hebben. Allereerst kan een patiënt het aanklaarten bij zijn apotheek. Die apotheek heeft bovendien een klachtenregeling. Dat is één route. Ook kan de patiënt dit bij zijn verzekeraar aanklaarten. Twee keer betalen voor hetzelfde kan niet de bedoeling zijn. Tot slot is er de Geschillencommissie openbare apotheken, waartoe de patiënt zich ook kan wenden. Er is dus een route, maar in zijn algemeenheid ben ik van mening dat een terugroepactie op apothekersniveau geen effect op de patiënten moet hebben. Ik denk dat de heer Geleijnse dat met mij eens is.

De voorzitter:

Maar hij heeft toch een vraag voor u.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik ben het helemaal eens met de Minister dat een terugroep op apotheekniveau geen effect mag hebben op de patiënt, maar dat gebeurt wel. Als iemand een medicijn heeft gehaald op dinsdag, een voorraad voor twee maanden, en op woensdag leest dat het een vervuild medicijn is, dan kan ik me goed voorstellen dat iemand dat terugbrengt naar de apotheek en denkt: ik neem het zekere voor het onzekere, want het voelt gewoon niet fijn. Op dat moment is het een terugroepactie op apotheekniveau. Dan krijgt betrokkene gewoon een dubbele factuur: hij krijgt een medicijn mee en levert het oude in, maar heeft het oude betaald en moet ook het nieuwe weer betalen. Ik vind het mooi dat de Minister drie richtingen aangeeft – via de apotheek, via de verzekeraar of via een geschillencommissie – maar toch wil ik de Minister om twee dingen vragen. Eén: instrueer de apothekers en de organisaties die hierbij betrokken zijn om dit echt anders te doen. Twee: dit zou toch echt anders opgelost moeten kunnen worden, door een andere wijze van terugroepen, bijvoorbeeld altijd op patiëntniveau? Wil de Minister daar nog eens op reageren, en ook op die situatie uit het verleden, waar ik in februari vol verve aandacht voor heb gevraagd?

Minister Bruins:

Of die terugroep op patiëntniveau of op apotheekniveau gebeurt, is aan de inspectie en niet aan de Minister. Maar ik herinner me de uitspraken die de heer Geleijnse in februari vol vuur heeft gedaan. Ik vind ook dat er niet dubbel betaald moet worden. Ik wil daar toch nog eens over praten met de koepelorganisatie. De heer Geleijnse heeft het woord «instrueren» gebruikt. Daar gaat nog iets aan vooraf, namelijk het goede gesprek voeren. Ik ga zorgen dat dat voor de begrotingsbehandeling van 2020 gebeurt.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik moet toch spaarzaam zijn met interrupties, voorzitter?

De voorzitter:

Nou ja, als u nog wat vragen heeft...

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Ik zie dit als een toezegging. Het enige wat ik nog wil zeggen is dat enig tempo prettig zou zijn in dezen, met alle begrip voor uw agenda.

Minister **Bruins**:

Ja, maar ik heb 24 uur in een dag! Er kan dus een hele hoop gebeuren voor de begrotingsbehandeling 2020.

De **voorzitter**:

Dat zien we dan als een toezegging.

Minister **Bruins**:

Dat is het ook.

Voorzitter. In mijn brief heb ik toegezegd dat ik de Kamer in het derde kwartaal zou informeren over wisselen. De heer Geleijnse, ongeduldig als hij is, vraagt wat wij dan kunnen verwachten. Ik verwacht dat er dan een leidraad is, dus werkafspraken tussen de verschillende partijen in het veld hoe om te gaan met het begrip «medische noodzaak». Ik verwacht een leidraad met werkafspraken, praktisch.

De heer Geleijnse heeft ook een vraag gesteld over afbouwmedicatie. In hoever is het verantwoord af kunnen bouwen onderwerp van gesprek bij het toelaten van geneesmiddelen tot het pakket? Bij de toelating van geneesmiddelen tot het pakket wordt gekeken naar de stand van wetenschap en praktijk. Daarbij wordt niet bekeken hoe je verantwoord kunt afbouwen. Als het medicijn is toegelaten en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dan is het aan de partijen in het veld om afspraken te maken over de geplande inzet van die middelen in de dagelijkse praktijk. Daar hebben professionals, artsen en apotheken een rol in.

Is de Minister het ermee eens dat de zorgverzekeraars de aanbevelingen uit het multidisciplinaire document – wat een klotewoord eigenlijk, hè; sorry hoor – moeten opvolgen...

De **voorzitter**:

Een beetje parlementair taalgebruik zou goed zijn.

Minister **Bruins**:

Ik neem het meteen terug. Het is een waanzinnig interessant multidisciplinair document. Is de Minister het ermee eens dat de zorgverzekeraars die aanbevelingen moeten opvolgen en dus maar moeten vergoeden? Want dat was de vraag. Ik vind het belangrijk dat patiënten verantwoord kunnen afbouwen. Ik begrijp dat verzekeraars in individuele gevallen wel magistraal bereide medicatie vergoeden, ook nu al. Als de patiënt hierop is aangewezen, is dat onderdeel van het pakket en dient dat ook te worden vergoed. Uit het multidisciplinaire document blijkt dat er nog weinig – ik zeg: té weinig – onderzoek voorhanden is naar de wijze van afbouwen. Ik denk dat het aan de veldpartijen die ik zojuist noemde is om daar samen afspraken over te maken. Als dat niet snel genoeg is, wil ik ze graag aan tafel halen en dat vraagstuk met hen bespreken. Ik dacht dat ik ook al in mijn brief aan u op dit punt had opgeschreven dat ik de partijen om tafel haal.

De **voorzitter**:

Een vraag van de heer Geleijnse.

De heer **Geleijnse** (50PLUS):

Het zijn eigenlijk twee vragen. Is de Minister bereid om op z'n minst eens na te denken of hij straks bij het toelaten van nieuwe geneesmiddelen toch niet met zo'n leverancier of bedrijf kan gaan praten over de vraag hoe je op termijn weer van zo'n medicijn af komt? Want het is prachtig dat

een bepaald medicijn op de markt komt vanwege een werking, maar ik zou het toch ook wel heel fijn vinden als we in de toekomst zouden nadenken hoe we van zo'n middel af kunnen komen als het verslavend blijkt te zijn. Ik vind het heel bijzonder dat dat nu niet gebeurt. Ik wil de Minister vragen om daarop door te acteren.

Mijn tweede vraag gaat over de onderzoeken. Wij komen ook op andere plekken nog te spreken over afbouwmedicatie. U gebruikt nu onderzoeken in uw brief en in antwoord op vragen van de heer Van Gerven en mijn persoon over afbouwmedicatie. Maar heeft u voor ons als commissie dan ook die onderzoeken? Want die wil ik dan zo graag inzien.

Minister Bruins:

Eerst maar eens even de eerste vraag. Bij de toelating van geneesmiddelen tot het pakket wordt gekeken naar de stand van wetenschap en praktijk. Dat is ook logisch. Daarnaast vind ik het logisch dat veldpartijen kijken naar de afspraken over gepaste inzet. Dat vind ik echt iets wat tussen professionals en patiënt moet worden gedaan. Om nou in algemene zin te zeggen dat je afbouwroutes en afbouwafspraken moet bespreken bij de toelating van geneesmiddelen tot het pakket... Dat hoort voor mij niet bij elkaar. Ik vind dat twee verschillende dingen, ook al omdat afbouwen niet geldt voor alle medicijnen. Voor een korte kuur van zeven dagen hebben we helemaal geen vraagstuk over afbouw. Dus nee, daar voel ik eigenlijk niet zoveel voor.

Uw andere vraag was of ik iets meer kan laten zien over het onderzoek dat wordt gedaan naar afbouw van medicatie. Ook mevrouw Ellemeet heeft gevraagd wat er gedaan kan worden aan het verantwoord afbouwen van medicatie. Ik wil dat even in z'n geheel benoemen. Op verschillende manieren wordt aandacht besteed aan verantwoord afbouwen of het volledig stoppen met geneesmiddelen. Allereerst is er de jaarlijkse medicatiebeoordeling bij patiënten van 65 jaar en ouder die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Ik dacht dat het ging om mensen die ten minste vijf geneesmiddelen gebruiken. Bij die patiënten voert de apotheek jaarlijks zo'n medicatiebeoordeling uit. In deze beoordeling is nadrukkelijk aandacht voor afbouwen en minderen. Ook voor mensen buiten deze doelgroep is het relevant om verantwoord om te gaan met medicatie. Needless to say, zou ik zeggen. Dus die jaarlijkse medicatiebeoordeling is één. Twee. Ik heb bijgedragen aan het Farmabuddy-initiatief, dat gericht is op doelmatig gebruik van geneesmiddelen in de laatste levensfase. Dat was een klein initiatief dat op dit moment wordt opgeschaald naar een grotere groep apotheken. Drie. Daarnaast heb ik het CBG expliciet gevraagd om dit jaar en volgend jaar aandacht te besteden aan de criteria voor het aanpassen en stopzetten van het gebruik van een geneesmiddel. Die acties zijn dus uitgezet. Ik wil best proberen om daarover feitelijke informatie... Als uw Kamer dat wenst, ga ik op zoek naar de vaak openbare informatie. Dan moeten we eens even kijken of we een aantal documenten bij elkaar kunnen garen, of dat ik u kan verwijzen naar een aantal websites om u beter te informeren dan met deze antwoorden. Als dat uw wens is, doe ik dat graag.

De voorzitter:

Ik heb begrepen dat dat inderdaad de wens is van meneer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dat klopt, maar dan in het bijzonder de onderzoeken die Zilveren Kruis heeft gedaan, waarnaar u bij voortdurende verwijst in alle antwoorden. Dat mag best op een later moment, want ik begrijp dat er wellicht even tijd voor nodig is.

Minister Bruins:

Als het die stukken van het Zilveren Kruis zijn... Aan dat onderwerp hebben we al zo veel Kamervragen besteed! Maar ik zal even kijken of ik u daarover nog aanvullende informatie kan aanbieden. Daar ben ik iets minder hoopvol over, want ik dacht dat ik u daarover precies had geïnformeerd volgens de informatie die ik van Zilveren Kruis had gekregen. Maar ik ga eens even op zoek.

De voorzitter:

Kunt u ook zeggen op welke termijn u ons informeert?

Minister Bruins:

Allemaal voor de begroting, dus in het volgende kwartaal.

De voorzitter:

Goed. Gaat u verder.

Minister Bruins:

De heer Geleijnse had best veel vragen, voorzitter. Ik wil ze niet afraffelen. Is de Minister bereid om met partijen te spreken om tot een oplossing te komen voor het niet open krijgen van verpakkingen? Ik ken de signalen. Dit heeft de aandacht van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Het CBG maakt zich naar fabrikanten en in Europees overleg sterk om de gebruiksvriendelijkheid naar een hoger plan te tillen. Ik wijs in dezen op de alliantie medicatieveiligheid die deze week van start is gegaan. Ook daar is het niet open kunnen krijgen van verpakkingen een thema. Die alliantie medicatieveiligheid zal van een eerste resultaat bevallen in het najaar. Ik weet niet of er dan meteen een oplossing is, want dit is een hardnekkig vraagstuk. De heer Geleijnse en anderen hebben hier vaker aandacht voor gevraagd. Dit is niet iets wat je een-twee-drie oplost.

Met welke punten gaat de Minister de Europese Commissie voeden? Ik heb inmiddels een aantal punten genoemd: de weesgeneesmiddelen, de afhankelijkheid van één producerend land of één leverancier, punten ten aanzien van transparantie... In de halfjaarlijkse Europese Gezondheidsraden melden we verschillende onderwerpen. Ik breng u steeds op de hoogte van mijn inzet in die Europese Gezondheidsraad. Daar ga ik gewoon mee door.

Kan de Minister een stand van zaken geven op het punt van Europese inkoop? Ik geloof dat mevrouw Dijkstra wees op de samenwerking met de Beneluxa-landen en Ierland. Daar gaat het vaak over samen onderhandelen over de prijs. Er zijn nog niet veel praktische voorbeelden, maar we hebben inmiddels wel een keer zo'n praktisch voorbeeld gehad waarin we samen met België konden optrekken. In letterlijke zin samen inkopen is nog heel erg ingewikkeld vanwege de timing en omdat je dan toch verschillende financieringssystemen uit verschillende landen bij elkaar moet zien te passen. Maar het delen van informatie ter voorbereiding van gezamenlijk onderhandelen blijft wel de inzet, alsook het proberen te vergroten van de kring van landen die bij dat Beneluxa-initiatief zijn aangesloten.

Ik heb nog vijf vragen van de heer Geleijnse. Ik heb één vraag niet goed genoteerd: kan de Geneesmiddelenwet worden aangepast met een kwantitatieve in plaats van een kwalitatieve formulering? Ik zou graag willen dat de spreker dat kon verduidelijken. Dan kan ik daar later of in tweede termijn op reageren.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Zeker. Ik heb in een brief van februari, uit mijn hoofd gezegd, in het kader van de voorraden gelezen dat u voornemens was de wet aan te passen en dat u toe wilt naar een kwantitatieve in plaats van een kwalitatieve formulering. Maar daarna is mij onduidelijk gebleven wat de stand van

zaken is en wat u precies van plan bent, omdat u met heel veel veldpartijen aan het overleggen bent. In eerste instantie zei u ook dat u ons zou informeren over de voortgang, terwijl dat later «over de uitkomst» werd. Ik wil graag weten hoe het zit.

Minister Bruins:

Dat is heel goed. Ik heb inderdaad aan Gupta gevraagd om te onderzoeken op welke wijze de Nederlandse voorraad kan worden vergroot en voor welke tekorten dit een oplossing biedt. Ik dacht dat dat een overzichtelijk vraagstuk waarover ik wel binnen pak 'm beet een halfjaar een afspraak zou kunnen maken, maar zoals vaker zat het leven net een beetje ingewikkelder in elkaar. Ik doe dit onderzoek. Voor de zomer weet ik in ieder geval wat over de voortgang van het onderzoek. Dat zal ik u dan ook vertellen. Ik gebruik dat onderzoek om afspraken te maken met partijen, waarbij het natuurlijk niet de bedoeling is om geneesmiddelen duurder te maken voor de patiënt, zeg ik in de richting van mevrouw Ploumen. Dat willen we natuurlijk niet. Maar daarmee is niet gezegd dat er toch niet ergens een rekening voor de overheid is. Dat is vers twee. Daar komen we over te praten. Dan is het uiteindelijk ook de patiënt die betaalt, maar dan op een andere manier. Dan doen we het met z'n allen. Maar er zit wel voortgang in. Ik zou inderdaad graag willen dat we tot een kwantitatieve afspraak komen. Ik heb toen eens gezegd dat we misschien vier maanden voorraad aan zouden kunnen houden. Dat zou al een hele hoop zorgen en vragen wegnemen. Eigenlijk is dat nog steeds mijn ambitie. Wat is veranderd, is dat het misschien niet in een wet hoeft, maar dat we op lagere regelgeving uitkomen, zodat we niet een jaar nodig hebben om een wetswijziging te maken.

Hoe zit het met de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen? Die is nog in ontwikkeling, maar als die er is, zal ik de Kamer daarover informeren. Ik denk dat dat nog dit jaar gaat gebeuren.

Wat doet u aan opioïden? Ik denk dat heel de Kamer de zorgen over het gestegen gebruik van opioïden deelt. We hebben daar al vaker over gesproken. U weet dat ik een taakgroep vanuit verschillende disciplines heb ingesteld om dat vraagstuk aan te pakken. In de kern zijn er drie elementen: het bewustzijn van risico's verhogen, meer wetenschappelijke kennis opdoen over de gevolgen van verslaving aan opioïden, en signalen over oneigenlijk gebruik beter zien te vangen tussen de verschillende partijen. Dan gaat het over het harmoniseren van de standaarden tussen verschillende beroepsgroepen. Aan al die drie dingen werkt die taakgroep. Als die taakgroep een rapport heeft, zal ik dat uw Kamer laten weten. Vraag me niet wanneer die taakgroep klaar is. Ze zijn begonnen in april, dacht ik. Als uw Kamer wil weten wanneer ik een uitslag heb – en zo iets wil de Kamer altijd weten – dan zal ik dat laten weten.

Dan de brief over verspilling. U heeft goed gekeken naar de toezeggingen uit het AO van 7 februari. Ik heb geschreven dat die brief voor de zomer komt. Dat zal ook gebeuren.

Verder werd erop gewezen dat de eigen bijdrage voor sommige mensen nog steeds een hoog bedrag is. U weet dat we een wet hebben aangenomen over de maximering van het eigen risico voor deze periode op € 250 per jaar. Ik denk dat dat een duidelijk signaal is.

De voorzitter:

Misschien ter verduidelijking, het gaat over de eigen bijdrage en niet over het eigen risico.

Minister Bruins:

Eigen betalingen door patiënten, gemaximaliseerd op € 250 p.p.

De voorzitter:

Ja, anders krijgen we verwarring.

Minister Bruins:

Ja, heel scherp! Tot zover de vragen die ik had genoteerd van de heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Voorzitter, ik heb een punt van orde. Ik snap dat we beperkt in de tijd zitten, maar bijvoorbeeld rondom medicatiebeoordeling heb ik echt drie vragen gesteld, en geen van de drie is beantwoord. We kunnen dat in tweede termijn doen en het mag ook later, maar ik zou eigenlijk...

De voorzitter:

Meestal maak ik, als de Minister klaar is, een inventarisatie van de vragen die zijn blijven liggen.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ik heb namelijk gevraagd wat er nu met die medicatiebeoordeling gebeurt. Hoeveel mensen hebben die medicatiebeoordeling gehad op basis van de huidige richtlijnen die we daarvoor hebben? Dat is voor mij nu de belangrijkste vraag.

Minister Bruins:

Die aantallen heb ik niet. Ik heb geen concreet aantal 65-plussers met wie dat gesprek wordt gevoerd.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Is dat dan uit te zoeken? Uw voorganger heeft ons als Kamer beloofd dat dit zou gebeuren. Is het een trendbreuk dat u dat niet uitvoert? Dat kan ook; dan hebben we een ander gesprek. Of gebeurt het wel onder het huidige kabinetsbeleid en kunnen we daarover op termijn worden geïnformeerd?

Minister Bruins:

Ik vind dat u daarover geïnformeerd moet worden. Ik heb procedureel geantwoord dat die richtlijn voor polyfarmacie nog in ontwikkeling is. Naar verwachting is de module voor medicatiebeoordeling in het laatste kwartaal van dit jaar beschikbaar. Ik vind het een belangrijk onderwerp, dus ik wil proberen om uw Kamer daarover nog dit jaar te informeren.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder.

Minister Bruins:

Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Ellemeet. Hoe kijkt de Minister naar leefstijlinterventies? Eigenlijk weet mevrouw Ellemeet dat wel: daar kijk ik positief naar. Ik herken absoluut het belang van leefstijl bij het voorkomen, behandelen en verder verergeren van ziektes als diabetes. Als mensen door gezonder eten of meer bewegen geen diabetes krijgen, beter met hun ziekte omgaan of zelfs deels kunnen genezen en dan minder medicatie nodig hebben, moeten we daar natuurlijk op inzetten. Het verhoogt de kwaliteit van leven en de participatie in de samenleving en kan ook nog eens de zorgkosten verlagen. Echter, niet voor alle aandoeningen zijn leefstijlinterventies bewezen effectief. Zo moet de patiënt heel erg gemotiveerd zijn en is intensieve begeleiding nodig om de gezonde leefstijl vol te houden en niet terug te vallen in het oude probleem. Er is dus in potentie winst te behalen, maar die is niet zonder meer aanwezig. Dit bij wijze van algemene opvatting over het belang van leefstijlinterventies. Gaat de Minister ook meer aandacht geven aan leefstijlinterventies? Ja, daar heb ik in verschillende bijeenkomsten aandacht getoond, zoals mevrouw Ellemeet weet, ook in relatie tot verzekeraars. Uiteindelijk is het

aan de verzekeraars om te bepalen in hoeverre zij leefstijlprogramma's bij diabetes aan hun verzekerden aanbieden. Er gebeurt natuurlijk al veel voor patiënten met diabetes type 2, zoals de opname van de GLI, gecombineerde leefstijlinterventie, in het pakket of de in het preventieakkoord aangekondigde kwartiermaker om de naleving van bestaande richtlijnen ten aanzien van leefstijlprogramma's te verbeteren. Dan een heel andere vraag van mevrouw Ellemeet: wat gaat de Minister doen om de perverse prikkels weg te nemen en onderzoek naar afbouw van medicijnen te laten doen? Eigenlijk heb ik die vraag zojuist al beantwoord. Ik heb gewezen op de jaarlijkse medicatiebeoordeling, het Farmabuddy-initiatief en de expliciete aandacht van het CBG voor de criteria voor het aanpassen en stopzetten van het gebruik van geneesmiddelen. Er is dus expliciete aandacht voor het onderwerp.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat is er nog een vraag van mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even naar het punt van leefstijl. Ik weet dat de Minister leefstijlgeneeskunde toejuicht, maar toejuichen is nog niet altijd genoeg om ook echt op te schalen, met de wetenschappelijk bewezen toepassingen van leefstijlgeneeskunde. Dat is precies het punt dat ik wilde maken. Ik krijg terug dat er nog maar één zorgverzekeraar is die dit vergoedt en dat andere verzekeraars hier niet toe te bewegen zijn, terwijl in de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap waarover we het hadden, wel staat dat leefstijl de eerste interventie zou moeten zijn. Het Zorginstituut en de Zorgautoriteit kunnen hier verder niks mee. Allerlei instanties wijzen naar elkaar. Kan de Minister hier meer druk op zetten of vaart achter zetten, zodat we dat enthousiasme omzetten in een praktijk?

Minister Bruins:

Ik ben graag bereid om dit nogmaals onder de aandacht van de verzekeraars te brengen, maar uiteindelijk is het natuurlijk aan de verzekeraars zelf om te bepalen in hoeverre zij leefstijlprogramma's bij diabetes aan hun verzekerden willen aanbieden. Het is en-en. Zij bepalen wat zij willen opnemen in het verzekerde pakket. Maar ik zal dit punt onder de aandacht brengen bij de verzekeraars, bij de hele groep. Dat zeg ik graag toe. We zitten regelmatig met ze om de tafel, dus dat zal ik bij de eerstvolgende gelegenheid doen.

Mevrouw Ellemeet zei ook dat er strengere eisen zouden moeten worden gesteld aan licenties. We slaan pas een deuk in een pakje boter als we met andere landen dezelfde overeenkomst hanteren. Dit gaat over het NFU-rapport dat uw Kamer kent, waarin tien principes voor maatschappelijk verantwoord licenseren zijn opgenomen. Ons is in het vooruitzicht gesteld dat de NFU en de VSNU werken aan een modelovereenkomst die je zou kunnen gebruiken om op een handigere, praktischere manier gebruik te maken van een licentie, waarbij je het recht uit geeft aan een bepaalde partij maar niet de rechten kwijtraakt. Ik zou willen dat we dat in Nederland organiseren. Ik heb van NFU en VSNU de toezegging gekregen dat die modelovereenkomst nog dit jaar beschikbaar is. Dan verwacht ik dat die er ook zo praktisch uitziet dat het interessant is om die met andere landen te delen. Dus dat is de volgorde. We willen eerst zorgen dat het in Nederland op orde is. Als dat een goed resultaat oplevert – dat verwacht ik en NFU en VSNU verwachten dat ook – willen we dat op Europees niveau proberen uit te venten. Dat zou mijn ambitie zijn.

Deelt de Minister de lijn dat verlenging van patenten gereguleerd moet worden? Moet de bewijslast worden omgekeerd? Moeten fabrikanten aangeven dat ze R&D-kosten niet hebben terugverdiend? Dat was eigenlijk de vraag. Het Nederlandse beleid is dat een ABC, een aanvullend beschermingscertificaat, alleen wordt toegekend voor een nieuwe

werkzame stof en niet voor een ander patent op deze werkzame stof. Dat heeft Nederland bepleit in meerdere zaken bij het Hof van Justitie van de Europese Unie; mevrouw Ellemeet weet dat. In de brief die ik u deze week samen met de collega van EZK heb gestuurd naar aanleiding van die drie onderzoeken naar patenten en de looptijd van patenten, heb ik aangegeven dat ook de Minister van EZK zich er hard voor maakt dat die werkwijze wordt toegepast, dus dat een ABC alleen wordt toegekend voor een nieuwe werkzame stof en niet voor een ander patent op een bestaande werkzame stof.

Voor marktexclusiviteit van weesgeneesmiddelen – dat was een subvraag die mevrouw Ellemeet stelde – kan worden gedacht aan de vraag waar de bewijslast moet komen te liggen. Dat maakt wat mij betreft deel uit van die Europese discussie omdat ik van mening ben dat de marktexclusiviteitsregeling die thans geldt, die bepaald is op tien jaar, soms te lang is. Die kan worden gerechtvaardigd als kan worden aangetoond dat er R&D-kosten zijn gemaakt, maar als dat niet kan, waarom zouden we dan een marktexclusiviteitsafspraken voor tien jaar maken? Het is een Europese regeling, maar het omkeren van de bewijslast en het terugbrengen van die periode van tien jaar naar minder jaren zijn onderwerpen die ik op de Europese agenda heb gezet en daar verwacht te kunnen bespreken. Ik wil helemaal niet doen alsof het dan een-twee-drie is geregeld, want zo werkt het over het algemeen niet, maar ik ben wel actief aan het zoeken naar andere landen die dezelfde zienswijze hebben, zodat we dit met kracht kunnen bespreken. Er zijn natuurlijk ook landen die tegen zijn. Dat is een heel ander chapter. U weet welke landen dat zijn: de landen waar de medicijnindustrie groot is. Maar het kan helpen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even over die ABC's. Het is vaak een gegoochel met formuleringen: is het inderdaad een nieuwe stof, is het een verlenging? Het ligt in de praktijk vaak in elkaars verlengde. Je voegt net iets anders toe en hebt opeens recht op vijf jaar erbij. Dat is het punt dat ik wilde maken. We moeten daar zó scherp op zijn! Als je twintig jaar exclusiviteit hebt gehad, is de kans gewoon groot dat de ontwikkelkosten al binnen een veel kortere periode zijn terugbetaald. Je hebt die twintig jaar gehad, je verandert iets door één stofje toe te voegen, en het is net wat anders en je krijgt er vijf jaar bij. Dat is het punt dat ik wilde maken. Wij moeten niet zelf de vrager zijn. Wij moeten van de farmaceutische industrie eisen dat die openheid en transparantie geeft. Wat zijn de ontwikkelkosten die ze al gemaakt hebben? Wat komt erbij voor die extra vijf jaar? Ik wil het omdraaien. Ik vind dat zij aan zet moeten zijn om precies te laten zien welke kosten zij gemaakt hebben in die eerste twintig jaar en welke ze gemaakt hebben voor die komende vijf jaar. Dat bedoelde ik met het omkeren van de bewijslast. Ik vind de Minister nog te voorzichtig.

Minister **Bruins**:

Die voorzichtigheid werp ik graag van me af, want ik ben het helemaal met u eens: Nederland is heel streng als het gaat om die aanvullende beschermingscertificaten. Andere landen in Europa zijn veel minder voorzichtig en willen veel minder ver gaan. Maar ik ben het helemaal met u eens: het criterium moet zijn een nieuwe werkzame stof. Daar moeten we klip-en-klaar duidelijk over zijn. Ik wil het punt dat u voorstelt in gesprek brengen aan de hand van de Weesgeneesmiddelenverordening. Ik vind het een interessant punt om te kijken of dat helpt om de bewijslast om kunnen keren, plus het terugbrengen van het aantal jaren dat je marktexclusiviteit hebt. Ik hoop dat dat duidelijk is, voorzitter. De vragen over de tekorten heb ik al beantwoord bij de heer Geleijnse. Dan nog de vraag waarom het makkelijker is om bestaande toegelaten medicatie uit te breiden naar meerdere indicaties dan iets nieuws toegelaten te krijgen. Zo heb ik de vraag genoteerd. Ik herken niet dat

nieuwe interventies of producten niet geagendeerd zouden kunnen worden bij het Zorginstituut. De criteria die gelden om voor een vergoeding in aanmerking te komen, zijn gelijk, zowel voor het uitbreiden van een indicatie bij een geneesmiddel dat in het pakket zit, als bij het toelaten van een nieuw geneesmiddel. In beide gevallen moet het bewezen effectief zijn.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet, misschien een vraag in één?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Wat ik terugkrijg, is dat het proces zo is dat het Zorginstituut een agenda maakt. Dan heb je tafels. Een tafel voor bijvoorbeeld diabetici of een tafel voor een ander ziektebeeld. Mij blijkt dat het niet mogelijk is om zelf nog iets te agenderen als je aan die tafel zit als betrokkene, vanuit een patiëntenorganisatie of anderszins. Je bent dus afhankelijk van de agenda van het Zorginstituut, en die is beperkt. Te beperkt, krijg ik terug, zeker voor echt vernieuwende interventies zoals de glucosesensor. Dat is dan weliswaar een hulpmiddel, maar dit geldt ook voor leefstijlgeneeskunde. Mijn vraag is: kan dat niet opengebroken worden, zodat ook breder onderwerpen geagendeerd kunnen worden aan die tafels?

Minister Bruins:

Ik weet eigenlijk niet precies wat ik toezeg als ik die vraag van u bevestigend beantwoord. Misschien kunnen we het zo organiseren dat ik van u een concreet signaal krijg en dat ik daarmee aan de slag ga. Dan kan ik mij daar beter in verdiepen zonder een loze toezegging te doen.

Voorzitter. Dan de vragen van de zijde van de VVD. De heer Rutte vroeg of getoetst kan worden of het huidige wetenschappelijke traject rondom pakkettoelating ook geschikt is bij een kleine patiëntenpopulatie. Laat ik vooropstellen dat de meeste geneesmiddelen direct het pakket instromen. Tegelijkertijd zien we ook nieuwe ontwikkelingen en de vraag is of onze pakkettoelating hier voldoende op is voorbereid. Dat is eigenlijk de vraag die de heer Rutte stelde. Ook het Zorginstituut is zich hiervan bewust en acteert daarop. Dat heeft het ook toegelicht in de technische briefing. Ik vind ook dat het Zorginstituut zijn best doet om in te spelen op ontwikkelingen.

Er zijn natuurlijk verschillende ontwikkelingen die met zich meebrengen dat het steeds lastiger wordt om de effectiviteit van een geneesmiddel aan te tonen. De reden waarom het lastig is om de effectiviteit vast te stellen, kunnen verschillen. Het kan gaan om patiëntengroepen die steeds kleiner worden, waardoor je minder data beschikbaar hebt. Het kan zijn dat resultaten van onderzoek eigenlijk alweer verouderd zijn bij afronding, door snel veranderende inzichten ten aanzien van wat de beste behandeling is, wat in de oncologie nog weleens voorkomt. Bij nieuwe technieken zoals gentechnologie ben je echt genezen op langere termijn. Dat soort vragen spelen.

Voorzitter. Ik wil herhalen dat ZIN al actief aan de slag is met al dat soort uitdagingen, maar daarmee is niet morgen alles meteen anders. Er zijn wel een paar voorbeelden dat er op korte termijn resultaten zijn te verwachten. Daar wil ik er twee van noemen. Eén is de opdracht die is uitgezet voor een nieuw model prostaatanker. Het doel is om te bepalen hoe een nieuw geneesmiddel zich verhoudt tot alle andere behandelingen van deze ziekte en welk gebruik er in de praktijk kan worden gemaakt van data. Het streven is om het resultaat volgend jaar in te zetten voor het pakketbeheer.

Een tweede voorbeeld dat ik wil noemen, is de innovatieve pilot DRUP-studie. Dat is een initiatief van verschillende partijen, behandelaren, zorgverzekeraars en ZIN, dat zal leiden tot snellere toegang voor uitbehandelde kankerpatiënten tot potentieel effectievere geneesmiddelen en

inzicht in het effect van het geneesmiddel in kwestie. In die DRUP-studie is de vraag in de kern: een bepaald middel werkt voor patiëntengroep A, kan het ook werken voor patiëntengroep B? Eerst worden daar slechts een paar patiënten voor gevraagd. Als het werkt, wordt de groep iets uitgebreid. Dat gaat echt van twee naar drie, naar vijf, naar tien. Zo wordt dat opgeschaald. Ik vind het heel belangrijk dat het Zorginstituut zich met een dergelijke aanpak openstelt voor nieuwe ontwikkelingen, en dat doet het naar mij inzicht ook.

Dan de conferentie waar de heer Rutte over sprak. Nederland als centrum van klinisch onderzoek. Het werd daarna stil. Nederland zou op het gebied van klinisch onderzoek voorop moeten blijven lopen. Ik heb inmiddels regelmatig overleg gehad met de Dutch Clinical Research Foundation, een samenwerkingsverband van bij klinisch geneesmiddelenonderzoek betrokken stakeholders. Deze foundation heeft mij geïnformeerd dat ze in overleg zijn met de topsector Life Science and Health om een concreet voorstel te maken voor het wegnemen van knelpunten, die een sterke positie van Nederland als onderzoeksland in Europa in de weg staan, en hoe die samenwerking kan worden verbeterd. Dat is dus een samenwerkingsding van die foundation en LSH en die zal nog dit jaar tot een resultaat leiden.

Daarnaast werk ik samen met de collega's van EZ en Onderwijs aan een voorstel om Nederland een aantrekkelijk onderzoeksland te laten zijn of te laten blijven, gericht op future and affordable sustainable therapies. Dat doen we juist ook om de komst van de EMA naar Nederland te kunnen benutten. Het klinische onderzoek waar de heer Rutte op doelt, zal daarin een plaats hebben. Ook daarover verwacht ik u dit jaar te kunnen informeren.

Dan zijn er nog een paar vragen van de VVD-fractie. Eén betrof biosimilars. Welke stappen zet de Minister in het preferentiebeleid voor biologische geneesmiddelen? Preferentiebeleid op biosimilars is reeds mogelijk en wordt ook al gevoerd. Het gaat bijvoorbeeld over preferentiebeleid op insulines. De meeste andere biologische geneesmiddelen komen voor bij intramurale aanspraak. Daar bepalen ziekenhuizen zelf welk geneesmiddel zij prefereren om zo tot scherpe inkooprijzen te komen. Dus wat de heer Rutte betoogt, kan al in de praktijk. Omdat er nog weleens tegenstrijdige informatie wordt verspreid over de veiligheid en de effectiviteit van biologische geneesmiddelen en biosimilars in het bijzonder, subsidieer ik sinds 2018 een educatief programma dat objectieve informatie over deze middelen verstrekt aan ziekenhuizen en zorgverleners, het zogenaamde Biosimilars op Maat-project, met als doel om het gebruik van biosimilars te stimuleren.

De heer **Arno Rutte** (VVD):

De Minister heeft natuurlijk gelijk dat de term preferentiebeleid zich richt op extramurale geneesmiddelen; het aantal biologicals daar is beperkt. Insuline is een bekende, maar het zijn er niet heel veel. Misschien past de term «preferentiebeleid» niet helemaal voor het intramurale deel, maar ik krijg wel sterk het idee dat we in Nederland – laat ik het voorzichtig zeggen – niet erg vooroplopen in de toepassing van biosimilars. Je zou kunnen stellen dat verzekeraars dan scherper moeten inkopen, want die kopen integrale tarieven in. Maar het zou allemaal wel een stapje scherper en sneller kunnen. Deelt de Minister dat, of ben ik dan te somber?

Minister **Bruins**:

Ik sloot af met de zin dat het mijn wens is dat wij de inzet van biosimilars versterken. Dus het is mij nog niet goed genoeg. Ik vind het wel heel handig en bruikbaar dat ik meer informatie krijg over het project Biosimilars op Maat, zodat ik ook wat in handen heb om het gebruik te versterken. Wat dat betreft denk ik dat we daar in dezelfde lijn over denken. Ik heb geen goede vergelijking over de internationale positie.

Mijn overtuiging is dat wij die biosimilars goed gebruiken in Nederland. Maar ik heb geen informatie over de vraag of wij hier een koppositie innemen.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. De procedures voor de toelating van geneesmiddelen in het pakket zijn lang, te lang. Kan er niet net als België worden gewerkt met vaste termijnen? Die vraag heb ik eerder beantwoord. Ik zie u nu een beetje vragend kijken. Dan ga ik hem toch wat uitgebreider beantwoorden. Het is toch pas 16.40 uur.

De voorzitter:

Ik wil ons er toch wel eventjes voor behoeden dat u heel veel tijd neemt, want het begint wel krap te worden.

Minister Bruins:

Tegelijkertijd probeer ik ook wel sluitende antwoorden te geven.

Voorzitter. Nederland is een van de snelste landen in Europa met het toelaten van geneesmiddelen in het pakket. Dat neemt niet weg dat elke onnodige vertraging moet worden vermeden. Dat is niet altijd vermijdbaar. Ik heb dit antwoord echt al gegeven, dus ik denk dat ik het verder mag overslaan.

We hebben het gehad over de doorlooptijd van sluisproducten. Die is tien en een halve maand. Kan de sluisprocedure transparanter? Daar heb ik op geantwoord dat ik dat ook wil en dat ik met het Zorginstituut in gesprek wil gaan over de informatie op de site van het Zorginstituut. Dan moeten we eens eventjes kijken wat er op de site van VWS moet komen en wat er op de site van het Zorginstituut moet komen.

De voorzitter:

Daar heeft de heer Rutte nog een vraag over.

De heer Arno Rutte (VVD):

Het is belangrijk dat op de site duidelijk wordt hoe paden lopen. Ik kan mij voorstellen dat daar waar de Minister zelf verantwoordelijkheid heeft bij de sluis, het ministerie ook met een aantal partijen in gesprek gaat over de vraag: wat vindt u dan onduidelijk? Anders lopen dit soort gesprekken via mensen zoals ik, en ik zit daar niet aan tafel. Het zou mij dierbaar zijn als de Minister wil toezeggen dat hij een handreiking doet aan mensen die zeggen: ik vind het onduidelijk en ik vind het te traag; het zou anders kunnen.

Minister Bruins:

Zoals ik eerder heb betoogd, zijn wij regelmatig in gesprek met VIG. Laat ik deze vraag daaraan toevoegen. Ik zeg het met een glimlach, maar ik bedoel het superserius. VIG is een veldpartij. Dan heb ik er meteen een aantal aan tafel. Ik hoop dat ik daarmee de vragen van de fractie van de VVD heb beantwoord.

Dan kom ik bij de vragen die zijn gesteld door mevrouw Ploumen.

De voorzitter:

Mevrouw Ploumen is weg. Ik weet niet of ze nog terugkomt. Zo te zien niet. Maar u kunt de vragen nu beantwoorden; dat lijkt mij wel op z'n plaats.

Minister Bruins:

Dat vind ik ook. Mevrouw Ploumen sprak over de transparantieresolutie, waar Nederland voor een stukje tegen zou hebben gestemd. De transparantieresolutie is aangenomen bij de World Health Assembly die anderhalve week geleden in Genève plaatsvond. Ik denk dat dit voortkomt uit een twitterbericht, want er is niet gestemd over die transparantieresolutie. Die is namelijk met algemene stemmen aanvaard. Ik weet dat er een twitterbericht is geweest – het ging niet over de prijzen van medicijnen, maar over de kosten van medicijnen – waarin werd gesuggereerd dat partijen ertegen zouden zijn. Nou, dat is niet het geval. Ik ben voor transparantie wat betreft kosten en prijzen. Ik heb eerlijk gezegd meer aan transparantie over prijzen dan over kosten, maar dat is weer een ander verhaal. Maar ik vind wel dat we die transparantie moeten blijven bepleiten. Daarom heeft Nederland ook steun gegeven aan die resolutie. We hebben al gesproken over maatschappelijk verantwoord licenseren. We hebben het ook gehad de verlenging van patenten. Dan het rapport van Wemos en SOMO. Over dat rapport heb ik u al eerder informatie gegeven. Het gaat over de vraag of je voorwaarden kunt verbinden aan de publieke financiering. De reactie die wij zullen opstellen, zal een reactie zijn van de collega van EZK en van mijzelf, omdat Wemos en SOMO spreken over instrumenten die van twee departementen komen. Vanuit VWS stellen we al vaak voorwaarden aan publieke financiering. Dat doen we bijvoorbeeld bij het NACTAR-programma van de NWO over antibioticaresistentie. Dat doen we als het gaat over de financiering van projecten via ZonMw en dat doen we ook via de rijksbijdrage die we beschikbaar hebben gesteld aan Oncode. Dan gaat over de samenwerking tussen partijen. Ik denk dat we meer kunnen doen. Het NFU-rapport waarin modelovereenkomsten staan over maatschappelijk verantwoord licenseren zal ons bereiken voor het eind van het jaar. Aan de andere kant zijn er instrumenten van EZK, dus niet van VWS. Dat zijn die revolving funds, de revolverende fondsen, waar heel weinig concrete voorwaarden aan zijn gesteld. EZK zet die fondsen ook om een andere reden op, namelijk om de economie en bedrijvigheid te stimuleren. De gedachte achter die revolving funds is dat het in de vorm van een lening is en dat het geld dat wordt geleend aan die start-up ook weer terugkomt, waarmee dubbel betalen voor dezelfde ontwikkeling wordt vermeden. Ik heb begrepen van EZK dat zij, net zoals wij, ook gelet op deze rapportage, willen nadenken over de vraag hoe je nadere eisen kunt stellen. Dus u krijgt van ons gezamenlijk een nadere reactie waarvan in ieder geval de inhoud zal zijn dat wordt gekeken hoe je ook aan revolverende fondsen nadere voorwaarden kunt stellen. Er werd gezegd: als er straks voorraden zijn, dan moeten de patiënten er niet voor opdraaien. Daar ben ik al op ingegaan. Dan kom ik op de verkrijgbaarheid van medicijnen en voorraadtekorten. Mevrouw Ploumen zei dat crèmes voor hele zware eczeemklachten niet verkrijgbaar zijn. Dat punt is bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten onder de aandacht. Dat weet ik zeker, want ze zitten er heel kort op, maar voor de zekerheid zal ik het ze nog een keer melden. Hiermee heb ik hopelijk de vragen van mevrouw Ploumen beantwoord. Dan heb ik nog vragen van de PVV en D66. Die beantwoord ik nu. Mevrouw Agema vroeg of longkankerpatiënten wel op tijd aan hun geneesmiddelen komen en hoeveel geneesmiddelen er eigenlijk in de sluis zitten. Mevrouw Agema weet dat we als Nederland hoog scoren op de toegankelijkheid van geneesmiddelen. Wij staan op plek zes in Europa qua aantal medicijnen waar patiënten toegang toe hebben, dus dat is hoog. Wij staan op plek vijf in Europa als het erom gaat hoe snel middelen na markttoelating beschikbaar komen voor patiënten. Op dit moment zijn er tien actieve sluisperiodes. Bij vier daarvan wordt een onderhandeling gevoerd en in zes gevallen wordt er een beoordeling gedaan door het Zorginstituut. Alle geneesmiddelen die in de sluis zitten, staan in de

Regeling zorgverzekering. Ik weet niet hoeveel van de sluis kandidaten specifiek gaan over longkankermedicijnen. Dat zou ik moeten nazoeken. Dan de andere vragen van mevrouw Agema. Zij zegt dat de prijs onderhandelingen te lang duren. Wat gaat de Minister doen om het sterftecijfer bij kanker omlaag te krijgen? Waarom zit durvalumab in de sluis, ondanks dat het kosteneffectief is? Waarom wordt het in België en Duitsland wel vergoed? Patiënten hebben reeds toegang tot behandeling van longkanker met nivolumab, pembrolizumab en atezolizumab. Dat zijn concurrenten van durvalumab. Durvalumab zit in de sluis vanwege de totale... Zal ik het nog even voor u herhalen? Ik kan het ook in het Engels.

De voorzitter:

Nee, dat gaan we niet doen. Gaat u rustig door.

Minister Bruins:

Ik ga rustig door. Durvalumab zit in de sluis vanwege de totale budgetimpact van het geneesmiddel, namelijk meer dan 60 miljoen per jaar voor één indicatie. Een kosteneffectieve prijs is immers niet per se een aanvaardbare prijs. Het macrobeslag geeft alle reden om te onderhandelen. Het Zorginstituut heeft daar ook op gewezen. Dus ik kies ervoor om in de sluis eerst voor durvalumab te onderhandelen. Bij een positief resultaat kan het middel, net als andere immunotherapieën, vergoed worden vanuit het basispakket.

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft een vraag.

Mevrouw Agema (PVV):

Dit middel is kosteneffectief. Het levert € 35.000 per gewonnen jaar op, maar het zit toch in de sluis. Ik begon mijn betoog met te zeggen dat ik vind dat de Minister een extreme cheapskate is. Ik vind dat hij vrij stoicijns en geharnast zijn verhaal vertelt. Heel koel zegt hij: die sluisperiode duurt tien en een halve maand en ik wil gewoon dat geneesmiddelen voor een redelijke prijs beschikbaar zijn. Maar mijn vraag aan de Minister is: wat geeft hem het recht om een middel dat iemands pijn kan verlichten, dat iemands lijden kan verlichten, dat het langzaam ssterven van iemand kan stoppen, tien en een halve maand extra niet beschikbaar te stellen?

Minister Bruins:

Ik vind het vreselijk. Ik zou het liefst alle medicijnen voor iedereen overal en altijd beschikbaar willen hebben. Maar we moeten de discussie aangaan over dure medicijnen. We hebben het vanmiddag niet gehad over het medicijn dat door Novartis is aangekondigd, waarvan de prijs 2 miljoen is. Hoe zwaar het ook is en hoe prettig ik het ook zou vinden om te zeggen «hupsakee, laten we het maar vergeten», de kosten van geneesmiddelen in Nederland nemen hand over hand toe. Ik geloof dat we nu in Nederland aan geneesmiddelen een bedrag uitgeven in de orde van grootte van 6,7 miljard. Met name de kosten van intramurale middelen stijgen snel. Wij moeten zoeken naar een instrumentarium om te zorgen dat wij goede medicijnen voor een redelijke prijs krijgen. Daarom is en blijft het van belang dat ik daar de farma-industrie op aan blijf spreken. Dit is mijn wens. Dit is mijn doel. Hier moet ik voor gaan: transparantie in prijzen.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, in tweede instantie.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik moet steeds aan het televisieprogramma Extreme Cheapskates denken. De deelnemers aan dat programma blijven ook geharnast in hun extreme

zuinigheid. Maar de zorgkosten zijn de afgelopen zes jaar met 10 miljard euro minder gestegen dan voorspeld. Het oplopen van de kosten voor geneesmiddelen loopt prima in de pas met de groei van het bbp. Deze Minister blijft geharnast in zijn bezuinigingsdrift zitten. Ik stelde hem net de vraag: wat geeft hem het recht om de pijn, het lijden, het langzaam sterven en doodgaan en de angst bij mensen die wachten en die dan eindelijk een medicijn beschikbaar hebben, tien en een halve maand langer te laten duren? Wat geeft deze Minister dat recht?

Minister Bruins:

Een discussie als vanmiddag die begint met Spinraza, dat vind ik een emotionele discussie. Ik vind het ook een hele lastige discussie. Dat geldt voor u allemaal. Dat geldt ook voor de mensen die hier in deze zaal aanwezig zijn of die elders luisteren. Dat zijn hele taaie discussies. Wij willen nieuwe geneesmiddelen hebben. Aan de andere kant zal het altijd de vraag blijven: wat geeft fabrikanten het recht om voor een medicijn een prijs te vragen van € 250.000 of € 500.000 of om voor een ander medicijn een prijs te vragen van 2 miljoen? Wat geeft ze het recht? Ik moet die strijd blijven aangaan.

De voorzitter:

Een tweede interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Soms hebben die fabrikanten voor miljarden aan onderzoek gedaan; dat moet ook niet vergeten worden. Mijn vraag aan de Minister is: wat geeft hem het recht om aan mensen die pijn lijden, die verschrikkelijk lijden... Ik hoor nu het geluid van kinderen met taaislijmziekte die wachten op Orkambi. Dat was ook zo'n enorme strijd. Wat geeft deze Minister het recht om mensen die zo ziek zijn, die wachten op een medicijn en die langzaam doodgaan of van wie de situatie onherstelbaar steeds verder achteruitgaat, tien en een halve maand langer te laten wachten dan bijvoorbeeld in Duitsland, waar eerst wordt vergoed en daarna wordt onderhandeld met de fabrikant? Waarom doet de Minister dat? Wat geeft hem het recht?

De voorzitter:

De Minister is aan het woord. Voor de derde keer dezelfde vraag.

Minister Bruins:

Ik wil het wel op een andere manier...

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter, u kunt het wel een vervelende vraag vinden, maar wij zitten hier elke weer met een tribune vol met mensen, en dat iedere keer voor een andere medicijn.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, ik constateer dat u drie keer dezelfde vraag stelt en dat...

Mevrouw Agema (PVV):

Die kinderen met taaislijmziekte hebben twee jaar moeten wachten op een medicijn.

De voorzitter:

... op een gegeven moment de Minister zijn antwoord geeft. De Minister is aan het woord.

Mevrouw Agema (PVV):

U moet uw oordeel achterwege laten, voorzitter.

Minister Bruins:

Misschien kan ik nog een ander antwoord geven op de vraag van mevrouw Agema. De waarde van een mensenleven is oneindig, maar het budget in Nederland is niet oneindig. Ik werk met geld van u en ik werk met geld van Nederland. Wij moeten dus maatregelen bedenken om te zorgen dat we nu en straks, voor de patiënten van vandaag en de patiënten van morgen, goede medicijnen tegen een redelijke prijs hebben. Aan de ene kant heb ik die medicijnen nodig. Daarom vind ik het van belang dat we ook aandacht hebben voor de innovatiekracht van de farma-industrie en dat we daar ook van zeggen dat het fantastisch is. Het is goed nieuws dat nog zo veel dure medicijnen worden gemeld, niet omdat ze duur zijn, maar omdat het oplossingen kunnen zijn voor kwalen en voor ziektes. Het is belangrijk dat er nog heel veel in aantocht is. Dat helpt voor de kwaliteit van leven van mensen. Dat is de positieve kant. Aan de andere kant moet ik blijven hameren op de redelijkheid van de prijs. Daarom zal ik altijd blijven benadrukken dat ik goede medicijnen voor een redelijke prijs wil hebben. Ik vind dat daar een belangrijke rol is voor de industrie. Als de industrie zegt dat er ongelooflijk veel geld aan is uitgegeven en als zij dat transparant kan maken, dan wil ik daar graag naar luisteren. Maar ik vind dat de farma-industrie over de brug moet komen. Die moet ons die transparantie gaan bieden. Daar zit mijn spanning.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik ga deze vraag voor de vierde keer stellen, omdat ik dat recht heb als gekozen volksvertegenwoordiger. U kunt mij de mond niet snoeren, voorzitter.

De voorzitter:

Gaat u rustig uw gang. Ik kom alleen tot de constatering van een feit. Gaat u rustig door.

Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De Minister blijft geharnast in zijn verhaal zitten, maar de zorgkosten zijn de afgelopen jaren met 10 miljard euro minder opgelopen dan verwacht. De geneesmiddelenkosten lopen prima in de pas met het bbp. De missie van de Minister is een missie van een eenzame man die geld gaat besparen omdat hij dat wil, precies zoals die deelnemers aan het televisieprogramma Extreme Cheapskates, waar ik het steeds over heb. Die deelnemers houden ook vol. Maar ik vroeg de Minister: wat geeft hem het recht om het lijden van mensen, om het langzaam sterven van mensen – want dat is wat er aan de hand is – te laten voortduren en om hen onherstelbare schade op te laten lopen doordat een medicijn tien en een halve maand extra niet beschikbaar is? Wat geeft hem het recht om dat te doen? Het medicijn waar het om begon, durvalumab, heeft een kosteneffectiviteit van € 35.000 per gewonnen levensjaar. Dat middel zit inmiddels ook tien en een halve maand in de sluis. Wat geeft de Minister het recht om dat middel zo lang te onthouden aan longkankerpatiënten?

Minister Bruins:

Ik geef u nu toch hetzelfde antwoord. We hebben, nu en morgen, goede medicijnen nodig, voor de patiënt van vandaag en voor de patiënt van morgen. Ik blijf hameren op een redelijke prijs. Dat vraag ik aan de fabrikanten. Ik wil mij niet laten gijzelen door de vraagprijs van de industrie en maar tekenen bij het kruisje, want dan is het geneesmiddelenbudget in Nederland vanavond nog op.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat heb ik niet gezegd. Mijn vraag aan de Minister was...

De **voorzitter**:
Nee, mevrouw Agema. Het is duidelijk wat uw vraag was. U bent nu klaar.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee, voorzitter, mijn vraag aan de Minister was – dat zult u ook in de gaten moeten houden – waarom Duitsland eerst vergoedt en daarna gaat onderhandelen...

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, ik ontnem u nu het woord, want u heeft die vraag meerdere malen gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik heb de vraag inderdaad vier keer gesteld, maar ik krijg geen antwoord van de Minister.

De **voorzitter**:
De Minister heeft meerdere malen geantwoord. Het is nu klaar. De Minister gaat door met zijn beantwoording.

Minister **Bruins**:
Voorzitter. Ik heb nog de beantwoording liggen van de vragen van mevrouw Dijkstra van D66.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik krijg geen antwoord op mijn vraag, voorzitter. Waarom gaat de Minister niet over op het systeem van eerst vergoeden en daarna onderhandelen?

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, u krijgt niet het antwoord dat u wilt horen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Nee, ik heb geen antwoord gekregen.

De **voorzitter**:
U heeft wel een antwoord gekregen op uw vraag. Het is nu klaar. Ik ontnem u het woord. Ik kan ook de microfoon uitzetten, maar dat ga ik niet doen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
U mag als voorzitter ook aan de Minister vragen om een antwoord te geven op een vraag van een van onze leden.

De **voorzitter**:
U kunt straks in tweede termijn nog een keer een vraag stellen, maar die tweede termijn wordt steeds korter naarmate u uw woorden steeds vaker herhaalt. De Minister gaat nu door met de beantwoording.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Wilt u mij niet zo toespreken, voorzitter? U bent een van ons. U zult het voor ons moeten opnemen als wij geen antwoorden krijgen op onze vragen.

De heer **Arno Rutte** (VVD):
Voorzitter. De spelregels in dit huis zijn voor iedereen gelijk en gelden voor iedereen. Ik maak nu opnieuw mee dat mevrouw Agema vindt dat voor haar andere spelregels gelden. Ik steun u van harte in uw pleidooi,

voorzitter. Ik hoop dat dit debat nu normaal verder kan gaan. Mevrouw Agema heeft alle tijd gehad om te vragen wat zij wil. Zij heeft mij de vorige keer voor een schreeuwer uitgemaakt, terwijl haar stemniveau over het algemeen hoger is dan dat. Ik zou het hier graag bij willen laten. U krijgt van mij van harte steun.

De voorzitter:

Meneer Rutte, dank u wel.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Zielenpoot!

De heer **Arno Rutte** (VVD):

Agema noemt mij «zielenpoot». Dat mag wel even in het verslag. Ik vind het stijlloos.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Met alle plezier, want het was de heer Rutte die begon te schreeuwen, en niet ik.

De voorzitter:

Nee, we gaan hier geen ruzie maken, mevrouw Agema. Het is klaar. De Minister gaat verder.

Minister Bruins:

Voorzitter. Ik bedank mevrouw Dijkstra voor haar constructieve bijdrage om te zoeken naar de best mogelijke aanpak voor een gezonde Europese geneesmiddelenmarkt. Ik zal de visie lezen en graag van een reactie voorzien. Ik zal die aan u en aan de hele Kamer aanbieden.

Ik wil nog graag een aantal vragen beantwoorden; ik weet niet of ze ook allemaal in de nota staan die u mij heeft aangereikt. Mevrouw Dijkstra vroeg: hoe voorkom je een casus als Spinraza in de toekomst? Ik hoop dat een casus als Spinraza zich niet meer voordoet. Het is al erg om het als een casus te beschouwen. Daarom heb ik ook aangekondigd om na de zomer met een nieuwe regeling te komen, specifiek voor weesgeneesmiddelen zoals Spinraza en conditionals. Met deze regeling krijgen alle patiënten toegang tot dit type middelen. De effectiviteit van deze middelen wordt dan gelijktijdig onderzocht. Dus ik zeg u toe dat ik die nieuwe regeling na de zomervakantie aan u zal sturen.

Ik denk dat ik in verschillende toonsoorten en toonhoogten de vraag heb beantwoord of de Minister het met D66 eens is dat er meer openheid en transparantie nodig zijn en hoe hij dat gaat bevorderen.

Een volgende vraag van mevrouw Dijkstra was wat ik ga doen om stapeling van patenten voorkomen. Ik ga mij niet richten op een verbod van vervolgoctrooiën. Een vervolgoctrooi bouwt voort op de kennis uit een ander octrooi. Om een octrooi te verkrijgen, moet de vinding wel weer nieuw en inventief zijn. Een octrooi dat voortbouwt op kennis van een ander octrooi is dus niet minder innovatief. Vervolgoctrooiën zijn ook een normaal verschijnsel in het R&D-traject. Ook kunnen vervolgoctrooiën het resultaat zijn van vervolgonderzoek dat anders niet zou hebben plaatsgevonden en leiden tot nieuwe of verbeterde medicijnen of toepassingen die er dan misschien niet zouden zijn gekomen.

Dus ik onderstreep het belang van nieuwheid en inventiviteit als grondslag voor de beschermingsperiode. Daar moet goed op getoetst worden en daar moet op getoetst blijven worden. Wanneer iemand van mening is dat een octrooi ten onrechte is verleend, bijvoorbeeld omdat het niet voldoende nieuw of inventief is, kan hij voor een Nederlands octrooi een nietigheidsadvies vragen bij het Octrooiencentrum Nederland, voor een Europees octrooi kan men oppositie instellen bij het Europees

Octrooibureau of men kan de nietigheid vorderen voor de nationale rechter.

Dan de vraag over de patiëntenregistraties. Kijkt de Minister alleen naar de effecten van een geneesmiddel of ook naar het behandelpad? Zoals bekend heb ik bij het Zorginstituut een opdracht belegd voor registers in relatie tot dure geneesmiddelen. Het gaat niet over specifieke geneesmiddelen, maar breder over effectiviteit op medicatieniveau. Ik ga ervan uit dat wat mevrouw Dijkstra bedoelt, hierin wordt meegenomen.

Over het stapelen van weesindicaties heb ik het inmiddels gehad.

Dan heb ik nog de vraag hoe het staat met de subsidieaanvragen voor PrEP. Gaat het lukken om de subsidieregeling voor 1 augustus gereed te hebben? Ja, die is voor 1 augustus gereed.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet heeft hier ook naar gevraagd en zij heeft een vervolgvraag.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik begreep dat ze meteen na de zomer van start willen. Die regeling moet dan af zijn, maar de aanvragen moeten dan ook in behandeling worden genomen. Als ik het goed heb begrepen, was dat nodig om na de zomer te kunnen starten.

Minister Bruins:

Ik geloof dat we deze vraag al eens eerder hebben gehad. Bij die gelegenheid heb ik gezegd dat de GGD's voorafgaand aan de start van die behandeling conform de nieuwe subsidieregeling al begeleiding bij PrEP kunnen bieden. De GGD's kunnen nu al starten met medische begeleiding van de huidige PrEP-gebruikers die geen enkele vorm van begeleiding van de huisarts of de GGD ontvangen. Die ruimte is er nu al.

Voorzitter: Van Gerven

De voorzitter:

Het woord is aan mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ik wil daar toch nog iets over vragen. Dat is inderdaad een feit, maar dat wordt achteraf gecompenseerd voor die GGD's en er zijn GGD's die niet de financiële middelen hebben om die PrEP-zorg op dit moment te leveren. Daar leeft ook de zorg dat 1 augustus niet wordt gehaald. Dat is mijn vraag aan de Minister.

Minister Bruins:

Die 1 augustus wordt wel gehaald en de begeleiding kan al eerder starten, omdat men er...

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dat klopt, er zijn al... Sorry, voorzitter.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Er zijn al GGD's begonnen met het verlenen van die PrEP-zorg, maar zij krijgen dit pas achteraf financieel gecompenseerd als de subsidieregeling rond is. Een aantal GGD's kan nu niet starten, ook al mag dat, doordat zij de financiële middelen niet hebben. Vandaar de vraag.

Minister Bruins:

Ik vertel u nu de kennis waar ik over beschik. Wij hebben over twee of drie weken een algemeen overleg Pakketbeheer. Vindt u het goed dat ik deze vraag uiterlijk dan beantwoord?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Ja, mevrouw Ellemeet en ik zijn het daarover eens.

Minister **Bruins**:

Voorzitter. Dan hoop ik hiermee de vragen in eerste termijn van een antwoord te hebben voorzien.

Voorzitter: Pia Dijkstra

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de leden. We hebben wat uitloop, zeg ik ook tegen de mensen op de publieke tribune die naar de klok kijken. De Kamerleden zijn nog tot 17.30 uur beschikbaar. We gaan een tweede termijn doen van één minuut.

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

Voorzitter. Ik had al een VAO aangekondigd, dus dat kan worden genoteerd.

Heb ik goed begrepen dat de Minister zegt dat hij met een nieuwe regeling weesgeneesmiddelen komt, los van Spinraza, zodat het geval van Spinraza niet meer kan voorkomen? Klopt dat? Heb ik dat goed begrepen of betreft het alleen Spinraza zelf?

Dan nog een vraag over het preferentiebeleid. Kan de Minister nog eens ingaan op het bonus-malussysteem? Hij gaat dat aan de orde stellen, maar wat is zijn mening? Als een apotheker meer dan een bepaald percentage aan medisch noodzakelijke medicijnen levert, krijgt hij of zij een boete die gemiddeld zo'n € 15.000 bedraagt. De dokter schrijft het middel voor, de apotheker levert af en krijgt dan als bonus € 15.000 boete als hij te veel medisch noodzakelijke geneesmiddelen aflevert. Dat lijkt mij in strijd met goede zorg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg.

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

Voorzitter. Ik wil in de eerste plaats de Minister bedanken dat hij bij het Zorginstituut zal aandragen om de remmers waar het Reumafonds om heeft gevraagd, mee te nemen in de kwaliteitsregisters.

Ik heb uit de antwoorden van de Minister begrepen dat hij het met het CDA eens is dat zorg beschikbaar, bereikbaar, maar ook betaalbaar moet blijven; goede medicijnen maar ook voor een redelijke prijs. Wij hebben gevraagd om dat eenduidige register. De Minister zegt dat er meerdere registers zijn. Wij hebben bij de discussie over implantaten gesproken over kwaliteitsregisters. Wat het CDA met de diverse voorstellen beoogt, is dat wij zo'n kwaliteitsregister verplicht maken voor dure medicijnen opdat het medicijn daarna ook geëvalueerd kan worden. En als wij daarvoor iets moeten combineren, heel graag.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ook dank aan de Minister voor de antwoorden.

De Minister zegt dat hij kan bekijken hoe hij het punt kan oplossen dat de heer Van Gerven ook maakte over onderzoek dat niet gefinancierd wordt

door de farmaceutische industrie omdat dit niet in hun eigen financiële belang zou zijn. Daarmee lost hij natuurlijk niet het onderliggende probleem op, namelijk dat wij een industrie hebben die geen direct belang heeft bij het financieren van onderzoek dat leidt tot lagere winsten en lagere kosten van medicijnen. Kan de Minister daar nog op reageren? Ik had ook gevraagd: wat wil hij daaraan doen?

Hij geeft aan dat hij goede hoop heeft op de modelovereenkomst voor licenties en dat hij daarmee aan de slag wil in Europa. Ik zou ook wel graag iets van een planning willen horen van hem.

Dan, tot slot. Ik heb in het kader van leefstijlgeneeskunde nog gevraagd hoe het staat met het onderzoeksprogramma waarom wij met de ChristenUnie hebben gevraagd in een motie.

Daar laat ik het bij. Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Dank u wel, voorzitter. Dank aan de Minister voor alle antwoorden en enkele toezeggingen.

Ik heb nog een vraag over afbouwmedicatie; daar zijn wij nog niet over uitgepraat. Ik weet dat de Minister meerdere keren in brieven heeft verwezen naar het onderzoek van Zilveren Kruis, maar als volksvertegenwoordiger wil ik zo graag het onderzoek zelf hebben om te bekijken of alle gevolgen van dit onderzoek ook daadwerkelijk verstandig en goed zijn. U heeft gezegd dat u uw best gaat doen; dat waardeer ik. Maar zou de Minister kunnen aangeven of er binnen twee weken wellicht een eerste signaal naar de Kamer kan komen wat er is en wat wij dan krijgen? Ik heb er echt behoefte aan om die informatie boven tafel te krijgen. Dit is voor 50PLUS, en naar ik weet ook voor de SP, een enorm belangrijk thema. Ik wil daar gewoon stappen in zetten en ik heb die informatie gewoon nodig. Tot slot een korte vraag als dat nog mag. De Minister heeft tijdens een eerder AO gezegd dat hij met een brief komt over verpakkingen, verspilling en hergebruik. Hij heeft tijdens het vorige AO gezegd dat die brief voor de zomer komt. Staat die belofte nog steeds?

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Rutte.

De heer Arno Rutte (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik zal niet alles herhalen wat we in eerste termijn hebben gedaan. In het rijtje toezeggingen komt straks het een en ander terug.

Ik wil op één punt blijven terugkomen, namelijk het ongemak dat je voelt dat verschillende landen bij de evaluatie van toelatingen tot verschillende uitkomsten komen. Ook de processen zijn anders. Ik vind het lastig in te schatten wat goed en wat minder goed is. De Minister zegt terecht dat wij in Nederland nog niet eens zo langzaam zijn, maar de dingen zijn wel anders. Mevrouw Agema wijst terecht op de toelatingsprocedure in Duitsland waar je snel toelaat en dan pas gaat onderhandelen. Dat heeft absoluut voordelen voor de patiënten die dan al toegang hebben, maar het heeft wellicht nadelen in de uitkomst. Ik zou heel graag willen dat wij dit uiteindelijk gaan vergelijken. Nou dacht ik dat het Zorginstituut een keer in de vijf jaar wordt geëvalueerd; dat wil zeggen dat er een evaluatie plaatsvindt van het functioneren. Ik zou heel graag willen dat dit soort vraagstukken dan wordt meegenomen. Dan kun je het ook internationaal vergelijken. Behoort dit tot de mogelijkheden? Zo kunnen wij meer grip krijgen op welke werkwijze het allerbeste in ons land zou passen en of dat ook de werkwijze is die wij op dit moment hebben.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Een goed voorstel van de heer Rutte. Het functioneren en de beoordeling van het Zorginstituut zijn mij al langer een doorn in het oog.

Ik heb een aantal keren aan de Minister gevraagd waar hij het recht vandaan haalt om het beleid te voeren dat hij voert. Ik heb hem heel specifiek gevraagd naar het longkankermedicijn durvalumab waarvan is vastgesteld dat het een kosteneffectiviteit heeft van € 35.000 per gewonnen levensjaar. De Minister antwoordde in zijn wederom geharmoniseerde manier van benaderen dat er nog genoeg andere middelen zijn waar longkankerpatiënten een beroep op kunnen doen, maar alle middelen die hij noemt, zijn middelen die gelden voor stadium 4. Dit middel, durvalumab, is bedoeld voor stadium 3 en heeft een genezende werking. Daarom is het zo ergerlijk dat dit middel nu al tien en een halve maand in de sluis geparkeerd zit. Mensen gaan achteruit, mensen zijn stervende, mensen willen graag genezen.

De voorzitter:

Wilt u afronden?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Daarom stel ik tot slot de vraag waar de Minister het recht vandaan haalt om dit soort medicijnen zo lang te onttrekken aan patiënten terwijl in Duitsland...

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):

U onderbreekt mij weer op hetzelfde moment.

De voorzitter:

Omdat uw spreektijd is afgerond. Iedereen houdt zich daaraan.

Mevrouw **Agema** (PVV):

... terwijl in Duitsland het middel eerst vergoed wordt en er daarna wordt onderhandeld over de prijs.

Ik heb echt niet langer gesproken dan mijn collega's, voorzitter.

De voorzitter:

Ik zou nog een minuut de tijd hebben voor mijn inbreng namens de D66-fractie, maar die laat ik voorbij gaan. Ik geef de Minister graag het woord voor de beantwoording in tweede termijn.

Minister Bruins:

Voorzitter. Allereerst in de richting van de heer Van Gerven over de nieuwe regeling voor weesgeneesmiddelen. Ik heb die nog niet, maar ik heb die regeling wel in het vooruitzicht gesteld. Ik wil natuurlijk het liefst situaties als bij Spinraza voorkomen. Tegelijkertijd weet ik niet of dat lukt, maar met dat oog ga ik die nieuwe regeling wel lezen. Ik zal u die toezegging niet doen, maar ik doe wel de toezegging voor een nieuwe regeling, want wij vinden het allemaal een zware discussie zoals wij die vanmiddag over Spinraza voerden. Ik wil bekijken welke verbeteringen ik met die nieuwe regeling kan aanbrengen, maar ik kan niet met zekerheid zeggen dat een dergelijke situatie zich nooit meer zal voordoen.

De voorzitter:

Misschien mag ik aan u vragen wanneer wij zoiets kunnen verwachten.

Minister Bruins:

Die nieuwe regeling staat voor het derde kwartaal gepland.

De voorzitter:

Derde kwartaal betekent net na het zomerreces?

Minister Bruins:

Het wordt het vierde kwartaal, uiterlijk. Dan gaat het over de voorwaardelijke toelatingsregeling.

Dan de vraag of de bonus-malusregeling in strijd is met goede zorg. De heer Van Gerven weet dat medische noodzaak een van de hoofdonderwerpen van het bestuurlijk overleg is. Laat mij aan de hand van de resultaten van dat bestuurlijk overleg met die leidraad in het komende kwartaal terugkomen en mijn opvattingen tot die tijd bewaren.

Mevrouw Van den Berg maakte een opmerking over de zorg beschikbaar, betaalbaar en toegankelijk houden. Dat zijn uw woorden en ik ben het daar helemaal mee eens. Daar werken wij aan. Het is van groot belang dat wij blijven werken aan goede medicijnen voor een redelijke prijs; dat zijn mijn woorden.

Dan de vraag of er een verplicht kwaliteitsregister kan komen voor dure medicijnen. Een kwaliteitsregister enerzijds en een evaluatie van geneesmiddelen zijn verschillende zaken. Voor het kwaliteitsregister loopt een traject. Ik heb in eerste termijn gezegd dat de opdracht daarvoor bij het Zorginstituut is belegd. Dit richt zich op pakketbeheer en evaluatie. Een verplichting om een bepaald register te maken, zie ik niet bij het Zorginstituut liggen, wel de regie op registers. Die vraag heb ik aan het Zorginstituut gesteld.

In de richting van mevrouw Ellemet merk ik het volgende op. Ik dacht dat ik duidelijk had gezegd dat ik de modelovereenkomst een praktisch instrument vind waar universiteiten en kennisinstellingen straks mee kunnen werken en dat ik dat nog dit jaar verwacht. Ze moeten dan wel een beetje doorwerken, want het rapport is van april, maar ik vind echt dat de NFU daar goed mee aan de slag is. Ik verwacht ook dat dit nuttige diensten kan bewijzen in Nederland. Als ik het heb, zal ik niet aarzelen – ik vind dat ook leuk – om het in Europa aan te kaarten. Ik vind dat leuk, omdat ik denk dat andere landen daar ook hun voordeel mee kunnen doen. Of andere landen zullen zeggen: dat is wat voor ons; is misschien ook afhankelijk van de resultaten die wij daarmee gaan boeken. Die zijn er natuurlijk op zijn vroegst volgend jaar. Ik hoef er niet mee te wachten en ik zal er ook niet mee wachten, want ik heb er een hoge verwachting van dat het een praktisch instrument kan zijn, het uitgeven van licenties en de modelovereenkomst die daar dan onder ligt.

Dan is er nog gevraagd naar de stand van zaken van het onderzoeksprogramma over de leefstijlinterventie waarom is gevraagd in een motie bij de begroting. Ik kom daar bij het AO Pakketbeheer op terug. Ik kan daar nu niet praktischer op antwoorden.

De heer Geleijnse heeft nog een keer gevraagd hoe het zit met de verspillingsbrief en of ik daar voor de zomer op terugkom. Ja, zeg ik voor de derde keer, daar kom ik voor de zomer op terug. Hoe dan? Met een brief. Duidelijker dan dit kan ik het niet zeggen.

Dan de vraag of ik het onderzoek van Zilveren Kruis over die afbouw helder kan maken. Ik wil dat graag doen. Ik zal dat nog een keer doen. Ik heb dat ook al eerder gedaan aan de hand van, naar ik meen, twee sets verschillende schriftelijke vragen. Ik ga bekijken welke schriftelijke informatie beschikbaar is en of er nog aanvullende informatie is die u niet bekend is en waar ik u nog wel een plezier mee kan doen. Ik begrijp het belang voor u, dus ik ga die vraag nogmaals beantwoorden.

De voorzitter:

Een verduidelijkende vraag van de heer Geleijnse.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Klopt. Vooral het onderzoek zelf, dat is voor onze fractie echt van groot belang. Misschien heb ik tijdens een eerdere beantwoording niet opgelet als het om de verspillingsbrief gaat, maar fijn dat die in ieder geval naar de Kamer komt.

Minister Bruins:

Zoals ik eerder heb gezegd, is dat onderzoek van Zilveren Kruis, maar ik zal daar nog eens bevragen wat zij hebben wat u nog niet heeft. Dat zal ik doen en dat laat ik u weten.

De voorzitter:

Meneer Geleijnse, nog niet tevreden?

De heer Geleijnse (50PLUS):

Nou, bijna. Ik vraag me namelijk af of de Minister het volgende antwoord wil meegeven; dat mag ook op schrift. Als het niet lukt om het onderzoek boven tafel te krijgen, kunt u dan eens aangeven welke relatie u heeft met zorgverzekeraars als het gaat om het opvragen van onderzoeken die wel van belang zijn voor het bepalen van wel of niet vergoeden van een medicijn?

Minister Bruins:

Dat spreekt voor zich, zou ik bijna zeggen. Niet in het algemeen, maar u stelt deze vraag en ik heb echt geprobeerd om die zorgvuldig te beantwoorden in de twee schriftelijke rondes. Ik constateer dat ik daar niet goed in ben geslaagd doordat het gaat om andermans onderzoek. Daarom ga ik nog een keer naar Zilveren Kruis toe en als Zilveren Kruis mij niet beter kan informeren, dan wil ik daar ook een toelichting op hebben, niet in het algemeen, niet van andere verzekeraars, maar van Zilveren Kruis, en dan laat ik dat hier weten. Ik hoop dat ik u daarmee precies heb geïnformeerd.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Bruins:

In de richting van de heer Rutte wil ik zeggen dat er inderdaad een vast tijdstip is voor de evaluatie van het functioneren van het Zorginstituut. Dat is elke vijf jaar. Ik ben nog met het Zorginstituut in gesprek over de scope van die evaluatie, die dit jaar moet plaatsvinden. Ik wil de aandacht in ieder geval richten op de wisselwerking tussen pakketbeheer en kwaliteitsbeleid. Uiteraard zal daarbij ook worden gekeken in hoeverre het Zorginstituut bij het pakketbeheer inspeelt op nieuwe ontwikkelingen in de sector en in welke mate dat kan met een eigen werkwijze. Ik zal vragen of ze daarbij ook willen betrekken in hoeverre andere internationale werkwijzen bruikbaar zijn voor Nederland. Dat heet een kaderwetevaluatie. Die moet dit jaar gedaan worden en die ga ik u begin volgend jaar aanbieden.

De voorzitter:

Meneer Van Gerven heeft daar een vraag over.

De heer Van Gerven (SP):

Even aanvullend op dit punt. De Minister geeft aan een scope te ontwikkelen en nog even te studeren op dat onderzoek of die evaluatie van het Zorginstituut. Is het dan mogelijk dat wij daar als Kamer kennis van nemen en suggesties doen voor dat onderzoek? Het leeft heel breed en

dat zou ons ook helpen, want anders ligt er straks een onderzoek waarbij wellicht vragen niet zijn meegenomen die wij graag beantwoord hadden willen zien.

Minister Bruins:

Dan trek ik de toezegging over de planning in. Ik heb gehoord waar uw zorg zit, en niet voor het eerst, want mevrouw Dijkstra heeft in een vorig debat ook gevraagd of het gevoel is dat het Zorginstituut klaar is voor de toekomst. Ik was van plan om te kijken naar kwaliteit en pakketbeheer. Ik heb geprobeerd aan te geven dat ik daar veel vertrouwen in heb en dat het Zorginstituut goed bezig is met die pilot en die andere studie die ik noemde. Ik vind dat zij daar goed mee bezig zijn. Ik merk ook dat het Zorginstituut daar graag over wil vertellen, want het wil niks liever dan ons goed van dienst zijn en goede adviezen geven. Ik ben ook echt dol op het Zorginstituut en op een dag als vandaag al helemaal, want ik ben heel blij met het bericht dat wij vanmorgen voor het debat kregen. Als je zegt dat het onvoldoende is om het verslag van deze vergadering te overleggen bij de opzet van de scope, dan ga ik zoeken naar een werkwijze om die scope te laten zien, maar het moet wel een beetje doenlijk blijven. Het is een kaderwetevaluatie en het zou gek zijn als ik een vraag van uw kant daarbij had gemist, na het debat van vanmiddag, maar ik wil het natuurlijk wel graag met u delen, voordat die studie wordt uitgevoerd. Dat vind ik een goed idee.

Dan de vraag van mevrouw Agema: waar haalt de Minister de rechtvaardiging vandaan om dat middel voor longkanker zo lang in de sluis te plaatsen? In mijn vorige antwoorden heb ik aangegeven dat als iets kosteneffectief is, het nog niet meteen een aanvaardbare prijs is. Het gaat hier om een middel waarvan het kostenbeslag hoger wordt geraamd dan 40 miljoen en dat is het criterium voor de sluis. Waar haal je de rechtvaardiging vandaan? Dat is uit die AMvB over de sluis die ik heb besproken en waarvan u kennis draagt. De reden om dit middel in de sluis te plaatsen is dat het kostenbeslag op macroniveau meer dan 40 miljoen per jaar is. Tot zover, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee gekomen aan het eind van dit algemeen overleg. Als ik heel even uit mijn rol van voorzitter mag stappen, dan rest mij om de Minister namens de D66-fractie nog te bedanken voor de toezegging dat hij zal reageren op de notitie over gezonde Europese geneesmiddelenmarkt. Uiteraard stuur ik die via de mail aan de collega's. Het is openbaar, maar dat is nog een omissie geweest die ik zal goedmaken.

Dan weer terug in de rol van voorzitter van dit overleg. Mevrouw Agema heeft nog iets.

Mevrouw Agema (PVV):

Er is een haakje blijven hangen bij dat laatste wat de Minister zei. Hij zei dat hij heel erg blij was met het advies van het Zorginstituut van vandaag. Mag ik hem wel in herinnering brengen dat het Minister Schippers was die Pompe en Fabry in het pakket haalde? De Minister heeft altijd het laatste woord en de mogelijkheid om beslissingen te nemen in tegenpraak op het Zorginstituut. Ik vind het wel heel belangrijk dat we met z'n allen weten dat het Zorginstituut niet het laatste woord heeft maar de Minister.

De voorzitter:

Dat gezegd hebbende kijk ik of de Minister daarop wil reageren.

Minister Bruins:

Ook uw Kamer heeft een motie aangenomen waarin is aangegeven dat die adviezen van het Zorginstituut zwaar wegen voor uw Kamer en ook voor mij. Dat wou ik toch wel gezegd hebben.

De voorzitter:

Dan zijn we nu echt aan het einde. Als er verder nog dingen zijn, dan komt dat in een ander overleg met de Minister ongetwijfeld weer terug. We hebben een aantal toezeggingen gekregen. Ik wijs ook even op de brief die wij vandaag gekregen hebben met een overzicht van de afgedane toezeggingen, waarvoor hartelijk dank. Een toezegging van vandaag is dat de Kamer volgende week nadere informatie... Pardon.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Wat mij betreft mogen de toezeggingen schriftelijk, met het oog op de klok.

De voorzitter:

Wij hebben als gewoonte om dit toch nog even mondeling toe te lichten. Als u iets mist of als iets niet goed begrepen is, kan de Minister dat nog even corrigeren. Ik zal het kort proberen te houden.

- Volgende week nadere informatie over Spinraza.
- Voor de begrotingsbehandeling informatie over de uitkomst van het gesprek met de koepelorganisaties over terugroepacties van medicijnen. Meneer Geleijnse, dat was uw verzoek.
- Voor de begrotingsbehandeling ontvangt de Kamer meer feitelijke informatie en beschikbare onderzoeken over afbouwmedicatie. Meneer Geleijnse, u wilt dit vast wel graag horen.
- Voor de zomer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek naar geneesmiddelenvoorraden.
- Nog dit jaar zal de Kamer worden geïnformeerd over de stand van zaken van medicatiebeoordelingen, op verzoek van de heer Geleijnse.
- Dit jaar zal de Kamer worden geïnformeerd over de uitkomst tussen de Dutch Clinical Research Foundation en Health Holland, op verzoek van de heer Rutte.
- De Minister zal een schriftelijke reactie op het visiedocument Voor één gezonde Europese geneesmiddelenmarkt van mijn hand aan de Kamer sturen.
- In het vierde kwartaal zal de Minister de nieuwe regeling rondom weesgeneesmiddelen aan de Kamer sturen.
- Uiterlijk voor het AO Pakketbeheer informeert de Minister de Kamer nader over de PrEP-subsidies, een verzoek van mevrouw Ellemeet en mevrouw Dijkstra.
- Voor het AO Pakketbeheer krijgen we meer informatie over het onderzoeksprogramma Leefstijlinterventie.
- Voor de zomer komt de brief over de verspilling, waar de heer Geleijnse naar vroeg. Dat was al toegezegd.
- Begin volgend jaar stuurt de Minister de kaderwetevaluatie over het Zorginstituut. Hij heeft daar nog aan toegevoegd dat als de Kamer daar nog iets mee wil...

Minister Bruins:

Bij zo'n evaluatie is er een vijfjarig ritme. Als uw Kamer dat een interessant thema vindt, begrijp ik dat heel goed. Ik probeer op te snuiven uit het debat wat voor vragen er zijn gesteld. Die probeer ik te abstraheren in een aantal onderzoeksvragen. Dat laat ik u lezen. Als de Kamer zegt dat zij nog een punt mist, laten we dat dan toevoegen, zodat we volgend jaar een document hebben om over het functioneren van het Zorginstituut te spreken. Ik denk dat dat goed past bij de wensen die het Zorginstituut heeft om apert goede adviezen aan ons te geven.

De voorzitter:

Mag ik daaraan toevoegen dat we een briefing van het Zorginstituut hebben gehad, zoals in de motie gevraagd? Helaas waren daarbij maar een paar partijen aanwezig. Ik raad de anderen, die er niet bij waren, van harte aan om nog een keer hun oor te luisteren te leggen bij het Zorginstituut, omdat dat heel veel verduidelijking biedt. Dat zeg ik niet als voorzitter maar als fractievoerder.
Mevrouw Van den Berg, eigenlijk zijn we nu klaar.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik mis een punt dat mij wel was toegezegd, dus dat mag ik nog even naar voren brengen. Ik was erg blij dat de Minister de TNF- en JAK-remmers van reumamedicijnen zou meenemen bij het project om meer grip te krijgen op registraties. Dat zou hij dus aandragen bij het Zorginstituut. Ik verwacht dat de Minister dan ook een schriftelijke reactie gaat geven of dat wel of niet gelukt is. Dat zou ik graag toegevoegd zien aan de lijst.

Minister Bruins:

Reken er maar op dat dat lukt, want ik ga het gewoon doen.

De voorzitter:

Dat is een mooie toezegging. Meneer Geleijnse heeft ook nog een toezegging gemist.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Ja, mevrouw de voorzitter.

Minister Bruins:

Ik denk dat het gaat over een brief over verspilling.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Nee, dat durf ik niet. Ik zie steeds meer de waarde van het opnoemen van de toezeggingen aan het eind van een AO, voorzitter. Ik heb misschien niet goed opgelet, omdat u mijn naam zo mooi drie of vier keer uitsprak, maar is er ook een toezegging genoemd over het onderzoek Zilveren Kruis? Daar heb ik het nu vier keer over gehad. Zo niet, dan vraag ik u om die alsnog toe te voegen.

De voorzitter:

Voor de begrotingsbehandeling ontvangt de Kamer meer feitelijke informatie en beschikbare onderzoeken over afbouwmedicatie.

De heer Geleijnse (50PLUS):

Volgens mij heeft de Minister in zijn beantwoording in tweede termijn beloofd om dat eerder te doen dan voor de begrotingsbehandeling.

Minister Bruins:

Ik wil ook graag dat deze discussie een keer tot een einde komt, omdat ik denk dat het niet zoveel extra informatie oplevert, maar dat ga ik in de komende weken wel doen, voorzitter.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Meneer Van Gerven, u hebt ook iets gemist?

De heer Van Gerven (SP):

Nee, ik heb niks gemist. Ik ben een van de oprakelaars van de discussie rond Zilveren Kruis. Zou de Minister daar voor het AO Pakketbeheer al wat over kunnen melden? Het moet misschien getrapt, maar het kan relevant zijn voor dat AO.

Minister **Bruins**:

Zeker. Het is een beetje dezelfde lijn. Als Zilveren Kruis ons niet beter kan informeren, laat ik u dat weten met de reden waarom. Dat zou toch moeten kunnen voor 26 juni.

De **voorzitter**:

Ik dank u wel. Ik dank de Minister hartelijk voor zijn aanwezigheid hier en de ondersteunende ambtenaren. Ik dank de collega's en ik dank de mensen op de publieke tribune voor hun aanwezigheid hier.

Sluiting 17.32 uur.